



# Diário Oficial <sup>1</sup>

## 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: 2023 / EDIÇÃO Nº 1158**

**Ivaiporã, Quinta-Feira, 13 de Abril de 2023**



**EXTRATO DE ATA DE REGISTRO DE PREÇO Nº 42/2023**

**MODALIDADE: INEXIGIBILIDADE Nº 92/2023**

**CONTRATANTE:** CIS - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE

**CONTRATADA:** POMIM MARQUES LABORATÓRIOS CLINICOS EIRELI- ME

**OBJETO:** CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURIDICA NA AREA DA SAUDE, CONFORME CHAMAMENTO PUBLICO Nº 08/2023, NA ESPECIALIDADE DE ANALISES CLINICAS

**VALOR TOTAL:** R\$ 5.669.157,29 (cinco milhões, seiscentos e sessenta e nove mil, cento e cinquenta e sete reais e vinte e nove centavos).

**DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:**

02.003.10.302.0002.2.010.3.3.90.39.00.00. - 1001 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

**VIGÊNCIA DO CONTRATO:** 20 de março de 2024.

**DATA DA ASSINATURA:** 13 de abril de 2023.

Ivaiporã, 13 de abril de 2023.

RENAN MENCK ROMANICHEN  
PRESIDENTE DO CIS

GUILHERME LUIZ POMIM MARQUES  
REPRESENTANTE LEGAL

**CIS IVAIPORÃ**  
Rua Professora Diva Proença, 500  
Ivaiporã - PR  
Fone: (43) 3472-0649 | 3472-1795

e-mail: licitacaocisivaipora@hotmail.com



# Diário Oficial <sup>2</sup>

## 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: 2023 / EDIÇÃO Nº 1158

Ivaiporã, Quinta-Feira, 13 de Abril de 2023



### GABINETE DO PREFEITO

### RATIFICAÇÃO

**PROCEDIMENTO DE LICITAÇÃO Nº 104/2023**

**Inexigibilidade Nº 93/2023**

**OBJETO: CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURIDICA NA AREA DA SAUDE, CONFORME CHAMAMENTO PUBLICO Nº 08/2023, NA ESPECIALIDADE DE GASTROENTEROLOGIA**

**Tendo em vista que a documentação referente à Inexigibilidade nº 93/2023 atende a todos os requisitos do artigo 74, I e IV c/c artigo 79, II, da Lei 14.133/2021;**

Considerando o parecer jurídico, o qual foi favorável a homologação da presente Inexigibilidade;

Com efeito, RATIFICO todas as formalidades legais e autorizo a Inexigibilidade nº 93/2023, para a contratação dos serviços supramencionado, com a empresa CLIN LISTER ATENDIMENTO MÉDICO HOSPITALAR LTDA, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 21.879.989/0001-25, no valor de R\$ 4.549.995,00 (quatro milhões, quinhentos e quarenta e nove mil, novecentos e noventa e cinco reais).

**PUBLIQUE-SE**

Ivaiporã-PR, 13 de abril de 2023.

**RENAN MENCK ROMANICHEN  
PRESIDENTE**

**CIS IVAIPORÃ**

Rua Professora Diva Proença, 500

Ivaiporã – PR

Fone: (43) 3472-0649 | 3472-1795

e-mail: licitacaocisivaipora@hotmail.com



# Diário Oficial <sup>3</sup>

## 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: 2023 / EDIÇÃO Nº 1158**

**Ivaiporã, Quinta-Feira, 13 de Abril de 2023**



### GABINETE DO PREFEITO

### RATIFICAÇÃO

**PROCEDIMENTO DE LICITAÇÃO Nº 105/2023**

**Inexigibilidade Nº 94/2023**

**OBJETO: CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS NA AREA DA SAUDE, CONFORME CHAMAMENTO PUBLICO Nº 08/2023, NA ESPECIALIDADE DE UROLOGIA E CONTRATO DE PROGRAMA Nº02/2023, FIRMADO COM O MUNICÍPIO DE JARDIM ALEGRE.**

**Tendo em vista que a documentação referente à Inexigibilidade nº 94/2023 atende a todos os requisitos do artigo 74, I e IV c/c artigo 79, II, da Lei 14.133/2021;**

Considerando o parecer jurídico, o qual foi favorável a homologação da presente Inexigibilidade;

**Com efeito, RATIFICO todas as formalidades legais e autorizo a Inexigibilidade nº 94/2023, para a contratação dos serviços supramencionado, com a empresa UROCLÍNICA - CLÍNICA UROLÓGICA DE IVAIPORÃ LTDA., inscrita no CNPJ/MF sob o nº 07.554.974/0001-66, no valor de R\$ 22.500,00 (vinte e dois mil e quinhentos reais).**

**PUBLIQUE-SE**

Ivaiporã-PR, 13 de abril de 2023.

**RENAN MENCK ROMANICHEN  
PRESIDENTE**

**CIS IVAIPORÃ**

Rua Professora Diva Proença, 500

Ivaiporã – PR

Fone: (43) 3472-0649 | 3472-1795

e-mail: licitacaocisivaipora@hotmail.com



# Diário Oficial <sup>4</sup>

## 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: 2023 / EDIÇÃO Nº 1158

Ivaiporã, Quinta-Feira, 13 de Abril de 2023



### TERMO DE RESCISÃO AO CONTRATO Nº 09/2023 INEXIGIBILIDADE Nº08/2023.

**OBJETO: CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURIDICA NA AREA DA SAUDE, CONFORME CHAMAMENTO PUBLICO Nº 02/2023, NA ESPECIALIDADE DE ULTRASSONOGRAFIA E OTORRINOLARINGOLOGIA.**

O **CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE**, situado na Rua Diva Proença, nº500, Centro, CEP: 86870-000, Ivaiporã PR, CNPJ 02.586.019/0001-97, a seguir denominado **CONTRATANTE**, neste ato representado por seu Presidente **Sr. RENAN MENCK ROMANICHEN**, portador da CI-RG nº 8.798.161-4, expedida pela SSP/PR, e inscrito no CPF sob o nº 059.071.679-47, residente e domiciliado na Rua Ernesto Ramos 328, Bairro Balsa Velha, em Candido de Abreu - PR, a seguir denominada **CONTRATADO**, **EMPRESA CORREA MENEGUETTI SERVIÇOS MEDICOS S/S**, pessoa jurídica de Direito Privado, sito à RUA CERQUEIRA CEZAR, 33, ZONA 04, em Maringá inscrita no **CNPJ Nº 36.162.449/0001-01**, representada pelo **Sr. ANDRÉ FRANCISCO CORREA MENEGUETTI**, inscrita no **CPF nº 078.534.219-23**, **RG nº 10.249.670-1 SSP/PR**, firmam o presente **TERMO DE RESCISÃO**, de acordo com as normas contidas na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e suas alterações, no que couber; mediante Cláusulas e Condições seguintes:

**RESOLVE**, nos termos do artigo 79 I, e com fundamento no descrito no artigo 78, XII, ambos da Lei 8666/93, **RESCINDIR UNILATERALMENTE** o contrato supra mencionado, a partir da publicação deste instrumento, não operando qualquer questionamento ou sanção por inadimplemento ou outras causas de não cumprimento de contratual, sendo exclusivamente por interesse público nos termos expressos.

A presente rescisão foi realizada respeitando as disposições da Lei 8.666, de 21 de junho de 1993 e alterações posteriores, devendo ser publicada para que surta os efeitos legais pertinentes, devendo ser enviada cópia da rescisão à contratada.

Ivaiporã, 13 de ABRIL de 2023.

**RENAN MENCK ROMANICHEN**  
Presidente



# Diário Oficial <sup>5</sup>

## 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: 2023 / EDIÇÃO Nº 1158

Ivaiporã, Quinta-Feira, 13 de Abril de 2023



### TERMO DE RESCISÃO AO CONTRATO Nº 26/2023 INEXIGIBILIDADE Nº24/2023.

**OBJETO: CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURIDICA NA AREA DA SAUDE, CONFORME CHAMAMENTO PUBLICO Nº 02/2023, NA ESPECIALIDADE DE GASTROENTEROLOGIA.**

O **CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE**, situado na Rua Diva Proença, nº500, Centro, CEP: 86870-000, Ivaiporã PR, CNPJ 02.586.019/0001-97, a seguir denominado CONTRATANTE, neste ato representado por seu Presidente **Sr. RENAN MENCK ROMANICHEN**, portador da CI-RG nº 8.798.161-4, expedida pela SSP/PR, e inscrito no CPF sob o nº 059.071.679-47, residente e domiciliado na Rua Ernesto Ramos 328, Bairro Balsa Velha, em Candido de Abreu - PR, a seguir denominada CONTRATADO, **J.A.PEREIRA NETTO - CLINICA MEDICA - ME**, pessoa jurídica de Direito Privado, inscrita no **CNPJ Nº 23.531.802/0001-23**, sito à RUA CORIFEU DE AZEVEDO MARQUES, 269, CENTRO, em SÃO JOÃO DO IVAÍ, representada pelo **Sr. JOSÉ ANTONIO PEREIRA NETTO**, inscrita no **CPF nº 009.461.359-16**, **RG nº 8.070.9374 SSP/PR**, firmam o presente **TERMO DE RESCISÃO**, de acordo com as normas contidas na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e suas alterações, no que couber; mediante Cláusulas e Condições seguintes:

**RESOLVE**, nos termos do artigo 79 I, e com fundamento no descrito no artigo 78, XII, ambos da Lei 8666/93, **RESCINDIR UNILATERALMENTE** o contrato supra mencionado, a partir da publicação deste instrumento, não operando qualquer questionamento ou sanção por inadimplemento ou outras causas de não cumprimento de contratual, sendo exclusivamente por interesse público nos termos expressos.

A presente rescisão foi realizada respeitando as disposições da Lei 8.666, de 21 de junho de 1993 e alterações posteriores, devendo ser publicada para que surta os efeitos legais pertinentes, devendo ser enviada cópia da rescisão à contratada.

Ivaiporã, 13 de ABRIL de 2023.

**RENAN MENCK ROMANICHEN**  
Presidente



# Diário Oficial <sup>6</sup>

## 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: 2023 / EDIÇÃO Nº 1158

Ivaiporã, Quinta-Feira, 13 de Abril de 2023



### RESOLUÇÃO Nº 15/2023

**SÚMULA: “Altera valores de procedimentos na tabela CIS e torna pública a tabela atualizada, e dá outras providências”.**

O PRESIDENTE DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA 22ª REGIONAL DE SAÚDE DE IVAIPORÃ, ESTADO DO PARANÁ, **RENAN MENCK ROMANICHEN**, no uso de suas atribuições que lhe são conferidas pelo Estatuto da Entidade,

CONSIDERANDO que o Cresems da 22ª Regional de Ivaiporã/PR deliberou em reunião realizada na data de 11 de de abril de 2023 acerca do aumento dos valores dos procedimentos de inserção de DIU e inserção de implantante subcutâneo, tendo em vista que os valores dos referidos procedimentos acompanham os valores pagos à título de consulta médica, os quais foram aumentados por ocasião da assembleia de prefeitos realizada em data de 10 de março de 2023, edita-se a seguinte:

### RESOLUÇÃO:

**Art. 1º.** Altera os valores dos procedimentos de INSERÇÃO DE DIU – INSUMO NÃO INCLUSO E A SER FORNECIDO PELO MUNICIPIO (Código CIS 77.7) e INSERÇÃO DE IMPLANTE SUBCUTANEO - INSUMO NÃO INCLUSO E A SER FORNECIDO PELO MUNICIPIO (Código CIS 77.8), que passam a ser R\$ 70,00 (setenta reais), tornando pública a tabela de valores atualizada de todos os procedimentos, consultas e exames praticados pela entidade, conforme anexo I, desta Resolução, que trata da consolidação da tabela vigente do Consórcio, para que surta os efeitos legais.

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

Edifício do Consórcio Intermunicipal de Saúde da 22ª RS de Ivaiporã, Estado do Paraná, no dia 12 de abril de 2023.

**RENAN MENCK ROMANICHEN**  
PRESIDENTE DO CIS





# Diário Oficial

7

## 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: 2023 / EDIÇÃO Nº 1158

Ivaiporã, Quinta-Feira, 13 de Abril de 2023



ANEXO I

TABELA DE VALORES CIS IVAIPORÁ 2023

CÓDIGO CIS	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇO	VALOR DENTRO DO CIS	VALOR CLÍNICAS
	<b>CONSULTAS ESPECIALIZADAS /EXAMES</b>		
1.0	<b>ALERGOLOGIA</b>		
1.1	CONSULTAS	R\$ 70,00	R\$ 70,00
2.0	<b>ANESTESIOLOGIA</b>		
2.1	CONSULTAS E AVALIAÇÃO	R\$ 70,00	R\$ 70,00
3.0	<b>CARDIOLOGIA</b>		
3.1	CONSULTAS	R\$ 70,00	R\$ 70,00
4.0	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS</b>		
4.1	ECOCARDIOGRAFIA BIDIMENSIONAL COM OU SEM DOPPLER		R\$ 160,00
4.2	ELETROCARDIOGRAMA COM LAUDO (REALIZADO PELO MÉDICO)	R\$ 20,00	R\$ 30,00
4.3	RISCO CIRÚRGICO (ECG COM LAUDO + RISCO CIRÚRGICO)		R\$ 100,00
4.4	TESTE DE ESFORÇO / ERGOMÉTRICO (INCLUINDO ECG)		R\$ 180,00
4.5	HOLTER 24 HORAS		R\$ 100,00
4.6	MAPA (PRESSÃO ARTERIAL 24 HORAS)		R\$ 180,00
5.0	<b>CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO</b>		
5.1	CONSULTAS	R\$ 70,00	R\$ 70,00
6.0	<b>CIRURGIA CARDÍACA</b>		
6.1	CONSULTAS	R\$ 70,00	R\$ 70,00
7.0	<b>CIRURGIA GERAL</b>		
7.1	CONSULTAS	R\$ 70,00	R\$ 70,00
8.0	<b>CIRURGIA PLÁSTICA</b>		
8.1	CONSULTAS	R\$ 70,00	R\$ 70,00
9.0	<b>CIRURGIA TÓRAX</b>		
9.1	CONSULTAS	R\$ 70,00	R\$ 70,00
10.0	<b>CIRURGIA VASCULAR</b>		
10.1	CONSULTAS	R\$ 70,00	R\$ 70,00
11.0	<b>DERMATOLOGIA</b>		
11.1	CONSULTAS	R\$ 70,00	R\$ 70,00
12.0	<b>ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA</b>		
12.1	CONSULTAS	R\$ 70,00	R\$ 70,00
13.0	<b>GASTROENTEROLOGIA</b>		
13.1	CONSULTAS	R\$ 70,00	R\$ 70,00
14.0	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS</b>		
14.1	RETOSIGMOIDOSCOPIA		R\$ 137,11
14.2	COLONOSCOPIA		R\$ 397,00
14.3	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EDA)		R\$ 247,00
14.4	POLIPECTOMIA		R\$ 90,00
15.0	<b>GERIATRIA</b>		
15.1	CONSULTAS	R\$ 70,00	R\$ 70,00
16.0	<b>GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA</b>		
16.1	CONSULTAS GINECOLOGIA	R\$ 70,00	R\$ 70,00
16.2	CONSULTAS OBSTÉTRICA	R\$ 70,00	R\$ 70,00
17.0	<b>HEMATOLOGIA</b>		
17.1	CONSULTAS	R\$ 70,00	R\$ 70,00
18.0	<b>INFECTOLOGIA</b>		
18.1	CONSULTAS	R\$ 70,00	R\$ 70,00
19.0	<b>MASTOLOGISTA</b>		
19.1	CONSULTAS	R\$ 70,00	R\$ 70,00
20.0	<b>NEFROLOGIA</b>		
20.1	CONSULTAS	R\$ 70,00	R\$ 70,00
21.0	<b>NEUROLOGIA</b>		





# Diário Oficial

8

## 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: 2023 / EDIÇÃO Nº 1158

Ivaiporã, Quinta-Feira, 13 de Abril de 2023



21.1	CONSULTAS NEUROCIRURGIA	R\$ 70,00	R\$ 70,00
21.2	CONSULTAS NEUROPEDIATRIA	R\$ 70,00	R\$ 70,00
21.3	CONSULTAS NEUROLOGIA CLÍNICA	R\$ 70,00	R\$ 70,00
21.4	CONSULTAS NEUROPEDIATRIA/NEUROLOGIA INFANTIL – CONSULTA REFERENCIADA	R\$115,00	R\$115,00
21.5	CONSULTAS DE NEUROPSICÓLOGO	R\$ 70,00	R\$ 70,00
22.0	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS</b>		
22.1	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMII		R\$ 400,00
22.2	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS		R\$ 400,00
22.3	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS E MMII		R\$ 800,00
22.4	ELETRONEUROGRAMA DE ROTINA		R\$ 39,60
22.5	ELETRONEUROGRAMA EM VIGÍLIA/ SONO ESPONTÂNEO OU INDUZIDO		R\$ 79,20
22.6	ELETRONEUROGRAMA QUANTITATIVO (MAPEAMENTO)		R\$ 95,00
22.7	LAUDO DE ELETRONEUROGRAMA (TELEMEDICINA)		R\$ 10,00
22.8	LAUDO DE ELETRONEUROGRAMA COM MAPEAMENTO (TELEM)		R\$ 22,00
23.0	<b>OTOLAMOLOGIA</b>		
23.1	CONSULTAS	R\$ 70,00	R\$ 70,00
23.2	CONSULTA OTOLÓGICA + TONOMETRIA+ MAPEAMENTO DE RETINA+ TESTE ORTOPTICO – PROJETO BOA VISÃO	R\$ 70,00	R\$ 70,00
23.3	CONSULTA + EXAME DE TONOMETRIA + CERATOMETRIA	R\$45,00	
24.0	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS</b>		
24.1	BIOMETRIA ULTRASSONICA (BINOCULAR)		R\$ 66,00
24.2	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL		R\$13,42
24.3	BIOMICROSCOPIA		R\$12,34
24.4	MAPEAMENTO DE RETINA		R\$24,24
24.5	CURVA TENSIONAL DIARIA		R\$ 49,50
24.6	GONIOSCOPIA (BINOCULAR)		R\$ 20,00
24.7	MAPEAMENTO DE RETINA (MONOCULAR)		R\$ 24,24
24.8	RETINOGRAFIA COLORIDA (MONOCULAR)		R\$ 16,50
24.9	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA (BINOCULAR)		R\$ 49,50
24.10	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÔRNEA (BINOCULAR)		R\$ 41,25
24.11	TESTE ORTOPTICO (BINOCULAR)		R\$ 12,34
24.12	TESTE DE ADAPTAÇÃO DE LENTE DE CONTATO (BINOCULAR)		R\$ 30,00
24.13	MEDIDA DE OFUSCAMENTO DE CONTRASTE (BINOCULAR)		R\$ 26,40
24.14	EPILAÇÃO DE CÍLIOS (MONOCULAR)		R\$ 21,60
24.15	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO (MONOCULAR)		R\$ 28,80
24.16	TONOMETRIA (BINOCULAR)		R\$ 12,34
24.17	TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO		R\$ 400,00
24.18	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA – OCT (MONOCULAR)		R\$ 200,00
24.19	CAPSULOTOMIA YAG LASER (MONOCULAR)		R\$ 200,00
24.20	PAN FOTOCOAGULAÇÃO (MONOCULAR)		R\$ 200,00
24.21	CAMPIMETRIA (MONOCULAR)		R\$ 120,00
24.22	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA (MONOCULAR)		R\$ 36,36
25.0	<b>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>		
25.1	CONSULTAS	R\$ 70,00	R\$ 70,00
26.0	<b>OTORRINOLARINGOLOGIA</b>		
26.1	CONSULTAS	R\$ 70,00	R\$ 70,00
27.0	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS</b>		
27.1	VIDEONASOFIBROSCOPIA		R\$ 50,00
27.2	VECTOELETRONISTAGMOGRAFIA COMPUTADORIZADA		R\$ 200,00
27.3	AUDIOMETRIA TONAL	SUS	-
28.4	IMPEDÂNCIOMETRIA	SUS	-
28.5	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO - BERA	SUS	-
28.6	EMISSIONES OTOACUSTICAS EVOCADAS PARA TRIAGEM AUDITIVA (TESTE DA ORELHINHA)	SUS	R\$ 33,77





# Diário Oficial <sup>9</sup>

## 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: 2023 / EDIÇÃO Nº 1158

Ivaiporã, Quinta-Feira, 13 de Abril de 2023



28.7	CAUTERIZAÇÃO NASAL		R\$ 50,00
28.9	TAMPONAMENTO NASAL ANTERO/POSTERIOR		R\$ 150,00
28.10	TESTES ACUMÉTRICOS		R\$ 41,25
28.11	TESTES VESTIBULARES E OTONEUROLÓGICOS		R\$ 41,25
28.12	MANOBRAS DE REABILITAÇÃO VESTIBULARES		R\$ 60,00
28.13	REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO EM OUVIDO, FARINGE, LARINGE, NARIZ.		R\$ 60,00
28.14	TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR		R\$ 150,00
28.15	VIDEOLARINGOSCOPIA		R\$ 80,00
28.16	NASOFIBROSCOPIA / ENDOSCOPIA NASAL		R\$ 37,80
28.17	DRENAGEM DE ABSCESSO EM ORELHA / OTOHEMATOMA		R\$ 150,00
28.18	CORREÇÃO CIRURGIA DE LESÃO EM LÓBULO DE ORELHA		R\$ 150,00
28.19	FRENECTOMIA		R\$ 80,00
28.20	ESTUDO TOPO DIAGNÓSTICO DE PARALISIA FACIAL		R\$ 90,00
28.21	PROVA DE FUNÇÃO TUBÁRIA		R\$ 14,17
28.22	MIRINGOTOMIA UNILATERAL		R\$ 28,80
28.23	ASPIRAÇÃO DE OUVIDO		R\$ 50,00
28.24	REMOÇÃO - CURETAGEM DE CERUME		R\$ 50,00
28.25	TESTE ALÉRGICO (CUTÂNEO)		R\$ 150,00
29.0	<b>PNEUMOLOGIA</b>		
29.1	CONSULTAS PNEUMOLOGISTA	R\$ 70,00	R\$ 70,00
29.2	CONSULTAS PNEUMOPEDIATRIA	R\$ 70,00	R\$ 70,00
30.0	<b>EXAMES REALIZADOS</b>		
30.1	ESPIROMETRIA		R\$ 90,00
30.2	BRONCOSCOPIA		R\$ 250,00
31.0	<b>PROCTOLOGIA</b>		
31.1	CONSULTAS	R\$ 70,00	R\$ 70,00
32.0	<b>PSIQUIATRIA</b>		
32.1	CONSULTAS	R\$ 70,00	R\$ 70,00
33.0	<b>REUMATOLOGIA</b>		
33.1	CONSULTAS	R\$ 70,00	R\$ 70,00
34.0	<b>UROLOGIA</b>		
34.1	CONSULTAS	R\$ 70,00	R\$ 70,00
35.0	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS</b>		
35.1	CISTOSCOPIA		R\$ 180,00
35.2	UROTROCISTOGRAFIA		R\$ 180,00
35.3	UROGRAFIA VENOSA		R\$ 120,00
35.4	UROFLUXOMETRIA		R\$ 100,00
35.5	URODINÂMICA		R\$ 220,00

### OUTRAS CLASSIFICAÇÕES DE CONSULTA MÉDICA

36.0	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR
36.1	CONSULTA MÉDICA COM ENFASE EM ESPECIALIDADES (CLÍNICO GERAL, COM ESPECIALIDADE PRETENDIDA QUE CONTENHA NO MÍNIMO CARGA HORÁRIO DE 360 HORAS COM CURSO RECONHECIDO)	R\$ 50,00
36.2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA (AMBULATÓRIO MÉDICO ESCOLA)	R\$38,00





# Diário Oficial

10

## 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: 2023 / EDIÇÃO Nº 1158

Ivaiporã, Quinta-Feira, 13 de Abril de 2023



### SERVIÇOS MULTIPROFISSIONAIS

37.0	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR
37.1	ATENDIMENTOS EM FISIOTERAPIA POR SESSÃO	R\$ 30,00
37.2	SESSÃO DE ACUPUNTURA COM INSERÇÃO DE AGULHAS	R\$ 25,00
37.3	SESSÃO DE ACUPUNTURA COM APLICAÇÃO DE VENTOSAS	R\$ 19,00
37.4	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INDIVIDUAL HABILITAÇÃO E REABILITAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NAS ÁREAS DE LINGUAGEM, MOTRICIDADE OROFACIAL, VOZ E AUDIÇÃO Idade Mínima: 0 meses Idade Máxima: 130 anos	R\$ 30,00
37.5	CONSULTA / ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO	R\$ 30,00
37.6	CONSULTA / ACOMPANHAMENTO NUTRICIONISTA	R\$ 30,00
37.7	PLANTÃO TÉCNICO DE RADIOLOGIA – 04 HRS	R\$ 128,54

### SERVIÇOS MÉDICOS HOSPITALAR

38.0	PROCEDIMENTOS MÉDICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	VALOR
38.1	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM HORÁRIOS DIFERENCIADOS/ HOSPITALAR	R\$ 100,00
38.2	CONSULTA OFTALMOLOGISTA ACOMPANHADAS DE EXAMES/PROCEDIMENTOS COMPLEMENTARES, ATENDIDOS EM HORÁRIOS DIFERENCIADOS/ HOSPITALAR.	R\$ 100,00
39.0	PROCEDIMENTOS / DIAGNOSTICO SAÚDE DO HOMEM/ MULHER	VALOR
39.1	PUNÇÃO DE MAMA C/ AGULHA GROSSA / CORE BIOPSY ORIENTADA POR LTRASSONOGRAFIA+ANATOMOPATOLÓGICO (ÚTERO E MAMA)	R\$ 400,00
39.2	COLPOSCOPIA COM RETIRADA DE MATERIAL PARA CAUTERIZAÇÃO	R\$ 300,00
39.3	CAF CIRURGIA DE ALTA FREQUÊNCIA (CUTINIZAÇÃO C/ ANATOMO)	R\$ 420,00
39.4	BIÓPSIA DE PRÓSTATA GUIADA POR ULTRASSOM (COM ANATOMOPATOLÓGICO)	R\$ 500,00
39.5	EXCERSE DE NÓDULO DE MAMA COM ANATOMO	R\$ 500,00
39.6	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE AGULHA GROSSA TIREÓIDE (COM CITOLOGIA)	R\$ 500,00
39.7	PUNÇÃO DE AGULHA FINA (PAAF) TIREÓIDE (COM CITOLOGIA)	R\$ 500,00
39.8	PUNÇÃO ASPIRATIVA COM AGULHA FINA (MAMA, E OUTROS)	R\$ 500,00
39.9	CAUTERIZAÇÃO GINECOLÓGICA (COLO, ÚTERO, PAREDE VAGINAL, E VAGINA EXTERNA)	R\$ 300,00
40.0	PLANTÃO MÉDICO HOSPITALAR – EXCLUSIVO CIRÚRGICO EM HPP	VALOR
40.1	PLANTÃO MÉDICO EM CIRURGIA GERAL – 12 HORAS	R\$ 2.250,00
40.2	PLANTÃO GASTROENTEROLOGISTA – 12 HORAS	R\$ 2.250,00
40.3	PLANTÃO OTORRINOLARINGOLOGIA – 12 HORAS	R\$ 2.250,00
40.4	PLANTÃO MÉDICO EM GINECOLOGIA -12 HORAS	R\$ 2.250,00
40.5	PLANTÃO MÉDICO EM OBSTETRICIA -12 HORAS	R\$ 2.250,00
40.6	PLANTÃO MÉDICO VASCULAR – 12 HORAS	R\$ 2.250,00
40.7	PLANTÃO MÉDICO UROLOGIA - 12 HORAS	R\$ 2.250,00
40.8	PLANTÃO MÉDICO ORTOPEDIA - 12 HORAS	R\$ 2.250,00
40.9	PLANTÃO MÉDICO PEDIATRIA - 12 HORAS	R\$ 2.250,00
40.10	PLANTÃO MÉDICO EM ANESTESIOLOGIA -12 HORAS	R\$ 1.450,00

### SERVIÇOS CIRURGIAS ELETIVAS





# Diário Oficial

11

## 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: 2023 / EDIÇÃO Nº 1158

Ivaiporã, Quinta-Feira, 13 de Abril de 2023



RELAÇÃO DE CIRURGIA/ PROCEDIMENTO ELETIVO COM 150% DE COMPLEMENTO X SIGTAP ( INCLUI SERVIÇO HOSPITALAR, PROFISSIONAL CIRURGIÃO E ANESTESISTA)				
41.0	PROCEDIMENTO	Valor SIGTAP	Complemento 150%	Valor Total
41.1	TRATAMENTO CIRURGICO DE GRAVIDEZ ECTOPICA	R\$ 459,18	R\$ 688,77	R\$ 1.147,95
41.2	POSTECTOMIA	R\$ 219,12	R\$ 328,68	R\$ 547,80
41.3	PLÁSTICA DE FREIO BÁLANO PREPUICIAL	R\$ 34,10	R\$ 51,15	R\$ 85,25
41.4	POSPADIA POR ESTAGIO TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 372,96	R\$ 559,44	R\$ 932,40
41.5	EPISPADIA POR ETAPA	R\$ 388,21	R\$ 582,32	R\$ 970,53
41.6	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	R\$ 360,07	R\$ 540,11	R\$ 900,18
41.7	BIOPSIA DO FIGADO POR PUNÇÃO	R\$ 71,15	R\$ 106,73	R\$ 177,88
41.8	TRATAMENTO CIRURGICO DE SINDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEOP-FIBROSO AO NIVEL DO CARPO	R\$ 347,62	R\$ 521,43	R\$ 869,05
41.9	ADENOIDECTOMIA	R\$ 348,18	R\$ 522,27	R\$ 870,45
41.10	AMIGDALECTOMIA	R\$ 306,57	R\$ 459,86	R\$ 766,43
41.11	TIMPANOPLASTIA (UNI / BILATERAL)	R\$ 618,15	R\$ 927,23	R\$ 1.545,38
41.12	SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	R\$ 247,46	R\$ 371,19	R\$ 618,65
41.13	SEPTOPLASTIA REPARADORA NÃO ESTÉTICA	R\$ 213,75	R\$ 320,63	R\$ 534,38
41.14	TURBINECTOMIA	R\$ 315,65	R\$ 473,48	R\$ 789,13
41.15	CORRECAO CIRURGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MUSCULOS)	R\$ 1.160,45	R\$ 1.740,68	R\$ 2.901,13
41.16	CORRECAO CIRURGICA DO ESTRABISMO (ATE 2 MUSCULOS)	R\$ 1.160,45	R\$ 1.740,68	R\$ 2.901,13
41.17	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (BILATERAL)	R\$ 582,04	R\$ 873,06	R\$ 1.455,10
41.18	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	R\$ 483,37	R\$ 725,06	R\$ 1.208,43
41.19	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	R\$ 254,12	R\$ 381,18	R\$ 635,30
41.20	HEMORROIDECTOMIA	R\$ 315,94	R\$ 473,91	R\$ 789,85
41.21	COLECISTECTOMIA	R\$ 695,77	R\$ 1.043,66	R\$ 1.739,43

41.22	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 693,05	R\$ 1.039,58	R\$ 1.732,63
-------	------------------------------------	------------	--------------	--------------





# Diário Oficial

12

## 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: 2023 / EDIÇÃO Nº 1158

Ivaiporã, Quinta-Feira, 13 de Abril de 2023



41.23	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA	R\$ 559,87	R\$ 839,81	R\$ 1.399,68
41.24	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	R\$ 539,92	R\$ 809,88	R\$ 1.349,80
41.25	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	R\$ 426,02	R\$ 639,03	R\$ 1.065,05
41.26	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	R\$ 445,51	R\$ 668,27	R\$ 1.113,78
41.27	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	R\$ 416,43	R\$ 624,65	R\$ 1.041,08
41.28	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)	R\$ 295,75	R\$ 443,63	R\$ 739,38
41.29	TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO SUPERIOR	R\$ 194,89	R\$ 292,34	R\$ 487,23
41.30	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO	R\$ 241,15	R\$ 361,73	R\$ 602,88
41.31	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO QUADRIL NÃO CIMENTADA / HÍBRIDA	R\$ 1.214,72	R\$ 1.822,08	R\$ 3.036,80
41.32	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO JOELHO	R\$ 1.154,84	R\$ 1.732,26	R\$ 2.887,10
41.33	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	R\$ 1.602,18	R\$ 2.403,27	R\$ 4.005,45
41.34	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HALUX VALGUS C/ OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO	R\$ 355,81	R\$ 533,72	R\$ 889,53
41.35	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	R\$ 332,26	R\$ 498,39	R\$ 830,65
41.36	RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL	R\$ 91,49	R\$ 137,24	R\$ 228,73
41.37	NEFRECTOMIA PARCIAL	R\$ 841,74	R\$ 1.262,61	R\$ 2.104,35
41.38	NEFRECTOMIA TOTAL	R\$ 853,65	R\$ 1.280,48	R\$ 2.134,13
41.39	NEFROSTOMIA C/ OU S/ DRENAGEM	R\$ 650,27	R\$ 975,41	R\$ 1.625,68
41.40	NEFROSTOMIA PERCUTANEA	R\$ 600,47	R\$ 900,71	R\$ 1.501,18
41.41	RESSECCAO ENDOSCOPICA DE PROSTATA	R\$ 594,68	R\$ 892,02	R\$ 1.486,70
41.42	VASECTOMIA	R\$ 306,47	R\$ 459,71	R\$ 766,18
41.43	CERCLAGEM DE COLO DO UTERO	R\$ 178,01	R\$ 267,02	R\$ 445,03
41.44	HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)	R\$ 460,08	R\$ 690,12	R\$ 1.150,20
41.45	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	R\$ 770,70	R\$ 1.156,05	R\$ 1.926,75
41.46	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	R\$ 546,04	R\$ 819,06	R\$ 1.365,10
41.47	HISTERECTOMIA TOTAL	R\$ 634,03	R\$ 951,05	R\$ 1.585,08





# Diário Oficial

13

## 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: 2023 / EDIÇÃO Nº 1158

Ivaiporã, Quinta-Feira, 13 de Abril de 2023



41.48	HISTERECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 464,61	R\$ 696,92	R\$ 1.161,53
41.49	LAQUEADURA TUBARIA	R\$ 339,02	R\$ 508,53	R\$ 847,55
41.50	FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR RIGIDA	R\$ 651,60	R\$ 977,40	R\$ 1.629,00
41.51	FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL	R\$ 771,60	R\$ 1.157,40	R\$ 1.929,00

RELAÇÃO DE CIRURGIA/ PROCEDIMENTO ELETIVO COM 150% DE COMPLEMENTO X SIGTAP - SERVIÇOS PROFISSIONAIS –HPP VALOR				
Especialidade cirúrgica: CIRURGIA GERAL				
42.0	PROCEDIMENTO	Valor SIGTAP (Profissional)	Complemento 150%	Valor Total
42.1	HEMORROIDECTOMIA	R\$ 124,94	R\$ 187,41	R\$ 312,35
42.2	COLECISTECTOMIA	R\$ 248,61	R\$ 372,92	R\$ 621,53
42.3	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 171,78	R\$ 257,67	R\$ 429,45
42.4	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA	R\$ 150,08	R\$ 225,12	R\$ 375,20
42.5	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	R\$ 80,65	R\$ 120,98	R\$ 201,63
42.6	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	R\$ 147,69	R\$ 221,54	R\$ 369,23
42.7	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	R\$ 146,99	R\$ 220,49	R\$ 367,48
42.8	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	R\$ 146,96	R\$ 220,44	R\$ 367,40
42.9	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	R\$ 137,40	R\$ 206,10	R\$ 343,50
42.10	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	R\$ 136,44	R\$ 204,66	R\$ 341,10
42.11	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	R\$ 258,80	R\$ 388,20	R\$ 647,00
42.12	HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)	R\$ 183,41	R\$ 275,12	R\$ 458,53
42.13	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	R\$ 190,94	R\$ 286,41	R\$ 477,35
42.14	HISTERECTOMIA TOTAL	R\$ 221,71	R\$ 332,57	R\$ 554,28
42.15	HISTERECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 185,11	R\$ 277,67	R\$ 462,78
42.16	LAQUEADURA TUBARIA	R\$ 138,97	R\$ 208,46	R\$ 347,43
42.17	POSTECTOMIA	R\$ 121,40	R\$ 182,10	R\$ 303,50
Especialidade cirúrgica: OTORRINOLARINGOLOGIA				
43.0	PROCEDIMENTO	Valor SIGTAP (Profissional)	Complemento 150%	Valor Total
43.1	ADENOIDECTOMIA	R\$ 179,05	R\$ 268,58	R\$ 447,63
43.2	AMIGDALECTOMIA	R\$ 157,65	R\$ 236,48	R\$ 394,13
43.3	SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	R\$ 75,87	R\$ 113,81	R\$ 189,68
43.4	SEPTOPLASTIA REPARADORA NÃO ESTÉTICA	R\$ 73,32	R\$ 109,98	R\$ 183,30
43.5	TIMPANOPLASTIA (UNI / BILATERAL)	R\$ 322,83	R\$ 484,25	R\$ 807,08
43.6	TURBINECTOMIA	R\$ 132,01	R\$ 198,02	R\$ 330,03
Especialidade cirúrgica: VASCULAR				
44.0	PROCEDIMENTO	Valor SIGTAP (Profissional)	Complemento 150%	Valor Total





# Diário Oficial

14

## 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: 2023 / EDIÇÃO Nº 1158

Ivaiporã, Quinta-Feira, 13 de Abril de 2023



44.1	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (BILATERAL)	R\$ 400,40	R\$ 600,60	R\$ 1.001,00
44.2	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	R\$ 301,73	R\$ 452,60	R\$ 754,33
44.3	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	R\$300,78	R\$451,17	R\$751,95
44.4	AMPUTAÇÃO/DESARTICULAÇÃO (DEDO ATÉ O PÉ, TRANSTIBIAL, TRANSFEMURAL)	R\$338,03	R\$507,05	R\$845,08
44.5	DEBRIDAMENTO DE ULCERA/DE TECIDOS DESVITALIZADOS	R\$543,08	814,62	R\$1.357,70
<b>ESPECIALIDADE UROLOGIA</b>				
<b>45.0</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>Valor SIGTAP (Profissional)</b>	<b>Complemento 150%</b>	<b>Valor Total</b>
45.1	NEFROLITOTOMIA PERCUTANEA	R\$801,50	R\$1202,25	R\$2003,75
45.2	INSTALAÇÃO E RETIRADA ENDOSCOPICA DE CATETER DUPLO J	R\$218,68	R\$328,02	R\$546,70

### SERVIÇOS RADIOLOGIA MÉDICA

45.0	MEDICINA NUCLEAR	VALOR
45.1	DENSITOMETRIA ÓSSEA ATÉ 2 SEGMENTOS	R\$ 150,00
45.2	DENSITOMETRIA ÓSSEA COLUNA LOMBAR 2 SEGMENTOS	R\$ 150,00
45.3	DENSITOMETRIA ÓSSEA DUO-ENERGÉTICA (VERT. LOMBARES)	R\$ 150,00
45.4	DENSITOMETRIA ÓSSEA CORPO TODO	R\$ 150,00
45.5	ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL	R\$ 500,00
45.6	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	R\$ 500,00
45.7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA/COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 180,00
45.8	TOMOGRAFIA COMP. DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE.	R\$ 180,00
45.9	TOMOGRAFIA COMP. DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE.	R\$ 180,00
45.10	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES	R\$ 180,00
45.11	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO (PARTES MOLES, LARINGE, TIROIDE OU PARA TIROIDE) C/ CONTRASTE.	R\$ 250,00
45.12	TOMOGRAFIA DACRIOCISTOGRAFIA.	R\$ 200,00
45.13	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA OU ORBITAS	R\$ 180,00
45.14	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO C/ CONTRASTE	R\$ 180,00
45.15	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MASTOIDE OU ORELHAS	R\$ 200,00
45.16	TOMOGRAFIA COMP. DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR.	R\$ 200,00
45.17	TOMOGRAFIA COMP. DE SEGMENTOS APENDICULARES.	R\$ 200,00
45.18	TOMOGRAFIA COMP. DE TORAX COM OU S/ CONTRASTE.	R\$ 250,00
45.19	TOMOGRAFIA DE HEMITORAX / MEDIASTINO (POR PLANO)	R\$ 200,00
45.20	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN C/ CONTRASTE	R\$ 315,00
45.21	TOMOGRAFIA COMP. DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR.	R\$ 240,00
45.22	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Pelve / BACIA	R\$ 250,00
45.23	ANGIOTOMOGRAFIA	R\$ 450,00
45.24	TOMOGRAFIA ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 250,00
45.25	TOMOGRAFIA DE CARÓTIDAS	R\$ 450,00
45.26	TOMOGRAFIA PESCOÇO (PARTES MOLES, LARINGE, TIREÓIDE E FARINGE)	R\$ 250,00
45.27	TOMOGRAFIA RENAL	R\$ 450,00
45.28	TOMOGRAFIA UROTOMOGRAFIA	R\$ 450,00
45.29	MAMOGRAFIA BILATERAL	R\$ 80,00





# Diário Oficial

15

## 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: 2023 / EDIÇÃO Nº 1158

Ivaiporã, Quinta-Feira, 13 de Abril de 2023



45.30	PROCEDIMENTO DE ANESTESIA EM EXAMES DE RESSONANCIA MAGNETICA EM QUE EXIGE SEDAÇÃO.	R\$ 300,00
45.31	RESSONANCIA CARDIACA MORFOLOGICA E FUNCIONAL	R\$903,13
45.32	RESSONANCIA DE ABDOMEN TOTAL DE CRIANÇAS COM SEDAÇÃO	R\$1.800,00

46.0	RAIO – X - COM LAUDOS	VALOR
46.1	DACRIOCISTOGRAFIA	R\$ 40,00
46.2	PLANIGRAFIA DE LARINGE	R\$ 40,00
46.3	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	R\$ 40,00
46.4	RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS)	R\$ 40,00
46.5	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	R\$ 40,00
46.6	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	R\$ 40,00
46.7	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIGUA / BRETTON + HIRTZ)	R\$ 40,00
46.8	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	R\$ 40,00
46.9	RADIOGRAFIA DE LARINGE	R\$ 40,00
46.10	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)	R\$ 40,00
46.11	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)	R\$ 40,00
46.12	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 30,00
46.13	RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (E CORPO ESTRANHO)	R\$ 40,00
46.14	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL)	R\$ 30,00
46.15	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 30,00
46.16	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON)	R\$ 40,00
46.17	MIEOGRAFIA	R\$ 40,00
46.18	PLANIGRAFIA DE COLUNA VERTEBRAL	R\$ 40,00
46.19	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + OBLIQUAS)	R\$ 30,00
46.20	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	R\$ 30,00
46.21	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA	R\$ 40,00
46.22	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 40,00
46.23	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS e SEL)	R\$ 40,00
46.24	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA	R\$ 40,00
46.25	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	R\$ 40,00
46.26	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA	R\$ 40,00
46.27	SIALOGRAFIA (POR GLANDULA)	R\$ 40,00
46.28	RADIOGRAFIA DE CORACAO VASOS DA BASE (PA / LATERAL+ OBLIQUA)	R\$ 40,00
46.29	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL)	R\$ 40,00
46.30	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	R\$ 40,00
46.31	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	R\$ 40,00
46.32	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	R\$ 30,00
46.33	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)	R\$ 40,00
46.34	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA)	R\$ 30,00
46.35	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRACAO + EXPIRACAO + LATERAL)	R\$ 30,00
46.36	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 30,00
46.37	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	R\$ 30,00
46.38	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	R\$ 30,00
46.39	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	R\$ 30,00
46.40	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	R\$ 30,00
46.41	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	R\$ 30,00
46.42	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	R\$ 30,00



# Diário Oficial

16

## 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: 2023 / EDIÇÃO Nº 1158

Ivaiporã, Quinta-Feira, 13 de Abril de 2023



46.43	RADIOGRAFIA DE BRACO	R\$ 30,00
46.44	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	R\$ 30,00
46.45	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R\$ 40,00
46.46	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO	R\$ 40,00
46.47	RADIOGRAFIA DE MAO	R\$ 40,00
46.48	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	R\$ 40,00
46.49	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES)	R\$ 40,00
46.50	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 40,00
46.51	CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE	R\$ 40,00
46.52	COLANGIOGRAFIA PER-OPERATORIA	R\$ 40,00
46.53	COLANGIOGRAFIA POS-OPERATORIA	R\$ 40,00
46.54	DUODENOGRAFIA HIPOTONICA	R\$ 40,00
46.55	FISTULOGRAFIA	R\$ 40,00
46.56	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	R\$ 380,00
46.57	PIELOGRAFIA ANTEROGRADA PERCUTANEA	R\$ 40,00
46.58	PIELOGRAFIA ASCENDENTE	R\$ 40,00
46.59	PLANIGRAFIA DE RIM S/ CONTRASTE	R\$ 40,00
46.60	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	R\$ 30,00
46.61	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	R\$ 70,00
46.62	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	R\$ 30,00
46.63	RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO	R\$ 40,00
46.64	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO)	R\$ 40,00
46.65	RADIOGRAFIA P/ ESTUDO DELGADO C/ DUPLO CONTRASTE (ENTEROCLISE)	R\$ 30,00
46.66	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	R\$ 30,00
46.67	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA	R\$ 40,00
46.68	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	R\$ 40,00
46.69	RADIOGRAFIA DE BACIA	R\$ 30,00
46.70	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO	R\$ 30,00
46.71	RADIOGRAFIA DE COXA	R\$ 40,00
46.72	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	R\$ 30,00
46.73	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	R\$ 40,00
46.74	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)	R\$ 40,00
46.75	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	R\$ 30,00
46.76	RADIOGRAFIA DE PERNA	R\$ 30,00
46.77	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES	R\$ 40,00
46.78	VIDEODEGLUTOGRAMA	R\$350,00
46.79	RAIO X DEGLUTOGRAMA	R\$350,00

47.0	EXAMES ULTRASSONOGRAFICOS	VALOR
47.1	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO COLORIDO E PULSADO	R\$ 130,00
47.2	ULTRA-SONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL/RASTREAMENTO DE TESTICULOS	R\$ 85,00
47.3	ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 100,00
47.4	ULTRA-SONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL FEMININA	R\$ 85,00
47.5	ULTRASSONOGRAFIA DA BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER - COLORIDO	R\$ 130,00
47.6	ULTRAS	
47.7	ULTRASSONOGRAFIA DA TIREÓIDE COM DOPPLER - COLORIDO	R\$ 130,00
47.8	ULTRASSONOGRAFIA DAS GLÂNDULAS SALIVARES E SUBMANDIBULARES	R\$ 85,00
47.9	ULTRASSONOGRAFIA DA REGIÃO INGUINAL	R\$ 85,00
47.10	ULTRASSONOGRAFIA PENIANA	R\$ 85,00
47.11	ULTRASSONOGRAFIA DO RETROPERITÔNIO	R\$ 85,00
47.12	ULTRASSONOGRAFIA DE PARTES MOLES E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS	R\$ 85,00
47.13	ULTRASSONOGRAFIA DAS SUPRARRENAIS	R\$ 85,00
47.14	ULTRASSONOGRAFIA DAS LOJAS RENAI	R\$ 85,00
47.15	ULTRASSONOGRAFIA DO HIPOCÔNDRIO DIREITO	R\$ 85,00



# Diário Oficial

17

## 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: 2023 / EDIÇÃO Nº 1158

Ivaiporã, Quinta-Feira, 13 de Abril de 2023



47.16	ULTRASSONOGRRAFIA DA ARTICULAÇÃO COXOFEMORAL (QUADRIL)	R\$ 85,00
47.17	ULTRA-SONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL MASCULINA	R\$ 85,00
47.18	ULTRA-SONOGRRAFIA DE TIREOIDE (PESCOÇO, CERVICAL, PAROTIDA)	R\$ 85,00
47.19	ULTRA-SONOGRRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	R\$ 85,00
47.20	ULTRA-SONOGRRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R\$ 130,00
47.21	ULTRA-SONOGRRAFIA TRANSFONTANELA (HIPOCONDRIOS)	R\$ 85,00
47.22	ULTRA-SONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (DOPPLER RENAL, VASCULAR VENOSO, CARÓTIDAS E VERTEBRAS, COLORIDO 3 OU MAIS)	R\$ 130,00
47.23	ULTRA-SONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÕES (ANTEBRAÇO, COXA, BRAÇO, JOELHO, TORNOZELO, OMBRO, PUNHO, PANTURRILHA)	R\$ 85,00
47.24	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA	R\$ 250,00
47.25	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (AVALIAÇÃO DE FÍGADO, PÂNCREAS, VESÍCULA BILIAR, VIAS BILIARES, BAÇO, RINS, RETROPERITÔNIO E BEXIGA)	R\$ 80,00
47.26	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN INFERIOR (SUPRAPUBICA)	R\$ 80,00
47.27	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINARIO (RINS E BEXIGA)	R\$ 80,00
47.28	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (FIGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES, REGIÃO INGUINAL, ORGÕES E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS)	R\$ 60,00
47.29	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL)	R\$ 60,00
47.30	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA	R\$ 70,00
47.31	ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)	R\$ 60,00
47.32	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL	R\$ 70,00
47.32	ULTRASSONOGRRAFIA TIREÓIDE	R\$ 85,00
47.33	ULTRASSONOGRRAFIA OMBRO	R\$ 85,00
47.34	ULTRASSONOGRRAFIA MÃO	R\$ 85,00
47.35	ULTRASSONOGRRAFIA GLOBO OCULAR BILATERAL	R\$ 85,00
47.36	ULTRASSONOGRRAFIA GLOBO OCULAR COM DOPPLER COLORIDO	R\$ 130,00
47.37	ULTRASSONOGRRAFIA GLÂNDULAS SALIVARES (TODAS)	R\$ 85,00
47.38	ULTRASSONOGRRAFIA DE MAMAS	R\$ 85,00
47.39	ULTRASSONOGRRAFIA DERMATOLÓGICA – (PELE E SUBCUTÂNEO)	R\$ 85,00
47.40	ULTRASSONOGRRAFIA PESCOÇO	R\$ 85,00
47.41	ULTRASSONOGRRAFIA PARATIREÓIDE	R\$ 85,00
47.42	ULTRASSONOGRRAFIA ABDOMEN SUPERIOR COM DOPPLER	R\$ 130,00
47.43	ULTRASSONOGRRAFIA AORTA ABDOMINAL	R\$ 190,00
47.44	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER AORTA OU VASOS ILÍACOS	R\$ 190,00
47.45	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ILÍACAS	R\$ 190,00
47.46	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE AORTA ABDOMINAL E VISCERAIS	R\$ 190,00
47.47	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE ARTÉRIAS RENAIAS E AORTA DESCENDENTE	R\$ 190,00
47.48	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER PENIANO	R\$ 130,00
47.48	ULTRASSONOGRRAFIA ESTRUTURAS/SUPERFICIAIS (CERVICAL OU AXILAS)	R\$ 85,00
47.49	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA 1º TRIMESTRE (ENDOVAGINAL)	R\$ 85,00
47.50	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA 4D	R\$ 210,00
47.51	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA 4D HD	R\$ 210,00
47.52	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA C/ TRANSLUCENCIA NUCAL	R\$ 85,00
47.53	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA COM PERFIL BIOFÍSICO FETAL	R\$ 150,00
47.54	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICO ECOCARDIOGRAMA FETAL	R\$ 200,00
47.55	ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICO COM DOPPLER	R\$ 130,00
47.56	ULTRASSONOGRRAFIA PROSTATA COM DOPPLER	R\$ 150,00
47.57	ULTRASSONOGRRAFIA TRANS-VAGINAL COM DOPPLER	R\$ 130,00



# Diário Oficial

18

## 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: 2023 / EDIÇÃO Nº 1158

Ivaiporã, Quinta-Feira, 13 de Abril de 2023



48.0	PROCEDIMENTOS DE PRÓTESE DENTÁRIA	VALOR
48.1	MOLDAGEM DENTO-GENGIVAL PARA CONSTRUÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA	R\$ 92,00
48.2	REEMBASAMENTO E CONERTO DE PRÓTESE DENTÁRIA	R\$ 20,49
48.3	PRÓTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVIVEL	R\$ 150,00
48.4	PRÓTESE PARCIAL MAXILAR REMOVIVEL	R\$ 150,00
48.5	PRÓTESE TOTAL MANDIBULAR	R\$ 150,00
48.6	PRÓTESE TOTAL MAXILAR	R\$ 150,00
	PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS- BUCOMAXILO	VALOR
48.7	APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (POR DENTE)	R\$72,00
48.8	APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE)	R\$81,00
48.9	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO)	R\$45,00
48.10	EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA	R\$45,00
48.11	SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA	R\$81,00
48.12	CAPEAMENTO PULPAR	R\$99,00
48.13	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO	R\$55,39
48.14	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR	R\$135,00
48.15	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR	R\$86,77
48.16	PULPOTOMIA DENTÁRIA	R\$180,00
48.17	RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE)	R\$90,00
48.18	RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE)	R\$90,00
48.19	EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO	R\$117,00
48.20	EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE	R\$135,00
48.21	RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE)	R\$81,00
48.22	ENXERTO GENGIVAL	R\$630,00
48.23.	GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE)	R\$180,00
48.24	GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE)	R\$180,00
48.25	TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE)	R\$180,00
48.26	OBTURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO	R\$270,00
48.27	OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR	R\$360,00
48.28	OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE C/ TRÊS OU MAIS RAÍZES	R\$490,00
48.29	OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	R\$360,00
48.30	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR	R\$400,00
48.31	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE C/ 3 OU MAIS RAÍZES	R\$450,00
48.32	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR	R\$450,00
48.33	SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR	R\$720,00
48.34	BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR	R\$62,54
48.35	BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE	R\$77,48
48.36	BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA	R\$78,51
48.37	TRATAMENTO DE NEURALGIAS FACIAIS	R\$21,64
48.38	CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM	R\$135,00
48.39	OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVEOLO DENTÁRIAS	R\$104,00
48.40	REDUÇÃO DE FRATURA ALVEOLO-DENTÁRIA SEM OSTEOSSÍNTESE	R\$174,49
48.41	REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR	R\$66,02
48.42	RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA/ DENTÁRIA	R\$96,48
48.43	RECONSTRUÇÃO PARCIAL DO LÁBIO TRAUMATIZADO	R\$38,36





# Diário Oficial

19

## 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: 2023 / EDIÇÃO Nº 1158

Ivaiporã, Quinta-Feira, 13 de Abril de 2023



48.44	EXCISÃO DE CÁLCULO DE GLÂNDULA SALIVAR	R\$691,34
48.45	EXERESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO-ODONTOGÊNICO	R\$71,06
48.46	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA INTRA/ EXTRA-ORAL	R\$211,56
48.47	FRENECTOMIA	R\$270,00
48.48	SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR	R\$409,42
48.49	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORONASAL/ ORO-SINUSAL	R\$218,31
48.50	DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS	R\$35,78
48.51	EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR	R\$177,81
48.52	EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA	R\$162,00
48.53	EXCISÃO EM CUNHA DO LÁBIO	R\$59,72
48.54	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DOS OSSOS DA FACE	R\$280,03
48.55	RETIRADA DE MEIOS DE FIXAÇÃO MAXILO-MANDIBULAR	R\$22,11
48.56	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA ORO-SINUSAL/ ORO-NASAL	R\$649,65
48.57	APICECTOMIA C/ OU S/ OBTURAÇÃO RETROGRADA	R\$149,79
48.58	APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO ORAL (POR SEXTANTE)	R\$107,60
48.59	CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES	R\$56,69
48.60	CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR	R\$82,86
48.61	CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR	R\$89,65
48.62	CURETAGEM PERIAPICAL	R\$43,84
48.63	ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA INTRABUCAL	R\$43,84
48.64	EXODONTIA MULTIPLA C/ ALVEOLO-PLASTIA POR SEXTANTE	R\$540,00
48.65	GLOSSORRAFIA	R\$34,89
48.66	MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS	R\$137,83
48.67	ODONTOSECÇÃO / RADILECTOMIA / TUNELIZAÇÃO	R\$65,04
48.68	REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO)	R\$93,80
48.69	REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO)	R\$270,00
48.70	REMOÇÃO DE TÓRUS E EXOSTOSES	R\$270,00
48.71	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL	R\$140,00
48.72	TRATAMENTO CIRÚRGICO P/ TRACIONAMENTO DENTAL	R\$45,44
48.73	TRATAMENTO DE ALVEOLITE	R\$140,00
48.74	ULOTOMIA/ULECTOMIA	R\$180,00
48.75	RADIOGRAFIA PERIAPICAL	R\$15,00
48.76	RADIOGRAFIA PANORAMICA COM LAUDO	R\$80,00
48.77	RADIOGRAFIA PANORAMICA SEM LAUDO	R\$70,00

### SERVIÇOS TELEMEDICINA

49.0	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR
49.1	LAUDO DE ELETROCARDIOGRAMA (TELEMEDICINA REALIZADO NO CIS)	R\$ 10,00
49.2	LAUDO ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 6,50
49.3	LAUDO ELETROENCEFALOGRAMA OCUPACIONAL	R\$ 10,00
49.4	LAUDO ELETROENCEFALOGRAMA CLÍNICO	R\$ 10,00
49.5	LAUDO ELETROENCEFALOGRAMA COM MAPEAMENTO	R\$ 22,00
49.6	LAUDO RISCO CIRÚRGICO	R\$ 50,00
49.6	LAUDO RAIOS X CONVENCIONAL	R\$ 6,50







# Diário Oficial

20

## 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: 2023 / EDIÇÃO Nº 1158

Ivaiporã, Quinta-Feira, 13 de Abril de 2023



49.7	LAUDO RAI0 X OIT-1 ASSINATURA	R\$ 7,50
49.8	LAUDO RAI0 X OIT-2 ASSINATURA	R\$ 8,00

### SERVICOS VINCULADOS AO CONVÊNIO QUALICIS - SESA

50.0	ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL	VALOR
50.1	TERAPEUTA OCUPACIONAL	R\$30,00
50.2	CONSULTA ENFERMEIRO	R\$30,00
50.3	ATENDIMENTO / ASSISTÊNCIA FARMACEUTICA	R\$30,00
50.4	ATENDIMENTO ASSISTENTE SOCIAL OU FISIOTERAPEUTA	R\$30,00
50.5	CONSULTA NUTRICIONISTA	R\$30,00
50.6	CONSULTA / ACOMPANHAMENTO PSICOLOGICO	R\$30,00
50.7	CONSULTA / ACOMPANHAMENTO FONOAUDIOLÓGICO	R\$30,00
50.8	ATENDIMENTO PODOLOGO	R\$30,00
ESPECIALIDADES MÉDICA		VALOR
51.1	PSIQUIATRIA	
51.1	CONSULTAS	R\$70,00
52.0	OTORRINOLARINGOLOGIA	
52.1	CONSULTAS	R\$70,00
53.0	OFTALMOLOGIA	
53.1	CONSULTAS	R\$70,00
54.0	OFTALMOLOGISTA/RETINOLOGISTA	
54.1	CONSULTAS	R\$70,00
55.0	CIRURGIA GERAL	
55.1	CONSULTAS	R\$70,00
56.0	CIRURGIA VASCULAR	
56.1	CONSULTAS	R\$70,00
57.0	NEUROLOGIA	
57.1	CONSULTAS	R\$70,00
58.0	NEFROLOGIA	
58.1	CONSULTAS	R\$70,00
59.0	NEUROLOGIA PEDIATRICO	
59.1	CONSULTAS	R\$70,00

### ATENDIMENTOS / PROCEDIMENTOS / EXAMES MÉDICOS ESPECIALIZADOS APLICADOS NO PLANO DE CUIDADO, CONFORME LINHA GUIA POR REDE DE ATENÇÃO, AO PACIENTE ATENDIDO NO QUALICIS

	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS - QUALICIS	VALOR
60.0	CARDIOLOGIA – ALTO RISCO	
60.1	CONSULTAS	R\$ 70,00
61.0	PROCEDIMENTOS REALIZADOS	
61.1	ECOCARDIOGRAFIA BIDIMENSIONAL COM OU SEM DOPPLER	R\$ 160,00
61.2	LAUDO DE ELETROCARDIOGRAMA (TELEMEDICINA REALIZADO NO CIS)	R\$ 10,00
61.3	TESTE DE ESFORÇO   ERGOMÉTRICO (INCLUINDO ECG)	R\$ 180,00
61.4	HOLTER 24 HORAS	R\$ 100,00
62.0	ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA – ALTO RISCO	
62.1	CONSULTAS	R\$ 70,00
63.0	GERIATRIA – ALTO RISCO	





# Diário Oficial

21

## 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: 2023 / EDIÇÃO Nº 1158

Ivaiporã, Quinta-Feira, 13 de Abril de 2023



63.1	CONSULTAS	R\$ 70,00
64.0	<b>GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA – ALTO RISCO</b>	
64.1	CONSULTAS ESPECIALIZADA DE RISCO INTERMEDIARIO E ALTO RISCO EM OBSTETRÍCIA – QUALICIS	R\$ 70,00
65.0	<b>MEDICINA NUCLEAR</b>	
65.1	DENSITOMETRIA ÓSSEA ATÉ 2 SEGMENTOS	R\$ 150,00
66.0	<b>PEDIATRA – ALTO RISCO</b>	
66.1	CONSULTA ESPECIALIZADA DE PEDIATRIA PARA CRIANÇA ATÉ 01 ANO DE VIDA.	R\$ 70,00
67.0	<b>PSIQUIATRIA – ALTO RISCO</b>	
67.1	CONSULTAS	R\$ 70,00
68.0	<b>EXAMES ULTRASSONOGRÁFICOS</b>	<b>VALOR</b>
68.1	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO COLORIDO E PULSADO	R\$ 130,00
68.2	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R\$ 130,00
68.3	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	R\$ 70,00
68.4	ULTRASSONOGRAFIA ABDOMINAL	R\$80,00
68.5	ULTRASSONOGRAFIA CEREBRAL/ QUANTITATIVO	R\$85,00
68.6	ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA	R\$250,00
69.0	<b>OUTROS EXAMES</b>	<b>VALOR</b>
69.1	RESSONANCIA MAGNETICA	R\$500,00
69.2	TOMOGRAFIA TCC	R\$180,00
69.3	ELETROCARDIOGRAMA EEG SONO E VIGILIA	R\$79,20
69.4	RETINOGRAFIA COM CONTRASTE	R\$16,50
69.5	FUNDOSCOPIA	R\$24,24
69.6	RAIOS-X	R\$40,00
69.7	ITB (INDICE TORNOZELO BRAQUIAL)- DOPPLER MANUAL	R\$40,00
	<b>SERVIÇOS CLÍNICA COMPARTILHADA</b>	<b>VALOR</b>
70.0	<b>CARDIOLOGIA – ALTO RISCO</b>	
70.1	INTERCONSULTA AMPLIADA - referente a matriciamento, treinamento, estudo de caso, capacitação dos profissionais na ABS, estudo permanente e pesquisa, a ser desenvolvida pelo profissional do AME aos demais profissionais da rede e da atenção básica no município, com duração de até 30 minutos.	R\$ 70,00
71.0	<b>ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA – ALTO RISCO</b>	
71.1	INTERCONSULTA AMPLIADA - referente a matriciamento, treinamento, estudo de caso, capacitação dos profissionais na ABS, estudo permanente e pesquisa, a ser desenvolvida pelo profissional do AME aos demais profissionais da rede e da atenção básica no município, com duração de até 30 minutos.	R\$ 70,00
72.0	<b>GERIATRIA – ALTO RISCO</b>	
72.1	INTERCONSULTA AMPLIADA - referente a matriciamento, treinamento, estudo de caso, capacitação dos profissionais na ABS, estudo permanente e pesquisa, a ser desenvolvida pelo profissional do AME aos demais profissionais da rede e da atenção básica no município, com duração de até 30 minutos.	R\$ 70,00
73.0	<b>GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA – ALTO RISCO</b>	
73.1	INTERCONSULTA AMPLIADA - referente a matriciamento, treinamento, estudo de caso, capacitação dos profissionais na ABS, estudo permanente e pesquisa, a ser desenvolvida pelo profissional do AME aos demais profissionais da rede e da atenção básica no município, com duração de até 30 minutos.	R\$ 70,00
74.0	<b>PEDIATRA – ALTO RISCO</b>	
74.1	INTERCONSULTA AMPLIADA - referente a matriciamento, treinamento, estudo de caso, capacitação dos profissionais na ABS, estudo permanente e pesquisa, a ser desenvolvida pelo profissional do AME aos demais profissionais da rede e da atenção básica no município, com duração de até 30 minutos.	R\$ 70,00
75.0	<b>PSIQUIATRIA – ALTO RISCO</b>	



# Diário Oficial

22

## 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: 2023 / EDIÇÃO Nº 1158

Ivaiporã, Quinta-Feira, 13 de Abril de 2023



75.1	INTERCONSULTA AMPLIADA - referente a matriciamento, treinamento, estudo de caso, capacitação dos profissionais na ABS, estudo permanente e pesquisa, a ser desenvolvida pelo profissional do AME aos demais profissionais da rede e da atenção básica no município, com duração de até 30 minutos.	R\$ 70,00
<b>76.0</b>	<b>EQUIPE MULTIPROFISSIONAL</b>	
76.1	INTERCONSULTA AMPLIADA pelos membros componentes da equipe multidisciplinar - referente a matriciamento, treinamento, estudo de caso, capacitação dos profissionais na ABS, estudo permanente e pesquisa, a ser desenvolvida pelo profissional do AME aos demais profissionais da rede e da atenção básica no município, com duração de até 30 minutos, por profissional.	R\$ 30,00
<b>77.0</b>	<b>PROCEDIMENTOS EM GINECOLOGIA</b>	<b>VALOR</b>
77.1	CONSULTA MÉDICA EM GINECOLOGIA	R\$70,00
77.2	INTERCONSULTA – DISCUSSÃO DE CASO COM ABS, PARA CONSTRUÇÃO DE PLANO DE CUIDADO INDIVIDUAL.	R\$70,00
77.3	CONSULTA ENFERMEIRO	R\$30,00
77.4	INTERCONSULTA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	R\$30,00
77.5	COLPOSCOPIA COM RETIRADA DE MATERIAL PARA CAUTERIZAÇÃO	R\$300,00
77.6	CAF – CIRURGIA DE ALTA FREQUENCIA	R\$420,00
77.7	INSERÇÃO DE DIU – INSUMO NÃO INCLUSO E A SER FORNECIDO PELO MUNICIPIO	R\$70,00
77.8	INSERÇÃO DE IMPLANTE SUBCUTANEO - INSUMO NÃO INCLUSO E A SER FORNECIDO PELO MUNICIPIO	R\$70,00

### SERVIÇOS VINCULADOS AO BRILHANTEMENTE

ITEM	DESCRIÇÃO	VALOR
01	CONSULTA EM NEUROPEDIATRIA	R\$115,00
02	CONSULTA EM TERAPIA OCUPACIONAL	R\$30,00
03	CONSULTA EM NUTRIÇÃO	R\$30,00
04	INTERCONSULTA NEUROPEDIATRIA	R\$70,00
05	INTERCONSULTA MULTIPROFISSIONAL	R\$30,00
06	ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGÍLIA/SONO ESPONTANEO OU INDUZIDO	R\$79,20
07	CONSULTA EM PSICOLOGIA	R\$30,00
08	CONSULTA EM PSICOPEDAGOGIA	R\$30,00

ITEM	VALOR LAUDO	
Consulta médica especializada (ambulatório médico escolar)	38,00	
<b>TABELA SUS</b>		
Nº	PROCEDIMENTOS AMBULATÓRIO ESCOLA	VALOR UNITARIO (SUS)
01	FUNDOSCOPIA	3,37
02	CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE PEQUENAS LESÕES	26,90
03	EXCISÃO E/OU SUTURA SIMPLES DE PEQUENAS LESÕES	28,00
04	EXERESE DE CISTO CEBÁCIO/LIPOMA	12,46
05	CANTOPLASTIA	15,00
06	COLOCAÇÃO/RETIRADA DE DIU	30,00
07	INCISÃO E DRENAGEM DE ABSCESSO DE MAMA	24,73
08	DRENAGEM DE GLÂNDULA DE BARTHOLIN	18,16





# Diário Oficial

23

## 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: 2023 / EDIÇÃO Nº 1158

Ivaiporã, Quinta-Feira, 13 de Abril de 2023



09	EXERESE DE CISTO VAGINAL	22,62
10	EXERESE DE PÓLIPO DE ÚTERO	30,60
11	PUNÇÃO DE TUMOR SUPERFICIAL DE PELE	14,10
12	RETIRADA DE MATERIAL PARA BIÓPSIA DE PELE E PARTES MOLES	25,83
13	EXERESE DE NÓDULO DE MAMA	98,00
14	PUNÇÃO DE VULVA	30,60
15	CURATIVO GRAU II	32,40
16	CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE LESÕES CUTÂNEAS	26,90
Nº	<b>EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA</b>	<b>VALOR UNITÁRIO</b>
01	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL/RASTREAMENTO DE TESTÍCULO	R\$60,00
02	ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL FEMININA E MASCULINA	R\$60,00
03	ULTRASSONOGRAFIA DA BOLSA ESCROTAL	R\$80,00
04	ULTRASSONOGRAFIA DO RETROPERITÔNIO	R\$60,00
05	ULTRASSONOGRAFIA DE PARTES MOLES E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS	R\$60,00
06	ULTRASSONOGRAFIA DAS SUPRARRENAIS	R\$60,00
07	ULTRASSONOGRAFIA DAS LOJAS RENAIAS	R\$60,00
08	ULTRASSONOGRAFIA DO HIPOCÔNDRIO DIREITO	R\$60,00
09	ULTRASSONOGRAFIA DA ARTICULAÇÃO COXOFEMORAL	R\$65,00
10	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE	R\$60,00
11	ULTRASSONOGRAFIA DE TÓRAX	R\$60,00
12	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES (ANTEBRAÇO, COXA, BRAÇO, JOELHO, TORNOZELO, OMBRO, PUNHO, PANTURRILHA)	R\$65,00
13	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL (AVALIAÇÃO DO FÍGADO, PÂNCREAS, VESÍCULA BILIAR, VIAS BILIARES, BAÇO, RINS, RETROPERITÔNIO E BEXIGA)	R\$60,00
14	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN INFERIOR	R\$60,00
15	ULTRASSONOGRAFIA DO ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES, REGIÃO INGUINAL)	R\$50,00
16	ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA	R\$50,00
17	ULTRASSONOGRAFIA OMBRO	R\$60,00
18	ULTRASSONOGRAFIA MÃO	R\$60,00
19	ULTRASSONOGRAFIA DE MAMAS	R\$60,00
20	ULTRASSONOGRAFIA AORTA ABDOMINAL	R\$80,00
21	ULTRASSONOGRAFIA AORTA OU VASO ILÍACO	R\$80,00
22	ULTRASSONOGRAFIA AORTA ABDOMINAL E VISCERAL	R\$80,00





# Diário Oficial

24

## 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: 2023 / EDIÇÃO Nº 1158

Ivaiporã, Quinta-Feira, 13 de Abril de 2023



### ANEXO II - TABELA DE VALORES – CIS EXAMES LABORATORIAIS

CODIGO CIS	DESCRIÇÃO DE EXAMES	VALOR
<b>1.0</b>	<b>PATOLOGIA CLÍNICA (EXAMES LABORATÓRIAS)</b>	
1.1.1	CLEARANCE OSMOLAR	R\$ 3,86
1.1.2	DETERMINAÇÃO DE CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO	R\$ 2,10
1.1.3	DETERMINAÇÃO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOÁCIDOS	R\$ 2,00
1.1.4	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA (2 DOSAGENS)	R\$ 7,60
1.1.5	DETERMINAÇÃO CURVA GLICÊMICA C/ INDUÇÃO P/ CORTISONA (5 DOSAG.)	R\$ 10,00
1.1.6	DETERMINAÇÃO CURVA GLICÊMICA C/ INDUÇÃO P/ CORTISONA (4 DOSAG.)	R\$ 10,00
1.1.7	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA CLÁSSICA (5 DOSAGENS)	R\$ 10,00
1.1.8	DETERMINAÇÃO DE OSMOLARIDADE	R\$ 3,86
1.1.9	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	R\$ 3,86
1.1.10	DOSAGEM DE ACETONA	R\$ 2,10
1.1.11	DOSAGEM DE ÁCIDO ASCORBICO	R\$ 4,04
1.1.12	DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO	R\$ 2,22
1.1.13	DOSAGEM DE ÁCIDO VANILMANDELICO	R\$ 4,04
1.1.14	DOSAGEM DE ALDOLASE	R\$ 2,10
1.1.15	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	R\$ 4,04
1.1.16	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEÍNA ÁCIDA	R\$ 4,53
1.1.17	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	R\$ 4,04
1.1.18	DOSAGEM DE AMILASE	R\$ 4,04
1.1.19	DOSAGEM DE AMONIA	R\$ 17,14
1.1.20	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES	R\$ 3,86
1.1.21	DOSAGEM DE CÁLCIO	R\$ 4,00
1.1.22	DOSAGEM DE CÁLCIO IONIZÁVEL	R\$ 4,00
1.1.23	DOSAGEM DE CAROTENO	R\$ 2,21
1.1.24	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	R\$ 2,10
1.1.25	DOSAGEM DE CLORETO	R\$ 2,21
1.1.26	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$ 3,86
1.1.27	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$ 3,86
1.1.28	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$ 2,90
1.1.29	DOSAGEM DE COLINESTERASE	R\$ 4,04
1.1.30	DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 4,04
1.1.31	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 8,64
1.1.32	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$ 4,04
1.1.33	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	R\$ 3,86
1.1.34	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	R\$ 4,04
1.1.35	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA	R\$ 3,86
1.1.36	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	R\$ 2,47
1.1.37	DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 18,71
1.1.38	DOSAGEM DE FERRO SÉRICO	R\$ 4,21
1.1.39	DOSAGEM DE FOLATO	R\$ 4,04
1.1.40	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA TOTAL	R\$ 3,86
1.1.41	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 3,50
1.1.42	DOSAGEM DE FOSFORO	R\$ 2,50





# Diário Oficial

25

## 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: 2023 / EDIÇÃO Nº 1158

Ivaiporã, Quinta-Feira, 13 de Abril de 2023



1.1.43	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	R\$ 2,10
1.1.44	DOSAGEM DE GALACTOSE	R\$ 2,10
1.1.45	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 3,21
1.1.46	DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 2,21
1.1.47	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	R\$ 4,53
1.1.48	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	R\$ 3,86
1.1.49	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 10,44
1.1.50	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	R\$ 2,10
1.1.51	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	R\$ 16,76
1.1.52	DOSAGEM DE LACTATO	R\$ 4,04
1.1.53	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	R\$ 4,86
1.1.54	DOSAGEM DE LIPASE	R\$ 8,21
1.1.55	DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$ 4,04
1.1.56	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	R\$ 7,20
1.1.57	DOSAGEM DE PIRUVATO	R\$ 16,76
1.1.58	DOSAGEM DE PORFIRINAS	R\$ 7,12
1.1.59	DOSAGEM DE POTASSIO	R\$ 3,00
1.1.60	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	R\$ 3,00
1.1.61	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$ 3,00
1.1.62	DOSAGEM DE SODIO	R\$ 3,00
1.1.63	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$ 3,00
1.1.64	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$ 3,00
1.1.65	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$ 4,94
1.1.66	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$ 4,21
1.1.67	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	R\$ 9,90
1.1.68	DOSAGEM DE UREIA	R\$ 6,35
1.1.69	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$ 3,13
1.1.70	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	R\$ 6,34
1.1.71	ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 10,96
1.1.72	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE)	R\$ 3,00
1.1.73	PROVA DA D-XILOSE	R\$ 4,52
1.1.74	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS	R\$ 8,80
1.1.75	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$ 35,84
1.1.76	CITOQUIMICA HEMATOLOGICA	R\$ 8,37
1.1.77	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 5,20
1.1.78	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$ 8,89
1.1.79	DETERMINACAO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR	R\$ 7,29
1.1.80	DETERMINACAO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)	R\$ 16,50
1.1.81	DETERMINACAO DE SULFO-HEMOGLOBINA	R\$ 20,80
1.1.82	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	R\$ 7,32
1.1.83	DETERMINACAO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	R\$ 10,02
1.1.84	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	R\$ 11,56
1.1.85	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	R\$ 7,32
1.1.86	DETERMINACAO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS	R\$ 5,06
1.1.87	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA	R\$ 1,68
1.1.88	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$ 3,00
1.1.89	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 3,00
1.1.90	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTACAO (VHS)	R\$ 3,00
1.1.91	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	R\$ 4,52
1.1.92	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	R\$ 5,95
1.1.93	DOSAGEM DE FATOR II	R\$ 3,00
1.1.94	DOSAGEM DE FATOR IX	R\$ 1,68





# Diário Oficial

26

## 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: 2023 / EDIÇÃO Nº 1158

Ivaiporã, Quinta-Feira, 13 de Abril de 2023



1.1.95	DOSAGEM DE FATOR V	R\$ 4,52
1.1.96	DOSAGEM DE FATOR VII	R\$ 3,00
1.1.97	DOSAGEM DE FATOR VIII	R\$ 27,50
1.1.98	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	R\$ 4,52
1.1.99	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	R\$ 3,00
1.1.100	DOSAGEM DE FATOR X	R\$ 3,00
1.1.101	DOSAGEM DE FATOR XI	R\$ 3,00
1.1.102	DOSAGEM DE FATOR XII	R\$ 3,00
1.1.103	DOSAGEM DE FATOR XIII	R\$ 4,52
1.1.104	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	R\$ 3,00
1.1.105	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$ 3,00
1.1.106	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC	R\$ 3,00
1.1.107	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	R\$ 13,20
1.1.108	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	R\$ 3,00
1.1.109	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	R\$ 3,00
1.1.110	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 19,50
1.1.111	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	R\$ 5,50
1.1.112	HEMATOCRITO	R\$ 5,50
1.1.113	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 6,94
1.1.114	LEUCOGRAMA	R\$ 4,40
1.1.115	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	R\$ 10,17
1.1.116	PESQUISA DE CELULAS LE	R\$ 3,11
1.1.117	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	R\$ 10,17
1.1.118	PESQUISA DE FILARIA	R\$ 16,56
1.1.119	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	R\$ 18,06
1.1.120	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	R\$ 14,90
1.1.121	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	R\$ 18,87
1.1.122	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	R\$ 3,87
1.1.123	PROVA DO LACO	R\$ 3,11
1.1.124	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	R\$ 18,87
1.1.125	TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS	R\$ 10,17
1.1.126	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	R\$ 18,87
1.1.127	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$ 10,17
1.1.128	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	R\$ 3,11
1.1.129	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8(cada)	R\$ 36,30
1.1.130	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	R\$ 18,87
1.1.130	DETECCAO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)	R\$ 80,00
1.1.131	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	R\$ 11,00
1.1.132	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	R\$ 11,00
1.1.133	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	R\$ 9,53
1.1.134	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 18,87
1.1.135	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R\$ 11,00
1.1.136	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$ 19,70
1.1.137	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	R\$ 20,40
1.1.138	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$ 18,87
1.1.139	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	R\$ 6,31
1.1.140	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	R\$ 18,87
1.1.141	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R\$ 20,40
1.1.142	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$ 20,40
1.1.142	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$ 10,17
1.1.143	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	R\$ 11,00
1.1.144	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 10,17







# Diário Oficial

27

## 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: 2023 / EDIÇÃO Nº 1158

Ivaiporã, Quinta-Feira, 13 de Abril de 2023



1.1.145	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 358,17
1.1.146	IMUNOELETOFORESE DE PROTEINAS	R\$ 6,31
1.1.147	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R\$ 11,00
1.1.148	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	R\$ 18,87
1.1.149	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	R\$ 10,17
1.1.150	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$ 11,00
1.1.151	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	R\$ 10,67
1.1.152	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	R\$ 3,11
1.1.153	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R\$ 11,00
1.1.154	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R\$ 11,00
1.1.155	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	R\$ 11,00
1.1.156	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	R\$ 18,87
1.1.157	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$ 20,59
1.1.158	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$ 20,59
1.1.159	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	R\$ 20,59
1.1.160	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	R\$ 18,87
1.1.161	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	R\$ 18,87
1.1.162	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	R\$ 18,87
1.1.163	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	R\$ 18,87
1.1.164	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	R\$ 18,87
1.1.165	PESQ. DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLOURESCENCIA)	R\$ 11,00
1.1.166	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL	R\$ 18,87
1.1.167	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIQUINOCOCOS	R\$ 20,40
1.1.168	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	R\$ 20,40
1.1.169	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	R\$ 8,55
1.1.170	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	R\$ 10,68
1.1.171	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	R\$ 20,40
1.1.172	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	R\$ 20,40
1.1.173	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	R\$ 10,17
1.1.174	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	R\$ 4,51
1.1.175	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	R\$ 20,40
1.1.176	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI LISTERIA	R\$ 18,87
1.1.177	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R\$ 3,11
1.1.178	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	R\$ 12,10
1.1.179	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	R\$ 10,17
1.1.180	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	R\$ 18,66
1.1.181	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI NUCLEO	R\$ 10,17
1.1.182	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI PARIETAIS	R\$ 20,40
1.1.183	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI PLASMODIOS	R\$ 33,00
1.1.184	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI TIREOGLOBULINA	R\$ 20,40
1.1.185	PESQ. DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$ 18,87
1.1.186	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	R\$ 18,87
1.1.187	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	R\$ 18,87
1.1.188	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII	R\$ 18,87
1.1.189	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$ 12,77
1.1.190	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	R\$ 11,00
1.1.191	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	R\$ 20,40
1.1.192	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIODES BRASILIENSIS	R\$ 10,17
1.1.193	PESQ. ANTICORPOS /OU ANTIGENO VIRUS SINICIAL RESPIRATORIO	R\$ 20,40
1.1.194	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	R\$ 22,00





# Diário Oficial

28

## 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: 2023 / EDIÇÃO Nº 1158

Ivaiporã, Quinta-Feira, 13 de Abril de 2023



1.1.195	PESQ. DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 20,40
1.1.196	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 18,87
1.1.197	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	R\$ 18,87
1.1.198	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$ 18,87
1.1.199	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 18,87
1.1.200	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG)	R\$ 14,68
1.1.201	PESQUISA ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R\$ 20,40
1.1.202	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 20,40
1.1.203	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 20,40
1.1.204	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 3,11
1.1.205	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS 496EPSTEIN-BARR	R\$ 4,51
1.1.206	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 11,00
1.1.207	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 10,17
1.1.208	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	R\$ 11,00
1.1.209	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$ 21,94
1.1.210	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 21,94
1.1.211	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$ 19,80
1.1.212	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R\$ 20,40
1.1.213	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 24,51
1.1.214	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 18,11
1.1.215	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 18,11
1.1.216	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 16,00
1.1.217	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 16,00
1.1.218	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R\$ 19,94
1.1.219	PESQUISA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$ 11,00
1.1.220	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	R\$ 22,11
1.1.221	PESQUISA DE CLAMIDIA (POR CAPTURA HIBRIDA)	R\$ 20,40
1.1.222	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	R\$ 18,87
1.1.223	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	R\$ 7,81
1.1.224	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLOURESCENCIA	R\$ 33,34
1.1.225	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	R\$ 23,34
1.1.226	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLOURESCENCIA)	R\$ 18,81
1.1.227	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	R\$ 1,81
1.1.228	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	R\$ 1,81
1.1.229	QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1	R\$ 81,81
1.1.230	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 298,81
1.1.231	REACAO DE HEMAGLUTINACAO (TPHA) P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 7,81
1.1.232	REACAO DE MONTENEGRO ID	R\$ 9,81
1.1.233	TESTE DE VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS	R\$ 5,81
1.1.234	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 7,81
1.1.235	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 7,81
1.1.236	TESTES ALERGICOS DE CONTATO	R\$ 11,27
1.1.237	TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA	R\$ 3,81
1.1.238	TESTES RAPIDOS P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 7,81
1.1.239	VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE	R\$ 4,81
1.1.240	DOSAGEM ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINASE RECOMBINANTE HUMANO IGA	R\$ 38,81
1.1.241	DOSAGEM DA FRACAO C1Q DO COMPLEMENTO	R\$ 4,07
1.1.242	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	R\$ 3,86
1.1.243	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	R\$ 3,86
1.1.244	EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	R\$ 3,86



# Diário Oficial

29

## 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: 2023 / EDIÇÃO Nº 1158

Ivaiporã, Quinta-Feira, 13 de Abril de 2023



1.1.245	IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	R\$ 2,24
1.1.246	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	R\$ 4,07
1.1.247	PESQUISA DE EOSINOFILOS	R\$ 4,07
1.1.248	PESQUISA DE GORDURA FECAL	R\$ 2,21
1.1.249	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	R\$ 8,93
1.1.250	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	R\$ 4,04
1.1.251	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	R\$ 2,24
1.1.252	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)	R\$ 3,34
1.1.253	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$ 4,07
1.1.254	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	R\$ 14,07
1.1.255	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 9,24
1.1.256	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORA NAS FEZES	R\$ 6,24
1.1.257	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	R\$ 9,24
1.1.258	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	R\$ 4,07
1.1.259	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS/SEDIMENTO/ URINA.	R\$ 5,86
1.1.260	CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 3,86
1.1.261	CLEARANCE DE FOSFATO	R\$ 3,86
1.1.262	CLEARANCE DE UREIA	R\$ 3,86
1.1.263	CONTAGEM DE ADDIS	R\$ 4,07
1.1.264	DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE	R\$ 4,07
1.1.265	DOSAGEM DE ACUCARES (POR CROMATOGRAFIA)	R\$ 2,24
1.1.266	DOSAGEM DE CITRATO	R\$ 8,93
1.1.267	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 14,04
1.1.268	DOSAGEM DE OXALATO	R\$ 2,24
1.1.269	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$ 3,34
1.1.270	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	R\$ 4,07
1.1.271	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	R\$ 4,07
1.1.272	PESQUISA DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA)	R\$ 2,24
1.1.273	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	R\$ 4,07
1.1.274	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	R\$ 2,24
1.1.275	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA	R\$ 2,24
1.1.276	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	R\$ 2,24
1.1.277	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	R\$ 2,24
1.1.278	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	R\$ 4,07
1.1.279	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	R\$ 2,24
1.1.280	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	R\$ 2,24
1.1.281	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	R\$ 3,69
1.1.282	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	R\$ 2,24
1.1.283	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	R\$ 2,24
1.1.284	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	R\$ 4,07
1.1.285	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	R\$ 2,24
1.1.286	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	R\$ 4,88
1.1.287	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	R\$ 2,24
1.1.288	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	R\$ 2,24
1.1.289	PROVA DE DILUICAO (URINA)	R\$ 13,79
1.1.290	DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE	R\$ 13,79
1.1.291	DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3	R\$ 16,15
1.1.292	DETERMINACAO DE T3 REVERSO	R\$ 11,22
1.1.293	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	R\$ 7,39
1.1.294	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	R\$ 7,39
1.1.295	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	R\$ 7,39
1.1.296	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	R\$ 15,53



# Diário Oficial

30

## 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: 2023 / EDIÇÃO Nº 1158

Ivaiporã, Quinta-Feira, 13 de Abril de 2023



1.1.297	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R\$ 13,07
1.1.298	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	R\$ 13,21
1.1.299	DOSAGEM DE AMP CICLICO	R\$ 12,68
1.1.300	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	R\$ 15,81
1.1.301	DOSAGEM DE CALCITONINA	R\$ 10,84
1.1.302	DOSAGEM DE CORTISOL	R\$ 12,37
1.1.303	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$ 12,28
1.1.304	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R\$ 11,16
1.1.305	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$ 12,70
1.1.306	DOSAGEM DE ESTRIOL	R\$ 12,23
1.1.307	DOSAGEM DE ESTRONA	R\$ 15,56
1.1.308	DOSAGEM DE GASTRINA	R\$ 16,68
1.1.309	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	R\$ 8,63
1.1.340	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$ 11,23
1.1.341	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	R\$ 8,67
1.1.342	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$ 9,86
1.1.343	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 9,85
1.1.344	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$ 11,18
1.1.345	DOSAGEM DE INSULINA	R\$ 21,44
1.1.346	DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$ 16,88
1.1.347	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R\$ 31,24
1.1.348	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$ 11,16
1.1.349	DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$ 14,50
1.1.350	DOSAGEM DE RENINA	R\$ 16,88
1.1.351	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	R\$ 54,42
1.1.352	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	R\$ 11,47
1.1.353	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$ 14,42
1.1.354	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 16,88
1.1.355	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$ 9,63
1.1.356	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$ 12,76
1.1.357	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 13,20
1.1.358	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 13,32
1.1.359	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	R\$ 13,32
1.1.360	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	R\$ 13,32
1.1.361	TESTE DE ESTIMULO DE LH E FSH APOS GONADORRELINA	R\$ 13,32
1.1.362	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	R\$ 13,32
1.1.363	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	R\$ 13,32
1.1.364	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE	R\$ 9,27
1.1.365	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	R\$ 16,36
1.1.366	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	R\$ 2,26
1.1.367	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	R\$ 2,45
1.1.368	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	R\$ 4,04
1.1.369	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	R\$ 2,26
1.1.370	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	R\$ 17,21
1.1.371	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	R\$ 3,86
1.1.372	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	R\$ 2,21
1.1.373	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	R\$ 30,25
1.1.374	DOSAGEM DE ALUMINIO	R\$ 11,00
1.1.375	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	R\$ 11,00
1.1.376	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	R\$ 11,00
1.1.377	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	R\$ 14,44
1.1.378	DOSAGEM DE BARBITURATOS	R\$ 14,82





# Diário Oficial

31

## 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: 2023 / EDIÇÃO Nº 1158

Ivaiporã, Quinta-Feira, 13 de Abril de 2023



1.1.379	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	R\$ 7,20
1.1.380	DOSAGEM DE CADMIO	R\$ 19,28
1.1.381	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	R\$ 34,52
1.1.382	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	R\$ 9,71
1.1.383	DOSAGEM DE CHUMBO	R\$ 64,47
1.1.384	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	R\$ 3,86
1.1.385	DOSAGEM DE COBRE	R\$ 9,86
1.1386	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	R\$ 17,21
1.1.387	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA	R\$ 38,74
1.1.388	DOSAGEM DE FENITOINA	R\$ 32,25
1.1.389	DOSAGEM DE FENOL	R\$ 3,86
1.1.390	DOSAGEM DE FORMALDEIDO	R\$ 2,47
1.1.391	DOSAGEM DE LITIO	R\$ 5,24
1.1.392	DOSAGEM DE MERCURIO	R\$ 4,52
1.1.393	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	R\$ 11,00
1.1.394	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	R\$ 11,00
1.1.395	DOSAGEM DE METOTREXATO	R\$ 11,00
1.1.396	DOSAGEM DE QUINIDINA	R\$ 2,21
1.1397	DOSAGEM DE SALICILATOS	R\$ 3,86
1.1.398	DOSAGEM DE SULFATOS	R\$ 17,21
1.1.399	DOSAGEM DE TEOFILINA	R\$ 4,04
1.1.400	DOSAGEM DE TIOCIANATO	R\$ 17,21
1.1.401	DOSAGEM DE ZINCO	R\$ 21,47
1.1.402	ANTIBIOGRAMA	R\$ 14,66
1.1.403	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	R\$ 14,66
1.1.404	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	R\$ 4,62
1.1.405	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNOSTICA)	R\$ 4,62
1.1.406	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	R\$ 4,62
1.1.407	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	R\$ 3,08
1.1.408	BACTEROSCOPIA (GRAM)	R\$ 6,18
1.1.409	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$ 4,76
1.1.410	CULTURA DO LEITE MATERNO (POS-PASTEURIZACAO)	R\$ 4,76
1.1.411	CULTURA P/ HERPESVIRUS	R\$ 6,19
1.1.412	CULTURA PARA BAAR	R\$ 11,27
1.1.413	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	R\$ 4,60
1.1.414	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	R\$ 3,08
1.1.415	EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)	R\$ 12,63
1.1.416	HEMOCULTURA	R\$ 6,19
1.1.417	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	R\$ 4,76
1.1.418	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	R\$ 3,08
1.1.419	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	R\$ 4,76
1.1.420	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	R\$ 3,08
1.1.421	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	R\$ 4,76
1.1.422	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	R\$ 3,08
1.1.423	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	R\$ 5,54
1.1.424	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	R\$ 2,07
1.1.425	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 6,36
1.1.426	ADENOGRAMA	R\$ 4,76
1.1.427	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	R\$ 4,76
1.1.428	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	R\$ 1,96
1.1.429	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,96
1.1.430	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 7,21







# Diário Oficial

32

## 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- 2023 / EDIÇÃO Nº 1158

Ivaiporã, Quinta-Feira, 12 de Abril de 2023



1.1.431	DETERMINAÇÃO DE FOSFOLÍPIDIOS RELAÇÃO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LÍQUIDO AMNIÓTICO	R\$ 2,21
1.1.432	DOSAGEM DE CREATININA NO LÍQUIDO AMNIÓTICO	R\$ 2,21
1.1.433	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	R\$ 2,21
1.1.434	DOSAGEM DE FRUTOSE	R\$ 2,21
1.1.435	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	R\$ 1,96
1.1.436	DOSAGEM DE GLICOSE NO LÍQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,96
1.1.437	DOSAGEM DE PROTEÍNAS NO LÍQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 7,21
1.1.438	ELETROFORESE DE PROTEÍNAS C/ CONCENTRAÇÃO NO LÍQUOR	R\$ 7,21
1.1.439	ESPECTROFOTOMETRIA NO LÍQUIDO AMNIÓTICO	R\$ 6,36
1.1.440	ESPLENOGRAMA	R\$ 2,07
1.1.441	EXAME DE CARACTERES FÍSICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECÍFICA DE CELULAS	R\$ 6,36
1.1.442	MIELOGRAMA	R\$ 10,67
1.1.443	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOÍDES (ELISA)	R\$ 2,21
1.1.444	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA NO ESPERMA	R\$ 1,96
1.1.445	PESQUISA DE CARACTERES FÍSICOS NO LÍQUOR	R\$ 1,96
1.1.446	PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS	R\$ 1,96
1.1.447	PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA	R\$ 5,28
1.1.448	PESQUISA DE ESPERMATOZOÍDES (APOS VASECTOMIA)	R\$ 2,07
1.1.449	PESQUISA DE RAGOCITOS NO LÍQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 10,67
1.1.450	PROVA DE PROGRESSÃO ESPERMÁTICA (CADA)	R\$ 2,07
1.1.451	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)	R\$ 2,07
1.1.452	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOÍDE	R\$ 2,07
1.1.453	REACÇÃO DE PANDY	R\$ 2,07
1.1.454	REACÇÃO DE RIVALTA NO LÍQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 2,07
1.1.455	TESTE DE CLEMENTS	R\$ 5,15
1.1.456	TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECREÇÃO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS	R\$ 5,15
1.1.457	TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GÁSTRICO	R\$ 35,72
1.1.458	DETERMINAÇÃO DE CARIÓTIPO/ CULTURA DE LONGA DURAÇÃO BANDAS)	R\$ 35,72
1.1.459	DETERMINAÇÃO DE CARIÓTIPO EM MEDULA ÓSSEA E VILOSIDADES CORIÓNICAS (C/ TÉCNICA DE BANDAS)	R\$ 35,72
1.1.460	DETERMINAÇÃO DE CARIÓTIPO EM SANGUE PERIFÉRICO (C/ TÉCNICA DE BANDAS)	R\$ 9,68
1.1.461	DETECÇÃO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNÓSTICO TARDIO)	R\$ 72,60
1.1.462	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)	R\$ 72,60
1.1.463	DETECÇÃO MOLECULAR EM FIBROSE CÍSTICA (CONFIRMATORIO)	R\$ 6,05
1.1.464	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNÓSTICO TARDIO)	R\$ 13,31
1.1.465	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4	R\$ 22,99
1.1.466	DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECÇÃO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA	R\$ 6,05
1.1.467	DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA	R\$ 14,52
1.1.468	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNÓSTICO TARDIO)	R\$ 11,71
1.1.469	DETERMINAÇÃO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETÁRIOS	R\$ 1,50
1.1.470	DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 11,71
1.1.471	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	R\$ 11,71
1.1.472	IDENTIFICAÇÃO DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS	R\$ 6,36
1.1.473	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES P/ MÉTODO DA ELUICAO	R\$ 6,36
1.1.474	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES 37OC	R\$ 6,36
1.1.475	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES A FRIO	R\$ 1,50
1.1.476	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 3,00
1.1.477	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R\$ 6,36





# Diário Oficial

33

## 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- 2023 / EDIÇÃO Nº 1158

Ivaiporã, Quinta-Feira, 12 de Abril de 2023



1.1.478	TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	R\$ 7,30
1.1.479	EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA	R\$ 11,71
1.1.480	EXAME CITOPATOLOGICO HORMONAL SERIADO (MINIMO 3 COLETAS)	R\$ 11,71
1.1.481	EXAME DE CITOLOGIA ONCOTICA (EXCETO CERVICO-VAGINAL)	R\$ 17,56
1.1.482	EXAME CITOPATOLOGICO DE MAMA	R\$ 55,00
1.1.483	DETERMINACAO DE RECEPTORES TUMORAIS HORMONAIS	R\$ 47,53
1.1.484	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO - PECA CIRURGICA	R\$ 26,40
1.1.485	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO P/ CONGELAMENTO / PARAFINA (EXCETO COLO UTERINO) - PECA CIRURGICA	R\$ 92,00
1.1.486	IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R\$ 26,40
1.1.487	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - BIOPSIA	R\$ 47,53
1.1.488	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - PECA CIRURGICA	R\$ 26,40
1.1.489	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO – BIOPSIA	R\$ 26,40
1.1.490	TESTE DE URÉASE	R\$ 10,00
1.1.491	SWAB ANAL PARA PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS EM GESTANTES VAGINAL/ANAL	R\$ 40,00
1.1.492	DOSAGEM DE ANTÍGENO PROSTÁTICO LIVRE (PSA LIVRE)	R\$19,70
1.1.493	PRÓ BPN - N TERMINAL	R\$85,58
1.1.494	D - Dímero Quantitativo	R\$65,00
1.1.495	GASOMETRIA (ARTERIAL OU VENOSA)	R\$50,00
1.1.496	T3 LIVRE (TRIIODOTIRONINA LIVRE)	R\$13,20
1.1.497	TESTE RÁPIDO PARA DENGUE – NSI	R\$50,00
1.1498	CATETER DUPLO I	R\$180,00
1.1499	ANTI ENDOMISIO IGG	R\$53,00
1.1500	ANTI ENDOMISIO IGM	R\$53,00
1.1501	ANTI ENDOMISIO IGA	R\$53,00
1.1502	TESTE GENÉTICO PARA INTOLERÂNCIA A LACTOSE	R\$70,00
1.1503	TESTE ORAL PARA INTOLERÂNCIA A LACTOSE	R\$21,60
1.1504	IGE ESPECÍFICO PARA CASEÍNA	R\$20,25
1.1505	IGE ESPECÍFICO PARA SOJA	R\$20,25
1.1506	IGE ESPECÍFICO BETA LACTOGLOBULINA	R\$20,25
1.1507	IGE ESPECÍFICO PARA ALFA LACTOGLOBULINA	R\$20,25
1.1508	IGE ESPECÍFICO PARA LEITE (F2)	R\$20,25
1.1509	CA 125	R\$47,00

CIS – IVAIPORÃ

CNPJ: 02.586.019/0001-97

R. Professora Diva Proença, 500 - Ivaiporã/PR

Fone: (43) 3472-0649 | 3472-1795

www.cisvaipora.com.br



# Diário Oficial

34

## 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: 2023 / EDIÇÃO Nº 1158

Ivaiporã, Quinta-Feira, 13 de Abril de 2023



RESOLUÇÃO Nº 16/2023

**SÚMULA:** “Disciplina o pagamento dos atendimentos do Ambulatório de Ginecologia e dá outras providências”.

O PRESIDENTE DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA 22ª REGIONAL DE SAÚDE DE IVAIPORÃ, ESTADO DO PARANÁ, **RENAN MENCK ROMANICHEN**, no uso de suas atribuições que lhe são conferidas pelo Estatuto da Entidade;

CONSIDERANDO que na Assembleia de Prefeitos realizada em 10 de março de 2023, fora apresentado que o Ambulatório de Ginecologia será inicialmente custeado com recurso federal oriundo do Programa Cuida Mais Brasil, do Ministério da Saúde;

CONSIDERANDO que apenas os Municípios de Ivaiporã e Jardim Alegre receberam os recursos do referido programa federal destinados à 22ª Regional de Saúde do Estado do Paraná;

CONSIDERANDO que os referidos recursos visam custear ações em todos os Municípios da 22ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, nos termos no artigo 5º da Portaria GM/MS 937/2022, a qual disciplina que caberá aos municípios habilitados promover ações nas Regiões de Saúde;

CONSIDERANDO que a Deliberação nº 146/2022 – 15/06/2022, da Comissão Intergestores Bipartite Do Paraná, solicitou ao Ministério da Saúde, recursos a serem destinados à Atenção Ambulatorial Especializada para atendimentos especializados, com a possibilidade de utilização de acordo com os arranjos locais e regionais já existentes, bem como aprovou os municípios elegíveis e os respectivos valores discriminados, acordados regionalmente mediante Comissão Intergestores Regional - CIR, para recebimento do recurso conforme Portaria GM/MS nº 937, de 5 de maio de 2022;

CONSIDERANDO que em reunião realizada pelo CRESEMS em 25 de agosto de 2022, foi aprovada a utilização dos recursos do Programa Cuida Mais Brasil de forma consorciada;

CONSIDERANDO que em deliberação realizada pelo CRESEMS em 11 de abril de 2023, os Municípios de Ivaiporã e Jardim Alegre, os quais receberam os recursos Programa Cuida Mais Brasil, prestaram contas dos valores que

CIS – IVAIPORÃ

CNPJ: 02.586.019/0001-97

R. Professora Diva Proença, 500 - Ivaiporã/PR

Fone: (43) 3472-0649 | 3472-1795

www.cisivaipora.com.br



# Diário Oficial

35

## 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: 2023 / EDIÇÃO Nº 1158

Ivaiporã, Quinta-Feira, 13 de Abril de 2023



efetivamente foram recebidos e pactuaram a forma de utilização do referido recurso junto a este Consórcio, edita a seguinte:

### RESOLUÇÃO:

**Art. 1º.** Fica estabelecido que o Ambulatório de Ginecologia do AME inicialmente será custeado com os valores que serão repassados pelos Municípios de Ivaiporã e Jardim Alegre ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da 22ª Regional de Saúde de Ivaiporã, referentes ao recurso recebido pelos referidos municípios através do Programa Cuida Mais Brasil, do Ministério da Saúde.

**Art. 2º** Os valores a serem repassados pelos Municípios de Ivaiporã e Jardim Alegre constam do anexo I que acompanham a presente resolução.

**Art. 3º** Os valores a serem repassados pelos Município de Ivaiporã e Jardim Alegre serão utilizados de forma consorciada por todos os 16 (dezesesseis) municípios que compõem este Consórcio, sendo que tais valores serão divididos de forma per capita entre os municípios, nos termos do anexo I desta resolução.

**Art. 4ª** Caberá aos Municípios de Ivaiporã e Jardim Alegre promover a prestação de contas dos valores recebidos pelo Ministério da Saúde e empregados junto ao CIS para custeio das ações desenvolvidas em todos os municípios que compõem a regional.

**Parágrafo único** – Para fins de instruir a prestação de contas a ser realizada pelos Municípios de Ivaiporã e Jardim Alegre, o Consórcio deverá encaminhar Relatório de Faturamento relacionando os valores que foram utilizados por cada Município e que foram custeados por cada um dos recursos encaminhados.

**Art. 5º** Após esgotados os recursos encaminhados, cada Município poderá continuar custeando ações junto ao Ambulatório de Ginecologia através de crédito antecipado.

**Art. 6º** - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Edifício do Consórcio Intermunicipal de Saúde da 22ª RS de Ivaiporã, Estado do Paraná, no dia 12 de abril de 2023.

**RENAN MENCK ROMANICHEN**  
PRESIDENTE DO CIS  
ANEXO I

**CIS – IVAIPORÃ**  
CNPJ: 02.586.019/0001-97  
R. Professora Diva Proença, 500 - Ivaiporã/PR  
Fone: (43) 3472-0649 | 3472-1795  
www.cisivaipora.com.br





# Diário Oficial

36

## 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: 2023 / EDIÇÃO Nº 1158

Ivaiporã, Quinta-Feira, 13 de Abril de 2023



### RECURSO PROGRAMA CUIDA MAIS BRASIL/AMBULATÓRIO DE GINECOLOGIA

#### MUNICÍPIO: IVAIPORÃ

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	%	TOTAL R\$ 163.057,76
ARAPUÃ	3.561	2,3	3.750,32
ARIRANHA DO IVAÍ	2.453	2	3.261,15
CÂNDIDO DE ABREU	16.665	12	19.566,93
CRUZMALTINA	3.162	2,2	3.587,27
GODOY MOREIRA	3.357	2,1	3.424,21
IVAIPORÃ	31.816	22,5	36.687,99
JARDIM ALEGRE	12.324	9	14.675,19
LIDIANÓPOLIS	3.973	3	4.891,73
LUNARDELI	5.160	4	6.522,31
MANOEL RIBAS	13.169	10	16.305,77
MATO RICO	3.818	2,6	4.239,50
NOVA TEBAS	7.398	5,3	8.642,06
RIO BRANCO DO IVAI	3.898	2,7	4.402,55
ROSÁRIO DO IVAI	5.588	4	6.522,31
SANTA MARIA DO OESTE	11.500	8	13.044,62
SÃO JOÃO DO IVAÍ	11.525	8,3	13.533,79
<b>TOTAL</b>	<b>139.367</b>	<b>100</b>	<b>163.057,70</b>

### RECURSO PROGRAMA CUIDA MAIS BRASIL/AMBULATÓRIO DE GINECOLOGIA

#### MUNICÍPIO: JARDIM ALEGRE

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	%	TOTAL R\$ 58.367,76
ARAPUÃ	3.561	2,3	R\$1.342,45
ARIRANHA DO IVAÍ	2.453	2	R\$1.167,35
CÂNDIDO DE ABREU	16.665	12	R\$7.004,13
CRUZMALTINA	3.162	2,2	R\$1.284,09
GODOY MOREIRA	3.357	2,1	R\$1.225,72
IVAIPORÃ	31.816	22,5	R\$13.132,74
JARDIM ALEGRE	12.324	9	R\$5.253,09
LIDIANÓPOLIS	3.973	3	R\$1.751,03
LUNARDELI	5.160	4	R\$2.334,71
MANOEL RIBAS	13.169	10	R\$5.836,77
MATO RICO	3.818	2,6	R\$1.517,56
NOVA TEBAS	7.398	5,3	R\$3.093,49
RIO BRANCO DO IVAI	3.898	2,7	R\$1.575,92
ROSÁRIO DO IVAI	5.588	4	R\$2.334,71
SANTA MARIA DO OESTE	11.500	8	R\$4.669,42
SÃO JOÃO DO IVAÍ	11.525	8,3	R\$4.844,52
<b>TOTAL</b>	<b>139.367</b>	<b>100</b>	<b>R\$58.367,70</b>

CIS - IVAIPORÃ

CNPJ: 02.586.019/0001-97

R. Professora Diva Proença, 500 - Ivaiporã/PR

Fone: (43) 3472-0649 | 3472-1795

www.cisvaipora.com.br