



MUNICÍPIO DE BOA VISTA/ PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA

CREDENCIAMENTO Nº 002/2014 Regido pela Lei Federal nº 8.666/93	
Objeto:	CREDENCIAMENTO PARA CONTRATAÇÃO DE EMPRESAS PRESTADORAS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE MÉDIA COMPLEXIDADE.

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 002/2014

O Município de Boa Vista - RR, através da Secretaria Municipal de Saúde torna público que realizará o Credenciamento nº. 002/2014, com o objetivo de contratação de prestadores de serviços de saúde especializado de média complexidade, na cidade de Boa Vista, Capital do Estado de Roraima, sejam públicos, privados ou filantrópicos, visando à ampliação dos serviços ofertados pela Rede Municipal de Saúde, usando como referência os procedimentos e valores da **Tabela SIGTAP/SUS**. Este procedimento é autorizado por meio do Processo nº. ____/____ – SMSA, será regido pela Lei Federal nº. 8.666/93 e alterações, art. 24, da Lei nº. 8.080/90.

Os interessados poderão retirar o presente Edital e seus anexos, no site www.boavista.rr.gov.br

Boa Vista (RR), 08 de maio de 2014.

MARCELO DE LIMA LOPES
Secretário Municipal de Saúde



**MUNICÍPIO DE BOA VISTA/ PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA
EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 002/2014**

O MUNICÍPIO DE BOA VISTA, através da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, situada na Rua Coronel Mota, nº. 418, Centro, Boa Vista – RR torna público para ciência dos interessados, que iniciará, a partir da publicação deste, o processo de **CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PRESTADORAS DE SERVIÇOS NAS ÁREAS DE EXAMES LABORATORIAIS, OFTALMOLOGIA, CARDIOLOGIA, OTORRINOLARINGOLOGIA, ULTRA-SONOGRAFIA, ENDOSCOPIA, RADIOLOGIA E FISIOTERAPIA**, para efeitos do artigo 24 da Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, e artigo 25, *caput*, da Lei Federal 8.666/93 e suas alterações, cujo procedimento obedecerá às seguintes condições regulamentares:

1. DO OBJETO

O presente Edital tem por objeto o Credenciamento e contratação de empresas prestadoras de Serviços de Saúde no âmbito do Município de Boa Vista/RR – Fundo Municipal de Saúde, para atendimento aos usuários do SUS atendidos pela Rede Municipal de Saúde, correspondente a especialidade em Diagnóstico em **Exames Laboratoriais, Oftalmologia, Cardiologia, Otorrinolaringologia, Ultra-Sonografia, Endoscopia, Radiologia e Fisioterapia** descrita no anexo II deste Edital.

2. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

2.1 Poderão participar do presente procedimento, as pessoas jurídicas que atendam às condições específicas de habilitação, conforme descrito no item 3, deste Edital.

2.2 Não serão admitidos à participação:

a) Os interessados que por qualquer motivo estejam regularmente declarados como inidôneos ou punidos com suspensão do direito de contratar com a Administração Pública;



**MUNICÍPIO DE BOA VISTA/ PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA**

b) Os interessados inadimplentes com as obrigações assumidas junto ao órgão fiscalizador da classe ou que possuam qualquer nota desabonadora emitida pelo mesmo.

3. DA DOCUMENTAÇÃO

3.1 Poderão participar do Credenciamento as entidades públicas, universitárias, filantrópicas e, de forma complementar, as entidades privadas lucrativas, legalmente constituídas, com capacidade técnica, idoneidade econômico-financeira, regularidade jurídico-fiscal, que satisfaçam as condições fixadas neste Edital e anexos e, que aceitam as exigências estabelecidas pelas normas do SUS e do Direito Administrativo.

3.2 Para participar, o interessado deverá apresentar os documentos para proposta de habilitação, conforme segue abaixo, em ENVELOPE LACRADO, indicando em sua parte externa as seguintes indicações:

**À
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BOA VISTA/RR
DOCUMENTOS PARA HABILITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO Nº002/2014
RAZÃO/DENOMINAÇÃO SOCIAL COMPLETA DO INTERESSADO**

3.3 Deverá constar no envelope de credenciamento:

I. CARTA DE APRESENTAÇÃO (ANEXO I), NA QUAL DEVERÁ relacionar os códigos dos procedimentos para os quais solicita credenciamento, utilizando-se para tal, da Tabela descritiva de procedimentos (anexo II), além de declarar estar de acordo com as Normas e Tabelas de Valores definidos pelo SUS, subordinando-se as Diretrizes e normas previstas na Constituição Federal e nas Leis nº. 8.080/90 e nº. 8.666/93 bem como os



**MUNICÍPIO DE BOA VISTA/ PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA**

Termos do Edital de Credenciamento. O interessado deverá também comprometer-se a realizar todos os procedimentos a que se propõe, e declarar estar ciente que, a inclusão ou exclusão deverá ter a anuência expressa do Gestor Municipal de Saúde.

II. A HABILITAÇÃO JURÍDICA – a ser comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Ato Constitutivo (Estatuto ou Contrato Social em vigor)**, devidamente registrado, em se tratando de sociedades comerciais e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores e, se for o caso, de procurações que substabeleçam poderes a terceiros;
- b) Declaração de que não é Servidor Público Municipal** nos termos dos artigos 2º e 3º, da Lei Complementar Municipal nº. 003/12, para efeito dos impedimentos descritos no art.9º, da lei nº. 8.666/93.
- c) Registro comercial no caso de empresa individual;**
- d) Certidão simplificada da junta comercial.**

III. REGULARIDADE FISCAL – a ser comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a)** Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica-CNPJ;
- b)** Prova de inscrição no Cadastro de Contribuintes Municipal e, quando couber, Estadual relativo ao domicílio ou sede do interessado, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto do credenciamento;



**MUNICÍPIO DE BOA VISTA/ PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA**

c) Certificado de regularidade perante o Fundo de Garantia por Tempo de serviço – FGTS - CRF, fornecida pela Caixa Econômica Federal; demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei;

d) Prova de regularidade para com as Fazendas:

- Federal (Receita Federal e Dívida Ativa)
- Estadual
- Municipal

e) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT);

IV. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA GERAL – a ser comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos, Pessoa Jurídica:

a) Certificado de registro da empresa no respectivo Órgão de Classe, atualizado.

b) Alvará de localização e funcionamento regular emitido pela Secretária Municipal de Finanças;

c) Cópia autenticada do Alvará Sanitário (com validade em dia) segundo legislação vigente, emitido pela Vigilância sanitária responsável pela fiscalização da respectiva atividade;

d) Cópia do comprovante de registro no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES, sendo que, a empresa deve estar cadastrada a mais de 15 (quinze) dias e com o cadastro validado;



**MUNICÍPIO DE BOA VISTA/ PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA**

- e) Atestado de capacitação técnica emitido por pessoa jurídica de Direito **Privado**, com identificação do emitente e cargo que ocupa na empresa, compatível e pertinente com o bem cotado, e nível de satisfação quanto à prestação dos serviços e qualidade;
- f) Declaração informando o horário de atendimento da Unidade aos usuários do SUS bem como o horário dos profissionais disponibilizado à clientela do SUS, bem como a capacidade instalada oferecida ao SUS, emitido pelo responsável legal;
- g) Relacionar e quantificar os equipamentos.

V. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA ESPECÍFICA – a ser comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos do Corpo Técnico do Estabelecimento:

- a) Currículo do responsável técnico do estabelecimento atualizado com cópia autenticada dos documentos comprobatórios, diplomas e títulos de especialista;
- b) Relação da equipe médica e técnica, com as respectivas formações profissionais e especialidades, informando os números dos registros no respectivo Conselho de Classe;
- c) **Cópia da Carteira expedida pelo Conselho de Classe de todos os profissionais que compõem o corpo Clínico do estabelecimento.**

VI. HABILITAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA – a ser comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:



**MUNICÍPIO DE BOA VISTA/ PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA**

- a)** Certidão Negativa de Pedido de Falência ou Concordata expedida pelo Cartório Distribuidor da sede da pessoa jurídica;
- b)** Comprovante de dados bancários (banco, agência, conta corrente, nome do titular) para depósito em nome da pessoa jurídica do proponente;

VII. DOCUMENTOS DE EXIGÊNCIA CONSTITUCIONAL/LEGAL:

- a)** Declaração de cumprimento do Disposto no art. 7º, XXXIII, da Constituição Federal/88 (trabalho de menores de idade, observada a Lei nº 9.854/99);
- b)** Declaração de inexistência de Fato Superveniente impeditivo da habilitação,

3.4 O requerimento apresentado de forma incompleta, rasurado ou em desacordo com o estabelecido neste Edital será considerado inapto, podendo o interessado apresentar novo requerimento escoimado das causas que ensejaram sua inépcia;

3.5 Os documentos acima relacionados deverão ser apresentados na forma de cópias reprográficas, autenticada, ressalvados aqueles obtidos por meio de internet, em relação aos quais somente serão aceitos via original.

4. DA HABILITAÇÃO E CREDENCIAMENTO

4.1 Serão consideradas habilitadas e credenciadas as pessoas jurídicas em função da regularidade da documentação apresentada e inabilitadas aquelas que não atendam à documentação constante do item 3.



**MUNICÍPIO DE BOA VISTA/ PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA**

4.2 O prazo de início do credenciamento dar-se-á com a publicação do presente edital no Diário Oficial do Município.

5. DO DESCREDENCIAMENTO

5.1 O presente Credenciamento poderá ser revogável a qualquer momento. O Credenciado ou a Administração Pública poderão denunciar o Credenciamento, caso seja constatada qualquer irregularidade na observância e cumprimento das normas fixadas neste Edital e na Legislação pertinente ou no interesse do Credenciado.

5.2 Sem prejuízo do contraditório e da ampla defesa, a Secretaria Municipal de Saúde ao verificar descumprimento das normas estabelecidas no presente Edital de Credenciamento, bem como o respectivo instrumento contratual poderá suspender temporariamente a execução dos serviços prestados.

5.3 O Credenciado que deseja solicitar o descredenciamento, deverá fazê-lo mediante aviso escrito a ser encaminhado ao Gestor Municipal de Saúde, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

6. DA REMUNERAÇÃO

6.1 Os valores a serem despendidos pelo Município em virtude da aquisição dos serviços objeto do presente edital são os constantes do anexo II do presente instrumento, tendo em vista os serviços efetivamente prestados, em importância correspondente ao número de procedimentos ou exames realizados conforme a Tabela SIGTAP/SUS.

6.2 Os valores inicialmente estipulados pela prestação dos serviços previstos neste Edital serão reajustados na proporção, índices e épocas dos reajustes



**MUNICÍPIO DE BOA VISTA/ PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA**

concedidos pelo Ministério da Saúde, garantindo sempre o equilíbrio econômico-financeiro do contrato nos termos do art. 26, da Lei nº. 8.080/90 e das normas gerais da lei federal de licitações e Contratos administrativos.

7. DAS CONDIÇÕES GERAIS

7.1 - O processo de credenciamento vigorará enquanto mantido o interesse do Município em adquirir os serviços objeto do presente edital, devendo seu termo final ser formalizado mediante aviso publicado na imprensa oficial.

7.2 Toda a documentação de que trata o item 3 será recebida pela Comissão de Credenciamento para Contratação de Prestadores de Serviços de Saúde, **no Departamento de Regulação, Avaliação, Controle e Sistemas /SMSA-BV**, no horário das 08:00h às 12:00h e das 14:00 às 17:00h.

7.3 A documentação será submetida à análise pela Comissão de Credenciamento designada pelo Secretário Municipal de Saúde e será composta por servidores municipais, nomeados através de Portaria, publicado no Diário Oficial do Município.

7.4 O prazo para o exame da documentação será de 15 (quinze) dias, e a relação dos aptos ao credenciamento será divulgada no Diário Oficial do Município e no site www.boavista.rr.gov.br

7.5 À Comissão de Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde caberá o julgamento da legalidade, qualidade e suficiência dos documentos e informações apresentados pelos interessados, podendo a seu critério, a qualquer tempo, solicitar esclarecimentos complementares, estabelecer prazos adequados ao seu atendimento, bem como realizar verificações “in loco”.



**MUNICÍPIO DE BOA VISTA/ PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA**

7.6 As informações relativas aos serviços ofertados e a capacidade instalada serão certificadas através de vistoria pela Comissão, a realizar-se a qualquer tempo, após a verificação da documentação, **Sendo passível de inabilitação quando constatado que as mesmas não atendem ao presente edital.**

7.7 É imprescindível para a contratação dos serviços, a prévia vistoria técnica às instalações do proponente.

7.8 O fato de o interessado submeter sua documentação ao exame da Comissão não implicará no automático credenciamento, visto que a contratação só se dará após a análise do cumprimento das exigências editalícias.

7.9 O interessado que não apresentar os esclarecimentos no prazo estipulado, será eliminado do processo.

7.10 Não serão permitidos quaisquer adendos, acréscimos ou ratificações aos documentos, depois de apresentados, todavia, diante de erros formais a Comissão poderá determinar ou proceder de ofício a correção.

7.11 O credenciamento terá validade de 12 (doze) meses podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos até 60 (sessenta) meses, nos termos da legislação.

7.12 As despesas com a execução do presente contrato correrão, no presente exercício, à **conta da Dotação orçamentária:**

Unidade Orçamentária: 0802

Função Programática: 10.302.0043.2.110

Natureza da Despesa: 3.390.39.00

Fonte de Recurso: SUS



**MUNICÍPIO DE BOA VISTA/ PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA**

7.13 Os credenciados deverão realizar todos os exames de diagnóstico constantes da Tabela de Procedimento **SIGTAP/SUS – Anexo II** por valores iguais aos definidos na tabela vigente, disponíveis no site www.sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/download.jsp, do Ministério da Saúde; e complementados com recursos próprios, aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde.

7.14 Os credenciados deverão apresentar e atualizar certidões ou qualquer outro documento, sempre que solicitado, pela Secretaria Municipal de Saúde;

7.15 Fica estabelecido que os Credenciados realizarão todos os procedimentos descritos no Anexo II, encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde;

7.16 Os credenciados não poderão alterar as instalações e fazer mudança de endereço de atendimento sem o consentimento prévio e por escrito da Secretaria Municipal de Saúde;

8 . DO TERMO DO CONTRATO

8.1 Será celebrado Termo de Contrato com os prestadores de serviços credenciados;

8.2 A vigência do Contrato com os prestadores de serviços de saúde, será de até 12 meses, a contar da data da assinatura, prorrogáveis por termos aditivos, até 60 meses.

09 - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA



MUNICÍPIO DE BOA VISTA/ PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA

- 9.1) Indicar, em até 05 (cinco) dias após a assinatura do contrato, um preposto que, nos fins de semana e feriados, atenderá prontamente a Secretaria Municipal de Saúde-SMSA, em casos excepcionais e urgentes, com acesso ao serviço móvel celular ou outro meio, que permita o efetivo contato;
- 9.2) Prestar serviços de acordo com as normas legais;
- 9.3) Manter toda a estrutura administrativa e operacional necessárias à execução do contrato;
- 9.4) Administrar o quadro de funcionários, competindo-lhe determinar o cumprimento das obrigações;
- 9.5) Apresentar a SMSA-BV, sempre que solicitado, a comprovação do cumprimento das obrigações tributárias e sociais legalmente exigidas;
- 9.6) Informar a SMSA-BV sobre eventual alteração de sua razão social; de seu controle acionário ou de mudança de sua diretoria ou de seu Estatuto ou sobre qualquer outra mudança em relação ao contrato, enviando cópia autenticada.
- 9.7) Respeitar a mais ampla e irrestrita fiscalização da Regulação, Avaliação, Auditoria e Controle, prestando todos os esclarecimentos solicitados e atendendo as reclamações procedentes, caso ocorram;
- 9.8) Atender aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS com dignidade e respeito e de modo universal e igualitário, não permitindo discriminações de quaisquer espécies mantendo-se a qualidade na prestação dos serviços;
- 9.9) Responsabilizar-se por todos e quaisquer danos, prejuízos e/ou atos praticados por seus funcionários em serviço, que vier a causar ao CONTRATANTE aos usuários do SUS ou a terceiros, arcando com toda e qualquer indenização proveniente de danos decorrentes de ação ou omissão, ressaltando-se ainda que mesmo atestando o serviço prestado, subsistirá a responsabilidade da CONTRATADA pela solidez, qualidade e segurança destes serviços;
- 9.10) Atender todos os encaminhamentos da Rede Municipal de Saúde para os serviços credenciados a realizar, sendo que, o paciente deverá ser atendido no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis após a apresentação da Guia de Autorização por parte dos usuários do SUS ao prestador;
- 9.11) **Informar imediatamente ao Departamento de Regulação, Avaliação, Controle e Sistemas do SUS, sobre qualquer situação que motive a interrupção de um ou mais serviços prestados aos usuários do SUS;**
- 9.12) **Nos casos específicos dos serviços de Oftalmologia, quando um prestador estiver temporariamente indisponível – conforme o item k destas obrigações – será encaminhado a outro prestador de serviço credenciado para a realização do (s) procedimento (s), sendo que não será permitida uma nova cobrança dos serviços já executados pelo prestador anterior, como por exemplo, a execução de uma nova consulta;**
- 9.13) Nos casos específicos dos serviços de fornecimento de óculos, o prestador terá o prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos para a entrega dos óculos aos usuários do SUS. Esse prazo começa a ser contado a partir da data de entrada da Guia de Autorização na empresa prestadora dos serviços;



**MUNICÍPIO DE BOA VISTA/ PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA**

- 9.14)** Nos casos específicos dos serviços de Exames Laboratoriais, após colher e/ou receber o material a ser examinado, o prestador terá o prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos para a entrega aos usuários do SUS, do resultado dos exames realizados fora do Estado. Os exames realizados no Estado terão o prazo máximo de 03 (três) dias úteis para essa entrega.
- 9.15)** Nos demais casos que necessitem de entrega de resultado de procedimentos realizados, o prestador CONTRATADO, terá o prazo máximo de 10 (dez) dias para a entrega desse resultado aos usuários do SUS. Esse prazo começa a ser contado a partir da data de realização do procedimento pelos usuários.
- 9.16)** Garantir ao paciente o retorno no período máximo de 30 (trinta) dias corridos;
- 9.17)** Fixar em local visível, informativo de sua condição de entidade integrante do SUS, e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição;
- 9.18)** No caso de solicitações promovidas excepcionalmente, em caráter de urgência, deverá diligenciar a fim de realizar o tratamento o mais rápido possível;
- 9.19)** Assumir a responsabilidade pelos salários, encargos sociais, previdenciários, fiscais, comerciais, taxas e impostos resultantes do contrato e quaisquer outros que incidam ou venham a incidir futuramente;
- 9.20)** Não transferir a outrem, no todo ou em parte, o presente instrumento contratual, sem a prévia e expressa anuência do CONTRATANTE;
- 9.21)** Disponibilizar de imediato após a assinatura do contrato, a prestação dos serviços credenciados;
- 9.22)** Os equipamentos ou quaisquer outros materiais que venham a ser necessários para a realização dos procedimentos constantes neste Edital são de responsabilidade da CONTRATADA;
- 9.23)** Manter sempre atualizado o prontuário médico do paciente e o arquivo médico, pelo prazo mínimo de 05 (cinco) anos, ressalvados os prazos previstos em lei;
- 9.24)** Apresentar a requisição médica devidamente autorizada pelo responsável pela autorização através de sua rede assistencial, encaminhados conforme demanda, ou encaminhamento do Centro de saúde no horário de expediente deste, para os casos resolvidos no município;
- 9.25)** Colher na GAA (Guia de Autorização Ambulatorial) a assinatura do paciente ou de seu representante legal, ressaltando que as guias sem assinaturas não serão validadas;
- 9.26)** O credenciado em Fisioterapia deverá apresentar conjuntamente com as guias o mapa de frequência diária de sessões individual de cada paciente, devidamente assinado por cada sessão realizada;
- 9.27)** Apresentar mensalmente à SMSA, até o 3º. (terceiro) dia útil do mês subsequente ao da realização dos serviços, produção ambulatorial e fatura dos serviços prestados, sendo que o retardo na referida entrega implicará automaticamente na inclusão desta à produção do mês subsequente;



MUNICÍPIO DE BOA VISTA/ PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA

9.28) As demais normas não descritas nessas obrigações poderão surgir, sendo antecipadamente tratadas entre ambas as partes.

10. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

10.1 Exercer, por intermédio de servidor do Departamento que solicitou abertura do processo, conforme disposição do artigo 67 da Lei nº 8.666/93, o acompanhamento e a fiscalização dos serviços, sendo cabível a apuração de responsabilidade funcional pela inobservância do disposto nesta cláusula;

10.2 Inspecionar as instalações das empresas Contratadas, sempre que achar necessário, através dos Técnicos do Departamento de Regulação, Avaliação, Controle e Sistemas do SUS-SMSA, ou ainda, acompanhados por Técnicos da Vigilância em Saúde da SMSA-BV e Auditoria.

10.3 O número mensal de procedimentos a serem realizados será definido previamente ao mês da realização dos serviços pelo **Setor de Regulação /SMSA**, sempre respeitando as necessidades do Município e as determinações preconizadas pelos princípios norteadores da administração Pública.

10.4 O pagamento será efetuado mensalmente, até o 30º (trigésimo) dia após o recebimento da produção mensal (art. 40, XIV, da lei nº. 8.666/93).

10.5 Sendo constatadas incorreções na documentação de cobrança/Fatura, o CREDENCIANTE providenciará sua imediata devolução, a fim de que seja reprocessada a correção pelo CREDENCIADO.

10.6 O não cumprimento pelo Ministério da Saúde da obrigação assumida – pagar os valores constantes ao previstos deste Edital - não transfere para a SMSA/Boa Vista, a obrigação de pagar os serviços ora Contratados, os quais são de responsabilidade do Ministério da Saúde para todos os efeitos legais, conforme: §1º e §2º do Artigo 5º da Portaria nº. 1.286 de 26/10/93;

11. DA RESCISÃO E DAS PENALIDADES



**MUNICÍPIO DE BOA VISTA/ PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA**

11.1 Ao descumprimento total ou parcial do Contrato poderá ser garantido à prévia defesa rescindir o avençado, cancelando-se inclusive a Nota de Empenho, nos termos dos Artigos 77 e 78, sem prejuízo do eventual exercício dos direitos previstos no Artigo 80 e da aplicação das penalidades estabelecidas nos Artigos 86 a 88, todos da Lei nº. 8666/93.

11.2 A multa moratória prevista no Artigo 86 da Lei nº. 8666/93 será calculada pelo percentual de 1% (um por cento) por dia de atraso, calculado sobre o valor do fornecimento em atraso, limitado a 10% (dez por cento) deste.

11.3 A multa a que se refere o Inciso II do Artigo 87 da Lei nº. 8666/93 será calculada sobre o valor do fornecimento em atraso, limitado a 10% (dez por cento) deste.

11.4 As multas previstas nos itens anteriores são independentes e podem ser cumuladas.

11.5 A Secretaria Municipal de Saúde somente deixará de aplicar eventual sanção caso seja demonstrada a ocorrência de qualquer circunstância prevista no § 1º. do Art.57 da Lei nº. 8666/93.

11.6 Da aplicação das penalidades definidas neste item caberá recurso no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados da Notificação.

11.7 A sanção estabelecida no inciso IV. do artigo 87 da Lei 8666/93 é de competência exclusiva do Secretário Municipal de Saúde, facultada a defesa do interessado no respectivo processo, no prazo de 10 (dez) dias, podendo a reabilitação ser requerida após 2 (dois) anos de sua aplicação.

11.8 O valor das multas será descontado dos créditos do Prestador de Serviços, desde já expressamente autorizado.

12 - DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

12.1 Aplicam-se, no que couber, as disposições constantes da Lei nº. 8.078/90 – Código de Defesa do Consumidor.



**MUNICÍPIO DE BOA VISTA/ PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA**

12.2 O contrato, poderá ser rescindido, por mútuo interesse entre as partes, atendida a conveniência da Secretaria Municipal de Saúde, recebendo o Prestador de Serviços o valor correspondente, de forma imediata e independentemente de interpelação judicial ou extrajudicial.

12.3 O contrato deverá ser publicado, por meio de extrato no Diário Oficial do Município, nos termos do parágrafo único, do Artigo 61, da Lei nº. 8.666/93.

12.4 É vedada a subcontratação, cedência ou transferência da execução do objeto, no todo ou em parte, a terceiro, sob pena de rescisão.

Boa Vista/RR, 08 de maio de 2014.

MARCELO DE LIMA LOPES
Secretário Municipal de Saúde

MODELO

**ANEXO I
(MODELO)**

À

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Ref.: Encaminhamento de documentos ao Credenciamento nº. ____/201__

Prezado Senhor,

*(QUALIFICAÇÃO COMPLETA, INCLUSIVE ENDEREÇO E
TELEFONE)*, com referência ao credenciamento nº. ____/201__/**SECRETARIA**



**MUNICÍPIO DE BOA VISTA/ PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA**

MUNICIPAL DE SAÚDE, vimos apresentar a documentação como se encontra exigida no Edital nº 002/201..., a fim de submetê-la ao exame da Comissão responsável pelo certame.

Declaramos estar de acordo com os Termos do Edital supramencionado, além das Normas, Tabelas de Valores definidos pelo SUS, bem como Diretrizes e normas previstas na Constituição Federal, nas Leis nº. 8.080/90 e nº. 8.666/93.

Declaramos estarmos cientes de que a inclusão ou exclusão dos serviços aos quais nos credenciaremos dependerá de anuência expressa do Gestor Municipal de Saúde.

Na oportunidade, comprometemo-nos a realizar com zelo todos os procedimentos abaixo discriminados.

(ESPECIFICAR OS SERVIÇOS-CONFORME TABELA ABAIXO)

Atenciosamente,

NOME E ASSINATURA DA PESSOA JURÍDICA (COM CARIMBO PADRÃO CNPJ)

ANEXO II

**Tabela de Valores Referenciais dos procedimentos previstos
na Tabela do SUS**

DIAGNÓSTICO EM FISIOTERAPIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	CONSULTAS MÉDICAS / ATENDIMENTOS / ACOMPANHAMENTOS – POR PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR	VALOR SUS AMBULATORIAL
	DESCRIÇÃO	
03.01.01.004-8	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	6,30



**MUNICÍPIO DE BOA VISTA/ PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA**

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA EM ALTERAÇÕES OBSTÉTRICAS, NEONATAIS E UROGINECOLÓGICAS	VALOR SUS AMBULATORIAL
	DESCRIÇÃO	
03.02.01.001-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS	6,35
03.02.01.002-5	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS	4,67

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA EM ALTERAÇÕES ONCOLÓGICAS	VALOR SUS AMBULATORIAL
	DESCRIÇÃO	
03.02.02.001-2	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS	6,35
03.02.02.002-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE ONCOLÓGICO CLÍNICO	4,67
03.02.02.003-9	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA	6,35

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA EM OFTALMOLOGIA	VALOR SUS AMBULATORIAL
	DESCRIÇÃO	
03.02.03.001-8	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS C/ COMPROMETIMENTO SISTÊMICO	6,35
03.02.03.002-6	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS	4,67

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMO-FUNCIONAIS	VALOR SUS AMBULATORIAL
	DESCRIÇÃO	
03.02.04.001-3	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ TRANSTORNO RESPIRATÓRIO C/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	6,35
03.02.04.002-1	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ TRANSTORNO RESPIRATÓRIO S/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	4,67
03.02.04.003-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	4,67
03.02.04.004-8	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS CIRURGIA CARDIOVASCULAR	6,35
03.02.04.005-6	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	4,67

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA NAS DISFUNÇÕES MUSCULO ESQUELÉTICAS (TODAS AS ORIGENS)	VALOR SUS AMBULATORIAL
	DESCRIÇÃO	
03.02.05.001-9	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS	6,35
03.02.05.002-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	4,67
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA NAS ALTERAÇÕES EM NEUROLOGIA	VALOR SUS AMBULATORIAL
	DESCRIÇÃO	



**MUNICÍPIO DE BOA VISTA/ PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA**

03.02.06.001-4	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS S/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	4,67
03.02.06.002-2	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS C/COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	6,35
03.02.06.003-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR	4,67
03.02.06.004-9	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO	6,35
03.02.06.005-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA	6,35

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA EM QUEIMADOS	VALOR SUS AMBULATORIAL
	DESCRIÇÃO	
03.02.07.001-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO	4,67
03.02.07.003-6	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SEQÜELAS POR QUEIMADURAS (MÉDIO E GRANDE QUEIMADOS)	4,67

OFTALMOLOGIA				
CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	Valor SUS	Valor Recursos Próprios	Valor Vigente
		Ambulatorial		
02.01.01.009-7	Biopsia de conjuntiva	31,10	-	31,10
02.01.01.011-9	Biopsia de córnea	68,62	-	68,62
02.01.01.018-6	Biopsia de esclera	68,62	-	68,62
02.01.01.024-0	Biopsia de íris, corpo ciliar, retina, coróide e vítreo	199,21	-	199,21
02.01.01.035-6	Biopsia de pálpebra	18,33	-	18,33
02.05.02.002-0	Paquimetria ultrassônica	14,81	-	14,81
02.05.02.008-9	Ultra-sonografia do globo ocular/orbita (monocular)	24,20	-	24,20
02.08.09.002-9	Cintilografia de glândula lacrimal (dacriocintilografia)	66,23	-	66,23
02.11.06.001-1	Biometria ultrassônica (monocular)	24,24	-	24,24
02.11.06.002-0	Biomicroscopia de fundo de olho	12,34	-	12,34
02.11.06.003-8	Campimetria computadorizada ou manual com gráfico	40,00	-	40,00
02.11.06.005-4	Ceratometria	3,37	-	3,37
02.11.06.006-2	Curva diária de pressão ocular CDPO (mínimo 3 medidas)	10,11	-	10,11
02.11.06.007-0	Eletro-oculografia	24,24	-	24,24
02.11.06.008-9	Eletroretinografia	24,24	-	24,24
02.11.06.009-7	Estesiometria	3,37	-	3,37
02.11.06.010-0	Fundoscopia	3,37	-	3,37
02.11.06.011-9	Gonioscopia	6,74	-	6,74
02.11.06.012-7	Mapeamento de retina com gráfico	24,24	-	24,24



**MUNICÍPIO DE BOA VISTA/ PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA**

02.11.06.013-5	Medida de ofuscamento e contraste	3,37	-	3,37
02.11.06.014-3	Microscopia especular de córnea	24,24	-	24,24
02.11.06.015-1	Potencial de acuidade visual	3,37	-	3,37
02.11.06.016-0	Potencial visual evocado	24,24	-	24,24
02.11.06.017-8	Retinografia colorida binocular	24,68	-	24,68
02.11.06.018-6	Retinografia fluorescente binocular	64,00	-	64,00
02.11.06.020-8	Teste de provocação de glaucoma	6,74	-	6,74
02.11.06.021-6	Teste de Schirmer	3,37	-	3,37
02.11.06.022-4	Teste de visão de cores	3,37	-	3,37
02.11.06.023-2	Teste ortoptico	12,34	-	12,34
02.11.06.024-0	Teste p/ adaptação de lente de contato	12,34	-	12,34
02.11.06.025-9	Tonometria	3,37	-	3,37
02.11.06.026-7	Topografia computadorizada de córnea	24,24	-	24,24
03.01.01.007-2	Consulta médica em atenção especializada (em oftalmologia)	10,00	-	10,00
03.01.01.010-2	Consulta para diagnostico de glaucoma (tonometria, fundoscopia e campimetria)	57,74	-	57,74
03.03.05.001-2	Acompanhamento e avaliação de glaucoma por fundoscopia e tonometria	17,74	-	17,74
03.03.05.002-0	Exercicios ortopticos	3,27	-	3,27
03.03.05.003-9	Tratamento oftalmologico de paciente c/ glaucoma binocular (1A linha)	18,66	-	18,66
03.03.05.004-7	Tratamento oftalmologico de paciente c/glaucoma binocular (2A linha)	79,38	-	79,38
03.03.05.005-5	Tratamento oftalmologico de paciente c/glaucoma binocular (3 linha)	127,98	-	127,98
03.03.05.006-3	Tratamento oftalmologico de paciente c/ glaucoma monocular (1A linha)	12,44	-	12,44
03.03.05.007-1	Tratamento oftalmologico de paciente c/ glaucoma monocular (2A linha)	52,92	-	52,92
03.03.05.008-0	Tratamento oftalmologico de paciente c/ glaucoma monocular (3A linha)	85,33	-	85,33
03.03.05.009-8	Tratamento oftalmologico de paciente c/ glaucoma situação A c/ acetazolamida mono/binocular	93,10	-	93,10
03.03.05.010-1	Tratamento oftalmologico de paciente c/ glaucoma situação B c/ pilocarpina monocular	8,93	-	8,93
03.03.05.011-0	Tratamento oftalmologico de paciente c/ glaucoma situação B c/ uso de pilocarpina binocular	13,39	-	13,39
Cirurgia do Aparelho da Visão				
01 - Palpebras e Vias Lacrimais				
CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	Valor SUS	Valor	Valor



**MUNICÍPIO DE BOA VISTA/ PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA**

		Ambulatorial	Recursos Próprios	Vigente
04.05.01.001-0	Correção cirurgica de entropio e ectropio	116,42	-	116,42
04.05.01.002-8	Correção cirurgica de epicanto e telecanto	159,37	-	159,37
04.05.01.003-6	Dacriocistorrinostomia	389,64	-	389,64
04.05.01.004-4	Drenagem de abcesso de palpebra	22,93	-	22,93
04.05.01.005-2	Epilação a laser	45,00	-	45,00
04.05.01.006-0	Epilação de cílios	22,93	-	22,93
04.05.01.007-9	Exerese de calazio e outras pequenas lesões da palpebra e supercílios	45,00	-	45,00
04.05.01.010-9	Oclusão de ponto lacrimal	19,14	-	19,14
04.05.01.011-7	Reconstituição de canal lacrimal	389,64	-	389,64
04.05.01.012-5	Reconstituição parcial de pálpebra com tarsorrafia	259,20	-	259,20
04.05.01.014-1	Simblefaroplastia	116,42	-	116,42
04.05.01.016-8	Sondagem de vias lacrimais	22,93	-	22,93
04.05.01.017-6	Sutura de pálpebras	82,28	-	82,28
04.05.01.018-4	Tratamento cirurgico de blefarocalase	95,42	-	95,42
04.05.01.019-2	Tratamento cirurgico de triquiasse c/ ou s/ enxerto	159,37	-	159,37
04.05.01.020-6	Punctoplastia	19,14	-	19,14
02 - Músculos Oculomotores				
CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	Valor SUS	Valor Recursos Próprios	Valor Vigente
		Ambulatorial		
04.05.02.001-5	Correção cirúrgica de estrabismo (acima de 2 músculos)	694,88	-	694,88
04.05.02.002-3	Correção cirúrgica do estrabismo (até 2 músculos)	485,37	-	485,37
03 - Corpo Vítreo, Retina, Coróide e Esclera				
CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	Valor SUS	Valor Recursos Próprios	Valor Vigente
		Ambulatorial		
04.05.03.003-7	Crioterapia ocular	116,00	-	116,00
04.05.03.004-5	Fotocoagulação a laser	45,00	-	45,00
04.05.03.005-3	Injeção intra- vitreo	82,28	-	82,28
04.05.03.007-0	Retinopexia c/ introflexao escleral	639,80	-	639,80
04.05.03.009-6	Sutura de esclera	161,19	-	161,19
04.05.03.010-0	Tratamento cirurgico de deiscencia de sutura de esclera	159,37	-	159,37
04.05.03.011-8	Tratamento cirurgico de miiase palpebral	22,93	-	22,93
04.05.03.012-6	Tratamento cirurgico de neoplasia de esclera	259,20	-	259,20



**MUNICÍPIO DE BOA VISTA/ PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA**

04.05.03.013-4	Vitrectomia anterior	381,08	-	381,08
04.05.03.015-0	Vitriolise e yag laser	54,00	-	54,00
04.05.03.019-3	Pan-fotocoagulação de retina a laser	180,00	-	180,00
04.05.03.021-5	Retinopexia pneumática	389,64	-	389,64
04.05.03.022-3	Remoção de óleo de silicone	468,60	-	468,60
04.05.03.023-1	Remoção de implante episcleral	389,64	-	389,64
04 - Cavidade Orbitaria e Globo Ocular				
CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	Valor SUS	Valor Recursos Próprios	Valor Vigente
		Ambulatorial		
04.05.04.001-6	Correção cirurgica de lagoftalmo	161,19	-	161,19
04.05.04.006-7	Enucleação de globo ocular	237,47	-	237,47
04.05.04.007-5	Evisceração de globo ocular	335,72	-	335,72
04.05.04.010-5	Explante de Lente Intra-Ocular	515,97	-	515,97
04.05.04.013-0	Injeção retrobulbar/peribulbar	22,93	-	22,93
04.05.04.019-9	Tratamento cirurgico de xantelasma	116,42	-	116,42
04.05.04.020-2	Tratamento de ptose palpebral	323,34	-	323,34
04.05.04.021-0	Reposicionamento de lente intraocular	259,20	-	259,20
05 - Conjuntiva, Córnea, Câmara Anterior, Iris, Corpo Ciliar e Cristalino				
CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	Valor SUS	Valor Recursos Próprios	Valor Vigente
		Ambulatorial		
04.05.05.001-1	Capsulectomia Posterior cirurgica	116,42	-	116,42
04.05.05.002-0	Capsulotomia a yag laser	45,00	-	45,00
04.05.05.003-8	Cauterização de cornea	19,14	-	19,14
04.05.05.004-6	Ciclocriocoagulação/ diatermia	335,72	-	335,72
04.05.05.005-4	Ciclodialise	273,14	-	273,14
04.05.05.006-2	Correção cirurgica de astigmatismo secundario	19,14	-	19,14
04.05.05.007-0	Correção cirurgica de hernia de iris	259,20	-	259,20
04.05.05.008-9	Exerese de tumor de conjutiva	82,28	-	82,28
04.05.05.009-7	Facectomia c/ implante de lente intra-ocular	443,00	-	443,00
04.05.05.010-0	Facectomia s/ implante de lente intra-ocular	403,00	-	403,00
04.05.05.011-9	Facoemulsificação c/ implante de lente intra-ocular rigida	543,00	-	543,00
04.05.05.012-7	Fototrabeculoplastia a laser	45,00	-	45,00
04.05.05.014-3	Implante intra estromal	515,97	-	515,97
04.05.05.015-1	Implante secundario de Lio	794,88	-	794,88
04.05.05.016-0	Injeção subconjutival / subtenoniana	8,24	-	8,24



**MUNICÍPIO DE BOA VISTA/ PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA**

04.05.05.017-8	Iridectomia cirurgica	297,46	-	297,46
04.05.05.019-4	Iridotomia a laser	45,00	-	45,00
04.05.05.020-8	Paracentese de camara anterior	82,28	-	82,28
04.05.05.021-6	Recobrimento conjuntival	98,44	-	98,44
04.05.05.022-4	Reconstituição de fornix conjuntival	335,72	-	335,72
04.05.05.024-0	Retirada de corpo estranho da camara anterior do olho	335,72	-	335,72
04.05.05.025-9	Retirada de corpo estranho da cornea	25,00	-	25,00
04.05.05.026-7	Sinequiolise a yag laser	45,00	-	45,00
04.05.05.028-3	Substituição de lente intra-ocular	544,88	-	544,88
04.05.05.029-1	Sutura de conjuntiva	82,28	-	82,28
04.05.05.030-5	Sutura de cornea	164,08	-	164,08
04.05.05.032-1	Trabeculectomia	513,34	-	513,34
04.05.05.036-4	Tratamento cirurgico de pterigio	139,70	-	139,70
04.05.05.037-2	Facoemulsificação c/ implante de lente intra-ocular dobrável	643,00	-	643,00
04.05.05.039-9	Tratamento cirurgico de discidencia de sutura de cornea	172,12	-	172,12
07.01.04.006-8	Protese ocular	238,03	-	238,03

Tabela de Valores Referenciais dos Procedimentos previsto na Tabela do SUS				
DIAGNÓSTICO POR ULTRA-SONOGRAFIA				
CARDIOLOGIA - Ultra-Sonografia do Sistema Circulatório (Qualquer Região Anatômica)				
CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	Valor SUS	Valor Recursos Próprios	Valor Vigente
		Ambulatorial		
02.05.01.001-6	Ecocardiografia de estresse	165,00	85,00	250,00
02.05.01.002-4	Ecocardiografia transesofagica	165,00	85,00	250,00
02.05.01.003-2	Ecocardiografia transtoracica	39,94	210,06	250,00



**MUNICÍPIO DE BOA VISTA/ PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA**

Ultra-Sonografia dos demais Sistemas				
CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	Valor SUS	Valor Recursos Próprios	Valor Vigente
		Ambulatorial		
02.05.02.003-8	Ultra-sonografia de abdomen superior (figado, vesicula, vias biliares)	24,20	35,80	60,00
02.05.02.004-6	Ultra-sonografia de abdomen total	37,95	22,05	60,00
02.05.02.005-4	Ultra-sonografia de aparelho urinario	24,20	35,80	60,00
02.05.02.006-2	Ultra-sonografia de articulação	24,20	35,80	60,00
02.05.02.007-0	Ultra-sonografia de bolsa escrotal	24,20	35,80	60,00
02.05.02.009-7	Ultra-sonografia de mamas (bilateral)	24,20	35,80	60,00
02.05.02.010-0	Ultra-sonografia de prostata (via abdominal)	24,20	35,80	60,00
02.05.02.011-9	Ultra-sonografia de prostata (via transretal)	24,20	35,80	60,00
02.05.02.012-7	Ultra-sonografia de tireoide	24,20	35,80	60,00
02.05.02.013-5	Ultra-sonografia de torax (extracardiaca)	24,20	35,80	60,00
02.05.02.014-3	Ultra-sonografia obstetrica	24,20	35,80	60,00
02.05.02.015-1	Ultra-sonografia obstetrica c/ Doppler colorido e pulsado	39,60	20,40	60,00
02.05.02.016-0	Ultra-sonografia pelvica (ginecologica)	24,20	35,80	60,00
02.05.02.017-8	Ultra-sonografia transfontanela	24,20	35,80	60,00
02.05.02.018-6	Ultra-sonografia transvaginal	24,20	35,80	60,00
DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA				
CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	Valor SUS	Valor Recursos Próprios	Valor Vigente
		Ambulatorial		
02.09.01.002-9	Colonoscopia (Coloscopia) c/ biopsia e sedação	112,66	187,34	300,00
02.09.01.003-7	Esofagogastroduodenoscopia c/ teste de urease, biopsia e sedação	48,16	151,84	200,00
02.09.01.004-5	Laparoscopia	40,37	0,00	40,37
02.09.01.005-3	Retossigmoidoscopia	23,13	0,00	23,13
02.09.01.006-1	Videolaparoscopia	95,00	0,00	95,00



**MUNICÍPIO DE BOA VISTA/ PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA**

02.09.02.001-6	Cistoscopia e/ou ureterosopia e/ou uretroscopia	18,00	282,00	300,00
02.09.03.001-1	Histeroscopia	76,50	0,00	76,50
02.09.04.001-7	Broncoscopia (Broncofibroscopia)	36,02	0,00	36,02
02.09.04.003-3	Traqueoscopia	348,59	0,00	348,59
02.09.01.005-3	Retossigmoidoscopia FLEXIVEL	23,13	276,87	300,00
02.09.04.003-3	Traqueoscopia	348,59	-	348,59
03.03.07.001-3	Dilatação de esôfago c/ ogivas sob visão endoscópica (por sessão)	49,50	550,50	600,00
04.07.01.002-5	Dilatação esofágica/ pilórica	-	1.000,00	1.000,00
04.07.01.025-4	Retirada de polipo do tubo digestivo por endoscopia	29,84	470,16	500,00
04.07.01.032-7	Tratamento esclerosante de lesões não hemorrágicas do aparelho digestivo incluindo ligadura elástica	51,75	348,25	400,00
	Esofagogastroduodenoscopia c/ teste de urease, biópsia e sedação + Polipectomia	0	620,00	620,00
	Colonoscopia + Polipectomia	0	1.100,00	1.100,00
	Endoscopia + Dilatação do Acalázio	0	3.220,00	3.220,00
	Endoscopia Digestiva Alta + Ligadura de Esôfago	0	1.220,00	1.220,00
	Endoscopia Digestiva Alta + Dilatação Esofágica com balão pneumático + Endoscopia Digestiva Alta	0	1.270,00	1.270,00
EXAMES LABORATORIAS - Diagnóstico em Laboratório Clínico				
01 - Exames Bioquímicos				
CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	Valor SUS	Valor Recursos Próprios	Valor Vigente
		Ambulatorial		
02.02.01.001-5	Clearance osmolar	3,51	-	3,51
02.02.01.002-3	Determinação de capacidade de fixação do ferro	2,01	-	2,01
02.02.01.003-1	Determinação de cromatografia de aminoácidos	15,65	-	15,65
02.02.01.004-0	Determinação de curva glicêmica (2 dosagens)	3,63	-	3,63



**MUNICÍPIO DE BOA VISTA/ PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA**

02.02.01.005-8	Determinação de curva glicêmica c/ indução p/ cortisona (5 dosagens)	6,55	-	6,55
02.02.01.006-6	Determinação de curva glicêmica c/ indução p/ cortisona (4 dosagens)	3,68	-	3,68
02.02.01.007-4	Determinação de curva glicêmica clássica (5 dosagens)	10,00	-	10,00
02.02.01.008-2	Determinação de osmolaridade	3,51	-	3,51
02.02.01.009-0	Dosagem de 5-nucleotidase	3,51	-	3,51
02.02.01.010-4	Dosagem de acetona	1,85	-	1,85
02.02.01.011-2	Dosagem de ácido ascórbico	2,01	-	2,01
02.02.01.012-0	Dosagem de ácido úrico	1,85	-	1,85
02.02.01.013-9	Dosagem de ácido vanilmandélico	9,00	-	9,00
02.02.01.014-7	Dosagem de aldolase	3,68	-	3,68
02.02.01.015-5	Dosagem de alfa-1-antitripsina	3,68	-	3,68
02.02.01.016-3	Dosagem de alfa-1-glicoproteína ácida	3,68	-	3,68
02.02.01.017-1	Dosagem de alfa-2-macroglobulina	3,68	-	3,68
02.02.01.018-0	Dosagem de amilase	2,25	-	2,25
02.02.01.019-8	Dosagem de amônia	3,51	-	3,51
02.02.01.020-1	Dosagem de bilirrubina total de frações	2,01	-	2,01
02.02.01.021-0	Dosagem de cálcio	1,85	-	1,85
02.02.01.022-8	Dosagem de cálcio ionizável	3,51	-	3,51
02.02.01.023-6	Dosagem de caroteno	2,01	-	2,01
02.02.01.025-2	Dosagem de ceruloplasmina	3,68	-	3,68
02.02.01.026-0	Dosagem de cloreto	1,85	-	1,85
02.02.01.027-9	Dosagem de colesterol HDL	3,51	-	3,51
02.02.01.028-7	Dosagem de colesterol LDL	3,51	-	3,51
02.02.01.029-5	Dosagem de colesterol TOTAL	1,85	-	1,85
02.02.01.030-9	Dosagem de colinesterase	3,68	-	3,68
02.02.01.031-7	Dosagem de creatinina	1,85	-	1,85
02.02.01.032-5	Dosagem de creatinofosfoquinase (CPK)	3,68	-	3,68
02.02.01.033-3	Dosagem de creatinofosfoquinase fração MB	4,12	-	4,12
02.02.01.034-1	Dosagem de desidrogenase alfa-hidroxibutírica	3,51	-	3,51
02.02.01.035-0	Dosagem de desidrogenase glutâmica	3,51	-	3,51
02.02.01.036-8	Dosagem de desidrogenase láctica	3,68	-	3,68
02.02.01.037-6	Dosagem de desidrogenase láctica (isoenzimas fracionadas)	3,68	-	3,68
02.02.01.038-4	Dosagem de ferritina	15,59	-	15,59
02.02.01.039-2	Dosagem de ferro sérico	3,51	-	3,51
02.02.01.040-6	Dosagem de folato	15,65	-	15,65
02.02.01.041-4	Dosagem de fosfatase ácida total	2,01	-	2,01



**MUNICÍPIO DE BOA VISTA/ PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA**

02.02.01.042-2	Dosagem de fosfatase alcalina	2,01	-	2,01
02.02.01.043-0	Dosagem de fosforo	1,85	-	1,85
02.02.01.044-9	Dosagem de fração prostática da fosfatase acida	2,01	-	2,01
02.02.01.045-7	Dosagem de galactose	3,51	-	3,51
02.02.01.046-5	Dosagem de gama-glutamyl-transferase (GAMA GT)	3,51	-	3,51
02.02.01.047-3	Dosagem de glicose	1,85	-	1,85
02.02.01.048-1	Dosagem de glicose-6-fostato desidrogenase	3,68	17,82	21,50
02.02.01.049-0	Dosagem de haptoglobina	3,68	17,32	21,00
02.02.01.050-3	Dosagem de hemoglobina glicosilada	7,86	-	7,86
02.02.01.051-1	Dosagem de hidroxiprolina	3,68	-	3,68
02.02.01.052-0	Dosagem de isomerase-fosfohexose	3,51	-	3,51
02.02.01.053-8	Dosagem de lactato	3,68	-	3,68
02.02.01.054-6	Dosagem de leucino-aminopeptidase	3,51	-	3,51
02.02.01.055-4	Dosagem de lipase	2,25	-	2,25
02.02.01.056-2	Dosagem de magnesio	2,01	-	2,01
02.02.01.057-0	Dosagem de muco-proteinas	2,01	-	2,01
02.02.01.058-9	Dosagem de piruvato	3,68	-	3,68
02.02.01.059-7	Dosagem de porfirinas	3,51	-	3,51
02.02.01.060-0	Dosagem de potassio	1,85	-	1,85
02.02.01.061-9	Dosagem de proteínas totais (Dosagem de Albumina Sérica)	1,40		1,40
02.02.01.062-7	Dosagem de proteínas totais e frações	1,85	-	1,85
02.02.01.063-5	Dosagem de sodio	1,85		1,85
02.02.01.064-3	Dosagem de transaminase glutamico-oxalacetica (TGO)	2,01	-	2,01
02.02.01.065-1	Dosagem de transaminase glutamico-piruvica (TGP)	2,01	-	2,01
02.02.01.066-0	Dosagem de transferrina (insaturada)	4,12		4,12
02.02.01.067-8	Dosagem de triglicerideos	3,51	-	3,51
02.02.01.068-6	Dosagem de triptofano	3,51	-	3,51
02.02.01.069-4	Dosagem de ureia	1,85	-	1,85
02.02.01.070-8	Dosagem de vitamina B12	15,24	-	15,24
02.02.01.071-6	Eletroforese de lipoproteinas	3,68		3,68
02.02.01.072-4	Eletroforese de proteínas	4,42	16,78	21,20
02.02.01.073-2	Gasometria (ph pco2 po2 bicarbonato as2 (exceto base)	15,65	-	15,65
02.02.01.074-0	Prova da d-xilose	3,68	-	3,68
02.02.01.075-9	Teste de tolerancia a insulina/hipoglicemiantes orais	6,55	-	6,55
02 - Exames Hematológicos e Hemostasia				
CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	Valor SUS	Valor Recursos Próprios	Valor Vigente
		Ambulatorial		



**MUNICÍPIO DE BOA VISTA/ PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA**

02.02.02.001-0	Citoquímica hematológica	6,48	-	6,48
02.02.02.002-9	Contagem de plaquetas	2,73	-	2,73
02.02.02.003-7	Contagem de reticulócitos	2,73	7,82	10,55
02.02.02.004-5	Determinação de curva de resistência globular	2,73	-	2,73
02.02.02.005-3	Determinação de enzimas eritrocitárias (cada)	2,73	-	2,73
02.02.02.006-1	Determinação de sulfo-hemoglobina	2,73	-	2,73
02.02.02.007-0	Determinação de tempo de coagulação	2,73	-	2,73
02.02.02.008-8	Determinação de tempo de lise da euglobulina	2,73	-	2,73
02.02.02.009-6	Determinação de tempo de sangramento-DUKE	2,73	-	2,73
02.02.02.010-0	Determinação de tempo de sangramento de IVY	9,00	-	9,00
02.02.02.011-8	Determinação de tempo de sobrevivência de hemácias	5,79	-	5,79
02.02.02.012-6	Determinação de tempo de trombina	2,85	17,45	57,85
02.02.02.013-4	Determinação de tempo de tromboplastina parcial ativada (TTP Ativada)	5,77	-	5,77
02.02.02.014-2	Determinação de tempo e atividade da protrombina (tap)	2,73	-	2,73
02.02.02.015-0	Determinação de velocidade de hemossedimentação (vhs)	2,73	-	2,73
02.02.02.016-9	Dosagem de anticoagulante circulante	4,11	17,00	21,11
02.02.02.017-7	Dosagem de antitrombina III	6,48	23,37	29,85
02.02.02.018-5	Dosagem de fator II	5,31	132,14	137,45
02.02.02.019-3	Dosagem de fator IX	7,61	71,29	78,90
02.02.02.020-7	Dosagem de fator V	4,73	74,77	79,50
02.02.02.021-5	Dosagem de fator VII	8,09	70,91	79,00
02.02.02.022-3	Dosagem de fator VIII	6,63	61,42	68,05
02.02.02.023-1	Dosagem de fator VIII (inibidor)	15,00	50,00	65,00
02.02.02.024-0	Dosagem de fator Von Willebrand (antígeno)	18,91	105,19	124,10
02.02.02.025-8	Dosagem de fator X	6,66	128,44	135,10
02.02.02.026-6	Dosagem de fator XI	9,11	125,64	134,75
02.02.02.027-4	Dosagem de fator XII	10,51	98,04	108,55
02.02.02.028-2	Dosagem de fator XIII	6,66	111,89	118,55
02.02.02.029-0	Dosagem de fibrinogênio	4,60	7,65	12,25
02.02.02.030-4	Dosagem de hemoglobina	1,53	-	1,53
02.02.02.031-2	Dosagem de hemoglobina - instabilidade A 37°C	2,73	-	2,73
02.02.02.032-0	Dosagem de hemoglobina fetal	2,73	-	2,73
02.02.02.033-9	Dosagem de hemossiderina	2,73	-	2,73
02.02.02.034-7	Dosagem de plasminogênio	4,11	-	4,11
02.02.02.035-5	Eletroforese de hemoglobina	5,41	10,59	16,00
02.02.02.036-3	Eritrograma (Eritrócitos, Hemoglobina, Hematócrito)	2,73	-	2,73
02.02.02.037-1	Hematócrito	1,53	-	1,53



**MUNICÍPIO DE BOA VISTA/ PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA**

02.02.02.038-0	Hemograma completo	4,11	-	4,11
02.02.02.039-8	Leucograma	2,73	-	2,73
02.02.02.040-1	Pesquisa de atividade de cofator de ristocetina	25,00	-	25,00
02.02.02.041-0	Pesquisa de celulas LE	4,11	-	4,11
02.02.02.042-8	Pesquisa de corpusculos de Heinz	2,73	-	2,73
02.02.02.043-6	Pesquisa de filaria	2,73	-	2,73
02.02.02.044-4	Pesquisa de hemoglobina S	2,73	-	2,73
02.02.02.046-0	Pesquisa de tripanossoma	2,73	-	2,73
02.02.02.048-7	Prova de consumo de protrombina	4,11	-	4,11
02.02.02.049-5	Prova de retração do coagulo	2,73	-	2,73
02.02.02.050-9	Prova do laco	2,73	-	2,73
02.02.02.051-7	Rastreio p/ deficiencia de enzimas eritrocitarias	2,73	-	2,73
02.02.02.052-5	Teste de agregação de plaquetas	12,00	-	12,00
02.02.02.053-3	Teste de HAM (Hemolise acida)	2,73	-	2,73
02.02.02.054-1	Teste direto de antiglobulina humana (TAD)	2,73	-	2,73
03 - Exames Sorológicos e Imunológicos				
CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	Valor SUS	Valor Recursos Próprios	Valor Vigente
		Ambulatorial		
02.02.03.001-6	Contagem de linfocitos B	15,00	-	15,00
02.02.03.002-4	Contagem de linfocitos CD4/CD8	15,00	-	15,00
02.02.03.003-2	Contagem de linfocitos T Totais	15,00	-	15,00
02.02.03.004-0	Detecção de RNA do HIV-1 (Qualitativo)	65,00	-	65,00
02.02.03.005-9	Detecção de RNA do virus da hepatite C (Qualitativo)	96,00	111,00	207,00
02.02.03.006-7	Determinação de complemento (CH50)	9,25	-	9,25
02.02.03.007-5	Determinação de fator reumatoide	2,83	-	2,83
02.02.03.008-3	Determinação quantitativa de proteina C Reativa	9,25	-	9,25
02.02.03.009-1	Dosagem de alfa-fetoproteina	15,06	-	15,06
02.02.03.010-5	Dosagem de antígeno prostático específico (PSA)	16,42	4,58	21,00
02.02.03.011-3	Dosagem de beta-2-microglobulina	13,55	27,20	40,75
02.02.03.012-1	Dosagem de complemento C3	17,16	7,84	25,00
02.02.03.013-0	Dosagem de complemento C4	17,16	7,84	25,00
02.02.03.014-8	Dosagem de crioglobulina	2,83	-	2,83
02.02.03.015-6	Dosagem de imunoglobulina A (IGA)	17,16	-	17,16
02.02.03.016-4	Dosagem de imunoglobulina E (IGE)	9,25	-	9,25
02.02.03.018-0	Dosagem de imunoglobulina M (IGM)	17,16	-	17,16
02.02.03.019-9	Dosagem de inibidor de C1-esterase	9,25	33,00	42,25
02.02.03.020-2	Dosagem de proteina C Reativa	2,83	-	2,83



**MUNICÍPIO DE BOA VISTA/ PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA**

02.02.03.021-0	Genotipagem de virus da hepatite C	298,48	-	298,48
02.02.03.022-9	Imunoelektroforese de proteínas	17,16	-	17,16
02.02.03.023-7	Imunofenotipagem de Hemopatias malignas (por marcador)	80,00	-	80,00
02.02.03.025-3	Pesquisa de anticorpo IGG anticardiolipina	10,00	21,67	31,67
02.02.03.026-1	Pesquisa de anticorpo IGM anticardiolipina	10,00	21,67	31,67
02.02.03.027-0	Pesquisa de anticorpos anti-DNA	8,67	15,58	24,25
02.02.03.028-8	Pesquisa de anticorpos anti-helicobacter pylori	17,16	-	17,16
02.02.03.029-6	Pesquisa de anticorpos anti-HIV-1 (Western Blot)	85,00	-	85,00
02.02.03.030-0	Pesquisa de anticorpos anti-HIV-1 + HIV-2 (Elisa)	10,00	-	10,00
02.02.03.031-8	Pesquisa de anticorpos anti-HTLV-1 + HTLV-2	18,55	-	18,55
02.02.03.032-6	Pesquisa de anticorpos anti-ribonucleoproteina (RNP)	17,16	-	17,16
02.02.03.033-4	Pesquisa de anticorpos anti-schistosomas	5,74	-	5,74
02.02.03.034-2	Pesquisa de anticorpos anti-sm	17,16	7,11	24,27
02.02.03.035-0	Pesquisa de anticorpos anti-ss-a (RO)	18,55	6,65	25,20
02.02.03.036-9	Pesquisa de anticorpos anti-ss-b (LA)	18,55	6,55	25,10
02.02.03.037-7	Pesquisa de anticorpos antiadenovirus	9,25	-	9,25
02.02.03.038-5	Pesquisa de anticorpos antiamebas	10,00	-	10,00
02.02.03.039-3	Pesquisa de anticorpos antiaspergillus	9,25	-	9,25
02.02.03.040-7	Pesquisa de anticorpos antibrucelas	3,70	-	3,70
02.02.03.041-5	Pesquisa de anticorpos anticisticerco	5,83	-	5,83
02.02.03.042-3	Pesquisa de anticorpos anticlamidia (por imunofluorescencia)	10,00	-	10,00
02.02.03.043-1	Pesquisa de anticorpos anticortex suprarenal	17,16	-	17,16
02.02.03.044-0	Pesquisa de anticorpos antiequinococos	9,25	-	9,25
02.02.03.045-8	Pesquisa de anticorpos antiescleroderma (SCL 70)	10,00	-	10,00
02.02.03.046-6	Pesquisa de anticorpos antiespermatozoides	9,70	-	9,70
02.02.03.047-4	Pesquisa de anticorpos antiestreptolisina O (ASLO)	2,83	-	2,83
02.02.03.048-2	Pesquisa de anticorpos antifigado	10,00	-	10,00
02.02.03.050-4	Pesquisa de anticorpos antiglomerulo	10,00	-	10,00
02.02.03.051-2	Pesquisa de anticorpos antilhota de langerhans	10,00	-	10,00
02.02.03.052-0	Pesquisa de anticorpos antiinsulina	17,16	-	17,16
02.02.03.053-9	Pesquisa de anticorpos atileptospiras (IGG e IGM)	4,10		4,10
02.02.03.054-7	Pesquisa de anticorpos antilisteria	5,50	-	5,50
02.02.03.055-5	Pesquisa de anticorpos antimicrosomas	17,16	-	17,16
02.02.03.056-3	Pesquisa de anticorpos antimitocondria	17,16		17,16
02.02.03.057-1	Pesquisa de anticorpos antimusculo estriado	17,16	-	17,16
02.02.03.058-0	Pesquisa de anticorpos antimusculo liso	17,16		17,16
02.02.03.059-8	Pesquisa de anticorpos antinucleo (FAN)	17,16		17,16
02.02.03.060-1	Pesquisa de anticorpos antiparietais	17,16	-	17,16



**MUNICÍPIO DE BOA VISTA/ PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA**

02.02.03.061-0	Pesquisa de anticorpos antiplasmodios	10,00	-	10,00
02.02.03.062-8	Pesquisa de anticorpos antitreoglobulina	17,16		17,16
02.02.03.063-6	Pesquisa de anticorpos contra antígeno de superfície do vírus da hepatite B (anti-hbs)	18,55	-	18,55
02.02.03.064-4	Pesquisa de anticorpos contra antígeno E do vírus da hepatite B (anti-HBE)	18,55	-	18,55
02.02.03.065-2	Pesquisa de anticorpos contra histoplasma	7,78	-	7,78
02.02.03.066-0	Pesquisa de anticorpos contra o sporotrix schenkii	9,71	-	9,71
02.02.03.067-9	Pesquisa de anticorpos contra o vírus da hepatite C (anti-HCV)	18,55	18,45	37,00
02.02.03.068-7	Pesquisa de anticorpos contra o vírus da hepatite D (anti-HDV)	18,55	-	18,55
02.02.03.069-5	Pesquisa de anticorpos contra o vírus do sarampo	9,25	-	9,25
02.02.03.070-9	Pesquisa de anticorpos contra paracoccidioides brasiliensis	4,10		4,10
02.02.03.071-7	Pesquisa de anticorpos e/ou antígeno do vírus sincicial respiratório	18,55	-	18,55
02.02.03.072-5	Pesquisa de anticorpos EIE antilamblia	17,16	-	17,16
02.02.03.073-3	Pesquisa de anticorpos heterofilos contra o vírus epstein-barr	2,83	-	2,83
02.02.03.074-1	Pesquisa de anticorpos IGG anticitomegalovirus	11,00	-	11,00
02.02.03.075-0	Pesquisa de anticorpos IGG antileishmanias	9,25	-	9,25
02.02.03.076-8	Pesquisa de anticorpos IGG antitoxoplasma	16,97	-	16,97
02.02.03.077-6	Pesquisa de anticorpos IGG antitrypanosoma cruzi	9,25	-	9,25
02.02.03.078-4	Pesquisa de anticorpos IGG contra antígeno central do vírus da hepatite B (anti-HBC-IGG)	18,55	-	18,55
02.02.03.079-2	Pesquisa de anticorpos IGG contra arbovírus (Dengue e Febre Amarela)	30,00	-	30,00
02.02.03.080-6	Pesquisa de anticorpos IGG contra o vírus da hepatite A (HAV-IGG)	18,55	-	18,55
02.02.03.081-4	Pesquisa de anticorpos IGG contra o vírus da rubéola	17,16	-	17,16
02.02.03.082-2	Pesquisa de anticorpos IGG contra o vírus da varicela-herpes zoster	17,16	-	17,16
02.02.03.083-0	Pesquisa de anticorpos IGG contra o vírus epstein-barr	17,16		17,16
02.02.03.084-9	Pesquisa de anticorpos IGG contra o vírus herpes simples	17,16		17,16
02.02.03.085-7	Pesquisa de anticorpos IGM anticitomegalovirus	11,61	-	11,61
02.02.03.086-5	Pesquisa de anticorpos IGM antileishmanias	10,00	-	10,00
02.02.03.087-3	Pesquisa de anticorpos IGM antitoxoplasma	18,55	-	18,55
02.02.03.088-1	Pesquisa de anticorpos IGM antitrypanosoma cruzi	9,25	-	9,25
02.02.03.089-0	Pesquisa de anticorpos IGM contra antígeno central do vírus da hepatite B (anti-HBC-IGM)	18,55	-	18,55
02.02.03.090-3	Pesquisa de anticorpos IGM contra arbovírus (Dengue e Febre Amarela)	20,00	-	20,00
02.02.03.091-1	Pesquisa de anticorpos IGM contra o vírus da hepatite A (HAV-IGG)	18,55	-	18,55



**MUNICÍPIO DE BOA VISTA/ PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA**

02.02.03.092-0	Pesquisa de anticorpos IGM contra o virus da rubéola	17,16	-	17,16
02.02.03.093-8	Pesquisa de anticorpos IGM contra o virus da varicela-herpes zoster	17,16	-	17,16
02.02.03.094-6	Pesquisa de anticorpos IGM contra o virus epstein-barr	17,16	-	17,16
02.02.03.095-4	Pesquisa de anticorpos IGM contra o virus herpes simples	17,16	-	17,16
02.02.03.096-2	Pesquisa de antígeno carcinoembrionário (CEA)	13,35	11,13	24,48
02.02.03.097-0	Pesquisa de antígeno de superfície do virus da hepatite B (HBSAG)	18,55	-	18,55
02.02.03.098-9	Pesquisa de antígeno E do virus da hepatite B (HBEAG)	18,55	-	18,55
02.02.03.099-7	Pesquisa de clamídia (por captura híbrida)	60,00	-	60,00
02.02.03.100-4	Pesquisa de crioglobulinas	2,83	-	2,83
02.02.03.101-2	Pesquisa de fator reumatoide (Waller-Rose)	4,10	-	4,10
02.02.03.102-0	Pesquisa de HIV-1 por imunofluorescência	10,00		10,00
02.02.03.103-9	Pesquisa de imunoglobulina E (IGE) alérgeno-específica	9,25	-	9,25
02.02.03.104-7	Pesquisa de trypanosoma cruzi (p/ imunofluorescência)	10,00	-	10,00
02.02.03.107-1	Quantificação de RNA do HIV-1	18,00	-	18,00
02.02.03.108-0	Quantificação de RNA do virus da hepatite C	168,48		168,48
02.02.03.109-8	Reação de hemaglutinação (TPHA) p/ diagnóstico da sífilis	4,10	-	4,10
02.02.03.110-1	Reação de montenegro ID	2,83	-	2,83
02.02.03.111-0	Teste de VDRL p/ diagnóstico da sífilis	2,83	-	2,83
02.02.03.112-8	Teste FTA-ABS IGG p/ diagnóstico da sífilis	10,00		45,00
02.02.03.113-6	Teste FTA-ABS IGM p/ diagnóstico da sífilis	10,00		45,00
02.02.03.117-9	VDRL p/ detecção de sífilis em gestante	2,83	-	2,83
02.02.03.121-7	Dosagem do antígeno CA 125	13,35	-	13,35

04 - Exames Coprológicos

CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	Valor SUS	Valor Recursos Próprios	Valor Vigente
		Ambulatorial		
02.02.04.001-1	Dosagem de estercobilinogenio fecal	1,65	-	1,65
02.02.04.002-0	Dosagem de gordura fecal	3,04	-	3,04
02.02.04.003-8	Exame coprológico funcional	3,04	-	3,04
02.02.04.004-6	Identificação de fragmentos de helmintos	1,65	-	1,65
02.02.04.005-4	Pesquisa de enterobius vermiculares (oxiurus-oxiura)	1,65	-	1,65



**MUNICÍPIO DE BOA VISTA/ PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA**

02.02.04.006-2	Pesquisa de eosinofilos	1,65	-	1,65
02.02.04.007-0	Pesquisa de gordura fecal	1,65	-	1,65
02.02.04.008-9	Pesquisa de larvas nas fezes	1,65	-	1,65
02.02.04.009-7	Pesquisa de leucocitos nas fezes	1,65	-	1,65
02.02.04.010-0	Pesquisa de leveduras nas fezes	1,65	-	1,65
02.02.04.011-9	Pesquisa de ovos de schistosomas (em fragmento de mucosa)	1,65	-	1,65
02.02.04.012-7	Pesquisa de ovos e cistos de parasitas	1,65	-	1,65
02.02.04.013-5	Pesquisa de rotavirus nas fezes	10,25	-	10,25
02.02.04.014-3	Pesquisa de sangue oculto nas fezes	1,65	-	1,65
02.02.04.015-1	Pesquisa de substancias redutoras nas fezes	1,65	-	1,65
02.02.04.016-0	Pesquisa de tripsina nas fezes	1,65	-	1,65
02.02.04.017-8	Pesquisa de trofozoitas nas fezes	1,65	-	1,65
05- Exames de Uroanálise				
CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	Valor SUS	Valor Recursos Próprios	Valor Vigente
		Ambulatorial		
02.02.05.001-7	Análise de caracteres físicos, elementos e sedimentos da urina	3,70	-	3,70
02.02.05.002-5	Clearance de creatinina	3,51	-	3,51
02.02.05.003-3	Clearance de fosfato	3,51	-	3,51
02.02.05.004-1	Clearance de ureia	3,51	-	3,51
02.02.05.005-0	Contagem de addis	2,04	-	2,04
02.02.05.006-8	Determinação de osmolalidade	3,70	-	3,70
02.02.05.007-6	Dosagem de açúcares (por cromatografia)	3,70	-	3,70
02.02.05.008-4	Dosagem de citrato	2,01	-	2,01
02.02.05..009-2	Dosagem de microalbumina na urina	8,12		8,12
02.02.05.010-6	Dosagem de oxalato	3,68	-	3,68
02.02.05.011-4	Dosagem de proteínas (urina de 24 horas)	2,04	-	2,04
02.02.05.012-2	Dosagem e/ou fracionamento de ácidos orgânicos	3,04	-	3,04
02.02.05.013-0	Exame qualitativo de cálculos urinários	3,70	-	3,70
02.02.05.014-9	Pesquisa/dosagem de aminoácidos (por cromatografia)	3,70	-	3,70
02.02.05.015-7	Pesquisa de alcaptona na urina	2,04	-	2,04
02.02.05.016-5	Pesquisa de aminoácidos na urina	3,70	-	3,70
02.02.05.017-3	Pesquisa de beta-mercaptop-lactato-dissulfidura	2,04	-	2,04
02.02.05.018-1	Pesquisa de cadeias leves kappa e lambda	2,40		2,40
02.02.05.019-0	Pesquisa de cistina na urina	2,04	-	2,04
02.02.05.020-3	Pesquisa de coproporfirina na urina	2,04	-	2,04
02.02.05.021-1	Pesquisa de erros inatos do metabolismo na urina	3,70	-	3,70
02.02.05.022-0	Pesquisa de fenil-cetona na urina	2,04	-	2,04



**MUNICÍPIO DE BOA VISTA/ PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA**

02.02.05.023-8	Pesquisa de frutose na urina	2,04	-	2,04
02.02.05.024-6	Pesquisa de galactose na urina	3,36	-	3,36
02.02.05.026-2	Pesquisa de homocistina na urina	2,04	-	2,04
02.02.05.027-0	Pesquisa de lactose na urina	2,04	-	2,04
02.02.05.028-9	Pesquisa de mucopolissacarídeos na urina	3,70	-	3,70
02.02.05.029-7	Pesquisa de porfobilinogênio na urina	2,04	-	2,04
02.02.05.030-0	Pesquisa de proteínas urinárias (por eletroforese)	4,44	-	4,44
02.02.05.031-9	Pesquisa de tirosina na urina	2,04	-	2,04
02.02.05.032-7	Prova de diluição (urina)	2,04	-	2,04
06- Exames Hormonais				
CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	Valor SUS	Valor Recursos Próprios	Valor Vigente
		Ambulatorial		
02.02.06.001-2	Determinação de índice de tiroxina livre	12,54	-	12,54
02.02.06.002-0	Determinação de retenção de T3	12,54	-	12,54
02.02.06.003-9	Determinação de T3 reverso	14,69	-	14,69
02.02.06.004-7	Dosagem de 17-alfa-hidroxiprogesterona	10,20	-	10,20
02.02.06.005-5	Dosagem de 17-cetosteroides totais	6,72	-	6,72
02.02.06.006-3	Dosagem de 17-hidroxicorticosteroides	6,72	-	6,72
02.02.06.007-1	Dosagem de ácido 5-hidroxi-indol-acético (serotonina)	6,72	-	6,72
02.02.06.008-0	Dosagem de adrenocorticotrófico (ACTH)	14,12	-	14,12
02.02.06.009-8	Dosagem de aldosterona	11,89	-	11,89
02.02.06.010-1	Dosagem de AMP cíclico	12,01	-	12,01
02.02.06.011-0	Dosagem de androstenediona	11,53	-	11,53
02.02.06.012-8	Dosagem de calcitonina	14,38	-	14,38
02.02.06.013-6	Dosagem de cortisol	9,86	6,56	16,42
02.02.06.014-4	Dosagem de dehidroepiandrosterona (DHEA)	11,25	-	11,25
02.02.06.015-2	Dosagem de dihidrotestosterona (DHT)	11,71	-	11,71
02.02.06.016-0	Dosagem de estradiol	10,15	-	10,15
02.02.06.017-9	Dosagem de estriol	11,55	-	11,55
02.02.06.018-7	Dosagem de estrona	11,12	-	11,12
02.02.06.019-5	Dosagem de gastrina	14,15	-	14,15
02.02.06.020-9	Dosagem de globulina transportadora de tiroxina	15,35	-	15,35
02.02.06.021-7	Dosagem de gonadotrofina coriônica humana (BCG, Beta HCG)	7,85	-	7,85
02.02.06.022-5	Dosagem de hormônio de crescimento (HGH)	10,21	-	10,21
02.02.06.023-3	Dosagem de hormônio foliculo-estimulante (FSH)	7,89	-	7,89
02.02.06.024-1	Dosagem de hormônio luteinizante (LH)	8,97	-	8,97
02.02.06.025-0	Dosagem de hormônio tireoestimulante (TSH)	8,96	-	8,96



**MUNICÍPIO DE BOA VISTA/ PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA**

02.02.06.026-8	Dosagem de insulina	10,17	-	10,17
02.02.06.027-6	Dosagem de paratormonio	43,13	-	43,13
02.02.06.028-4	Dosagem de peptideo C	15,35		15,35
02.02.06.029-2	Dosagem de progesterona	10,22	-	10,22
02.02.06.030-6	Dosagem de prolactina	10,15	-	10,15
02.02.06.031-4	Dosagem de renina	13,19	-	13,19
02.02.06.032-2	Dosagem de somatomedina C (IGF1)	15,35		15,35
02.02.06.033-0	Dosagem de sulfato de hidroepiandrosterona (DHEAS)	13,11	-	13,11
02.02.06.034-9	Dosagem de testosterona	10,43	-	10,43
02.02.06.035-7	Dosagem de testosterona livre	13,11	-	13,11
02.02.06.036-5	Dosagem de tireoglobulina	15,35	-	15,35
02.02.06.037-3	Dosagem de tiroxina (T4)	8,76	-	8,76
02.02.06.038-1	Dosagem de tiroxina livre (T4 Livre)	11,60	-	11,60
02.02.06.039-0	Dosagem de triiodotironina (T3)	8,71	-	8,71
02.02.06.040-3	Teste de estimulo da prolactina / TSH após TRH	12,01	-	12,01
02.02.06.041-1	Teste de estimulo da prolactina após clorpromazina	12,01	-	12,01
02.02.06.042-0	Teste de estimulo de LH e FSH após gonadorrelina	12,01	-	12,01
02.02.06.043-8	Teste de estimulo do HGH após glucagon	12,01	-	12,01
02.02.06.044-6	Teste de supressão do cortisol após dexametasona	12,01	-	12,01
02.02.06.045-4	Teste de supressão do HGH após glicose	12,01	-	12,01
02.02.06.046-2	Teste p/ investigação do diabetes insipidus	8,43	-	8,43
07- Exames Toxicológicos ou de Monitorização Terapeutica				
CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	Valor SUS	Valor Recursos Próprios	Valor Vigente
		Ambulatorial		
02.02.07.001-8	Dosagem de acido delta-aminolevulinico	2,06	-	2,06
02.02.07.002-6	Dosagem de acido hipurico	2,23	-	2,23
02.02.07.003-4	Dosagem de acido mandelico	3,68	-	3,68
02.02.07.004-2	Dosagem de acido metil-hipurico	2,04	-	2,04
02.02.07.005-0	Dosagem de acido valproico	15,65	-	15,65
02.02.07.006-9	Dosagem de ala-desidratante	3,51	-	3,51
02.02.07.007-7	Dosagem de alcool etilico	2,01	-	2,01
02.02.07.008-5	Dosagem de aluminio	27,50	-	27,50
02.02.07.009-3	Dosagem de aminoglicosideos	10,00	-	10,00
02.02.07.010-7	Dosagem de anfetaminas	10,00	-	10,00
02.02.07.011-5	Dosagem de antidepressivos triciclicos	10,00	-	10,00
02.02.07.012-3	Dosagem de barbiturados	13,13	-	13,13
02.02.07.013-1	Dosagem de benzodiazepinicos	13,48	-	13,48



**MUNICÍPIO DE BOA VISTA/ PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA**

02.02.07.014-0	Dosagem de cadmio	6,55	-	6,55
02.02.07.015-8	Dosagem de carbamazepina	17,53	-	17,53
02.02.07.016-6	Dosagem de carboxi-hemoglobina	4,11	-	4,11
02.02.07.017-4	Dosagem de chumbo	8,83	-	8,83
02.02.07.018-2	Dosagem de ciclosporina	58,61	-	58,61
02.02.07.019-0	Dosagem de cobre	3,51	-	3,51
02.02.07.020-4	Dosagem de digitalicos (digoxina, digitoxina)	8,97	-	8,97
02.02.07.021-2	Dosagem de etossuximida	15,65	-	15,65
02.02.07.022-0	Dosagem de fenitoina	35,22	-	35,22
02.02.07.023-9	Dosagem de fenol	2,05	-	2,05
02.02.07.024-7	Dosagem de formaldeido	3,51	-	3,51
02.02.07.025-5	Dosagem de litio	2,25	-	2,25
02.02.07.026-3	Dosagem de mercurio	2,04	-	2,04
02.02.07.027-1	Dosagem de meta-hemoglobina	4,11	-	4,11
02.02.07.028-0	Dosagem de metabolitos da cocaína	10,00	-	10,00
02.02.07.029-8	Dosagem de metotrexato	10,00	-	10,00
02.02.07.030-1	Dosagem de quinidina	10,00	-	10,00
02.02.07.031-0	Dosagem de salicilatos	2,01	-	2,01
02.02.07.032-8	Dosagem de sulfatos	3,51	-	3,51
02.02.07.033-6	Dosagem de teofilina	15,65	-	15,65
02.02.07.034-4	Dosagem de tiocianato	3,68	-	3,68
02.02.07.035-2	Dosagem de zinco	15,65	-	15,65
08 - Exames Microbiológicos				
CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	Valor SUS	Valor Recursos Próprios	Valor Vigente
		Ambulatorial		
02.02.08.001-3	Antibiograma	4,98	-	4,98
02.02.08.002-1	Antibiograma c/ concentração inibitoria minima	13,33	-	13,33
02.02.08.003-0	Antibiograma p/ micobacterias	13,33	-	13,33
02.02.08.004-8	Baciloscopia direta p/ baar tuberculose (diagnóstica)	4,20	-	4,20
02.02.08.005-6	Baciloscopia direta p/ baar (Hanseníase)	4,20	-	4,20
02.02.08.006-4	Baciloscopia direta p/ baar tuberculos (controle)	4,20	-	4,20
02.02.08.007-2	Bacteroscopia (GRAM de sedimento urinário)	2,80		2,80
02.02.08.008-0	Cultura de bacterias p/ identificação (liquido seminal/ orofaringe/ secreção uretral/ urocultura)	5,62		5,62
02.02.08.009-9	Cultura do leite materno (pos-pasteurização)	4,33	-	4,33
02.02.08.010-2	Cultura p/ herpesvirus	4,33	-	4,33
02.02.08.011-0	Cultura para baar	5,63	-	5,63



**MUNICÍPIO DE BOA VISTA/ PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA**

02.02.08.012-9	Cultura para bacterias anaerobicas	10,25	-	10,25
02.02.08.013-7	Cultura para identificação de fungos	4,19	-	4,19
02.02.08.014-5	Exame microbiologico a fresco (direto)	2,80	-	2,80
02.02.08.015-3	Hemocultura	11,49	-	11,49
02.02.08.016-1	Identificação automatizada de microorganismos	5,63	-	5,63
02.02.08.017-0	Pesquisa de pneumocysti carini	4,33	-	4,33
02.02.08.018-8	Pesquisa de bacilo differico	2,80	-	2,80
02.02.08.019-6	Pesquisa de estreptococos beta-hemoliticos do grupo A	4,33	-	4,33
02.02.08.020-0	Pesquisa de haemophilus ducrey	2,80	-	2,80
02.02.08.021-8	Pesquisa de helicobacter pylori	4,33	-	4,33
02.02.08.022-6	Pesquisa de leptospiras	2,80	-	2,80
02.02.08.023-4	Pesquisa de treponema pallidum	5,04	-	5,04
09 - Exames em Outros Líquidos Biológicos				
CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	Valor SUS	Valor Recursos Próprios	Valor Vigente
		Ambulatorial		
02.02.09.001-9	Acido urico liquido no sinovial e derrames	1,89	-	1,89
02.02.09.002-7	Adenograma	5,79	-	5,79
02.02.09.003-5	Citologia p/ clamidia	4,33	-	4,33
02.02.09.004-3	Citologia p/ herpesvirus	4,33	-	4,33
02.02.09.005-1	Contagem especifica de celulas no liquor	1,89	-	1,89
02.02.09.006-0	Contagem global de celulas no liquor	1,89	-	1,89
02.02.09.007-8	Determinação de fosfolipidios relação lecitina-esfingomielina no liquido amniotico	6,56	-	6,56
02.02.09.008-6	Dosagem de creatinina no liquido amniotico	1,89	-	1,89
02.02.09.009-4	Dosagem de fosfatase alcalina no esperma	2,01	-	2,01
02.02.09.010-8	Dosagem de frutose	2,01	-	2,01
02.02.09.011-6	Dosagem de frutose no esperma	2,01	-	2,01
02.02.09.012-4	Dosagem de glicose no liquido sinovial e derrames	1,89	-	1,89
02.02.09.013-2	Dosagem de proteinas no liquido sinovial e derrames	1,89	-	1,89
02.02.09.015-9	Eletroforese de proteinas com concentração no liquor	5,23	-	5,23
02.02.09.016-7	Espectrofotometria no liquido amniotico	6,56	-	6,56
02.02.09.017-5	Esplenograma	5,79	-	5,79
02.02.09.018-3	Exame de caracteres fisicos contagem global e especifica de celulas	1,89	-	1,89
02.02.09.019-1	Mielograma	5,79	-	5,79
02.02.09.021-3	Pesquisa de anticorpos antiespermatozoides (elisa)	9,70	-	9,70
02.02.09.022-1	Dosagem de fosfatase ácida no esperma	2,01	-	2,01



**MUNICÍPIO DE BOA VISTA/ PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA**

02.02.09.023-0	Pesquisa de caracteres fisicos no liquor	1,89	-	1,89
02.02.09.024-8	Pesquisa de celulas orangiofilas	1,89	-	1,89
02.02.09.025-6	Pesquisa de cristais com luz polarizada	1,89	-	1,89
02.02.09.026-4	Pesquisa de espermatozoides (após vasectomia)	4,80	-	4,80
02.02.09.027-2	Pesquisa de ragocitos no liquido sinovial e derrames	1,89	-	1,89
02.02.09.028-0	Prova de progressão espermatica (cada)	9,70	-	9,70
02.02.09.029-9	Prova do latex p/ haemophilus influenzae, streptococcus pneumoniae, neisseria meningitidis (sorotipos A,B,C)	1,89	-	1,89
02.02.09.030-2	Prova do latex p/ pesquisa do fator reumatoide	1,89	-	1,89
02.02.09.031-0	Reação do pandy	1,89	-	1,89
02.02.09.032-9	Reação de rivalta no liquido sinovial e derrames	1,89	-	1,89
02.02.09.033-7	Teste de clements	1,89	-	1,89
02.02.09.034-5	Teste de gastroacidograma - secreção basal por 60 em 4 amostras	4,68	-	4,68
02.02.09.035-3	Teste de hollander no suco gastrico	4,68	-	4,68
10 - Exames de Genética				
CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	Valor SUS	Valor Recursos Próprios	Valor Vigente
		Ambulatorial		
02.02.10.003-0	Determinação de cariotipo em sangue periferico (c/ tecnica de bandas)	32,48	267,52	300,00
11 - Exames para Triagem Neonatal				
CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	Valor SUS	Valor Recursos Próprios	Valor Vigente
		Ambulatorial		
02.02.11.001-0	Deteção de variantes da hemoglobina (diagnostico tardio)	8,80	-	8,80
02.02.11.002-8	Deteção molecular de mutação em hemoglobinopatias (confirmatorio)	66,00	-	66,00
02.02.11.003-6	Deteção molecular em fibrose cistica (confirmatorio)	66,00	-	66,00
02.02.11.004-4	Dosagem de fenilalanina (controle/diagnostico tardio)	5,50	-	5,50
02.02.11.005-2	Dosagem de fenilalanina e tsh (T4)	12,10	-	12,10
02.02.11.006-0	Dosagem de fenilalanina e tsh (T4) (p/ deteção da variante hemoglobina)	20,90	-	20,90
02.02.11.007-9	Dosagem de tripsina imunorreativa	5,50	-	5,50
02.02.11.008-7	Dosagem de tsh e t4 livre (controle/diagnostico tardio)	13,20	-	13,20
12 - Exames Imunohematologicos				
CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	Valor SUS	Valor	Valor



**MUNICÍPIO DE BOA VISTA/ PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA**

		Ambulatorial	Recursos Próprios	Vigente
02.02.12.001-5	Determinação de anticorpos antiplaquetarios	10,65	-	10,65
02.02.12.002-3	Determinação direta e reversa de grupo abo	1,37	-	1,37
02.02.12.003-1	Fenotipagem de sistema RH - HR	10,65	-	10,65
02.02.12.004-0	Identificação de anticorpos sericos irregulares c/ painel de hemacias	10,65	-	10,65
02.02.12.005-8	Pesquisa de anticorpos irregulares pelo metodo da eluição	5,79	-	5,79
02.02.12.006-6	Pesquisa de anticorpos sericos irregulares 37OC	5,79	-	5,79
02.02.12.007-4	Pesquisa de anticorpos sericos irregulares a frio	5,79	-	5,79
02.02.12.008-2	Pesquisa de fator rh (inclui D fraco)	1,37	-	1,37
02.02.12.009-0	Teste indireto de antiglobulina humana (tia)	2,73	-	2,73
02.02.12.010-4	Titulação de anticorpos anti A e/ou anti B	5,79	-	5,79
Diagnóstico por Anatomia Patológica e Citopatológica				
02- Exames Anatomopatológicos				
CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	Valor SUS	Valor Recursos Próprios	Valor Vigente
		Ambulatorial		
02.03.02.004-9	Imunohistoquímica de neoplasias malignas (por marcador)	92,00	308,00	400,00
09- Diagnostico em Urologia - Radiologia				
CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	Valor SUS	Valor Recursos Próprios	Valor Vigente
		Ambulatorial		
02.04.05.001-4	Enema opaco (clister opaco)	47,76	352,24	400,00
02.11.09.001-8	Avaliação urodinamica completa	7,62	242,38	250,00
02.11.09.002-6	Cateterismo de uretra	8,82	-	8,82
02.11.09.003-4	Cistometria c/ cistometro	8,82	-	8,82
02.11.09.004-2	Cistometria simples	8,82	-	8,82
02.11.09.005-0	Determinação de pressão intra-abdominal	8,82	-	8,82
02.11.09.006-9	Perfil de pressão uretral	8,82	-	8,82
02.11.09.007-7	Urofluxometria	8,82	-	8,82
02.04.05.017-0	Uretrocistografia	52,11	197,89	250,00
02.04.05.006-5	Histerossalpingografia	45,34	254,66	300,00
02.04.05.005-7	Fistulografia	45,34	254,66	300,00
02.04.01.001-2	Dacrioscistografia	48,85	251,15	300,00
	Seriografia (esofago, estomago e duodeno - EDD)	-	250,00	250,00
	Urografia escretora		300,00	300,00
	Cistografia		300,00	300,00



**MUNICÍPIO DE BOA VISTA/ PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA**

	Trânsito intestinal		300,00	300,00
	Esofagograma		300,00	300,00
EXAMES DE OTORRINOLARINGOLOGIA E APARELHOS AUDITIVOS				
OTORRINOLARINGOLOGIA				
CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	Valor SUS	Valor Recursos Próprios	Valor Vigente
		Ambulatorial		
02.11.05.011-3	Potencial Evocado Auditivo (BERA)	4,06	195,94	200,00
02.11.07.002-5	Audiometria de reforço visual (via aerea/ossea)	21,00	9,00	30,00
02.11.07.004-1	Audiometria tonal limiar (via aerea/ossea)	21,00	9,00	30,00
02.11.07.014-9	emissões otoacusticas evocadas com triagem auditiva	13,51	16,49	30,00
02.11.07.015-7	estudo de emissões otoacusticas avocadas transitoriais e produtos de distorsão (EOA)	46,88	0	46,88
02.11.07.003-3	Audiometria em campo livre	20,13	9,87	30,00
02.11.07.020-3	Imitanciometria (impedanciometria)	23,00	7,00	30,00
02.09.04.004-1	Videolaringoscopia	45,50	44,50	90,00
02.11.07.021-1	Logaudiometria LDV -IRF - LRF	26,25	3,75	30,00
	Nasofibroscopia		120,00	120,00
	Vectoeletronistagmografia		150,00	150,00
	Videolaringoestroboscopia		150,00	150,00
	Cauterização nasal		80,00	80,00
ÓCULOS INFANTIL				
CÓDIGO	PROCEDIMENTOS			
OCULOS01	Óculos com lentes corretivas iguais / maior que 0,5 dioptrias	28,00		
OCULOS02	Óculos bifocal	75,00		



**MUNICÍPIO DE BOA VISTA/ PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA**

MODELO

ANEXO III



MUNICÍPIO DE BOA VISTA/ PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO SUPERVENIENTE

.
Empresa/Entidade _____, inscrita no CNPJ sob
o nº _____, com sede na _____, por
intermédio de seu representante legal,
_____, portador da Carteira de Identidade
nº _____ e do CPF nº _____, em cumprimento ao exigido
no Edital de Chamada Pública nº ____/201__ declara, sob as penas da Lei, que até a
presente data inexistem fatos impeditivos para sua Habilitação, ciente da
obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

Boa Vista – RR, ____ de _____ de _____.

Representante Legal

MODELO

ANEXO IV



MUNICÍPIO DE BOA VISTA/ PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA

DECLARAÇÃO QUE NÃO EMPREGA MENOR

DECLARAÇÃO ART. 7º, XXXIII, DA CF

Entidade/Empresa _____, inscrita no
CNPJ sob o nº _____, com sede na _____,
por _____ intermédio de _____ seu representante legal,
_____, portador da Carteira de Identidade nº
_____ e do CPF nº _____, DECLARA, para fins do disposto
no inciso V do art. 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 ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos,
salvo na condição de aprendiz a partir de 14 (quatorze) anos.

Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz?

SIM	NÃO
☐	☐

Boa Vista – RR, ____ de _____ de _____.

Representante Legal

MODELO

ANEXO V



**MUNICÍPIO DE BOA VISTA/ PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA**

Entidade/Empresa _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, com sede na _____, por intermédio de seu representante legal, _____, portador da Carteira de Identidade nº _____ e do CPF nº _____, DECLARA, que seus proprietários, diretores e sócios não pertencem ao quadro de servidores públicos do Município, nem exercem cargo de chefia e/ou função de confiança na Administração Pública nos moldes do item 3.3., II, B.

Boa Vista – RR, _____ de _____ de _____.

Representante Legal