



# CISVALI

## Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu

### EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2020

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2020 PARA CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS NA ÁREA DE SAÚDE PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS.

#### 1 - Preâmbulo

O Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu – CISVALI, através da Comissão Permanente de Licitação, designada pelo ato do conselho nº 469/2019 e de conformidade com a Lei Federal nº 8.666/93 e suas alterações, Lei 8.080/90, e 8.142/90 **TORNA PÚBLICO** a realização de **CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS NA ÁREA DE SAÚDE PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS**, nos termos e condições estabelecidas no presente edital e seus anexos.

**1.1** O presente edital está à disposição dos interessados no site <http://cisvali.com.br/> ou no setor de Licitações do CISVALI – Rua Paraná, 324, centro, União da Vitória – PR.

**1.2** A vigência deste Chamamento Público será de 10 de janeiro de 2020 até 31 de dezembro de 2020.

#### 2 - Objeto

**2.1** Este Chamamento Público tem por objeto o Credenciamento de Pessoas Jurídicas na área de saúde para prestação de serviços de: consultas, exames, terapias, atendimento multiprofissional e procedimentos ambulatoriais, descritos na **Tabela CISVALI**. Demais procedimentos não descritos neste edital, poderão ser credenciados pelos valores de referência da **Tabela SUS** (referência setembro/2019 - <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp> - Portaria GM/MS nº. 2.848 de 06 de Novembro de 2007) Os serviços serão realizados nos consultórios, clínicas particulares, laboratórios, hospitais, ambulatórios e/ou nas dependências do CISVALI.

#### 3 - Condições para Participação no Credenciamento

**3.1** A participação neste Credenciamento implica na aceitação integral e irrestrita das condições estabelecidas neste Edital.

**3.2** Poderão participar do credenciamento todas as pessoas jurídicas na área da saúde que satisfaçam as condições e disposições contidas deste Chamamento, mediante a apresentação da documentação relacionada no item 5 e 6.

**3.3** Não poderão participar do Credenciamento os interessados que estejam cumprindo as sanções nos incisos III e IV do art. 87 da Lei 8.666/93.

#### **4 - Formas de Inscrição e Apresentação dos Documentos para Credenciamento**

**4.1** Os interessados poderão solicitar a inscrição no Credenciamento a qualquer momento, durante a vigência do presente chamamento público.

**4.2** O requerimento e documentação (Item 5 e 6) para o credenciamento poderá ser entregue a partir do dia 10 de janeiro de 2020 nos dias úteis no horário das 08h30min às 11h30min, no setor de licitações do CISVALI, no endereço mencionado no item 1.1 deste edital, com a seguinte descrição no envelope:

**SETOR DE LICITAÇÕES DO CISVALI**  
**CRENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA DA SAÚDE PARA**  
**PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS.**  
**CHAMAMENTO PÚBLICO 001/2020.**

#### **5 - Documentos Referentes ao CADASTRAMENTO**

Os interessados deverão apresentar os documentos abaixo relacionados:

- a) Requerimento para credenciamento, conforme anexo I;
- b) Declaração de idoneidade, conforme anexo II;
- c) Declaração Conjunta, conforme anexo III;
- d) Relação de Serviços e Profissionais, conforme anexo IV;
- e) Declaração de Ciência e aceite das Condições para Atendimento nas Redes de Atenção à Saúde, conforme anexo V;

#### **6 - Documentações Referentes à Habilitação JURÍDICA**

- a) Cópia do alvará de Licença de Localização e/ou Funcionamento da empresa;
- b) Cópia da Licença Sanitária do (s) local (s) do atendimento;
- c) Cópia do ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor e alterações subsequentes, devidamente registrado na Junta Comercial ou Cartório Competente em se tratando de sociedades comerciais e, no caso de sociedade por ações, acompanhados dos documentos de eleição de seus administradores;
- d) Documento oficial de identificação contendo número de RG e CPF do sócio administrador ou representante legal da empresa;
- e) Comprovante no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES com os serviços ofertados, contendo o profissional e a especialidade pretendida.

#### **Observação:**

- O objeto constante no contrato social deverá ser compatível com as atividades a serem credenciadas pela empresa interessada.

### **6.1 Regularidade FISCAL E TRABALHISTA**

- a) Cópia de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ)/ Ministério da Fazenda;
- b) Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda Federal;
- c) Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda Estadual;
- d) Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda Municipal da sede da empresa;
- e) Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);
- f) Prova de regularidade com a Justiça do Trabalho (Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas);

### **6.2 Documentos do Profissional (s) Médico que Executará os Serviços**

- a) Documento oficial de identificação contendo número de RG e do CPF;
- b) Diploma de Graduação em Medicina reconhecido pelo CRM/CFM;
- c) Declaração de Especialidade emitido pelo CRM/CFM;
- d) Certidão de Regularidade junto ao Conselho Regional de sua categoria;

**6.2.1** Excepcionalmente poderão ser contratados médicos generalistas com especialização reconhecida pelo MEC, de no mínimo, 360 horas, na área de saúde de interesse do CISVALI, que sejam fundamentais para o atendimento aos usuários SUS. Esses atendimentos deverão estar descobertos parcial e/ou totalmente e suas contratações devem ter o aval do Diretor Técnico e da Secretária Executiva.

### **6.3 Documentos de Profissionais de Nível Superior, Exceto Médico:**

- a) Carteira do Conselho Regional que regulamenta a profissão, contendo o número do RG e CPF do executor dos serviços.
- b) Certidão de Regularidade junto ao Conselho Regional de sua categoria;
- c) Cópia dos diplomas de curso superior e especializações inerentes à área de atuação.
- d) Registro de responsabilidade técnica junto ao Conselho Regional da respectiva área do profissional, quando se tratar de Exames Laboratoriais.

**6.3.1** Para atendimento ao TEA (Transtorno do Espectro Autista), o profissional deverá ter especialização reconhecida pelo MEC em linhas comportamentais na área de atuação.

## **7 - Da Análise dos Documentos e da Habilitação:**

**7.1** A análise dos documentos será realizada pela Comissão Permanente de Licitações do CISVALI, designada pelo Ato do Conselho 469/2019.

**7.2** Serão consideradas habilitadas as Pessoas Jurídicas que atenderem a todas as condições exigidas neste Edital.

## **8 - Da Formalização do Contrato**

**8.1** Estando à empresa habilitada no credenciamento e havendo demanda por parte dos municípios consorciados, o CISVALI realizará o contrato seguindo a ordem de credenciamento;

**8.2** O Contrato terá vigência de 12 (doze) meses contados da publicação do seu extrato no Diário oficial do CISVALI, podendo ser prorrogado nos limites da lei 8666/93;

**8.3** O credenciamento não assegura a efetivação do contrato, que estará condicionado a disponibilidade de recursos orçamentários e o interesse dos Municípios consorciados.

## **9 - Condições para Prestação dos Serviços**

**9.1.** Os serviços serão prestados conforme a necessidade dos municípios consorciados;

**9.2** O Prestador de Serviços deverá ter autonomia e capacidade instalada (condições técnicas, estruturais, físicas e de pessoal treinado) que garanta o atendimento integral de forma ágil e qualificada aos usuários, respeitando os prazos necessários à execução dos exames e à emissão de laudos;

**9.3** Todos os Prestadores de Serviços deverão possuir em seu consultório um computador com acesso a internet e impressora, para utilizar o sistema de informação em saúde do CISVALI, para registro clínico em prontuário eletrônico, recepção dos pacientes e relatórios diversos;

**9.4** É de responsabilidade exclusiva e integral do Prestador de Serviços a utilização de pessoal para a execução do objeto, incluído os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o CISVALI ou para os Municípios integrantes do Consórcio;

**9.5** A entrega dos resultados dos exames deverá ocorrer diretamente ao usuário ou seu representante, no prazo máximo de 05 (cinco) dias após sua realização;

**9.6** O prazo para entrega dos resultados poderá ser estendido, excepcionalmente, nos casos que seja necessário um tempo maior para a análise;

**9.7** O tipo de procedimento Regulação do Acesso Assistencial à Saúde consiste em realizar atividades técnicas inerentes a regulação, conforme normativa ministerial, por meio das seguintes atividades: análise técnica, emissão de parecer

técnico, elaboração de protocolos clínicos e fluxogramas de regulação do acesso em saúde, conforme normativas ministeriais e locais.

## 10 - Da Fiscalização

**10.1.** O CISVALI realizará a fiscalização do exato e fiel cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas no termo de credenciamento, sob pena de rescisão contratual e descredenciamento caso o Contratado infrinja as cláusulas contratuais e editalícias ou fira os princípios norteadores do SUS ou que regem a administração pública.

## 11 - Dos Recursos Financeiros e Orçamentários

**11.1** A remuneração pela prestação dos serviços será regida pelos valores unitários contidos na **Tabela SUS** referência setembro/2019 (Portaria GM/MS nº. 2.848 de 06 de novembro de 2007) e na **Tabela CISVALI** - Anexo VI deste Edital e disponível no site do CISVALI: [www.cisvali.com.br](http://www.cisvali.com.br).

**11.2** Para pagamento dos serviços prestados serão utilizados as seguintes dotações orçamentárias:

01.02.10.302.0001.2.002.3.3.90.39.00.00.00.00.1369	Saúde Coletiva – Atendimento aos Municípios Consorciados – Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica
01.02.10.302.001.2.004.3.3.90.39.00.00.00.00.1312	Saúde Coletiva – Manutenção Operacional de Saúde – Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica
01.02.10.302.001.2.011.3.3.90.39.00.00.00.00.1322	Manutenção COMSUS - Outros serviços de Terceiros Pessoa Jurídica
01.01.04.122.0002.2.001.3.3.90.39.00.00.00.00.1001	Setor Administrativo – Manutenção do Setor Administrativo – Outros serviços de Terceiros Pessoa Jurídica

## 12 - Do Faturamento e Pagamento

a) Para efeito de faturamento e pagamento, a competência inicia-se no **dia 16 (dezesesseis) de cada mês até 15 (quinze) do mês subsequente;**

b) O Prestador deverá enviar relatório (com nome dos pacientes, quantidade e, no caso de exames, organizado pelo tipo de exame realizado) de Faturamento ao CISVALI, juntamente com as GUIAS DE AUTORIZAÇÃO devidamente assinadas e sem rasuras em até 2 (dois) dias úteis após o encerramento da competência;

c) Após a conferência e processamento das guias, o CISVALI pagará pela prestação efetiva dos serviços até o dia **15 do mês subsequente**, mediante apresentação da respectiva Nota Fiscal;

d) É vedada a cobrança de sobretaxas pelos Prestadores;

## CISVALI

### Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu

- e) O Prestador deverá manter durante a execução do Contrato todas as condições de regularidade fiscal exigidas na contratação;
  - f) Não será efetuado o pagamento dos serviços executados por profissionais que não foram incluídos no ANEXO IV do presente Edital;
  - g) A remuneração dos procedimentos MACC (Modelo de Atenção as Condições Crônicas) será realizado por hora, através de apresentação de relatório técnico/de atividades;
- Obs.: De acordo com a legislação vigente, somente serão admitidas **NOTAS FISCAIS ELETRÔNICAS**.

#### 13 - Critérios de Reajuste

**13.1** O valor dos serviços previstos na Tabela CISVALI poderá sofrer correção no período de vigência, com base nos índices acordados pelo CRESEMS e aprovados pela Assembleia Geral do CISVALI;

**13.2** O valor dos procedimentos indicados na Tabela Referência SIA/SUS será revisto conforme reajustes concedidos pelo Ministério da Saúde.

#### 14 – Penalidades e Sanções administrativas

**14.1** Pela inexecução total ou parcial na prestação dos serviços, o CISVALI poderá aplicar as sanções previstas na Lei nº 8.666/1993, art. 87 e no contrato de prestação de serviços.

**14.2** Para a apuração de eventuais casos de inadimplência dos serviços, o CISVALI manterá disponível ao usuário, do canal de comunicação por meio de Ouvidoria;

**14.3** Em caso de inexecução ou inadimplência a CREDENCIADA (o) será notificada (o) pelo CISVALI, assegurando-se o prazo de 5 (cinco) dias para apresentação de defesa;

**14.4** Em caso de denúncia, constatação ou indícios de que o profissional credenciado está realizando cobranças individuais, direcionamento de consultas, exames ou cirurgias para o âmbito particular, ou congêneres, haverá a notificação e o pedido de esclarecimentos ao profissional. Em caso de reincidência o mesmo será descredenciado automaticamente do CISVALI.

**14.5** Por atraso injustificado na execução das obrigações decorrentes do Termo de Credenciamento será aplicada as sanções previstas na Lei 8.666/1993 bem como legislação vigente.

#### 15 - Normas gerais e considerações sobre o atendimento

**15.1** Não caberá ao prestador de serviços indicar o profissional e/ou empresa para execução de exames complementares, uma vez que esta atribuição cabe aos municípios consorciados;

## **CISVALI**

### **Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu**

**15.2** Os prestadores devem comunicar, com antecedência mínima de 15 dias, impossibilidades de prestar o atendimento contratado, devendo, no ato do cancelamento, sugerir reposição da agenda;

**15.3** O prestador de serviço que na sua especialidade necessitar de serviços de anestesiologia, deverá indicar no Credenciamento o profissional para a realização do procedimento contratado. Os procedimentos que possam necessitar de anestésias, devem ser informados ao município para autorização prévia (Exames de Ressonância, Endoscopia e Colonoscopia em Crianças e Idosos, com classificação de risco e Portadores de necessidades especiais);

**15.4** Os Prestadores de Serviços médicos contratados, no ato da consulta, comprometem-se a preencher os Laudos de Medicamentos Excepcionais - LME, Tratamento Fora de Domicílio – TFD, Guias de Procedimentos de Alta Complexidade - APAC, Relatórios de Referência e Contra referência e Atestados;

**15.5** Os prestadores de serviços devem prescrever medicamentos pelo princípio ativo (Genérico), priorizando os medicamentos contidos na REMUME, RENAME, REREME. A REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais) dos municípios, encontra-se disponível para consulta na Farmácia do CISVALI.

**15.6** Somente serão credenciados/contratados Prestadores de Serviços para atendimento às Redes de Atenção à Saúde, que tiverem interesse em executar suas atividades de acordo com o Plano de Ação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas – MACC e as linhas de cuidado adotadas pelo Consórcio/SESA/PR e/ou Ministério da Saúde para o qual deverão manifestar a intenção no Anexo V;

## **16 - Disposições Gerais**

**16.1** Esclarecimentos relativos ao presente chamamento público e às condições para atendimento das obrigações necessárias ao cumprimento de seu objeto, serão prestados quando solicitados por escrito e encaminhado ao Setor Administrativo do CONSÓRCIO, em sua sede, Rua Paraná, 324, União da Vitória – PR.

**16.2** Aos credenciados será assegurado o direito de interposição de recurso, nos termos do art. 109 da Lei nº 8.666/93, a qual será recebido e processado nos termos ali estabelecidos;

**16.3** A Tabela CISVALI e Tabela de Procedimentos SIA/SUS – referência Setembro/2019 estarão disponíveis para consulta no site do CISVALI <http://cisvali.com.br/>, Menu – Chamamento Público/Edital de Chamamento Público 2020;

**16.4** Fica eleito o foro da cidade de União da Vitória, Estado do Paraná, como competente para dirimir todas as questões decorrentes do credenciamento.

## **17 - Integram o presente instrumento, os seguintes anexos:**

- a) Anexo I - Modelo de Requerimento para Credenciamento;



## **CISVALI**

### **Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu**

- b) Anexo II - Modelo de Declaração de Idoneidade;
- c) Anexo III - Declaração Conjunta
- d) Anexo IV - Relação De Serviços e Profissionais Executores.
- e) Anexo V – Declaração de ciência e aceite das condições para atendimento nas redes de atenção a saúde;
- f) Anexo VI – Tabela de Valores;
- g) Anexo VII - Minuta do Contrato.

União da Vitória, 10 de janeiro de 2020.

**Claudinei de Paula Castilho**  
Presidente do CISVALI



**CISVALI**  
**Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu**

**ANEXO I - REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO**

Ao

*Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu – CISVALI*

*União da Vitória – Paraná*

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS divulgado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu – CISVALI, objetivando a prestação de serviços especializados, nos termos do Chamamento Público 001/2020.

<b>Razão Social:</b>			
<b>CNPJ:</b>			
<b>Nome Fantasia:</b>			
<b>Endereço:</b>		<b>Bairro:</b>	
<b>Município:</b>		<b>CEP:</b>	<b>Estado:</b>
<b>E-mail:</b>		<b>Telefone:</b>	
<b>Representante Legal da Empresa:</b>			
<b>CPF:</b>		<b>RG:</b>	
<b>Dados Bancários</b>			
<b>Nome do Banco</b>	<b>Nº Banco</b>	<b>Nº da Agência</b>	<b>Nº da Conta Corrente</b>
<b>Nome do profissional</b>			<b>Nº do conselho de classe</b>

\_\_\_\_\_

Local

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do representante com carimbo e CNPJ



**CISVALI**  
**Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu**

**ANEXO II - DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE**

Ao

*Consortio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu – CISVALI*  
*União da Vitória - Paraná*

Declaramos para os fins de direito, na qualidade de proponente do procedimento licitatório, sob a modalidade do Chamamento Público nº 001/2020, instaurado pelo CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO VALE DO IGUAÇU - CISVALI, que não fomos declarados inidôneos para licitar ou contratar com o Poder Público, em qualquer de suas esferas.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

União da Vitória, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

---

Nome legível do requerente

---

Assinatura do representante com carimbo e CNPJ



**CISVALI**  
**Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu**

**ANEXO III - DECLARAÇÃO CONJUNTA**

A empresa \_\_\_\_\_,  
CNPJ nº \_\_\_\_\_, declara sob as penas da lei que:

- a) Até a presente data inexistem fatos impeditivos para sua habilitação no chamamento público em epígrafe, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências supervenientes.
- b) Para fins do disposto no inciso V, do artigo 27, da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso e insalubre e não emprega menor de dezesseis anos.
- c) Que os profissionais da empresa, os sócios, proprietários, administradores, empregados, controladores da empresa e responsáveis técnicos, não possuem vínculo direta ou indiretamente com o CISVALI (art. 9º Lei 8.666/93).

União da Vitória, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do representante com carimbo e CNPJ



**CISVALI**  
**Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu**

**ANEXO IV - RELAÇÃO DE SERVIÇOS E PROFISSIONAIS**

A empresa \_\_\_\_\_,  
CNPJ nº \_\_\_\_\_, declara que possui profissionais habilitados para  
realização dos seguintes serviços:

(Descrever os profissionais e os serviços que o credenciado se propõe a realizar de  
acordo com a tabela de procedimentos conforme Anexo IV deste Edital ou Tabela  
SUS: [www.sigtap.gov.br](http://www.sigtap.gov.br), capacidade de atendimento mensal para cada  
procedimento e profissional que irá realizar).

Descrição do Serviço	Quantidade Mensal	Profissional Executor

**Local de atendimento:**

União da Vitória, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do representante com carimbo e CNPJ



**CISVALI**  
**Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu**

**ANEXO V - DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E ACEITE DAS CONDIÇÕES PARA ATENDIMENTO NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.**

Empresa: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

Declaramos para os devidos fins e a quem possa interessar, que aceitamos as condições dispostas no Edital de Chamamento Público nº 01/2020 - Item 15 - Normas gerais e considerações sobre o atendimento - Redes de Atenção à Saúde, através das Redes Prioritárias – (Rede Mãe Paranaense, Saúde Mental, Idoso, Condições Crônicas), bem como as obrigações descritas abaixo:

- a) Realizar consultas especializadas e retornos;
- b) Assessorar as equipes da APS para a elaboração e monitoramento do plano de cuidados, utilizar protocolos, diretrizes clínicas e linhas de cuidados propostas pelo CISVALI/SESA/PR;
- c) Realizar contatos individualizados, coletivos e institucionais;
- d) Participar/realizar oficinas e reuniões com a equipe e atenção primária;
- e) Participar de capacitações locais e/ ou regionais.

União da Vitória, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do representante com carimbo e CNPJ

**ANEXO VI – TABELA DE VALORES**

**CONSULTAS**

CÓDIGO REF. (SUS)		
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (TODAS AS ESPECIALIDADES, MACC E PROGRAMAS MS)	R\$ 65,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA GENERALISTA (COM ESPECIALIZAÇÃO) – CURSO RECONHECIDO PELO MEC. *ITEM 6.2.1	R\$ 65,00
03.01.01.004-8	ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – MACC COMSUS (NUTRICIONISTA, FISIOTERAPEUTA, PSICÓLOGA, ASSISTENTE SOCIAL)	R\$ 18,50
03.01.01.004-8	ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL PARA TEA -TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO POR PROFISSIONAL COM ESPECIALIZAÇÃO *ITEM 6.3.1	R\$ 18,50

**CARDIOLOGIA**

02.11.02.004-4	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24H (3 CANAIS)	R\$ 140,00
02.11.02.005-2	MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL (MAPA)	R\$ 140,00
02.11.02.006-0	TESTE DE ESFORÇO/ERGOMÉTRICO	R\$ 115,00
02.11.02.003-6	ELETROCARDIOGRAMA COM LAUDO	R\$ 15,00
02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRÁFICA TRANSTORÁCICA	R\$ 135,00
02.11.05.010-5	POLISSONOGRAFIA	R\$ 300,00
02.05.01.001-6	ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE	R\$ 350,00
SEM Cód. REF. SUS	ECOCARDIOGRAFIA FETAL	R\$230,00

**PNEUMOLOGIA**

02.11.08.005-5	PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA (ESPIROMETRIA)	R\$ 95,00
----------------	--------------------------------------------------	-----------

**NEUROLOGIA**

02.11.05.005-9	ELETOENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO COM MAPEAMENTO (EEG)	R\$ 82,50
02.11.05.008-3	ELETRONEUROMIOGRAFIA 1 OU 2 MEMBROS (ENMG)	R\$ 170,00
02.11.05.008-3	ELETRONEUROMIOGRAFIA 3 OU 4 MEMBROS (ENMG)	R\$ 350,00

**GASTROENTEROLOGIA**

02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	R\$ 305,00
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EDA)	R\$ 142,76

## CISVALI

### Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu

04.07.01.025-4	RETIRADA DE PÓLIPO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA	R\$ 150,00
----------------	-----------------------------------------------------	------------

#### OFTALMOLOGIA

02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA BINOCULAR	R\$ 46,60
02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRÁFICO	R\$ 80,00
02.11.06.026-7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÓRNEA (BINOCULAR)	R\$ 70,00
02.11.06.006-2	CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO OCULAR CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS)	R\$ 80,00
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (BINOCULAR)	R\$ 80,00
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (BINOCULAR)	R\$ 15,00
02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA	R\$ 30,00
02.11.06.014-3	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CÓRNEA	R\$ 40,00
02.11.06.015-1	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL (MONOCULAR)	R\$ 12,33
04.05.05.025-9	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÓRNEA	R\$ 38,00

#### OTORRINO/FONOAUDIOLOGIA

02.11.07.002-5	AUDIOMETRIA DE REFORÇO VISUAL (VIA AÉREO-ÓSSEA)	R\$ 30,00
02.11.07.003-3	AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE	R\$ 30,00
02.11.07.004-1	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AÉREO-ÓSSEA)	R\$ 30,00
02.11.07.005-0	AVALIAÇÃO AUDITIVA COMPORTAMENTAL (COMUNICAÇÃO ORAL, ESCRITA, VOZ, AUDIÇÃO)	R\$ 34,00
02.11.07.014-9	EMISSÕES OTOACÚSTICAS EVOCADAS PARA TRIAGEM AUDITIVA	R\$ 35,00
02.11.07.021-1	LOGOUDIOMETRIA (LDV-IRF-LRF)	R\$ 30,00
02.11.07.020-3	IMITANCIOMETRIA	R\$ 35,00
02.11.07.026-2	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO CURTA, MÉDIA E LONGA LATÊNCIA (BERA/PEATE)	R\$ 250,00
02.11.07.027-0	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO PARA TRIAGEM AUDITIVA	R\$ 13,51
02.09.04.004-1	VIDEOLARINGOSCOPIA	R\$ 75,00
03.01.07.011-3	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INDIVIDUAL	R\$ 18,00
04.04.01.031-8	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO/FARINGE/LARINGE/NARIZ	R\$ 60,00
04.04.01.027-0	REMOÇÃO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO UNILATERAL	R\$ 25,00

#### UROLOGIA

02.09.02.001-6	CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA E/OU URETROSCOPIA	R\$ 115,00
02.11.09.001-8	AVALIAÇÃO URODINÂMICA COMPLETA	R\$ 185,00
03.09.03.012-9	LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA (ONDA PARCIAL/COMPLETA EM 1 REGIÃO RENAL)	R\$ 516,00
02.11.09.007-7	UROFLUXOMETRIA	R\$ 60,00

#### GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA

04.09.06.009-7	EXERESE DE PÓLIPO DE UTERO, CISTO VAGINAL, CORPO ESTRANHO	R\$ 50,00
----------------	-----------------------------------------------------------	-----------

## CISVALI

### Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu

04.09.06.008-9	EXERESE DA ZONA DE TRANSFORMAÇÃO DO COLO DO ÚTERO (CAF)	R\$ 50,00
02.11.04.002-9	COLPOSCOPIA	R\$ 50,00
02.01.01.058-5	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA	R\$ 50,00
02.01.01.066-6	BIOPSIA DE COLO UTERINO, ENDOMETRIO	R\$ 50,00
02.01.01.050-0	BIOPSIA/PUNÇÃO DE VAGINA, VULVA	R\$ 50,00
04.09.07.012-2	DRENAGEM/EXERESE DE GLANDULA DE BARTHOLIN / SKENE	R\$ 50,00
03.01.04.002-8	INSERÇÃO DO DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)	R\$ 50,00
02.11.04.006-1	TOCOCARDIOGRAFIA ANTEPARTO	R\$ 30,00

#### PEQUENAS CIRURGIAS E CIRURGIAS DE PELE, TECIDO SUBCUTANEO E MUCOSA OU COLETA DE MATERIAL

04.01.01.004-0	ELETROCUAGULAÇÃO DE LESÃO CUTÂNEA (ATÉ 5 LESÕES)	R\$ 50,00
04.01.01.007-4	EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS/CISTO SEBÁCEO/LIPOMA	R\$ 50,00
04.01.01.009-0	FULGURAÇÃO/CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE LESÕES CUTÂNEAS (ATÉ 5 LESÕES)	R\$ 50,00
04.01.01.011-2	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO	R\$ 38,00
02.01.01.037-2	BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES	R\$ 50,00
02.01.01.047-0	BIOPSIA DE TIREÓIDE OU PARATIREOIDE - PAAF	R\$ 163,73
04.01.02.017-7	CIRURGIA DE UNHA (CANTOPLASTIA)	R\$ 50,00

#### EXAMES RADIOLÓGICOS

##### CABEÇA E PESCOÇO

02.04.01.003-9	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ÓRBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	R\$ 16,38
02.04.01.004-7	RADIOGRAFIA DE ARCADEA ZIGOMATICO-MALAR (PA + OBLIQUA)	R\$ 13,68
02.04.01.005-5	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	R\$ 16,38
02.04.01.006-3	RADIOGRAFIA DE CAVUM – LATERAL + HIRTZ	R\$ 13,68
02.04.01.007-1	RADIOGRAFIA DE CRÂNIO: PA + LATERAL + OBLIQUAS OU BRETTON + HIRTZ	R\$ 16,38
02.04.01.008-0	RADIOGRAFIA DE CRÂNIO: PA+ LATERAL	R\$ 14,69
02.04.01.009-8	RADIOGRAFIA DE LARINGE	R\$ 10,92
02.04.01.010-1	RADIOGRAFIA DE MASTÓIDE OU ROCHEDO BILATERAL	R\$ 17,65
02.04.01.011-0	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (AP + OBLIQUA)	R\$ 14,07
02.04.01.012-8	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE: MN + LATERAL + HIRTZ	R\$ 16,38
02.04.01.014-4	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE: FN + MN + LATERAL + HIRTZ	R\$ 14,91
02.04.01.015-2	RADIOGRAFIA DE SELA TÚRCICA: PA + LATERAL + BRETTON	R\$ 14,07

##### COLUNA VERTEBRAL

02.04.02.003-4	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	R\$ 16,27
02.04.02.004-2	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO/ FLEXÃO)	R\$ 16,27
02.04.02.005-0	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL: FUNCIONAL/DINÂMICA	R\$ 20,11

## CISVALI

### Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu

02.04.02.006-9	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO SACRA	R\$ 21,42
02.04.02.007-7	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO SACRA (COM OBLIQUAS)	R\$ 29,13
02.04.02.008-5	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO SACRA FUNCIONAL/DINÂMICA	R\$ 33,01
02.04.02.009-3	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORÁCICA (AP+LATERAL)	R\$ 18,85
02.04.02.012-3	RADIOGRAFIA DE SACRO-CÓCCÍGEA	R\$ 15,24
02.04.02.013-1	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE COLUNA TOTAL - TELESPONDILOGRAFIA (P/ ESCOLIOSE)	R\$ 34,70

#### TORAX E MEDIASTINO

02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA	R\$ 50,95
02.04.03.005-6	RADIOGRAFIA DE CORAÇÃO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL + OBLÍQUAS)	R\$ 28,00
02.04.03.006-4	RADIOGRAFIA DE CORAÇÃO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL)	R\$ 17,69
02.04.03.007-2	RADIOGRAFIA DE COSTELAS – POR HEMITÓRAX	R\$ 16,36
02.04.03.008-0	RADIOGRAFIA DE ESÔFAGO	R\$ 37,61
02.04.03.009-9	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	R\$ 15,60
02.04.03.010-2	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)	R\$ 17,07
02.04.03.013-7	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA + INSPIRAÇÃO + EXPIRAÇÃO + LATERAL)	R\$ 28,00
02.04.03.014-5	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA + LATERAL + OBLIQUAS)	R\$ 23,50
02.04.03.015-3	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA E PERFIL)	R\$ 18,57
02.04.03.017-0	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA)	R\$ 13,45
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	R\$ 75,66

#### CINTURA ESCAPULAR E MEMBROS SUPERIORES

02.04.04.001-9	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO	R\$ 12,56
02.04.04.002-7	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR	R\$ 14,46
02.04.04.003-5	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL	R\$ 14,46
02.04.04.004-3	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESTERNO-CLAVICULAR	R\$ 14,46
02.04.04.005-1	RADIOGRAFIA DE BRAÇO	R\$ 15,18
02.04.04.006-0	RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA	R\$ 15,05
02.04.04.007-8	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R\$ 11,53
02.04.04.008-6	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MÃO	R\$ 24,50
02.04.04.009-4	RADIOGRAFIA DE MÃO (DUAS INCIDÊNCIAS)	R\$ 12,31
02.04.04.010-8	RADIOGRAFIA DE MÃOS E PUNHOS (PARA DETERMINAÇÃO DA IDADE ÓSSEA)	R\$ 11,72
02.04.04.011-6	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO: TRÊS POSIÇÕES	R\$ 15,60
02.04.04.012-4	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLÍQUA)	R\$ 13,50

#### ABDOMEN E PELVE

02.04.05.001-4	CLISTER OPACO COM DUPLO CONTRASTE	R\$ 93,40
----------------	-----------------------------------	-----------

## CISVALI

### Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu

02.04.05.003-0	COLANGIOGRAFIA PÓS-OPERATORIO	R\$ 63,76
02.04.05.006-5	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	R\$ 88,66
02.04.05.011-1	RADIOGRAFIA DE ABDÔMEN (AP + LATERAL/LOCALIZADA)	R\$ 20,98
02.04.05.013-8	RADIOGRAFIA DE ABDÔMEN SIMPLES	R\$ 14,02
02.04.05.014-6	RADIOGRAFIA DE ESTÔMAGO E DUODENO	R\$ 68,87
02.04.05.015-4	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO)	R\$ 93,06
02.04.05.017-0	URETROCISTOGRAFIA	R\$ 101,90
02.04.05.018-9	UROGRAFIA VENOSA	R\$ 105,39

#### CINTURA PELVICA E DOS MEMBROS INFERIORES

02.04.06.002-8	DENSITOMETRIA ÓSSEA	R\$ 109,82
02.04.06.006-0	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL	R\$ 15,18
02.04.06.008-7	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TÍBIO-TÁRSICA	R\$ 12,70
02.04.06.009-5	RADIOGRAFIA DE BACIA	R\$ 15,18
02.04.06.010-9	RADIOGRAFIA DE CALCÂNEO	R\$ 12,70
02.04.06.011-7	RADIOGRAFIA DE COXA	R\$ 17,48
02.04.06.012-5	RADIOGRAFIA DE JOELHO: AP + LATERAL	R\$ 13,25
02.04.06.013-3	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU RÓTULA (AP + LATERAL + AXIAL)	R\$ 14,00
02.04.06.014-1	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU RÓTULA (AP + LATERAL + OBLIQUAS + 3 AXIAIS)	R\$ 18,16
02.04.06.015-0	RADIOGRAFIA DE PÉ/DEDOS DO PÉ	R\$ 12,66
02.04.06.016-8	RADIOGRAFIA DE PERNA	R\$ 17,48
02.04.06.017-6	RADIOGRAFIA DE PANORÂMICA DE MEMBROS INFERIORES	R\$ 18,16
02.04.06.003-6	ESCANOMETRIA	R\$ 15,18

#### TOMOGRÁFIAS

02.06.01.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL/TORÁCICA/LOMBO-SACRA	R\$ 148,25
02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA FACE/SEIOS DA FACE/ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES	R\$ 148,25
02.06.01.006-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO/SELA TÚRCICA/ÓRBITAS	R\$ 120,80
02.06.02.001-5	TOMOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR/INFERIOR	R\$ 148,25
02.06.02.002-3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇOS, ANTEBRAÇOS, COXA, MÃO, PÉ)	R\$ 148,25
02.06.02.003-1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX	R\$ 186,69
02.06.03.003-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE/BACIA/ABDÔMEN INFERIOR	R\$ 208,65
02.06.03.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN SUPERIOR	R\$ 318,47

#### RESSONÂNCIAS/ANGIOTOMOGRÁFIAS/ANGIORRESSONÂNCIAS

02.07.01.005-6	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	R\$ 268,75
----------------	-----------------------	------------

**CISVALI**  
**Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu**

02.10.01.002-9	ANGIOTOMOGRAFIA	R\$ 490,00
02.07.01.001-3	ANGIORRESSONÂNCIA	R\$ 490,00

**ULTRASSONOGRAFIAS**

02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (PERNAS, BRAÇOS (POR MEMBRO) PESCOÇO, ABDÔMEN)	R\$ 164,73
02.05.02.003-8	ULTRASSONOGRAFIA ABDÔMEN SUPERIOR	R\$ 58,05
02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRAFIA ABDÔMEN TOTAL	R\$ 74,05
02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRAFIA APARELHO URINÁRIO	R\$ 66,24
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA ARTICULAÇÃO	R\$ 66,24
02.05.02.007-0	ULTRASSONOGRAFIA BOLSA ESCROTAL	R\$ 68,69
02.05.02.008-9	ULTRASSONOGRAFIA GLOBO OCULAR	R\$ 68,69
02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL	R\$ 67,58
02.05.02.010-0	ULTRASSONOGRAFIA PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL)	R\$ 68,69
02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRAFIA TIREOIDE	R\$ 68,69
02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA	R\$ 48,07
02.05.02.015-1	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R\$ 104,76
02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA	R\$ 48,07
02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	R\$ 61,81
SEM CÓD. REF. SUS	ULTRASSONOGRAFIA DE ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (CERVICAL, AXILAS, MÚSCULO, TENDÃO, PAREDE ABDOMINAL, PARTES MOLES)	R\$ 61,54
SEM CÓD. REF. SUS	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM TRANSLUCÊNCIA NUCAL	R\$ 88,00
SEM CÓD. REF. SUS	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA	R\$ 150,00
SEM CÓD. REF. SUS	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL COM DOPPLER	R\$ 150,00

**PROCEDIMENTOS EM ORTOPEDIA**

1-A	SUTURAS EM ORTOPEDIA	R\$ 62,40
1-B	CIRURGIA AMBULATORIAL DO SISTEMA OSTEARTICULAR	R\$ 135,70
2-A	TRATAMENTO DE OMBRO	R\$ 143,52
2-B	TRATAMENTO DE ÚMERO	R\$ 165,88
2-C	TRATAMENTO EM COTOVELO	R\$ 165,88
2-D	TRATAMENTO EM ANTEBRAÇO E PUNHO	R\$ 165,88
2-E	TRATAMENTO EM PUNHO, CARPO, METACARPO E FALANGES	R\$ 165,88
3-A	TRATAMENTO EM JOELHO	R\$ 196,04
3-B	TRATAMENTO EM PERNA	R\$ 196,04
3-C	TRATAMENTO EM TORNOZELO	R\$ 150,08
3-D	TRATAMENTO EM TARSO, METATARSO E FALANGES	R\$ 150,08



## CISVALI Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu

4-D	INFILTRAÇÕES, PUNÇÕES DIAGNÓSTICAS E EVACUADORAS	R\$ 59,28
5-A	REVISÕES DE CONTROLE COM TROCA DE GESSO	R\$ 90,48

### FISIOTERAPIA

SEM CÓD. REF. SUS	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO MOTOR/RESPIRATÓRIO	R\$ 10,00
-------------------	-------------------------------------------------	-----------

### PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA EM LABORATÓRIO CLÍNICO

02.03.02.003-0	EXAME DE ANATOMO - PATOLÓGICO POR PEÇA CIRURGICA OU BIÓPSIA	R\$ 44,00
----------------	-------------------------------------------------------------	-----------

### OUTROS

SEM CÓD. REF. SUS	BOTA DE UNNA UNILATERAL	R\$ 50,00
SEM CÓD. REF. SUS	BOTA DE UNNA BILATERAL	R\$ 65,00
SEM CÓD. REF. SUS	CONTRASTE	R\$ 50,00
SEM CÓD. REF. SUS	HONORÁRIOS DE ANESTESIA	R\$ 140,00

### REGULAÇÃO DE ACESSO

SEM CÓD. REF. SUS	REGULAÇÃO ASSISTENCIAL À SAÚDE (POR HORA)	R\$ 100,00
-------------------	-------------------------------------------	------------

### ATENDIMENTO MACC

SEM CÓD. REF. SUS	REUNIÕES CLÍNICAS, DISCUSSÕES DE CASOS, SUPERVISÃO CLÍNICA (PRODUÇÃO PROFISSIONAL POR REUNIÃO DE 2 HORAS REGISTRADA)	R\$ 100,00
SEM CÓD. REF. SUS	EDUCAÇÃO PERMANETE: REUNIÕES TÉCNICAS, PROTOCOLOS CLÍNICOS E FLUXOGRAMAS, CURSO, CAPACITAÇÕES PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA (POR HORA REGISTRADA)	R\$ 100,00

### EXAMES LABORATORIAIS

EXAMES BIOQUÍMICOS		
02.02.01.001-5	CLEARANCE OSMOLAR	R\$ 3,51
02.02.01.002-3	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO (TIBC)	R\$ 15,47
02.02.01.003-1	DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS	R\$ 15,65



## CISVALI Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu

02.02.01.004-0	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	R\$ 3,63
02.02.01.005-8	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (5 DOSAGENS)	R\$ 6,55
02.02.01.006-6	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)	R\$ 3,68
02.02.01.007-4	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	R\$ 10,00
02.02.01.008-2	DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE	R\$ 3,51
02.02.01.009-0	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	R\$ 3,51
02.02.01.010-4	DOSAGEM DE ACETONA	R\$ 1,85
02.02.01.011-2	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	R\$ 2,01
02.02.01.012-0	DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$ 1,85
02.02.01.013-9	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO	R\$ 9,00
02.02.01.014-7	DOSAGEM DE ALDOLASE	R\$ 3,68
02.02.01.015-5	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	R\$ 3,68
02.02.01.016-3	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	R\$ 3,68
02.02.01.017-1	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	R\$ 3,68
02.02.01.018-0	DOSAGEM DE AMILASE	R\$ 2,25
02.02.01.019-8	DOSAGEM DE AMONIA	R\$ 3,51
02.02.01.020-1	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$ 2,01
02.02.01.021-0	DOSAGEM DE CALCIO	R\$ 1,85
02.02.01.022-8	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	R\$ 3,51
02.02.01.023-6	DOSAGEM DE CAROTENO	R\$ 2,01
02.02.01.025-2	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	R\$ 3,68
02.02.01.026-0	DOSAGEM DE CLORETO	R\$ 1,85
02.02.01.027-9	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$ 3,51
02.02.01.028-7	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$ 15,00
02.02.01.029-5	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$ 1,85



## CISVALI Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu

02.02.01.030-9	DOSAGEM DE COLINESTERASE	R\$ 3,68
02.02.01.031-7	DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 1,85
02.02.01.032-5	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 3,68
02.02.01.033-3	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$ 4,12
02.02.01.034-1	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	R\$ 3,51
02.02.01.035-0	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	R\$ 3,51
02.02.01.036-8	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	R\$ 3,68
02.02.01.037-6	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	R\$ 3,68
02.02.01.038-4	DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 15,59
02.02.01.039-2	DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$ 5,21
02.02.01.040-6	DOSAGEM DE FOLATO (ACIDO FOLICO)	R\$ 24,60
02.02.01.041-4	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	R\$ 2,01
02.02.01.042-2	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 2,01
02.02.01.043-0	DOSAGEM DE FOSFORO	R\$ 1,85
02.02.01.044-9	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	R\$ 2,01
02.02.01.045-7	DOSAGEM DE GALACTOSE	R\$ 3,51
02.02.01.046-5	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 3,51
02.02.01.047-3	DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 1,85
02.02.01.048-1	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	R\$ 15,00
02.02.01.049-0	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	R\$ 3,68
02.02.01.050-3	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 16,00
02.02.01.051-1	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	R\$ 3,68
02.02.01.052-0	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	R\$ 3,51
02.02.01.053-8	DOSAGEM DE LACTATO	R\$ 3,68
02.02.01.054-6	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	R\$ 3,51



## CISVALI Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu

02.02.01.055-4	DOSAGEM DE LIPASE	R\$ 2,25
02.02.01.056-2	DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$ 2,01
02.02.01.057-0	DOSAGEM DE MUÇO-PROTEINAS	R\$ 2,01
02.02.01.058-9	DOSAGEM DE PIRUVATO	R\$ 3,68
02.02.01.059-7	DOSAGEM DE PORFIRINAS	R\$ 3,51
02.02.01.060-0	DOSAGEM DE POTASSIO	R\$ 1,85
02.02.01.061-9	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	R\$ 1,40
02.02.01.062-7	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$ 1,85
02.02.01.063-5	DOSAGEM DE SODIO	R\$ 1,85
02.02.01.064-3	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$ 2,01
02.02.01.065-1	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$ 2,01
02.02.01.066-0	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$ 4,12
02.02.01.067-8	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$ 3,51
02.02.01.068-6	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	R\$ 3,51
02.02.01.069-4	DOSAGEM DE UREIA	R\$ 1,85
02.02.01.070-8	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$ 15,24
02.02.01.071-6	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	R\$ 3,68
02.02.01.072-4	ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 4,42
02.02.01.073-2	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE )	R\$ 15,65
02.02.01.074-0	PROVA DA D-XILOSE	R\$ 3,68
02.02.01.075-9	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS	R\$ 6,55
02.02.01.076-7	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	15,24
<b>EXAMES HEMATOLÓGICOS E HEMOSTASIA</b>		
02.02.02.001-0	CITOQUIMICA HEMATOLOGICA	R\$ 6,48
02.02.02.002-9	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 2,73



## CISVALI Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu

02.02.02.003-7	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$ 2,73
02.02.02.004-5	DETERMINAÇÃO DE CURVA DE RESISTÊNCIA GLOBULAR	R\$ 2,73
02.02.02.005-3	DETERMINAÇÃO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)	R\$ 2,73
02.02.02.006-1	DETERMINAÇÃO DE SULFO-HEMOGLOBINA	R\$ 2,73
02.02.02.007-0	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	R\$ 2,73
02.02.02.008-8	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	R\$ 2,73
02.02.02.009-6	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO –DUKE	R\$ 2,73
02.02.02.010-0	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	R\$ 9,00
02.02.02.011-8	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS	R\$ 5,79
02.02.02.012-6	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA	R\$ 2,85
02.02.02.013-4	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$ 5,77
02.02.02.014-2	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 2,73
02.02.02.015-0	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO (VHS)	R\$ 2,73
02.02.02.016-9	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	R\$ 4,11
02.02.02.017-7	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	R\$ 6,48
02.02.02.018-5	DOSAGEM DE FATOR II	R\$ 5,31
02.02.02.019-3	DOSAGEM DE FATOR IX	R\$ 7,61
02.02.02.020-7	DOSAGEM DE FATOR V	R\$ 4,73
02.02.02.021-5	DOSAGEM DE FATOR VII	R\$ 8,09
02.02.02.022-3	DOSAGEM DE FATOR VIII	R\$ 6,63
02.02.02.023-1	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	R\$ 15,00
02.02.02.024-0	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	R\$ 18,91
02.02.02.025-8	DOSAGEM DE FATOR X	R\$ 6,66
02.02.02.026-6	DOSAGEM DE FATOR XI	R\$ 9,11
02.02.02.027-4	DOSAGEM DE FATOR XII	R\$ 10,51



## CISVALI Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu

02.02.02.028-2	DOSAGEM DE FATOR XIII	R\$ 6,66
02.02.02.029-0	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	R\$ 4,60
02.02.02.030-4	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$ 1,53
02.02.02.031-2	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC	R\$ 2,73
02.02.02.032-0	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	R\$ 2,73
02.02.02.033-9	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	R\$ 2,73
02.02.02.034-7	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	R\$ 4,11
02.02.02.035-5	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 25,00
02.02.02.036-3	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	R\$ 2,73
02.02.02.037-1	HEMATOCRITO	R\$ 1,53
02.02.02.038-0	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 4,11
02.02.02.039-8	LEUCOGRAMA	R\$ 2,73
02.02.02.040-1	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	R\$ 25,00
02.02.02.041-0	PESQUISA DE CELULAS LE	R\$ 4,11
02.02.02.042-8	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	R\$ 2,73
02.02.02.043-6	PESQUISA DE FILARIA	R\$ 2,73
02.02.02.044-4	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	R\$ 2,73
02.02.02.046-0	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	R\$ 2,73
02.02.02.048-7	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	R\$ 4,11
02.02.02.049-5	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	R\$ 2,73
02.02.02.050-9	PROVA DO LACO	R\$ 2,73
02.02.02.051-7	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	R\$ 2,73
02.02.02.052-5	TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS	R\$ 12,00
02.02.02.053-3	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	R\$ 2,73
02.02.02.054-1	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$ 2,73

## CISVALI

### Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu

<b>EXAMES SOROLÓGICOS E IMUNOLÓGICOS</b>		
02.02.03.001-6	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	R\$ 15,00
02.02.03.002-4	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	R\$ 15,00
02.02.03.003-2	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	R\$ 15,00
02.02.03.004-0	DETECCAO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)	R\$ 65,00
02.02.03.005-9	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	R\$ 96,00
02.02.03.006-7	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	R\$ 9,25
02.02.03.007-5	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	R\$ 2,83
02.02.03.008-3	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 9,25
02.02.03.009-1	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R\$ 15,06
02.02.03.010-5	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA TOTAL/LIVRE)	R\$ 16,42
02.02.03.011-3	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	R\$ 13,55
02.02.03.012-1	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$ 17,16
02.02.03.013-0	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	R\$ 17,16
02.02.03.014-8	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	R\$ 2,83
02.02.03.015-6	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R\$ 17,16
02.02.03.016-4	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$ 9,25
02.02.03.018-0	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$ 17,16
02.02.03.019-9	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	R\$ 9,25
02.02.03.020-2	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 2,83
02.02.03.022-9	IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 17,16
02.02.03.023-7	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R\$ 80,00
02.02.03.025-3	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	R\$ 36,30
02.02.03.026-1	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	R\$ 36,30
02.02.03.027-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$ 8,67



## CISVALI Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu

02.02.03.028-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	R\$ 17,16
02.02.03.029-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	R\$ 85,00
02.02.03.030-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R\$ 10,00
02.02.03.031-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R\$ 18,55
02.02.03.032-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	R\$ 17,16
02.02.03.033-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	R\$ 5,74
02.02.03.034-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$ 17,16
02.02.03.035-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$ 18,55
02.02.03.036-9	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	R\$ 18,55
02.02.03.037-7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	R\$ 9,25
02.02.03.038-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	R\$ 10,00
02.02.03.039-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	R\$ 9,25
02.02.03.040-7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	R\$ 3,70
02.02.03.041-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	R\$ 5,83
02.02.03.042-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	R\$ 10,00
02.02.03.043-1	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL	R\$ 17,16
02.02.03.044-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS	R\$ 9,25
02.02.03.045-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	R\$ 10,00
02.02.03.046-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	R\$ 9,70
02.02.03.047-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	R\$ 2,83
02.02.03.048-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	R\$ 10,00
02.02.03.050-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	R\$ 10,00
02.02.03.051-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	R\$ 10,00
02.02.03.052-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	R\$ 17,16
02.02.03.053-9	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	R\$ 4,10



## CISVALI Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu

02.02.03.054-7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	R\$ 5,50
02.02.03.055-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R\$ 46,00
02.02.03.056-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	R\$ 17,16
02.02.03.057-1	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	R\$ 17,16
02.02.03.058-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	R\$ 17,16
02.02.03.059-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	R\$ 17,16
02.02.03.060-1	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	R\$ 17,16
02.02.03.061-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	R\$ 10,00
02.02.03.062-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R\$ 17,16
02.02.03.063-6	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$ 18,55
02.02.03.064-4	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	R\$ 18,55
02.02.03.065-2	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	R\$ 7,78
02.02.03.066-0	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII	R\$ 9,71
02.02.03.067-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$ 18,55
02.02.03.068-7	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	R\$ 18,55
02.02.03.069-5	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	R\$ 9,25
02.02.03.070-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS	R\$ 4,10
02.02.03.071-7	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO	R\$ 18,55
02.02.03.072-5	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	R\$ 17,16
02.02.03.073-3	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 2,83
02.02.03.074-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,00
02.02.03.075-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	R\$ 9,25
02.02.03.076-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$ 16,97
02.02.03.077-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 9,25
02.02.03.078-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG)	R\$ 18,55



## CISVALI

### Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu

02.02.03.080-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55
02.02.03.081-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16
02.02.03.082-2	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 17,16
02.02.03.083-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN- BARR	R\$ 17,16
02.02.03.084-9	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 17,16
02.02.03.085-7	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,61
02.02.03.086-5	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	R\$ 10,00
02.02.03.087-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$ 18,55
02.02.03.088-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 9,25
02.02.03.089-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$ 18,55
02.02.03.090-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R\$ 20,00
02.02.03.091-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55
02.02.03.092-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16
02.02.03.093-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 17,16
02.02.03.094-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN- BARR	R\$ 17,16
02.02.03.095-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 17,16
02.02.03.096-2	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R\$ 30,00
02.02.03.097-0	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$ 18,55
02.02.03.098-9	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	R\$ 18,55
02.02.03.099-7	PESQUISA DE CLAMIDIA (POR CAPTURA HIBRIDA)	R\$ 60,00
02.02.03.100-4	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	R\$ 2,83
02.02.03.101-2	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	R\$ 4,10
02.02.03.102-0	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA	R\$ 10,00
02.02.03.103-9	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	R\$ 9,25
02.02.03.104-7	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	R\$ 10,00



## CISVALI Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu

02.02.03.105-5	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	R\$ 1,77
02.02.03.106-3	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	R\$ 1,77
02.02.03.107-1	QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1	R\$ 18,00
02.02.03.108-0	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 168,48
02.02.03.109-8	REACAO DE HEMAGLUTINACAO (TPHA) P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 4,10
02.02.03.110-1	REACAO DE MONTENEGRO ID	R\$ 2,83
02.02.03.111-0	TESTE DE VDRL P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$ 2,83
02.02.03.112-8	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00
02.02.03.113-6	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00
02.02.03.114-4	TESTES ALERGICOS DE CONTATO	R\$ 1,77
02.02.03.115-2	TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA	R\$ 1,77
02.02.03.116-0	TESTES RAPIDOS P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00
02.02.03.117-9	VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE	R\$ 2,83
02.02.03.118-7	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGlutAMINAISe RECOMBINANTE HUMANO IGA	R\$ 18,55
02.02.03.119-5	DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO	R\$ 17,16
02.02.03.120-9	DOSAGEM DE TROPONINA	R\$ 9,00
02.02.03.121-7	DOSAGEM DE ANTÍGENO CA 125	R\$ 35,00
<b>EXAMES CROPOLÓGICOS</b>		
02.02.04.001-1	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	R\$ 1,65
02.02.04.002-0	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	R\$ 3,04
02.02.04.003-8	EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	R\$ 3,04
02.02.04.004-6	IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	R\$ 1,65
02.02.04.005-4	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	R\$ 1,65
02.02.04.006-2	PESQUISA DE EOSINOFILOS	R\$ 1,65
02.02.04.007-0	PESQUISA DE GORDURA FECAL	R\$ 1,65

## CISVALI

### Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu

02.02.04.008-9	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	R\$ 1,65
02.02.04.009-7	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	R\$ 1,65
02.02.04.010-0	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	R\$ 1,65
02.02.04.011-9	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)	R\$ 1,65
02.02.04.012-7	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$ 1,65
02.02.04.013-5	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	R\$ 10,25
02.02.04.014-3	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 1,65
02.02.04.015-1	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	R\$ 1,65
02.02.04.016-0	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	R\$ 1,65
02.02.04.017-8	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	R\$ 1,65
<b>EXAMES DE UROANÁLISE</b>		
02.02.05.001-7	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$ 3,70
02.02.05.002-5	CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 3,51
02.02.05.003-3	CLEARANCE DE FOSFATO	R\$ 3,51
02.02.05.004-1	CLEARANCE DE UREIA	R\$ 3,51
02.02.05.005-0	CONTAGEM DE ADDIS	R\$ 2,04
02.02.05.006-8	DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE	R\$ 3,70
02.02.05.007-6	DOSAGEM DE ACUCARES (POR CROMATOGRRAFIA)	R\$ 3,70
02.02.05.008-4	DOSAGEM DE CITRATO	R\$ 2,01
02.02.05.009-2	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 8,12
02.02.05.010-6	DOSAGEM DE OXALATO	R\$ 3,68
02.02.05.011-4	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$ 2,04
02.02.05.012-2	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	R\$ 3,04
02.02.05.013-0	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	R\$ 3,70
02.02.05.014-9	PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRRAFIA)	R\$ 3,70



**CISVALI**  
**Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu**

02.02.05.015-7	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	R\$ 2,04
02.02.05.016-5	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	R\$ 3,70
02.02.05.017-3	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA	R\$ 2,04
02.02.05.018-1	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	R\$ 2,40
02.02.05.019-0	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	R\$ 2,04
02.02.05.020-3	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	R\$ 2,04
02.02.05.021-1	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	R\$ 3,70
02.02.05.022-0	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	R\$ 2,04
02.02.05.023-8	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	R\$ 2,04
02.02.05.024-6	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	R\$ 3,36
02.02.05.026-2	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	R\$ 2,04
02.02.05.027-0	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	R\$ 2,04
02.02.05.028-9	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	R\$ 3,70
02.02.05.029-7	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	R\$ 2,04
02.02.05.030-0	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	R\$ 4,44
02.02.05.031-9	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	R\$ 2,04
02.02.05.032-7	PROVA DE DILUICAO (URINA)	R\$ 2,04
<b>EXAMES HORMONAIS</b>		
02.02.06.001-2	DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE	R\$ 12,54
02.02.06.002-0	DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3	R\$ 12,54
02.02.06.003-9	DETERMINACAO DE T3 REVERSO	R\$ 14,69
02.02.06.004-7	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	R\$ 10,20
02.02.06.005-5	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	R\$ 6,72
02.02.06.006-3	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	R\$ 6,72
02.02.06.007-1	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	R\$ 6,72



## CISVALI Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu

02.02.06.008-0	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R\$ 14,12
02.02.06.009-8	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	R\$ 11,89
02.02.06.010-1	DOSAGEM DE AMP CICLICO	R\$ 12,01
02.02.06.011-0	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	R\$ 11,53
02.02.06.012-8	DOSAGEM DE CALCITONINA	R\$ 14,38
02.02.06.013-6	DOSAGEM DE CORTISOL	R\$ 9,86
02.02.06.014-4	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$ 11,25
02.02.06.015-2	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R\$ 11,71
02.02.06.016-0	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$ 12,54
02.02.06.017-9	DOSAGEM DE ESTRIOL	R\$ 11,55
02.02.06.018-7	DOSAGEM DE ESTRONA	R\$ 11,12
02.02.06.019-5	DOSAGEM DE GASTRINA	R\$ 14,15
02.02.06.020-9	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	R\$ 15,35
02.02.06.021-7	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG QUANTITATIVO/QUALITATIVO)	R\$ 12,54
02.02.06.022-5	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	R\$ 32,50
02.02.06.023-3	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$ 24,00
02.02.06.024-1	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 14,00
02.02.06.025-0	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$ 12,54
02.02.06.026-8	DOSAGEM DE INSULINA	R\$ 10,17
02.02.06.027-6	DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$ 43,13
02.02.06.028-4	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R\$ 15,35
02.02.06.029-2	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$ 10,22
02.02.06.030-6	DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$ 12,54
02.02.06.031-4	DOSAGEM DE RENINA	R\$ 13,19
02.02.06.032-2	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	R\$ 15,35



## CISVALI Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu

02.02.06.033-0	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	R\$ 13,11
02.02.06.034-9	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$ 10,43
02.02.06.035-7	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 13,11
02.02.06.036-5	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$ 15,35
02.02.06.037-3	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$ 8,76
02.02.06.038-1	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 12,54
02.02.06.039-0	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 12,54
02.02.06.040-3	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	R\$ 12,01
02.02.06.041-1	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	R\$ 12,01
02.02.06.042-0	TESTE DE ESTIMULO DE LH E FSH APOS GONADORRELINA	R\$ 12,01
02.02.06.043-8	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	R\$ 12,01
02.02.06.044-6	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	R\$ 12,01
02.02.06.045-4	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE	R\$ 12,01
02.02.06.047-0	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	12,15
02.02.06.046-2	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	R\$ 8,43
<b>EXAMES TOXICOLÓGICOS OU DE MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA</b>		
02.02.07.001-8	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	R\$ 2,06
02.02.07.002-6	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	R\$ 2,23
02.02.07.003-4	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	R\$ 3,68
02.02.07.004-2	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	R\$ 2,04
02.02.07.005-0	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	R\$ 15,65
02.02.07.006-9	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	R\$ 3,51
02.02.07.007-7	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	R\$ 2,01
02.02.07.008-5	DOSAGEM DE ALUMINIO	R\$ 27,50
02.02.07.009-3	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	R\$ 10,00



## CISVALI Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu

02.02.07.010-7	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	R\$ 10,00
02.02.07.011-5	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	R\$ 10,00
02.02.07.012-3	DOSAGEM DE BARBITURATOS	R\$ 13,13
02.02.07.013-1	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	R\$ 13,48
02.02.07.014-0	DOSAGEM DE CADMIO	R\$ 6,55
02.02.07.015-8	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	R\$ 17,53
02.02.07.016-6	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	R\$ 4,11
02.02.07.017-4	DOSAGEM DE CHUMBO	R\$ 8,83
02.02.07.018-2	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	R\$ 58,61
02.02.07.019-0	DOSAGEM DE COBRE	R\$ 3,51
02.02.07.020-4	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	R\$ 8,97
02.02.07.021-2	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA	R\$ 15,65
02.02.07.022-0	DOSAGEM DE FENITOINA	R\$ 35,22
02.02.07.023-9	DOSAGEM DE FENOL	R\$ 2,05
02.02.07.024-7	DOSAGEM DE FORMALDEIDO	R\$ 3,51
02.02.07.025-5	DOSAGEM DE LITIO	R\$ 2,25
02.02.07.026-3	DOSAGEM DE MERCURIO	R\$ 2,04
02.02.07.027-1	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	R\$ 4,11
02.02.07.028-0	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	R\$ 10,00
02.02.07.029-8	DOSAGEM DE METOTREXATO	R\$ 10,00
02.02.07.030-1	DOSAGEM DE QUINIDINA	R\$ 10,00
02.02.07.031-0	DOSAGEM DE SALICILATOS	R\$ 2,01
02.02.07.032-8	DOSAGEM DE SULFATOS	R\$ 3,51
02.02.07.033-6	DOSAGEM DE TEOFILINA	R\$ 15,65
02.02.07.034-4	DOSAGEM DE TIOCIANATO	R\$ 3,68



**CISVALI**  
**Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu**

02.02.07.035-2	DOSAGEM DE ZINCO	R\$ 15,65
<b>EXAMES MICROBIOLÓGICOS</b>		
02.02.08.001-3	ANTIBIOGRAMA	R\$ 4,98
02.02.08.002-1	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	R\$ 13,33
02.02.08.003-0	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	R\$ 13,33
02.02.08.004-8	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR	R\$ 4,20
02.02.08.005-6	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	R\$ 4,20
02.02.08.006-4	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (TUBERCULOSE)	R\$ 4,20
02.02.08.007-2	BACTEROSCOPIA (GRAM)	R\$ 2,80
02.02.08.008-0	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$ 5,62
02.02.08.009-9	CULTURA DO LEITE MATERNO (POS-PASTEURIZACAO)	R\$ 4,33
02.02.08.010-2	CULTURA P/ HERPESVIRUS	R\$ 4,33
02.02.08.011-0	CULTURA PARA BAAR	R\$ 5,63
02.02.08.012-9	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	R\$ 10,25
02.02.08.013-7	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	R\$ 4,19
02.02.08.014-5	EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)	R\$ 2,80
02.02.08.015-3	HEMOCULTURA	R\$ 11,49
02.02.08.016-1	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	R\$ 5,63
02.02.08.017-0	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	R\$ 4,33
02.02.08.018-8	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	R\$ 2,80
02.02.08.019-6	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	R\$ 25,00
02.02.08.020-0	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	R\$ 2,80
02.02.08.021-8	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	R\$ 4,33
02.02.08.022-6	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	R\$ 2,80
02.02.08.023-4	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	R\$ 5,04

## CISVALI

### Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu

<b>EXAMES E OUTROS LÍQUIDOS BIOLÓGICOS</b>		
02.02.09.001-9	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
02.02.09.002-7	ADENOGRAMA	R\$ 5,79
02.02.09.003-5	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	R\$ 4,33
02.02.09.004-3	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	R\$ 4,33
02.02.09.005-1	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89
02.02.09.006-0	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89
02.02.09.007-8	DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 6,56
02.02.09.008-6	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 1,89
02.02.09.009-4	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	R\$ 2,01
02.02.09.010-8	DOSAGEM DE FRUTOSE	R\$ 2,01
02.02.09.011-6	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	R\$ 2,01
02.02.09.012-4	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
02.02.09.013-2	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
02.02.09.015-9	ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR	R\$ 5,23
02.02.09.016-7	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 6,56
02.02.09.017-5	ESPLENOGRAMA	R\$ 5,79
02.02.09.018-3	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	R\$ 1,89
02.02.09.019-1	MIELOGRAMA	R\$ 115,00
02.02.09.021-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDEOS (ELISA )	R\$ 9,70
02.02.09.022-1	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA	R\$ 2,01
02.02.09.023-0	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	R\$ 1,89
02.02.09.024-8	PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS	R\$ 1,89
02.02.09.025-6	PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA	R\$ 1,89
02.02.09.026-4	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDEOS (APOS VASECTOMIA)	R\$ 4,80

## CISVALI

### Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu

02.02.09.027-2	PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
02.02.09.028-0	PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)	R\$ 9,70
02.02.09.029-9	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)	R\$ 1,89
02.02.09.030-2	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	R\$ 1,89
02.02.09.031-0	REACAO DE PANDY	R\$ 1,89
02.02.09.032-9	REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
02.02.09.033-7	TESTE DE CLEMENTS	R\$ 1,89
02.02.09.034-5	TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS	R\$ 4,68
02.02.09.035-3	TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO	R\$ 4,68
<b>EXAMES DE GENÉTICA</b>		
02.02.10.001-4	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 32,48
02.02.10.002-2	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 32,48
02.02.10.003-0	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 32,48
<b>EXAMES PARA TRIAGEM NEONATAL</b>		
02.02.11.001-0	DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 8,80
02.02.11.002-8	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)	R\$ 66,00
02.02.11.003-6	DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)	R\$ 66,00
02.02.11.004-4	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 5,50
02.02.11.005-2	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4	R\$ 12,10
02.02.11.006-0	DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECCAO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA	R\$ 20,90
02.02.11.007-9	DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA	R\$ 5,50
02.02.11.008-7	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 13,20
<b>EXAMES IMUNOHEMATOLÓGICOS</b>		
02.02.12.001-5	DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS	R\$ 10,65
02.02.12.002-3	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,37

## CISVALI

### Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu

02.02.12.003-1	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	R\$ 10,65
02.02.12.004-0	IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS	R\$ 10,65
02.02.12.005-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO	R\$ 5,79
02.02.12.006-6	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC	R\$ 5,79
02.02.12.007-4	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO	R\$ 5,79
02.02.12.008-2	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1,37
02.02.12.009-0	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R\$ 2,73
02.02.12.010-4	TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	R\$ 5,79

SEM CÓD. REF. SUS	PESQUISA DE H LAB27	R\$ 36,00
SEM CÓD. REF. SUS	APOLIPOPROTEÍNA A1 - APOA 1	R\$ 15,00
SEM CÓD. REF. SUS	APOLIPOPROTEÍNA B - APOAB	R\$ 15,00
SEM CÓD. REF. SUS	VITAMINA C	R\$ 47,00
SEM CÓD. REF. SUS	RUBEOLA AVIDEZ ANTICORPOS IGG	R\$ 67,00
SEM CÓD. REF. SUS	TOXOPLASMOSE AVIDEZ ANTICORPOS IGG	R\$ 22,00
SEM CÓD. REF. SUS	ANTI ENDOMISIO - IGG	R\$ 20,00
SEM CÓD. REF. SUS	ANTI ENDOMISIO - IGM	R\$ 20,00
SEM CÓD. REF. SUS	PESQUISA DE ANTICOAGULANTE LUPICO	R\$ 23,00
SEM CÓD. REF. SUS	CITOPLASMA DE ANTI NEUTROFILOS - ANCA	R\$ 25,00
SEM CÓD. REF. SUS	CITOMEGALOVIRUS AVIDEZ IGG	R\$ 48,00
SEM CÓD. REF. SUS	TRAB - ANTICORPO ANTI RECEPTOR DE TSH	R\$ 18,00
SEM CÓD. REF. SUS	TOXOPLASMOSE IGA	R\$ 57,00
SEM CÓD. REF. SUS	ANTI GAD DESCARBOXILASE DO ÁCIDO GLUTÂMICO	R\$ 45,50
SEM CÓD. REF. SUS	MUTAÇÃO JAK 2	R\$ 241,50
SEM CÓD. REF. SUS	INDICE DE SATURAÇÃO DE TRANSFERRETINA	R\$ 13,13
SEM CÓD. REF. SUS	TESTE INTRADEMICO PARA TUBERCULOSE	R\$ 58,00



## CISVALI Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu

SEM CÓD. REF. SUS	TESTE NÃO TREPONEMICO PARA DETECÇÃO DE SÍFILIS – VDRL QUANTITATIVO	R\$ 2,83
SEM CÓD. REF. SUS	PESQUISA DE STREPTOCOCUS AGALATIE GBS	R\$ 19,33
SEM CÓD. REF. SUS	GLICEMIA PÓS PRANDIAL	R\$1,85



**CISVALI**  
**Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu**

**ANEXO VII – MINUTA DO CONTRATO**

**TERMO DE CREDENCIAMENTO Nº**  
**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**

Pelo presente Termo de Credenciamento sob o nº ....., o CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO VALE DO IGUAÇU – CISVALI, constituído sob forma de Consórcio Público, de direito público, inscrito no CNPJ 00.956.801.0001/25, com sede na Rua Paraná, 324, União da Vitória – PR, neste ato representado pelo seu Presidente Sr. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, portador do RG: XXXXXXXXXXXXXX XXX XXX, CPF: XXXXXX, e, de outro, denominada CREDENCIADA (o) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, CNPJ XXXXXXXXXXXX, com sede XXXXXXXX, neste ato representado pelo XXXX, RG XXXXX, CPF XXXX, tendo em vista o que dispõe a Constituição Federal, em especial os seus artigos 196 e seguintes; as Leis nº 8.080/90 e 8.142/90; as normas gerais da Lei nº 8.666/93 e demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, e, ainda, o objeto constante do Edital de Chamamento Público nº 001/2020, de XXXXXX, RESOLVEM celebrar o presente contrato de prestação de serviços mediante as cláusulas e condições seguintes.

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

O presente Termo de Credenciamento tem por objeto a prestação, pela CREDENCIADA (o), de serviços aos usuários encaminhados pelos Municípios consorciados, conforme Tabela CISVALI e Tabela SUS referência setembro/2019.

**Parágrafo primeiro: O atendimento será realizado em caráter eletivo e de forma programada.**

ITEM	QTD	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR UNITÁRIO	VALOR MENSAL
<b>TOTAL MENSAL</b>				<b>R\$</b>

**Parágrafo Segundo:** O valor total do contrato é de XXXX (XXXXXXXX).

**CLAUSULA SEGUNDA - DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**

I - O valor global para contratação acima descrito é apenas uma estimativa feita segundo critérios pré-determinados, não podendo ser considerado como valor mínimo de contratação, e portanto, não vincula o CISVALI na utilização efetiva e total dos serviços.



## CISVALI

### Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu

II - Os serviços credenciados serão pagos, de acordo com o número de atendimentos efetivamente realizados, tendo como referência os valores integrais constantes da Tabela SIA - SUS referência setembro/2019 e Tabela CISVALI;

III - A CREDENCIADA (o) procederá ao atendimento somente dos pacientes encaminhados através de guias de autorização emitidas pelo sistema de agendamento on-line do CISVALI;

IV - A CREDENCIADA (o) não poderá cobrar do paciente, ou seu acompanhante, qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços prestados nos termos deste Contrato;

V - A CREDENCIADA (o) deverá apresentar as cotas a serem ofertadas para o mês seguinte, bem como a disponibilidade de agenda para ser inserida no sistema de agendamento online.

VI- Havendo necessidade de métodos auxiliares de diagnóstico, procedimentos ambulatoriais, cirúrgicos ou de procedimentos terapêuticos especiais, anestésias, a CREDENCIADA (o) fará a solicitação, ficando sua realização condicionada à autorização prévia pelo Órgão Gestor do SUS no âmbito municipal.

#### **CLÁUSULA TERCEIRA - DA ENTREGA DAS FATURAS, FORMA E PRAZO DE PAGAMENTO**

I - Para efeito de faturamento e pagamento, a competência inicia-se no dia 16 (dezesesseis) de cada mês até 15 (quinze) do mês subsequente.

II - A CREDENCIADA (o) deverá enviar o relatório de faturamento do período (com nome dos pacientes, quantidade e, no caso de exames, organizado por tipo de exame realizado), juntamente com as Guias de Autorização emitidas pelos Municípios, devidamente assinadas e sem rasuras ao Setor de Faturamento do CISVALI, em até 2 (dois) dias úteis após o encerramento da competência.

III - Após as conferências das Guias de Autorização e recebimento dos serviços, com posterior elaboração das planilhas pelo Setor de Faturamento do CISVALI, o Setor de Contabilidade enviará no e-mail de cada CREDENCIADA (o) os valores para emissão e entrega da Nota Fiscal na data estipulada. A entrega do documento fiscal fora das datas estipuladas implicará o pagamento somente no próximo faturamento, tendo em vista que a Contabilidade do CISVALI segue as normas da Lei Federal nº. 4.320/64 e do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

IV - Para execução do pagamento, a CREDENCIADA (o) deverá apresentar a Nota Fiscal com a **discriminação dos serviços, juntamente com as certidões negativas de regularidade junto a Fazenda Municipal, Estadual, Federal, FGTS e Débitos Trabalhistas.**

V - O CISVALI pagará pela prestação de serviços até o **dia 15 do mês subsequente**, mediante apresentação da respectiva Nota Fiscal.

#### **CLÁUSULA QUARTA - DO PRAZO DE VIGÊNCIA**

## **CISVALI**

### **Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu**

I - O prazo de vigência do contrato será de até 12 meses, contados a partir da data da publicação do extrato do contrato, tendo interesse de ambas as partes poderá ser prorrogado nos termos do inciso II do artigo 57 da lei 8.666/93.

#### **CLÁUSULA QUINTA - DAS CONDIÇÕES E REGIME DE EXECUÇÃO**

I – O credenciamento caracteriza uma relação contratual de prestação de serviços;

II – A CREDENCIADA (o) deverá manter, durante a vigência deste Termo de Credenciamento as condições de habilitação exigidas para a sua celebração;

III - A Administração poderá conceder um prazo de 15 dias para que a contratada regularize suas condições de habilitação sem prejuízo aos atendimentos já agendados, após este prazo, o contrato ficará suspenso até sua devida regularização;

IV – Se o atendimento da CREDENCIADA for realizado no Ambulatório do CISVALI, o horário concedido ao Prestador será mantido somente pelo período concedido para a regularização das condições de sua habilitação. Após esse período, em não havendo regularização, o horário será considerado vago e concedido a profissionais que tenham interesse.

#### **CLÁUSULA SEXTA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES**

a) São obrigações do CISVALI:

I - Efetuar, no prazo previsto, o pagamento dos serviços prestados, desde que a CREDENCIADA (o) tenha apresentado a nota fiscal e documentos de suporte na forma e prazo hábeis para realização do pagamento;

II - Prestar as informações e esclarecimentos que venham a ser solicitados pela(s) credenciada(s) com relação ao objeto deste Termo de Credenciamento.

III - Fiscalizar o cumprimento das obrigações assumidas pela(s) CREDENCIADAS (os), inclusive quanto à continuidade da prestação dos serviços;

IV - Fornecer a CREDENCIADA (o) todos os dados, e informações que se façam necessárias ao bom desempenho dos serviços.

b) São obrigações da CREDENCIADA (o):

I - Cumprir, nos termos e condições de sua proposta e do Edital de Chamamento Público nº 001/2020, os serviços propostos;

II - Atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo sempre a qualidade na prestação dos serviços;

III - Indicar formalmente à Administração, os responsáveis pela prestação dos serviços e emissões de laudos, objeto deste contrato.

IV - Assumir a responsabilidade por todos os encargos previdenciários e obrigações sociais previstos na legislação trabalhista, vez que não manterão nenhum vínculo empregatício com o CISVALI;



## **CISVALI** **Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu**

V - Responsabilizar-se pelo fornecimento dos recursos humanos, materiais e impressos necessários para a execução do objeto deste contrato;

VI - Não realizar o atendimento ao paciente que não estiver portando a guia de autorização do procedimento;

VII - Comunicar, com antecedência mínima de 15 dias, impossibilidades de prestar o atendimento contratado, devendo, no ato do cancelamento, indicar data de reposição da agenda;

VIII - Fazer os encaminhamentos dos pacientes/usuários que necessitam de serviço ou acompanhamento em outro nível de atenção, com a devida justificativa e caracterização diagnóstica (Laudos de Medicamentos Excepcionais - LME, Tratamento Fora de Domicílio – TFD, Guias de Procedimentos de Alta Complexidade - APAC, Relatórios de Referência e Contra referência e Atestados);

IX - Os prestadores de serviços devem prescrever medicamentos pelo princípio ativo (Genérico), priorizando os medicamentos contidos na REMUME, RENAME, REREME. A REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais) dos municípios, encontra-se disponível para consulta em na Farmácia do CISVALI.

X - Manter durante a vigência do Termo de Credenciamento todas as condições de habilitação exigidas no edital de Chamamento Público nº 001/2020.

XI - A CREDENCIADA (o) terá o prazo máximo de 5 (cinco) dias contados da realização dos exames para proceder com a entrega dos laudos, sob pena de infração contratual.

XII - A CREDENCIADA (o) deverá possuir em seu consultório um computador com acesso a internet e impressora, para utilizar o sistema de informação em saúde do CISVALI, para registro em prontuário eletrônico, recepção dos pacientes e relatórios diversos.

### **CLÁUSULA SÉTIMA - DO LOCAL DE ATENDIMENTO**

Fica estabelecido que os atendimentos sejam efetuados XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

### **CLÁUSULA OITAVA - DA COORDENAÇÃO, CONTROLE E FISCALIZAÇÃO**

I - Caberá ao CISVALI a coordenação, controle e fiscalização da prestação dos serviços.

II - A CREDENCIADA (o) facilitará ao CISVALI o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços complementares e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores do CISVALI, designados para tal fim.

III - O acompanhamento da execução dos serviços complementares credenciados será realizado através do canal de comunicação com os Municípios por meio da Ouvidoria do CISVALI e eventuais vistorias do Fiscal de Contratos.

## **CISVALI**

### **Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu**

#### **CLÁUSULA NONA - DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS E PENALIDADES**

I - Pela inexecução total ou parcial do objeto do presente contrato, o CISVALI poderá garantir a prévia defesa a CREDENCIADA (o) nos termos do art. 87 da Lei nº. 8666/1993.

II – Para a apuração de eventuais casos de inadimplência dos serviços, o CISVALI manterá disponível ao usuário, do canal de comunicação por meio de Ouvidoria;

III - Em caso de inexecução ou inadimplência a CREDENCIADA (o) será notificada (o) pelo CISVALI, assegurando-se o prazo de 5 (cinco) dias para apresentação de defesa;

IV - Em caso de denúncia, constatação ou indícios de que o profissional credenciado está realizando cobranças individuais, direcionamento de consultas, exames ou cirurgias para o âmbito particular, ou congêneres, haverá a notificação e o pedido de esclarecimentos ao profissional. Em caso de reincidência o mesmo será descredenciado automaticamente do CISVALI.

V - Por atraso injustificado na execução das obrigações decorrentes do Termo de Credenciamento será aplicada as sanções previstas na Lei 8.666/1993 bem como legislação vigente.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA - DA RESCISÃO**

I - Este Termo de Credenciamento poderá ser rescindido a qualquer tempo, desde que motivado, por iniciativa de qualquer das partes, sem nenhum ônus, mediante comunicação por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, e por qualquer dos casos elencados no artigo 78 da Lei nº 8.666/1993, em especial nas seguintes situações:

a) Não cumprimento ou cumprimento parcial de qualquer cláusula do Termo de Credenciamento;

b) Interrupção da execução do Termo de Credenciamento sem justa causa;

c) A subcontratação total ou parcial do seu objeto;

d) Pela alteração social ou a modificação da finalidade ou da estrutura da empresa, que prejudique a execução do Termo de Credenciamento;

e) O atraso superior a 90 (noventa) dias dos pagamentos devidos pela Administração decorrentes de serviços, ou parcelas destes recebidos ou executados, salvo em caso de calamidade pública, grave perturbação da ordem interna ou guerra, assegurado a CREDENCIADA (o) o direito de optar pela suspensão do cumprimento de suas obrigações até que seja normalizada a situação;

f) A negativa imotivada de atendimento aos usuários, sem prévia notificação ao CISVALI;



## **CISVALI** **Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu**

II - A rescisão administrativa ou amigável deverá ser precedida de autorização escrita e fundamentada da autoridade competente.

### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS**

Ficam estipulados para o pagamento do presente Termo de Credenciamento os recursos provenientes das seguintes dotações orçamentárias:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

### **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DO REAJUSTE DE PREÇOS**

I - O valor dos serviços previstos na Tabela do CISVALI poderá sofrer correção com base nos índices acordados pelo CRESEMS e aprovados pela Assembleia Geral do CISVALI.

II - Os índices de reajustes acordados pelo CRESEMS e aprovados pela Assembleia Geral do CISVALI será aplicado automaticamente ao contrato mediante termo Aditivo ou Apostilamento na forma da lei.

### **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DOS RECURSOS PROCESSUAIS**

Os recursos processuais cabíveis contra os atos de aplicação de penalidades e rescisão contratual pelo CISVALI são aqueles estabelecidos na lei federal de licitações e contratos administrativos.

### **CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DAS ALTERAÇÕES**

Qualquer alteração do presente Termo de Credenciamento será objeto de Termo Aditivo ou apostilamento, na forma da legislação referente à licitação e contratos administrativos.

### **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DA PUBLICAÇÃO**

O Extrato do presente Termo de Credenciamento será publicado pelo CISVALI em seu diário oficial, na forma do art. 61, parágrafo único, da Lei Federal nº 8.666/93.

### **CLAUSULA DÉCIMA SEXTA - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

I - Não caberá a CREDENCIADA indicar o profissional e/ou empresa para execução de exames complementares, uma vez que esta atribuição cabe aos municípios consorciados;

II - A CREDENCIADA que na sua especialidade necessitar de serviços de anestesiológico, deverá garantir ao CONSÓRCIO este profissional para a realização do procedimento contratado. Os procedimentos que possam necessitar de anestésias, devem ser informados ao município para autorização prévia (Exames de Ressonância, Endoscopia e Colonoscopia em Crianças e Idosos, com classificação de risco e Portadores de necessidades especiais);



## CISVALI Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu

III - Somente serão credenciados/contratados Prestadores de Serviços para às Redes de Atenção à Saúde, que tiverem interesse em executar suas atividades de acordo com o Plano de Ação do Modelo de Atenção as Condições Crônicas – MACC, e as linhas de cuidado adotadas pelo Consórcio/SESA/PR e/ou Ministério da Saúde.

IV - Somente serão credenciados/contratados Prestadores de Serviços para atendimento ao TEA (Transtorno do Espectro Autista) que tiverem interesse em executar suas atividades de acordo com as Diretrizes para Atenção e Reabilitação da Pessoa com autismo, bem como as linhas de cuidado adotadas pelo Consórcio/SESA/PR e/ou Ministério da Saúde.

### **CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DO FORO**

As partes elegem o Foro da Comarca de União da Vitória para dirimir questões oriundas do presente Termo de Credenciamento que não puderem ser resolvidos pelas partes.

E assim, por estarem as partes justas e contratadas, firmam o presente contrato em 2 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

União da Vitória, XXX de XXXXX de XXXXX.

---

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
Presidente do CISVALI  
CONTRATANTE

---

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
CONTRATADO

TESTEMUNHA:  
CPF:

TESTEMUNHA:  
CPF: