

Secretária Adjunta de Aquisições e Contratos
Superintendência de Aquisições e Contratos – Coordenadoria de Contratos

**PRIMEIRO APOSTILAMENTO AO CONTRATO Nº 037/2023/SES/MT
PREGÃO ELETRÔNICO Nº 064/2022/SES/MT
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº SES-PRO-2023/11972**

CONTRATAÇÃO DE EMPRESAS ESPECIALIZADAS EM PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS, POR MEIO DE PROFISSIONAIS QUALIFICADOS, NO ÂMBITO DAS UNIDADES HOSPITALARES SOB A GESTÃO DIRETA DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO.

CONTRATANTE: O ESTADO DE MATO GROSSO por meio da SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE/FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE, com sede no Centro Político Administrativo, bloco 05, Cuiabá/MT, inscrita no CNPJ sob n. 04.441.389/0001-61, inscrita no CNPJ sob n. 04.441.389/0001-61, neste ato representado pelo Secretário de Estado de Saúde Sr. **GILBERTO GOMES DE FIGUEIREDO**, brasileiro, portador da cédula de identidade RG nº 00655872 SESP/MT, inscrito no CPF sob o nº 174.824.451-53.

CONTRATADA: A empresa **NEUROCOR SERVIÇOS MÉDICOS LTDA**, inscrita no CNPJ/MF n. 42.789.637/0001-59, com sede na Rua: Paranatinga (nuc. Hab. CPA II), nº 5, quadra 17, Bairro: Morada da Serra, Cuiabá/MT, CEP 78.055-298, E-mail: servicosneurocor@gmail.com, telefone: (65) 3365-2581 / (65) 98156-3193, neste ato representado pelo Sr. **GERSON ANTONIO MOREIRA**, brasileiro, portador da Cédula de Identidade RG no 384560684 SSP/SP e inscrito no CPF sob o nº 651.445.891-20.

OS CONTRATANTES: Considerando os documentos que instruem o processo administrativo nº SES-PRO-2023/11972, procedimento licitatório na modalidade **PREGÃO ELETRÔNICO Nº 064/2022**, do tipo menor preço por Grupo resolvem celebrar o presente Termo, do qual será parte integrante do Termo de Referência, regido pela Lei n. 8.666 de 21/06/1993, e suas alterações, Lei Federal nº 10.520/02, Decreto nº 10.024, de 20 de setembro de 2019, do Decreto nº 7.746, de 05 de junho de 2012, dos Decretos Estaduais: nº 840 de 10 fevereiro de 2017, nº 7.218, de 14 de março de 2006, e nº 8.199, de 16 de outubro de 2006, das Instruções Normativas SEGES/MP nº 05, de 26 de maio de 2017 e nº 03, de 26 de abril de 2018 e da Instrução Normativa SLTI/MP nº 01, de 19 de janeiro de 2010, das Leis Complementares: nº 123, de 14 de dezembro de 2006, nº 10.442, de 03 de outubro de 2016, e nº 605, de 29 de agosto de 2018, da Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, e do Decreto nº 8.538, de 06 de outubro de 2015, aplicando-se, supletivamente, pelos princípios da teoria geral dos contratos, ainda, pelas cláusulas e condições a seguir enunciadas:



Secretária Adjunta de Aquisições e Contratos
Superintendência de Aquisições e Contratos – Coordenadoria de Contratos

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1. O presente instrumento tem como objeto a **inclusão de itens** que se referem aos **serviços realizados pela tabela SIGATAP e as EXIGÊNCIAS** dispostas no termo de referência nº 089/GBSAGH/SES/MT/2021 à cláusula terceira do contrato, bem como os seguintes **Apêndices**: APÊNDICE II - A – LISTA EXEMPLIFICATIVA TABELA SIGTAP – CIRURGIA VASCULAR; APÊNDICE II - B – LISTA EXEMPLIFICATIVA TABELA SIGTAP – OTORRINOLARINGOLOGIA; APÊNDICE III – MODELO DE DECLARAÇÃO DE INSTALAÇÃO DE ESCRITÓRIO; APÊNDICE IV – FATORES DE AVALIAÇÃO; APÊNDICE V – ANÁLISE DE EXECUÇÃO CONTRATUAL; APÊNDICE VI – MODELO DE ATESTO DE DISPENSA DE VISITA TÉCNICA; APÊNDICE VII – MODELO DE ATESTO VISITA TÉCNICA; APÊNDICE VIII – PLANILHA DE CUSTO; APÊNDICE IX – DECLARAÇÃO SOBRE A ESCALA MENSAL DE TRABALHO; ANEXO IV – MODELO DE DECLARAÇÕES, conforme disposições do Pregão Eletrônico nº 064/2022, nos termos do art. 65 da Lei nº 8.666/93.

2 CLÁUSULA SEGUNDA – DA INCLUSÃO

2. Ficam inclusas à cláusula terceira do contrato as seguintes especificações e exigências:

3.4. Os serviços serão realizados conforme as especificações e quantitativos constantes nos lotes apresentados nos Anexos I – A e B deste termo de contrato.

ANEXO I - A	CIRURGIA VASCULAR
ANEXO I - B	OTORRINOLARINGOLOGIA

3.4.1. Em caso de discordância existente entre as especificações descritas no sistema eletrônico (COMPRASNET) e as especificações constantes no Termo de Referência, prevalecerão as do Termo de Referência.

3.5. DOS SERVIÇOS REALIZADOS PELA TABELA SIGTAP:

3.5.1. Apêndice I – A: Cirurgia Vascular:

3.5.1.1. Os procedimentos cirúrgicos em Cirurgia Vascular a serem contratados enquadram-se no rol da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPME do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE- SUS (Procedimentos Cirúrgicos - Grupo 04, Subgrupos que se enquadrem na especialidade).

3.5.1.2. Cada cirurgia será remunerada de acordo com a tabela do SIGTAP (Procedimentos cirúrgicos - Sistema de gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPME do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS), referente ao que estiver estipulado para o serviço profissional.

3.5.1.3. Os pequenos procedimentos cirúrgicos a serem contratados enquadram-se no rol da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPME do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE- SUS (Pequenos procedimentos - Grupo 04, Subgrupos que se enquadrem na especialidade).



Secretária Adjunta de Aquisições e Contratos
Superintendência de Aquisições e Contratos – Coordenadoria de Contratos

3.5.1.4. Cada pequeno procedimento realizado será remunerado de acordo com a tabela do SIGTAP (Pequenos procedimentos - Sistema de gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPME do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE- SUS), referente ao que estiver estipulado para o serviço profissional.

3.5.1.5. Os atendimentos ambulatoriais (consultas) a serem contratados enquadram-se no rol da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPME do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE- SUS (Procedimentos Clínicos - Código 03.01.01.007-2).

3.5.1.6. Cada consulta ambulatorial realizada será remunerada de acordo com a tabela do SIGTAP (Consultas médicas especializadas - Sistema de gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPME do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE- SUS), referente ao que estiver estipulado para o serviço ambulatorial.

3.5.2. Apêndice I – B: Otorrinolaringologia:

3.5.2.1. Os procedimentos cirúrgicos em Otorrinolaringologia a serem contratados enquadram-se no rol da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPME do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE- SUS (Procedimentos Cirúrgicos - Grupo 04, Subgrupos que se enquadrem na especialidade).

3.5.2.2. Cada cirurgia será remunerada de acordo com a tabela do SIGTAP (Procedimentos cirúrgicos - Sistema de gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPME do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS), referente ao que estiver estipulado para o serviço profissional.

3.5.2.3. Os atendimentos ambulatoriais (consultas) a serem contratados enquadram-se no rol da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPME do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE- SUS (Procedimentos Clínicos - Código 03.01.01.007-2).

3.5.2.4. Cada consulta ambulatorial realizada será remunerada de acordo com a tabela do SIGTAP (Consultas médicas especializadas - Sistema de gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPME do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE- SUS), referente ao que estiver estipulado para o serviço ambulatorial.

3.6. EXIGÊNCIAS:

3.6.1. Os serviços objeto do Termo de Referência consistem na prestação de serviços médicos, por meio de profissionais qualificados, para atender as unidades vinculadas a Secretária de Estado de Saúde.

3.6.2. Os procedimentos cirúrgicos, atendimentos ambulatoriais (consultas) e procedimentos clínicos (exames) a serem contratados enquadram-se no rol da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPME do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE- SUS, tendo como forma de remuneração pelos serviços os valores definidos na tabela SIGTAP.

3.6.3. Cada cirurgia será remunerada de acordo com a tabela do SIGTAP (Procedimentos cirúrgicos - Sistema de gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPME do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS), referente ao que estiver estipulado para o serviço profissional.



Secretária Adjunta de Aquisições e Contratos
Superintendência de Aquisições e Contratos – Coordenadoria de Contratos

- 3.6.4.** Cada consulta ambulatorial realizada será remunerada de acordo com a tabela do SIGTAP (Consultas médicas especializadas - Sistema de gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPME do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE- SUS), referente ao que estiver estipulado para o serviço ambulatorial.
- 3.6.5.** Cada exame realizado será remunerado de acordo com a tabela do SIGTAP (Procedimentos com finalidade diagnóstica - Sistema de gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPME do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE- SUS), referente ao que estiver estipulado para o serviço ambulatorial.
- 3.6.6.** Apêndice I – A: Cirurgia Vascular:
- 3.6.6.1** A CONTRATADA deverá realizar os seguintes exames complementares de urgência, por meio dos profissionais plantonistas, sem custos adicionais à CONTRATANTE: US Doppler e arteriografia, quando indicados pelos cirurgiões vasculares no plantão.
- 3.6.7.** Apêndice I – B: Otorrinolaringologia:
- 3.6.7.1.** Para garantir e manter a habilitação do serviço no Hospital Estadual Santa Casa (LOTE 17), em conformidade com o art. 12 da Portaria N.º 2.776, de 18 de dezembro de 2014, a CONTRATADA deverá realizar ao ano, pelo menos:
- 3.6.7.1.1.** 24 (vinte e quatro) atos operatórios de implantes cocleares;
- 3.6.7.1.2.** 03 (três) cirurgias de prótese auditiva ancoradas no osso;
- 3.6.7.1.3.** 144 (cento e quarenta e quatro) cirurgias otológicas (listadas na Portaria N.º 2.776); e
- 3.6.7.1.4.** 480 (quatrocentos e oitenta) consultas otorrinolaringológicas.
- 3.6.7.2.** O responsável técnico deverá ser Médico Otorrinolaringologista com título de especialista da Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico Facial (ABORLCCF) e/ou certificado de Residência Médica na especialidade, emitido por programa de Residência Médica reconhecido pelo MEC, estar registrado no CRM-MT e estar habilitado para realização de implante coclear ou prótese auditiva ancorada no osso.
- 3.6.8.** A CONTRATADA deverá disponibilizar profissionais médicos em quantidade e qualidade necessárias para o cumprimento das exigências e obrigações decorrentes do contrato, atendendo a necessidade da demanda da CONTRATANTE.
- 3.6.9.** Disponibilização por parte da CONTRATADA de profissional com formação em medicina e titulação nas especialidades indicadas neste termo de referência, com diploma reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC), para o cumprimento das exigências e obrigações estabelecidas neste termo de referência.
- 3.6.10.** Não transferir a outrem, no todo ou em parte, o objeto do presente Termo de Referência.
- 3.6.11.** Preencher, sempre que necessário e solicitado, os protocolos clínicos instituídos por órgãos regulamentadores e pela direção da unidade hospitalar, assim como demais documentos, formulários que se façam necessários para prestação da assistência médica aos pacientes da Unidade.



Secretária Adjunta de Aquisições e Contratos
Superintendência de Aquisições e Contratos – Coordenadoria de Contratos

- 3.6.12.** A CONTRATADA deve emitir as horas de serviços prestados em relatório mensal, sendo que a carga horária somente será contabilizada se for emitido relatório do profissional.
- 3.6.13.** A primeira escala mensal dos profissionais da CONTRATADA deverá ser entregue para a direção da unidade antes do início do serviço, para análise e aprovação, nas condições estabelecidas neste termo de referência.
- 3.6.14.** Deverá a CONTRATADA consultar a Direção Técnica do Hospital sobre a existência de servidor médico estatutário e/ou contratado na escala da especialidade antes de entregar a escala mensal da especialidade a Direção Geral, para unificá-la, uma vez que a coordenação da especialidade caberá a CONTRATADA.
- 3.6.15.** Não será aceito a prestação de serviços com especificação diferente ao que foi proposto, com irregularidade ou inconsistência de informações sobre os exames, bem como se apresentar quaisquer descumprimentos da qualidade, além das exigências requeridas no Termo de Referência.
- 3.6.16.** Os pacientes que entrarem na unidade hospitalar por meio dos setores de pronto atendimento e/ou urgência e emergência deverão ter os procedimentos cirúrgicos realizados pelos profissionais escalados no plantão desses mesmos setores, não sendo permitido (re)classificação do atendimento para eletivo/pré-agendado, que que enseje em cobrança adicional à CONTRATANTE pelo atendimento ao paciente.
- 3.6.16.1.** Outros atendimentos médicos necessários, deverão ser realizados nesses pacientes por profissionais do plantão, e a alteração na internação poderá ser realizada em decorrência da evolução do quadro clínico do paciente.
- 3.6.17.** Os atendimentos ambulatoriais/eletivos/pré-agendados são marcados ou agendados pela unidade hospitalar, atendendo aos critérios estabelecidos no SUS e aos protocolos da unidade.
- 3.6.17.1.** Não é permitido à CONTRATADA fazer (re)classificação de pacientes e/ou dos atendimentos. A porta de entrada do paciente deve orientar todo o atendimento do início ao fim.
- 3.6.17.2.** Os procedimentos cirúrgicos eletivos/pré-agendados deverão ter a sua origem no ambulatório.
- 3.6.18.** A CONTRATADA deverá protocolar na Direção da Unidade Hospitalar o MAPA DE CIRURGIAS que serão realizadas na semana subsequente à elaboração do mapa, em conformidade com as diretrizes da Direção da unidade hospitalar.
- 3.6.18.1.** O mapa de cirurgias deverá estar em papel timbrado da CONTRATADA, devidamente assinado pelo profissional responsável pelas cirurgias, contendo pelo menos a identificação dos pacientes, o tipo de procedimento, a descrição da OPME que será utilizado, quando for o caso, número do cartão SUS, município de origem e outras informações solicitadas pela direção da unidade.
- 3.6.18.2.** O mapa cirúrgico deverá elaborado semanalmente e protocolizado na direção geral da unidade hospitalar até 02 (dois) dias úteis antes da primeira cirurgia a ser realizada, para análise e validação.



Secretária Adjunta de Aquisições e Contratos
Superintendência de Aquisições e Contratos – Coordenadoria de Contratos

3.6.19. A CONTRATADA deverá possuir sede ou filial no mínimo em Cuiabá e/ou Várzea Grande, ou no município onde prestará o serviço, no prazo de até 60 (sessenta) dias após assinatura do contrato.

3.6.19.1. A CONTRATADA deverá apresentar declaração onde comprova que possui ou instalará escritório em Cuiabá e/ou Várzea Grande, ou no município onde prestará o serviço, conforme APÊNDICE III DO TERMO DE REFERÊNCIA. Caso a empresa não atenda a essa exigência, ficará sujeita à solicitação de rescisão unilateral do contrato por parte da CONTRATANTE.

3.6.20. Indicar preposto para representá-la durante a execução do contrato dentro do Hospital para atender e sanar qualquer irregularidade.

3.6.21. Manter sediado junto à Administração durante o turno de trabalho pessoas capazes de tomar decisões compatíveis com os compromissos assumidos.

3.6.22. Para o serviço contratado por meio deste Termo de Referência serão aplicados pelo fiscal do contrato fatores de avaliação para análise da execução contratual (APÊNDICES IV e V DO TERMO DE REFERÊNCIA).

3.6.22.1. apontamentos serão realizados mensalmente pelo fiscal do contrato e poderão ensejar em ajustes no faturamento e pagamento do serviço prestado.

3.6.22.2. Quando houver registro acima de 10 ocorrências em um mês, ou acima de 10 ocorrências acumuladas durante a execução do contrato, será considerado inexecução do serviço contratado, ensejando, inclusive, em solicitação de rescisão unilateral do contrato.

3.6.22.3. No conjunto de fatores de avaliação estão incluídos indicadores de qualidade da assistência, que deverão ser monitorados diariamente pela CONTRATADA.

INDICADORES DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA				
INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA	PARÂMETROS	
1	Tempo Médio de Espera para atendimento médico (em minutos)	Compreende o cálculo do tempo médio, em minutos, em que um paciente aguarda pelo atendimento médico a partir da entrada do hospital	$\frac{[\text{somatório em minutos do tempo dos atendimentos médicos}]}{[\text{somatório dos pacientes atendidos no período}]}$	Imediato
2	Tempo Médio de resposta do Parecer do Especialista (em horas)	Compreende o cálculo do tempo médio, em horas, em que um paciente aguarda pelo parecer de especialista a partir da solicitação formal do médico responsável pelo atendimento	$\frac{[\text{somatório em horas dos tempos decorridos entre a solicitação do parecer de especialista e o atendimento médico}]}{[\text{somatório dos pacientes atendidos que não demandaram especialidades no período}]}$	≤ 02 horas
3	Tempo Médio de atendimento ao chamado (em minutos)	Compreende o cálculo do tempo médio, em minutos, em que o médico em sobreaviso se apresenta na unidade hospitalar, desde o registro da sua chamada	$\frac{[\text{somatório em minutos do tempo de atendimento aos chamados}]}{[\text{somatório dos chamados realizados}]}$	≤ 60 minutos



Secretária Adjunta de Aquisições e Contratos
Superintendência de Aquisições e Contratos – Coordenadoria de Contratos

3.6.22.4. A qualidade da assistência ao paciente deverá estar dentro dos parâmetros descritos, ficando a CONTRATADA sujeita à rescisão unilateral do contrato caso esses parâmetros não estejam dentro dos valores estabelecidos.

3.6.22.5. Os parâmetros estabelecidos nos indicadores de qualidade poderão ser ajustados trimestralmente pela CONTRATANTE, tendo como base os parâmetros nacionais e estadual estabelecidos para cada indicador.

3.6.22.6. A CONTRATADA deverá comprovar o atendimento aos indicadores de qualidade de acordo com os parâmetros estabelecidos, anexando os documentos com o monitoramento diário junto ao relatório de faturamento, mensalmente, constando a assinatura do fiscal do contrato para fins de validação das informações apresentadas.

3.6.22.7. Todos os dados originais que compõe os indicadores descritos acima deverão estar disponíveis para acesso e auditoria por parte da CONTRATANTE a qualquer momento, durante toda a vigência do contrato.

3.6.23. Todas as dúvidas que porventura venham a surgir e que não estejam previstas nestas especificações, deverão ser comunicadas à Secretaria Estadual de Saúde, através do fiscal do contrato.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS RATIFICAÇÕES

3.1. Ficam ratificadas todas as demais cláusulas e condições do Contrato.

3.2. Para surtir os efeitos jurídicos, lavra-se o presente Apostilamento **em 02 (duas) vias de igual teor e forma**, com fundamento no art. 65 Inciso II da Lei 8.666/93 e suas alterações.

Cuiabá-MT, 13 de março de 2023.


GILBERTO GOMES DE FIGUEIREDO
Secretário de Estado de Saúde


GERSON ANTONIO MOREIRA
Neurocor Serviços Médicos Ltda



Secretaria Adjunta de Aquisições e Contratos
Superintendência de Aquisições e Contratos – Coordenadoria de Contratos**APÊNDICE II - A – LISTA EXEMPLIFICATIVA TABELA SIGTAP – CIRURGIA VASCULAR**

ITEM	CÓDIGO SIGTAP	PROCEDIMENTOS	VALOR SERVIÇO PROFISSIONAL
1	04.06.01.001-3	ABERTURA DE COMUNICAÇÃO INTER-ATRIAL	R\$ 4.286,33
2	04.06.01.002-1	ABERTURA DE ESTENOSE AORTICA VALVAR	R\$ 3.365,37
3	04.06.01.003-0	ABERTURA DE ESTENOSE PULMONAR VALVAR	R\$ 3.365,37
4	04.06.01.004-8	AMPLIAÇÃO DE VIA DE SAÍDA DO VENTRÍCULO DIREITO E/OU RAMOS PULMONARES	R\$ 3.829,47
5	04.06.01.005-6	AMPLIAÇÃO DE VIA DE SAÍDA DO VENTRÍCULO ESQUERDO	R\$ 4.321,19
6	04.06.01.006-4	ANASTOMOSE CAVO-PULMONAR BIDIRECIONAL	R\$ 1.923,03
7	04.06.01.007-2	ANASTOMOSE CAVO-PULMONAR TOTAL	R\$ 5.795,19
8	04.06.01.008-0	ANASTOMOSE SISTEMICO-PULMONAR	R\$ 1.923,03
9	04.06.01.009-9	BANDAGEM DA ARTÉRIA PULMONAR	R\$ 1.923,03
10	04.06.01.010-2	CARDIORRAFIA	R\$ 693,36
11	04.06.01.011-0	CARDIOTOMIA P/ RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	R\$ 561,87
12	04.06.01.013-7	CORREÇÃO DE ANEURISMA / DISSECÇÃO DA AORTA TORACO-ABDOMINAL	R\$ 4.198,33
13	04.06.01.015-3	CORREÇÃO DE ATRESIA PULMONAR E COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR	R\$ 7.793,77
14	04.06.01.016-1	CORREÇÃO DE ÁTRIO ÚNICO	R\$ 5.139,90
15	04.06.01.017-0	CORREÇÃO DE BANDA ANÔMALA DO VENTRÍCULO DIREITO	R\$ 3.832,02
16	04.06.01.018-8	CORREÇÃO DE COARCTAÇÃO DA AORTA	R\$ 1.923,03
17	04.06.01.019-6	CORREÇÃO DE COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR	R\$ 3.365,37
18	04.06.01.020-0	CORREÇÃO DE COMUNICAÇÃO INTER-VENTRICULAR E INSUFICIÊNCIA AORTICA	R\$ 3.365,37
19	04.06.01.021-8	CORREÇÃO DE COR TRIATRIATUM	R\$ 5.795,19
20	04.06.01.022-6	CORREÇÃO DE CORONÁRIA ANÔMALA (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 7.793,77
21	04.06.01.023-4	CORREÇÃO DE DRENAGEM ANÔMALA DO RETORNO SISTÊMICO	R\$ 3.365,37
22	04.06.01.024-2	CORREÇÃO DE DRENAGEM ANÔMALA PARCIAL DE VEIAS PULMONARES	R\$ 3.365,37
23	04.06.01.025-0	CORREÇÃO DE DRENAGEM ANÔMALA TOTAL DE VEIAS PULMONARES	R\$ 8.511,59
24	04.06.01.026-9	CORREÇÃO DE DUPLA VIA DE SAÍDA DO VENTRÍCULO DIREITO	R\$ 8.511,59
25	04.06.01.027-7	CORREÇÃO DE DUPLA VIA DE SAÍDA DO VENTRÍCULO ESQUERDO	R\$ 8.511,59
26	04.06.01.028-5	CORREÇÃO DE ESTENOSE AÓRTICA (0 A 3 ANOS)	R\$ 7.152,55
27	04.06.01.029-3	CORREÇÃO DE ESTENOSE MITRAL CONGÊNITA	R\$ 3.829,47
28	04.06.01.030-7	CORREÇÃO DE ESTENOSE SUPRA-AÓRTICA	R\$ 3.365,37
29	04.06.01.031-5	CORREÇÃO DE FÍSTULA AÓRTO-CAVITARIAS	R\$ 3.365,37
30	04.06.01.032-3	CORRECAO DE HIPERTROFIA SEPTAL ASSIMETRICA	R\$ 3.365,37
31	04.06.01.033-1	CORREÇÃO DE HIPOPLASIA DE VENTRÍCULO ESQUERDO	R\$ 8.511,53
32	04.06.01.034-0	CORREÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DA VÁLVULA TRICÚSPIDE	R\$ 3.365,37
33	04.06.01.035-8	CORREÇÃO DE INSUFICIÊNCIA MITRAL CONGÊNITA	R\$ 3.365,37
34	04.06.01.036-6	CORREÇÃO DE INTERRUPÇÃO DO ARCO AÓRTICO	R\$ 8.511,59
35	04.06.01.037-4	CORREÇÃO DE JANELA AORTO-PULMONAR (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 7.856,30



Secretária Adjunta de Aquisições e Contratos
Superintendência de Aquisições e Contratos – Coordenadoria de Contratos

36	04.06.01.038-2	CORREÇÃO DE JANELA AORTO-PULMONAR	R\$	3.365,37
37	04.06.01.039-0	CORREÇÃO DE LESÕES NA TRANSPOSIÇÃO CORRIGIDA DOS VASOS DA BASE	R\$	6.352,66
38	04.06.01.040-4	CORREÇÃO DE PERSISTÊNCIA DO CANAL ARTERIAL	R\$	1.923,03
39	04.06.01.041-2	CORREÇÃO DE PERSISTÊNCIA DO CANAL ARTERIAL NO RÉCEM-NASCIDO	R\$	1.923,03
40	04.06.01.042-0	CORREÇÃO DE TETRALOGIA DE FALLOT E VARIANTES (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$	7.856,30
41	04.06.01.043-9	CORRECAO DE TETRALOGIA DE FALLOT E VARIANTES	R\$	3.829,47
42	04.06.01.044-7	CORREÇÃO DE TRANSPOSIÇÃO DOS GRANDES VASOS DA BASE (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$	8.511,59
43	04.06.01.045-5	CORREÇÃO DE TRANSPOSIÇÃO DE GRANDES VASOS DA BASE	R\$	4.321,19
44	04.06.01.046-3	CORREÇÃO DE TRONCO ARTERIOSO PERSISTENTE	R\$	8.511,59
45	04.06.01.047-1	CORREÇÃO DE VENTRÍCULO ÚNICO	R\$	8.511,59
46	04.06.01.048-0	CORREÇÃO DO CANAL ÁTRIO-VENTRICULAR (PARCIAL / INTERMEDIÁRIO)	R\$	3.365,37
47	04.06.01.049-8	CORREÇÃO DO CANAL ÁTRIO-VENTRICULAR (TOTAL)	R\$	8.511,59
48	04.06.01.050-1	CORREÇÕES DE ANOMALIAS DO ARCO AÓRTICO	R\$	3.829,47
49	04.06.01.051-0	DRENAGEM C/ BIOPSIA DE PERICÁRDIO	R\$	212,82
50	04.06.01.052-8	EXERESE DE CISTO PERICÁRDICO	R\$	1.085,74
51	04.06.01.053-6	FECHAMENTO DE COMUNICAÇÃO INTERATRIAL	R\$	3.365,37
52	04.06.01.054-4	FECHAMENTO DE COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR	R\$	3.365,37
53	04.06.01.055-2	IMPLANTE C/ TROCA DE POSIÇÃO DE VALVAS (CIRURGIA DE ROSS)	R\$	4.321,19
54	04.06.01.056-0	IMPLANTE DE CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR DE CÂMARA ÚNICA TRANSVENOSO	R\$	789,19
55	04.06.01.057-9	IMPLANTE DE CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR (CDI) MULTI-SÍTIO TRANSVENOSO EPIMIOCÁRDICO POR TORACOTOMIA P/ IMPLANTE DE ELETRODO	R\$	861,80
56	04.06.01.058-7	IMPLANTE DE CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR DE CÂMARA DUPLA TRANSVENOSO	R\$	861,80
57	04.06.01.059-5	IMPLANTE DE CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR MULTI-SÍTIO ENDOCAVITÁRIO C/ REVERSÃO PARA EPIMIOCÁRDICO POR TORACOTOMIA	R\$	861,80
58	04.06.01.060-9	IMPLANTE DE CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR (CDI) MULTI-SÍTIO TRANSVENOSO	R\$	789,19
59	04.06.01.061-7	IMPLANTE DE MARCAPASSO CARDÍACO MULTI-SÍTIO ENDOCAVITÁRIO C/ REVERSÃO P/ EPIMIOCÁRDICO (POR TORACOTOMIA)	R\$	613,56
60	04.06.01.062-5	IMPLANTE DE MARCAPASSO CARDÍACO MULTI-SÍTIO EPIMIOCÁRDICO POR TORACOTOMIA P/IMPLANTE DE ELETRODO	R\$	613,56
61	04.06.01.063-3	IMPLANTE DE MARCAPASSO CARDÍACO MULTI-SÍTIO TRANSVENOSO	R\$	861,80
62	04.06.01.064-1	IMPLANTE DE MARCAPASSO DE CÂMARA DUPLA EPIMIOCÁRDICO	R\$	491,55
63	04.06.01.065-0	IMPLANTE DE MARCAPASSO DE CÂMARA DUPLA TRANSVENOSO	R\$	557,48
64	04.06.01.066-8	IMPLANTE DE MARCAPASSO DE CÂMARA ÚNICA EPIMIOCÁRDICO	R\$	491,55
65	04.06.01.067-6	IMPLANTE DE MARCAPASSO DE CÂMARA ÚNICA TRANSVENOSO	R\$	502,53
66	04.06.01.068-4	IMPLANTE DE MARCAPASSO TEMPORÁRIO TRANSVENOSO	R\$	238,36
67	04.06.01.069-2	IMPLANTE DE PRÓTESE VALVAR	R\$	3.365,37
68	04.06.01.070-6	INFARTECTOMIA / ANEURISMECTOMIA ASSOCIADA OU NÃO A REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA	R\$	3.943,28
69	04.06.01.071-4	INSTALAÇÃO DE ASSISTÊNCIA CIRCULATÓRIA	R\$	216,68
70	04.06.01.073-0	LIGADURA DE FÍSTULA SISTÊMICO-PULMONAR	R\$	1.382,55
71	04.06.01.074-9	MANUTENÇÃO DE ASSISTÊNCIA CIRCULATÓRIA	R\$	138,68
72	04.06.01.075-7	PERICARDIECTOMIA	R\$	730,60
73	04.06.01.076-5	PERICARDIECTOMIA PARCIAL	R\$	730,60
74	04.06.01.077-3	PERICARDIOCENTESE	R\$	193,47



Secretária Adjunta de Aquisições e Contratos
Superintendência de Aquisições e Contratos – Coordenadoria de Contratos

75	04.06.01.078-1	PLÁSTICA / TROCA DE VÁLVULA TRICÚSPIDE (ANOMALIA DE EBSTEIN)	R\$	8.511,59
76	04.06.01.079-0	PLÁSTICA DE LOJA DE GERADOR DE SISTEMA DE ESTIMULAÇÃO CARDÍACA ARTIFICIAL	R\$	395,23
77	04.06.01.080-3	PLÁSTICA VALVAR	R\$	3.237,33
78	04.06.01.081-1	PLÁSTICA VALVAR C/ REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA	R\$	4.800,00
79	04.06.01.082-0	PLÁSTICA VALVAR E/OU TROCA VALVAR MÚLTIPLA	R\$	4.321,19
80	04.06.01.083-8	RECONSTRUÇÃO DA RAIZ DA AORTA	R\$	4.198,33
81	04.06.01.084-6	RECONSTRUÇÃO DA RAIZ DA AORTA C/ TUBO VALVADO	R\$	4.800,00
82	04.06.01.085-4	REPOSICIONAMENTO DE ELETRODOS DE CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR	R\$	459,81
83	04.06.01.086-2	REPOSICIONAMENTO DE ELETRODOS DE MARCAPASSO	R\$	473,14
84	04.06.01.087-0	REPOSICIONAMENTO DE ELETRODOS DE MARCAPASSO MULTI-SITIO	R\$	459,81
85	04.06.01.088-9	RESSECÇÃO DE ENDOMIOCARDIOFIBROSE	R\$	2.895,11
86	04.06.01.089-7	RESSECÇÃO DE MEMBRANA SUB-AÓRTICA	R\$	2.895,11
87	04.06.01.090-0	RESSECÇÃO DE TUMOR INTRACARDÍACO	R\$	3.365,37
88	04.06.01.091-9	RETIRADA DE SISTEMA DE ESTIMULAÇÃO CARDÍACA ARTIFICIAL	R\$	217,61
89	04.06.01.092-7	REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA C/ USO DE EXTRACÓRPOREA	R\$	3.800,00
90	04.06.01.093-5	REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA C/ USO DE EXTRACÓRPOREA (C/ 2 OU MAIS ENXERTOS)	R\$	4.000,00
91	04.06.01.094-3	REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA S/ USO DE EXTRACÓRPOREA	R\$	3.800,00
92	04.06.01.095-1	REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA S/ USO DE EXTRACÓRPOREA (C/ 2 OU MAIS ENXERTOS)	R\$	4.000,00
93	04.06.01.096-0	TRATAMENTO DE CONTUSÃO MIOCÁRDICA	R\$	44,53
94	04.06.01.097-8	TRATAMENTO DE FERIMENTO CARDÍACO PERFURO-CORTANTE	R\$	44,53
95	04.06.01.098-6	TROCA DE AORTA ASCENDENTE	R\$	4.198,33
96	04.06.01.099-4	TROCA DE ARCO AÓRTICO	R\$	4.198,33
97	04.06.01.100-1	TROCA DE CONJUNTO DO SEIO CORONÁRIO NO MARCAPASSO MULTI-SITIO	R\$	525,83
98	04.06.01.101-0	TROCA DE ELETRODOS DE DESFIBRILADOR DE CARDIO-DESFIBRILADOR TRANSVENOSO	R\$	459,81
99	04.06.01.102-8	TROCA DE ELETRODOS DE DESFIBRILADOR NO CARDIO-DESFIBRILADOR MULTI-SITIO	R\$	459,81
100	04.06.01.103-6	TROCA DE ELETRODOS DE MARCAPASSO DE CÂMARA DUPLA	R\$	473,14
101	04.06.01.104-4	TROCA DE ELETRODOS DE MARCAPASSO DE CÂMARA ÚNICA	R\$	473,14
102	04.06.01.105-2	TROCA DE ELETRODOS DE MARCAPASSO EM CARDIO-DESFIBRILADOR DE CÂMARA DUPLA TRANSVENOSO	R\$	459,81
103	04.06.01.107-9	TROCA DE ELETRODOS DE MARCAPASSO NO CARDIO-DESFIBRILADOR MULTI-SITIO	R\$	459,81
104	04.06.01.108-7	TROCA DE ELETRODOS DE MARCAPASSO NO MARCAPASSO MULTI-SITIO	R\$	421,07
105	04.06.01.109-5	TROCA DE ELETRODOS DE SEIO CORONÁRIO NO CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR MULTI-SITIO	R\$	421,07
106	04.06.01.110-9	TROCA DE GERADOR DE CARDIO-DESFIBRILADOR DE CÂMARA ÚNICA / DUPLA	R\$	459,81
107	04.06.01.111-7	TROCA DE GERADOR DE CARDIO-DESFIBRILADOR MULTI-SITIO	R\$	459,81
108	04.06.01.112-5	TROCA DE GERADOR DE MARCAPASSO DE CÂMARA DUPLA	R\$	473,38
109	04.06.01.113-3	TROCA DE GERADOR DE MARCAPASSO DE CÂMARA ÚNICA	R\$	473,14
110	04.06.01.114-1	TROCA DE GERADOR DE MARCAPASSO MULTI-SITIO	R\$	459,91
111	04.06.01.115-0	TROCA DE GERADOR E DE ELETRODO DE MARCAPASSO DE CÂMARA ÚNICA	R\$	473,14
112	04.06.01.116-8	TROCA DE GERADOR E DE ELETRODOS DE CARDIO-DESFIBRILADOR	R\$	459,81
113	04.06.01.117-6	TROCA DE GERADOR E DE ELETRODOS DE CARDIO-DESFIBRILADOR MULTISITIO	R\$	459,81
114	04.06.01.118-4	TROCA DE GERADOR E DE ELETRODOS DE MARCAPASSO DE CÂMARA DUPLA	R\$	473,29



Secretária Adjunta de Aquisições e Contratos
Superintendência de Aquisições e Contratos – Coordenadoria de Contratos

115	04.06.01.119-2	TROCA DE GERADOR E DE ELETRODOS NO MARCAPASSO MULTI-SITIO	R\$ 459,81
116	04.06.01.120-6	TROCA VALVAR C/ REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA	R\$ 4.800,00
117	04.06.01.121-4	UNIFOCALIZAÇÃO DE RAMOS DA ARTÉRIA PULMONAR C/ CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA	R\$ 5.795,19
118	04.06.01.122-2	UNIFOCALIZAÇÃO DE RAMOS DA ARTÉRIA PULMONAR S/ CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA	R\$ 4.286,33
119	04.06.01.123-0	ANASTOMOSE SISTEMICO PULMONAR COM CEC	R\$ 2.631,90
120	04.06.01.124-9	CORRECAO DE COARCTACAO DA AORTA COM CEC	R\$ 1.223,47
121	04.06.01.125-7	CORREÇÃO DE CORONARIA ANOMALA (19 A 110)	R\$ 1.684,45
122	04.06.01.126-5	ABERTURA DE ESTENOSE AORTICA VALVAR (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 4.487,31
123	04.06.01.127-3	ABERTURA DE ESTENOSE PULMONAR VALVAR (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 3.832,02
124	04.06.01.128-1	AMPLIAÇÃO DE VIA DE SAÍDA DO VENTRÍCULO DIREITO E/OU RAMOS PULMONARES (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 5.597,03
125	04.06.01.129-0	AMPLIAÇÃO DE VIA DE SAÍDA DO VENTRÍCULO ESQUERDO (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 6.882,51
126	04.06.01.130-3	ANASTOMOSE CAVO-PULMONAR BIDIRECIONAL (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 5.139,90
127	04.06.01.131-1	ANASTOMOSE SISTEMICO-PULMONAR (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 4.246,14
128	04.06.01.132-0	BANDAGEM DA ARTERIA PULMONAR (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 4.286,33
129	04.06.01.133-8	CORRECAO DE COARCTACAO DA AORTA (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 3.631,03
130	04.06.01.134-6	CORRECAO DE DRENAGEM ANOMALA DO RETORNO SISTEMICO (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 5.795,19
131	04.06.01.135-4	CORREÇÃO DE DRENAGEM ANOMALA PARCIAL DE VEIAS PULMONARES (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 4.436,15
132	04.06.01.136-2	CORRECAO DE ESTENOSE MITRAL CONGENITA (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 6.882,51
133	04.06.01.137-0	CORREÇÃO DE ESTENOSE SUPRA-AÓRTICA (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 3.832,02
134	04.06.01.138-9	CORRECAO DE FISTULA AORTO-CAVITARIAS (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 5.139,90
135	04.06.01.139-7	CORREÇÃO DE HIPERTROFIA SEPTAL ASSIMETRICA (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 6.352,66
136	04.06.01.140-0	CORRECAO DE INSUFICIENCIA DA VALVULA TRICUSPIDE (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 6.352,66
137	04.06.01.141-9	CORRECAO DE INSUFICIENCIA MITRAL CONGENITA (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 5.795,14
138	04.06.01.142-7	CORRECAO DE PERSISTENCIA DO CANAL ARTERIAL (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 1.923,03
139	04.06.01.143-5	CORRECAO DO CANAL ATRIO-VENTRICULAR PARCIAL / INTERMEDIARIO (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 5.139,90
140	04.06.01.144-3	CORRECOES DE ANOMALIAS DO ARCO AORTICO (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 4.546,65
141	04.06.01.145-1	FECHAMENTO DE COMUNICACAO INTERATRIAL (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 3.365,37
142	04.06.01.146-0	FECHAMENTO DE COMUNICACAO INTERVENTRICULAR (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 3.832,02
143	04.06.01.147-8	IMPLANTE C/ TROCA DE POSICAO DE VALVAS (CIRURGIA DE ROSS) (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 4.321,19
144	04.06.01.148-6	LIGADURA DE FISTULA SISTEMICO-PULMONAR (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 4.026,00
145	04.06.01.149-4	RESSECCAO DE MEMBRANA SUB-AORTICA (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 3.832,02
146	04.06.01.150-8	ANASTOMOSE SISTEMICO PULMONAR COM CEC (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 2.949,28
147	04.06.01.151-6	CORRECAO DE COARCTACAO DA AORTA COM CEC (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 3.081,45
148	04.06.02.001-9	ANASTOMOSE ESPLENO-RENAL / OUTRA DERIVAÇÃO CENTRAL	R\$ 311,16
149	04.06.02.002-7	ANASTOMOSE LINFOVENOSA	R\$ 342,75
150	04.06.02.003-5	ANASTOMOSE PORTO-CAVA	R\$ 433,42
151	04.06.02.004-3	ANEURISMECTOMIA DE AORTA ABDOMINAL INFRA-RENAL	R\$ 381,62
152	04.06.02.005-1	ANEURISMECTOMIA TORACO-ABDOMINAL	R\$ 1.330,84



Secretária Adjunta de Aquisições e Contratos
Superintendência de Aquisições e Contratos – Coordenadoria de Contratos

153	04.06.02.007-8	IMPLANTAÇÃO DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA SEMI OU TOTALMENTE IMPLANTAVEL (PROCEDIMENTO PRINCIPAL)	R\$	109,20
154	04.06.02.010-8	DISSECCAO RADICAL DO PESCOCO	R\$	224,84
155	04.06.02.011-6	DRENAGEM DE GANGLIO LINFATICO	R\$	69,30
156	04.06.02.012-4	EMBOLECTOMIA ARTERIAL	R\$	385,42
157	04.06.02.015-9	EXERESE DE GANGLIO LINFÁTICO	R\$	19,45
158	04.06.02.016-7	FASCIOTOMIA P/ DESCOMPRESSÃO	R\$	215,91
159	04.06.02.019-1	LINFADENECTOMIA PÉLVICA	R\$	191,47
160	04.06.02.021-3	LINFADENECTOMIA RADICAL AXILAR BILATERAL	R\$	268,17
161	04.06.02.022-1	LINFADENECTOMIA RADICAL AXILAR UNILATERAL	R\$	248,35
162	04.06.02.023-0	LINFADENECTOMIA RADICAL CERVICAL BILATERAL	R\$	220,62
163	04.06.02.024-8	LINFADENECTOMIA RADICAL CERVICAL UNILATERAL	R\$	245,01
164	04.06.02.025-6	LINFADENECTOMIA RADICAL INGUINAL BILATERAL	R\$	262,69
165	04.06.02.026-4	LINFADENECTOMIA RADICAL INGUINAL UNILATERAL	R\$	244,97
166	04.06.02.027-2	LINFADENECTOMIA RADICAL VULVAR	R\$	244,97
167	04.06.02.028-0	LINFADENECTOMIA RETROPERITONIAL	R\$	312,01
168	04.06.02.030-2	PLASTIA ARTERIAL COM REMENDO (QUALQUER TÉCNICA)	R\$	375,26
169	04.06.02.031-0	PONTE AXILO-BIFEMURAL	R\$	377,03
170	04.06.02.032-9	PONTE AXILO-FEMURAL	R\$	377,03
171	04.06.02.033-7	PONTE DE RAMOS DOS TRONCOS SUPRA-AORTICOS	R\$	433,34
172	04.06.02.034-5	PONTE FEMORO-FEMURAL CRUZADA	R\$	377,03
173	04.06.02.035-3	PONTE-TROMBOENDARTERECTOMIA AORTO-FEMURAL	R\$	354,48
174	04.06.02.036-1	PONTE-TROMBOENDARTERECTOMIA AORTO-ILÍACA	R\$	354,48
175	04.06.02.037-0	PONTE-TROMBOENDARTERECTOMIA DE CARÓTIDA	R\$	433,42
176	04.06.02.038-8	PONTE-TROMBOENDARTERECTOMIA ILIACO-FEMURAL	R\$	377,03
177	04.06.02.039-6	RETIRADA DE PROTESE INFECTADA EM POSICAO AORTO- ABDOMINAL C/ PONTE AXILO FEMURAL/AXILO BIFEMURAL CRUZADO	R\$	433,36
178	04.06.02.040-0	RETIRADA DE PRÓTESE INFECTADA EM POSIÇÃO NÃO AÓRTICA	R\$	433,36
179	04.06.02.041-8	REVASCLARIZAÇÃO DE ARTÉRIAS VISCERAIS	R\$	323,53
180	04.06.02.042-6	REVASCLARIZAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR	R\$	433,34
181	04.06.02.043-4	REVASCLARIZAÇÃO POR PONTE / TROMBOENDARTERECTOMIA DE OUTRAS ARTERIAS DISTAIS	R\$	342,75
182	04.06.02.044-2	REVASCLARIZAÇÃO POR PONTE / TROMBOENDARTERECTOMIA FEMURO-POPLÍTEA DISTAL	R\$	377,03
183	04.06.02.045-0	REVASCLARIZAÇÃO POR PONTE / TROMBOENDARTERECTOMIA FEMURO-POPLÍTEA PROXIMAL	R\$	377,03
184	04.06.02.046-9	TRANSPLANTE DE SEGMENTO VENOSO VALVULADO	R\$	587,24
185	04.06.02.047-7	TRANSPOSIÇÃO DE VEIAS DO SISTEMA VENOSO PROFUNDO	R\$	587,24
186	04.06.02.048-5	TRATAMENTO CIRURGICO DE ANEURISMAS DAS ARTERIAS VISCERAIS	R\$	323,53
187	04.06.02.049-3	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES VASCULARES TRAUMATICAS DA REGIAO CERVICAL	R\$	294,62
188	04.06.02.050-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES VASCULARES TRAUMÁTICAS DE MEMBRO INFERIOR BILATERAL	R\$	294,62
189	04.06.02.051-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES VASCULARES TRAUMÁTICAS DE MEMBRO INFERIOR UNILATERAL	R\$	268,62
190	04.06.02.052-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES VASCULARES TRAUMÁTICAS DE MEMBRO SUPERIOR BILATERAL	R\$	294,62
191	04.06.02.053-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES VASCULARES TRAUMÁTICAS DE MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL	R\$	268,62
192	04.06.02.054-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES VASCULARES TRAUMÁTICAS DO ABDÔMEN	R\$	369,06



Secretária Adjunta de Aquisições e Contratos
Superintendência de Aquisições e Contratos – Coordenadoria de Contratos

193	04.06.02.055-8	TRATAMENTO CIRURGICO DE LINFEDEMA	R\$	191,46
194	04.06.02.056-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (BILATERAL)	R\$	400,40
195	04.06.02.057-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	R\$	301,73
196	04.06.02.058-2	TROCA DE AORTA DESCENDENTE (INCLUI ABDOMINAL)	R\$	1.330,84
197	04.06.02.059-0	TROMBECTOMIA DO SISTEMA VENOSO	R\$	268,62
198	04.06.02.060-4	VALVULOPLASTIAS DO SISTEMA VENOSO PROFUNDO	R\$	587,24
199	04.06.02.061-2	IMPLANTAÇÃO DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA SEMI OU TOTALMENTE IMPLANTAVEL (PROCEDIMENTO ESPECIAL)	R\$	109,20
200	04.06.02.062-0	RETIRADA DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA SEMI OU TOTALMENTE IMPLANTÁVEL	R\$	5,34
201	04.06.03.001-4	ANGIOPLASTIA CORONARIANA	R\$	587,24
202	04.06.03.002-2	ANGIOPLASTIA CORONARIANA C/ IMPLANTE DE DOIS STENTS	R\$	587,24
203	04.06.03.003-0	ANGIOPLASTIA CORONARIANA COM IMPLANTE DE STENT	R\$	587,24
204	04.06.03.004-9	ANGIOPLASTIA CORONARIANA PRIMÁRIA	R\$	644,44
205	04.06.03.005-7	ANGIOPLASTIA COM IMPLANTE DE DUPLO STENT EM AORTA/ARTERIA PULMONAR E RAMOS	R\$	587,24
206	04.06.03.006-5	ANGIOPLASTIA EM ENXERTO CORONARIANO	R\$	587,24
207	04.06.03.007-3	ANGIOPLASTIA EM ENXERTO CORONARIANO (COM IMPLANTE DE STENT)	R\$	587,24
208	04.06.03.008-1	ATRIOSEPTOSTOMIA COM CATETER BALÃO	R\$	392,86
209	04.06.03.009-0	FECHAMENTO PERCUTÂNEO DO CANAL ARTERIAL / FISTULAS ARTERIOVENOSAS COM LIBERAÇÃO DE COILS	R\$	587,24
210	04.06.03.010-3	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE SISTEMA CARDIOVASCULAR POR TÉCNICAS HEMODINÂMICAS	R\$	122,20
211	04.06.03.011-1	VALVULOPLASTIA AÓRTICA PERCUTÂNEA	R\$	693,51
212	04.06.03.012-0	VALVULOPLASTIA MITRAL PERCUTÂNEA	R\$	693,51
213	04.06.03.013-8	VALVULOPLASTIA PULMONAR PERCUTÂNEA	R\$	392,86
214	04.06.03.014-6	VALVULOPLASTIA TRICUSPIDE PERCUTANEA	R\$	693,51
215	04.06.03.015-4	FECHAMENTO PERCUTÂNEO DE COMUNICAÇÃO INTERATRIAL SEPTAL.	R\$	3.365,37
216	04.06.04.001-0	ALCOOLIZAÇÃO PERCUTÂNEA DE HEMANGIOMA E MALFORMAÇÃO VENOSAS (INCLUI ESTUDO ANGIOGRAFICO)	R\$	60,58
217	04.06.04.002-8	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE AORTA, VEIA CAVA / VASOS ILÍACOS (COM STENT)	R\$	587,24
218	04.06.04.004-4	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE AORTA, VEIA CAVA / VASOS ILÍACOS (SEM STENT)	R\$	587,24
219	04.06.04.005-2	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DAS EXTREMIDADES (SEM STENT)	R\$	399,36
220	04.06.04.006-0	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DAS EXTREMIDADES (COM STENT NÃO RECOBERTO)	R\$	399,36
221	04.06.04.007-9	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DAS EXTREMIDADES (COM STENT RECOBERTO)	R\$	399,36
222	04.06.04.008-7	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DO PESCOÇO / TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS (SEM STENT)	R\$	399,36
223	04.06.04.009-5	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DO PESCOÇO OU TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS (COM STENT NÃO RECOBERTO)	R\$	399,36
224	04.06.04.010-9	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS VISCERAIS COM STENT NÃO RECOBERTO	R\$	399,36
225	04.06.04.011-7	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS VISCERAIS COM STENT RECOBERTO	R\$	399,36
226	04.06.04.012-5	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS VISCERAIS / RENAIIS	R\$	399,36
227	04.06.04.013-3	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DOS VASOS DO PESCOÇO / TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS (COM STENT RECOBERTO)	R\$	399,36
228	04.06.04.014-1	COLOCAÇÃO PERCUTÂNEA DE FILTRO DE VEIA CAVA (NA TROMBOSE VENOSA PERIFÉRICA E EMBOLIA PULMONAR)	R\$	267,29
229	04.06.04.015-0	CORREÇÃO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA / DISSECÇÃO DA AORTA ABDOMINAL COM ENDOPRÓTESE RETA / CÔNICA	R\$	587,24
230	04.06.04.016-8	CORREÇÃO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA / DISSECÇÃO DA AORTA ABDOMINAL E ILÍACAS COM ENDOPRÓTESE BIFURCADA	R\$	587,24



Secretaria Adjunta de Aquisições e Contratos
Superintendência de Aquisições e Contratos – Coordenadoria de Contratos

231	04.06.04.017-6	CORREÇÃO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA / DISSECÇÃO DA AORTA TORÁCICA COM ENDOPRÓTESE RETA OU CÔNICA	R\$	587,24
232	04.06.04.018-4	CORREÇÃO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA / DISSECÇÃO DAS ILÍACAS COM ENDOPRÓTESE TUBULAR	R\$	587,24
233	04.06.04.019-2	EMBOLIZAÇÃO ARTERIAL DE HEMORRAGIA DIGESTIVA (INCLUI PROCEDIMENTO ENDOSCÓPICO E/OU ESTUDO ANGIOGRÁFICO)	R\$	399,36
234	04.06.04.020-6	EMBOLIZAÇÃO DE MALFORMAÇÃO VASCULAR ARTÉRIO-VENOSA (INCLUI ESTUDO ANGIOGRÁFICO)	R\$	399,36
235	04.06.04.021-4	EMBOLIZAÇÃO DE MALFORMAÇÃO VASCULAR POR PUNÇÃO DIRETA (INCLUI DROGAS EMBOLIZANTES)	R\$	399,36
236	04.06.04.022-2	FECHAMENTO PERCUTÂNEO DE FISTULAS ARTERIOVENOSAS COM LIBERAÇÃO DE COILS	R\$	399,36
237	04.06.04.023-0	FIBRINOLISE INTRAVASCULAR POR CATETER (INCLUI FIBRINOLÍTICO)	R\$	399,36
238	04.06.04.024-9	FIBRINÓLISE PARA EMBOLIA PULMONAR MACICA INTRAVASCULAR POR CATETER (INCLUI FIBRINOLÍTICO)	R\$	399,36
239	04.06.04.025-7	FIBRINÓLISE VISCERAL INTRAVASCULAR POR CATETER (INCLUI FIBRINOLÍTICO)	R\$	399,36
240	04.06.04.026-5	IMPLANTAÇÃO DE SHUNT INTRA-HEPÁTICO PORTO-SISTÊMICO (TIPS) COM STENT NÃO RECOBERTO	R\$	587,24
241	04.06.04.027-3	OCCLUSÃO PERCUTÂNEA ENDOVASCULAR DE ARTÉRIA / VEIA	R\$	399,36
242	04.06.04.028-1	RECONSTRUÇÃO DA BIFURCAÇÃO AORTO-ILÍACA COM ANGIOPLASTIA E STENTS	R\$	287,24
243	04.06.04.029-0	TRATAMENTO DE EPISTAXE POR EMBOLIZAÇÃO (INCLUI ESTUDO ANGIOGRÁFICO E/OU ENDOSCÓPICO)	R\$	399,36
244	04.06.04.030-3	TRATAMENTO DE HEMATURIA OU SANGRAMENTO GENITAL POR EMBOLIZAÇÃO (INCLUI ESTUDO ANGIOGRÁFICO E/OU ENDOSCÓPICO)	R\$	399,36
245	04.06.04.031-1	TRATAMENTO DE HEMOPTISE POR EMBOLIZAÇÃO PERCUTÂNEA (INCLUI ESTUDO ANGIOGRÁFICO)	R\$	399,36
246	04.06.04.032-0	TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE FISTULAS ARTERIOVENOSAS	R\$	399,36
247	04.06.04.033-8	TRATAMENTO ENDOVASCULAR DO PSEUDOANEURISMA	R\$	399,36
248	04.06.05.001-5	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO DIAGNÓSTICO	R\$	658,23
249	04.06.05.002-3	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO I (ABLAÇÃO DE FLUTTER ATRIAL)	R\$	867,15
250	04.06.05.003-1	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO I (ABLAÇÃO DE TAQUICARDIA ATRIAL DIREITA)	R\$	867,15
251	04.06.05.004-0	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO I (ABLAÇÃO DE TAQUICARDIA POR REENTRADA NODAL DE VIAS ANÔMALAS DIREITAS, DE TV IDIOPÁTICA, DE VENTRÍCULO DIREITO E VENTRÍCULO ESQUERDO).	R\$	867,15
252	04.06.05.005-8	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO I (ABLAÇÃO DO NÓDULO ARCHOV-TAWARA)	R\$	867,15
253	04.06.05.006-6	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO II (ABLAÇÃO DAS VIAS ANÔMALAS MÚLTIPAS)	R\$	867,15
254	04.06.05.007-4	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO II (ABLAÇÃO DE FIBRILAÇÃO ATRIAL)	R\$	867,15
255	04.06.05.008-2	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO II (ABLAÇÃO DE TAQUICARDIA ATRIAL CICATRICAL)	R\$	867,15
256	04.06.05.009-0	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO II (ABLAÇÃO DE TAQUICARDIA ATRIAL CICATRICAL)	R\$	867,15
257	04.06.05.010-4	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO II (ABLAÇÃO DE TAQUICARDIA ATRIAL ESQUERDA)	R\$	867,15
258	04.06.05.011-2	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO II (ABLAÇÃO DE TAQUICARDIA VENTRICULAR IDIOPÁTICA DO SEIO DE VALSALVA ESQUERDO)	R\$	867,15
259	04.06.05.012-0	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO II (ABLAÇÃO DE TAQUICARDIA VENTRICULAR SUSTENTADA COM CARDIOPATIA ESTRUTURAL)	R\$	867,15
260	04.06.05.013-9	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO II (ABLAÇÃO DE VIAS ANÔMALAS ESQUERDAS)	R\$	867,15
261	03.03.06.030-1	TRATAMENTO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES C/ ULCERA	R\$	36,56
262	03.09.07.001-5	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	R\$	300,78
263	03.09.07.002-3	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (BILATERAL)	R\$	392,62
264	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	R\$	10,00

Obs.: Tabela exemplificativa. Outros procedimentos poderão ser realizados pelos profissionais da CONTRATADA, conforme tabela SIGTAP.



Secretária Adjunta de Aquisições e Contratos
Superintendência de Aquisições e Contratos – Coordenadoria de Contratos

**APÊNDICE II - B – LISTA EXEMPLIFICATIVA TABELA SIGTAP –
OTORRINOLARINGOLOGIA**

ITEM	CÓDIGO SIGTAP	PROCEDIMENTOS	VALOR SERVIÇO PROFISSIONAL
1	04.04.01.001-6	ADENOIDECTOMIA	R\$ 179,05
2	04.04.01.002-4	AMIGDALECTOMIA	R\$ 157,65
3	04.04.01.003-2	AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDECTOMIA	R\$ 183,91
4	04.04.01.004-0	ANTROTOMIA DA MASTOIDE (DRENAGEM DE OTITE NO LACTENTE)	R\$ 166,67
5	04.04.01.005-9	DRENAGEM DE ABSCESSO FARINGEO	R\$ 133,34
6	04.04.01.006-7	DRENAGEM DE ABSCESSO PERIAMIGDALIANO	R\$ 133,34
7	04.04.01.008-3	DRENAGEM DO SACO ENDO-LINFATICO - SHUNT (C/ AUDICAO POR VIA TRANSMASTOIDEA)	R\$ 533,57
8	04.04.01.010-5	ESTAPEDECTOMIA	R\$ 402,54
9	04.04.01.011-3	EXERESE DE PAPILOMA EM LARINGE	R\$ 91,93
10	04.04.01.012-1	EXERESE DE TUMOR DE VIAS AEREAS SUPERIORES, FACE E PESCOCO	R\$ 200,06
11	04.04.01.013-0	EXTIRPACAO DE TUMOR DO CAVUM E FARINGE	R\$ 133,33
12	04.04.01.014-8	IMPLANTE COCLEAR	R\$ 655,68
13	04.04.01.016-4	LABIRINTECTOMIA MEMBRANOSA / OSSEA COM OU S/ AUDICAO	R\$ 533,33
14	04.04.01.017-2	LARINGECTOMIA PARCIAL	R\$ 373,36
15	04.04.01.018-0	LARINGECTOMIA TOTAL	R\$ 254,16
16	04.04.01.019-9	LARINGECTOMIA TOTAL C/ ESVAZIAMENTO CERVICAL	R\$ 254,16
17	04.04.01.020-2	LARINGORRAFIA	R\$ 354,70
18	04.04.01.021-0	MASTOIDECTOMIA RADICAL	R\$ 396,21
19	04.04.01.022-9	MASTOIDECTOMIA SUBTOTAL	R\$ 226,71
20	04.04.01.023-7	MICROCIRURGIA OTOLOGICA	R\$ 154,08
21	04.04.01.028-8	RESSECCAO DE GLOMO TIMPANICO	R\$ 533,41
22	04.04.01.031-8	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO / FARINGE / LARINGE / NARIZ	R\$ 140,03
23	04.04.01.032-6	SINUSOTOMIA BILATERAL	R\$ 167,98
24	04.04.01.033-4	SINUSOTOMIA ESFENOIDAL	R\$ 133,32
25	04.04.01.034-2	TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR E/OU POSTERIOR	R\$ 17,00
26	04.04.01.035-0	TIMPANOPLASTIA (UNI / BILATERAL)	R\$ 322,83
27	04.04.01.037-7	TRAQUEOSTOMIA	R\$ 160,66
28	04.04.01.038-5	TRATAMENTO CIRURGICO DE ESTENOSE DO CONDUTO AUDITIVO	R\$ 332,23
29	04.04.01.040-7	TRATAMENTO CIRURGICO DE RINITE CRONICA (OZENA)	R\$ 159,97
30	04.04.01.041-5	TURBINECTOMIA	R\$ 132,01
31	04.04.01.043-1	ARITENOIDECTOMIA COM LARINGOFISSURA	R\$ 326,65
32	04.04.01.045-8	LARINGOFISSURA PARA COLOCACAO DE MOLDE NOS TRAUMATISMOS DE LARINGE	R\$ 266,87
33	04.04.01.046-6	PAROTIDECTOMIA PARCIAL OU SUBTOTAL	R\$ 245,03
34	04.04.01.047-4	PLÁSTICA DO CANAL DE STENON	R\$ 175,00
35	04.04.01.048-2	SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	R\$ 75,87
36	04.04.01.049-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE IMPERFURAÇÃO COANAL (UNI / BILATERAL)	R\$ 120,02



Secretária Adjunta de Aquisições e Contratos
Superintendência de Aquisições e Contratos – Coordenadoria de Contratos

37	04.04.01.050-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PERFURAÇÃO DO SEPTO NASAL	R\$ 120,02
38	04.04.01.051-2	SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR	R\$ 126,67
39	04.04.01.052-0	SEPTOPLASTIA REPARADORA NÃO ESTÉTICA	R\$ 73,32
40	04.04.01.053-9	RESSECÇÃO DE TUMOR DO ACÚSTICO (PELA FOSSA MEDIA)	R\$ 183,26
41	04.04.01.054-7	RESSECÇÃO DO GLOMO JUGULAR	R\$ 294,40
42	04.04.01.055-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RINOFIMA	R\$ 182,46
43	04.04.01.056-3	TIREOPLASTIA	R\$ 236,60
44	04.04.01.057-1	CIRURGIA DE IMPLANTE COCLEAR UNILATERAL	R\$ 655,68
45	04.04.01.058-0	CIRURGIA DE IMPLANTE COCLEAR BILATERAL	R\$ 2.040,45
46	04.04.01.059-8	CIRURGIA PARA REVISÃO DO IMPLANTE COCLEAR SEM DISPOSITIVO INTERNO DO IMPLANTE COCLEAR	R\$ 196,70
47	04.04.01.060-1	CIRURGIA PARA PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO - 1º TEMPO	R\$ 586,41
48	04.04.01.061-0	CIRURGIA PARA PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO - 2º TEMPO	R\$ 58,64
49	04.04.01.062-8	CIRURGIA PARA PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO UNILATERAL – TEMPO ÚNICO	R\$ 655,68
50	04.04.01.063-6	CIRURGIA PARA REVISÃO DA PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO	R\$ 175,92
51	04.04.01.064-4	CIRURGIA PARA REIMPLANTAÇÃO DA PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO	R\$ 655,68
52	04.04.01.065-2	CIRURGIA PARA PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO BILATERAL - TEMPO ÚNICO	R\$ 1.089,07
53	04.04.02.001-1	ALONGAMENTO DE COLUMELA	R\$ 104,97
54	04.04.02.003-8	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORO-NASAL / ORO-SINUSAL	R\$ 73,50
55	04.04.02.004-6	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA SALIVAR COM RETALHO	R\$ 73,50
56	04.04.02.006-2	ENXERTO TOTAL / PARCIAL INTRATEMPORAL DE NERVO FACIAL	R\$ 350,04
57	04.04.02.007-0	RESSECÇÃO DE GLÂNDULA SALIVAR	R\$ 97,59
58	04.04.02.008-9	EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR	R\$ 119,92
59	04.04.02.009-7	EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA	R\$ 12,00
60	04.04.02.011-9	EXCISÃO PARCIAL DE LÁBIO COM ENXERTO LIVRE / ROTAÇÃO DE RETALHO	R\$ 174,99
61	04.04.02.013-5	EXPLORAÇÃO/ DESCOMPRESSÃO TOTAL / PARCIAL DO NERVO FACIAL	R\$ 533,49
62	04.04.02.014-3	GLOSSECTOMIA PARCIAL	R\$ 373,30
63	04.04.02.017-8	MAXILECTOMIA PARCIAL	R\$ 175,04
64	04.04.02.020-8	LABIOPLASTIA PARA REDUÇÃO OU CORREÇÃO DA HIPERTROFIA DO LÁBIO	R\$ 180,09
65	04.04.02.022-4	RECONSTRUÇÃO TOTAL DE CAVIDADE ORBITÁRIA	R\$ 175,01
66	04.04.02.023-2	RECONSTRUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DE LÁBIO	R\$ 195,14
67	04.04.02.024-0	RECONSTRUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DE NARIZ	R\$ 195,14
68	04.04.02.027-5	RESSECÇÃO DE LESÃO MALIGNA E BENIGNA DA REGIÃO CRANIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 350,00
69	04.04.02.029-1	RESSECÇÃO DO CÔNDILO MANDIBULAR COM OU SEM RECONSTRUÇÃO	R\$ 139,97
70	04.04.02.031-3	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DOS OSSOS DA FACE	R\$ 60,03
71	04.04.02.032-1	RINOPLASTIA PARA DEFEITOS PÓS-TRAUMÁTICOS	R\$ 161,48
72	04.04.02.034-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ATRESIA NARINÁRIA	R\$ 120,02
73	04.04.02.035-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA E CISTOS ORO-MAXILARES	R\$ 85,01
74	04.04.02.038-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOMIELITE DE OSSOS DA FACE	R\$ 200,09
75	04.04.02.039-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PARALISIA FACIAL (SUSPENSÃO DE HEMIFACE)	R\$ 168,05
76	04.04.02.042-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO SOALHO DA ÓRBITA	R\$ 140,05
77	04.04.02.045-3	OSTEOTOMIA DA MAXILA	R\$ 263,97



Secretaria Adjunta de Aquisições e Contratos
Superintendência de Aquisições e Contratos – Coordenadoria de Contratos

78	04.04.02.046-1	OSTEOTOMIA DA MANDIBULA	R\$ 263,97
79	04.04.02.047-0	RECONSTRUÇÃO DO SULCO GENGIVO-LABIAL	R\$ 174,99
80	04.04.02.048-8	OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVEOLO-DENTÁRIAS	R\$ 30,00
81	04.04.02.049-6	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA UNILATERAL DO CÔNDILO MANDIBULAR	R\$ 143,63
82	04.04.02.050-0	OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA	R\$ 183,26
83	04.04.02.051-8	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA COMPLEXA DA MAXILA	R\$ 186,66
84	04.04.02.052-6	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ÓRBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR	R\$ 170,76
85	04.04.02.053-4	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DO COMPLEXO NASO-ÓRBITO-ETMOIDAL	R\$ 220,06
86	04.04.02.054-2	REDUÇÃO CIRÚRGICA DE FRATURA DOS OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ	R\$ 89,80
87	04.04.02.055-0	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA SIMPLES DE MANDÍBULA	R\$ 135,67
88	04.04.02.056-9	ARTROPLASTIA DA ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR (RECIDIVANTE OU NÃO)	R\$ 145,45
89	04.04.02.057-7	REDUÇÃO DE FRATURA ALVEOLO-DENTÁRIA SEM OSTEOSSÍNTESE	R\$ 60,41
90	04.04.02.058-5	REDUÇÃO DE FRATURA DA MAXILA - LE FORT I SEM OSTEOSSÍNTESE.	R\$ 146,73
91	04.04.02.059-3	REDUÇÃO DE FRATURA DA MAXILA - LE FORT II, SEM OSTEOSSÍNTESE	R\$ 181,92
92	04.04.02.060-7	REDUÇÃO DE FRATURA DA MANDÍBULA SEM OSTEOSSÍNTESE.	R\$ 146,66
93	04.04.02.061-5	REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR	R\$ 12,00
94	04.04.02.062-3	RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA / DENTÁRIA	R\$ 24,12
95	04.04.02.064-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ANQUILOSE DA ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR	R\$ 205,27
96	04.04.02.065-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOMA, ODONTOMA /OUTRAS LESÕES ESPECIFICADAS	R\$ 141,12
97	04.04.02.066-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO OSSO ZIGOMÁTICO SEM OSTEOSSÍNTESE	R\$ 170,76
98	04.04.02.069-0	OSTEOTOMIA CRÂNIO-FACIAL	R\$ 625,24
99	04.04.02.070-4	OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA DO OSSO ZIGOMÁTICO	R\$ 170,76
100	04.04.02.071-2	ELEVAÇÃO DO ASSOALHO DO SEIO MAXILAR	R\$ 141,12
101	04.04.02.072-0	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA BILATERAL DO CÔNDILO MANDIBULAR	R\$ 186,72
102	04.04.02.073-9	RECONSTRUÇÃO PARCIAL DE MANDÍBULA / MAXILA	R\$ 175,01
103	04.04.02.077-1	RESSECÇÃO DE LESÃO DA BOCA	R\$ 141,61
104	04.04.02.078-0	RECONSTRUÇÃO TOTAL DE MANDÍBULA/MAXILA	R\$ 175,01
105	04.04.03.001-7	ALONGAMENTO DE COLUMELA EM PACIENTE COM ANOMALIAS CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 145,26
106	04.04.03.003-3	OSTEOTOMIA DE MAXILA EM PACIENTES COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 500,19
107	04.04.03.004-1	MICROCIRURGIA OTOLÓGICA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 258,76
108	04.04.03.005-0	OSTEOTOMIA DA MANDÍBULA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 139,99
109	04.04.03.006-8	OSTEOPLASTIA DO MENTO COM OU SEM IMPLANTE ALOPLÁSTICO	R\$ 139,99
110	04.04.03.007-6	LABIOPLASTIA UNILATERAL EM DOIS TEMPOS	R\$ 390,17
111	04.04.03.008-4	ALVEOLOPLASTIA COM ENXERTO ÓSSEO EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIOFACIAL	R\$ 376,43
112	04.04.03.010-6	PALATOPLASTIA PRIMÁRIA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 476,48
113	04.04.03.012-2	LABIOPLASTIA SECUNDÁRIA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 390,17
114	04.04.03.013-0	RINOSEPTOPLASTIA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 195,00
115	04.04.03.015-7	RECONSTRUÇÃO TOTAL DE LÁBIO EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 494,57
116	04.04.03.016-5	RINOPLASTIA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 161,48



Secretária Adjunta de Aquisições e Contratos
Superintendência de Aquisições e Contratos – Coordenadoria de Contratos

117	04.04.03.017-3	SEPTOPLASTIA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 128,93
118	04.04.03.019-0	TIMPANOPLASTIA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL (UNI / BILATERAL)	R\$ 161,48
119	04.04.03.022-0	IMPLANTE OSTEOINTEGRADO EXTRA-ORAL BUCO-MAXILO-FACIAL	R\$ 230,66
120	04.04.03.024-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA ORO-SINUSAL EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 327,10
121	04.04.03.025-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULAS ORONASAIS EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 327,10
122	04.04.03.026-2	PALATOPLASTIA SECUNDÁRIA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 476,48
123	04.04.03.027-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA INSUFICIÊNCIA VELOFARÍNGEA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 476,48
124	04.04.03.028-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO REPARADOR DA FISSURA FACIAL RARA EM PACIENTES COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 598,51
125	04.04.03.029-7	OSTEOTOMIA CRANIOFACIAL COMPLEXA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 750,29
126	04.04.03.030-0	REMODELAÇÃO CRANIOFACIAL EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 625,24
127	04.04.03.031-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MACROSTOMIA /MICROSTOMIA POR ANOMALIA CRANIOFACIAL	R\$ 304,84
128	04.04.03.032-7	OSTEOPLASTIA FRONTO - ORBITAL	R\$ 224,06
129	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	R\$ 10,00

Obs.: Tabela exemplificativa. Outros procedimentos poderão ser realizados pelos profissionais da CONTRATADA, conforme tabela SIGTAP



Secretária Adjunta de Aquisições e Contratos
Superintendência de Aquisições e Contratos – Coordenadoria de Contratos

APÊNDICE III - MODELO DE DECLARAÇÃO DE INSTALAÇÃO DE ESCRITÓRIO

Declaramos para os devidos fins que nossa empresa instalará escritório em Cuiabá e/ou Várzea Grande, ou no município onde prestará o serviço, a ser comprovado no prazo máximo de 60 (sessenta) dias após assinatura do contrato.

Local e data

Assinatura e carimbo do Representante Legal da Empresa
(Em papel timbrado)

OU

Declaramos para os devidos fins que nossa empresa já dispõe de matriz, filial ou escritório em Cuiabá e/ou Várzea Grande, ou no município onde prestará o serviço, no seguinte endereço....., CEP: Telefone:

Local e data

Assinatura e carimbo do Representante Legal da Empresa
(Em papel timbrado)



Secretária Adjunta de Aquisições e Contratos
Superintendência de Aquisições e Contratos – Coordenadoria de Contratos

APÊNDICE IV – FATORES DE AVALIAÇÃO

FATORES DE AVALIAÇÃO				
Unidade Hospitalar:				
Empresa Contratada:				
Número Contrato:		Mês de referência:		Data: / /
Fiscal Responsável:				
ITEM	METAS	Mês _____		APONTAMENTOS ACUMILADOS DURANTE A EXECUÇÃO DO CONTRATO QUANTIDADE
		SIM	NÃO	
	Tempo Médio de Espera para atendimento médico (imediato).			
	Tempo Médio de resposta do Parecer do Especialista (≤ 02 horas).			
	Tempo Médio de atendimento ao chamado (≤ 60 minutos).			
	Substituição dos profissionais atendeu os requisitos exigidos na execução do objeto, no prazo estabelecido no contrato.			
	Escalas de trabalho dos profissionais atualizadas pela CONTRATADA conforme exigências do contrato.			
	Registro da presença dos profissionais na unidade hospitalar diariamente			
	Execução dos serviços por colaboradores identificados (uso de crachás e uniformes).			
	Escala de profissionais entregue no prazo estabelecido no contrato.			
	Cobertura de 100% da escala durante o mês.			
	Realização de passagem de plantão, médico a médico, em todos os plantões do mês.			
	CNES atualizado com todas as informações da CONTRATADA.			
	Relatórios e laudos confeccionados conforme a definição da direção da unidade hospitalar.			
	Registro completo da assistência prestada ao paciente na ficha de atendimento de emergência/boletim de atendimento/prontuário médico, constando a identificação dos profissionais envolvidos no atendimento.			
	Acato das decisões e observações feitas pela fiscalização			
	Coordenador de equipe disponibilizado			
	Responsável técnico disponibilizado			
	Descumprimento de outras obrigações e exigências previstas em contrato (Quantidade _____)			
Total de ocorrências no mês:				
Total de ocorrências acumuladas durante a execução do contrato:				
* Descrição das obrigações e exigências previstas em contrato descumpridas:				
O Fiscal de Contrato deverá preencher a tabela de pontuação dos indicadores visando identificar as ocorrências. Cada exigência ou obrigação descumprida deve ser pontuada individualmente.				



Secretária Adjunta de Aquisições e Contratos
Superintendência de Aquisições e Contratos – Coordenadoria de Contratos

APÊNDICE V – ANÁLISE DA EXECUÇÃO CONTRATUAL

Proporcionalidade ao atingimento Satisfatório dos Atendimentos definidos no Termo de Referência	
ITEM	ATENDIMENTOS REALIZADOS
Finalidade	Garantir a execução dos serviços e Relatórios.
Meta a cumprir	100% dos serviços executados, dentro dos prazos definidos pela administração e adequados à perspectiva definidas no Termo de Referência
Instrumento de medição	Controle dos serviços executados, conforme modelo abaixo indicado.
Forma de acompanhamento	A fiscalização do contrato acompanhará mensalmente o cumprimento das atividades da execução dos serviços, conforme perspectiva da Administração e posterior lançamento do resultado na planilha de controle.
Periodicidade	Mensal
Mecanismo de cálculo	O número de ocorrências mensal refletirá o percentual de atingimento da meta (%) ou, a glosa, pelo não atingimento.
Início de vigência	Data da assinatura do contrato
Faixas de ajuste no pagamento	Por mês: 0 ocorrência = 100% da meta = recebimento de 100% da fatura. 01 a 03 ocorrências = 95% da meta = recebimento de 95% da fatura. 04 a 05 ocorrências = 90% da meta = recebimento de 90% da fatura 06 a 08 ocorrências = 85% da meta = recebimento de 85% da fatura 09 a 10 ocorrências = 80% da meta = recebimento de 80% da fatura Acima de 10 ocorrências em um mês – inexecução do serviço contratado, ensejará, inclusive, em solicitação de rescisão unilateral do contrato. Acima de 10 ocorrências acumuladas durante a execução do contrato – inexecução do serviço contratado, ensejará, inclusive em solicitação de rescisão unilateral do contrato.
Sanções	As previstas no Termo de Referência.
Observações	Os serviços serão avaliados mensalmente e consecutivamente como forma de avaliação da qualidade da prestação dos serviços. A primeira avaliação será formulada após o 30º (trigésimo) dia da data de assinatura do Contrato. O ajuste no pagamento, se houver, será deverá ser realizado na Nota Fiscal da competência em que foi realizada a avaliação. A existência de mais de 10 (dez) ocorrências será considerada inexecução do total do serviço contratado. Os ajustes aplicados no pagamento não excluem as glosas previstas no Termo de Referência e nem a aplicação das sanções administrativas.



Secretária Adjunta de Aquisições e Contratos
Superintendência de Aquisições e Contratos – Coordenadoria de Contratos

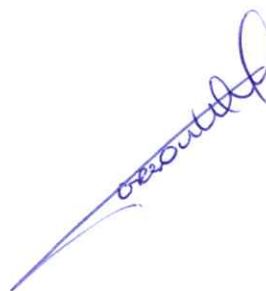
APÊNDICE VI - MODELO DE ATESTADO DE DISPENSA DE VISITA TÉCNICA

Declaro, _____ que tenho pleno conhecimento de todas as informações e das condições locais para cumprimento das obrigações, objeto mencionado neste termo, de acordo com o inciso III, do art. 30, da Lei Federal Nº 8.666/93 e assumo total responsabilidade por esse fato e não utilizarei para quaisquer questionamentos futuros que não seja avenças técnicas ou financeiras com o Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.

Cuiabá-MT, ____ de _____ de ____.

(Assinatura do representante da empresa)

OBSERVAÇÃO: Este documento deverá ser preenchido em papel timbrado ou com identificação com o carimbo do CNPJ da empresa licitante e estar devidamente assinado por seu representante legal.



Secretária Adjunta de Aquisições e Contratos
Superintendência de Aquisições e Contratos – Coordenadoria de Contratos

APÊNDICE VII - MODELO DE ATESTADO VISITA TÉCNICA

Declaro ter visitado a Unidade _____, na data a seguir indicada, tomando conhecimento de todos os aspectos que possam influir direta ou indiretamente na formulação da proposta, reconhecendo todas as condições e peculiaridades técnicas dos serviços a serem executados. Declaro ter tomado conhecimento de todas as informações e condições para o cumprimento das obrigações objeto do presente Termo.

Cuiabá-MT, ____ de _____ de ____.

(Assinatura do representante da empresa)

Acompanharam a visita:
Lotação do Servidor: (unidade) _____

Nome do servidor: _____
Cargo / matrícula: _____

Horário da realização da visita:

Início: _____
Término: _____

OBSERVAÇÃO: Este documento deverá ser preenchido em papel timbrado ou com identificação com o carimbo do CNPJ da empresa licitante e estar devidamente assinado por seu representante legal.





Secretária Adjunta de Aquisições e Contratos
Superintendência de Aquisições e Contratos – Coordenadoria de Contratos

APÊNDICE VIII - PLANILHA DE CUSTO

01 - IDENTIFICAÇÃO	
RAZÃO SOCIAL	
ENDEREÇO:	
CEP:	UF:
TELEFONE:	
E-MAIL:	

A – SERVIÇOS MÉDICOS			
Colunas 1	Colunas 2	Valor mensal	Valor anual
A			
B			
C			
B – SERVIÇOS AMBULATORIAIS			
Colunas 1	Colunas 2	Valor mensal	Valor anual
A			
B			
C			
C – EXAMES			
Colunas 1	Colunas 2	Valor mensal	Valor anual
A			
B			
C			
D – PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS			
Colunas 1	Colunas 2	Valor mensal	Valor anual
A			
B			
C			
I – TOTAL GERAL			
Colunas 1	Colunas 2	Valor mensal	Valor anual
A			
INDICAÇÃO DE SINDICATOS, ACORDOS, CONVENÇÕES OU DISSÍDIOS COLETIVOS DE TRABALHO			
REFERÊNCIA AO SINDICATO DE CLASSE DOS TRABALHADORES DA EMPRESA. (NOME:)			



Secretária Adjunta de Aquisições e Contratos
Superintendência de Aquisições e Contratos – Coordenadoria de Contratos

APÊNDICE IX - DECLARAÇÃO SOBRE A ESCALA MENSAL DE TRABALHO

Declaro que na escala mensal de trabalho, referente à competência _____, não há servidores comissionados, contratados, ou estatutários da CONTRATANTE, profissionais com parentesco com agentes públicos do órgão ou ente contratante, até o terceiro grau, familiar de detentor de cargo em comissão ou função de confiança que atue na área responsável pela demanda ou de autoridade a ele hierarquicamente superior, em atendimento às disposições da lei de licitações e contratações, e ainda, outras normas legais que tratam sobre questões de contratações públicas e sobre nepotismo, no âmbito da Administração Pública.

Cuiabá-MT, ____ de _____ de ____.

(Assinatura do representante da empresa)

De acordo:

(Assinatura do diretor da unidade hospitalar)

(Assinatura do diretor técnico)



Secretária Adjunta de Aquisições e Contratos
Superintendência de Aquisições e Contratos – Coordenadoria de Contratos

ANEXO IV - MODELO DE DECLARAÇÕES

A

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE – SES.

Edital de Pregão Eletrônico nº 064/2022 – SES/MT.

Tipo: MENOR PREÇO.

_____, (Nome da Empresa) CNPJ Nº. _____, sediada na
_____, nº. __, bairro, _____, CEP _____, Município/Estado
_____, por seu representante legal abaixo assinado, em cumprimento ao
solicitado no Edital da presente licitação, **DECLARA**, sob as penas da lei, que:

- Declaro que não existe em meu quadro de empregados, servidores públicos exercendo funções de gerência, administração ou tomada de decisão, nos termos do art. 9º, inciso III, da Lei nº 8.666 de 1993.
- Declaração de responsabilidade técnica e indicação da equipe técnica, informando que possui a equipe técnica exigida no Edital e seus anexos, sem necessidade de nominá-los. Na assinatura do contrato a Contratada deverá comprovar que os responsáveis técnicos informados na declaração de responsabilidade técnica pertencem ao seu quadro permanente de funcionários, cooperados, proprietários, sócios ou associados.

Cidade/UF, ____ de _____ de 2022.

Nome completo por extenso do responsável pela Pessoa Jurídica
Emitente deste atestado e sua assinatura
RG e CPF/MF

