



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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 4/2018 - CIS-IVAIPORÃ

CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DA ÁREA DA SAÚDE PARA 2019

1 – PREÂMBULO

1.1 – O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã – através da Comissão Permanente de Licitação, designada pela Portaria nº 73/2018, e em conformidade com a Lei nº 8.666/93, suas alterações, Lei nº 8.080/90, Portaria nº 1286/93 de Ministério da Saúde e demais legislações aplicáveis, que instituem este chamamento, **torna público** a realização do **CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS PESSOAS JURÍDICAS DA ÁREA DA SAÚDE**, para prestação de serviços no exercício de 2019, referidas no item 2 – Objeto deste instrumento, nos termos e condições a seguir:

2 – OBJETO

2.1 – O presente Chamamento Público tem por objeto o Credenciamento de Profissionais da Área da Saúde para a Prestação de Serviços Ambulatoriais, sendo consultas, exames e procedimentos em consultórios, clínicas particulares, ambulatorios e consultórios do **CIS/IVAIPORÃ**, conforme suas necessidades e de acordo com os serviços e valores oriundos da RESOLUÇÃO Nº46/2018, de 11 de dezembro de 2018, publicada no site oficial do **CIS/IVAIPORÃ**, edição nº 339, conforme consta no Anexo I deste edital.

ORDEM	CÓDIGO	ESPECIALIDADES - MÉDICAS
1	1.0	ALERGOLOGIA
2	2.0	ANESTESIOLOGIA
3	3.0	CARDIOLOGIA
4	4.0	CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO
5	5.0	CIRURGIA CARDÍACA
6	6.0	CIRURGIA GERAL
7	7.0	CIRURGIA PLÁSTICA
8	8.0	CIRURGIA TÓRAX
9	9.0	CIRURGIA VASCULAR
10	10.0	DERMATOLOGIA
11	11.0	ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA
12	12.0	GASTROENTEROLOGIA
13	13.0	GERIATRIA
14	14.0	GINECOLOGIA
15	15.0	HEMATOLOGIA



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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

16	16.0	INFECTOLOGIA
17	17.0	MASTOLOGIA
18	18.0	MEDICINA NUCLEAR
19	19.0	NEFROLOGIA
20	20.0	NEUROCIRURGIA
21	21.0	NEUROLOGIA
22	22.0	NEUROPEDIATRIA
23	23.0	OFTALMOLOGIA
24	24.0	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
25	25.0	OTORRINOLARINGOLOGIA
26	26.0	PATOLOGIA ANATOMOPATOLOGIA E CITOPATOLOGIA
27	27.0	PATOLOGIA CLÍNICA
28	28.0	PEDIATRIA
29	29.0	PNEUMOLOGIA
30	30.0	PNEUMOPEDIATRIA
31	31.0	PROCTOLOGIA
32	32.0	PSIQUIATRIA
33	33.0	RADIOLOGIA E DIAGNOSTICO POR IMAGEM (RADIOLOGIA E ULTRASSONOGRRAFIA)
34	34.0	REUMATOLOGIA
35	35.0	UROLOGIA

CÓDIGO	ESPECIALIDADE – AREA DE FISIOTERAPIA
1	FISIOTERAPIA

CÓDIGO	ESPECIALIDADE – AREA ODONTOLOGIA
1	ODONTOLOGIA - PROTESE

CÓDIGO	ESPECIALIDADE
1	PLANTÃO MÉDICO



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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

REDE MÃE PARANAENSE - COMSUS		
ITEM	CÓDIGO	ESPECIALIDADE
1	42.1.1	OBSTETRICIA
2	42.1.2	PSICOLOGIA
3	42.1.3	ASSITENTE SOCIAL
4	42.1.4	NUTRICIONISTA
5	42.1.5	PEDIATRIA

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

3 – CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO

3.1 – Poderão participar do Credenciamento 2019 os profissionais nas áreas da saúde indicadas no item 2.1, desde que, atendidos os requisitos exigidos no item 6.1 do instrumento convocatório.

3.2 – É vedada a participação no Credenciamento de interessados que estejam cumprindo sanções administrativas previstas na Lei nº 8.666/93.

3.3 – Não poderão participar do Credenciamento os profissionais concursados que integrarem o quadro de pessoal efetivo do CIS/IVAIPORÃ - **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE IVAIPORÃ.**

3.4 – Não poderão participar do Credenciamento os anteriormente descredenciados pelo CIS- IVAIPORÃ, por descumprimento de cláusulas contratuais ou irregularidades na execução dos serviços prestados.

4 – FORMAS DE INSCRIÇÃO NO CREDENCIAMENTO

4.1 – Os interessados poderão inscrever-se a partir da publicação do presente instrumento.

4.2 – Serão considerados credenciados, os profissionais, pessoas jurídicas, que apresentarem no prazo todos os Documentos elencados no item 6.1 deste instrumento, devendo obrigatoriamente participar do processo de inexigibilidade a ser realizado.

4.3 – Os interessados poderão inscrever-se para Credenciamento, para o exercício de 2019 **a partir do dia 14/12/2018**, respeitando o período de recesso do **CIS/ IVAIPORÃ**, com previsão de processo de inexigibilidade para janeiro de 2019.

4.4 – Os interessados poderão solicitar a inscrição no Setor de Licitações e Contratos e acesso à internet –



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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

www.cisivaipora.com.br a qualquer momento, sendo sua contratação realizada conforme necessidade do CIS/ IVAIPORÃ.

5 – FORMAS DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS

5.1 – Os interessados deverão encaminhar os documentos relacionados no item 6.1 ao Setor de Licitações e Contratos, na sede administrativa do **CIS/ IVAIPORÃ**, localizado na Rua Diva Proença, nº 500 – centro, no horário das 08h30min às 11h30min e das 13h30min às 16h30min em dias de expediente, devendo os mesmos ser envelopados, contendo no seu bojo o que segue:

CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS NA ÁREA DA SAÚDE

EMPRESA INTERESSADA:

ENDEREÇO:

TELEFONE PARA CONTATO:

Parágrafo único: serão protocolados somente os pedidos de credenciamento que apresentarem a documentação completa exigida no edital.

6 – DOCUMENTAÇÕES REFERENTES À HABILITAÇÃO

6.1 – Para o credenciamento, os profissionais, pessoa jurídica, deverão apresentar ao setor de licitações e contratos do **CIS/ IVAIPORÃ – CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE IVAIPORÃ** a documentação informada abaixo, devendo ser entregue em 01 (uma) via, por processo de cópia autenticada em cartório, ou através de cópia simples acompanhada do documento original para autenticação no **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE IVAIPORÃ**, conforme exigência do artigo 32 da lei 8666/93.

PARA COMPROVAR A REGULARIDADE DA EMPRESA FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR OS SEGUINTE DOCUMENTOS:

- a) Anexos I II III e IV em papel timbrado da empresa, conforme modelo disponível em anexo.
- b) Registro comercial em caso de empresa individual, ou Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social em caso de Instituição. Sendo apresentado Estatuto Social deverá ser apresentada juntamente a cópia da Ata de Eleição do representante legal da Instituição;
- c) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);
- d) Alvará de licença para funcionamento;
- e) Licença Sanitária atualizada emitida por órgão competente;
- f) Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda Estadual;
- g) Prova de regularidade fiscal com a Fazenda Federal, conforme Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751/14 (que regulamenta a Portaria do Ministério da Fazenda nº 358/14), unificaram as certidões de regularidade fiscal de tributos federais e de contribuições previdenciárias;



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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

- h) Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda Municipal da cidade sede da empresa;
- i) Prova de regularidade fiscal relativo ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);
- j) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa, nos Termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943.
- k) Certificado de Inscrição de Empresa Credenciada no respectivo Conselho da Classe Profissional;
- l) Cédula de identidade do representante legal da empresa interessada e do profissional responsável técnico na prestação de serviços;
- m) CPF do representante legal da empresa interessada e do profissional responsável técnico na prestação de serviços;
- n) Certidão de participação ativa em ensaio de proficiência (Conforme Resolução SESA 368/2013, publicada no Diário Oficial do Estado em 12/06/2013, aplicável aos laboratórios de análises clínicas);

PROFISSIONAIS ATUANTES

- o) Anexos II em papel timbrado da empresa, conforme modelo disponível em anexo.
- p) Cédula de identidade dos profissionais atuantes;
- q) CPF dos profissionais atuantes;
- r) Comprovante de residência dos profissionais atuantes;
- s) Comprovante de inscrição no Conselho Regional da Categoria dos profissionais atuantes;
- t) Número de inscrição no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde dos profissionais atuantes
- u) Diploma de curso superior do responsável técnico pela prestação de serviços, devidamente registrado no Conselho da Classe Profissional;
- v) Certificado de especialidade na área pretendida, quando exigido, do Profissional Responsável técnico pela prestação de serviços, devidamente registrado no Conselho da Classe Profissional;
- x) Certidão de conduta ético-profissional emitida pelo respectivo Conselho da Classe Profissional, válida para o ano.
- z) **Cartão Nacional do SUS.**



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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

OBS: Os profissionais médicos que executarem os serviços em seus próprios estabelecimentos deverão apresentar a **LICENÇA SANITÁRIA**, juntamente com o **ALVARÁ DE LICENÇA**.

6.2 – Os profissionais poderão inscrever-se em mais de uma área, desde que preenchidos os requisitos na respectiva especialidade.

6.3 – São de inteira responsabilidade da empresa credenciada, manter atualizados todos documentações exigidas no Item 6.1 desse instrumento, principalmente no que diz respeito às certidões negativas de débito, antes a expiração da data de validade, bem como informar e encaminhar ao **CIS/ IVAIPORÃ** - toda e qualquer alteração ocorrida na empresa após o credenciamento.

PARÁGRAFO UNICO: Os pagamentos dos serviços prestados ficam condicionados ao cumprimento do item 6.3 desse instrumento, pela empresa credenciada.

7 – PROCEDIMENTOS DO CREDENCIAMENTO

7.1 – O credenciamento será amplamente divulgado e estará permanentemente aberto aos interessados, obrigando-se a unidade por ele responsável a proceder, no mínimo anualmente, através da imprensa oficial e de jornal diário a chamamento público para a atualização dos registros existentes e para o ingresso de novos interessados, conforme art. 34, § 1º da Lei 8666/93.

7.1.1 – O inteiro teor deste Chamamento Público nº 04/2018 também estará fixado em edital interno e acessível ao público nas repartições administrativas do **CIS/ IVAIPORÃ - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE IVAIPORÃ**, na Rua Professora Diva Proença, 500, na cidade de Ivaiporã- PR.

7.2 – Ao requerer a inscrição no Setor de Licitações e Contratos, ou atualização deste, a qualquer tempo, o interessado fornecerá os elementos necessários à satisfação das exigências contidas no item 6.1 deste instrumento. Posteriormente o **CIS/ IVAIPORÃ - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE IVAIPORÃ** fará uma avaliação das condições técnicas do credenciado, o qual deverá atender às necessidades e especificações exigidas a cada caso.

7.3 – Somente serão considerados credenciados os prestadores que foram aprovados pela avaliação técnica, realizada pela assessoria jurídica e CPL do CIS.

7.4 – A qualquer tempo o credenciamento poderá ser alterado, suspenso ou cancelado. Do mesmo modo o **CIS/ IVAIPORÃ - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE IVAIPORÃ** poderá cancelar o atendimento do credenciado que deixar de satisfazer as exigências estabelecidas para o credenciamento, desde que comunicado por escrito com 30 (trinta) dias de antecedência, bem como do credenciado que suspender o atendimento por motivo irrelevante ou administrativo, sendo que ao suspender sem justificativa plausível terá seu credenciamento cancelado e de acordo com a Lei 8.666/93, art.87, III, onde ocorre a suspensão temporária de participar em licitação e impedimento de contratar com a administração por até 02 (dois) anos.

7.5 – A quantidade de atendimentos, exames, procedimentos e afins, a ser repassada ao credenciado serão de responsabilidade e escolha das Secretarias de Saúde dos Municípios consorciados de acordo com seu



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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

orçamento.

7.6 – De igual forma, a lista contendo o nome de todas as empresas profissionais credenciadas será repassada diretamente às Secretarias de Saúde dos Municípios consorciados, de modo que, os pacientes de cada município possam realizar a escolha do profissional que desejar receber atendimento (ou o local que deseje realizar exames, procedimentos e a fins), de maneira a se permitir a rotatividade entre todos os credenciados.

7.7 – Em nenhum caso, o **CIS/ IVAIPORÃ - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE IVAIPORÃ** indicará a qualquer pessoa, Secretarias de Saúde, autoridades, dentre outros, os profissionais credenciados, sendo excluída, portanto, a vontade da Administração na demanda por credenciado.

7.8 – A quantidade de atendimentos/exames constantes na programação do **CIS/ IVAIPORÃ - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE IVAIPORÃ** não significa contratação imediata.

8 – CRITÉRIOS DE CREDENCIAMENTO

8.1 – Os profissionais serão cadastrados de acordo com a ordem de apresentação dos envelopes junto Comissão Permanente de Licitação.

8.2 – O Setor de Licitações e Contratos após a entrega dos documentos exigidos no presente edital protocolará cada envelope recebido em uma lista que contém sequência numérica, dia e hora da apresentação da referida documentação.

8.3 – A empresa que realizar a entrega da documentação assinará a lista em questão, a fim de se manter a integridade em todo o credenciamento.

9 – DO VALOR E PRAZO DE EXECUÇÃO

9.1 – A remuneração pela prestação de serviços será de acordo com a Tabela de Procedimentos constantes no Anexo I deste edital, com valores referenciais para 2019 conforme deliberação do CRESEMS com aplicabilidade da Resolução 46/2018 que habilitaram os procedimentos aptos a serem realizados, no preço pré-fixado.

9.2 - O Valor disponível para realização dos serviços constará no orçamento para o exercício de 2019.

9.3 – Os Pagamentos pela execução dos serviços correrão por fontes dos recursos ao qual estará contido no orçamento para exercício de 2019.

9.4 – O Prazo de execução será entre 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2019.

10 – CRITÉRIOS DE REAJUSTE, INCLUSÃO OU EXCLUSÃO.

10.1 – O valor dos procedimentos indicados no Anexo I poderão sofrer reajustes, ser excluídos ou incluídos novos procedimentos, a qualquer momento, desde que, através de resolução publicada no Órgão de imprensa oficial do CIS, após aprovação da CRESEMS e do Conselho de Prefeitos.



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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

11 – SANÇÕES ADMINISTRATIVAS PARA O CASO DE INADIMPLEMENTO DOS SERVIÇOS

11.1 – Pela inexecução total ou parcial na prestação dos serviços contratados, o Consórcio Intermunicipal de Saúde, poderá garantir a prévia defesa, aplicando aos credenciados as sanções previstas no art. 87 da Lei nº 8666/93.

11.2 – O prestador de serviço credenciado pelo CIS- **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE IVAIPORÃ**, não poderá em hipótese alguma cobrar qualquer valor dos usuários de saúde, referente aos atendimentos realizados **ou mesmo indicar consultórios particulares para realização dos mesmos, sob pena de descredenciamento.**

11.3 - Todos os pagamentos serão realizados exclusivamente pelo **CIS/ IVAIPORÃ**.

12 – CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

12.1 – Os valores a serem pagos serão apurados de acordo com o número de consultas, exames, procedimentos, cirurgias ou carga horária efetivamente realizados e devidamente autorizados previamente pelo **CIS/ IVAIPORÃ - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE IVAIPORÃ**. A produção do período deverá ser comprovada através da apresentação de Fatura/Relatório e guias de autorização emitida pelo sistema de marcação do **CIS/ IVAIPORÃ**. **Deverão ser respeitadas pelo prestador de serviços as datas de validade das autorizações dos procedimentos, sendo que qualquer procedimento realizado fora do mês de execução dos serviços serão glosados por esse Consórcio. Para faturamento as guias deverão ser encaminhadas em ordem de dia, bem como todas elas deverão ser assinadas pelos pacientes, e os pedidos médicos deverão vir anexados.**

12.2 – Todos os credenciados deverão possuir em seu consultório um computador com acesso a internet, para acessar o programa de atendimento do Consórcio, que será usado para a recepção dos pacientes, faturamento e relatórios diversos.

12.3 - De acordo com a legislação vigente, somente serão admitidas **NOTAS FISCAIS ELETRÔNICAS**, exceto para os prestadores onde os municípios não possibilitem a emissão de nota fiscal eletrônica, neste caso será aceito nota fiscal manual juntamente com declaração da Tributação do respectivo município.

12.4 – O pagamento dos serviços prestados ocorrerá em até 20 (vinte) dias após a entrega da nota fiscal eletrônica ao setor de faturamento do **CIS/ IVAIPORÃ**, mediante depósito em, conta no **Banco do Brasil**, por ser banco oficial, sendo obrigatória conta neste banco.

12.5 – Fica condicionado o pagamento dos serviços prestados, a regular situação do cadastro da empresa no **CIS/ IVAIPORÃ**, tendo essa que apresentar regularmente a esse consorcio os documentos com validade, antes mesmo que expire o prazo de validade dos mesmos, conforme item 6.3 desse edital.

12.6 – Todos os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais decorrentes da prestação de serviços, serão de responsabilidade da empresa credenciada;

12.7 - Os pagamentos decorrentes da execução dos serviços correrão por conta dos recursos das seguintes dotações orçamentárias:



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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

02.001.10.122.0001.2005- MANUTENÇÃO DO SETOR DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
3.3.90.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO PESSOA JURIDICA

FONTE: 1001

02.001.10.122.0001.2.005 - MANUTENÇÃO DO SETOR DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
3.3.90.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIRO PESSOA JURIDICA

- FONTE: 01496

02.001.10.301.0001.1017 – ENCARGOS E EXECUÇÃO DE CONVÊNIOS
3.3.90.39.00.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

- FONTE 31316

13 – RECURSOS

13.1 – Aos credenciados é assegurado o direito de interposição de Recurso, nos termos do art. 109 da Lei nº 8666/93, o qual será recebido e processado nos termos ali estabelecidos.

13.2 – Qualquer cidadão e/ou usuários poderão denunciar toda e qualquer irregularidade verificada na prestação de serviços e/ou no faturamento, mediante denúncia no Setor de controle interno do **CIS/ IVAIPORÃ** pelo fone (43) 3472 0649 no endereço Rua Professora Diva Proença nº500, na cidade de Ivaiporã, Estado do Paraná, no setor de Ouvidoria.

14 – DISPOSIÇÕES GERAIS

14.1 – Fica eleito o foro da cidade de **IVAIPORÃ**, Estado do Paraná, como competente para dirimir todas as questões decorrentes do credenciamento.

14.2 – Este Edital de Chamamento Público entra em vigor na data de sua publicação.

Ivaiporã, 12 de dezembro de 2018.

NATASHA MAYARA VIEIRA
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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

ANEXO 15 - TABELA DE VALORES

Código CIS	Descrição dos Serviços	VALORES DENTRO DO CIS	VALORES 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
2.2	ATENDIMENTO ANESTESICO EM PROCEDIMENTO CIRURGICO EM HOSPITAL DE PEQUENO PORTE		R\$350,00
3.0	CARDIOLOGIA		
3.1	CONSULTAS NO CIS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
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



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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

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



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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

18.1.3	DENSITOMETRIA ÓSSEA DUO-ENERGÉTICA (VERT. LOMBARES)		R\$ 150,00
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 TORÁCICA C/ OU S/ CONTRASTE.		R\$ 180,00
18.1.10	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULAÇÕES 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 CRÂNIO C/ CONTRASTE		R\$ 180,00
18.1.15	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA MASTOIDE OU ORELHAS		R\$ 200,00
18.1.16	TOMOGRÁFIA COMP. DE ARTICULAÇÕES 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
18.1.19	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 ARTICULAÇÕES 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, TIROÍDE 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		



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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

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
21.1.9	LAUDO DE ELETOENCEFALOGRAMA 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	ELETOENCEFALOGRAMA DE ROTINA		R\$ 39,60
22.2.5	ELETOENCEFALOGRAMA/VIGÍLIA E SONO ESPONTÂNEO/ INDUZIDO		R\$ 79,20
22.2.6	ELETOENCEFALOGRAMA 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



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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

23.2.5	RETINOGRRAFIA COLORIDA (MONOCULAR)		R\$ 16,50
23.2.6	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA (BINOCULAR)		R\$ 49,50
23.2.7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÔRNEA (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	TOMOGRRAFIA 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	PORTES	
24.1	CONSULTAS		R\$ 50,00
24.2	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
24.2.1	CORREÇÃO DE DEDO EM MARTELO	PEQUEN O	R\$ 900,00
24.2.2	DESCOMPRESSÃO DE NEVO MEDIANO (TÚNEL DO CARPO)	PEQUEN O	R\$ 900,00
24.2.3	CORREÇÃO DE DEDO EM GATILHO	PEQUEN O	R\$ 900,00
24.2.4	EXERESE DE CISTO SINOVIAL MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES	PEQUEN O	R\$ 900,00
24.2.5	CORREÇÃO DE HALUX VALGO (JOANETE)	Médio - pequena	R\$1.500,0 0
24.2.6	ARTROSCOPIA DE JOELHO (MENISCO)	Médio- pequena	R\$1.500,0 0
24.2.7	REPARO DO MANGUITO ROTADOR	Médio - média	R\$2.500,0 0
24.2.8	RECONSTRUÇÃO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR	Médio - média	R\$2.500,0 0
24.2.8	OSTEOTOMIA VALGIZANTE	Médio – média	R\$2.500,0 0
24.2.9	ARTROPLASTIA DE QUADRIL	GRANDE	R\$3.700,0 0



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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

24.2.10	ARTROPLASTIA DE JOELHO	GRANDE	R\$3.700,00
24.2.11	ARTROPLASTIA DO OMBRO	GRANDE	R\$3.700,00
24.2.12	INFILTRAÇÃO		R\$100,00
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
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



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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

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
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



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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

27.0	PATOLOGIA CLÍNICA (EXAMES LABORATÓRIAS)		
27.1.1	CLEARANCE OSMOLAR		R\$ 3,86
27.1.2	DETERMINAÇÃO DE CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO		R\$ 2,10
27.1.3	DETERMINAÇÃO DE CROMATOGRÁFIA DE AMINOÁCIDOS		R\$ 2,00
27.1.4	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA (2 DOSAGENS)		R\$ 7,60
27.1.5	DETERMINAÇÃO CURVA GLICÊMICA C/ INDUÇÃO P/ CORTISONA (5 DOSAG.)		R\$ 10,00
27.1.6	DETERMINAÇÃO CURVA GLICÊMICA C/ INDUÇÃO P/ CORTISONA (4 DOSAG.)		R\$ 10,00
27.1.7	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA CLÁSSICA (5 DOSAGENS)		R\$ 10,00
27.1.8	DETERMINAÇÃO 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 ÁCIDO ASCORBICO		R\$ 4,04
27.1.12	DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO		R\$ 2,22
27.1.13	DOSAGEM DE ÁCIDO 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-GLICOPROTEÍNA ÁCIDA		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 FRACÕES		R\$ 3,86
27.1.21	DOSAGEM DE CÁLCIO		R\$ 4,00
27.1.22	DOSAGEM DE CÁLCIO IONIZÁVEL		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 LÁTICA		R\$ 3,86
27.1.36	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)		R\$ 2,47
27.1.37	DOSAGEM DE FERRITINA		R\$ 18,71
27.1.38	DOSAGEM DE FERRO SÉRICO		R\$ 4,21
27.1.39	DOSAGEM DE FOLATO		R\$ 4,04



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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

27.1.40	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL		R\$ 3,86
27.1.41	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA		R\$ 3,50
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 UREIA		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 / HIPOGLICEMIANTE 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



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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

27.1.80	DETERMINAÇÃO DE CURVA DE RESISTÊNCIA GLOBULAR		R\$ 7,29
27.1.81	DETERMINAÇÃO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)		R\$ 16,50
27.1.82	DETERMINAÇÃO DE SULFO-HEMOGLOBINA		R\$ 20,80
27.1.83	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO		R\$ 7,32
27.1.84	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA		R\$ 10,02
27.1.85	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE		R\$ 11,56
27.1.86	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY		R\$ 7,32
27.1.87	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SOBREVIVÊNCIA DE HEMACIAS		R\$ 5,06
27.1.88	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA		R\$ 1,68
27.1.89	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)		R\$ 3,00
27.1.90	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)		R\$ 3,00
27.1.91	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO (VHS)		R\$ 3,00
27.1.92	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE		R\$ 4,52
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



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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

27.1.11 0	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO		R\$ 3,00
27.1.11 1	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA		R\$ 19,50
27.1.11 2	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)		R\$ 5,50
27.1.11 3	HEMATOCRITO		R\$ 5,50
27.1.11 4	HEMOGRAMA COMPLETO		R\$ 6,94
27.1.11 5	LEUCOGRAMA		R\$ 4,40
27.1.11 6	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA		R\$ 10,17
27.1.11 7	PESQUISA DE CELULAS LE		R\$ 3,11
27.1.11 8	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ		R\$ 10,17
27.1.11 9	PESQUISA DE FILARIA		R\$ 16,56
27.1.12 0	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S		R\$ 18,06
27.1.12 1	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA		R\$ 14,90
27.1.12 2	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA		R\$ 18,87
27.1.12 3	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO		R\$ 3,87
27.1.12 4	PROVA DO LACO		R\$ 3,11
27.1.12 5	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS		R\$ 18,87
27.1.12 6	TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS		R\$ 10,17
27.1.12 7	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)		R\$ 18,87
27.1.12 8	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)		R\$ 10,17
27.1.12 9	CONTAGEM DE LINFOCITOS B		R\$ 3,11
27.1.13 0	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8(cada)		R\$ 36,30
27.1.13 1	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS		R\$ 18,87



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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

27.1.13 2	DETECCAO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)		R\$ 80,00
27.1.13 3	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)		R\$ 11,00
27.1.13 4	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)		R\$ 11,00
27.1.13 5	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE		R\$ 9,53
27.1.13 6	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA		R\$ 18,87
27.1.13 7	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA		R\$ 11,00
27.1.13 8	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)		R\$ 19,70
27.1.13 9	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA		R\$ 20,40
27.1.13 9	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3		R\$ 18,87
27.1.14 0	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4		R\$ 6,31
27.1.14 1	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA		R\$ 18,87
27.1.14 2	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)		R\$ 20,40
27.1.14 3	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)		R\$ 20,40
27.1.14 4	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)		R\$ 10,17
27.1.14 5	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE		R\$ 11,00
27.1.14 6	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA		R\$ 10,17
27.1.14 7	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C		R\$ 358,17
27.1.14 8	IMUNOELETOFORESE DE PROTEINAS		R\$ 6,31
27.1.14 9	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)		R\$ 11,00
27.1.15 0	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA		R\$ 18,87
27.1.15 1	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA		R\$ 10,17
27.1.15 2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA		R\$ 11,00



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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

27.1.15 3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI		R\$ 10,67
27.1.15 4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)		R\$ 3,11
27.1.15 5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)		R\$ 11,00
27.1.15 6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2		R\$ 11,00
27.1.15 7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI- RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)		R\$ 11,00
27.1.15 8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS		R\$ 18,87
27.1.15 9	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM		R\$ 20,59
27.1.16 0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)		R\$ 20,59
27.1.16 1	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)		R\$ 20,59
27.1.16 2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS		R\$ 18,87
27.1.16 3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS		R\$ 18,87
27.1.16 4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS		R\$ 18,87
27.1.16 5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS		R\$ 18,87
27.1.16 6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO		R\$ 18,87
27.1.16 7	PESQ. DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA)		R\$ 11,00
27.1.16 8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL		R\$ 18,87
27.1.16 9	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS		R\$ 20,40
27.1.17 0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)		R\$ 20,40
27.1.17 1	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES		R\$ 8,55
27.1.17 2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)		R\$ 10,68
27.1.17 3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO		R\$ 20,40
27.1.17 4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO		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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

27.1.17 5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS		R\$ 10,17
27.1.17 6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA		R\$ 4,51
27.1.17 7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS		R\$ 20,40
27.1.17 8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA		R\$ 18,87
27.1.17 9	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS		R\$ 3,11
27.1.18 0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA		R\$ 12,10
27.1.18 1	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO		R\$ 10,17
27.1.18 2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO		R\$ 18,66
27.1.18 3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO		R\$ 10,17
27.1.18 4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS		R\$ 20,40
27.1.18 5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS		R\$ 33,00
27.1.18 6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA		R\$ 20,40
27.1.18 7	PESQ. DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)		R\$ 18,87
27.1.18 8	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)		R\$ 18,87
27.1.18 9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA		R\$ 18,87
27.1.19 0	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII		R\$ 18,87
27.1.19 1	PESQ. DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)		R\$ 12,77
27.1.19 2	PESQ. DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)		R\$ 11,00
27.1.19 3	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO		R\$ 20,40
27.1.19 4	PESQ. DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS.		R\$ 10,17
27.1.19 5	PESQ. ANTICORPOS /OU ANTIGENO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO		R\$ 20,40
27.1.19 6	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA		R\$ 22,00



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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

27.1.19 7	PESQ. DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTA O VIRUS EPSTEIN-BARR		R\$ 20,40
27.1.19 8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS		R\$ 18,87
27.1.19 9	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS		R\$ 18,87
27.1.20 0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA		R\$ 18,87
27.1.20 1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI		R\$ 18,87
27.1.20 2	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG)		R\$ 14,68
27.1.20 3	PESQ.ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)		R\$ 20,40
27.1.20 4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)		R\$ 20,40
27.1.20 5	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA		R\$ 20,40
27.1.20 6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER		R\$ 3,11
27.1.20 7	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS 496EPSTEIN-BARR		R\$ 4,51
27.1.20 8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES		R\$ 11,00
27.1.20 9	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS		R\$ 10,17
27.1.21 0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS		R\$ 11,00
27.1.21 1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA		R\$ 21,94
27.1.21 2	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI		R\$ 21,94
27.1.21 3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)		R\$ 19,80
27.1.21 4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)		R\$ 20,40
27.1.21 5	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)		R\$ 24,51
27.1.21 6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA		R\$ 18,11
27.1.21 7	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER		R\$ 18,11
27.1.21 8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR		R\$ 16,00



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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

27.1.219	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES		R\$ 16,00
27.1.220	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIÓNARIO (CEA)		R\$ 19,94
27.1.221	PESQ. ANTIGENO DE SUPERFÍCIE 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 CLAMÍDIA (POR CAPTURA HÍBRIDA)		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 IMUNOFLUORESCÊNCIA		R\$ 33,34
27.1.227	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECÍFICA		R\$ 23,34
27.1.228	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCÊNCIA)		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	QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO HIV-1		R\$ 81,81
27.1.232	QUANTIFICAÇÃO 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
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



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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

27.1.24 1	VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE		R\$ 4,81
27.1.24 2	DOSAGEM ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA		R\$ 38,81
27.1.24 4	DOSAGEM DA FRACAO C1Q DO COMPLEMENTO		R\$ 4,07
27.1.24 5	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL		R\$ 3,86
27.1.24 6	DOSAGEM DE GORDURA FECAL		R\$ 3,86
27.1.24 7	EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL		R\$ 3,86
27.1.24 8	IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS		R\$ 2,24
27.1.24 9	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)		R\$ 4,07
27.1.25 0	PESQUISA DE EOSINOFILOS		R\$ 4,07
27.1.25 1	PESQUISA DE GORDURA FECAL		R\$ 2,21
27.1.25 2	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES		R\$ 8,93
27.1.25 3	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES		R\$ 4,04
27.1.25 4	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES		R\$ 2,24
27.1.25 5	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)		R\$ 3,34
27.1.25 6	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS		R\$ 4,07
27.1.25 7	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES		R\$ 14,07
27.1.25 8	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES		R\$ 9,24
27.1.25 9	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORA NAS FEZES		R\$ 6,24
27.1.26 0	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES		R\$ 9,24
27.1.26 1	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES		R\$ 4,07
27.1.26 2	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS/SEDIMENTO/ URINA.		R\$ 5,86
27.1.26 3	CLEARANCE DE CREATININA		R\$ 3,86



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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

27.1.26 4	CLEARANCE DE FOSFATO		R\$ 3,86
27.1.26 5	CLEARANCE DE UREIA		R\$ 3,86
27.1.26 6	CONTAGEM DE ADDIS		R\$ 4,07
27.1.26 7	DETERMINAÇÃO DE OSMOLALIDADE		R\$ 4,07
27.1.26 8	DOSAGEM DE ACUCARES (POR CROMATOLOGRAFIA)		R\$ 2,24
27.1.26 9	DOSAGEM DE CITRATO		R\$ 8,93
27.1.27 0	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA		R\$ 14,04
27.1.27 1	DOSAGEM DE OXALATO		R\$ 2,24
27.1.27 2	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)		R\$ 3,34
27.1.27 3	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS		R\$ 4,07
27.1.27 4	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS		R\$ 4,07
27.1.27 5	PESQUISA DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOLOGRAFIA)		R\$ 2,24
27.1.27 6	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA		R\$ 4,07
27.1.27 7	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA		R\$ 2,24
27.1.27 8	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA		R\$ 2,24
27.1.27 9	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA		R\$ 2,24
27.1.28 0	PESQUISA DE CISTINA NA URINA		R\$ 2,24
27.1.28 1	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA		R\$ 4,07
27.1.28 2	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA		R\$ 2,24
27.1.28 3	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA		R\$ 2,24
27.1.28 4	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA		R\$ 3,69
27.1.28 5	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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

27.1.28 6	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA		R\$ 2,24
27.1.28 7	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA		R\$ 4,07
27.1.28 8	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA		R\$ 2,24
27.1.28 9	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA		R\$ 4,88
27.1.29 0	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)		R\$ 2,24
27.1.29 1	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA		R\$ 2,24
27.1.29 2	PROVA DE DILUICAO (URINA)		R\$ 13,79
27.1.29 3	DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE		R\$ 13,79
27.1.29 4	DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3		R\$ 16,15
27.1.29 5	DETERMINACAO DE T3 REVERSO		R\$ 11,22
27.1.29 6	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA		R\$ 7,39
27.1.29 7	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS		R\$ 7,39
27.1.29 8	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES		R\$ 7,39
27.1.29 9	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)		R\$ 15,53
27.1.30 0	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)		R\$ 13,07
27.1.30 1	DOSAGEM DE ALDOSTERONA		R\$ 13,21
27.1.30 2	DOSAGEM DE AMP CICLICO		R\$ 12,68
27.1.30 3	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA		R\$ 15,81
27.1.30 4	DOSAGEM DE CALCITONINA		R\$ 10,84
27.1.30 5	DOSAGEM DE CORTISOL		R\$ 12,37
27.1.30 6	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)		R\$ 12,28
27.1.30 7	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)		R\$ 11,16



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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

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



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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

27.1.33 0	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)		R\$ 13,20
27.1.33 1	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)		R\$ 13,32
27.1.33 2	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH		R\$ 13,32
27.1.33 3	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA		R\$ 13,32
27.1.33 4	TESTE DE ESTIMULO DE LH E FSH APOS GONADORRELINA		R\$ 13,32
27.1.33 5	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON		R\$ 13,32
27.1.33 6	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA		R\$ 13,32
27.1.33 7	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE		R\$ 9,27
27.1.33 8	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS		R\$ 16,36
27.1.33 9	PESQUISA DE MACROPROLACTINA		R\$ 2,26
27.1.34 0	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO		R\$ 2,45
27.1.34 1	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO		R\$ 4,04
27.1.34 2	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO		R\$ 2,26
27.1.34 4	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO		R\$ 17,21
27.1.34 5	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO		R\$ 3,86
27.1.34 6	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE		R\$ 2,21
27.1.34 7	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO		R\$ 30,25
27.1.34 8	DOSAGEM DE ALUMINIO		R\$ 11,00
27.1.34 9	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS		R\$ 11,00
27.1.35 0	DOSAGEM DE ANFETAMINAS		R\$ 11,00
27.1.35 1	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS		R\$ 14,44
27.1.35 2	DOSAGEM DE BARBITURATOS		R\$ 14,82



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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

27.1.35 3	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS		R\$ 7,20
27.1.35 4	DOSAGEM DE CADMIO		R\$ 19,28
27.1.35 5	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA		R\$ 34,52
27.1.35 6	DOSAGEM DE CARBOXY-HEMOGLOBINA		R\$ 9,71
27.1.35 7	DOSAGEM DE CHUMBO		R\$ 64,47
27.1.35 8	DOSAGEM DE CICLOSPORINA		R\$ 3,86
27.1.35 9	DOSAGEM DE COBRE		R\$ 9,86
27.1.36 0	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)		R\$ 17,21
27.1.36 1	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA		R\$ 38,74
27.1.36 2	DOSAGEM DE FENITOINA		R\$ 32,25
27.1.36 3	DOSAGEM DE FENOL		R\$ 3,86
27.1.36 4	DOSAGEM DE FORMALDEIDO		R\$ 2,47
27.1.36 5	DOSAGEM DE LITIO		R\$ 5,24
27.1.36 6	DOSAGEM DE MERCURIO		R\$ 4,52
27.1.36 7	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA		R\$ 11,00
27.1.36 8	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA		R\$ 11,00
27.1.36 9	DOSAGEM DE METOTREXATO		R\$ 11,00
27.1.37 0	DOSAGEM DE QUINIDINA		R\$ 2,21
27.1.37 1	DOSAGEM DE SALICILATOS		R\$ 3,86
27.1.37 2	DOSAGEM DE SULFATOS		R\$ 17,21
27.1.37 3	DOSAGEM DE TEOFILINA		R\$ 4,04
27.1.37 4	DOSAGEM DE TIOCIANATO		R\$ 17,21



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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

27.1.37 5	DOSAGEM DE ZINCO		R\$ 21,47
27.1.37 6	ANTIBIOGRAMA		R\$ 14,66
27.1.37 7	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA		R\$ 14,66
27.1.37 8	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS		R\$ 4,62
27.1.37 9	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNOSTICA)		R\$ 4,62
27.1.38 0	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)		R\$ 4,62
27.1.38 1	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)		R\$ 3,08
27.1.38 2	BACTEROSCOPIA (GRAM)		R\$ 6,18
27.1.38 3	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO		R\$ 4,76
27.1.38 4	CULTURA DO LEITE MATERNO (POS-PASTEURIZACAO)		R\$ 4,76
27.1.38 5	CULTURA P/ HERPESVIRUS		R\$ 6,19
27.1.38 6	CULTURA PARA BAAR		R\$ 11,27
27.1.38 7	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS		R\$ 4,60
27.1.38 8	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS		R\$ 3,08
27.1.38 9	EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)		R\$ 12,63
27.1.39 0	HEMOCULTURA		R\$ 6,19
27.1.39 1	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS		R\$ 4,76
27.1.39 2	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI		R\$ 3,08
27.1.39 3	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO		R\$ 4,76
27.1.39 4	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A		R\$ 3,08
27.1.39 5	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY		R\$ 4,76
27.1.39 6	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI		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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

27.1.39 7	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS		R\$ 5,54
27.1.39 8	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM		R\$ 2,07
27.1.39 9	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVAL E DERRAMES		R\$ 6,36
27.1.40 0	ADENOGRAMA		R\$ 4,76
27.1.40 1	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA		R\$ 4,76
27.1.40 2	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS		R\$ 1,96
27.1.40 3	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR		R\$ 1,96
27.1.40 4	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR		R\$ 7,21
27.1.40 5	DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO		R\$ 2,21
27.1.40 6	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO		R\$ 2,21
27.1.40 7	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA		R\$ 2,21
27.1.40 8	DOSAGEM DE FRUTOSE		R\$ 2,21
27.1.40 9	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA		R\$ 1,96
27.1.41 0	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVAL E DERRAMES		R\$ 1,96
27.1.41 1	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVAL E DERRAMES		R\$ 7,21
27.1.41 2	ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR		R\$ 7,21
27.1.41 3	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO		R\$ 6,36
27.1.41 4	ESPLENOGRAMA		R\$ 2,07
27.1.41 5	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS		R\$ 6,36
27.1.41 6	MIELOGRAMA		R\$ 10,67
27.1.41 7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)		R\$ 2,21
27.1.41 8	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA NO ESPERMA		R\$ 1,96



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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

27.1.41 9	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR		R\$ 1,96
27.1.42 0	PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS		R\$ 1,96
27.1.42 1	PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA		R\$ 5,28
27.1.42 2	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)		R\$ 2,07
27.1.42 3	PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES		R\$ 10,67
27.1.42 4	PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)		R\$ 2,07
27.1.42 5	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)		R\$ 2,07
27.1.42 6	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE		R\$ 2,07
27.1.42 7	REACAO DE PANDY		R\$ 2,07
27.1.42 8	REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES		R\$ 2,07
27.1.42 9	TESTE DE CLEMENTS		R\$ 5,15
27.1.43 0	TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS		R\$ 5,15
27.1.43 1	TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO		R\$ 35,72
27.1.43 2	DETERMINACAO DE CARIOTIPO/ CULTURA DE LONGA DURACAO BANDAS)		R\$ 35,72
27.1.43 3	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS)		R\$ 35,72
27.1.43 4	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)		R\$ 9,68
27.1.43 5	DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)		R\$ 72,60
27.1.43 6	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)		R\$ 72,60
27.1.43 7	DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)		R\$ 6,05
27.1.43 8	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICA TARDIO)		R\$ 13,31
27.1.43 9	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4		R\$ 22,99
27.1.44 0	DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECCAO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA		R\$ 6,05



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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

27.1.44 1	DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA		R\$ 14,52
27.1.44 2	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICA TARDIO)		R\$ 11,71
27.1.44 3	DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS		R\$ 1,50
27.1.44 4	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO		R\$ 11,71
27.1.44 5	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR		R\$ 11,71
27.1.44 6	IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS		R\$ 6,36
27.1.44 7	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES P/ METODO DA ELUICAO		R\$ 6,36
27.1.44 8	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC		R\$ 6,36
27.1.44 9	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO		R\$ 1,50
27.1.45 0	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)		R\$ 3,00
27.1.45 1	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)		R\$ 6,36
27.1.45 2	TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B		R\$ 7,30
27.1.45 3	EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO- VAGINAL/MICROFLORA		R\$ 11,71
27.1.45 4	EXAME CITOPATOLOGICO HORMONAL SERIADO (MINIMO 3 COLETAS)		R\$ 11,71
27.1.45 5	EXAME DE CITOLOGIA ONCOTICA (EXCETO CERVICO- VAGINAL)		R\$ 17,56
27.1.45 6	EXAME CITOPATOLOGICO DE MAMA		R\$ 55,00
27.1.45 7	DETERMINACAO DE RECEPTORES TUMORAIS HORMONAIS		R\$ 47,53
27.1.45 8	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO - PECA CIRURGICA		R\$ 26,40
27.1.45 9	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO P/ CONGELAMENTO / PARAFINA (EXCETO COLO UTERINO) - PECA CIRURGICA		R\$ 92,00
27.1.46 0	IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)		R\$ 26,40
27.1.46 1	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - BIOPSIA		R\$ 47,53
27.1.46 2	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - PECA CIRURGICA		R\$ 26,40



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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

27.1.46 3	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO – BIOPSIA		R\$ 26,40
27.1.46 4	TESTE DE URÉASE		R\$ 10,00
27.1.46 5	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
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 ARCADEA 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



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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

33.1.17	MIELOGRAFIA		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
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



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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

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 CALCANEO		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



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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

33.1.8	ULTRASSONOGRRAFIA DAS GLÂNDULAS SALIVARES E SUBMANDIBULARES	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.9	ULTRASSONOGRRAFIA DA REGIÃO INGUINAL	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.10	ULTRASSONOGRRAFIA PENIANA	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.11	ULTRASSONOGRRAFIA DO RETROPERITÔNIO	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.12	ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.13	ULTRASSONOGRRAFIA DAS SUPRARRENAIS	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.14	ULTRASSONOGRRAFIA DAS LOJAS RENAIAS	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.15	ULTRASSONOGRRAFIA DO HIPOCÔNDRIO DIREITO	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.16	ULTRASSONOGRRAFIA DA ARTICULAÇÃO COXOFEMORAL (QUADRIL)	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.17	ULTRA-SONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL MASCULINA	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.18	ULTRA-SONOGRRAFIA DE TIREOIDE (PESCOÇO, CERVICAL, PAROTIDA)	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.19	ULTRA-SONOGRRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.20	ULTRA-SONOGRRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO (MORFOLOGICO)	R\$ 130,00	R\$ 130,00
33.1.21	ULTRA-SONOGRRAFIA TRANSFONTANELA (HIPOCONDRIO)	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.22	ULTRA-SONOGRRAFIA 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-SONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÕES (ANTEBRAÇO, COXA, BRAÇO, JOELHO, TORNOZELO, OMBRO, PUNHO, PANTURRILHA)	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.2.	ULTRASSONOGRRAFIA - GRUPO 2		
33.2.	EXAMES ULTRASONOGRAFICOS		
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 ULTRASONOGRAFICOS REALIZADOS		
33.3.1	ULTRASSONOGRRAFIA TIREÓIDE	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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

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
35.3.6	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 PARATÍREÓIDE	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 RENAIAS 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 (CERVICIS, 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
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



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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

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 CLÍNICAS
91055	FISIOTERAPIA	
	ATENDIMENTOS EM FISIOTERAPIA POR SESSÃO	R\$ 7,00

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



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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

07.03.03	NEFROLITOMIA (CIRURGIA ABERTA)	R\$ 2.500,00
07.03.04	CISTOCOPIA (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	
14.01.00 1.1	PLANTÃO MÉDICO HOSPITALR – PRESENCIAL DE 12 HORAS	R\$1.100,0 0

Código CIS	Descrição dos Serviços	VALORES CIS	VALORES CLÍNICAS
03.01.01	PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR	VALOR P/PCTES ESPECIAIS/SEDAÇÃO
03.01.01.015-3	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	R\$ 11,50	R\$ 17,25
01.01.02.007-4	APLICACAO TOPICA DE FLUOR (INDIVIDUAL POR SESSAO)	R\$ 4,97	R\$ 7,45
01.01.02.005-8	APLICACAO DE CARIOSTATICO (POR DENTE)	R\$ 4,97	R\$ 7,45



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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

01.01.02. 006-6	APLICACAO DE SELANTE (POR DENTE)	R\$ 6,46	R\$ 9,69	R\$ 12,93
01.01.02. 008-2	EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA	R\$ 6,46	R\$ 9,69	R\$ 12,93
01.01.02. 009-0	SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA	R\$ 4,97	R\$ 7,45	R\$ 9,94
03.07.01. 001-5	CAPEAMENTO PULPAR	R\$ 17,15	R\$ 25,73	R\$ 34,29
03.07.02. 007-0	PULPOTOMIA DENTARIA	R\$ 17,15	R\$ 25,73	R\$ 34,29
03.07.03. 002-4	RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAI (POR SEXTANTE)	R\$ 18,49	R\$ 27,74	R\$ 36,98
03.07.03. 001-6	RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAI (POR SEXTANTE)	R\$ 18,49	R\$ 27,74	R\$ 36,98
03.07.01. 002-3	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO	R\$ 6,13	R\$ 9,19	R\$ 12,26
03.07.01. 003-1	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR	R\$ 20,00	R\$ 29,99	R\$ 40,00
03.07.01. 004-0	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR	R\$ 20,00	R\$ 29,99	R\$ 40,00
04.14.02. 012-0	EXODONTIA DE DENTE DECIDUO	R\$ 13,32	R\$ 19,9	R\$ 26,63
04.14.02. 013-8	EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE	R\$ 13,32	R\$ 19,98	R\$ 26,63
02.04.01. 018-7	RADIOGRAFIA PERI-APICAL INTERPROXIMAL (BITE-WING)	R\$ 3,93	R\$ 5,90	R\$ 7,87
	PROCEDIMENTOS DE PERIODONTIA			
03.07.03. 003-2	RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE)	R\$ 20,82	R\$ 31,22	R\$ 41,63
04.14.02. 008-1	ENXERTO GENGIVAL	R\$ 18,85	R\$ 28,28	R\$ 37,70
04.14.02. 015-4	GENGIVECTOMIA e/ou GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE)	R\$ 39,56	R\$ 59,34	R\$ 79,12
04.14.02. 037-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE)	R\$ 24,51	R\$ 36,75	R\$ 49,01
	PROCEDIMENTOS DE ENDODONTIA			
03.07.02. 002-9	CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECÂNICO	R\$ 10,03	R\$ 15,04	R\$ 20,06



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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

03.07.02. 001-0	ACESSO A POLPA DENTÁRIA E MEDICAÇÃO (POR DENTE)	R\$ 15,00	R\$ 22,49	R\$ 29,99
03.07.02. 003-7	OBTURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO	R\$ 32,83	R\$ 49,24	R\$ 65,67
03.07.02. 006-1	OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	R\$ 32,97	R\$ 49,45	R\$ 65,94
03.07.02. 004-5	OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR	R\$ 42,69	R\$ 64,03	R\$ 85,38
03.07.02. 005-3	OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE C/ TRÊS OU MAIS RAÍZES	R\$ 51,96	R\$ 77,94	R\$ 103,91
03.07.02. 011-8	SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR	R\$ 2,94	R\$ 4,42	R\$ 5,89
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	BIOPSIA 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	CONTENCAO 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 TÊMPOROMANDIBULAR	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 REMOVIVEL	R\$ 150,00	R\$ 150,00	R\$ 150,00
07.01.07. 010-2	PRÓTESE PARCIAL MAXILAR REMOVIVEL	R\$ 150,00	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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

07.01.07. 012-9	PRÓTESE TOTAL MANDIBULAR	R\$ 150,00	R\$ 150,00	R\$ 150,00
07.01.07. 013-7	PRÓTESE TOTAL MAXILAR	R\$ 150,00	R\$150,0 0	R\$ 150,00

15.1 – Integram o presente instrumento, os seguintes anexos:

- a) Anexo I - Tabela de Valores
- b) Anexo II - Modelo de requerimento para credenciamento;
- c) Anexo III - Modelo declaração de idoneidade;
- d) Anexo IV - Modelo de declaração de Observância ao Disposto no Inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal.
- e) Anexo V- Minuta de Contrato.

Ivaiporã/PR, em 12 de dezembro de 2018.

Natasha Mayara Vieira
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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

TIMBRE DA EMPRESA

ANEXO II – MODELO DE REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO – 2019

Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da região de Ivaiporã

O INTERESSADO ABAIXO QUALIFICADO REQUER SUA INSCRIÇÃO NO **CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS NA ÁREA MÉDICA - Chamamento público nº. 04/2018**, do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã, objetivando a prestação de serviço dos procedimentos descritos na tabela abaixo:

RAZÃO SOCIAL:

CNPJ:

ENDEREÇO:

CEP:

FONE COMERCIAL:

CELULAR:

MUNICÍPIO:

UF

DADOS BANCARIOS: OBRIGATÓRIO QUE SEJA BANCO DO BRASIL

BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA CORRENTE:

ESPECIALIDA DE	DESCRIÇÃO DE PROCEDIMENTO/EXAMES	QUANTIDADE	VALOR DO PROCEDIMENT O



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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

QTDE/ DIA	DIAS DE ATENDIMENTOS	LOCAL DE ATENDIMENTO	

NOME DO (S) PROFISSIONAL(S) QUE EXECUTARÁ OS SERVIÇOS	CPF	RG:	CRM Nº	TELEFONE DO MÉDICO

O REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO DEVERÁ SER ACOMPANHADO DE CD, CONTENDO TODAS AS PRETENÇÕES DO REQUERENTE.

Local / data/ ano

Declaro que conheço e concordo com os termos constantes do Edital de Credenciamento e seus Regulamentos.

NOME DO REPRESENTANTE LEGAL
DA EMPRESA REQUERENTE

TIMBRE DA EMPRESA

ANEXO III – MODELO DE DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE



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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã – PARANÁ.

Declaro para os fins de direito, na qualidade de solicitante de credenciamento na área da saúde, que não fui declarado inidôneo para contratar com o Poder Público, em qualquer de suas esferas.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

CIDADE, DATA, MÊS ANO.

NOME DA EMPRESA
REQUERENTE



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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

TIMBRE DA EMPRESA

ANEXO IV – Disposto no Inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal

Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da DE IVAIPORÃ – Estado do Paraná

Declaro para os fins de direito e sob as penas impostas pela Lei nº. 8.666/93, de 21 de junho de 1993 e demais legislação pertinente, o cumprimento do disposto no inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

CIDADE, DATA, MÊS ANO.

NOME DA EMPRESA
REQUERENTE



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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

ANEXO V

MINUTA DE CONTRATO DO CONTRATO ADMINISTRATIVO Nº ___/2019 PARA EXECUÇÃO DE SERVIÇOS CREDENCIADOS NA ÁREA DE SAÚDE

O CIS - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE, pessoa jurídica de direito público, com sede e foro nesta cidade de Ivaiporã, Estado do Paraná, na Rua Professora Diva Proença, nº. 500, inscrita no CNPJ-MF sob nº. **02.586.019/0001-97**, neste ato representado pelo seu Presidente **Sr. CLODOALDO FERNANDES DOS SANTOS**, portador da CI-RG nº 9.871.566-5, expedida pela SSP/PR, e inscrito no CPF sob o nº 060.282.329-39, residente e domiciliado na Avenida Belo Horizonte, nº 940, Centro, em Nova Tebas, PR, CONTRATANTE, e a **EMPRESA «NOME_FORNECEDOR»**, pessoa jurídica de Direito Privado, sito à «Endereço_Fornecedor», «Bairro_Fornecedor», em «Cidade_Fornecedor» inscrita no **CNPJ Nº «CNPJ_CPF_Fornecedor»**, representada pelo **Sr. «Nome_Representante»**, inscrita no **CPF nº «CPF_Representante»**, **RG nº «RG_Representante» SSP/PR**, tendo em vista o resultado da licitação procedida sob a forma de «MODALIDADE» Nº «Número_Licitação»/«Ano_Licitação», de acordo com a Lei n. 8.666/93, com as cláusulas seguintes e com a proposta apresentada pela CONTRATADA, que fazem parte integrante deste Contrato, acordam e aceitam:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

«Objeto»

«Itens_Contrato_Por_Lote»

CLÁUSULA SEGUNDA - DO PRAZO E DA VIGÊNCIA

O presente contrato vigorará a contar de sua assinatura pelas partes, até a data de «Término_Vigência».

Os prazos poderão ser revistos nas hipóteses indicadas no art. 57, § 1º, da Lei nº 8.666/93

CLÁUSULA TERCEIRA - DO VALOR

O Valor global desse contrato é de **R\$ «Valor_Contratado»**, daqui por diante denominado "VALOR CONTRATUAL".

CLÁUSULA QUARTA - DO PAGAMENTO

O pagamento dos serviços prestados ocorrerá em até 20 (vinte) dias após a entrega da nota fiscal eletrônica ao setor de faturamento do CIS/ IVAIPORÃ, mediante transferência em conta no Banco do Brasil, por ser banco oficial, sendo obrigatória conta neste banco.

Parágrafo primeiro – Deverá o contratado encaminhar ao CIS as respectivas guias de solicitações médicas e as guias de autorização do CIS, emitida através do sistema de informatização.

Parágrafo segundo – O valor dos procedimentos indicados no Anexo I do Edital de Chamamento Público 03/2017 poderão sofrer reajustes ou exclusões a qualquer momento, através de resolução publicada em diário oficial, sendo que essas alterações terão efeito automático sob o item contratado.

Parágrafo terceiro – Todos os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais decorrentes da prestação de serviços, serão de responsabilidade da empresa credenciada.



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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

Parágrafo quarto - A nota fiscal deverá ser elaborada conforme solicitação administrativa enviada com o faturamento, e quando requisitada, para evitar possíveis transtornos referentes à troca de notas, as quais são de inteira responsabilidade do credenciado, bem como os ônus oriundos da confecção errônea da mesma.

CLÁUSULA QUINTA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

«Dotação_Completa»

CLÁUSULA SEXTA – É expressamente vedada a cobrança de qualquer taxa em relação à tabela adotada, seja aos municípios consorciados ou aos usuários do CIS referente aos serviços prestados ou mesmo indicar consultórios particulares para realização dos mesmos.

CLÁUSULA SÉTIMA – Na eventualidade da necessidade do CREDENCIADO suspender o atendimento por algum período, deverá comunicar o **CIS/ IVAIPORÃ - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE IVAIPORÃ**, no mínimo com 10 (dez) dias de antecedência.

CLÁUSULA OITAVA – O descumprimento injustificado de qualquer das cláusulas aqui avençadas, constituirá motivo justo para que a parte lesada rescinda o presente contrato, sem direito a qualquer indenização, devendo comunicar por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

PARÁGRAFO ÚNICO – Em caso de descumprimento injustificado a parte infratora deverá pagar a parte lesada multa (cláusula penal) no valor de 10% do valor da média dos valores correspondentes ao faturamento de três meses anteriores a data da rescisão. Neste caso, a parte lesada tem o prazo de 30 (trinta) dias para comunicar por ofício o infrator, o rompimento do contrato, com as razões que ocasionaram. O infrator terá igual prazo para fins de efetuar o pagamento da multa rescisória.

CLÁUSULA NONA - DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

Para garantir o fiel cumprimento deste contrato, o CONTRATANTE se compromete a:

- a) Supervisionar e fiscalizar os serviços/materiais ora contratados;
- b) Efetuar o pagamento na forma prevista na cláusula quarta segundo os valores expressos na cláusula terceira.

CLÁUSULA DÉCIMA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

Para garantir o fiel cumprimento do presente contrato, a CONTRATADA fica obrigada a:

- a) Manter as mesmas condições que a habilitaram no processo licitatório;
- b) Entregar os materiais, e/ou prestar os serviços objeto desta Licitação, de acordo com as especificações do Anexo;
- c) Assinar o “Contrato” relativo ao objeto adjudicado, no prazo de até 05 (cinco) dias úteis, a contar da notificação;
- d) Cumprir as condições de manutenção, por intermédio de sua matriz, filiais, escritórios ou representantes técnicos autorizados, garantindo a manutenção referente à sua prestação de serviços;
- e) Assumir plena responsabilidade legal, administrativa e técnica pela execução e qualidade dos serviços/materiais fornecidos.



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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA RESCISÃO CONTRATUAL

Constituem motivos para a rescisão contratual:

- O não cumprimento ou o cumprimento irregular de cláusulas contratuais;
- A paralisação do serviço ou não entrega dos produtos sem justa causa e prévia comunicação ao CONTRATANTE;
- A subcontratação total ou parcial do objeto do Contrato, com outrem, a cessão ou transferência, total ou parcial, bem como a fusão, cisão, ou incorporação que afetem a boa execução deste.
- Declaração de insolvência civil;
- A dissolução da sociedade;

O Contrato poderá ser rescindido, independentemente de interpelação judicial ou extrajudicial e das demais sanções aplicáveis, segundo as quais não assistirá à CONTRATADA nenhum direito a indenização, quando o motivo da rescisão se enquadrar nos itens acima relacionados, depois de concluída a prestação de contas anual ao Tribunal de contas do Estado.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: A Contratada fica obrigada a aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem no fornecimento, até 25% (vinte e cinco por cento) de acordo com o que preceitua o artigo 65, parágrafo 1º, da Lei Federal nº 8.666/93, obrigando-se a adjudicatária CONTRATADA a aceitá-la nas mesmas condições da proposta vencedora.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DAS PENALIDADES

Em caso de inexecução total ou parcial e de ocorrência de atraso injustificado na execução dos serviços ou entrega dos materiais, submeter-se-á a CONTRATADA, sendo-lhe garantida plena defesa, às seguintes penalidades:

- Advertência;
- Multa;
- Suspensão temporária de participações em licitações promovidas com a Administração, impedimento de contratar com o mesmo, por prazo não superior a dois (02) anos;
- Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos da punição ou até que seja promovida a reabilitação, perante a própria autoridade que aplicou a penalidade;

As sanções previstas nos itens acima poderão ser aplicadas cumulativamente, facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 05 (cinco) dias úteis.

A CONTRATADA deverá notificar o CONTRATANTE, por escrito, de qualquer anormalidade constatada durante a execução dos serviços ou entrega dos materiais para as providências cabíveis.

As penalidades somente serão relevadas em razão de circunstâncias excepcionais e a justificativa só será aceita por escrito, fundamentada em fatos reais e facilmente comprováveis, a critério da autoridade competente do CIS da 22ª REGIONAL de SAÚDE de IVAIPORÃ e, desde que, formuladas no prazo máximo de 05 (cinco) dias da data em que foram aplicadas.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – Os casos omissos serão resolvidos à luz da Lei nº 8.666/93, suas alterações e legislação pertinente e dos princípios gerais de direito.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DO FORO

Fica eleito o foro da Cidade e Comarca de Ivaiporã, Estado do Paraná, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente instrumento, caso não sejam resolvidas administrativamente.



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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

E, por estarem de acordo com o ajustado, as partes assinam o presente instrumento, após lido e achado conforme, perante as testemunhas que também o assinam, de igual teor, para um só efeito jurídico.

Ivaiporã, «Data_Assinatura».

CIS - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE
CONTRATANTE:

CLODOALDO FERNANDES DO SANTOS
PRESIDENTE DO CIS

EMPRESA: «NOME_FORNECEDOR»
CONTRATADA:

«Nome_Representante»
REPRESENTANTE LEGAL

TESTEMUNHAS:

NOME:
RG.

NOME;
RG:

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 04/2018

O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã através da Comissão Permanente de Licitação, designada pela Portaria nº73/2018, **TORNA PÚBLICO QUE SE ENCONTRA ABERTO NESTA UNIDADE O EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 04/2018, PARA O CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS PESSOAS JURÍDICAS NA ÁREA DA SAÚDE**, para prestação de serviços no período de 12(doze) meses.

O edital estará à disposição das empresas interessadas a partir do dia 12 de dezembro de 2018, por tempo indeterminado, na sede **CIS/ IVAIPORÃ - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE IVAIPORÃ**, sito a rua professora Diva Proença, 500, na cidade de Ivaiporã, no horário comercial das 08h00min as 17h00minhoras.

Outras informações através do fone XX (43) 3472-1795, sendo que o Edital poderá ser solicitado através do e-mail cisivaipora@hotmail.com.



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: 2018 / EDIÇÃO Nº 340

Ivaiporã, Quarta-Feira, 12 de Dezembro de 2018

Ivaiporã, 12 de dezembro de 2018.

Natasha Mayara Vieira
Presidente da CPL.