



Prefeitura Municipal de Muzambinho
Estado de Minas Gerais

CONVÊNIO Nº 5/2021

**TERMO DE CONVÊNIO QUE ENTRE SI
CELEBRAM O MUNICÍPIO DE MUZAMBINHO E
O CISMARPA, PARA OS FINS QUE
ESPECIFICA.**

CONVENIENTE: MUNICÍPIO DE MUZAMBINHO - MG, pessoa jurídica de direito público interno inscrita no CNPJ nº 18.668.624/0001-47, com sede na Praça Pedro Alcântara de Magalhães, nº 2583, bairro Centro, CEP 37890-000, na cidade de Muzambinho, Estado de Minas Gerais, neste ato representada pelo Prefeito, **Paulo Sergio Magalhães**, portador do RG nº M2793945 SSP-MG e do CPF. Nº 429.756.116-68, residente e domiciliado na Rua Sete de Setembro, nº 1378, bairro Centro, na cidade de Muzambinho, Estado de Minas Gerais.

CONVENIADO: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DO ALTO RIO PARDO-CISMARPA, pessoa jurídica de direito público, inscrita no CNPJ nº 01.990.521/0001-04, com sede à Rua Narciso Ferreira de Andrade nº 145 – Bairro São José, CEP: 37704-241, na cidade de Poços de Caldas, Estado de Minas Gerais, neste ato representado pelo Presidente, **João Paulo Facanali de Oliveira**, brasileiro, portador do RG nº MG-20.870.368, CPF. Nº 036.015.946-09, residente e domiciliado no município de Cabo Verde, Estado de Minas Gerais.

FUNDAMENTO LEGAL: Este instrumento de convênio se fundamenta no artigo 2º, § 1º, inciso I da Lei Federal nº 11.107, de 06 de abril de 2005, na Lei Orgânica Municipal de 20 de agosto de 2007, art. 9º inciso III, que autoriza o Município de Muzambinho a firmar convênios.

CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO – O CONVENIADO prestará serviços de atendimento médico, ambulatorial, cirúrgico e exames em oftalmologia, conforme itens e valores constantes da tabela do Anexo I, nos termos do Plano de Trabalho – Anexo II, que integram o presente Convênio.

Parágrafo Único - O objeto deste convênio poderá ser aditado por instrumento próprio, mediante Plano de Trabalho Complementar específico, para atender a contratação de demais serviços, observando-se para isso, a disponibilidade orçamentária/financeira e a demanda existente no Município de Muzambinho, Estado de Minas Gerais, e nos percentuais definidos pela Lei Federal nº 8.663/93 e suas alterações posteriores.



Prefeitura Municipal de Muzambinho
Estado de Minas Gerais

CLÁUSULA SEGUNDA: DO PRAZO – O presente convênio terá vigência a partir de sua assinatura até 31.12.2021, podendo ser prorrogado, a critério das partes e de acordo com o Art. 57, Inciso II da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações, através de Termo Aditivo.

CLÁUSULA TERCEIRA: DOS RECURSOS FINANCEIROS: A integralidade dos recursos para cobertura deste convênio é oriunda do Município de MUZAMBINHO. O valor máximo para o presente convênio será de R\$ 20.000,00, sendo o valor por procedimento tabelado pelo Consórcio apresentado Anexo I. O pagamento deverá ser efetuado em até dez dias da apresentação da Nota Fiscal/Fatura.

§ 1º - O **CONVENIADO** é o AGENTE EXECUTOR do objeto deste convênio, responsabilizando-se integralmente pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes da execução do objeto deste ajuste, não podendo transferir tais responsabilidades ao **CONVENENTE**, nem mesmo onerar o objeto deste convênio, conforme dispõe o artigo 71 da Lei Federal nº 8.666/93 e suas alterações posteriores.

§ 2º - O **CONVENIADO** responsabiliza-se cível e penalmente pelos danos causados ao **CONVENENTE**, a seus empregados e a terceiros, decorrente de culpa ou dolo na execução do presente convênio, não excluindo ou reduzindo essa responsabilidade, a fiscalização ou acompanhamento pelo **CONVENENTE**; conforme artigo 70 da Lei Federal nº 8.666/93 e suas alterações posteriores.

§ 3º - O **CONVENENTE** através da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE é o AGENTE FISCALIZADOR da execução do objeto deste Convênio.

§ 4º - Os recursos somente serão liberados ao **CONVENIADO** mediante aprovação do AGENTE FISCALIZADOR.

§ 5º - Eventuais adequações no valor estipulado na cláusula terceira, poderão ocorrer, desde que comprovada, por parte do **CONVENIADO** o aumento de custos das despesas efetuadas.

§ 6º - O pagamento deverá ser efetuado ao **CONVENIADO** através de transferência bancária na instituição nº 001 - Banco do Brasil S/A, Agência nº 309-3 -Poços de Caldas-MG, na Conta Corrente nº 47.700-1, na data prevista na Cláusula Terceira deste Termo de Convênio.

§ 7º - As partes conveniadas acordam que em caso de inadimplência do **CONVENENTE**, passados vinte (20) dias da data do pagamento do valor mensal sem que ocorra o efetivo pagamento, serão suspensos os atendimentos objeto deste termo aos usuários oriundos do Município **CONVENENTE**, até que se promova o pagamento dos valores devidos.



Prefeitura Municipal de Muzambinho
Estado de Minas Gerais

CLÁUSULA QUARTA: DAS DEMAIS OBRIGAÇÕES DO CONVENIADO

§1º - **CONVENIADO** permitirá, facilitará e assegurará a atuação do AGENTE FISCALIZADOR, através de seus representantes, funcionários e/ou credenciados na execução do objeto do presente convênio;

§ 2º - O **CONVENIADO** obriga-se a executar integralmente o objeto deste convênio, conduzindo a execução em estrita observância das normas da legislação das esferas federal, estadual e municipal de assistência à saúde, no que couber;

§ 3º - O **CONVENIADO** deverá prestar esclarecimentos e/ou informações solicitadas pelo **CONVENENTE**, bem como apresentar documentos relativos à execução do objeto deste convênio quando solicitada;

§ 4º - Garantir assistência de boa qualidade;

§ 5º - Obrigar-se à prestação de assistência à população de forma ininterrupta dos horários pré-estabelecidos pelos partícipes no Plano de Trabalho;

§ 6º - Cumprir o Plano de Trabalho, e, ainda, apresentar Planos de Trabalho específicos nos casos de alteração de forma, qualidade ou quantidade dos serviços contratados, por instrumento próprio.

CLÁUSULA QUINTA: DA RESCISÃO: O presente convênio ficará rescindido de pleno direito diante da inexecução total ou parcial da execução de seu objeto ou ainda pelos motivos elencados pelo artigo 78 da Lei Federal nº 8.666/93 e suas alterações posteriores, no que couber.

§ 1º - A desistência expressa de uma das partes conveniadas poderá ser operada por notificação extrajudicial, observando o prazo de 60 (sessenta) dias de antecedência.

§ 2º - A falta de pagamento por parte do **CONVENENTE** superior a 30 (trinta) dias poderá ser motivo de rescisão deste convênio, bastando para tanto, notificação por parte do **CONVENIADO**.

CLÁUSULA SEXTA: DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: As despesas decorrentes da execução do presente convênio correrão por conta da dotação orçamentária vigente própria a saber:

RUBRICA	FICHA	ÓRGÃO
02.08.10 302 1004 2.067 3390 39	630	Secretaria de Saúde



Prefeitura Municipal de Muzambinho
Estado de Minas Gerais

CLÁUSULA SÉTIMA: DOS CASOS OMISSOS E DOS ANEXOS: Os casos não previstos no presente instrumento deverão ser analisados pelo AGENTE FISCALIZADOR, por parecer, sendo-os deliberados pelas partes conveniadas.

PARÁGRAFO ÚNICO: Faz parte integrante do presente instrumento, o Anexo I – Tabela de Serviços e Valores e o Anexo II - Plano de Trabalho.

CLÁUSULA OITAVA: As partes elegem o Foro da Comarca de Muzambinho para dirimir eventuais dúvidas e litígios resultantes deste convênio.

E por estarem justas e acordadas, assinam o presente termo em 03 (três) vias de igual teor e forma, para um só efeito legal, assinadas pelas testemunhas instrumentárias abaixo:

Muzambinho, 20 de abril de 2021.

Município de MUZAMBINHO – MG
Paulo Sergio Magalhães - Prefeito
CONVENENTE

CISMARPA
João Paulo Facanali de Oliveira - Presidente
CONVENIADO

Testemunhas:

Nome:

CPF:

Nome:

CPF:

Carla de Sousa Mariano
CPF: 374.777.566-00
Secretaria Executiva
CISMARPA

Ana Karolina Faria de Andrade
Contadora
CRC/MG - 091413/0

Anexo I

**CARTEIRA DE SERVIÇOS
OFERECIDA AOS MUNICÍPIOS
CONVENIADOS**

SERVIÇOS DE OFTALMOLOGIA

ITEM	DESCRIÇÃO	VALOR
001	Consulta Ambulatorial (Serviço Próprio)	R\$ 31,99
002	Consulta Ambulatorial (Credenciamento)	R\$ 49,50
003	Consulta de Urgência	R\$ 71,50
004	Mapeamento de Retina AO (tabela SUS)	R\$ 53,33
005	Biometria Ultrassônica AO (tabela SUS)	R\$ 53,33
006	Cirurgia de Catarata Monocular (tabela SUS)	R\$ 848,76
007	Cirurgia de Pterígio Monocular (tabela SUS)	R\$ 230,51
008	Injeção Intra - Vitrea de Avastin Monocular	R\$ 660,00
009	Consulta de Glaucoma (4 consultas/ano, tabela SUS para os municípios pactuados para Itanhandu, com dispensação de colírios)	-



TABELA DE EXAMES DE IMAGEM E PROCEDIMENTOS

ITEM	RAIO X DIGITALIZADOS	VALOR
001	RAIO X DE ABDOME AGUDO	R\$ 59,40
002	RAIO X DE ABDOME AP - LATERAL OU LOCALIZADO (2)	R\$ 54,45
003	RAIO X DE ABDOME SIMPLES (1)	R\$ 54,45
004	RAIO X DE ADENOIDE- LATERAL	R\$ 49,50
005	RAIO X DE ANTEBRAÇO	R\$ 49,50
006	RAIO X DE ARCOS ZIGOMÁTICOS – MALAR - ESTILO	R\$ 79,20
007	RAIO X DE ARTICULAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR	R\$ 49,50
008	RAIO X DE ARTICULAÇÃO COXO-FEMURAL (CADA LADO)	R\$ 54,45
009	RAIO X DE ARTICULAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL	R\$ 54,45
010	RAIO X DE ARTICULAÇÃO ESTERNO-CLAVICULAR	R\$ 49,50
011	RAIO X DE ARTICULAÇÃO SACRO-ILÍACAS	R\$ 59,40
012	RAIO X DE ARTICULAÇÃO TEMPORO MANDIBULAR	R\$ 59,40
013	RAIO X DE ARTICULAÇÃO TÍBIO TÁRCICA (TORNOZELO)	R\$ 49,50
014	RAIO X DE BACIA	R\$ 49,50
015	RAIO X DE BACIA AP E BATRÁQUIO	R\$ 79,20
016	RAIO X DE BRAÇO (ÚMERO)	R\$ 49,50
017	RAIO X DE CALCÂNEO	R\$ 49,50
018	RAIO X DE CAVUM – LAT - HIRTZ	R\$ 49,50
019	RAIO X DE CLAVÍCULA	R\$ 49,50
020	RAIO X DE COLUNA CERVICAL AP – LATERAL – OBLÍQUAS (3)	R\$ 69,30
021	RAIO X DE COLUNA CERVICAL AP – LATERAL OU FLEXÃO (2)	R\$ 49,50
022	RAIO X DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL OU DINÂMICA	R\$ 79,20
023	RAIO X DE COLUNA DORSAL 4 INCIDÊNCIAS	R\$ 79,20
024	RAIO X DE COLUNA DORSAL AP – LATERAL	R\$ 64,35
025	RAIO X DE COLUNA DORSO LOMBAR PARA ESCOLIOSE (2 INCIDÊNCIAS)	R\$ 59,40
026	RAIO X DE COLUNA LOMBAR 5 INCIDÊNCIAS	R\$ 79,20
027	RAIO X DE COLUNA LOMBO SACRA FUNCIONAL	R\$ 79,20
028	RAIO X DE COLUNA LOMBO-SACRA (LOMBAR)	R\$ 64,35
029	RAIO X DE COLUNA LOMBO-SACRA COM OBLÍQUAS + SELETIVAS	R\$ 69,30
030	RAIO X DE COLUNA TORÁCICA/DORSAL	R\$ 79,20
031	RAIO X DE COLUNA TOTAL OU ESCOLIOSE PANORÂMICA	R\$ 198,00
032	RAIO X DE CONDUTOS AUDITIVOS INTERNOS	R\$ 79,20
033	RAIO X DE CORAÇÃO E VASOS DA BASE PA LAT	R\$ 79,20
034	RAIO X DE COSTELAS POR HEMITÓRAX (ARCOS COSTAIS)	R\$ 54,45
035	RAIO X DE COTOVELO	R\$ 49,50
036	RAIO X DE COXA (FÊMUR)	R\$ 49,50
037	RAIO X DE CRÂNIO - PA – LAT	R\$ 49,50
038	RAIO X DE CRÂNIO - PA – LAT – BRETRON OU TOWNE OU HIRTZ	R\$ 59,40
039	RAIO X DE CRÂNIO - PA – LAT – OBL. BRETRON OU HIRTZ	R\$ 59,40
040	RAIO X DE ESCANOMETRIA	R\$ 59,40
041	RAIO X DE ESTERNO	R\$ 49,50
042	RAIO X DE JOELHO AP – LAT – OBLIQUAS –3 AXIAIS	R\$ 79,20
043	RAIO X DE JOELHO AP - LATERAL	R\$ 59,40
044	RAIO X DE MÃO OU QUIRODÁCTILOS	R\$ 49,50
045	RAIO X DE MÃOS E PUNHOS PARA IDADE ÓSSEA	R\$ 49,50
046	RAIO X DE MASTÓIDES OU ROCHEDOS - BILATERAL	R\$ 79,20
047	RAIO X DE MAXILAR INFERIOR	R\$ 49,50

TABELA DE CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS

ITEM	CONSULTAS	VALOR
001	CONSULTAS MÉDICAS DE ANGIOLOGIA	R\$ 71,50
002	CONSULTAS MÉDICAS DE CARDIOLOGIA	R\$ 71,50
003	CONSULTAS MÉDICAS DE DERMATOLOGIA	R\$ 71,50
004	CONSULTAS MÉDICAS DE ENDOCRINOLOGIA	R\$ 71,50
005	CONSULTAS MÉDICAS DE GASTROENTEROLOGIA	R\$ 71,50
006	CONSULTAS MÉDICAS DE HEMATOLOGIA	R\$ 71,50
007	CONSULTAS MÉDICAS DE MASTOLOGIA	R\$ 71,50
008	CONSULTAS MÉDICAS DE NEUROLOGIA	R\$ 71,50
009	CONSULTAS MÉDICAS DE NEUROLOGIA INFANTIL* (NEUROPEDIATRA)	R\$ 71,50
010	CONSULTAS MÉDICAS DE OFTALMOLOGIA	R\$ 49,50
011	CONSULTAS MÉDICAS DE OTORRINOLARINGOLOGIA	R\$ 71,50
012	CONSULTAS MÉDICAS DE PNEUMOLOGIA	R\$ 71,50
013	CONSULTAS MÉDICAS DE PROCTOLOGIA	R\$ 71,50
014	CONSULTAS MÉDICAS DE PSIQUIATRIA	R\$ 71,50
015	CONSULTAS MÉDICAS DE REUMATOLOGIA	R\$ 71,50
016	CONSULTAS MÉDICAS DE UROLOGIA	R\$ 71,50
017	PROCEDIMENTO DE ESCLEROTERAPIA	R\$ 990,00



048	RAIO X DE OMBRO (3 INCIDÊNCIAS)	R\$ 79,20
049	RAIO X DE OMBRO AP+P (UNILATERAL)	R\$ 79,20
050	RAIO X DE OMOPLATA (OMBRO)	R\$ 49,50
051	RAIO X DE ÓRBITAS - PA - LAT - OBLÍQUAS OU HIRTZ	R\$ 59,40
052	RAIO X DE OSSOS DA FACE F.N. - M.N. - LAT - HIRTZ + OSSOS NARIZ	R\$ 54,45
053	RAIO X DE PANORÂMICO MEMBROS INFERIORES (ATÉ 6 ANOS DE IDADE)	R\$ 158,40
054	RAIO X DE PATELA OU RÓTULA DO JOELHO	R\$ 49,50
055	RAIO X DE PÉ OU PODODÁCTILOS	R\$ 54,45
056	RAIO X DE PERNA (TÍBIA)	R\$ 59,40
057	RAIO X DE PUNHO AP - LAT- OBLÍQUAS	R\$ 54,45
058	RAIO X DE QUADRIL FRENTE OBL. (UNILATERAL)	R\$ 79,20
059	RAIO X DE SACRO CÓCCIX	R\$ 54,45
060	RAIO X DE SEIOS DA FACE	R\$ 79,20
061	RAIO X DE SEIOS DA FACE F.N. - M.N. - LAT	R\$ 54,45
062	RAIO X DE SELA TÚRCICA	R\$ 54,45
063	RAIO X DE TORAX APICO LORDOTICA	R\$ 79,20
064	RAIO X DE TORAX OIT	R\$ 79,20
065	RAIO X DE TÓRAX PA	R\$ 54,45
066	RAIO X DE TÓRAX PA - LAT	R\$ 59,40
067	RAIO X DE TÓRAX PA - LAT - OBLÍQUAS (4 INCIDÊNCIAS)	R\$ 64,35
068	RAIO X DE TORAX PA EM DECUBITO LATERAL	R\$ 79,20
069	RAIO X DE TORAX PA INS E EXP LATERAL	R\$ 79,20
070	RAIO X DE TORNOZELO (UNILATERAL)	R\$ 49,50

ITEM	RAIO X CONTRASTADOS	VALOR
071	RAIO X DE DACRIOCISTOGRAFIA BILATERALCOM CONTRASTE	R\$ 772,20
072	RAIO X DE DACRIOCISTOGRAFIA UNILATERALCOM CONTRASTE	R\$ 386,10
073	RAIO X DE ENEMA OPACO (CLISTER OPACO)COM CONTRASTE	R\$ 405,90
074	RAIO X DE ESÔFAGOCOM CONTRASTE	R\$ 217,80
075	RAIO X DE ESOPAGO - HIATO - ESTOMAGO E DUODENO (REED)COM	R\$ 287,10
076	RAIO X DE HISTEROSSALPINGOGRAFIACOM CONTRASTE	R\$ 633,60
077	RAIO X DE TRÂNSITO INTESTINALCOM CONTRASTE	R\$ 435,60
078	RAIO X DE URETROCISTOGRAFIACOM CONTRASTE	R\$ 386,10
079	RAIO X DE UROGRAFIA EXCRETORACOM CONTRASTE	R\$ 623,70
080	RAIO X DE UROGRAFIA VENOSA MINUTADACOM CONTRASTE	R\$ 623,70

ITEM	MAMOGRAFIA	VALOR
081	MAMOGRAFIA BILATERAL	R\$ 79,20
082	MAMOGRAFIA UNILATERAL	R\$ 39,60

ITEM	ULTRASSOM	VALOR
083	ULTRASSOM DE ABDOME SUPERIOR	R\$ 84,15
084	ULTRASSOM DE ABDOME TOTAL	R\$ 103,95
085	ULTRASSOM DE ABDOMEN INFERIOR	R\$ 99,00
086	ULTRASSOM DE APARELHO URINÁRIO (RINS E BEXIGA)	R\$ 69,30
087	ULTRASSOM DE ARTICULAÇÕES	R\$ 74,25
088	ULTRASSOM DE BIOPSIA PRÓSTATA TRANSRETAL COM SEDAÇÃO (ANESTESIA)	R\$ 707,85
089	ULTRASSOM DE CERVICAL	R\$ 99,00

090	ULTRASSOM DE CORE BIÓPSIA ORIENTADA POR ULTRASSON (MAMAS)	R\$ 598,95
091	ULTRASSOM DE CRANIANO	R\$ 84,15
092	ULTRASSOM DE GLOBO OCULAR (UNILATERAL)	R\$ 99,00
093	ULTRASSOM DE GLOBO OCULAR COM DOPPLER COLORIDO (UNILATERAL)	R\$ 168,30
094	ULTRASSOM DE HIPOCÔNDRIO COM PROVA DE BOYNER	R\$ 128,70
095	ULTRASSOM DE HIPOCÔNDRIO DIREITO (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES E PÂNCREAS)	R\$ 84,15
096	ULTRASSOM DE MORFOLÓGICO FETAL	R\$ 217,80
097	ULTRASSOM DE MORFOLÓGICO GEMELAR	R\$ 405,90
098	ULTRASSOM DE OBSTÉTRICO (ACIMA DE 12 SEMANAS)	R\$ 69,30
099	ULTRASSOM DE OBSTÉTRICO COM TRANSLUCÊNCIA NUCAL	R\$ 217,80
100	ULTRASSOM DE OBSTÉTRICO GEMELAR	R\$ 168,30
101	ULTRASSOM DE ÓRGÃO E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (DEMAIS)	R\$ 99,00
102	ULTRASSOM DE ÓRGÃO E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (MÚSCULOS, TENDÕES)	R\$ 99,00
103	ULTRASSOM DE ÓRGÃO E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (PAREDE ABDOMINAL)	R\$ 99,00
104	ULTRASSOM DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (BOLSA ESCROTAL)	R\$ 84,15
105	ULTRASSOM DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (GLÂNDULAS SALIVARES)	R\$ 84,15
106	ULTRASSOM DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (MAMAS)	R\$ 84,15
107	ULTRASSOM DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (PENIANO)	R\$ 84,15
108	ULTRASSOM DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (QUADRIL)	R\$ 84,15
109	ULTRASSOM DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (REGIÃO INGUINAL UNILATERAL)	R\$ 84,15
110	ULTRASSOM DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (REGIÃO POPLÍTEA)	R\$ 84,15
111	ULTRASSOM DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (REGIÃO SUPRA- CLAVICULAR)	R\$ 84,15
112	ULTRASSOM DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (TIREÓIDE)	R\$ 84,15
113	ULTRASSOM DE PÉLVICO (GINECOLÓGICO – ABDOMINAL)	R\$ 84,15
114	ULTRASSOM DE PRÓSTATA VIA ABDOMINAL	R\$ 69,30
115	ULTRASSOM DE PRÓSTATA VIA TRANSRETAL (SEM BIÓPSIA)	R\$ 128,70
116	ULTRASSOM DE RETROPERITÔNIO GRANDES VASOS SUPRA RENAL	R\$ 84,15
117	ULTRASSOM DE TÓRAX EXTRACARDÍACO	R\$ 84,15
118	ULTRASSOM DE TRANSFONTANELA	R\$ 84,15
119	ULTRASSOM DE TRANSVAGINAL - (ENDOVAGINAL)	R\$ 74,25
120	ULTRASSOM DE US COM BIÓPSIA HEPÁTICA	R\$ 940,50

ITE M	ULTRASSOM COM DOPPLER	VALOR
121	ULTRASSOM DE ABDOMEN SUPERIOR COM DOPPLER	R\$ 316,80
122	ULTRASSOM DE ABDOMEN TOTAL COM DOPPLER	R\$ 336,60
123	ULTRASSOM DE ARTICULAÇÕES COM DOPPLER	R\$ 316,80
124	ULTRASSOM DE DOPPLER ARTERIAL BILATERAL (3 OU + VASOS) MEMBROS SUPERIORES OU INFERIORES	R\$ 435,60

127	ULTRASSOM DE DOPPLER DE AORTA ILÍACAS	R\$ 326,70
128	ULTRASSOM DE DOPPLER DE ÓRGÃO E ESTRUTURAS (TIREÓIDE, CERVICAL, BOLSA ESCROTAL)	R\$ 316,80
129	ULTRASSOM DE DOPPLER VENOSO BILATERAL (3 OU + VASOS) MEMBROS SUPERIORES OU INFERIORES	R\$ 435,60
130	ULTRASSOM DE DOPPLER VENOSO UNILATERAL (3 OU + VASOS) MEMBROS SUPERIORES OU INFERIORES	R\$ 217,80
131	ULTRASSOM DE DUPLEX SCAN CARÓTIDAS (UNILATERAL)	R\$ 217,80
132	ULTRASSOM DE DUPLEX SCAN CARÓTIDAS + VERTEBRAIS	R\$ 217,80
133	ULTRASSOM DE DUPLEX SCAN VASCULAR BILATERAL (3 OU + VASOS) MEMBROS SUP. OU INF.	R\$ 435,60
134	ULTRASSOM DE DUPLEX SCAN VASCULAR UNILATERAL (3 OU + VASOS) MEMBRO INF. OU SUP.	R\$ 217,80
135	ULTRASSOM DE ECOCARDIOGRAMA COM DOPPLER INFANTIL OU ADULTO	R\$ 158,40
136	ULTRASSOM DE ECODOPPLERCARDIOGRAMA FETAL	R\$ 275,00
137	ULTRASSOM DE OBSTÉTRICO COM DOPPLER	R\$ 178,20
138	ULTRASSOM DE OBSTÉTRICO COM DOPPLER GEMELAR	R\$ 277,20
139	ULTRASSOM DE ÓRGÃO E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (PENIANO COM DOPPLER)	R\$ 346,50
140	ULTRASSOM DE PÉLVICA TRANSVAGINAL COM DOPPLER	R\$ 198,00
141	ULTRASSOM DE PUNÇÃO PERCUTÂNEA DE ÓRGÃOS GUIADOS POR ULTRASON (MAMAS, TIREÓIDE, AXILAS)	R\$ 173,25
142	ULTRASSOM DE RINS E VIAS URINÁRIAS COM DOPPLER	R\$ 247,50
143	ULTRASSOM DE TRANSVAGINAL COM DOPPLER	R\$ 173,25

ITEM	TOMOGRAFIA	VALOR
144	TOMOGRAFIA DE ABDOME SUPERIOR	R\$ 336,60
145	TOMOGRAFIA DE ABDOME TOTAL	R\$ 495,00
146	TOMOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR COM CONTRASTE	R\$ 376,20
147	TOMOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (C/ CONTR.)	R\$ 554,40
148	TOMOGRAFIA DE ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA TORÁCICA	R\$ 693,00
149	TOMOGRAFIA DE ANGIOTOMOGRAFIA (CRÂNIO OU PESCOÇO OU TÓRAX OU ABDOME SUPERIOR OU PELVE) ARTERIAL OU VENOSA	R\$ 693,00
150	TOMOGRAFIA DE ANGIOTOMOGRAFIA ABDOMEN (AORTA E ILÍACAS)	R\$ 841,50
151	TOMOGRAFIA DE ANGIOTOMOGRAFIA ABDOMEN (ARTÉRIAS ILÍACAS)	R\$ 841,50
152	TOMOGRAFIA DE ANGIOTOMOGRAFIA ABDOMEN (ARTÉRIAS RENAIIS)	R\$ 841,50
153	TOMOGRAFIA DE ANGIOTOMOGRAFIA ABDOMEN (MESENTÉRICAS)	R\$ 841,50
154	TOMOGRAFIA DE ANGIOTOMOGRAFIA ABDOMEN (SÓ AORTA ABDOMINAL)	R\$ 841,50
155	TOMOGRAFIA DE ANGIOTOMOGRAFIA AORTA (TORÁCICA E ABDOMINAL)	R\$ 1.089,00
156	TOMOGRAFIA DE ANGIOTOMOGRAFIA CARÓTIDAS E VERTEBRAIS	R\$ 970,20
157	TOMOGRAFIA DE ANGIOTOMOGRAFIA CRANIANA	R\$ 891,00
158	TOMOGRAFIA DE ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL	R\$ 693,00
159	TOMOGRAFIA DE ANGIOTOMOGRAFIA MEMBRO INFERIOR DIREITO	R\$ 1.287,00

125	ULTRASSOM DE DOPPLER ARTERIAL UNILATERAL (3 OU + VASOS) MEMBRO SUPERIOR OU INFERIOR	R\$ 217,80
126	ULTRASSOM DE DOPPLER DE AORTA E ARTÉRIAS RENAIAS	R\$ 287,10



160	TOMOGRAFIA DE ANGIOTOMOGRAFIA MEMBRO INFERIOR ESQUERDO	R\$ 1.287,00
161	TOMOGRAFIA DE ANGIOTOMOGRAFIA MEMBRO SUPERIOR DIREITO	R\$ 1.287,00
162	TOMOGRAFIA DE ANGIOTOMOGRAFIA MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO	R\$ 1.287,00
163	TOMOGRAFIA DE ANGIOTOMOGRAFIA MEMBROS INFERIORES	R\$ 1.881,00
164	TOMOGRAFIA DE ANGIOTOMOGRAFIA MEMBROS SUPERIORES	R\$ 1.881,00
165	TOMOGRAFIA DE ANGIOTOMOGRAFIA PESCOÇO	R\$ 891,00
166	TOMOGRAFIA DE ANGIOTOMOGRAFIA TORAX (AORTA TORÁCICA)	R\$ 841,50
167	TOMOGRAFIA DE ANGIOTOMOGRAFIA TORAX (TEP)	R\$ 841,50
168	TOMOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	R\$ 335,50
169	TOMOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO COM CONTRASTE (UROTAC C/ CONTRASTE)	R\$ 361,35
170	TOMOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO COM CONTRASTE (UROTOMOGRAFIA C/ RECONSTRUÇÃO 2D E/OU 3D)	R\$ 905,85
171	TOMOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO (ESTERNOCLAVICULAR OU OMBRO OU COTOVELO OU PUNHO OU SACROILÍACAS OU COXOFEMURAL OU JOELHO OU TORNOZELO) UNILATERAL	R\$ 237,60
172	TOMOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COM CONTRASTE	R\$ 346,50
173	TOMOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO DO OMBRO (UNILATERAL) S/C	R\$ 361,35
174	TOMOGRAFIA DE BRAÇO (UNILATERAL) SEM CONTRASTE	R\$ 262,35
175	TOMOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL OU DORSAL OU LOMBO-SACRA (ATÉ 3 SEGUIMENTOS)	R\$ 207,90
176	TOMOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL, DORSAL OU LOMBAR COM CONTRASTE	R\$ 297,00
177	TOMOGRAFIA DE COLUNA SEGUIMENTO ADICIONAL	R\$ 49,50
178	TOMOGRAFIA DE CRÂNIO OU SELA TÚRCICA OU ÓRBITAS	R\$ 207,90
179	TOMOGRAFIA DE CRÂNIO, ORBITAS OU SELA TURCA COM CONTRASTE	R\$ 297,00
180	TOMOGRAFIA DE EXTREMIDADES COM CONTRASTE	R\$ 346,50
181	TOMOGRAFIA DE EXTREMIDADES SEM CONTRASTE	R\$ 247,50
182	TOMOGRAFIA DE MASTÓIDES OU ORELHAS	R\$ 237,60
183	TOMOGRAFIA DE MASTÓIDES OU ORELHAS COM CONTRASTE	R\$ 326,70
184	TOMOGRAFIA DE PELVE OU BACIA	R\$ 346,50
185	TOMOGRAFIA DE PELVE OU BACIA COM CONTRASTE	R\$ 376,20
186	TOMOGRAFIA DE PESCOÇO (PARTES MOLES, LARINGE, TIREÓIDE, FARINGE E GLÂNDULAS SALIVARES)	R\$ 247,50
187	TOMOGRAFIA DE PESCOÇO (PARTES MOLES, LARINGE, TIREÓIDE, FARINGE E GLÂNDULAS SALIVARES) COM CONTRASTE	R\$ 346,50
188	TOMOGRAFIA DE POR EMISSÃO DE PÓSITRONS (PET - CT)	R\$ 2.317,94
189	TOMOGRAFIA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO OU ANTEBRAÇO OU MÃO OU COXA OU PERNA OU PÉ) UNILATERAL	R\$ 237,60
190	TOMOGRAFIA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO OU ANTEBRAÇO OU MÃO OU COXA OU PERNA OU PÉ) UNILATERAL COM CONTRASTE	R\$ 371,25
191	TOMOGRAFIA DE SEIOS DA FACE OU ART. TEMP-MANDIBULAR	R\$ 207,90
192	TOMOGRAFIA DE SEIOS DA FACE OU ART. TEMP-MANDIBULAR COM CONTRASTE	R\$ 287,10
193	TOMOGRAFIA DE TÓRAX	R\$ 247,50
194	TOMOGRAFIA DE TORAX COM CONTRASTE	R\$ 376,20

ITEM	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	VALOR
------	-----------------------	-------

195	ANGIORESSONÂNCIA ANGIOGRAFIA (POR SEGMENTO)	R\$ 574,20
196	ANGIORESSONÂNCIA AORTA (ABD. E TORÁCICA)	R\$ 1.089,00
197	ANGIORESSONÂNCIA AORTA (ABDOMINAL)	R\$ 653,40
198	ANGIORESSONÂNCIA AORTA (TORÁCICA)	R\$ 653,40
199	ANGIORESSONÂNCIA ARTÉRIAS RENAIAS	R\$ 841,50
200	ANGIORESSONÂNCIA CRÂNIO	R\$ 574,20
201	ANGIORESSONÂNCIA MEMBRO INFERIOR DIREITO	R\$ 1.356,30
202	ANGIORESSONÂNCIA MEMBRO INFERIOR ESQUERDO	R\$ 1.356,30
203	ANGIORESSONÂNCIA MEMBRO SUPERIOR DIREITO	R\$ 1.356,30
204	ANGIORESSONÂNCIA MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO	R\$ 1.356,30
205	ANGIORESSONÂNCIA MEMBROS INFERIORES	R\$ 2.712,60
206	ANGIORESSONÂNCIA MEMBROS SUPERIORES	R\$ 2.712,60
207	ANGIORESSONÂNCIA PESCOÇO	R\$ 574,20
208	ANGIORESSONÂNCIA TÓRAX (AORTA, TEP)	R\$ 653,40
209	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ANTEBRAÇO	R\$ 485,10
210	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ARTICULAR	R\$ 485,10
211	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTRO RESSONÂNCIA (POR ARTICULAÇÃO)	R\$ 718,74
212	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLANGIO-RESSONÂNCIA (RM FÍGADO)	R\$ 598,95
213	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL	R\$ 485,10
214	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO SACRA	R\$ 485,10
215	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA	R\$ 485,10
216	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COXA (UNILATERAL)	R\$ 485,10
217	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO OU ORBITAS	R\$ 485,10
218	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN INFERIOR	R\$ 485,10
219	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 485,10
220	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 693,00
221	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ATM (BILATERAL)	R\$ 485,10
222	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA OU PELVE	R\$ 485,10
223	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BRAÇO (UNILATERAL)	R\$ 485,10
224	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CORAÇÃO OU AORTA COM CINE-RM	R\$ 1.417,68
225	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COTOVELO OU PUNHO (UNILATERAL)	R\$ 485,10
226	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE JOELHO (UNILATERAL)	R\$ 485,10
227	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MAMA (BILATERAL)	R\$ 653,40
228	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MAMA (UNILATERAL)	R\$ 485,10
229	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE OMBRO (UNILATERAL)	R\$ 485,10
230	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE OUVIDO OU MASTÓIDES	R\$ 485,10
231	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PÉ (UNILATERAL)	R\$ 485,10
232	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PERNA (UNILATERAL)	R\$ 485,10
233	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PESCOÇO	R\$ 485,10
234	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PLEXO BRAQUIAL	R\$ 485,10
235	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SEGMENTO APENDICULAR (POR SEGMENTO)	R\$ 485,10
236	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TORAX	R\$ 485,10
237	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TORNOZELO OU PÉ (UNILATERAL)	R\$ 485,10
238	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ELASTOGRAFIA (FÍGADO)	R\$ 792,00
239	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ESPECTROSCOPIA	R\$ 485,10
240	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MULTIPARAMÉTRICA DA PRÓSTATA	R\$ 891,00
241	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SEIOS DA FACE	R\$ 485,10
242	CONTRASTE PARA RM	R\$ 250,11

ITEM	ANESTESIOLOGIA	VALOR
243	SEDAÇÃO PARA RESSONÂNCIA	R\$ 495,00
244	SEDAÇÃO PARA TOMOGRAFIA	R\$ 396,00
245	SEDAÇÃO PARA ULTRA-SOM	R\$ 396,00

ITEM	PROCEDIMENTO ENDOSCÓPICO	VALOR
246	CPRE – COLANGIOPANCREATOLOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCÓPICA (SEM PROTESE)	R\$ 4.653,00
247	CPRE – COLANGIOPANCREATOLOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCÓPICA (COM PROTESE)	R\$ 5.643,00

ITEM	CINTILOGRAFIA - CARDIO	VALOR
248	CINTILOGRAFIA DE CORAÇÃO COM GALIO 69	R\$ 503,31
249	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO PARA AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE ESTRESSE	R\$ 449,37
250	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO PARA AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE REPOUSO	R\$ 421,38
251	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO PARA LOCALIZAÇÃO DE NECROSE (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)	R\$ 183,12
252	CINTILOGRAFIA PARA QUALIFICAÇÃO DE SHUNT EXTRACARDIACO	R\$ 156,83
253	CINTILOGRAFIA SICRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUAÇÃO DE ESFORÇO	R\$ 236,34
254	CINTILOGRAFIA SICRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUAÇÃO DE REPOUSO (VENTRICULOGRAFIA)	R\$ 194,39
255	DETERMINAÇÃO DE FLUXO SANGUINEO REGIONAL	R\$ 136,32

ITEM	DIGESTIVO	VALOR
256	CINTILOGRAFIA DE FÍGADO E BAÇO (MÍNIMO 5 IMAGENS)	R\$ 146,59
257	CINTILOGRAFIA DE FÍGADO E VIAS BILIARES	R\$ 206,72
258	CINTILOGRAFIA DE GLÂNDULAS SALIVARES COM OU SEM ESTIMULO	R\$ 96,68
259	CINTILOGRAFIA PARA ESTUDO DE TRANSITO ESOFÁGICO (LÍQUIDO)	R\$ 148,92
260	CINTILOGRAFIA PARA ESTUDO DE TRANSITO ESOFÁGICO (SEMI-SÓLIDO)	R\$ 148,92
261	CINTILOGRAFIA PARA ESTUDO DE TRANSITO GÁSTRICO	R\$ 158,64
262	CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MEKEL	R\$ 126,35
263	CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA	R\$ 172,95
264	CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NÃO ATIVA	R\$ 341,90
265	CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO	R\$ 148,92

ITEM	ENDOCRINO	VALOR
------	-----------	-------

266	CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES	R\$ 356,99
-----	--------------------------------	------------





267	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE COM OU SEM CAPTAÇÃO	R\$ 85,01
268	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE COM TESTE DE SUPRESSÃO/ESTIMULO	R\$ 118,03
269	CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DO CORPO INTEIRO	R\$ 372,57
270	TESTE DO PERCLORATO COM RADIOISOTOPO	R\$ 118,14

ITEM	GENITURINARIO	VALOR
271	CINTILOGRAFIA DE RIM C/ GALIO 69	R\$ 503,31
272	CINTILOGRAFIA DE TESTICULO E BOLSA ESCROTAL	R\$ 119,83
273	CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E OU QUANTITATIVA) DMSA	R\$ 146,33
274	CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA	R\$ 135,27
275	CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA	R\$ 158,95
276	DETERMINAÇÃO DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR	R\$ 69,54
277	DETERMINAÇÃO DE FLUXO PLASMATICO RENAL	R\$ 69,54
278	ESTUDO RENAL DINAMICO COM OU SEM DIURETICO DTPA	R\$ 181,76

ITEM	ESQUELETICO	VALOR
279	CINTILOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES E/ OU EXTREMIDADES E/OU OSSO	R\$ 198,35
280	CINTILOGRAFIA DE OSSOS COM OU SEM FLUXO SANGUINEO (CORPO INTEIRO)	R\$ 210,09
	CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO OSSEO COM GALIO 69	R\$ 525,31

ITEM	NERVOSO	VALOR
281	CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL COM TÁLIO (SPCTO)	R\$ 481,81
282	CISTERNOCINTILOGRAFIA (INCLUINDO PESQUISA E/OU AVALIACAO DO TRANSITO LIQUORICO)	R\$ 225,87
283	ESTUDO DE FLUXO SANGUINEO CEREBRAL	R\$ 131,08

ITEM	RESPIRATORIO	VALOR
284	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO COM GALIO 69	R\$ 503,31
285	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO PARA PESQUISA DE ASPIRAÇÃO	R\$ 140,26
286	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR INALAÇÃO(MINIMO 2 PROJEÇÕES)	R\$ 402,05
287	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR PERFUSÃO (MINIMO 4 PROJEÇÕES)	R\$ 143,55

ITEM	HEMATOLOGICO	VALOR
288	CINTILOGRAFIA DE SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL (MEDULA ÓSSEA)	R\$ 123,87
289	DEMONSTRAÇÃO DE SEQUESTRO DE HEMACIAS PELO BAÇO (COM RADIOISOTOPOS)	R\$ 107,11
290	DETERMINAÇÃO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS (COM RADIOSOTOPOS)	R\$ 59,80
291	LINFOCINTILOGRAFIA	R\$ 155,46



CISMARPA

Consortio Intermunicipal de Saude dos
Municipios da Microrregiao do Alto Rio Pardo

ITEM	ONCOLOGIA	VALOR
------	-----------	-------



292	LINFOCINTILOGRAFIA	R\$ 155,46
293	CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO COM GALIO 69	R\$ 997,48
294	CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)	R\$ 318,37

ITEM	OUTROS METODOS	VALOR
295	CINTILOGRAFIA DE GLANDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA)	R\$ 72,85

ITEM	TRAT EM MEDICINA NUCLEAR	VALOR
296	TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO (PLUMMER - ATE 30 MCI)	R\$ 553,30
297	TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO GRAVES	R\$ 415,80

ITEM	TERAPIA ONCOLÓGICA	VALOR
298	IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DA TIREÓIDE (150 MCI)	R\$ 1.417,90
299	IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DA TIREÓIDE (100 MCI)	R\$ 1.179,09
300	IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DA TIREÓIDE (200 MCI)	R\$ 1.618,45
301	IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DA TIREÓIDE (250 MCI)	R\$ 1.991,35
302	IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIREOIDE(30MCI)	R\$ 553,30
303	IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIREOIDE(50MCI)	R\$ 676,17

ITEM	OUTROS EXAMES E PROCEDIMENTOS	VALOR
304	ANGIOGRAFIA RADIOISOTÓPICA	R\$ 440,45
305	CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO COM DUPLO ISÓTOPO (PERFUSÃO + VIABILIDADE)	R\$ 1.650,00
306	CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO COM DOBUTAMINA	R\$ 1.430,00
307	CISTERNOCINTILOGRAFIA	R\$ 1.157,53
308	CINTILOGRAFIA COM ANÁLOGO DE SOMATOSTATINA	R\$ 4.510,00
309	CINTILOGRAFIA COM LEUCÓCITOS MARCADOS	R\$ 2.513,28
310	CINTILOGRAFIA COM MIBG	R\$ 1.473,14
311	DEMARCAÇÃO RADIOISOTÓPICA DE LESÕES TUMORAIS	R\$ 654,25
312	DETECÇÃO INTRAOPERATÓRIA RADIOGUIADA DE LESÕES TUMORAIS	R\$ 777,71
313	DETECÇÃO INTRAOPERATÓRIA RADIOGUIADA DE LINFONODO SENTINELA	R\$ 777,71
314	TRATAMENTO COM METAIODOBENZILGUANIDINA (MIBG)	R\$ 5.811,51



CISMARPA

Consórcio Intermunicipal de Saúde dos
Municípios da Microrregião do Alto Rio Pardo

315	TRATAMENTO DA POLICITEMIA VERA	R\$ 563,08
-----	--------------------------------	------------



316	TRATAMENTO DE CÂNCER DA TIREÓIDE 300MCI	R\$ 3.753,20
317	TRATAMENTO DE CÂNCER DA TIREÓIDE 350MCI	R\$ 4.273,12
318	TRATAMENTO DE CÂNCER DA TIREÓIDE 400MCI	R\$ 4.705,04
319	INTERNAÇÃO EM QUARTO TERAPÊUTICO PARA TERAPIAS EM MEDICINA NUCLEAR. INCLUI (ATÉ 03 VISITAS MÉDICAS, 03 DIÁRIAS EM QUARTO DE ISOLAMENTO, DESPESAS COM ENFERMAGEM ESPECIAL, MATERIAIS E 01 CONSULTA PARA PLANEJAMENTO DA DOSE TERAPÊUTICA	R\$ 880,00

ITEM	EXAMES ESPECIALIZADOS	VALOR
320	ENDOSCOPIA DIGESTIVA C/ POLIPECTOMIA C/ LAUDO E BIOPSIA (SEM ANATOMO)	R\$ 110,00
321	ENDOSCOPIA DIGESTIVA C/ POLIPECTOMIA C/ LAUDO E BIOPSIA (SEM ANATOMO)	R\$ 220,00
322	COLONOSCOPIA C/POLIPECTOMIA C/LAUDO E BIOPSIA (SEM ANATOMO)	R\$ 1.078,00
323	COLONOSCOPIA C/ LAUDO, C/ BIOPSIA (SEM ANATOMO) E OU CITOLOGIA	R\$ 660,00
324	POLIPECTOMIA DO ESÔFAGO OU DUODENO (INDEPENDENTE DE Nº DE POLIPOS)	R\$ 165,00

TABELA DE PROCEDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS

ITEM	PROCEDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS	VALOR
001	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE PÓS-TRANSPLANTE DE Córnea	R\$ 126,50
002	ADAPTAÇÃO E TREINAMENTO DE RECURSOS ÓPTICOS PARA VISÃO SUBNORMAL(POR SESSÃO) BINOCULAR	R\$ 264,00
003	ANÁLISE COMPUTADORIZADA DE PÁPILA E/OU FIBRAS NERVOSAS - BINOCULAR	R\$ 272,25
004	ANÁLISE COMPUTADORIZADA DO SEGMENTO ANTERIOR - BINOCULAR(PENTACAM)	R\$ 231,00
005	ANESTESIA REALIZADA PELO ANESTESIOLOGISTA EM ATOS MÉDICOS QUE NÃO TENHAM SEUS PORTES ESPECIALMENTE PREVISTOS OU PARA AS SITUAÇÕES DE IMPERATIVO CLÍNICO (PORTE 3)	R\$ 440,00
006	ANESTESIA/SEDAÇÃO PARA EXAMES ESPECÍFICOS	R\$ 302,50
007	APLICAÇÃO DE LUZ PULSADA (3 SESSÕES)	R\$ 3.162,50
008	AUTOTRANSPLANTE CONJUNTIVAL	R\$ 704,00
009	AVALIAÇÃO DE VIAS LACRIMAIS - MONOCULAR	R\$ 18,48
010	BIOMETRIA ULTRA-SÔNICA - BINOCULAR (CATARATA TRAUMÁTICA OU CONGÊNITA)	R\$ 88,00
011	BIOPSIA DE CONJUNTIVA	R\$ 275,00
012	BIÓPSIA DE ESCLERA	R\$ 495,00
013	BIÓPSIA DE PÁLPEBRA	R\$ 220,00



014	BLEFARORRAFIA	R\$ 1.430,00
015	BLOQUEIO FENÓLICO, ALCOÓLICO OU COM TOXINA BOTULÍNICA POR SEGMENTO CORPORAL (BLEFAROESPASMO)	R\$ 1.254,00
016	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA - BINOCULAR	R\$ 88,00



017	CANTOPLASTIA LATERAL (TARSAL STRIP COM TREE SNIP)	R\$ 1.452,00
018	CANTOPLASTIA MEDIAL (TARSAL STRIP COM TREE SNIP) UNILATERAL	R\$ 1.452,00
019	CAPSULOTOMIA YAG LASER - MONOCULAR	R\$ 165,00
020	CAUTERIZAÇÃO DE CÔRNEA	R\$ 412,50
021	CERATECTOMIA SUPERFICIAL - MONOCULAR	R\$ 825,00
022	CERATOSCOPIA COMPUTADORIZADA - BINOCULAR - (TOPOGRAFIA)	R\$ 121,00
023	CICLOTERAPIA ANTIGLAUCOMATOSA	R\$ 1.787,50
024	CIRURGIA DE CATARATA CONGÊNITA	R\$ 2.117,50
025	CIRURGIA REFRACTIVA COM LASIK - AMBOS OS OLHOS	R\$ 3.520,00
026	CIRURGIA REFRACTIVA COM PRK - AMBOS OS OLHOS	R\$ 3.300,00
027	CIRURGIAS FISTULIZANTES ANTIGLAUCOMATOSA - C/ ANESTESIA GERAL	R\$ 2.378,20
028	CIRURGIAS FISTULIZANTES ANTIGLAUCOMATOSA + VÁLVULA AHMED	R\$ 6.318,40
029	CIRURGIAS FISTULIZANTES ANTIGLAUCOMATOSAS	R\$ 1.694,00
030	CITOLOGIA DE IMPRESSÃO DA SUPERFÍCIE OCULAR - BINOCULAR	R\$ 1.584,00
031	CITOLOGIA DE IMPRESSÃO DA SUPERFÍCIE OCULAR - MONOCULAR	R\$ 990,00
032	COLOBOMA - COM PLÁSTICA (UNILATERAL)	R\$ 1.452,00
033	ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 44,00
034	CONSULTA EM CONSULTÓRIO (ANESTESIA)	R\$ 71,50
035	CONSULTA EM CONSULTÓRIO (PRÉ E PÓS PROCEDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS)	R\$ 71,50
036	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ECTRÓPIO OU ENTRÓPIO - UNILATERAL	R\$ 1.265,00
037	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE LAGOFTALMO	R\$ 682,00
038	CORREÇÃO DE BOLSAS PALPEBRAIS (POR PÁLPEBRA)	R\$ 1.155,00
039	CRIOTERAPIA CONJUNTIVAL	R\$ 1.639,00
040	CROSSLINKING - CXL	R\$ 2.887,50
041	CURATIVO OFTALMOLÓGICO	R\$ 27,50
042	CURVA TENSIONAL DIÁRIA - BINOCULAR	R\$ 132,00
043	DACRIOCISTORRINOSTOMIA COM OU SEM INTUBAÇÃO - UNILATERAL C/GERAL	R\$ 3.025,00
044	DERMATOCALAZE OU BLEFAROCALAZE (POR PÁLPEBRA)	R\$ 1.155,00
045	DERMATOCALAZE OU BLEFAROCALAZE+BOLSAS PALPEBRAIS (POR PÁLPEBRA)	R\$ 1.375,00
046	ENDOLASER/ENDODIATERMIA	R\$ 528,00
047	ENUCLEAÇÃO OU EVISCERAÇÃO COM OU SEM IMPLANTE C/GERAL	R\$ 2.722,50
048	ENXERTO DE ESCLERA (QUALQUER TÉCNICA)	R\$ 1.320,00



049	EPILAÇÃO DE CÍLIOS NO LASER DE ARGÔNIO/E OU/ DIATERMO - COAGULAÇÃO C.CIRURGICO	R\$ 198,00
050	ESTÉREO-FOTO DE PAPILA - BINOCULAR	R\$ 352,00
051	ESTÉREO-FOTO DE PAPILA - MONOCULAR	R\$ 176,00
052	ESTRABISMO CICLO VERTICAL - BINOCULAR	R\$ 3.509,00
053	ESTRABISMO CICLO VERTICAL - MONOCULAR	R\$ 2.805,00
054	ESTRABISMO CICLO VERTICAL + TRANSPOSIÇÃO - BINOCULAR	R\$ 5.348,20
055	ESTRABISMO CICLO VERTICAL+TRANSPOSIÇÃO-MONOCULAR	R\$ 3.740,00
056	ESTRABISMO HORIZONTAL - BINOCULAR	R\$ 3.217,50
057	ESTRABISMO HORIZONTAL - MONOCULAR	R\$ 2.475,00
058	EVISCERAÇÃO DE GLOBO OCULAR	R\$ 2.722,50
059	EXAME DE MOTILIDADE OCULAR(TESTE ORTÓPTICO) - BINOCULAR	R\$ 49,50
060	EXERESE CALÁZIO E OUTRAS PEQ LESÕES PÁLPEBRA	R\$ 242,00
061	EXÉRESE DE LESÃO COM AUTO-ENXERTIA	R\$ 1.452,00
062	EXÉRESE DE LESÃO/TUMOR DE PELE E MUCOSAS	R\$ 869,00
063	EXÉRESE DE TUMOR BENIGNO, CISTO OU FÍSTULA	R\$ 869,00
064	EXÉRESE DE TUMOR DE CORÓIDE E/OU CORPO CILIAR	R\$ 3.168,00
065	EXÉRESE DE TUMOR E ROTAÇÃO DE RETALHO MÚSCULO-CUTÂNEO	R\$ 1.452,00
066	EXÉRESE E SUTURA DE HEMANGIOMA, LINFAGIOMA OU NEVUS (POR GRUPO DE ATÉ 5 LESÕES)	R\$ 1.012,00
067	EXÉRESE E SUTURA DE LESÕES (CIRCULARES OU NÃO) COM ROTAÇÃO DE RETALHOS CUTÂNEOS	R\$ 1.452,00
068	EXÉRESE E SUTURA SIMPLES DE PEQUENAS LESÕES (GRUPOS DE ATÉ 5 LESÕES)	R\$ 1.012,00
069	FACECTOMIA COM LENTE INTRAOCULAR COM FACOEMULSIFICAÇÃO (CATARATA TRAUMÁTICA)	R\$ 1.870,00
070	FOTOCOAGULAÇÃO (LASER) - POR SESSÃO - MONOCULAR	R\$ 148,50
071	FOTOTRABECULOPLASTIA (LASER) - MONOCULAR	R\$ 192,50
072	GONIOSCOPIA (CADA OLHO)	R\$ 38,50
073	IMPLANTE DE ANEL INTRA-ESTROMAL C/ 1 SEGMENTO	R\$ 3.465,00
074	IMPLANTE DE ANEL INTRA-ESTROMAL C/ 2 SEGMENTOS	R\$ 4.455,00
075	IMPLANTE DE SILICONE INTRAVÍTREO	R\$ 1.100,00
076	IMPLANTE INTRAVÍTREO DE POLÍMERO FARMACOLÓGICO DE LIBERAÇÃO CONTROLADA (C/OZURDEX)	R\$ 4.862,00
077	IMPLANTE SECUNDÁRIO/EXPLANTE/FIXAÇÃO ESCLERAL OU IRIANA	R\$ 1.540,00
078	INFILTRAÇÃO SUBCONJUNTIVAL + MITOMICINA	R\$ 440,00
079	INFILTRAÇÃO SUBCONJUNTIVAL + TRIANCINOLONA	R\$ 462,00
080	INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO	R\$ 528,00
081	INJEÇÃO DE TOXINA BOTULÍNICA - MONOCULAR	R\$ 1.485,00
082	INJEÇÃO INTRA - VÍTREA DE AVASTIN (APLICAÇÃO +	R\$ 660,00



CISMARPA

Consórcio Intermunicipal de Saúde dos
Municípios da Microrregião do Alto Rio Pardo

	MEDICAMENTO)	
083	INJEÇÃO INTRA - VÍTREA DE AVASTIN (APLICAÇÃO NA SEDE)	R\$ 220,00



084	INJEÇÃO INTRA-VÍTREA (P/ MEDICAMENTOS DESCRITOS NOS ITENS 418, 419 E 420)	R\$ 517,00
085	IRIDECTOMIA (LASER)	R\$ 192,50
086	LENTE RIGIDA ASFÉRICA PARA CONE DE ACRILATO DE FLÚORSILICONE DK 92	R\$ 1.221,00
087	LENTE RIGIDA CORNEANA MULTICURVA DE ACRILATO DE FLÚORSILICONE DK 102	R\$ 1.089,00
088	LENTE RIGIDA DE CURVA TÓRICA DE ACRILATO DE FLÚORSILICONE DK 92	R\$ 682,00
089	LENTE RIGIDA ESCLERAL DE ACRILATO DE FLÚORSILICONE DK 127	R\$ 2.255,00
090	LENTE RIGIDA ESFÉRICA ACRILATO DE FLÚORSILICONE DK 92	R\$ 627,00
091	LENTE RIGIDA ESFÉRICA DE ACRILATO DE FLÚORSILICONE DK 102	R\$ 550,00
092	LENTE RIGIDA SEMI ESCLERAL DE ACRILATO DE FLÚORSILICONE DK 127	R\$ 968,00
093	MAPEAMENTO DE RETINA - BINOCULAR	R\$ 53,33
094	MEDICAMENTO AMICACINA	R\$ 40,70
095	MEDICAMENTO TRIANCINOLONA	R\$ 209,00
096	MEDICAMENTO VANCOMICINA	R\$ 75,90
097	MEMBRANECTOMIA EPI OU SUB-RETINIANA	R\$ 528,00
098	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CÓRNEA - BINOCULAR	R\$ 192,50
099	NEEDLING (AGULHAMENTO)	R\$ 247,50
100	PACOTE APLICAÇÃO DE LUZ PULSADA(3 SESSÕES + EXAME PRÉ E POS TRATAMENTO)	R\$ 4.235,00
101	PÁLPEBRA - RECONSTRUÇÃO PARCIAL (COM OU SEM RESSECÇÃO DE TUMOR)	R\$ 2.310,00
102	PÁLPEBRA - RECONSTRUÇÃO TOTAL (COM OU SEM RESSECÇÃO DE TUMOR) - POR ESTÁGIO	R\$ 3.080,00
103	PAN-FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA A LASER - POR SESSÃO - MONOCULAR	R\$ 198,00
104	PAQUIMETRIA ULTRA-SÔNICA - BINOCULAR	R\$ 121,00
105	PARACENTESE DA CÂMARA ANTERIOR	R\$ 748,00
106	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL - MONOCULAR	R\$ 26,40
107	PTOSE PALPEBRAL - CORREÇÃO CIRÚRGICA - POR PÁLPEBRA	R\$ 1.155,00
108	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL	R\$ 467,50
109	RECONSTITUIÇÃO DE CANAL LACRIMAL	R\$ 1.237,50
110	RECONSTITUIÇÃO DE GLOBO OCULAR COM LESÃO DE ESTRUTURAS INTRA-OCULARES	R\$ 3.872,00
111	RECONSTITUIÇÃO DE VIAS LACRIMAIS COM SILICONE	R\$ 1.485,00
112	RECONSTRUÇÃO DE CAMARA ANTERIOR	R\$ 1.512,50
113	REMOÇÃO DE HIFEMA	R\$ 330,00
114	RESSECÇÃO DE TUMORES PALPEBRAIS (POR LESÃO)	R\$ 869,00
115	RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	R\$ 165,00
116	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	R\$ 253,00
117	RETINOPEXIA COM INTROFLEXÃO ESCLERAL	R\$ 4.565,00
118	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO (VÍTREO)	R\$ 2.200,00
119	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA ANTERIOR DO OLHO	R\$ 1.072,50



122	RETIRADA DE ÓLEO DE SILICONE + FACO SEM LIO	R\$ 2.131,25
123	RETIRADA DE ÓLEO DE SILICONE VIA PARS PLANA	R\$ 1.188,00
124	SIMBLÉFARO COM OU SEM ENXERTO - CORREÇÃO CIRÚRGICA	R\$ 1.155,00
125	SINEQUIOTOMIA (LASER) - MONOCULAR	R\$ 192,50
126	SONDAGEM DAS VIAS LACRIMAIS - COM OU SEM LAVAGEM C/SEDAÇÃO	R\$ 605,00
127	SUTURA DE CONJUNTIVA	R\$ 165,00
128	SUTURA DE CórNEA (COM OU SEM HÉRNIA DE ÍRIS)	R\$ 462,00
129	SUTURA DE ESCLERA	R\$ 462,00
130	SUTURA DE PÁLPEBRA	R\$ 462,00
131	TARSORRAFIA	R\$ 654,50
132	TESTE DE ROSA BENGALA - BINOCULAR	R\$ 55,00
133	TESTE DO REFLEXO VERMELHO EM RECÉM NATO (TESTE DO OLHINHO) BINOCULAR	R\$ 39,60
134	TESTE ORTÓPTICO(VISÃO SUB NORMAL) - BINOCULAR	R\$ 264,00
135	TESTE PROVOCATIVO PARA GLAUCOMA - BINOCULAR	R\$ 35,20
136	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA - BINOCULAR (OCT)	R\$ 247,50
137	TONOMETRIA - BINOCULAR	R\$ 8,80
138	TRABECULECTOMIA	R\$ 564,67
139	TRANSPLANTE DE CórNEA - COM INTERNAÇÃO DAY CLINIC	R\$ 8.800,00
140	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BLEFAROCALASE	R\$ 1.155,00
141	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEISCÊNCIA DE SUTURA DE CórNEA	R\$ 649,00
142	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MIASE PALPEBRAL	R\$ 355,67
143	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO COM TRANSPLANTE DE CONJUNTIVA	R\$ 715,00
144	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE XANTELASMA	R\$ 451,00
145	TRATAMENTO OCULAR QUIMIOTERÁPICO C/ANTIANGIOGÊNICO - EYLIA	R\$ 2.197,80
146	TRATAMENTO OCULAR QUIMIOTERÁPICO C/ANTIANGIOGÊNICO - LUCENTIS	R\$ 1.900,80
147	TRIAGEM DE OLHO SECO - BINOCULAR	R\$ 352,00
148	TROCA DE FLUÍDO GASOSA	R\$ 528,00
149	TUMOR DE CONJUNTIVA - EXERESE	R\$ 1.100,00
150	ULTRASSONOGRRAFIA DIAGNÓSTICA - BINOCULAR	R\$ 143,00
151	VITRECTOMIA + FACO + LIO AT	R\$ 6.127,00
152	VITRECTOMIA + FACO + SEM LIO	R\$ 5.753,00
153	VITRECTOMIA VIA PARS PLANA	R\$ 5.115,00



CISMARPA

Consórcio Intermunicipal de Saúde dos
Municípios da Microrregião do Alto Rio Pardo

120	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÓRNEA	R\$ 412,50
121	RETIRADA DE ÓLEO DE SILICONE + FACO + LIO AT	R\$ 2.626,25



ANEXO II PLANO DE TRABALHO

1. DADOS CADASTRAIS:

CISMARPA - Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios da Microrregião do Alto Rio Pardo		CNPJ: 01.990.521/0001-04	
Associação de Direito Público – Sem fins lucrativos.			
ENDEREÇO: Rua Narciso Ferreira Andrade, nº 145			
BAIRRO: São José	CIDADE: Poços de Caldas	U.F. MG	CEP: 37704-241
E-MAIL	TELEFONE: (35)		
CONTA BANCÁRIA 47.700-1	BANCO 001	AGÊNCIA 309-3	
REPRESENTANTE: João Paulo Facanali de Oliveira		CPF: 342.391.116-68	
PERÍODO DE MANDATO: 01/01/2021 a 31/12/2022		CARGO: Presidente	

2 - PROPOSTA DE TRABALHO:

OBJETO: Prestação de Serviços de atendimento médico, ambulatorial, cirúrgico e exames especializados.	PRAZO DE EXECUÇÃO	
	INÍCIO 20/04/2021	TÉRMINO 31/12/2021
PÚBLICO ALVO: Pacientes encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde de Muzambinho - MG		
JUSTIFICATIVA: O presente convênio tem por finalidade a mútua cooperação entre as partes para a efetiva promoção e atendimento de saúde da população do Município de Muzambinho. Há demanda reprimida no Município para atendimento de consultas médias especializadas, procedimentos cirúrgicos e exames especializados, os quais o Município de Muzambinho não dispõe de capacidade para atendimento, seja através de seus profissionais ou de rede terceirizados. O CISMARPA, enquanto consórcio de saúde é instituição com capacidade técnica e administrativa e que dispõe de meios para atender a demanda do Município.		

3 - OBJETIVOS:

GERAIS – Atendimento da demanda reprimida em atendimentos especializados
ESPECÍFICOS – Realização de procedimentos de catarata, incluindo consultas pré e pós-operatório, atendimentos especializados, exames e procedimento cirúrgico.



4 - METODOLOGIA:

ATENDIMENTO: Os procedimentos serão realizados conforme agenda programada entre conveniente e conveniado.



5 - METAS E RESULTADOS ESPERADOS:

METAS DAS ATIVIDADES: Atender 100% (cem por cento) da demanda reprimida para cirurgias, atendimentos, consulta e demais procedimentos especializados de acordo com disponibilidade.

RESULTADOS ESPERADOS: Realização de procedimentos oftalmológicos e cirúrgicos.

PARÂMETROS PARA AFERIÇÃO DO CUMPRIMENTO DAS METAS: Avaliação dos prontuários de atendimento dos pacientes encaminhados pelo Município.

6 - APROVAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO

 <p>Secretária Municipal de Saúde de Muzambinho</p> <p>Muzambinho, 20 de abril de 2021.</p>	 <p>Secretária Executiva do CISMARPA</p> <p>Poços de Caldas, 20 de abril de 2021.</p>
--	---

