



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2017 / EDIÇÃO Nº 165

Ivaiporã, Segunda-Feira, 04 de Dezembro de 2017

EXTRATO DO CONTRATO Nº: 108/2017

MODALIDADE: INEXIGIBILIDADE Nº 56/2017

CONTRATANTE CIS - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE,

CONTRATADA: EMPRESA CLÍNICA REVITALLE,

OBJETO: CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA EM FISIOTERAPIA

VALOR TOTAL: R\$ 84.000,00 (OITENTA E QUATRO MIL)

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

02.003.10.301.0001.2.010.3.3.90.39.00.00. - 1000 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

VIGÊNCIA DO CONTRATO: até a data de 31 de dezembro de 2017.

DATA DA ASSINATURA: 04/12/2017

CLODOALDO FERNANDES DOS SANTOS
PRESIDENTE DO CIS

Leticia L. Mendonça
REPRESENTANTE LEGAL

GABINETE DO PRESIDENTE

RATIFICAÇÃO DE INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO

PROCESSO DE LICITAÇÃO Nº 106/2017

MODALIDADE: INEXIGIBILIDADE Nº. 56/2017

ASSUNTO: CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA EM FISIOTERAPIA

CONTRATANTE: CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde

CONTRATADA: L. LUZETTI DE MENDONÇA – CLININCA – ME

VALOR MÁXIMO DO LOTE: 84.000,00 (OITENTA E QUATRO MIL REAIS)



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2017 / EDIÇÃO Nº 165

Ivaiporã, Segunda-Feira, 04 de Dezembro de 2017

Despacho: **O PRESIDENTE DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE 22ª R.S.**, no uso de suas atribuições legais, e ressaltando a necessidade, conveniência e interesse da Administração Pública, com fundamento no artigo 25 III da Lei 8.666/93, bem como o Parecer da Assessoria Jurídica, **RATIFICA** a situação de **Inexigibilidade**.

Ivaiporã, 04 de dezembro de 2017.

CLODOALDO FERNANDES DOS SANTOS
Presidente do CIS

RESOLUÇÃO Nº 32/2017

“SÚMULA: Cancela a INEXIGIBILIDADE 42/2017, do Consórcio Intermunicipal de Saúde da 22ª Regional de Saúde de Ivaiporã, Estado do Paraná e dá outras providências”.

O PRESIDENTE DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA 22ª REGIONAL DE SAÚDE DE IVAIPORÃ, ESTADO DO PARANÁ, CLODOALDO FERNANDES DOS SANTOS, no uso de suas atribuições legais, edita a seguinte resolução

RESOLVE,

Art.1º. Tornar Público o cancelamento do Processo de Licitação, Modalidade Inexigibilidade de Licitação, sob número nº 42/2017, tendo em vista a Licitação não ter saldo para empenho impossibilitando o andamento do certame, de acordo com os princípios aplicáveis aos processos de licitação, e, dê-se início a um novo procedimento, com base na justificativa administrativa apresentada no Artigo 1º desta resolução.

Art.2º. Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Ivaiporã, 04 de dezembro de 2017

CLODOALDO FERNANDES DOS SANTOS
PRESIDENTE DO CIS



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2017 / EDIÇÃO Nº 165

Ivaiporã, Segunda-Feira, 04 de Dezembro de 2017

RESOLUÇÃO Nº33/ 2017

SÚMULA: "TORNA PÚBLICO TABELA DE VALORES VIGENTE E APLICÁVEL AO CHAMAMENTO PÚBLICO E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS".

O Presidente do Consórcio Intermunicipal de Saúde da 22ª Regional de Saúde de Ivaiporã, Estado do Paraná, o senhor CLODOALDO FERNANDES DOS SANTOS, no uso de suas atribuições legais, torna pública,

RESOLUÇÃO:

Art. 1º. A tabela de valores e procedimentos praticados pelo consórcio de saúde, devidamente autorizados por resoluções anteriores, em se tratando de condensações destas alterações, que foram devidamente aprovadas em assembleia de prefeitos, e que encontram-se em plena validade, embasando o chamamento público número 03/2017, relativo ao credenciamento exercício financeiro 2018, conforme anexo a esta resolução.

Art. 2º. Fica estabelecido, que todas as alterações posteriores a esta, serão inclusas no processo de credenciamento para o exercício que estará vigente, mediante a publicação de resolução de inclusão de procedimentos no chamamento público.

Art.3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Edifício do Consórcio Intermunicipal de Saúde da 22ª RS de Ivaiporã, Estado do Paraná, no dia 04 de dezembro de 2017.

CLODOALDO FERNANDES DOS SANTOS

PRESIDENTE DO CIS

15 – ANEXOS

TABELA DE VALORES

CÓDIGO CIS	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALORES DENTRO DO CIS	VALORES NAS CLÍNICAS
	CONSULTAS ESPECIALIZADAS /EXAMES		
1.0	ALERGOLOGIA		
1.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
2.0	ANESTESIOLOGIA		
2.1	CONSULTAS DE AVALIAÇÃO	R\$ 50,00	R\$ 50,00
3.0	CARDIOLOGIA		
3.1	CONSULTAS NO CIS	R\$ 50,00	R\$ 50,00



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2017 / EDIÇÃO Nº 165

Ivaiporã, Segunda-Feira, 04 de Dezembro de 2017

3.2	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
3.2.1	ECOCARDIOGRAFIA BIDIMENSIONAL COM OU SEM DOPPLER		R\$ 160,00
3.2.2	ELETROCARDIOGRAMA COM LAUDO (REALIZADO PELO MÉDICO)	R\$ 20,00	R\$ 30,00
3.2.3	RISCO CIRÚRGICO (ECG COM LAUDO + RISCO CIRÚRGICO)		R\$ 100,00
3.2.4	LAUDO DE ELETROCARDIOGRAMA (TELEMEDICINA REALIZADO NO CIS)	R\$ 10,00	R\$ 10,00
3.2.5	TESTE DE ESFORÇO ERGOMÉTRICO (INCLUINDO ECG)		R\$ 180,00
3.2.6	HOLTER 24 HORAS		R\$ 100,00
3.2.7	MAPA (PRESSÃO ARTERIAL 24 HORAS)		R\$ 180,00
4.0	CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO		
4.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
5.0	CIRURGIA CARDÍACA		
5.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
6.0	CIRURGIA GERAL		
6.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
7.0	CIRURGIA PLÁSTICA		
7.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
8.0	CIRURGIA TÓRAX		
8.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
9.0	CIRURGIA VASCULAR		
9.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
10.0	DERMATOLOGIA		
10.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
11.0	ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA		
11.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
12.0	GASTROENTEROLOGIA		
12.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
12.2	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
12.2.1	RETOSIGMOIDOSCOPIA		R\$ 120,00
12.2.2	COLONOSCOPIA		R\$ 300,00
12.2.3	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EDA)		R\$ 80,00
12.2.4	POLIPECTOMIA		R\$ 90,00
13.0	GERIATRIA		
13.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
14.0	GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA		
14.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
14.2	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
15.0	HEMATOLOGIA		
15.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
15.2.1	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
16.0	INFECTOLOGIA		
16.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
12.2.1	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
17.0	MASTOLOGISTA		
17.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
18.0	MEDICINA NUCLEAR		
18.1.1	DENSITOMETRIA ÓSSEA ATÉ 2 SEGMENTOS		R\$ 150,00
18.1.2	DENSITOMETRIA ÓSSEA COLUNA LOMBAR 2 SEGMENTOS		R\$ 150,00
18.1.3	DENSITOMETRIA ÓSSEA DUO-ENERGÉTICA (VERT. LOMBARES)		R\$ 150,00



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2017 / EDIÇÃO Nº 165

Ivaiporã, Segunda-Feira, 04 de Dezembro de 2017

18.1.4	DENSITOMETRIA ÓSSEA CORPO TODO		R\$ 150,00
18.1.5	ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL		R\$ 500,00
18.1.6	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA		R\$ 500,00
18.1.7	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA/COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE		R\$ 180,00
18.1.8	TOMOGRÁFIA COMP. DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE.		R\$ 180,00
18.1.9	TOMOGRÁFIA COMP. DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE.		R\$ 180,00
18.1.10	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES		R\$ 180,00
18.1.11	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO (PARTES MOLES, LARINGE, TIROIDE OU PARA TIROIDE) C/ CONTRASTE.		R\$ 250,00
18.1.12	TOMOGRÁFIA DACRIOCISTOGRAFIA.		R\$ 200,00
18.1.13	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA OU ORBITAS		R\$ 180,00
18.1.14	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO C/ CONTRASTE		R\$ 180,00
18.1.15	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA MASTOIDE OU ORELHAS		R\$ 200,00
18.1.16	TOMOGRÁFIA COMP. DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR.		R\$ 200,00
18.1.17	TOMOGRÁFIA COMP. DE SEGMENTOS APENDICULARES.		R\$ 200,00
18.1.18	TOMOGRÁFIA COMP. DE TORAX COM OU S/ CONTRASTE.		R\$ 250,00
1.81.19	TOMOGRÁFIA DE HEMITORAX / MEDIASTINO (POR PLANO)		R\$ 200,00
18.1.20	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN C/ CONTRASTE		R\$ 315,00
18.1.21	TOMOGRÁFIA COMP. DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR.		R\$ 240,00
18.1.22	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA		R\$ 250,00
18.1.23	ANGIOTOMOGRÁFIA		R\$ 450,00
18.1.24	TOMOGRÁFIA ABDOMEN SUPERIOR		R\$ 250,00
18.1.25	TOMOGRÁFIA DE CARÓTIDAS		R\$ 450,00
18.1.26	TOMOGRÁFIA PESCOÇO (PARTES MOLES, LARINGE, TIREÓIDE E FARINGE)		R\$ 250,00
18.1.27	TOMOGRÁFIA RENAL		R\$ 450,00
18.1.28	TOMOGRÁFIA UROTOMOGRÁFIA		R\$ 450,00
18.1.29	MAMOGRAFIA BILATERAL		R\$ 80,00
19.0	NEFROLOGIA		
19.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
20.0	NEUROCIRURGIA		
20.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
20.1	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
20.2.1	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMII		R\$ 350,00
20.2.2	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS		R\$ 350,00
29.2.3	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS E MMII		R\$ 700,00
20.2.4	ELETOENCEFALOGRAMA DE ROTINA		R\$ 39,60
20.2.5	ELETOENCEFALOGRAMA EM VIGÍLIA/ SONO ESPONTÂNEO OU INDUZIDO		R\$ 79,20
20.2.6	ELETOENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO (MAPEAMENTO)		R\$ 95,00
21.0	NEUROLOGIA		
21.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
21.1	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
21.1.2	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMII		R\$ 350,00
21.1.3	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS		R\$ 350,00
21.1.4	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS E MMII		R\$ 700,00
21.1.5	ELETOENCEFALOGRAMA DE ROTINA		R\$ 39,60
21.1.6	ELETOENCEFALOGRAMA/VIGÍLIA SONO ESPONTÂNEO/ INDUZIDO		R\$ 79,20
21.1.7	ELETOENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO (MAPEAMENTO)		R\$ 95,00
21.1.8	LAUDO DE ELETOENCEFALOGRAMA (TELEMEDICINA)		R\$ 10,00



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2017 / EDIÇÃO Nº 165

Ivaiporã, Segunda-Feira, 04 de Dezembro de 2017

21.1.9	LAUDO DE ELETROENCEFALOGRAMA COM MAPEAMENTO (TELEM)		R\$ 22,00
22.0	NEUROPEDIATRA		
22.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
22.1	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
22.2.1	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMII		R\$ 350,00
22.2.2	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS		R\$ 350,00
22.2.3	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS E MMII		R\$ 700,00
22.2.4	ELETROENCEFALOGRAMA DE ROTINA		R\$ 39,60
22.2.5	ELETROENCEFALOGRAMA/VIGÍLIA E SONO ESPONTÂNEO/ INDUZIDO		R\$ 79,20
22.2.6	ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO (MAPEAMENTO)		R\$ 95,00
23.0	OFTLAMOLOGISTA		
23.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
23.2	CONSULTAS OFTALMOLOGICAS + TONOMETRIA+ MAPEAMENTO DE RETINA+ TESTE ORTOPTICO – PROJETO BOA VISÃO		R\$ 60,00
23.1	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
23.2.1	BIOMETRIA ULTRASSONICA (BINOCULAR)		R\$ 66,00
23.2.2	CURVA TENSIONAL DIARIA		R\$ 49,50
23.2.3	GONIOSCOPIA (BINOCULAR)		R\$ 20,00
23.2.4	MAPEAMENTO DE RETINA (MONOCULAR)		R\$ 24,24
23.2.5	RETINOGRAFIA COLORIDA (MONOCULAR)		R\$ 16,50
23.2.6	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA (BINOCULAR)		R\$ 49,50
23.2.7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CórNEA (BINOCULAR)		R\$ 41,25
23.2.8	TESTE ORTÓPTICO (BINOCULAR)		R\$ 12,34
23.2.9	TESTE DE ADAPTAÇÃO DE LENTE DE CONTATO (BINOCULAR)		R\$ 30,00
23.2.10	MEDIDA DE OFUSCAMENTO DE CONTRASTE (BINOCULAR)		R\$ 26,40
23.2.11	EPILAÇÃO DE CÍLIOS (MONOCULAR)		R\$ 21,60
23.2.12	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO (MONOCULAR)		R\$ 28,80
23.2.13	TONOMETRIA (BINOCULAR)		R\$ 12,34
23.2.14	EXERESE DE PTERIGIO (MONOCULAR)		R\$ 400,00
23.2.15	FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE LIO DOBRÁVEL (MONOCULAR)		R\$ 964,50
23.2.16	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA – OCT (MONOCULAR)		R\$ 200,00
23.2.17	CAPSULOTOMIA YAG LASER (MONOCULAR)		R\$ 200,00
23.2.18	PAN FOTOCOAGULAÇÃO (MONOCULAR)		R\$ 200,00
23.2.19	CAMPIMETRIA (MONOCULAR)		R\$ 120,00
23.2.20	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA (MONOCULAR)		R\$ 36,36
24.0	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		
24.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
25.0	OTORRINOLARINGOLOGIA		
25.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
25.2	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
25.2.1	VIDEONASOFIBROSCOPIA		R\$ 50,00
25.2.2	VECTOELETRONISTAGMOGRAFIA COMPUTADORIZADA		R\$ 200,00
25.2.3	AUDIOMETRIA TONAL	SUS	R\$ 11,50
25.2.4	IMPEDÂNCIOMETRIA	SUS	R\$ 1,37
25.2.5	CAUTERIZAÇÃO NASAL		R\$ 50,00
25.2.6	TAMPONAMENTO NASAL ANTERO/POSTERIOR		R\$ 150,00
25.2.7	TESTES ACUMÉTRICOS		R\$ 41,25
25.2.8	TESTES VESTIBULARES E OTONEUROLÓGICOS		R\$ 41,25
25.2.9	MANOBRAS DE REABILITAÇÃO VESTIBULARES		R\$ 60,00
25.2.10	REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO EM OUVIDO, FARINGE, LARINGE, NARIZ.		R\$ 60,00
25.2.11	TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR		R\$ 150,00



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2017 / EDIÇÃO Nº 165

Ivaiporã, Segunda-Feira, 04 de Dezembro de 2017

25.2.12	VIDEOLARINGOSCOPIA		R\$ 80,00
25.2.13	NASOFIBROSCOPIA / ENDOSCOPIA NASAL		R\$ 37,80
25.2.14	DRENAGEM DE ABSCESSO EM ORELHA / OTOHEMATOMA		R\$ 150,00
25.2.15	CORREÇÃO CIRURGIA DE LESÃO EM LÓBULO DE ORELHA		R\$ 150,00
25.2.16	FRENECTOMIA		R\$ 80,00
25.2.17	ESTUDO TOPO DIAGNÓSTICO DE PARALISIA FACIAL		R\$ 90,00
25.2.18	PROVA DE FUNÇÃO TUBÁRIA		R\$ 14,17
25.2.19	MIRINGOTOMIA UNILATERAL		R\$ 28,80
25.2.20	ASPIRAÇÃO DE OUVIDO		R\$ 50,00
25.2.22	REMOÇÃO - CURETAGEM DE CERUME		R\$ 50,00
25.2.23	TESTE ALÉRGICO (CUTÂNEO)		R\$ 150,00
25.3	PROCEDIMENTOS CIRURGICOS HOSPITALAR EM OTORRINOLARINGOLOGIA		
25.3.1	AMIGDALECTOMIA		R\$ 1.200,00
25.3.2	MÉDICO CIRURGIA		R\$ 500,00
25.3.3	HOSPITAL		R\$ 500,00
25.3.4	ANESTESISTA		R\$ 200,00
25.3.2	AMIGDALECTOMIA + ADENOIDECTOMIA		R\$ 1.400,00
25.4.2	MÉDICO CIRURGIA		R\$ 700,00
25.4.3	HOSPITAL		R\$ 500,00
25.4.4	ANESTESISTA		R\$ 200,00
25.5	ADENOIDECTOMIA		R\$ 1.200,00
25.5.1	MÉDICO CIRURGIA		R\$ 500,00
25.5.2	HOSPITAL		R\$ 500,00
25.5.3	ANESTESISTA		R\$ 200,00
25.6	SEPTOPLASTIA		R\$ 1.200,00
25.6.1	MÉDICO CIRURGIA		R\$ 500,00
25.6.2	MÉDICO CIRURGIA		R\$ 500,00
25.6.3	HOSPITAL		R\$ 200,00
25.7	SEPTOPLASTIA + TURBINECTOMIA		R\$ 1.400,00
25.7.1	MÉDICO CIRURGIA		R\$ 700,00
25.7.1	HOSPITAL		R\$ 500,00
25.7.1	ANESTESISTA		R\$ 200,00
25.8	RINOSEPTOPLASTIA FECHADA		R\$ 1.500,00
25.8.1	MÉDICO CIRURGIA		R\$ 800,00
25.8.2	HOSPITAL		R\$ 500,00
25.8.3	ANESTESISTA		R\$ 200,00
25.9	RINOSEPTOPLASTIA ABERTA		R\$ 1.700,00
25.9.1	MÉDICO CIRURGIA		R\$ 1.000,00
25.9.2	HOSPITAL		R\$ 500,00
25.9.3	ANESTESISTA		R\$ 200,00
25.10	TIMPANOPLASTIA		R\$ 1.500,00
25.10.1	MÉDICO CIRURGIA		R\$ 500,00
25.10.2	HOSPITAL		R\$ 500,00
25.10.3	ANESTESISTA		R\$ 200,00
25.11	TURBINECTOMIA		R\$ 1.200,00
25.11.1	MÉDICO CIRURGIA		R\$ 500,00
25.11.2	HOSPITAL		R\$ 500,00
25.11.3	ANESTESISTA		R\$ 200,00
25.12	OTOPLASTIA		R\$ 1.500,00



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2017 / EDIÇÃO Nº 165

Ivaiporã, Segunda-Feira, 04 de Dezembro de 2017

25.12.1	MÉDICO CIRURGIA		R\$ 800,00
25.12.2	HOSPITAL		R\$ 500,00
25.12.3	ANESTESISTA		R\$ 200,00
26.0	PATOLOGIA (ANATOMOPATOLOGIA E CITOPATOLOGIA)		
	PROCEDIMENTOS		
26.1	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
26.1.1	BIOPSIA (ANATOMO PATOLOGICO)		R\$ 30,00
27.0	PATOLOGIA CLINICA (EXAMES LABORATORIAIS)		
27.1.1	CLEARANCE OSMOLAR		R\$ 3,86
27.1.2	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO		R\$ 2,10
27.1.3	DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS		R\$ 2,00
27.1.4	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)		R\$ 7,60
27.1.5	DETERMINACAO CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO P/ CORTISONA (5 DOSAG.)		R\$ 10,00
27.1.6	DETERMINACAO CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO P/ CORTISONA (4 DOSAG.)		R\$ 10,00
27.1.7	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)		R\$ 10,00
27.1.8	DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE		R\$ 3,86
27.1.9	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE		R\$ 3,86
27.1.10	DOSAGEM DE ACETONA		R\$ 2,10
27.1.11	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO		R\$ 4,04
27.1.12	DOSAGEM DE ACIDO URICO		R\$ 2,22
27.1.13	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO		R\$ 4,04
27.1.14	DOSAGEM DE ALDOLASE		R\$ 2,10
27.1.15	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA		R\$ 4,04
27.1.16	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA		R\$ 4,53
27.1.17	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA		R\$ 4,04
27.1.18	DOSAGEM DE AMILASE		R\$ 4,04
27.1.19	DOSAGEM DE AMONIA		R\$ 17,14
27.1.20	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES		R\$ 3,86
27.1.21	DOSAGEM DE CALCIO		R\$ 4,00
27.1.22	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL		R\$ 4,00
27.1.23	DOSAGEM DE CAROTENO		R\$ 2,21
27.1.24	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA		R\$ 2,10
27.1.25	DOSAGEM DE CLORETO		R\$ 2,21
27.1.26	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL		R\$ 3,86
27.1.27	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL		R\$ 3,86
27.1.28	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL		R\$ 2,90
27.1.29	DOSAGEM DE COLINESTERASE		R\$ 4,04
27.1.30	DOSAGEM DE CREATININA		R\$ 4,04
27.1.31	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)		R\$ 8,64
27.1.32	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB		R\$ 4,04
27.1.33	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA		R\$ 3,86
27.1.34	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA		R\$ 4,04
27.1.35	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA		R\$ 3,86
27.1.36	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)		R\$ 2,47
27.1.37	DOSAGEM DE FERRITINA		R\$ 18,71
27.1.38	DOSAGEM DE FERRO SERICO		R\$ 4,21
27.1.39	DOSAGEM DE FOLATO		R\$ 4,04
27.1.40	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL		R\$ 3,86
27.1.41	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA		R\$ 3,50



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2017 / EDIÇÃO Nº 165

Ivaiporã, Segunda-Feira, 04 de Dezembro de 2017

27.1.42	DOSAGEM DE FOSFORO	R\$ 2,50
27.1.43	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	R\$ 2,10
27.1.44	DOSAGEM DE GALACTOSE	R\$ 2,10
27.1.45	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 3,21
27.1.46	DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 2,21
27.1.47	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	R\$ 4,53
27.1.48	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	R\$ 3,86
27.1.49	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 10,44
27.1.50	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	R\$ 2,10
27.1.51	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	R\$ 16,76
27.1.52	DOSAGEM DE LACTATO	R\$ 4,04
27.1.53	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	R\$ 4,86
27.1.55	DOSAGEM DE LIPASE	R\$ 8,21
27.1.56	DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$ 4,04
27.1.57	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	R\$ 7,20
27.1.58	DOSAGEM DE PIRUVATO	R\$ 16,76
27.1.59	DOSAGEM DE PORFIRINAS	R\$ 7,12
27.1.60	DOSAGEM DE POTASSIO	R\$ 3,00
27.1.61	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	R\$ 3,00
27.1.62	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$ 3,00
27.1.63	DOSAGEM DE SODIO	R\$ 3,00
27.1.64	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$ 3,00
27.1.65	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$ 3,00
27.1.66	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$ 4,94
27.1.67	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$ 4,21
27.1.68	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	R\$ 9,90
27.1.69	DOSAGEM DE UREA	R\$ 6,35
27.1.70	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$ 3,13
27.1.71	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	R\$ 6,34
27.1.72	ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 10,96
27.1.73	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE)	R\$ 3,00
27.1.74	PROVA DA D-XILOSE	R\$ 4,52
27.1.75	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS	R\$ 8,80
27.1.76	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$ 35,84
27.1.77	CITOQUIMICA HEMATOLOGICA	R\$ 8,37
27.1.78	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 5,20
27.1.79	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$ 8,89
27.1.80	DETERMINACAO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR	R\$ 7,29
27.1.81	DETERMINACAO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)	R\$ 16,50
27.1.82	DETERMINACAO DE SULFO-HEMOGLOBINA	R\$ 20,80
27.1.83	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	R\$ 7,32
27.1.84	DETERMINACAO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	R\$ 10,02
27.1.85	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	R\$ 11,56
27.1.86	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	R\$ 7,32
27.1.87	DETERMINACAO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS	R\$ 5,06
27.1.88	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA	R\$ 1,68
27.1.89	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$ 3,00
27.1.90	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 3,00
27.1.91	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTACAO (VHS)	R\$ 3,00
27.1.92	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	R\$ 4,52



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2017 / EDIÇÃO Nº 165

Ivaiporã, Segunda-Feira, 04 de Dezembro de 2017

27.1.93	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III		R\$ 5,95
27.1.94	DOSAGEM DE FATOR II		R\$ 3,00
27.1.95	DOSAGEM DE FATOR IX		R\$ 1,68
27.1.96	DOSAGEM DE FATOR V		R\$ 4,52
27.1.97	DOSAGEM DE FATOR VII		R\$ 3,00
27.1.98	DOSAGEM DE FATOR VIII		R\$ 27,50
27.1.99	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)		R\$ 4,52
27.1.100	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)		R\$ 3,00
27.1.101	DOSAGEM DE FATOR X		R\$ 3,00
27.1.102	DOSAGEM DE FATOR XI		R\$ 3,00
27.1.103	DOSAGEM DE FATOR XII		R\$ 3,00
27.1.104	DOSAGEM DE FATOR XIII		R\$ 4,52
27.1.105	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO		R\$ 3,00
27.1.106	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA		R\$ 3,00
27.1.107	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC		R\$ 3,00
27.1.108	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL		R\$ 13,20
27.1.109	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA		R\$ 3,00
27.1.110	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO		R\$ 3,00
27.1.111	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA		R\$ 19,50
27.1.112	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)		R\$ 5,50
27.1.113	HEMATOCRITO		R\$ 5,50
27.1.114	HEMOGRAMA COMPLETO		R\$ 6,94
27.1.115	LEUCOGRAMA		R\$ 4,40
27.1.116	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA		R\$ 10,17
27.1.117	PESQUISA DE CELULAS LE		R\$ 3,11
27.1.118	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ		R\$ 10,17
27.1.119	PESQUISA DE FILARIA		R\$ 16,56
27.1.120	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S		R\$ 18,06
27.1.121	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA		R\$ 14,90
27.1.122	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA		R\$ 18,87
27.1.123	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO		R\$ 3,87
27.1.124	PROVA DO LACO		R\$ 3,11
27.1.125	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS		R\$ 18,87
27.1.126	TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS		R\$ 10,17
27.1.127	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)		R\$ 18,87
27.1.128	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)		R\$ 10,17
27.1.129	CONTAGEM DE LINFOCITOS B		R\$ 3,11
27.1.130	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8(cada)		R\$ 36,30
27.1.131	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS		R\$ 18,87
27.1.132	DETECCAO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)		R\$ 80,00
27.1.133	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)		R\$ 11,00
27.1.134	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)		R\$ 11,00
27.1.135	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE		R\$ 9,53
27.1.136	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA		R\$ 18,87
27.1.137	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA		R\$ 11,00
27.1.138	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)		R\$ 19,70
27.1.139	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA		R\$ 20,40
27.1.139	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3		R\$ 18,87
27.1.140	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4		R\$ 6,31
27.1.141	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA		R\$ 18,87
27.1.142	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)		R\$ 20,40



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2017 / EDIÇÃO Nº 165

Ivaiporã, Segunda-Feira, 04 de Dezembro de 2017

27.1.143	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$ 20,40
27.1.144	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$ 10,17
27.1.145	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	R\$ 11,00
27.1.146	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 10,17
27.1.147	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 358,17
27.1.148	IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 6,31
27.1.149	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R\$ 11,00
27.1.150	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	R\$ 18,87
27.1.151	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	R\$ 10,17
27.1.152	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$ 11,00
27.1.153	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	R\$ 10,67
27.1.154	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	R\$ 3,11
27.1.155	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R\$ 11,00
27.1.156	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R\$ 11,00
27.1.157	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	R\$ 11,00
27.1.158	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	R\$ 18,87
27.1.159	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$ 20,59
27.1.160	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$ 20,59
27.1.161	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	R\$ 20,59
27.1.162	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	R\$ 18,87
27.1.163	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	R\$ 18,87
27.1.164	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	R\$ 18,87
27.1.165	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	R\$ 18,87
27.1.166	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	R\$ 18,87
27.1.167	PESQ. DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLOURESCENCIA)	R\$ 11,00
27.1.168	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEIX SUPRARENAL	R\$ 18,87
27.1.169	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS	R\$ 20,40
27.1.170	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	R\$ 20,40
27.1.171	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	R\$ 8,55
27.1.172	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	R\$ 10,68
27.1.173	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	R\$ 20,40
27.1.174	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	R\$ 20,40
27.1.175	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	R\$ 10,17
27.1.176	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	R\$ 4,51
27.1.177	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	R\$ 20,40
27.1.178	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	R\$ 18,87
27.1.179	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R\$ 3,11
27.1.180	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	R\$ 12,10
27.1.181	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	R\$ 10,17
27.1.182	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	R\$ 18,66
27.1.183	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	R\$ 10,17
27.1.184	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	R\$ 20,40
27.1.185	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	R\$ 33,00
27.1.186	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R\$ 20,40
27.1.187	PESQ. DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$ 18,87
27.1.188	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	R\$ 18,87
27.1.189	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	R\$ 18,87
27.1.190	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII	R\$ 18,87
27.1.191	PESQ. DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$ 12,77



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2017 / EDIÇÃO Nº 165

Ivaiporã, Segunda-Feira, 04 de Dezembro de 2017

27.1.192	PESQ. DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	R\$ 11,00
27.1.193	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	R\$ 20,40
27.1.194	PESQ. DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS.	R\$ 10,17
27.1.195	PESQ. ANTICORPOS /OU ANTIGENO VIRUS SINCIAL RESPIRATORIO	R\$ 20,40
27.1.196	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	R\$ 22,00
27.1.197	PESQ. DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 20,40
27.1.198	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 18,87
27.1.199	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	R\$ 18,87
27.1.200	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$ 18,87
27.1.201	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 18,87
27.1.202	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG)	R\$ 14,68
27.1.203	PESQ.ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R\$ 20,40
27.1.204	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 20,40
27.1.205	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 20,40
27.1.206	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 3,11
27.1.207	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS 496EPSTEIN-BARR	R\$ 4,51
27.1.208	PESQ497UISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 11,00
27.1.209	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 10,17
27.1.210	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	R\$ 11,00
27.1.211	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$ 21,94
27.1.212	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 21,94
27.1.213	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$ 19,80
27.1.214	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R\$ 20,40
27.1.215	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 24,51
27.1.216	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 18,11
27.1.217	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 18,11
27.1.218	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 16,00
27.1.219	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 16,00
27.1.220	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R\$ 19,94
27.1.221	PESQ. ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$ 11,00
27.1.222	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	R\$ 22,11
27.1.223	PESQUISA DE CLAMIDIA (POR CAPTURA HIBRIDA)	R\$ 20,40
27.1.224	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	R\$ 18,87
27.1.225	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	R\$ 7,81
27.1.226	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA	R\$ 33,34
27.1.227	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	R\$ 23,34
27.1.228	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	R\$ 18,81
27.1.229	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	R\$ 1,81
27.1.230	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	R\$ 1,81
27.1.231	QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1	R\$ 81,81
27.1.232	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 298,81
27.1.233	REACAO DE HEMAGLUTINACAO (TPHA) P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 7,81
27.1.234	REACAO DE MONTENEGRO ID	R\$ 9,81



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2017 / EDIÇÃO Nº 165

Ivaiporã, Segunda-Feira, 04 de Dezembro de 2017

27.1.235	TESTE DE VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS		R\$ 5,81
27.1.236	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS		R\$ 7,81
27.1.237	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS		R\$ 7,81
27.1.238	TESTES ALERGICOS DE CONTATO		R\$ 11,27
27.1.239	TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA		R\$ 3,81
27.1.240	TESTES RAPIDOS P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS		R\$ 7,81
27.1.241	VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE		R\$ 4,81
27.1.242	DOSAGEM ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA		R\$ 38,81
27.1.244	DOSAGEM DA FRACAO C1Q DO COMPLEMENTO		R\$ 4,07
27.1.245	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL		R\$ 3,86
27.1.246	DOSAGEM DE GORDURA FECAL		R\$ 3,86
27.1.247	EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL		R\$ 3,86
27.1.248	IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS		R\$ 2,24
27.1.249	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)		R\$ 4,07
27.1.250	PESQUISA DE EOSINOFILOS		R\$ 4,07
27.1.251	PESQUISA DE GORDURA FECAL		R\$ 2,21
27.1.252	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES		R\$ 8,93
27.1.253	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES		R\$ 4,04
27.1.254	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES		R\$ 2,24
27.1.255	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)		R\$ 3,34
27.1.256	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS		R\$ 4,07
27.1.257	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES		R\$ 14,07
27.1.258	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES		R\$ 9,24
27.1.259	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORA NAS FEZES		R\$ 6,24
27.1.260	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES		R\$ 9,24
27.1.261	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES		R\$ 4,07
27.1.262	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS/SEDIMENTO/ URINA.		R\$ 5,86
27.1.263	CLEARANCE DE CREATININA		R\$ 3,86
27.1.264	CLEARANCE DE FOSFATO		R\$ 3,86
27.1.265	CLEARANCE DE UREIA		R\$ 3,86
27.1.266	CONTAGEM DE ADDIS		R\$ 4,07
27.1.267	DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE		R\$ 4,07
27.1.268	DOSAGEM DE ACUCARES (POR CROMATOLOGRAFIA)		R\$ 2,24
27.1.269	DOSAGEM DE CITRATO		R\$ 8,93
27.1.270	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA		R\$ 14,04
27.1.271	DOSAGEM DE OXALATO		R\$ 2,24
27.1.272	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)		R\$ 3,34
27.1.273	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS		R\$ 4,07
27.1.274	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS		R\$ 4,07
27.1.275	PESQUISA DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOLOGRAFIA)		R\$ 2,24
27.1.276	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA		R\$ 4,07
27.1.277	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA		R\$ 2,24
27.1.278	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA		R\$ 2,24
27.1.279	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA		R\$ 2,24
27.1.280	PESQUISA DE CISTINA NA URINA		R\$ 2,24
27.1.281	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA		R\$ 4,07
27.1.282	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA		R\$ 2,24
27.1.283	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA		R\$ 2,24
27.1.284	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA		R\$ 3,69
27.1.285	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA		R\$ 2,24



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2017 / EDIÇÃO Nº 165

Ivaiporã, Segunda-Feira, 04 de Dezembro de 2017

27.1.286	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA		R\$ 2,24
27.1.287	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA		R\$ 4,07
27.1.288	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA		R\$ 2,24
27.1.289	PESQUISA DE PORFEBILINOGENIO NA URINA		R\$ 4,88
27.1.290	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)		R\$ 2,24
27.1.291	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA		R\$ 2,24
27.1.292	PROVA DE DILUICAO (URINA)		R\$ 13,79
27.1.293	DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE		R\$ 13,79
27.1.294	DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3		R\$ 16,15
27.1.295	DETERMINACAO DE T3 REVERSO		R\$ 11,22
27.1.296	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA		R\$ 7,39
27.1.297	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS		R\$ 7,39
27.1.298	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES		R\$ 7,39
27.1.299	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)		R\$ 15,53
27.1.300	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)		R\$ 13,07
27.1.301	DOSAGEM DE ALDOSTERONA		R\$ 13,21
27.1.302	DOSAGEM DE AMP CICLICO		R\$ 12,68
27.1.303	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA		R\$ 15,81
27.1.304	DOSAGEM DE CALCITONINA		R\$ 10,84
27.1.305	DOSAGEM DE CORTISOL		R\$ 12,37
27.1.306	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)		R\$ 12,28
27.1.307	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)		R\$ 11,16
27.1.308	DOSAGEM DE ESTRADIOL		R\$ 12,70
27.1.309	DOSAGEM DE ESTRIOL		R\$ 12,23
27.1.310	DOSAGEM DE ESTRONA		R\$ 15,56
27.1.311	DOSAGEM DE GASTRINA		R\$ 16,68
27.1.312	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA		R\$ 8,63
27.1.313	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)		R\$ 11,23
27.1.314	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)		R\$ 8,67
27.1.315	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)		R\$ 9,86
27.1.316	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)		R\$ 9,85
27.1.317	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)		R\$ 11,18
27.1.318	DOSAGEM DE INSULINA		R\$ 21,44
27.1.319	DOSAGEM DE PARATORMONIO		R\$ 16,88
27.1.320	DOSAGEM DE PEPTIDEO C		R\$ 31,24
27.1.321	DOSAGEM DE PROGESTERONA		R\$ 11,16
27.1.322	DOSAGEM DE PROLACTINA		R\$ 14,50
27.1.323	DOSAGEM DE RENINA		R\$ 16,88
27.1.324	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)		R\$ 54,42
27.1.325	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)		R\$ 11,47
27.1.326	DOSAGEM DE TESTOSTERONA		R\$ 14,42
27.1.327	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE		R\$ 16,88
27.1.328	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA		R\$ 9,63
27.1.329	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)		R\$ 12,76
27.1.330	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)		R\$ 13,20
27.1.331	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)		R\$ 13,32
27.1.332	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH		R\$ 13,32
27.1.333	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA		R\$ 13,32
27.1.334	TESTE DE ESTIMULO DE LH E FSH APOS GONADORRELINA		R\$ 13,32
27.1.335	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON		R\$ 13,32
27.1.336	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA		R\$ 13,32



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2017 / EDIÇÃO Nº 165

Ivaiporã, Segunda-Feira, 04 de Dezembro de 2017

27.1.337	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE		R\$ 9,27
27.1.338	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS		R\$ 16,36
27.1.339	PESQUISA DE MACROPROLACTINA		R\$ 2,26
27.1.340	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO		R\$ 2,45
27.1.341	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO		R\$ 4,04
27.1.342	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO		R\$ 2,26
27.1.344	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO		R\$ 17,21
27.1.345	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO		R\$ 3,86
27.1.346	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE		R\$ 2,21
27.1.347	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO		R\$ 30,25
27.1.348	DOSAGEM DE ALUMINIO		R\$ 11,00
27.1.349	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS		R\$ 11,00
27.1.350	DOSAGEM DE ANFETAMINAS		R\$ 11,00
27.1.351	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS		R\$ 14,44
27.1.352	DOSAGEM DE BARBITURATOS		R\$ 14,82
27.1.353	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS		R\$ 7,20
27.1.354	DOSAGEM DE CADMIO		R\$ 19,28
27.1.355	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA		R\$ 34,52
27.1.356	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA		R\$ 9,71
27.1.357	DOSAGEM DE CHUMBO		R\$ 64,47
27.1.358	DOSAGEM DE CICLOSPORINA		R\$ 3,86
27.1.359	DOSAGEM DE COBRE		R\$ 9,86
27.1.360	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)		R\$ 17,21
27.1.361	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA		R\$ 38,74
27.1.362	DOSAGEM DE FENITOINA		R\$ 32,25
27.1.363	DOSAGEM DE FENOL		R\$ 3,86
27.1.364	DOSAGEM DE FORMALDEIDO		R\$ 2,47
27.1.365	DOSAGEM DE LITIO		R\$ 5,24
27.1.366	DOSAGEM DE MERCURIO		R\$ 4,52
27.1.367	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA		R\$ 11,00
27.1.368	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA		R\$ 11,00
27.1.369	DOSAGEM DE METOTREXATO		R\$ 11,00
27.1.370	DOSAGEM DE QUINIDINA		R\$ 2,21
27.1.371	DOSAGEM DE SALICILATOS		R\$ 3,86
27.1.372	DOSAGEM DE SULFATOS		R\$ 17,21
27.1.373	DOSAGEM DE TEOFILINA		R\$ 4,04
27.1.374	DOSAGEM DE TIOCIANATO		R\$ 17,21
27.1.375	DOSAGEM DE ZINCO		R\$ 21,47
27.1.376	ANTIBIOGRAMA		R\$ 14,66
27.1.377	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA		R\$ 14,66
27.1.378	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS		R\$ 4,62
27.1.379	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNOSTICA)		R\$ 4,62
27.1.380	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)		R\$ 4,62
27.1.381	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)		R\$ 3,08
27.1.382	BACTEROSCOPIA (GRAM)		R\$ 6,18
27.1.383	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO		R\$ 4,76
27.1.384	CULTURA DO LEITE MATERNO (POS-PASTEURIZACAO)		R\$ 4,76
27.1.385	CULTURA P/ HERPESVIRUS		R\$ 6,19
27.1.386	CULTURA PARA BAAR		R\$ 11,27
27.1.387	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS		R\$ 4,60
27.1.388	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS		R\$ 3,08



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2017 / EDIÇÃO Nº 165

Ivaiporã, Segunda-Feira, 04 de Dezembro de 2017

27.1.389	EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO)	R\$ 12,63
27.1.390	HEMOCULTURA	R\$ 6,19
27.1.391	IDENTIFICAÇÃO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	R\$ 4,76
27.1.392	PESQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	R\$ 3,08
27.1.393	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	R\$ 4,76
27.1.394	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	R\$ 3,08
27.1.395	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	R\$ 4,76
27.1.396	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	R\$ 3,08
27.1.397	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	R\$ 5,54
27.1.398	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	R\$ 2,07
27.1.399	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 6,36
27.1.400	ADENOGRAMA	R\$ 4,76
27.1.401	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	R\$ 4,76
27.1.402	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	R\$ 1,96
27.1.403	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,96
27.1.404	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 7,21
27.1.405	DETERMINAÇÃO DE FOSFOLIPÍDIOS RELAÇÃO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 2,21
27.1.406	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 2,21
27.1.407	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	R\$ 2,21
27.1.408	DOSAGEM DE FRUTOSE	R\$ 2,21
27.1.409	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	R\$ 1,96
27.1.410	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,96
27.1.411	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 7,21
27.1.412	ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRAÇÃO NO LIQUOR	R\$ 7,21
27.1.413	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 6,36
27.1.414	ESPLENOGRAMA	R\$ 2,07
27.1.415	EXAME DE CARACTERES FÍSICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	R\$ 6,36
27.1.416	MIELOGRAMA	R\$ 10,67
27.1.417	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	R\$ 2,21
27.1.418	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA NO ESPERMA	R\$ 1,96
27.1.419	PESQUISA DE CARACTERES FÍSICOS NO LIQUOR	R\$ 1,96
27.1.420	PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS	R\$ 1,96
27.1.421	PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA	R\$ 5,28
27.1.422	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)	R\$ 2,07
27.1.423	PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 10,67
27.1.424	PROVA DE PROGRESSÃO ESPERMÁTICA (CADA)	R\$ 2,07
27.1.425	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)	R\$ 2,07
27.1.426	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	R\$ 2,07
27.1.427	REACAO DE PANDY	R\$ 2,07
27.1.428	REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 2,07
27.1.429	TESTE DE CLEMENTS	R\$ 5,15
27.1.430	TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECREÇÃO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS	R\$ 5,15
27.1.431	TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GÁSTRICO	R\$ 35,72
27.1.432	DETERMINAÇÃO DE CARIOTIPO/ CULTURA DE LONGA DURAÇÃO BANDAS)	R\$ 35,72
27.1.433	DETERMINAÇÃO DE CARIOTIPO EM MEDULA ÓSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TÉCNICA DE BANDAS)	R\$ 35,72



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2017 / EDIÇÃO Nº 165

Ivaiporã, Segunda-Feira, 04 de Dezembro de 2017

27.1.434	DETERMINAÇÃO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFÉRICO (C/ TÉCNICA DE BANDAS)		R\$ 9,68
27.1.435	DETECÇÃO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNÓSTICO TARDIO)		R\$ 72,60
27.1.436	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)		R\$ 72,60
27.1.437	DETECÇÃO MOLECULAR EM FIBROSE CÍSTICA (CONFIRMATORIO)		R\$ 6,05
27.1.438	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNÓSTICO TARDIO)		R\$ 13,31
27.1.439	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4		R\$ 22,99
27.1.440	DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECÇÃO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA		R\$ 6,05
27.1.441	DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA		R\$ 14,52
27.1.442	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNÓSTICO TARDIO)		R\$ 11,71
27.1.443	DETERMINAÇÃO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETÁRIOS		R\$ 1,50
27.1.444	DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO		R\$ 11,71
27.1.445	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR		R\$ 11,71
27.1.446	IDENTIFICAÇÃO DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS		R\$ 6,36
27.1.447	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES P/ MÉTODO DA ELUIÇÃO		R\$ 6,36
27.1.448	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES 37°C		R\$ 6,36
27.1.449	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES A FRIO		R\$ 1,50
27.1.450	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)		R\$ 3,00
27.1.451	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)		R\$ 6,36
27.1.452	TITULAÇÃO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B		R\$ 7,30
27.1.453	EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA		R\$ 11,71
27.1.454	EXAME CITOPATOLÓGICO HORMONAL SERIADO (MÍNIMO 3 COLETAS)		R\$ 11,71
27.1.455	EXAME DE CITOLOGIA ONCÓTICA (EXCETO CERVICO-VAGINAL)		R\$ 17,56
27.1.456	EXAME CITOPATOLÓGICO DE MAMA		R\$ 55,00
27.1.457	DETERMINAÇÃO DE RECEPTORES TUMORAIS HORMONAIS		R\$ 47,53
27.1.458	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO DO COLO UTERINO - PEÇA CIRÚRGICA		R\$ 26,40
27.1.459	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO P/ CONGELAMENTO / PARAFINA (EXCETO COLO UTERINO) - PEÇA CIRÚRGICA		R\$ 92,00
27.1.460	IMUNOHISTOQUÍMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)		R\$ 26,40
27.1.461	EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DE MAMA - BIÓPSIA		R\$ 47,53
27.1.462	EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DE MAMA - PEÇA CIRÚRGICA		R\$ 26,40
27.1.463	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO DO COLO UTERINO - BIÓPSIA		R\$ 26,40
27.1.464	TESTE DE URÉASE		R\$ 10,00
27.1.465	SWAB ANAL PARA PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS EM GESTANTES VAGINAL/ANAL		R\$ 40,00
28.0	PEDIATRIA		
28.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
29.0	PNEUMOLOGIA		
29.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
29.1	EXAMES REALIZADOS		
29.1.1	ESPIROMETRIA		R\$ 90,00
20.1.2	BRONCOSCOPIA		R\$ 250,00
30.0	PNEUMOPEDIATRIA		
30.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
31.0	PROCTOLOGIA		
31.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
32.0	PSIQUIATRIA		
32.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2017 / EDIÇÃO Nº 165

Ivaiporã, Segunda-Feira, 04 de Dezembro de 2017

33.0	RADIOLOGIA E DIAGNOSTICO POR IMAGEM		
33.1	RAIO – X - COM LAUDOS		
33.1.1	DACRIOCISTOGRAFIA		R\$ 40,00
33.1.2	PLANIGRAFIA DE LARINGE		R\$ 40,00
33.1.3	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)		R\$ 40,00
33.1.4	RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS)		R\$ 40,00
33.1.5	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL		R\$ 40,00
33.1.6	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)		R\$ 40,00
33.1.7	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIGUA / BRETTON + HIRTZ)		R\$ 40,00
33.1.8	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)		R\$ 40,00
33.1.9	RADIOGRAFIA DE LARINGE		R\$ 40,00
33.1.10	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)		R\$ 40,00
33.1.11	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)		R\$ 40,00
33.1.12	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)		R\$ 30,00
33.1.13	RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (E CORPO ESTRANHO)		R\$ 40,00
33.1.14	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL)		R\$ 30,00
33.1.15	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)		R\$ 30,00
33.1.16	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON)		R\$ 40,00
33.1.17	MIEOGRAFIA		R\$ 40,00
33.1.18	PLANIGRAFIA DE COLUNA VERTEBRAL		R\$ 40,00
33.1.19	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + OBLIQUAS)		R\$ 30,00
33.1.20	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)		R\$ 30,00
33.1.21	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA		R\$ 40,00
33.1.22	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA		R\$ 40,00
33.1.23	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS e SEL)		R\$ 40,00
33.1.24	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA		R\$ 40,00
33.1.25	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)		R\$ 40,00
33.1.26	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA		R\$ 40,00
33.1.27	SIALOGRAFIA (POR GLANDULA)		R\$ 40,00
33.1.28	RADIOGRAFIA DE CORACAO VASOS DA BASE (PA + LATERAL + OBLIQUA)		R\$ 40,00
33.1.29	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL)		R\$ 40,00
33.1.30	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)		R\$ 40,00
33.1.31	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO		R\$ 40,00
33.1.32	RADIOGRAFIA DE ESTERNO		R\$ 30,00
33.1.33	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)		R\$ 40,00
33.1.34	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA)		R\$ 30,00
33.1.35	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRACAO + EXPIRACAO + LATERAL)		R\$ 30,00
33.1.36	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)		R\$ 30,00
33.1.37	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)		R\$ 30,00
33.1.38	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)		R\$ 30,00
33.1.39	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO		R\$ 30,00
33.1.40	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR		R\$ 30,00
33.1.41	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL		R\$ 30,00
33.1.42	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR		R\$ 30,00
33.1.43	RADIOGRAFIA DE BRACO		R\$ 30,00
33.1.44	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA		R\$ 30,00
33.1.45	RADIOGRAFIA DE COTOVELO		R\$ 40,00
33.1.46	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO		R\$ 40,00
33.1.47	RADIOGRAFIA DE MAO		R\$ 40,00
33.1.48	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)		R\$ 40,00
33.1.49	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES)		R\$ 40,00



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2017 / EDIÇÃO Nº 165

Ivaiporã, Segunda-Feira, 04 de Dezembro de 2017

33.1.50	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)		R\$ 40,00
33.1.51	CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE		R\$ 40,00
33.1.52	COLANGIOGRAFIA PER-OPERATORIA		R\$ 40,00
33.1.53	COLANGIOGRAFIA POS-OPERATORIA		R\$ 40,00
33.1.54	DUODENOGRAMIA HIPOTONICA		R\$ 40,00
33.1.55	FISTULOGRAFIA		R\$ 40,00
33.1.56	HISTEROSSALPINGOGRAFIA		R\$ 40,00
33.1.57	PIELOGRAFIA ANTEROGRADA PERCUTANEA		R\$ 40,00
33.1.58	PIELOGRAFIA ASCENDENTE		R\$ 40,00
33.1.59	PLANIGRAFIA DE RIM S/ CONTRASTE		R\$ 40,00
33.1.60	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)		R\$ 30,00
33.1.61	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)		R\$ 70,00
33.1.62	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)		R\$ 30,00
33.1.63	RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO		R\$ 40,00
33.1.64	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO)		R\$ 40,00
33.1.65	RADIOGRAFIA P/ ESTUDO DELGADO C/ DUPLO CONTRASTE (ENTEROCLISE)		R\$ 30,00
33.1.66	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL		R\$ 30,00
33.1.67	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA		R\$ 40,00
33.1.68	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA		R\$ 40,00
33.1.69	RADIOGRAFIA DE BACIA		R\$ 30,00
33.1.70	RADIOGRAFIA DE CALCANEAO		R\$ 30,00
33.1.71	RADIOGRAFIA DE COXA		R\$ 40,00
33.1.72	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)		R\$ 30,00
33.1.73	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)		R\$ 40,00
33.1.74	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)		R\$ 40,00
33.1.75	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE		R\$ 30,00
33.1.76	RADIOGRAFIA DE PERNA		R\$ 30,00
33.1.77	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES		R\$ 40,00
33-1	ULTRASSONOGRAMIA - GRUPO I		
33.1	EXAMES ULTRASSONOGRAFICOS	CIS	CLÍNICAS
33.1.1	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO COLORIDO E PULSADO	R\$ 130,00	R\$ 130,00
33.1.2	ULTRA-SONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL/RASTREAMENTO DE TESTÍCULOS	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.3	ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 100,00	R\$ 100,00
33.1.4	ULTRA-SONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL FEMININA	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.5	ULTRASSONOGRAMIA DA BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER - COLORIDO	R\$ 130,00	R\$ 130,00
33.1.6	ULTRASSONOGRAMIA DO ABDÔMEN TOTAL COM DOPPLER - COLORIDO	R\$ 130,00	R\$ 130,00
33.1.7	ULTRASSONOGRAMIA DA TIREÓIDE COM DOPPLER - COLORIDO	R\$ 130,00	R\$ 130,00
33.1.8	ULTRASSONOGRAMIA DAS GLÂNDULAS SALIVARES E SUBMANDIBULARES	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.9	ULTRASSONOGRAMIA DA REGIÃO INGUINAL	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.10	ULTRASSONOGRAMIA PENIANA	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.11	ULTRASSONOGRAMIA DO RETROPERITÔNIO	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.12	ULTRASSONOGRAMIA DE PARTES MOLES E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.13	ULTRASSONOGRAMIA DAS SUPRARRENAIS	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.14	ULTRASSONOGRAMIA DAS LOJAS RENAIAS	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.15	ULTRASSONOGRAMIA DO HIPOCÔNDRIO DIREITO	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.16	ULTRASSONOGRAMIA DA ARTICULAÇÃO COXOFEMORAL (QUADRIL)	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.17	ULTRA-SONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL MASCULINA	R\$ 85,00	R\$ 85,00



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2017 / EDIÇÃO Nº 165

Ivaiporã, Segunda-Feira, 04 de Dezembro de 2017

33.1.18	ULTRA-SONOGRAFIA DE TIREOIDE (PESCOÇO, CERVICAL, PAROTIDA)	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.19	ULTRA-SONOGRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.20	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO (MORFOLOGICO)	R\$ 130,00	R\$ 130,00
33.1.21	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSFONTANELA (HIPOCONDRIO)	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.22	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (DOPPLER RENAL, VASCULAR VENOSO, CARÓTIDAS E VERTEBRAS, COLORIDO 3 OU MAIS)	R\$ 130,00	R\$ 130,00
33.1.23	ULTRA-SONOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES (ANTEBRAÇO, COXA, BRAÇO, JOELHO, TORNOZELO, OMBRO, PUNHO, PANTURRILHA)	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.2.	ULTRASSONOGRRAFIA - GRUPO 2		
33.2.	EXAMES ULTRASSONOGRRAFICOS		
33.2.1	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (AVALIAÇÃO DE FÍGADO, PÂNCREAS, VESÍCULA BILIAR, VIAS BILIARES, BAÇO, RINS, RETROPERITÔNIO E BEXIGA)	R\$ 80,00	R\$ 80,00
33.2.2	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN INFERIOR (SUPRAPUBICA)	R\$ 80,00	R\$ 80,00
33.2.3	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINARIO (RINS E BEXIGA)	R\$ 80,00	R\$ 80,00
33.2.4	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (FIGADO, VESICULA, VIAS BILIARES, REGIÃO INGUINAL, ORGÕES E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS)	R\$ 60,00	R\$ 60,00
33.2.5	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL)	R\$ 60,00	R\$ 60,00
33.2.6	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA	R\$ 70,00	R\$ 70,00
33.2.7	ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	R\$ 60,00	R\$ 60,00
33.2.8	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL	R\$ 70,00	R\$ 70,00
33.3	ULTRASSONOGRRAFIA - GRUPO 3		
33.3	EXAMES ULTRASSONOGRRAFICOS REALIZADOS		
33.3.1	ULTRASSONOGRRAFIA TIREÓIDE	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.2	ULTRASSONOGRRAFIA OMBRO	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.3	ULTRASSONOGRRAFIA MÃO	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.4	ULTRASSONOGRRAFIA GLOBO OCULAR BILATERAL	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.5	ULTRASSONOGRRAFIA GLOBO OCULAR COM DOPPLER COLORIDO	R\$ 130,00	R\$ 130,00
33.3.6	ULTRASSONOGRRAFIA GLÂNDULAS SALIVARES (TODAS)	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.7	ULTRASSONOGRRAFIA DE MAMAS	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.8	ULTRASSONOGRRAFIA DERMATOLÓGICA – (PELE E SUBCUTÂNEO)	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.9	ULTRASSONOGRRAFIA PESCOÇO	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.10	ULTRASSONOGRRAFIA PARATIREÓIDE	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.11	ULTRASSONOGRRAFIA ABDOMEM SUPERIOR COM DOPPLER	R\$ 130,00	R\$ 130,00
33.3.12	ULTRASSONOGRRAFIA AORTA ABDOMINAL	R\$ 190,00	R\$ 190,00
33.3.13	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER AORTA OU VASOS ILÍACOS	R\$ 190,00	R\$ 190,00
33.3.14	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ILIACAS	R\$ 190,00	R\$ 190,00
33.3.15	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE AORTA ABDOMINAL E VISCERAIS	R\$ 190,00	R\$ 190,00
33.3.16	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE ARTÉRIAS RENAI E AORTA DESCENDENTE	R\$ 190,00	R\$ 190,00
33.3.17	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER PENIANO	R\$ 130,00	R\$ 130,00
33.3.18	ULTRASSONOGRRAFIA ESTRUTURAS/SUPERFICIAIS (CERVICAL OU AXILAS)	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.19	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA 1º TRIMESTRE (ENDOVAGINAL)	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.20	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA 4D	R\$ 210,00	R\$ 210,00
33.3.21	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA 4D HD	R\$ 210,00	R\$ 210,00
33.3.22	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA C/ TRANSLUCENCIA NUCAL	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.23	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA COM PERFIL BIOFISICO FETAL	R\$ 150,00	R\$ 150,00
33.3.24	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICO ECOCARDIOGRAMA FETAL	R\$ 200,00	R\$ 200,00
33.3.25	ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICO COM DOPPLER	R\$ 130,00	R\$ 130,00
33.3.26	ULTRASSONOGRRAFIA PROSTATA COM DOPPLER	R\$ 150,00	R\$ 150,00



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2017 / EDIÇÃO Nº 165

Ivaiporã, Segunda-Feira, 04 de Dezembro de 2017

33.3.27	ULTRASSONOGRRAFIA TRANS-VAGINAL COM DOPPLER	R\$ 130,00	R\$ 130,00
34.0	REUMATOLOGIA		
34.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
35.0	UROLOGIA		
35.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
35.1.	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
35.1.1	CISTOSCOPIA		R\$ 180,00
35.1.2	UROTROCISTOGRAFIA		R\$ 180,00
35.1.3	UROGRAFIA VENOSA		R\$ 120,00
35.1.4	UROFLUXOMETRIA		R\$ 100,00
35.1.4	URODINÂMICA		R\$ 220,00

REDE MÃE PARANAENSE - COMSUS			
36.0	GESTANTE DE ALTO RISCO E RISCO INTERMEDIÁRIO		
36.1.1	CONSULTA ESPECIALIZADA DE RISCO INTERMEDIÁRIO E ALTO RISCO EM OBSTETRÍCIA – COMSUS	R\$ 60,00	
36.1.2	ATENDIMENTO DE PSICÓLOGO INDIVIDUAL DE RISCO INTERMEDIÁRIO E ALTO RISCO - COMSUS	R\$ 25,00	
36.1.3	ATENDIMENTO DE PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR EM GRUPO (EXCETO MÉDICO)- COMSUS	R\$ 13,00	
36.1.4	CONSULTAS DE PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR NA ÁREA DE SAÚDE (EXCETO MÉDICO) - COMSUS	R\$ 25,00	
36.1.5	CONSULTA ESPECIALIZADA DE PEDIATRIA PARA CRIANÇA ATÉ 01 ANO DE VIDA.	R\$ 50,00	

OBS: “OS PROFISSIONAIS CREDENCIADOS NO GRUPO 36.0 REDE MÃE PARANAENSE – COMSUS ESTÃO SUJEITOS A NORMATIVAS E PROTOCOLOS DEFINIDO PELA SESA, ATRAVÉS DO PROGRAMA COMSUS”.

OUTROS SERVIÇOS DISPONIBILIZADOS PELO CIS-IVAIPORÃ

Código CIS	Descrição dos Serviços	VALORES DENTRO DO CIS	VALORES / CLÍNICAS
91055	FISIOTERAPIA		
	ATENDIMENTOS EM FISIOTERAPIA POR SESSÃO		R\$ 7,00
07.01.00	SERVIÇOS EM ORTESE E PROTESE		
07.01.01	ARMAÇÕES ADULTO DE METAL E ACETATO		R\$ 35,00
07.01.01	ARMAÇÕES INFANTIL DE METAL E ACETATO		R\$ 35,00



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2017 / EDIÇÃO Nº 165

Ivaiporã, Segunda-Feira, 04 de Dezembro de 2017

07.01.01	LENTE BIFOCAIS ULTEX		R\$ 49,00
07.01.01	LENTE MULTIFOCAIS PROGRESSIVAS		R\$ 63,00
07.01.01	LENTE VISÃO SIMPLES ACRÍLICA		R\$ 39,00
07.01.01	LENTE PARA GRAU ÍNDICE		R\$ 85,00

07.02.00	PROCEDIMENTOS MÉDICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES EM OFTALMOLOGIA		
07.02.01	CONSULTA MÉDICA EM HORÁRIOS DIFERENCIADOS/ HOSPITALAR		R\$ 100,00
07.02.02	OFTALMOLOGISTAS ACOMPANHADAS DE EXAMES/PROCEDIMENTOS COMPLEMENTARES, ATENDIDOS EM HORÁRIOS DIFERENCIADOS/ HOSPITALAR.		R\$ 100,00
07.03.00	PROCEDIMENTOS MÉDICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES EM NEFROLOGIA		
07.03.01	URETEROLITOTRIPSIA (VIA ENDOSCOPIA URETEROSCÓPIO RÍGIDO)		R\$ 2.500,00
07.03.02	URETEROLITOTOMIA (CIRURGIA ABERTA)		R\$ 2.500,00
07.03.03	NEFROLITOMIA (CIRURGIA ABERTA)		R\$ 2.500,00
07.03.04	CISTOSCOPIA (VIA ENDOSCOPIA P/ CÁLCULOS VESICAIS BEXIGA)		R\$ 2.500,00
07.04.00	PROCEDIMENTOS / DIAGNOSTICA SAÚDE DO HOMEM/ MULHER		
07.04.01	PUNÇÃO DE MAMA C/ AGULHA GROSSA / CORE BIOPSY ORIENTADA POR LTRASSONOGRÁFIA+ANATOMOPATOLÓGICO (ÚTERO E MAMA)		R\$ 400,00
07.04.02	COLPOSCOPIA COM ANATOMO		R\$ 300,00
07.04.03	CAF CIRURGIA DE ALTA FREQUÊNCIA (CUTINIZAÇÃO C/ ANATOMO)		R\$ 420,00
07.04.04	BIOPSIA DE PRÓSTATA GUIADA POR ULTRASSOM (COM ANATOMOPATOLÓGICO)		R\$ 500,00
07.04.05	EXCERESE DE NÓDULO DE MAMA COM ANATOMO		R\$ 500,00
07.04.06	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE AGULHA GROSSA TIREÓIDE (COM CITOLOGIA)		R\$ 500,00
07.04.07	PUNÇÃO DE AGULHA FINA (PAAF) TIREÓIDE (COM CITOLOGIA)		R\$ 500,00
07.04.08	PUNÇÃO ASPIRATIVA COM AGULHA FINA (MAMA, E OUTROS)		R\$ 500,00
07.04.09	CAUTERIZAÇÃO UTERINA		R\$ 300,00
14.01.00	PLANTÃO MÉDICO HOSPITALAR		
14.01.001.1	PLANTÃO MÉDICO HOSPITALR – PRESENCIAL DE 12 HORAS		R\$1.100,00



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2017 / EDIÇÃO Nº 165

Ivaiporã, Segunda-Feira, 04 de Dezembro de 2017

código CIS	Descrição dos Serviços	VALORES CIS	VALORES CLÍNICAS
03.01.01	PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR	VALOR P/ PCTES ESPECIALS/SEDAÇÃO
03.01.01.015-3	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	R\$ 11,50	R\$ 23,00
01.01.02.007-4	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO)	R\$ 4,97	R\$ 9,94
01.01.02.005-8	APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (POR DENTE)	R\$ 4,97	R\$ 9,94
01.01.02.006-6	APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE)	R\$ 6,46	R\$ 12,93
01.01.02.008-2	EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA	R\$ 6,46	R\$ 12,93
01.01.02.009-0	SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA	R\$ 4,97	R\$ 9,94
03.07.01.001-5	CAPEAMENTO PULPAR	R\$ 17,15	R\$ 34,29
03.07.02.007-0	PULPOTOMIA DENTÁRIA	R\$ 17,15	R\$ 34,29
03.07.03.002-4	RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE)	R\$ 18,49	R\$ 36,98
03.07.03.001-6	RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE)	R\$ 18,49	R\$ 36,98
03.07.01.002-3	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO	R\$ 6,13	R\$ 12,26
03.07.01.003-1	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR	R\$ 20,00	R\$ 40,00
03.07.01.004-0	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR	R\$ 20,00	R\$ 40,00
04.14.02.012-0	EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO	R\$ 13,32	R\$ 26,63
04.14.02.013-8	EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE	R\$ 13,32	R\$ 26,63
02.04.01.018-7	RADIOGRAFIA PERI-APICAL INTERPROXIMAL (BITE-WING)	R\$ 3,93	R\$ 7,87
	PROCEDIMENTOS DE PERIODONTIA		
03.07.03.003-2	RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE)	R\$ 20,82	R\$ 41,63
04.14.02.008-1	ENXERTO GENGIVAL	R\$ 18,85	R\$ 37,70
04.14.02.015-4	GENGIVECTOMIA e/ou GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE)	R\$ 39,56	R\$ 79,12
04.14.02.037-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE)	R\$ 24,51	R\$ 49,01
	PROCEDIMENTOS DE ENDODONTIA		
03.07.02.002-9	CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECÂNICO	R\$ 10,03	R\$ 20,06
03.07.02.001-0	ACESSO A POLPA DENTÁRIA E MEDICAÇÃO (POR DENTE)	R\$ 15,00	R\$ 29,99
03.07.02.003-7	OBTURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO	R\$ 32,83	R\$ 65,67
03.07.02.006-1	OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE UNIRADICULAR	R\$ 32,97	R\$ 65,94
03.07.02.004-5	OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR	R\$ 42,69	R\$ 85,38
03.07.02.005-3	OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE C/ TRÊS OU MAIS RAÍZES	R\$ 51,96	R\$ 103,91
03.07.02.011-8	SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR	R\$ 2,94	R\$ 5,89



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2017 / EDIÇÃO Nº 165

Ivaiporã, Segunda-Feira, 04 de Dezembro de 2017

PROCEDIMENTOS DE CIRURGIA ORAL MENOR				
02.01.01.023-2	BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR	R\$ 27,66	R\$ 41,49	R\$ 55,32
02.01.01.052-6	BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA	R\$ 27,66	R\$ 42,52	R\$ 55,32
02.01.01.034-8	BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE	R\$ 55,45	R\$ 63,77	R\$ 85,03
03.07.01.005-8	TRATAMENTO DE NEURALGIAS FACIAIS	R\$ 18,66	R\$ 28,00	R\$ 37,33
04.14.01.001-9	CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM	R\$ 36,94	R\$ 55,41	R\$ 73,88
04.04.02.048-8	OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVEOLODENTÁRIAS	R\$ 59,80	R\$ 89,70	R\$ 119,60
04.04.02.057-7	REDUÇÃO DE FRATURA ALVÉOLO-DENTÁRIA S/ OSTEOSSÍNTESE	R\$ 141,53	R\$ 212,29	R\$ 282,98
04.04.02.061-5	REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR	R\$ 37,96	R\$ 56,94	R\$ 75,92
PROCEDIMENTOS DE PRÓTESE DENTÁRIA				
03.07.04.007-0	MOLDAGEM DENTO-GENGIVAL PARA CONSTRUÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA	R\$ 46,00	R\$ 69,00	R\$ 92,00
03.07.04.008-9	REEMBASAMENTO E CONSERTO DE PRÓTESE DENTÁRIA	R\$ 10,25	R\$ 15,38	R\$ 20,49
07.01.07.009-9	PRÓTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVÍVEL	R\$ 150,00	R\$ 150,00	R\$ 150,00
07.01.07.010-2	PRÓTESE PARCIAL MAXILAR REMOVÍVEL	R\$ 150,00	R\$ 150,00	R\$ 150,00
07.01.07.013-7	PRÓTESE TOTAL MAXILAR	R\$ 150,00	R\$150,00	R\$ 150,00

Daniel da Silva
Presidente da Comissão de Licitação



Diário Oficial

Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2017 / EDIÇÃO Nº 165

Ivaiporã, Segunda-Feira, 04 de Dezembro de 2017