

PLANO OPERATIVO 2022



PLANO OPERATIVO 2022

ITEM		PÁGINA
1	Apresentação	03
2	Caracterização da Instituição 2.1 – Constituição 2.2 – Atribuições do Consórcio 2.3 – Filosofia 2.4 – Objetivos 2.5 – Inserção no SUS 2.6 – Estrutura Física e Material	03
3	Formalização das contratações 3.1 – Credenciamento 3.2 – Pregão Eletônico 3.3 – Pregão Presencial	05
4	Definição das Ações e formas de acesso 4.1 – Procedimentos Especializados 4.1.1 - Consultas e exames 4.1.2 – Procedimento Cirurgico e Ambulatorial 4.1.3 – Exames Laboratorial 4.1.4 – Do atendimento 4.1.5 – Quantitativo físico por especialidade – ANEXO I – ANEXO II	06
5	Programa MAIS MT Cirurgia	28
6	Demais áreas de Serviço 5.1 – Casa de Apoio 5.2 – Remoção de Pacientes 5.3 - Aquisição de Insumos 5.3.1 – Medicamentos 5.3.2 – Materiais 5.3.3 – Equipamento Permanente 5.3.4 – Enfrentamento a COVID 5.4 – Prtojeto de Integração de transporte de Resíduo Urbano	32
7	Metas	34
8	Orçamento Anual 7.1 – Metas Financeiras do Contrato de Rateio 3.2 – Previsão do Recurso do Contrato de Rateio 7.3 – Valores PAICI	34
9	Repasse do Contrato de Rateio	36
10	Prestação de Contas	37
11	Avaliação das Metas	37
12	Anexos	

PLANO OPERATIVO

1. APRESENTAÇÃO

O presente documento refere-se ao Plano Operativo 2022, com vigência no período de 01 de janeiro de 2022 a 31 de dezembro de 2022

O referido documento apresenta ações e metas para o ano vigente.

2. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

2.1. CONSTITUIÇÃO:

O **CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE VALE DO TELES PIRES** inscrito no CNPJ sob nº 23.019.551/0001-00, constituído pelos Municípios de: Claudia; Feliz Natal; Ipiranga do Norte; Itanhangá; Lucas do Rio Verde; Nova Mutum; Nova Maringá; Nova Ubiratã; Santa Carmem; Santa Rita do Trivelatto; Sinop; Sorriso; Tapurah; União do Sul e Vera, tem seu protocolo de Intenção datado de 09 de junho de 2015 e publicado no Diário Oficial de Contas-Tribunal de Contas de Mato Grosso na data de 29/06/2015. Sua Constituição ocorreu na data de 24 de junho do ano de 2015, conforme **ATA e ESTATUTO** registrados sob o nº: R/2716 Livro A/068 Folha 109 Páginas: 01/17, na data de 04 de agosto de 2015. A sede administrativa do Consórcio atualmente está localizada na Avenida Blumenau, 500, Jardim Amazonia, no município de Sorriso Estado de Mato Grosso, sendo o mesmo constituído sob a forma de associação Pública, com personalidade jurídica de direito Público, de natureza Pública, em conformidade com a Lei Federal nº 11.107, de 06 de abril de 2005, e com o Dec. 6.017, de 17 de janeiro de 2007, tendo como área de atuação o território dos Municípios consorciados, que passam a formar uma unidade territorial, inexistindo limites intermunicipais para as finalidades a que se propõe.

2.2 – ATRIBUIÇÕES DO CONSÓRCIO

O Consórcio Público de Saúde Vale do Teles Pires tem por atribuição/finalidade, além de outras que vierem a ser definidas posteriormente em Assembleia Geral:

- 01 – Ser instância de regionalização das ações de saúde coerentes com os princípios do SUS-Sistema Único de Saúde;
- 02 – Viabilizar investimentos de maior complexidade que aumentem a resolutividade das ações e serviços de saúde na área de abrangência do Consórcio, priorizando, dentro do possível, a resolutividade instalada;
- 03 – Garantir o controle popular no setor de saúde da região, pela população dos entes consorciados;
- 04 – Representar o conjunto dos entes que o integram em assuntos de interesse comum, perante quaisquer outras entidades públicas ou privadas;
- 05 – Racionalizar os investimentos de compras, bem como os de uso de serviços de saúde da região de abrangência do Consórcio;
- 06 – Planejar, adotar e executar programas e medidas destinadas a promover a saúde dos habitantes dos entes consorciados e implantar serviços;
- 07 – Realizar a compra de medicamentos, equipamentos e material de consumo através de uma compra agregada com entrega programada, utilizando-se de processo de licitação ou pregão eletrônico;

- 08 – Firmar convênios, contratos, acordos de qualquer natureza, contratos de programa receber auxílios, contribuições e subvenções de outras instituições, entidades privadas, órgãos governamentais ou entes consorciados;
- 09 – Adquirir e ou receber em doações bens que entender necessários ao seu pleno funcionamento;
- 10 – Receber bens móveis e imóveis em cedência mediante convênio, contrato ou termo de cessão de uso, dos entes consorciados ou entidades sem fins lucrativos;
- 11 – Compartilhamento ou uso em comum de instrumentos e equipamentos, inclusive de gestão, de manutenção, de informática, de pessoal técnico e de procedimentos de licitação e de admissão de pessoal;
- 12 – Prestar serviços públicos, na área da saúde, em regime de gestão associada com entes consorciados, por meio de contrato de programa;
- 13 – Receber dos Entes consorciados servidores em regime de cedência.

2.3 - O Consórcio Público de Saúde Vale do Teles Pires dentro de sua Filosofia tem como:

MISSÃO Exercer função e ação integrada com os municípios consorciados, visando a responsabilidade social e gerindo com excelência os recursos públicos a fim de dar resolutividade e eficiência no atendimento das demandas da saúde da população dos municípios da Região Teles Pires.
VISÃO Ser uma instituição que vise gerir a oferta dos serviços prestados, baseado na qualidade e satisfação dos usuários
VALORES - Compromisso: Garantir técnica, coerência e justiça nas decisões tomadas. - Ética: Agir conforme os princípios da legalidade, moralidade e imparcialidade - Transparência: Dar publicidade e clareza aos atos. - Qualidade: Assegurar a eficiência, a eficácia e a efetividade. - Agilidade: Atuar com celeridade nas ações e processos

2.4 – OBJETIVOS DO CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE VALE DO TELES PIRES:

- 1.1 - Promover e otimizar as ações de saúde, objetivando a melhoria e aumento da oferta de serviços de saúde a população dos Municípios consorciados, prezando sempre pelo princípio da qualidade e economicidade,
- 1.2 - A gestão associada de serviços públicos; na área da saúde com a conjugação de esforços no atingimento de interesses comuns de forma eficiente e eficaz.
- 1.3 - O compartilhamento ou o uso em comum de instrumentos e equipamentos, inclusive de gestão, de manutenção, de pessoal técnico e de procedimentos de licitação e de admissão de pessoal;
- 1.4 - Prestar serviços aos municípios consorciados de acordo com os planos de trabalho aprovados, observando a coerência com a finalidade de criação do consorcio.
- 1.5- Adquirir bens e equipamentos, contratar serviços para o uso compartilhado dos entes consorciados, bem como gerir, administrar, gerenciar os bens, equipamentos e serviços assim adquiridos, contratados ou produzidos.

2.5 - INSERÇÃO NO SUS:

O CPSVTP/MT está inserido no SUS loco - regional disponibilizando os serviços credenciados aos usuários do SUS residentes em: **CLÁUDIA, FELIZ NATAL, IPIRANGA DO NORTE, ITANHANGA, LUCAS DO RIO VERDE, NOVA MUTUM, NOVA MARINGÁ, NOVA UBIATÁ, SANTA CARMEM, SANTA RITA DO TRIVELATO, SINOP, SORRISO, TAPURAH, UNIÃO DO SUL E VERA**, todos no Estado de Mato Grosso. Todo atendimento encaminhado para os prestadores de serviço credenciados no Consórcio Público de Saúde Vale do Teles Pires – CPSVTP, é devidamente via sistema disponibilizado e encaminhado pela Central de Regulação Municipal, utilizando um sistema on line, onde todos os encaminhamentos ficam devidamente registrados, facilitando assim o controle por parte das Secretarias Municipais de Saúde e também pelos parceiros credenciados, sendo todo encaminhamento realizado de responsabilidade única e exclusiva de cada Central de Regulação, não tendo os servidores do Consórcio nenhuma ação para encaminhamentos dos pacientes dos Municípios Consorciados.

2.6 - ESTRUTURA FÍSICA E MATERIAL

A sede do Consórcio Público de Saúde Vale do Teles Pires conta com uma área de 450(quatrocentos e cinquenta) mts², sendo dividido este espaço nos seguintes Blocos: Espaço Técnico Administrativo, Almoxarifado e Arquivo, Central de Recebimento e Distribuição de Materiais e Medicamentos, Sala de Reuniões e Copa. Todos os equipamentos e mobiliários são próprios e de boa qualidade, com servidor instalado para trabalho em rede e sistema de proteção via Fire Well, para segurança das informações e dados. Possui também um Sistema desenvolvido para ser utilizado de forma on line por todos os municípios consorciados e empresas credenciadas para agendamento dos serviços, aquisição de insumos e medicamentos, e ainda um bloco exclusivo para o agendamento para utilização das Casa de Apoio nos municípios de Sorriso e Cuiabá para os munícipes que delas necessitarem, e também a partir do ano de 2022 no município de Barretos/SP, para atender os pacientes em tratatamento de Cancer.

O Sistema SICS – Sistema Integrado de Consórcio de Saúde, disponibiliza aos entes consorciados todas as informações necessárias para a geração dos mais diversos tipos de relatórios, facilitando e garantindo transparência de todos os recursos investidos através do Consórcio.

3. FORMALIZAÇÃO DAS CONTRATAÇÕES ATRAVÉS DO CONSÓRCIO

O Consórcio de Saúde utiliza modalidades diferenciadas para agilizar o processo de contratação das empresa para melhor atender as necessidades dos municípios, sempre visando a qualidade e o melhor preço, sendo elas:

3.1. CREDENCIAMENTO

O consórcio adota preponderantemente como forma de contratação dos serviços o Procedimento do Credenciamento, o qual é regido pelo art 5, caput, da Lei 8.666/93.

Vale ressaltar que o Credenciamento é a maneira de não monopolizar o serviço para uma única empresa, ficando o mesmo aberto para todas as empresa que desejarem prestar serviço aos municípios consorciados.

Em termos gerais, o credenciamento destina-se a selecionar previamente particulares que, mercê desse ato, poderão colaborar de modo não episódico com a Administração.

O credenciamento é uma técnica à disposição da Administração para ser utilizada nos casos em que a licitação é inexigível por não se estar diante de uma oportunidade contratual restrita. Em

tese, a demanda da Administração é estável e ampla, assim como admite de modo indiferente a sua satisfação por diversos interessados. Nesses casos é que a Administração pode se utilizar do credenciamento.

Por meio do credenciamento, os potenciais ofertantes serão identificados e registrados (credenciados) e as demandas da Administração serão a eles direcionadas de modo impessoal, a preços definidos de modo objetivo, de acordo com critérios pre-estabelecidos no Edital. A referida metodologia é adequada, portanto, para as hipóteses em que não seja necessário constituir um vínculo específico e estável com um particular e haja uma oferta elástica no que toca aos contratos a serem celebrados. Ela se amolda bem a situações em que a Administração necessite adquirir bens e serviços em relação aos quais as condições subjetivas do fornecedor sejam indiferentes, bem como a oferta seja constante.

3.2. PREGÃO ELETRÔNICO

O Pregão Eletrônico é realizado à distância em sessão pública, por meio de sistemas eletrônicos. A empresa interessada em participar do certame, ingressa no sistema do órgão público que abriu a licitação, por meio de cadastro em website próprio, recebendo uma senha para acesso e certificação. A confirmação da certificação dá ao fornecedor a habilitação necessária para participar dos pregões do órgão. O pregão eletrônico tem se transformado na modalidade mais utilizada para realizar as compras e contratações públicas em razão da transparência e agilidade do processo.

A modalidade do Pregão Eletrônico é utilizada pelo Consórcio para aquisição de todos os produtos

3.3. PREGÃO PRESENCIAL

O pregão presencial desenvolve-se em sessão pública na repartição, que pressupõe a presença física do pregoeiro, equipe de apoio, licitantes (ressalvado os casos nos quais o edital permita a participação pelo encaminhamento postal dos envelopes, situação na qual, o licitante abre mão de seu direito de interpor recursos ou dar lances orais) e interessados.

4. DEFINIÇÃO DAS AÇÕES E FORMAS DE ACESSO

Planejar as ações da saúde, em especial os serviços ambulatoriais de média e alta complexidade, bem como a aquisição de insumos (medicamentos/materiais) faz-se necessário e primordial para os entes consorciados em função dos poucos recursos disponíveis para a saúde, e através do Consórcio consegue-se viabilizar esses serviços e insumos em maior quantidade e qualidade com redução de valores, partindo sempre do princípio da economicidade e a transparência da aplicação dos recursos.

Todo ano é aprovado o Plano de Trabalho para ser cumprido no decorrer do ano vigente, onde define ações prioritárias a serem realizadas, sendo este avaliado no final do ano e verificado a realização das ações propostas.

O Plano de Trabalho é um direcionamento de ações, onde várias ações podem ser acrescentadas no decorrer do ano, conforme a necessidade dos municípios integrantes deste Consórcio.

4.1- PROCEDIMENTOS

4.1.1 - CONSULTAS e EXAMES ESPECIALIZADOS

As tabelas abaixo estão relacionados todos os procedimentos disponibilizados aos 15 municípios Consorciados e o Custo unitário de cada um.

TABELA I			
CONSULTAS ESPECIALIZADAS – Credenciamento 010/2019			
ITEM	PROCEDIMENTO	QTDE	VLR UNIT.
1	CONSULTA EM ALERGOLOGIA	1.000	R\$100,00
2	CONSULTA EM BUCOMAXILOFACIAL	1.000	R\$100,00
3	CONSULTA EM CARDIOLOGIA	9.000	R\$115,00
4	CONSULTA PRÉ CIRÚRGICA- GERAL OU COM ANESTESISTA	5.000	R\$110,00
5	CONSULTA EM DERMATOLOGIA	4.000	R\$100,00
6	CONSULTA EM ENDÓCRINOLOGIA / METABOLOGIA	10.000	R\$100,00
7	CONSULTA EM FONOAUDIOLOGIA	2.000	R\$90,00
8	CONSULTA EM GASTROENTEROLOGIA / PROCTOLOGIA	3.000	R\$105,00
9	CONSULTA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	6.000	R\$100,00
10	CONSULTA EM HEMATOLOGIA	2.000	R\$125,00
11	CONSULTA EM INFECTOLOGIA/IMUNOLOGIA	4.000	R\$105,00
12	CONSULTA EM MASTOLOGIA	2.000	R\$125,00
13	CONSULTA EM NEFROLOGIA	1.000	R\$130,00
14	CONSULTA COM NUTRICIONISTA	1.000	R\$90,00
15	CONSULTA EM OFTALMOLOGIA	9.000	R\$95,00
16	CONSULTA EM ONCOLOGIA	2.000	R\$112,00
17	CONSULTA EM ORTOPEDIA	6.000	R\$110,00
18	CONSULTA EM OTORRINOLARINGOLOGIA	7.000	R\$100,00
19	CONSULTA EM PEDIATRIA	3.000	R\$120,00
20	CONSULTA EM PNEUMOLOGIA	3.000	R\$120,00
21	CONSULTA EM PSICOLOGIA	8.000	R\$90,00
22	CONSULTA EM REUMATOLOGIA	8.000	R\$100,00
23	CONSULTA EM UROLOGIA	9.000	R\$105,00
24	CONSULTA EM VASCULAR	4.500	R\$110,00
25	CONSULTA / AVALIAÇÃO EM MEDICINA INTENSIVA	1.500	R\$110,00

TABELA II			
CONSULTAS ESPECIALIZADAS – EXIGE RQE DO PROFISSIONAL- CREDENCIAMENTO 011/2019			
ITEM	PROCEDIMENTO	QTDE	VLR UNIT.
1	CONSULTA EM NEUROPEDIATRIA / NEUROLOGIA PEDIATRICA	3.000	R\$ 240,00
2	CONSULTA EM NEUROLOGIA	8.000	R\$ 120,00
3	CONSULTA EM PSIQUIATRIA	8.000	R\$ 150,00

TABELA III			
------------	--	--	--

EXAMES ESPECIALIZADOS – CREDENCIAMENTO 010/2019

ITEM	PROCEDIMENTO	QTDE	VLR UNIT.
01	ANATOMO PATOLÓGICO	3.000	R\$ 135,00
02	ANGIOFLUORESCINOGRÁFIA MONOCULAR	500	R\$ 135,00
03	ANGIOGRAFIA CEREBRAL (4 VASOS)	200	R\$ 2.900,00
04	ANGIOGRAFIA DE CARÓTIDA E VERTEBRAL	100	R\$ 2.440,00
05	ANGIOGRAFIA PULMONAR	100	R\$ 1.900,00
06	ANGIOGRAFIA RENAL	100	R\$ 1.700,00
07	ANGIO-RESSONÂNCIA ARTERIAL/VENOSA C/ CONTRASTE	300	R\$ 850,00
08	ANGIO-TOMOGRAFIA C/ OU SEM CONTRASTE	1.000	R\$ 530,00
09	AORTOGRAFIA TORÁCICA	100	R\$ 1.590,00
10	APLICAÇÃO DE CONTRASTE PARA EXAMES DE IMAGEM (RM E TOMO)	7.000	R\$ 74,00
11	ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO	200	R\$ 1.550,00
12	ARTERIOGRAFIA DE MEMBROS (MMII)	200	R\$ 2.250,00
13	ARTERIOGRAFIA DE MMII OU MMSS E AORTOGRAFIA	100	R\$ 2.300,00
14	ARTERIOGRAFIA MESENTÉRICA	100	R\$ 1.700,00
15	ARTERIOGRAFIA PULMONAR	100	R\$ 2.050,00
16	AUDIOMETRIA	500	R\$ 70,00
17	AUDIOMETRIA DE TRONCO CEREBRAL BERA	500	R\$ 146,00
18	AUDIOMETRIA TONAL LIMAR (VIA AÉREA / OSSEA) BILATERAL	500	R\$ 57,49
19	AVALIACAO URODINAMICA COMPLETA	800	R\$ 400,00
20	BIOIMPEDÂNCIA	700	R\$ 46,00
21	BRONCOSCOPIA (BRONCOFIBROSCOPIA)	500	R\$ 153,93
22	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRÁFICO BILATERAL	500	R\$ 140,00
23	CATETERISMO + AORTOGRAFIA - INCLUSO DESPESAS HOSPITALARES INTERNAÇÃO/OBSERVAÇÃO EM ATÉ 24 (VINTE E QUATRO) HORAS	500	R\$ 2.100,00
24	CATETERISMO CARDÍACO - INCLUSO DESPESAS HOSPITALARES INTERNAÇÃO / OBSERVAÇÃO EM ATÉ 24 (VINTE E QUATRO) HORAS	200	R\$ 2.120,00
25	CATETERISMO CARDÍACO C/ ESTUDO DE PONTES - INCLUSO DESPESAS HOSPITALARES INTERNAÇÃO/OBSERVAÇÃO EM ATÉ 24 (VINTE E QUATRO) HORAS	80	R\$ 2.140,00
26	CATETERISMO CARDÍACO C/ ESTUDO DE PONTES + AORTOGRAFIA - INCLUSO DESPESAS HOSPITALARES INTERNAÇÃO/OBSERVAÇÃO EM ATÉ 24 (VINTE E QUATRO) HORAS	500	R\$ 2.200,00
27	CATETERISMO CARDÍACO DE CONGÊNITAS - INCLUSO DESPESAS HOSPITALARES INTERNAÇÃO/OBSERVAÇÃO EM ATÉ 24 (VINTE E QUATRO) HORAS	100	R\$ 2.900,00
28	CATETERISMO COM ULTRASSOM INTRACORONÁRIO - INCLUSO DESPESAS HOSPITALARES INTERNAÇÃO/OBSERVAÇÃO EM ATÉ 24 (VINTE E QUATRO) HORAS	80	R\$ 9.800,00
29	CATETERISMO DIREITA/ESQUERDA - INCLUSO DESPESAS HOSPITALARES INTERNAÇÃO/OBSERVAÇÃO EM ATÉ 24 (VINTE E QUATRO) HORAS	400	R\$ 2.200,00
30	CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA E/OU URETROSCOPIA	300	R\$ 190,00
31	COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETROGRADA (VIA ENDOSCÓPICA)	500	R\$ 685,00
32	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA) (COM COLETA DE MATERIAL SE NECESSÁRIO)	1.500	R\$ 560,00



VALE DO TELES PIRES

CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE

Av. Blumenau, 500 - Jardim Amazônia

CEP: 78890-000 - Sorriso - MT

Fone: (66) 3544-3358

www.consorcioaledotelespires.com.br

E-mail: adm@consorcioaledotelespires.com.br

CNPJ: 23.019.551/0001-00

33	COLPOSCOPIA (COM COLETA DE MATERIAL SE NECESSÁRIO)	500	R\$ 111,00
34	CURVA DIARIA DE PRESSAO OCULAR CDPO (MINIMO 3 MEDIDAS)	300	R\$ 55,00
35	DENSITOMETRIA (2 SEGMENTO)	1.500	R\$ 180,00
36	DENSITOMETRIA OSSEA (CORPO INTEIRO) -AVALIAÇÃO DE MASSA ÓSSEA OU COMPOSIÇÃO CORPORAL	200	R\$270,00
37	ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE	500	R\$ 500,00
38	ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGICA	500	R\$ 560,00
39	ECOCARDIOGRAMA	5.000	R\$ 160,00
40	ELETROCARDIOGRAMA COM LAUDO	8.000	R\$ 70,00
41	ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG) (CRIANÇAS OU PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS)	2.500	R\$ 210,00
42	ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO C/ MAPEAMENTO (EEG) COM LAUDO	2.500	R\$ 135,00
43	ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG) COM LAUDO (POR MEMBRO)	2.000	R\$ 150,00
44	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	4.000	R\$ 310,00
45	ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR COM LAUDO	1.500	R\$ 138,00
46	FOTOCOAGULACAO A LASER	600	R\$ 218,00
47	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	500	R\$ 180,00
48	IMITANCIOMETRIA BILATERAL	600	R\$ 80,00
49	LAUDO RAO X	3.500	R\$ 20,00
50	LOGOaudiometria (LDV-IRF-LRF) BILATERAL	500	R\$ 74,00
51	MAMOGRAFIA BILATERAL	3.500	R\$ 106,00
52	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	2.500	R\$ 155,00
53	MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (M.A.P.A)	1.000	R\$ 155,00
54	OSCILOMETRIA	400	R\$ 88,00
55	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA	400	R\$ 66,53
56	PESQUISA DE PARES CRANIANOS	300	R\$ 47,00
57	PESQUISA DO NISTAGMO OPTOCINÉTICO	300	R\$ 65,00
58	PESQUISA DO NISTAGMO PENDULAR	300	R\$ 65,00
59	RAIO X ABDOMEN E PELVE	500	R\$ 36,00
60	RAIO X BRAÇO / UMEMO	500	R\$ 36,00
61	RAIO X CABEÇA	1.000	R\$ 36,00
62	RAIO X COLUNA CERVICAL	1.500	R\$ 36,00
63	RAIO X COLUNA LOMBAR / LOMBO-SACRA	3.000	R\$ 36,00
64	RAIO X COLUNA TORACICA OU DORSAL	1.000	R\$ 36,00
65	RAIO X COTOVELO	500	R\$ 36,00
66	RAIO X COXA OU FEMUR	500	R\$ 36,00
67	RAIO X DE ANTEBRAÇO / RADIO / ULNA	500	R\$ 36,00
68	RAIO X DE JOELHO	2.500	R\$ 36,00

69	RAIO X DE PE / DEDOS DO PE	2.500	R\$ 36,00
70	RAIO X DE PERNA (TIBIA OU FIBULA)	1.000	R\$ 36,00
71	RAIO X MÃO / DEDOS DA MÃO	1.500	R\$ 36,00
72	RAIO X MAO E PUNHO PARA DETERMINAÇÃO DE IDADE OSSEA	500	R\$ 36,00
73	RAIO X MEMBROS SUPERIORES/ESCAPULA/OMBRO	1.500	R\$ 36,00
74	RAIO X MEMNBROS INFERIORES / BACIA	2.000	R\$ 36,00
75	RAIO X PESCOÇO	500	R\$ 36,00
76	RAIO X PUNHO / OSSOS DO PUNHO	1.000	R\$ 36,00
77	RAIO X SACRO-COCCIGEA	500	R\$ 36,00
78	RAIO X TORAX	10.000	R\$ 36,00
79	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	500	R\$ 410,00
80	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	500	R\$ 410,00
81	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR	1.300	R\$ 410,00
82	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	500	R\$ 410,00
83	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	2.000	R\$ 410,00
84	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	500	R\$ 410,00
85	RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE	500	R\$ 410,00
86	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	2.000	R\$ 410,00
87	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	1.300	R\$ 410,00
88	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	1.000	R\$ 410,00
89	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	500	R\$ 410,00
90	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	500	R\$ 410,00
91	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA	500	R\$ 410,00
92	RETINOGRRAFIA / ANGIOFLUORESCINOGRRAFIA BILATERAL	500	R\$ 159,00
93	RETOSSIGMOIDOSCOPIA (COM COLETA DE MATERIAL SE NECESSÁRIO)	300	R\$ 260,00
94	SEDACAO	1.000	R\$ 450,00
95	SETORECTOMIA / QUADRANTECTOMIA	100	R\$ 650,00
96	TESTE DA ORELHINHA	1.500	R\$ 80,00
97	TESTE DE ESFORCO / TESTE ERGOMETRICO	2.500	R\$ 120,00
98	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	2.500	R\$ 235,00
99	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	500	R\$ 235,00
100	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR	500	R\$ 235,00
101	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	500	R\$ 305,00
102	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	1.000	R\$ 305,00
103	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE	500	R\$ 305,00
104	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES	1.000	R\$ 235,00
105	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR	3.000	R\$ 235,00

106	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)	500	R\$ 235,00
107	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA	500	R\$ 235,00
108	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	12.000	R\$ 235,00
109	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	3.000	R\$ 235,00
110	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO	500	R\$ 235,00
111	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA	500	R\$ 235,00
112	TOMOGRAFIA DE HEMITORAX, PULMÃO OU DO MEDIASTINO	500	R\$ 235,00
113	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÔRNEA	500	R\$ 105,00
114	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR - INCLUI FIGADO VIAS BILIARES/VESICULA/PANCREA E BAÇO	1.000	R\$ 85,00
115	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL - INCLUI ABDOMEM SUPERIOR, ABDOMEM INFERIOR E RINS/BEXIGA/AORTA/VEIA CAVA INFERIOR E ADRENAIS	4.000	R\$ 143,00
116	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO	3.500	R\$ 100,00
117	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULACAO (POR ARTICULAÇÃO)	3.500	R\$ 74,00
118	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL UNILATERAL / BILATERAL	1.000	R\$ 95,00
119	ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR) UNILATERAL/ BILATERAL	500	R\$ 130,00
120	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	500	R\$ 106,00
121	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	1.000	R\$ 95,00
122	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE	1.500	R\$ 95,00
123	ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	3.000	R\$ 95,00
124	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA -POR FETO	6.000	R\$ 105,00
125	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO- POR FETO	3.000	R\$ 120,00
126	ULTRASSONOGRAFIA PELVICA	500	R\$ 100,00
127	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	500	R\$ 120,00
128	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	4.400	R\$ 100,00
129	URETROCISTOGRAFIA	500	R\$ 60,00
130	UROGRAFIA VENOSA	500	R\$ 140,00
131	UROTOMOGRAFIA	1.300	R\$ 516,00
132	USG ABDOMEN INFERIOR - BEXIGA/UTERO/OVARIO E ANEXOS/PROSTATA E VESICULA SEMINAIS	1.000	R\$ 85,00
133	USG COM DOPPLER ARTERIAL POR MEMBRO INFERIOR DIREITO	500	R\$ 170,00
134	USG COM DOPPLER ARTERIAL POR MEMBRO INFERIOR ESQUERDO	500	R\$ 170,00
135	USG COM DOPPLER ARTERIAL POR MEMBRO MID E MIE	500	R\$ 310,00
136	USG COM DOPPLER VENOSO POR MEMBRO INFERIOR DIREITO	1.000	R\$ 170,00
137	USG COM DOPPLER VENOSO POR MEMBRO INFERIOR ESQUERDO	500	R\$ 170,00
138	USG COM DOPPLER VENOSO POR MEMBRO MID E MIE	1.800	R\$ 310,00
139	USG DE CAROTIDA COM DOPLER	1.000	R\$ 170,00
140	USG NODULOS/PARTES MOLES POR PACIENTE	1.300	R\$ 95,00

141	USG OBSTÉTRICO MORFOLÓGICO – POR FETO	2.500	R\$ 155,00
142	USG PAREDE ABDOMINAL	1.300	R\$ 95,00
143	USG PARÓTIDAS UNILATERAL/ BILATERAL	500	R\$ 100,00
144	USG PESCOÇO/CERVICAL	500	R\$ 100,00
145	USG REGIÃO INGUINAL UNILATERAL / BILATERAL	500	R\$ 100,00
146	USG TIREOIDE C/ DOPPLER	1.300	R\$ 120,00
147	USG TRANSVAGINAL/PELVICO C/ DOPPLER	300	R\$ 120,00
148	VIDEOLARINGOSCOPIA / VIDEONASOLARINGOSCOPIA	3.000	R\$ 155,00
149	YAG LASER UNILATERAL / BILATERAL	500	R\$ 220,00

TABELA IV			
EXAMES DE MEDICINA NUCLEAR – Credenciamento 001/2020			
ITEM	PROCEDIMENTO	QTDE	VALOR UN.
1	CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO NECROSE (INFARTO AGUDO)	200	R\$ 283,00
2	CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO P/ AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE REPOUSO	1500	R\$ 651,00
3	CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO P/ AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE ESTRESSE	1500	R\$ 694,48
4	QUANTIFICAÇÃO DE "SHUNT" DIREITA PARA A ESQUERDA	200	R\$ 242,37
5	CINTILOGRAFIA DAS GLÂNDULAS SALIVARES COM OU SEM ESTÍMULO	200	R\$ 149,41
6	CINTILOGRAFIA DO FÍGADO E DO BAÇO	200	R\$ 226,54
7	CINTILOGRAFIA DO FÍGADO E VIAS BILIARES	200	R\$ 319,48
8	CINTILOGRAFIA PARA DETECÇÃO DE HEMORRAGIA DIGESTÓRIA ATIVA	200	R\$ 267,29
9	CINTILOGRAFIA PARA DETECÇÃO DE HEMORRAGIA DIGESTÓRIA NÃO ATIVA	200	R\$ 230,15
10	CINTILOGRAFIA PARA ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFÁGICO (LÍQUIDOS)	200	R\$ 195,26
11	CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE DIVERTÍCULO DE MECKEL	200	R\$ 195,26
12	CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO	200	R\$ 230,15
13	CINTILOGRAFIA DA TIREÓIDE E/OU CAPTAÇÃO (TECNÍCIO - 99m TC)	200	R\$ 154,56
14	CINTILOGRAFIA DAS PARATIREÓIDES	200	R\$ 551,72
15	CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO PARA PESQUISA DE METÁSTASES (PCI)	150	R\$ 677,40
16	CINTILOGRAFIA RENAL DINÂMICA COM ou sem DIURÉTICO	300	R\$ 280,91
17	CINTILOGRAFIA RENAL ESTÁTICA (QUANTITATIVA OU QUALITATIVA)	300	R\$ 226,15
18	CINTILOGRAFIA TESTICULAR (ESCROTAL)	200	R\$ 185,20
19	CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA	200	R\$ 245,65
20	CINTILOGRAFIA ÓSSEA (CORPO TOTAL)	500	R\$ 471,03
21	CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL (SPECT)	200	R\$ 876,02
22	CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO COM GÁLIO-67	200	R\$ 915,10
23	CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)	200	R\$ 492,03
24	LINFOCINTILOGRAFIA	200	R\$ 240,26
25	QUANTIFICAÇÃO DA CAPTAÇÃO PULMONAR COM GÁLIO-67	200	R\$ 915,10
26	CINTILOGRAFIA PARA DETECÇÃO DE ASPIRAÇÃO PULMONAR	200	R\$ 216,77
27	CINTILOGRAFIA PULMONAR (PERFUSÃO)	200	R\$ 221,85

28	SESSÃO MÉDICA PARA PLANEJAMENTO TÉCNICO DE RADIOISOTOPOTERAPIA	200	R\$ 100,00
29	TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO-BÓCIO NODULAR TÓXICO (GRAVES)	150	R\$ 915,00
30	TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO-BÓCIO NODULAR TÓXICO (PLUMMER)	150	R\$ 915,00
31	DACRIOCENTILOGRAFIA	200	R\$ 112,59
32	CINTILOGRAFIA DA TIREÓIDE E/OU CAPTAÇÃO (IODO)	200	R\$ 154,56

TABELA V			
EXECUÇÃO DO EXAME COM DISPONIBILIZAÇÃO DO EQUIPAMENTO POR PARTE DO MUNICÍPIOS			
CREDENCIAMENTO 02/2020			
ITEM	PROCEDIMENTO	QUANTIDADE	VALOR
1	EXECUÇÃO DE ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR - INCLUI FÍGADO VIAS BILIARES/VESÍCULA/PÂNCREAS E BAÇO	2.000	R\$68,00
2	EXECUÇÃO DE ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL - INCLUI ABDOMEM SUPERIOR, ABDOMEN INFERIOR E RINS/BEXIGA/AORTA/VEIA CAVA INFERIOR E ADRENAIS	4.000	R\$114,40
3	EXECUÇÃO DE ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	2.000	R\$80,00
4	EXECUÇÃO DE ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO (POR ARTICULAÇÃO)	500	R\$59,20
5	EXECUÇÃO DE ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL UNILATERAL / BILATERAL	500	R\$76,00
6	EXECUÇÃO DE ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR) UNILATERAL/ BILATERAL	500	R\$94,74
7	EXECUÇÃO DE ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	500	R\$84,80
8	EXECUÇÃO DE ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	1.500	R\$76,00
9	EXECUÇÃO DE ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE	500	R\$76,00
10	EXECUÇÃO DE ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL	2.000	R\$76,00
11	EXECUÇÃO DE ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA – INDEPENDENTEMENTE DA QUANTIDADE DE FETO	2.000	R\$84,00
12	EXECUÇÃO DE ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO INDEPENDENTEMENTE DA QUANTIDADE DE FETO	1000	R\$96,00
13	EXECUÇÃO DE ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA	500	R\$80,00
14	EXECUÇÃO DE ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	500	R\$96,00
15	EXECUÇÃO DE ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	5.000	R\$80,00
16	EXECUÇÃO DE USG ABDOMEN INFERIOR - BEXIGA/ÚTERO/OVÁRIO E ANEXOS/PROSTATA E VESÍCULA SEMINAIS	500	R\$68,00
17	EXECUÇÃO DE USG COM DOPPLER ARTERIAL POR MEMBRO INFERIOR DIREITO	500	R\$122,71
18	EXECUÇÃO DE USG COM DOPPLER ARTERIAL POR MEMBRO INFERIOR ESQUERDO	500	R\$122,71
19	EXECUÇÃO DE USG COM DOPPLER ARTERIAL POR MEMBRO MID E MIE	500	R\$157,71
20	EXECUÇÃO DE USG COM DOPPLER VENOSO POR MEMBRO INFERIOR DIREITO	500	R\$122,71
21	EXECUÇÃO DE USG COM DOPPLER VENOSO POR MEMBRO INFERIOR ESQUERDO	500	R\$122,71
22	EXECUÇÃO DE USG COM DOPPLER VENOSO POR MEMBRO MID E MIE	500	R\$157,71
23	EXECUÇÃO DE USG DE CARÓTIDA COM DOPPLER	500	R\$136,00
24	EXECUÇÃO DE USG NÓDULOS/PARTES MOLES POR PACIENTE	500	R\$76,00
25	EXECUÇÃO DE USG OBSTÉTRICO MORFOLÓGICO - INDEPENDENTEMENTE DA QUANTIDADE DE FETO	500	R\$124,00
26	EXECUÇÃO DE USG PAREDE ABDOMINAL	500	R\$76,00
27	EXECUÇÃO DE USG PARÓTIDAS UNILATERAIS/ BILATERAL	500	R\$80,00
28	EXECUÇÃO DE USG PESCOÇO/CERVICAL	500	R\$80,00
29	EXECUÇÃO DE USG REGIÃO INGUINAL UNILATERAL / BILATERAL	500	R\$80,00
30	EXECUÇÃO DE USG TIREÓIDE COM DOPPLER	500	R\$96,00
31	EXECUÇÃO DE USG TRANSVAGINAL/PÉLVICO COM DOPPLER	300	R\$96,00

TABELA VI

RISCO CIRURGICO – CREDENCIAMENTO 04/2021				
ITEM	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO	VALOR UNIT	QTDE
01	RISCO CIRURGICO PARA CIRURGIAS OFTALMOLÓGICAS	CRITÉRIOS: PARA TODAS AS IDADES EXAMES LABORATORIAIS: HEMOGRAMA COMPLETO UREIA CREATININA SÓDIO POTÁSSIO GLICOSE DE JEJUM COAGULOGRAMA (TAP -TEMPO DE ATIVIDADE DA PROTROMBINA E TTPA-TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIALMENTE ATIVADA) EXAMES CARDIOLÓGICO: ELETROCARDIOGRAMA CONSULTA EM CARDIOLOGIA	R\$295,00	500
02	RISCO CIRURGICO PARA CIRURGIAS NÃO OFTALMOLÓGICAS	CRITÉRIOS: ATÉ 59 ANOS EXAMES LABORATORIAIS: HEMOGRAMA COMPLETO UREIA CREATININA SÓDIO POTÁSSIO GLICOSE DE JEJUM COAGULOGRAMA (TAP -TEMPO DE ATIVIDADE DA PROTROMBINA E TTPA-TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIALMENTE ATIVADA) EXAMES CARDIOLÓGICO: ELETROCARDIOGRAMA CONSULTA EM CARDIOLOGIA	R\$295,00	1000
03	RISCO CIRURGICO PARA CIRURGIAS NÃO OFTALMOLÓGICAS	CRITÉRIOS: A PARTIR DE 60 ANOS EXAMES LABORATORIAIS: HEMOGRAMA COMPLETO UREIA CREATININA SÓDIO POTÁSSIO GLICOSE DE JEJUM COAGULOGRAMA (TAP -TEMPO DE ATIVIDADE DA PROTROMBINA E TTPA-TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIALMENTE ATIVADA) EXAMES CARDIOLÓGICOS: ECG (ELETROCARDIOGRAMA) ECOCARDIOGRAMA TTRANSTORACICO CONSULTA EM CARDIOLOGIA	R\$ 456,00	500

4.1.2 – PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E AMBULATORIAIS

O Consorcio também disponibiliza aos municípios consorciados os Procedimentos Cirurgicos e ambulatoriais conforme relacionados abaixo.

TABELA I				
PROCEDIMENTOS CIRURGICOS - CREDENCIAMENTO 001/2019				
ITEM	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO	QTDE	VALOR UNITÁRIO
1	ADENOAMIGDALECTOMIA COM CAUTERIZAÇÃO DE CORNETOS	PROCEDIMENTO QUE CONSISTE NA REMOÇÃO DAS ADENÓIDES E AMÍGDALAS, NUM ÚNICO PROCEDIMENTO. ESTA CIRURGIA COMBINADA É MAIS FREQUENTEMENTE REALIZADA EM CRIANÇAS. INCLUI ANESTESIA	600	R\$ 2.950,00



VALE DO TELES PIRES

CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE

Av. Blumenau, 500 - Jardim Amazônia

CEP: 78890-000 - Sorriso - MT

Fone: (66) 3544-3358

www.consorciovaledotelespires.com.br

E-mail: adm@consorciovaledotelespires.com.br

CNPJ: 23.019.551/0001-00

2	ADENOIDECTOMIA UNI/BILATERAL	RETIRADA CIRÚRGICA DAS ADENOIDES. INCLUI ANESTESIA.	665	R\$ 1.850,00
3	AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDECTOMIA UNI/BILATERAL	RETIRADA CIRÚRGICA DAS AMÍGDALAS E ADENOIDE. INCLUI ANESTESIA.	600	R\$ 2.450,00
4	AMIGDALECTOMIA UNI/BILATERAL	RETIRADA CIRÚRGICA DAS AMÍGDALAS. INCLUI ANESTESIA.	500	R\$ 1.650,00
5	APENDICECTOMIA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA PARA RETIRADA DO APÊNDICE. INCLUI ANESTESIA.	100	R\$ 2.051,08
6	APENDICECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPIA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE RETIRADA DO APÊNDICE COM UTILIZAÇÃO DO VIDEOLAPAROSCÓPIO. INCLUI ANESTESIA.	100	R\$ 2.757,07
7	CAUTERIZAÇÃO DE CORNETOS BILATERAL	CONSISTE NA APLICAÇÃO DE ALGUM TIPO DE ENERGIA (MONOPOLAR, BIPOLAR, RADIOFREQUÊNCIA) COM O OBJETIVO DE REDUZIR O TAMANHO DAS CONCHAS (CORNETOS) NASAIS E MELHORAR A RESPIRAÇÃO PELO NARIZ	500	R\$ 1.662,67
8	CERCLAGEM DE COLO DO ÚTERO	MÉTODO CIRÚRGICO DE SUTURA DO COLO DO ÚTERO. INCLUI ANESTESIA	100	R\$ 978,72
9	CISTOLITOTOMIA E/OU RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA BEXIGA	RETIRADA DE CALCULO OU QUALQUER CORPO ESTRANHO DA BEXIGA A CÉU ABERTO. INCLUI ANESTESIA	100	R\$ 1.924,02
10	COLECISTECTOMIA SEM COLANGIOGRAFIA	RETIRADA CIRÚRGICA DA VESÍCULA BILIAR, SEM USO DO EXAME DE COLANGIOGRAFIA. INCLUI ANESTESIA.	700	R\$ 2.677,44
11	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPIA	RETIRADA CIRÚRGICA DA VESÍCULA BILIAR ATRAVÉS DO VIDEOLAPAROSCÓPIO. INCLUI ANESTESIA.	600	R\$ 2.963,13
12	COLPOPERINEOPLASIA ANTERIOR E POSTERIOR	CIRURGIA PLÁSTICA DA VAGINA E DO PERÍNEO PARA CORREÇÃO DE DEFEITOS SINTOMÁTICOS DA PAREDE POSTERIOR DA VAGINA, E DEFEITOS DO CORPO PERINEAL. INCLUI ANESTESIA	400	R\$ 2.159,81
13	COLPOPERINEOPLASIA ANTERIOR E POSTERIOR COM SLING	CIRURGIA PLÁSTICA DA VAGINA E DO PERÍNEO PARA CORREÇÃO DE DEFEITOS SINTOMÁTICOS DA PAREDE POSTERIOR DA VAGINA, E DEFEITOS DO CORPO PERINEAL COM USO DE OPM. INCLUI ANESTESIA	400	R\$ 2.631,45
14	COLPOPERINEOPLASIA POSTERIOR	CORREÇÃO CIRÚRGICA DA PAREDE POSTERIOR DA VAGINA. INCLUI ANESTESIA	600	R\$ 1.719,44
15	COLPOPERINEOPLASIA POSTERIOR COM SLING	CORREÇÃO CIRÚRGICA DA PAREDE POSTERIOR DA VAGINA. INCLUI ANESTESIA E OPM.	150	R\$ 2.191,08
16	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ESTRABISMO	CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO HOSPITALAR COM FINALIDADE TERAPÊUTICA OU REPARADORA DO ESTRABISMO (DESALINHAMENTO DOS OLHOS). INCLUI ANESTESIA.	120	R\$ 3.080,95
17	CORREÇÃO DE HIPOSPÁDIA(1º TEMPO)	CORREÇÃO DE DEFORMAÇÃO CONGÊNITA DAS VIAS URINÁRIAS. INCLUI ANESTESIA.	50	R\$ 1.446,92
18	CURETAGEM SEMIÓTICA COM OU SEM DILATAÇÃO DO COLO DO ÚTERO	INTERVENÇÃO CIRÚRGICA QUE PERMITE RETIRAR OS RESTOS DO ABORTO. INCLUI ANESTESIA.	530	R\$ 954,84
19	DACRIOCISTORRINOTOMIA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO COM FINALIDADE TERAPEUTICA, SOB ANESTESIA GERAL, DE OBSTRUÇÕES LACRIMAIAS UNILATERAIS COMPROVADAS POR EXAME RADIOLOGICO (DACRIOCISTORRINOGRAMA) OU POR EXAME DE SONDAGEM LACRIMAL. PODE SER REALIZADO POR CIRURGIA ENDOSCOPICA NASAL OU PELA VIA CLASSICA, TRANSDERMICA. INCLUI ANESTESIA.	50	R\$ 2.851,34
20	DRENAGEM DE ABCESSO RETAL	É A DRENAGEM CIRURGICA DE ACÚMULO DE PUS QUE SE FORMA NO INTERIOR DA REGIÃO DO ANUS E/OU RETO. INCLUI ANESTESIA	100	R\$ 1.807,16
21	DRENAGEM DE HEMATOMA / ABSCESSO PERITONEAL	DRENAGEM DE HEMATOMA (ACÚMULO DE SANGUE) OU ABSCESSO (ACÚMULO DE PUS) NA REGIÃO PRÉ-PERITONEAL (CAMADA GORDUROSA QUE RECOBRE O ABDOME). INCLUI ANESTESIA.	75	R\$ 2.860,36
22	ENXERTO COMPOSTO	ENXERTO QUE CONTÉM DIFERENTES TIPOS DE TECIDO (PELE E CARTILAGEM, MUCOSA, CARTILAGEM, GORDURA E PELE). INCLUI ANESTESIA.	100	R\$ 1.784,65



VALE DO TELES PIRES

CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE

Av. Blumenau, 500 - Jardim Amazônia

CEP: 78890-000 - Sorriso - MT

Fone: (66) 3544-3358

www.consorciovaledotelespires.com.br

E-mail: adm@consorciovaledotelespires.com.br

CNPJ: 23.019.551/0001-00

23	ESFINCTEROTOMIA INTERNA E TRATAMENTO DE FISSURA ANAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE CONSISTE NA SEÇÃO PARCIAL DAS FIBRAS DO ESFÍNCTER INTERNO DIMINUINDO ASSIM A SUA HIPERTONICIDADE. INCLUI ANESTESIA	200	R\$ 1.819,50
24	ESTAPEDECTOMIA	É UM PROCEDIMENTO CIRÚRGICO REALIZADO NO OUVIDO MÉDIO COM O INTUITO DE MELHORAR A AUDIÇÃO. NESSA CIRURGIA, PARTE DO ESTRIBO (OU TODO ELE) É SUBSTITUÍDA POR UMA PRÓTESE, NORMALMENTE DE TEFLON. INCLUI ANESTESIA E OPM.	30	R\$ 3.846,34
25	EXCISÃO E ENXERTO DE PELE (HEMANGIOMA, NEVUS OU TUMOR)	RETIRADA DE LESÕES E ENXERTO DE PELE NOS CASOS DE HEMANGIOMA, NEVUS OU TUMOR. INCLUI ANESTESIA.	100	R\$ 1.607,06
26	EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA PELE COM PLÁSTICA EM Z OU ROTAÇÃO DE RETALHO	CONSISTE NA RETIRADA DE UMA LESÃO DE PELE NOS CASOS EM QUE NÃO É POSSÍVEL A RETIRADA POR MEIO DE UMA EXCISÃO E SUTURA SIMPLES, DEVIDO AO SEU TAMANHO OU LOCALIZAÇÃO. PARA POSSIBILITAR O FECHAMENTO DA FERIDA CIRÚRGICA PODE-SE UTILIZAR A TÉCNICA DA Z-PLASTIA, QUE CONSISTE EM FAZER INCISÕES EM FORMATO DE TRIÂNGULO, CUJOS LADOS SÃO UNIDOS, FORMANDO UMA CICATRIZ EM FORMATO DE Z OU PODE SER FEITA A ROTAÇÃO DE UMA ÁREA DA PELE CONTÍGUA À LESÃO PARA POSSIBILITAR O FECHAMENTO DA FERIDA CIRÚRGICA. INCLUI ANESTESIA.	150	R\$ 3.100,00
27	EXERESE DE GLÂNDULA DE BARTHOLIN / SKENE	REMOÇÃO DE GLÂNDULA DE BARTHOLIN E/OU SKENE. INCLUI ANESTESIA	50	R\$ 1.807,16
28	EXTRAÇÃO ENDOSCÓPICA DE CALCULO EM PELVE RENAL	RETIRADA DE CALCULO EM PELVE RENAL ATRAVÉS DE ENDOSCÓPIO. INCLUI ANESTESIA E OPM.	100	R\$ 2.887,80
29	EXTRAÇÃO ENDOSCÓPICA DE CORPO ESTRANHO / CALCULO NA URETRA COM CISTOSCOPIA	EXTRAÇÃO ENDOSCÓPICA DE CORPO ESTRANHO OU CALCULO NA URETRA COM REALIZAÇÃO DE CISTOSCOPIA POSTERIOR A RETIRADA. INCLUI ANESTESIA.	100	R\$ 1.297,66
30	FACECTOMIA COM IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR (UNILATERAL)	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO COM FINALIDADE TERAPÊUTICA, PARA O TRATAMENTO DE CATARATA (SENIL, TRAUMÁTICA, CONGÊNITA, COMPLICADA, E OUTRAS) COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR (LENTE JÁ INCLUSA NO PROCEDIMENTO). ESTÁ INCLUSO O EXAME DE ECOBIOMETRIA E TONOMETRIA. INCLUI ANESTESIA E OPM.	1.000	R\$ 1.000,00
31	FACECTOMIA SEM IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR (UNILATERAL)	CONSISTE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO COM FINALIDADE TERAPÊUTICA, SOB ANESTESIA LOCAL OU GERAL, PARA O TRATAMENTO DE CATARATA (SENIL, TRAUMÁTICA, CONGÊNITA, COMPLICADA, E OUTRAS) SEM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR (INCLUI VITRECTOMIA ANTERIOR QUANDO NECESSÁRIO). INCLUI ANESTESIA.	500	R\$ 750,00
32	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	EXERESE DE FISSURA ANAL PODENDO OU NÃO SER ASSOCIADA À ESFINCTEROTOMIA. INCLUI ANESTESIA	300	R\$ 1.933,49
33	GASTROPASTIA COM DERIVAÇÃO INTESTINAL. (ABERTA)	PROCEDIMENTO COM COMPONENTE RESTRITIVO E DISABSOTIVO, QUE CONSISTE EM GRAMPEAMENTO COM TRANSECÇÃO DO ESTÔMAGO, CRIANDO UMA PEQUENA CÂMARA GÁSTRICA, NA QUAL SE PODE COLOCAR OU NÃO ANEL DE SILICINE E A SEGUIR O TRÂNSITO GASTRO-INTESTINAL É CONSTITUÍDO DE Y DE ROUX. INCLUI ANESTESIA. (ABERTA)	20	R\$15.225,00
34	GASTROPASTIA COM DERIVAÇÃO INTESTINAL. (POR VIDEO)	PROCEDIMENTO COM COMPONENTE RESTRITIVO E DISABSOTIVO, QUE CONSISTE EM GRAMPEAMENTO COM TRANSECÇÃO DO ESTÔMAGO, CRIANDO UMA PEQUENA CÂMARA GÁSTRICA, NA QUAL SE PODE COLOCAR OU NÃO ANEL DE SILICINE E A SEGUIR O TRÂNSITO GASTRO-INTESTINAL É CONSTITUÍDO DE Y DE ROUX. INCLUI ANESTESIA. (POR VIDEO)	30	R\$21.656,23
35	HEMORROIDECTOMIA	RETIRADA CIRÚRGICA DAS HEMORROIDAS (PARCIAL OU TOTAL). INCLUI ANESTESIA.	350	R\$ 1.554,97
36	HÉRNIOPLASTIA DIAFRAGMÁTICA VIDEOLAPAROSCÓPIA (HIATO)	É CORREÇÃO DA PROTUSÃO DO ESTÔMAGO ATRAVÉS DO ORIFÍCIO PELO QUAL O ESÔFAGO ATRAVESSA O DIAFRAGMA PARA PENETRAR NA CAVIDADE ABDOMINAL. INCLUI ANESTESIA.	150	R\$ 6.800,00



VALE DO TELES PIRES

CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE

Av. Blumenau, 500 - Jardim Amazônia

CEP: 78890-000 - Sorriso - MT

Fone: (66) 3544-3358

www.consorciovaledotelespires.com.br

E-mail: adm@consorciovaledotelespires.com.br

CNPJ: 23.019.551/0001-00

37	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA CORREÇÃO DE HÉRNIA OCASIONADA APÓS UMA INCISÃO (CICATRIZ CIRÚRGICA). INCLUI ANESTESIA E OPM.	500	R\$ 2.175,27
38	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL) COM USO DE TELA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA CORREÇÃO DE HÉRNIA NA REGIÃO INGUINAL BILATERALMENTE. INCLUI ANESTESIA E OPM.	600	R\$ 2.505,56
39	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL) COM USO DE TELA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA CORREÇÃO DE HÉRNIA NA REGIÃO INGUINAL UNILATERALMENTE. INCLUI ANESTESIA E OPM.	694	R\$ 1.352,78
40	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE COM USO DE TELA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA CORREÇÃO DE HÉRNIA RECIDIVANTE (REPETITIVA) EM QUALQUER REGIÃO CORPORAL. INCLUI ANESTESIA E OPM.	400	R\$ 2.223,28
41	HERNIOPLASTIA UMBILICAL COM USO DE TELA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA CORREÇÃO DE HÉRNIA NA REGIÃO UMBILICAL. INCLUI ANESTESIA E OPM	700	R\$ 1.875,84
42	HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)	RETIRADA CIRÚRGICA DO ÚTERO VIA VAGINAL. INCLUI ANESTESIA	700	R\$ 2.360,77
43	HISTERECTOMIA COM ANEXECTOMIA (UNI/BILATERAL)	RETIRADA CIRÚRGICA DO ÚTERO E ANEXOS (TROMPAS E/OU OVÁRIOS). INCLUI ANESTESIA.	800	R\$ 3.792,97
44	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	RETIRADA CIRÚRGICA DO ÚTERO COM CONSERVAÇÃO DO COLO UTERINO. INCLUI ANESTESIA	400	R\$ 2.907,20
45	HISTERECTOMIA TOTAL (VIA ABDOMINAL)	RETIRADA CIRÚRGICA TOTAL DO ÚTERO. INCLUI ANESTESIA	870	R\$ 2.828,82
46	INSTALAÇÃO ENDOSCÓPICA DE CATETER DUPLO J	É UM PROCEDIMENTO TERAPÊUTICO DE PASSAGEM DE UM CATETER REALIZADO ATRAVÉS DE UM ENDOSCÓPICO VISANDO RESTABELECER A DRENAGEM DE URINA ATRAVÉS DO URETER. INCLUI ANESTESIA E OPM.	150	R\$ 1.211,98
47	LAPAROTOMIA EXPLORADORA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE ABERTURA DA CAVIDADE ABDOMINAL PARA EXPLORAÇÃO. INCLUI ANESTESIA	350	R\$ 3.070,97
48	LAQUEADURA TUBÁRIA	MÉTODO CONTRACEPTIVO ATRAVÉS DA LIGADURA TUBÁRIA NA MULHER. INCLUI ANESTESIA.	200	R\$ 2.203,63
49	LINFADENECTOMIA RADICAL AXILAR UNILATERAL EM ONCOLOGIA-RECONSTITUIÇÃO MAMÁRIA UN/BILATERAL	REMOÇÃO CIRÚRGICA DE UM OU MAIS GRUPOS DE LINFONODOS NA REGIÃO AXILAR DIREITA OU ESQUERDA. É PROCEDIMENTO ONCOLÓGICO. INCLUI ANESTESIA	50	R\$ 4.766,32
50	MASTECTOMIA RADICAL	É A RETIRADA DA GLÂNDULA MAMÁRIA E NA LINFADENECTOMIA AXILAR, COM PRESERVAÇÃO DE UM OU DE AMBOS OS MUSCULOS PEITORAIS. INCLUI ANESTESIA	30	R\$ 6.000,00
51	MASTECTOMIA SIMPLES	REMOÇÃO COMPLETA DA MAMA UNI OU BILATERAL. INCLUI ANESTESIA	60	R\$ 4.410,00
52	NEFRECTOMIA PARCIAL	RETIRADA DE UM TUMOR RENAL MAS NÃO NA TOTALIDADE DO RIM. INCLUI ANESTESIA E OPM	50	R\$ 4.665,12
53	NEFRECTOMIA TOTAL	RETIRADA RADICAL DE UM RIM. INCLUI ANESTESIA	50	R\$ 4.731,13
54	NEFROLITOTOMIA	REMOÇÃO DE CÁLCULO RENAL ATRAVÉS DE CIRURGIA ABERTA CONVENCIONAL. INCLUI ANESTESIA E OPM.	60	R\$ 4.534,88
55	OOFORECTOMIA / OOFOROPLASTIA (UNI/BILATERAL)	RETIRADA PARCIAL OU TOTAL DE UM OU DE AMBOS OS OVÁRIOS (UNI OU BILATERAL). INCLUI ANESTESIA	530	R\$ 2.275,96
56	ORQUIDOPEXIA BILATERAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA CORRIGIR UMA MALFORMAÇÃO TESTICULAR BILATERALMENTE. INCLUI ANESTESIA	150	R\$ 1.785,54
57	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA CORRIGIR UMA MALFORMAÇÃO TESTICULAR UNILATERALMENTE. INCLUI ANESTESIA.	150	R\$ 1.018,54
58	PIELOTOMIA	É A RETIRADA DE UM CÁLCULO (OU CÁLCULOS) DO RIM ATRAVÉS DE INCISÃO LOMBAR E INCISÃO DA PELVE RENAL. INCLUI ANESTESIA.	60	R\$ 2.795,33
59	POSTECTOMIA	RETIRADA CIRÚRGICA DO PREPÚCIO. INCLUI ANESTESIA	350	R\$ 954,36



VALE DO TELES PIRES

CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE

Av. Blumenau, 500 - Jardim Amazônia

CEP: 78890-000 - Sorriso - MT

Fone: (66) 3544-3358

www.consorciovaledotelespires.com.br

E-mail: adm@consorciovaledotelespires.com.br

CNPJ: 23.019.551/0001-00

60	PROSTATECTOMIA SUPRAPUBICA	INTERVENÇÃO CIRÚRGICA INDICADA EM SITUAÇÕES EM QUE HÁ UM AUMENTO DO TAMANHO DA PRÓSTATA POR VIA SUPRAPÚBICA. INCLUI ANESTESIA	220	R\$ 5.177,84
61	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS) – UNILATERAL	PROCEDIMENTO DE RECONSTRUÇÃO DOS TENDÕES QUE COMPÕEM O MANGUITO ROTADOR, SEJA POR TENORRAFIA, TRANSPOSIÇÃO TENDINOSA OU AMBOS. INCLUI ANESTESIA E OPM	100	R\$ 1.639,12
62	RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE EXÉRESE DE CISTO SINOVIAL. INCLUI ANESTESIA.	150	R\$ 1.144,00
63	RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE PRÓSTATA	RETIRADA DE FRAGMENTOS DA PRÓSTATA ATRAVÉS DA URETRA, SEM CORTES, UTILIZANDO ENDOSCÓPIO. INCLUI ANESTESIA.	150	R\$ 3.295,86
64	RETIRADA DE CATETER DUPLO J	PROCEDIMENTO DE RETIRADA DE CATETER DUPLO J. INCLUI ANESTESIA.	250	R\$ 1.200,61
65	RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-OSSEO.	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO PARA RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-OSSEO. INCLUI ANESTESIA	100	R\$ 1.364,94
66	RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO PARA RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS. INCLUI ANESTESIA.	100	R\$ 2.026,44
67	RINOSEPTOPLASTIA	CONSISTE EM TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS ESTRUTURAS PRÓPRIAS DO NARIZ EM PACIENTES COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL. INCLUI ANESTESIA	50	R\$ 6.073,65
68	SEPTOPLASTIA	CONSISTE NA CIRURGIA REALIZADA PARA REPOSICIONAR O SEPTO NASAL NA SITUAÇÃO MAIS RETA POSSÍVEL. PODE SER REALIZADA SOB ANESTESIA LOCAL OU GERAL DE ACORDO COM AS CONDIÇÕES DE CADA PACIENTE. ATUALMENTE, EMPREGAM-SE OS ENDOSCÓPIOS NASAIS PARA MELHOR VISUALIZAÇÃO E MELHOR CONTROLE DO SANGRAMENTO DURANTE A CIRURGIA. INCLUI ANESTESIA	200	R\$ 2.000,00
69	TIMPANOPLASTIA (UNILATERAL)	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA RECONSTRUIR A MEMBRANA TÍMPÂNICA. INCLUI ANESTESIA.	75	R\$ 2.676,98
70	TIREOIDECTOMIA PARCIAL	PROCEDIMENTO CIRURGICO PARA EXTIRPAÇÃO PARCIAL DAS GLANDULA TIREOIDE. INCLUI ANESTESIA.	30	R\$ 4.100,00
71	TIREOIDECTOMIA TOTAL	PROCEDIMENTO CIRURGICO PARA EXTIRPAÇÃO TOTAL DA GLANDULA TIREÓIDE. INCLUI ANESTESIA.	50	R\$ 5.200,00
72	TRABECULECTOMIA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO COM FINALIDADE TERAPÊUTICA, POR CIRURGIA FISTULIZANTE PARA TRATAMENTO DE GLAUCOMA, INCLUINDO IRIDECTOMIA. INCLUI ANESTESIA.	50	R\$ 2.845,05
73	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CISTOCELE	CORREÇÃO CIRÚRGICA DO PROLAPSO DA PAREDE VAGINAL ANTERIOR. INCLUI ANESTESIA.	480	R\$ 2.064,70
74	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA CLAVICULA (UNILATERAL)	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA CLAVÍCULA. INCLUI ANESTESIA E OPM.	50	R\$ 2.233,30
75	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIDROCELE	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA RETIRADA DO ACÚMULO DO FLUIDO NA HIDROCELE TESTICULAR; INCLUI ANESTESIA	100	R\$ 1.239,90
76	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA (VIA ABDOMINAL)	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA TRATAMENTO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA POR VIA ABDOMINAL. INCLUI ANESTESIA.	50	R\$ 2.140,41
77	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA (VIA VAGINAL)	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA TRATAMENTO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA POR VIA VAGINAL. INCLUI ANESTESIA.	300	R\$ 1.492,01
78	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO /FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR (UNILATERAL)	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO/FRATURA DA ARTICULAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR. INCLUI ANESTESIA E OPM.	50	R\$ 4.320,67



VALE DO TELES PIRES

CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE

Av. Blumenau, 500 - Jardim Amazônia

CEP: 78890-000 - Sorriso - MT

Fone: (66) 3544-3358

www.consorciovaledotelespires.com.br

E-mail: adm@consorciovaledotelespires.com.br

CNPJ: 23.019.551/0001-00

79	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO RECIDIVANTE / HABITUAL DE ARTICULAÇÃO ESCAPULOUMERAL	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO/FRATURA DA ARTICULAÇÃO ESCAPULOUMERAL. INCLUI ANESTESIA E OPM.	50	R\$ 4.228,93
80	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ CAVO/PLANO	PROCEDIMENTO DE TENOMIOTOMIAS, OSTEOTOMIAS E/OU ARTRODESES PRÓPRIAS DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO PÉ CAVO. INCLUI ANESTESIA.	50	R\$ 1.645,20
81	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ TORTO CONGÊNITO	PROCEDIMENTO DE TENOMIOTOMIAS, OSTEOTOMIAS E/OU ARTRODESES PRÓPRIAS DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO PÉ TORTO CONGÊNITO. INCLUI ANESTESIA	50	R\$ 1.645,20
82	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SÍNDROME COMPRESSIVA TUNEO OSTEO-FIBROSO AO NÍVEL DO CARPO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ENTRE A PALMA DA MÃO E O PUNHO PARA CORTAR O LIGAMENTO QUE PRESSIONA O NERVO, PARA ALIVIAR A PRESSÃO SOBRE ELE. INCLUI ANESTESIA.	100	R\$ 1.926,59
83	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TORÇÃO DO TESTÍCULO/DO CORDÃO ESPERMÁTICO	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DISTORÇÃO, RESSECÇÃO DE TECIDO NECROSADO E ORQUIDOPEXIA. INCLUI ANESTESIA	50	R\$ 1.623,87
84	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARICOCELE	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA VARICOCELE (DILATAÇÃO DAS VEIAS DO CORDÃO ESPERMÁTICO, OU SEJA, SÃO AS VARIZES ESCROTAIS) . INCLUI ANESTESIA	30	R\$ 1.066,59
85	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL)	RETIRADA DE VEIAS VARICOSAS SUPERFICIAIS DE MEMBROS INFERIORES, ASSOCIADA OU NÃO A RETIRADA DE VEIA SAFENA. INCLUI ANESTESIA.	300	R\$ 2.768,59
86	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	RETIRADA DE VEIAS VARICOSAS SUPERFICIAIS DE MEMBRO INFERIOR, ASSOCIADA OU NÃO A RETIRADA DE VEIA SAFENA. INCLUI ANESTESIA	200	R\$ 1.938,13
87	TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL (UNILATERAL)	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO COM FINALIDADE TERAPÊUTICA, PARA TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL CONGÊNITA OU ADQUIRIDA (EXCLUI O TRATAMENTO DE BLEFAROCÁLASE). INCLUI ANESTESIA.	30	R\$ 1.562,43
88	TURBINECTOMIA	REDUÇÃO DO VOLUME DOS CORNETOS NASAIS. INCLUI ANESTESIA.	400	R\$ 1.749,41
89	VIDEOARTROSCOPIA (ARTICULAÇÕES) COM OPM	PROCEDIMENTO DE ARTROCENTESE POR TROCATERES, FIBRA ÓPTICA E FONTE LUMINOSA, HAVENDO, AINDA, A INFUSÃO CONTÍNUA DE SORO, PARA FINS DIAGNÓSTICOS E/OU TERAPÊUTICOS EM ARTICULAÇÕES. INCLUI ANESTESIA E OPM.	200	R\$ 8.361,54
90	VIDEOARTROSCOPIA (ARTICULAÇÕES) SEM OPM	PROCEDIMENTO DE ARTROCENTESE POR TROCATERES, FIBRA ÓPTICA E FONTE LUMINOSA, HAVENDO, AINDA, A INFUSÃO CONTÍNUA DE SORO, PARA FINS DIAGNÓSTICOS E/OU TERAPÊUTICOS EM ARTICULAÇÕES. INCLUI ANESTESIA.	150	R\$ 6.660,47
91	VITRECTOMIA ANTERIOR	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO COM FINALIDADE TERAPÊUTICA PARA REMOÇÃO DE VÍTREO EM CÂMARA ANTERIOR (PÓS TRAUMÁTICO OU COMO COMPLICAÇÃO DE CIRURGIA DE CATARATA POR ROTURA DE CÁPSULA POSTERIOR). PODE SER ASSOCIADO A FACECTOMIA COM IMPLANTE DE LIO, FACECTOMIA SEM IMPLANTE DE LIO E FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LIO. INCLUI ANESTESIA.	100	R\$ 1.974,28
92	VITRECTOMIA POSTERIOR	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO HOSPITALAR COM FINALIDADE TERAPÊUTICA OU DIAGNÓSTICA, SOB ANESTESIA LOCAL OU GERAL, PARA TRATAMENTO DE DESCOLAMENTO DE RETINA E/OU ALTERAÇÕES VÍTREAS (HEMORRAGIA, INFLAMAÇÃO, INFECÇÃO). INCLUI ENDOLASER QUANDO NECESSÁRIO. INCLUI ANESTESIA.	150	R\$ 5.652,45

TABELA II

PROCEDIMENTOS AMBULATORIAL - CREDENCIAMENTO 02/2019



VALE DO TELES PIRES

CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE

Av. Blumenau, 500 - Jardim Amazônia

CEP: 78890-000 - Sorriso - MT

Fone: (66) 3544-3358

www.consorciovaledotelespires.com.br

E-mail: adm@consorciovaledotelespires.com.br

CNPJ: 23.019.551/0001-00

ITEM	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO	QTDE	VALOR UNITÁRIO
1	BIOPSIA DE COLO ÚTERO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NO QUAL SE COLHE AMOSTRA DE TECIDOS OU CÉLULAS PARA POSTERIOR ESTUDO EM LABORATÓRIO. INCLUI LAUDO DO EXAME POR PROFISSIONAL DEVIDAMENTE HABILITADO E COM REGISTRO EM CONSELHO DE CLASSE. INCLUI ANESTESIA, SE NECESSÁRIO.	300	R\$ 559,77
2	BIOPSIA DE FÍGADO POR PUNÇÃO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NO QUAL SE COLHE AMOSTRA DE TECIDOS OU CÉLULAS PARA POSTERIOR ESTUDO EM LABORATÓRIO. INCLUI LAUDO DO EXAME POR PROFISSIONAL DEVIDAMENTE HABILITADO E COM REGISTRO EM CONSELHO DE CLASSE. INCLUI ANESTESIA, SE NECESSÁRIO.	200	R\$ 1.966,73
3	BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NO QUAL SE COLHE AMOSTRA DE TECIDOS OU CÉLULAS PARA POSTERIOR ESTUDO EM LABORATÓRIO. INCLUI LAUDO DO EXAME POR PROFISSIONAL DEVIDAMENTE HABILITADO E COM REGISTRO EM CONSELHO DE CLASSE. ATÉ 03 LESÕES. INCLUI ANESTESIA, SE NECESSÁRIO.	200	R\$ 316,67
4	BIOPSIA DE PRÓSTATA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NO QUAL SE COLHE AMOSTRAS DE TECIDOS OU CÉLULAS PARA POSTERIOR ESTUDO EM LABORATÓRIO, ATÉ 10 FRAGMENTOS. INCLUI LAUDO DO EXAME POR PROFISSIONAL DEVIDAMENTE HABILITADO E COM REGISTRO EM CONSELHO DE CLASSE. INCLUI ANESTESIA, SE NECESSÁRIO.	700	R\$ 1.450,00
5	BIOPSIA DE TIREÓIDE OU PARATIREÓIDE	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NO QUAL SE COLHE AMOSTRA DE TECIDOS OU CÉLULAS PARA POSTERIOR ESTUDO EM LABORATÓRIO. ATÉ 05 LÂMINAS. INCLUI LAUDO DO EXAME POR PROFISSIONAL DEVIDAMENTE HABILITADO E COM REGISTRO EM CONSELHO DE CLASSE. INCLUI ANESTESIA, SE NECESSÁRIO.	700	R\$ 570,60
6	BIOPSIA E EXAME ANATOMO-CITOPATOLOGICO EM PACIENTE TRANSPLANTADO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NO QUAL SE COLHE AMOSTRA DE TECIDOS OU CÉLULAS PARA POSTERIOR ESTUDO EM LABORATÓRIO DE PACIENTES TRANSPLANTADOS. INCLUI LAUDO DO EXAME POR PROFISSIONAL DEVIDAMENTE HABILITADO E COM REGISTRO EM CONSELHO DE CLASSE. INCLUI ANESTESIA, SE NECESSÁRIO.	200	R\$ 122,50
7	BIOPSIA/EXERESE DE NÓDULO DE MAMA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NO QUAL SE COLHE AMOSTRA DE TECIDOS OU CÉLULAS PARA POSTERIOR ESTUDO EM LABORATÓRIO. INCLUI LAUDO DO EXAME POR PROFISSIONAL DEVIDAMENTE HABILITADO E COM REGISTRO EM CONSELHO DE CLASSE. INCLUI ANESTESIA, SE NECESSÁRIO.	200	R\$ 1.430,00
8	BIOPSIA/PUNÇÃO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NO QUAL SE COLHE AMOSTRA DE TECIDOS OU CÉLULAS PARA POSTERIOR ESTUDO EM LABORATÓRIO. ATÉ 3 FRAGMENTOS. INCLUI LAUDO DO EXAME POR PROFISSIONAL DEVIDAMENTE HABILITADO E COM REGISTRO EM CONSELHO DE CLASSE. INCLUI ANESTESIA, SE NECESSÁRIO.	200	R\$ 316,67
9	BIOPSIA/PUNÇÃO DE VULVA	CONSISTE DA RETIRADA DE FRAGMENTOS DE TECIDOS DA VULVA COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA OU TERAPÊUTICA, PARA EXAME HISTOPATOLÓGICO.	200	R\$ 220,00
10	CRIOCAUTERIZACAO ELETROCOAGULACAO DE COLO DE UTERO	CONSISTE NO PROCEDIMENTO ONDE É USADA BAIXA TEMPERATURA PARA TRATAMENTO DE LESÕES OU NO QUAL SE UTILIZA A ELETRICIDADE PARA AQUECER OS TECIDOS INDUZINDO UMA CITÓLISE TÉRMICA COM OS OBJETIVOS DE IMPEDIR OU INTERROMPER SANGRAMENTOS, REMOVER CRESCIMENTOS ANORMAIS DE TECIDOS, PREVENIR INFECÇÃO OU TRATAR FERIDAS E INFLAMAÇÃO DO COLO DO ÚTERO (POR LESÃO)	300	R\$ 39,41
11	DEBRIDAMENTO DE ULCERA/ LESÕES – TECIDO DESVITALIZADO.	É A REMOÇÃO DO TECIDO DESVITALIZADO PRESENTE NA FERIDA. INCLUI ANESTESIA. ATÉ 3 LESÕES.	150	R\$ 1.900,78
12	ELETROCOAGULACAO DE LESÃO CUTÂNEA - ATE 05 (CINCO) LESÕES	DESTRUIÇÃO DE LESÕES COM O USO DO APARELHO DE ELETROCOAGULAÇÃO. INCLUI ANESTESIA.	200	R\$ 920,00
13	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - PEÇA CIRURGICA	CONSISTE NO EXAME MACRO E MICROSCOPIO DE PEÇA DE RESSECCAO PARCIAL OU TOTAL DE MAMA, COM OU SEM ESVASIAMENTO AXILAR, PARA DIAGNOSTICO DEFINITIVO E ESTADIAMENTO CIRURGICO DE CANCER. O RESULTADO DO EXAME PATOLÓGICO PODE, EM UMA MINORIA DE CASOS, NÃO SER DE MALIGNIDADE.	200	R\$ 151,24



VALE DO TELES PIRES

CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE

Av. Blumenau, 500 - Jardim Amazônia

CEP: 78890-000 - Sorriso - MT

Fone: (66) 3544-3358

www.consorciovaledotelespires.com.br

E-mail: adm@consorciovaledotelespires.com.br

CNPJ: 23.019.551/0001-00

14	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO DO COLO UTERINO - PEÇA CIRÚRGICA	CONSISTE NO EXAME MACRO E MICROSCÓPICO DE PEÇA DE RESSECAÇÃO PARCIAL OU TOTAL DO ÚTERO, COM OU SEM ESVASIAMENTO LINFÁTICO, PARA DIAGNÓSTICO DEFINITIVO E ESTADIAMENTO CIRÚRGICO DO CÂNCER DO COLO UTERINO.	200	R\$ 151,24
15	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRÚRGICA OU POR BIÓPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA)	CONSISTE NO EXAME MACRO E MICROSCÓPIO DE MATERIAL OBTIDO POR PUNÇÃO OU ASPIRAÇÃO OU POR BIÓPSIA OU POR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA TRATAMENTO OU DIAGNÓSTICO DEFINITIVO. NO CASO DE BIÓPSIAS DO APARELHO DIGESTIVO COLHIDAS POR ENDOSCOPIA DEVEM SER COLETADOS FRAGMENTOS POR REGIÃO ANATÔMICA DO ÓRGÃO ANALISADO, ASSIM COMO DEVE CONSTAR DO LAUDO ESTAS REGIÕES. NOS CASOS DE BIÓPSIA DE PRÓSTATA DEVE CORRESPONDER A ANÁLISE DE FRAGMENTOS COLETADOS DE CADA SEXTANTE COM O MÍNIMO DE OITO.	200	R\$ 84,00
16	EXCIÇÃO E/OU SUTURA SIMPLES DE PEQUENAS LESÕES / FERIMENTOS DE PELE / ANEXOS E MUCOSA	RETIRADA DE PEQUENAS LESÕES EM PELE, ANEXOS E OU MUCOSA. INCLUI ANESTESIA E SUTURA SE NECESSÁRIO. ATÉ 5 LESÕES.	200	R\$ 1.085,54
17	EXERESE DE CALÁZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PÁLPEBRA E SUPERCÍLIO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO AMBULATORIAL COM FINALIDADE TERAPÊUTICA, SOB ANESTESIA LOCAL OU GERAL, PARA RETIRADA DE CALÁZIO, CISTOS DE MOLL, NEVUS PALPEBRAIS, MILIUM E OUTRAS PEQUENAS LESÕES PALPEBRAIS E EM REGIÃO DE SUPERCÍLIO. INCLUI ANESTESIA. ATÉ 3 LESÕES.	200	R\$ 1.104,76
18	EXERESE DE CISTO DE BOLSA ESCROTAL (UNI/BILATERAL).	RETIRADA DE CISTO DE BOLSA ESCROTAL. INCLUI ANESTESIA	50	R\$ 1.104,76
19	EXERESE DE CISTO SACROCOCCÍGEO (PILONIDAL)	RETIRADA DE CISTO DERMÓIDE NA REGIÃO INTERGLÚTEA, NA PELE EM CIMA DO CÔCCIX E/OU SACRO. INCLUI ANESTESIA	50	R\$ 1.110,51
20	EXERESE DE POLIPO DE ÚTERO (AMBULATORIAL)	RETIRADA DE POLIPO NO CANAL GENITAL E/OU CERVIX UTERINA. INCLUI ANESTESIA.	50	R\$ 559,77
21	EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBÁCEO / LIPOMA	CONSISTE NA EXERESE CIRÚRGICA DE PEQUENAS LESÕES DE PELE E SEUS ANEXOS, COMO NEVUS, CISTO SEBÁCEO, INCLUINDO A RETIRADA DE CAPSULA E LIPOMAS, COM USO DE DRENO OU NÃO. INCLUI A SUTURA SE INDICADA. REALIZADA EM AMBULATORIO. INCLUI ANESTESIA. ATÉ 3 LESÕES	150	R\$ 316,67
22	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER (POR APLICAÇÃO)	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO AMBULATORIAL, COM FINALIDADE TERAPÊUTICA PARA TRATAMENTO DE RETINOPATIA DIABÉTICA, VASCULOPATIAS RETINIANAS, DEGENERAÇÃO MACULAR RELACIONADA À IDADE, DESCOLAMENTO DE RETINA E LESÕES PERIFÉRICAS DE RETINA, ENTRE OUTROS. INCLUI ANESTESIA.	200	R\$ 470,00
23	FRENECTOMIA	CIRURGIA ONDE SE REDUZ O FREIO LABIAL QUE PODE SER SUPERIOR OU INFERIOR, OU ENTÃO O FREIO LINGUAL; INCLUI ANESTESIA.	50	R\$ 1.200,00
24	IMUNOHISTOQUÍMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS	CONSISTE NA UTILIZAÇÃO DE ANTICORPOS MONOCLONAIS (MARCADORES) PARA DETERMINAR A ORIGEM TECIDUAL E O DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE NEOPLASIAS MALIGNAS INESPECIFICADAS AO EXAME HISTOPATOLÓGICO. ATÉ 06 MARCADORES POR PACIENTE. NÃO SE APLICA A RECEPTORES HORMONAIS TUMORAIS.	200	R\$ 322,00
25	INJEÇÃO INTRA-VITREO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO AMBULATORIAL COM FINALIDADE TERAPÊUTICA PARA TRATAMENTO DE ENDOFTALMITES, UVEÍTES INTERMEDIÁRIA E POSTERIOR, RETINOPATIA DIABÉTICA, DEGENERAÇÃO MACULAR RELACIONADA À IDADE, ENTRE OUTROS. INCLUI ANESTESIA.	50	R\$ 648,42
26	PARACENTESE ABDOMINAL	MANOBRAS INVASIVAS PARA FINS TERAPÊUTICOS (ESVAZIAMENTO ABDOMINAL DE LÍQUIDO E AR ALÉM DA POSSIBILIDADE DE GERAR LAVAGEM ABDOMINAL) E DIAGNÓSTICOS (RETIRADA DE LÍQUIDO PARA ANÁLISE). INCLUI ANESTESIA	50	R\$ 660,19
27	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA	PROCEDIMENTO INDICADO NÃO SÓ PARA AS DISPLASIAS MAS PRINCIPALMENTE NA SUSPEITA DE NEOPLASIA MALIGNA E PARA DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIA BENIGNA. INCLUI LAUDO DO EXAME POR PROFISSIONAL DEVIDAMENTE HABILITADO E COM REGISTRO EM CONSELHO DE CLASSE. INCLUI ANESTESIA, SE NECESSÁRIO.	100	R\$ 400,00



VALE DO TELES PIRES

CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE

Av. Blumenau, 500 - Jardim Amazônia

CEP: 78890-000 - Sorriso - MT

Fone: (66) 3544-3358

www.consorciovaledotelespires.com.br

E-mail: adm@consorciovaledotelespires.com.br

CNPJ: 23.019.551/0001-00

28	PUNÇÃO DE MAMA POR AGULHA GROSSA	PROCEDIMENTO AMBULATORIAL SOB ANESTESIA LOCAL, INDICADO PARA DIAGNOSTICO DE LESÃO MAMARIA IMPALPÁVEL OU PALPÁVEL, COM MAIS DE 2 CM, COM SUSPEITA DE MALIGNIDADE QUE UTILIZA AGULHA GROSSA, ESPECIFICA, DESCARTÁVEL, ACOPLADA A PISTOLA DEDICADA A ESTA FINALIDADE E FORNECE FRAGMENTOS TISSULARES (04 NO MÍNIMO) PARA EXAME DE HISTOPATOLÓGICO. INCLUI ANESTESIA LOCAL. INCLUI LAUDO DO EXAME POR PROFISSIONAL DEVIDAMENTE HABILITADO E COM REGISTRO EM CONSELHO DE CLASSE.	230	R\$ 650,00
29	REMOÇÃO DE ÓLEO DE SILICONE	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO AMBULATORIAL COM FINALIDADE TERAPÊUTICA, SOB ANESTESIA LOCAL, PARA REMOÇÃO DE ÓLEO DE SILICONE INTRA-VÍTREO EM PACIENTES PREVIAMENTE SUBMETIDOS A CIRURGIA DE VITRECTOMIA POSTERIOR COM IMPLANTE DE ÓLEO DE SILICONE. INCLUI ANESTESIA.		R\$ 1.903,08
30	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CAVIDADE AUDITIVA E NASAL	CONSISTE NA RETIRADA DE CORPO ESTRANHO NA CAVIDADE AUDITIVA OU NASAL ATRAVÉS DE TÉCNICAS ADEQUADAS; INCLUI ANESTESIA SE NECESSARIO.	280	R\$ 620,73
31	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÔRNEA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO AMBULATORIAL COM FINALIDADE TERAPÊUTICA, SOB ANESTESIA LOCAL PARA A REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO CORNEANO. INCLUI ANESTESIA.	50	R\$ 550,00
32	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO TUBO DIGESTIVO UTILIZANDO ENDOSCÓPIO. INCLUI ANESTESIA.	75	R\$ 550,00
33	SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL COM SEDAÇÃO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO AMBULATORIAL COM FINALIDADE DIAGNOSTICA E TERAPÊUTICA, SOB ANESTESIA GERAL (SEDAÇÃO), PARA DESOBSTRUÇÃO DO CANAL LACRIMAL OU DIAGNOSTICO DO NÍVEL DA OBSTRUÇÃO LACRIMAL. INCLUI ANESTESIA.	50	R\$ 1.063,09
34	SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO AMBULATORIAL COM FINALIDADE DIAGNOSTICA E TERAPÊUTICA, SOB ANESTESIA LOCAL, PARA DESOBSTRUÇÃO DO CANAL LACRIMAL OU DIAGNOSTICO DO NÍVEL DA OBSTRUÇÃO LACRIMAL. INCLUI ANESTESIA.		R\$ 465,43
35	TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR E/OU POSTERIOR	TAMPONAMENTO NASAL COM OBJETIVO DE EXERCER PRESSÃO UNIFORME SOBRE A MUCOSA COMO UM TODO ESTANCANDO O SANGRAMENTO. INCLUI ANESTESIA.	75	R\$ 853,50
36	TIMPANOTOMIA P/ TUBO DE VENTILAÇÃO UNILATERAL	CONSISTE NA APERFURAÇÃO CIRURGICA DA MEMBRANA DO TÍMPANO PARA A DRENAGEM DE SECREÇÃO QUE SE ENCONTRA POSTERIORES AO TÍMPANO E COLOCAÇÃO DE UM TUBO DE VENTILAÇÃO PROPORCIONANDO VENTILAÇÃO ADEQUADA DO OUVIDO. O TUBO ESTÁ INCLUÍDO NO PROCEDIMENTO.	80	R\$ 1.219,29
37	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BLEFAROCALASE (BILATERAL)	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO COM FINALIDADE REPARADORA OU TERAPÊUTICA, PARA CORREÇÃO DE BLEFAROCALASE OU DERMATOCALASE. INCLUI ANESTESIA LOCAL.	50	R\$ 1.583,75
38	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO (UNILATERAL)	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO AMBULATORIAL COM FINALIDADE TERAPÊUTICA, SOB ANESTESIA LOCAL, PARA TRATAMENTO DE PTERÍGIO (QUALQUER TÉCNICA). INCLUI ANESTESIA.	200	R\$ 733,43
39	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TRIQUIASE COM OU SEM ENXERTO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO AMBULATORIAL COM FINALIDADE REPARADORA E TERAPÊUTICA, PARA REPOSICIONAMENTO PALPEBRAL VISANDO A CORREÇÃO DE TRIQUIASE, INCLUINDO O USO DE ENXERTO DE MUCOSA ORAL QUANDO NECESSÁRIO. INCLUI ANESTESIA LOCAL..	50	R\$ 883,27
40	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE XANTELASMA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO COM FINALIDADE TERAPÊUTICA, SOB ANESTESIA LOCAL, PARA REMOÇÃO DE LESÕES PALPEBRAIS DE XANTELASMA (PEQUENOS DEPÓSITOS DE MATÉRIA GORDUROSA CONCENTRADOS NA REGIÃO DAS PÁLPEBRAS). INCLUI ANESTESIA.	50	R\$ 883,27
41	TRATAMENTO DE VARIZES POR ECO ESCLEROSE COM ESPUMA DENSA DE POLIDOCANAL (BILATERAL)	PROCEDIMENTO CONSISTE NA INJEÇÃO DE MICRO ESPUMA PELA TÉCNICA DE TESSARI, GUIADA POR APARELHO DE ECODOPPLER, VISANDO A ESCLEROSE DE VEIAS CALIBROSAS	1.200	R\$ 2.547,71
42	VASECTOMIA (BILATERAL)	MÉTODO CONTRACEPTIVO ATRAVÉS DA LIGADURA DOS CANAIS DEFERENTES NO HOMEM. INCLUI ANESTESIA.		R\$ 1.111,32

TABELA III				
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS – Credenciamento 04/2020				
ITEM	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO	QTDE	VALOR UNITÁRIO
01	URETERORRENOLITOTRIPSIA FLEXÍVEL A LASER + IMPLANTE DE DUPLO J	CONSISTE NO PROCEDIMENTO REALIZADO COM O URETEROSCÓPIO FLEXÍVEL, APARELHO LONGO QUE PERMITE NAVEGAÇÃO ATRAVÉS DE TODO O TRATO URINÁRIO, E AINDA O CATETER DUPLO J UTILIZADO PARA LIVRE DRENAGEM DE URINA DO RIM ATÉ A BEXIGA, EM CONDIÇÕES ADVERSAS. INCLUI ANESTESIA	50	R\$ 14.800,00
02	PROSTATECTOMIA RADICAL(ONCOLÓGICA) + LINFANODECTOMIA INGUINAL/ILÍACA BILATERAL	CONSISTE NA REMOÇÃO TOTAL OU PARCIAL DA PRÓSTATA COM OU SEM OUTRAS ESTRUTURAS PÉLVICAS POR TUMOR, E AINDA A LINFANODECTOMIA CONSISTE NA REMOÇÃO DE UM OU MAIS GRUPOS DE LINFONODOS. INCLUI ANESTESIA	20	R\$ 12.700,00

4.1.3 - EXAMES LABORATORIAL

TABELA I			
EXAMES LABORATORIAL - Credenciamento 02/2021			
ITEM	DESCRIÇÃO	QTDE	VLR UNITÁRIO
2	ANTIBIOGRAMA	4280	R\$9,69
3	ANTICORPO ANTIPEPTÍDEO CITRULINADO CICLICO (ANTI-CCP)	1485	R\$58,00
4	AUTO-ANTICORPOS ANCA (PEQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ESTRUTURAS CITOPLASMÁTICAS DO NEUTRÓFILO)	200	R\$58,00
5	AUTO-ANTICORPOS ASCA (SACCHAROMYCES CEREVISIAE, PEQUISA DE ANTICORPOS)	20	R\$90,00
6	BACILOSCOPIA DIRETA PARA B.A.A.R. (HANSENÍASE)	3480	R\$6,36
7	BACILOSCOPIA DIRETA PARA B.A.A.R. TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	3930	R\$6,36
8	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	2470	R\$4,41
9	CLEARANCE DE CREATININA	9750	R\$6,66
10	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	2712	R\$32,50
11	CONTAGEM DE RETICULÓCITOS	1240	R\$4,35
12	CULTURA DE BACTÉRIAS PARA IDENTIFICAÇÃO	26130	R\$10,52
13	CULTURA DE IDENTIFICAÇÃO PARA FUNGOS	1490	R\$8,38
14	D-DIMERO	5850	R\$50,00
15	DETECÇÃO DE ZIKA VIRUS POR PCR	1600	R\$250,00
16	DETERMINAÇÃO DE CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO	200	R\$10,00
17	DETERMINAÇÃO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFÉRICO (C/ TÉCNICA DE BANDAS)	100	R\$277,10
18	DETERMINAÇÃO DE COMPLEMENTO (CH50)	1950	R\$12,19
19	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA (04 DOSAGENS)	5288	R\$18,48
20	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA (02 DOSAGENS)	5520	R\$7,26
21	DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATOIDE	6820	R\$5,66
22	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	30410	R\$3,89
23	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO - DUKE	1408	R\$3,89
24	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	4660	R\$6,18
25	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	6740	R\$4,35
26	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO (VHS)	7200	R\$4,34
27	DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	840	R\$2,74
28	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	1788	R\$19,69
29	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	4250	R\$22,92
30	DOSAGEM DE ÁCIDO ASCÓRBICO	5210	R\$3,55
31	DOSAGEM DE ÁCIDO FÓLICO	5160	R\$20,75
32	DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO	7880	R\$3,47
33	DOSAGEM DE ÁCIDO VALPRÓICO	40	R\$23,47
34	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTRÓFICO (ACTH)	1434	R\$26,00
35	DOSAGEM DE ALFA 1 ANTITRIPSINA	218	R\$7,36
36	DOSAGEM DE ALFA 1 GLICOPROTEÍNA ÁCIDA	224	R\$7,01
37	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEÍNA	1090	R\$27,99
38	DOSAGEM DE AMILASE	7260	R\$3,93



VALE DO TELES PIRES

CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE

Av. Blumenau, 500 - Jardim Amazônia

CEP: 78890-000 - Sorriso - MT

Fone: (66) 3544-3358

www.consorciovaledotelespires.com.br

E-mail: adm@consorciovaledotelespires.com.br

CNPJ: 23.019.551/0001-00

39	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	928	R\$22,00
40	DOSAGEM DE ANTICORPO IGA ANTIGLIADINA	494	R\$19,51
41	DOSAGEM DE ANTICORPO IGG ANTIGLIADINA	1096	R\$21,06
42	DOSAGEM DE ANTICORPO IGM ANTIGLIADINA	1096	R\$23,24
43	DOSAGEM DE ANTICORPO ANTITRANSGLUTAMINASE RECOMBINANTE HUMANA IGA	220	R\$28,47
44	DOSAGEM DE ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA LIVRE)	9590	R\$32,00
45	DOSAGEM DE ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA TOTAL)	9850	R\$24,96
46	DOSAGEM DE ANTI-RECEPTOR DE TSH (TRAB)	5195	R\$60,00
47	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	840	R\$12,96
48	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES	6500	R\$3,82
49	DOSAGEM DE CÁLCIO	13360	R\$3,59
50	DOSAGEM DE CÁLCIO IONIZAVEL	8920	R\$7,02
51	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	728	R\$28,58
52	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	126	R\$7,36
53	DOSAGEM DE CLORETO	326	R\$3,47
54	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	35100	R\$5,97
55	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	35100	R\$6,78
56	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	35400	R\$3,47
57	DOSAGEM DE COLINESTERASE	5170	R\$6,36
58	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	1140	R\$15,69
59	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	1140	R\$15,69
60	DOSAGEM DE CORTISOL	1136	R\$18,03
61	DOSAGEM DE CREATININA	43860	R\$3,72
62	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	3560	R\$15,64
63	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	400	R\$15,00
64	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	1608	R\$20,98
65	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	4108	R\$6,96
66	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA	2500	R\$6,90
67	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOSTERONA (DHT)	1468	R\$22,60
68	DOSAGEM DE ESTRADIOL	2680	R\$19,17
69	DOSAGEM DE ESTRONA	1348	R\$22,24
70	DOSAGEM DE FERRITINA	7840	R\$25,74
71	DOSAGEM DE FERRO SÉRICO	6740	R\$5,53
72	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	500	R\$10,00
73	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	4050	R\$4,02
74	DOSAGEM DE FOSFORO	2040	R\$3,32
75	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	7640	R\$5,52
76	DOSAGEM DE GLICOSE	24050	R\$3,70
77	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA (TBG)	818	R\$28,55
78	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	10490	R\$15,15
79	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA (A1 TOTAL)	3800	R\$11,38
80	DOSAGEM DE HOMOCISTEINA NO SANGUE	1620	R\$45,00
81	DOSAGEM DE HORMÔNIO DE CRESCIMENTO (HGH)	1000	R\$19,71
82	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO ESTIMULANTE (FSH)	3260	R\$15,09
83	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	3540	R\$16,36
84	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	6700	R\$17,03
85	DOSAGEM DE IGF BP3 (PROTEÍNA LIGADORA DOS FATORES DE CRESCIMENTO)	958	R\$50,34
86	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	30	R\$20,00
87	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	1990	R\$14,00
88	DOSAGEM DE INSULINA	2200	R\$17,70
89	DOSAGEM DE LACTATO	5300	R\$6,63
90	DOSAGEM DE LIPASE	2960	R\$4,51
91	DOSAGEM DE LÍTIO	250	R\$4,41
92	DOSAGEM DE MACROPROLACTINA	588	R\$23,45
93	DOSAGEM DE MAGNÉSIO	2760	R\$3,71
94	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA - 24 HORAS	2300	R\$16,24
95	DOSAGEM DE MUCO PROTEINAS	190	R\$3,76
96	DOSAGEM DE PARATORMÔNIO (PARATIREOIDE OU PTH)	1540	R\$50,00
97	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	620	R\$26,13
98	DOSAGEM DE PEPTÍDEOS NATRIURÉTICOS TIPO B (BNP E NT-PROBNP)	500	R\$52,50
99	DOSAGEM DE POTASSIO	5720	R\$3,60
100	DOSAGEM DE PROGESTERONA	1840	R\$23,66
101	DOSAGEM DE PROLACTINA	2320	R\$19,59
102	DOSAGEM DE PROTEÍNA C REATIVA (PCR)	19900	R\$4,85
103	DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES (PROTEÍNAS TOTAIS + ALBUMINA +	4640	R\$3,70



VALE DO TELES PIRES

CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE

Av. Blumenau, 500 - Jardim Amazônia

CEP: 78890-000 - Sorriso - MT

Fone: (66) 3544-3358

www.consorciovaledotelespires.com.br

E-mail: adm@consorciovaledotelespires.com.br

CNPJ: 23.019.551/0001-00

	GLOBULINA)		
104	DOSAGEM DE SODIO	7740	R\$3,47
105	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	612	R\$28,55
106	DOSAGEM DE SULFATO DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (S-DHEA)	954	R\$24,56
107	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	3510	R\$24,38
108	DOSAGEM DE TESTOSTERONA TOTAL	3540	R\$21,36
109	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	900	R\$28,55
110	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	5160	R\$16,29
111	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	5430	R\$21,37
112	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO OXALACETICA (TGO)	13550	R\$3,92
113	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO PIRUVICA (TGP)	13550	R\$3,55
114	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	2390	R\$8,24
115	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	34400	R\$5,67
116	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	4620	R\$15,98
117	DOSAGEM DE TROPONINA	700	R\$30,00
118	DOSAGEM DE UREIA	37800	R\$3,53
119	DOSAGEM DE VITAMINA B12	10660	R\$21,00
120	DOSAGEM DE ZINCO	1636	R\$24,44
121	DOSAGEM DO ANTIGENO CA 125	1280	R\$26,70
122	DOSAGEM DO ANTIGENO CA 15-3	1165	R\$34,00
123	DOSAGEM DO ANTIGENO CA 19-9	1170	R\$34,00
124	DOSAGEM PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	1830	R\$2,74
125	DOSAGEM DE ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	760	R\$9,04
126	ESPERMOGRAMA (CARACTERES FISICOS, PH, FLUDIFICAÇÃO, MOTILIDADE, VITALIDADE, CONTAGEM E MORFOLOGIA)	875	R\$12,15
127	EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	310	R\$6,08
128	EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)	4748	R\$3,66
129	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	280	R\$7,40
130	GASOMETRIA	200	R\$50,00
131	GENOTIPAGEM DO SISTEMA HLA (HLA B27, HLA B51...PCR)	1905	R\$60,00
132	HEMOGRAMA COM CONTAGEM DE PLAQUETAS OU FRACOES (ERITROGRAMA, LEUCOGRAMA, PLAQUETAS)"	43530	R\$7,71
133	IDENTIFICAÇÃO DE VIRUS DA RAIVA POR RT/PCR	30	R\$210,00
134	IDENTIFICACAO DO VIRUS DA HEPATITE B POR PCR (QUANTITATIVO)	300	R\$163,00
135	INTRADERMORREAÇÃO COM DERIVADO PROTEICO (PPD)	310	R\$5,90
136	PARASITOLOGICO	6260	R\$8,12
137	PESQU E/OU DOSAGEM DE ENZIMA CONVERSORA DA ANGIOTENSINA (ECA)	308	R\$31,00
138	PESQUISA DE ANTICOAGULANTE LUPICO	768	R\$20,08
139	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	868	R\$17,12
140	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	868	R\$17,57
141	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	970	R\$9,30
142	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	656	R\$11,79
143	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA (ASLO)	2280	R\$5,66
144	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV -1 + HIV-2 (ELISA)	7040	R\$20,00
145	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	2128	R\$30,96
146	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	1388	R\$20,63
147	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS (ANTI-TPO)	2160	R\$24,11
148	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO (FAN)	840	R\$15,96
149	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	810	R\$16,98
150	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	610	R\$21,72
151	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	670	R\$21,72
152	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	900	R\$27,31
153	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	3710	R\$19,62
154	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	3288	R\$19,62
155	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	3220	R\$25,00
156	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	2725	R\$34,50
157	PESQUISA DE ANTICORPOS IGA ANTIENDOMISIO	200	R\$45,00
158	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	7040	R\$17,64
159	PESQUISA DE ANTICORPOS IgG ANTIENDOMISIO	534	R\$45,00
160	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	6170	R\$19,00
161	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	16760	R\$23,00
162	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	2935	R\$22,75
163	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBÉOLA	5050	R\$19,92

164	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	2048	R\$31,92
165	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS HERPES SIMPLES	5178	R\$21,34
166	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTÍGENO CENTRAL DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	3820	R\$23,98
167	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	2630	R\$20,99
168	PESQUISA DE ANTICORPOS IgM ANTIENDOMISIO	908	R\$25,10
169	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	6220	R\$20,00
170	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	6020	R\$23,60
171	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	16760	R\$18,60
172	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBÉOLA	5000	R\$18,00
173	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	1074	R\$31,92
174	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	2619	R\$20,77
175	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONÁRIO (CEA)	2580	R\$26,70
176	PESQUISA DE ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	4520	R\$20,00
177	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	4290	R\$20,00
178	PESQUISA DE CELULAS LE	268	R\$8,22
179	PESQUISA DE ESPERMATOZOÍDES (APÓS VASECTOMIA)	210	R\$7,76
180	BETA-HEMOLÍTICOS DO GRUPO A	200	R\$8,00
181	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	780	R\$2,74
182	PESQUISA DE FATOR V DE LAYDEN POR PCR	2007	R\$133,63
183	PESQUISA DE FUNGOS (A FRESCO LACTOFENOL, TINTA DA CHINA) (MICOLÓGICO DIRETO)	464	R\$5,14
184	PESQUISA DE LEISHMANIOSE - RASPADO DE LESÃO	4340	R\$13,34
185	PESQUISA DE LEUCÓCITOS NAS FEZES	1380	R\$2,61
186	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	440	R\$2,61
187	PESQUISA DE MUTAÇÃO PROTROMBINA	585	R\$152,40
188	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	4340	R\$3,30
189	PESQUISA DE PLASMODIUM (GOTA ESPESSA)	6540	R\$4,38
190	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	270	R\$14,32
191	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	720	R\$2,75
192	PESQUISA DE STREPTOCOCCUS DO GRUPO B	100	R\$27,90
193	PESQUISA DE SUBSTÂNCIAS REDUTORAS NAS FEZES	1060	R\$2,69
194	PESQUISA DE TRYPAOSSOMA CRUZI (POR IMUNOFLORESCÊNCIA)	1420	R\$11,28
195	PESQUISA E/OU DOSAGEM DE ANTICORPO ANTIDECARBOXILASE DO ÁCIDO GLUTÂMICO (GAD)	328	R\$44,58
196	PESQUISA E/OU DOSAGEM DE PROTEÍNA C	6290	R\$36,00
197	PROVA DE RETRAÇÃO DO COAGULO	212	R\$3,30
198	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)	100	R\$3,78
199	SOROLOGIA CHIKUNGUNYA IGG/IGM	1560	R\$170,00
200	TESTE DE ELISA IGG P/ IDENTIFICAÇÃO DO PARVOVIRUS (PARVOVIROSE)	1345	R\$53,57
201	TESTE DE ELISA IGM P/ IDENTIFICAÇÃO DO PARVOVIRUS (PARVOVIROSE)	2690	R\$53,57
202	TESTE DE SENSIBILIDADE A ANTIMICROBIANOS (TSA)	600	R\$22,17
203	TESTE FTA ABS IGG PARA DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS	3175	R\$10,40
204	TESTE FTA ABS IGM PARA DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS	3175	R\$11,04
205	TESTE FUNCIONAL DE PROTEÍNA S - TESTE FUNCIONAL	380	R\$57,70
206	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA) - COOMBS INDIRETO	210	R\$5,46
207	TESTE NÃO TREPONÊMICO PARA DETECÇÃO DE SÍFILIS (VDRL) - EM NÃO GESTANTES	6220	R\$4,82
208	TESTE RÁPIDO DENGUE ANTÍGENO NS1	10290	R\$36,58
209	TIPAGEM ABO-RH	100	R\$18,63
210	TRIAGEM TOXICOLÓGICA (CABELOS E PELOS)	1610	R\$127,06
211	TRIAGEM TOXICOLÓGICA NA URINA	1620	R\$132,84
212	UROCULTURA + ANTIBIOGRAMA	600	R\$34,00
213	TESTE NÃO TREPONÊMICO PARA DETECÇÃO DE SÍFILIS (VDRL) - EM GESTANTES	350	R\$4,82
214	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD) - COOMBS DIRETO	2800	R\$4,90

OBS.: Todos os **SERVIÇOS CREDENCIADOS** pelo Consórcio Público de Saúde Vale do Teles Pires **SOMENTE** serão executados pelas empresas credenciadas mediante apresentação de requisição emitida pela Central de Regulação de cada município e agendado via Sistema, visto que todas as empresa credenciadas possuem acesso ao Sistema e disponibilizam Agenda on line, com exceção dos Procedimentos Cirurgicos que serão agendados diretamente com os Hospitais.

4.1.4 – DO ATENDIMENTO

Os atendimentos nas especialidades acima descritas serão realizados nos Consultórios, Clínicas e Hospitais privados credenciados junto ao Consórcio Público de Saúde Vale do Teles Pires, podendo os mesmos estarem instalados em qualquer um dos municípios integrantes deste Consórcio e também na Capital do Estado, sendo que todo encaminhamento deverá ser agendado via Sistema, pela Central de Regulação dos municípios, onde irá gerar a guia de encaminhamento.

OBS.: Os serviços também poderão ser realizados nos municípios conforme acordo entre os Secretários Municipais de Saúde e os prestadores credenciados, nas dependências das unidades de Saúde, porém não poderá haver nenhum ônus para os municípios.

As empresas prestadoras de serviço credenciadas deverão atender:

- O número de pacientes de acordo com o quadro de usuários dos serviços de saúde pública dos municípios, sem qualquer alteração de preço estipulado no credenciamento.
- A credenciada deverá ofertar os procedimentos elencados neste termo de referência de acordo com sua especialidade.
- Todas as despesas com medicação, materiais descartáveis, hotelaria, taxas de sala, instrumentação, diária de internação, materiais de consumo, profissionais necessários e outras despesas que surgirem para a realização dos procedimentos, serão por conta da empresa credenciada, não podendo ser cobrados a parte.
- Em relação aos serviços de procedimentos Cirúrgico, está incluso no valor **UMA (01) CONSULTA DE RETORNO** se necessário.
- Despesas com UTI, se necessário, será regulado o paciente para o Sistema Único de Saúde, sendo que o transporte será por conta da credenciada.

4.1.5 - QUANTITATIVO FÍSICO POR ESPECIALIDADE:

A quantidade dos procedimentos credenciados (conforme informadas nas tabelas acima) pelo Consórcio não tem a obrigatoriedade pelos municípios de serem executados durante a vigência dos Contratos, e sim serão utilizados de acordo com a demanda de cada município integrante do Consórcio e recursos financeiros disponíveis.

A relação dos prestadores credenciados com as respectivas especializações será detalhada no **Anexo I** deste plano.

5 - PROGRAMA MAIS MT CIRURGIA

O Programa Mais MT Cirurgia – Programa Estadual de Cirurgias eletivas foi criado pelo Decreto nº 1.018 de 14/07/2021 com vigência de 12 meses, sendo alterado posteriormente pelo Decreto nº 1.109 de 21/09/2021 que passou a assegurar o aporte antecipado de 30% do valor total da proposta aprovada.

Atendendo ao Decreto acima citado o Consórcio Público de Saúde Vale do Teles Pires apresentou proposta ao referido Projeto, sendo aprovada as seguintes propostas.

PROPOSTA Nº	QTDE DE PROCEDIMENTOS	VALOR SES	CONTRAPARTIDA	VALOR TOTAL
24	19.468	R\$ 17.674.163,80	R\$ 5.925.341,64	R\$ 23.599.505,44
76	120	R\$ 1.468.330,05	-----	R\$ 1.468.330,05

101	4.837	R\$ 2.981.827,90	R\$ 1.358.440,59	R\$ 4.340.268,49
-----	-------	------------------	------------------	------------------

OBS.: A proposta de nº 76 não tem contrapartida dos municípios por haver sido apresentada para ser executada exclusivamente no Hospital Geral Universitário.

Para atender ao Objetivo das propostas aprovadas foi publicado o Edital de Credenciamento 03/2021 com os procedimentos relativos as propostas apresentadas.

CREDENCIAMENTO 03/2021 – PROGRAMA MAIS MT CIRURGIA				
TABELA I				
GRUPO I - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA				
ITEM	CÓDIGO SIGTAP	PROCEDIMENTO	QTDE	VLR UNITÁRIO
1	210010045	AORTOGRAFIA ABDOMINAL	3	R\$ 379,46
2	210010053	AORTOGRAFIA TORACICA	9	R\$ 340,88
3	210010070	ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO	12	R\$ 358,92
4	211060038	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA	706	R\$ 140,00
5	211050083	ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG)	1.078	R\$ 150,00
6	207030014	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	71	R\$ 410,00
7	207010021	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	18	R\$ 410,00
8	207030022	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR	199	R\$ 410,00
9	207010030	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	350	R\$ 410,00
10	207010048	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	1.149	R\$ 410,00
11	207010056	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	179	R\$ 410,00
12	207020019	RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE	61	R\$ 410,00
13	207010064	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	338	R\$ 410,00
14	207030030	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	650	R\$ 410,00
15	207020027	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	286	R\$ 410,00
16	207010072	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	271	R\$ 410,00
17	207020035	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	169	R\$ 410,00
18	207030049	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA	161	R\$ 410,00
19	211060186	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	733	R\$ 210,00
20	206030010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	202	R\$ 235,00
21	206030029	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	345	R\$ 235,00
22	206020015	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR	340	R\$ 235,00
23	206010010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	225	R\$ 305,00
24	206010028	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	623	R\$ 305,00
25	206010036	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE	135	R\$ 305,00
26	206010044	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES	188	R\$ 235,00
27	206030037	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR	187	R\$ 235,00
28	206020023	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)	31	R\$ 235,00
29	206020031	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	186	R\$ 235,00
30	206010079	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	882	R\$ 235,00
31	206010052	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO	9	R\$ 235,00
32	211060283	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA	12	R\$ 235,00
33	211060267	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CORNEA	41	R\$ 105,00
34	205020089	ULTRASSONOGRAMA DO GLOBO OCULAR OU DE ORBITA	139	R\$ 130,00
35	205010059	ULTRASSONOGRAMA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	14	R\$ 120,00
GRUPO II - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA EM MEDICINA NUCLEAR				
ITEM	CÓDIGO SIGTAP	PROCEDIMENTO	QTDE	VLR UNITÁRIO
36	208090010	CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GALIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS	13	R\$ 1.360,20
37	208010025	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM	344	R\$ 694,48

		SITUACAO DE ESTRESSE (MINIMO 3 PROJECOES)		
38	208010033	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE REPOUSO (MINIMO 3 PROJECOES)	336	R\$ 651,00
39	208010041	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ LOCALIZACAO DE NECROSE (MINIMO 3 PROJECOES)	1	R\$ 283,00
40	208050035	CINTILOGRAFIA DE OSSOS COM OU SEM FLUXO SANGUÍNEO (CORPO INTEIRO)	100	R\$ 471,03
41	208030018	CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES	3	R\$ 551,72
42	208070010	CINTILOGRAFIA DE PULMAO C/ GALIO 67	5	R\$ 915,10
43	208070044	CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR PERFUSAO (MINIMO 4 PROJECOES)	2	R\$ 221,85
44	208030026	CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE COM OU SEM CAPTAÇÃO	22	R\$ 154,56
45	208030042	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTEIRO	10	R\$ 677,40
46	208040056	CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)	60	R\$ 226,15
47	208010084	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE REPOUSO (VENTRICULOGRAFIA)	3	R\$ 300,42

GRUPO III - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS AMBULATORIAIS

ITEM	CÓDIGO SIGTAP	PROCEDIMENTO	QTDE	VLR UNITÁRIO
48	405050020	CAPSULOTOMIA A YAG LASER	928	R\$ 220,00
49	211020010	CATETERISMO CARDIACO	276	R\$ 2.200,00
50	405050364	CIRURGIA DE PTERIGIO	1.550	R\$ 733,43
51	409010090	CISTOSTOMIA	7	R\$ 1.812,87
52	405020015	CORRECAO CIRURGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MUSCULOS)	16	R\$ 3.080,95
53	405020023	CORRECAO CIRURGICA DO ESTRABISMO (ATÉ 2 MUSCULOS)	54	R\$ 3.080,95
54	405010036	DACRIOCISTORRINOSTOMIA	5	R\$ 2.851,34
55	405010079	EXERESE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESOES DA PALPEBRA E SUPERCILIOS	50	R\$ 1.104,76
56	409070157	EXERESE DE GLANDULA DE BARTHOLIN / SKENE	48	R\$ 1.807,16
57	405050097	FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR	1.277	R\$ 1.000,00
58	405030045	FOTOCOAGULACAO A LASER - (MAXIMO 4 APLICACOES POR OLHO)	244	R\$ 344,00
59	409010170	INSTALACAO ENDOSCOPICA DE CATETER DUPLO J	30	R\$ 1.211,98
60	408060158	MANIPULAÇÃO ARTICULAR	2	R\$ 366,03
61	409050083	POSTECTOMIA	91	R\$ 954,36
62	405030223	REMOCAO DE OLEO DE SILICONE	3	R\$ 1.903,08
63	408060212	RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL	53	R\$ 1.144,00
64	405010168	SONDAGEM DAS VIAS LACRIMAIS	3	R\$ 465,43
65	405050321	TRABECULECTOMIA	17	R\$ 2.845,05
66	405040202	TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL	14	R\$ 1.562,43
67	409040240	VASECTOMIA	392	R\$ 1.111,32
68	405030134	VITRECTOMIA ANTERIOR	63	R\$ 1.974,28

GRUPO IV - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITALARES

ITEM	CÓDIGO SIGTAP	PROCEDIMENTO	QTDE	VLR UNITÁRIO
69	404010016	ADENOIDECTOMIA	205	R\$ 1.915,26
70	408060018	ALONGAMENTO / ENCURTAMENTO MIOTENDINOSO	3	R\$ 1.269,65
71	404010024	AMIGDALECTOMIA	402	R\$ 1.513,60
72	404010032	AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDECTOMIA	267	R\$ 2.100,00
73	406030022	ANGIOPLASTIA CORONARIANA C/ IMPLANTE DE DOIS STENTS	10	R\$ 11.030,04
74	406030030	ANGIOPLASTIA CORONARIANA COM IMPLANTE DE STENT	10	R\$ 11.030,04
75	408050039	ARTRODESE DE MEDIAS / GRANDES ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	107	R\$ 2.780,12
76	408010037	ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL (NÃO CONVENCIONAL)	21	R\$ 4.228,93
77	408040084	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO QUADRIL CIMENTADA	21	R\$ 10.319,23
78	407030026	COLECISTECTOMIA	508	R\$ 2.677,44
79	407030034	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	100	R\$ 2.963,13
80	409070050	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	637	R\$ 2.159,81
81	409060020	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR C/ AMPUTACAO DE COLO	71	R\$ 2.246,00
82	409070068	COLPOPERINEOPLASTIA POSTERIOR	146	R\$ 1.719,44
83	409070084	COLPOPLASTIA ANTERIOR	147	R\$ 1.862,70
84	409050032	CORRECAO DE HIPOSPADIA (10 TEMPO)	12	R\$ 1.446,92
85	409060046	CURETAGEM SEMIOTICA C/ OU S/ DILATACAO DO COLO DO	138	R\$ 954,84



VALE DO TELES PIRES

CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE

Av. Blumenau, 500 - Jardim Amazônia

CEP: 78890-000 - Sorriso - MT

Fone: (66) 3544-3358

www.consorciovaledotelespires.com.br

E-mail: adm@consorciovaledotelespires.com.br

CNPJ: 23.019.551/0001-00

		UTERO		
86	407020217	ESFINCTEROTOMIA INTERNA E TRATAMENTO DE FISSURA ANAL	2	R\$ 1.819,50
87	407030123	ESPLENECTOMIA	6	R\$ 2.927,94
88	404010105	ESTAPEDECTOMIA	2	R\$ 3.846,34
89	406050023	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO I (ABLAÇÃO DE FLUTTER ATRIAL)	8	R\$ 12.989,61
90	406050031	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO I (ABLAÇÃO DE TAQUICARDIA ATRIAL DIREITA)	3	R\$ 13.146,21
91	406050104	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO II (ABLAÇÃO DE TAQUICARDIA ATRIAL ESQUERDA)	2	R\$ 14.261,94
92	407020225	EXCISAO DE LESAO / TUMOR ANU-RETAL	3	R\$ 1.341,40
93	409060038	EXCISÃO TIPO 3 DO COLO UTERINO	2	R\$ 2.218,30
94	409040070	EXERESE DE CISTO DE EPIDIDIMO	11	R\$ 1.060,00
95	409070149	EXERESE DE CISTO VAGINAL	4	R\$ 1.117,62
96	409040096	EXPLORACAO CIRURGICA DA BOLSA ESCROTAL	6	R\$ 1.125,00
97	409010146	EXTRACAO ENDOSCOPICA DE CÁLCULO EM PELVE RENAL	54	R\$ 2.887,80
98	408020105	FASCIOTOMIA DE MEMBROS SUPERIORES	701	R\$ 802,04
99	407020241	FECHAMENTO DE ENTEROSTOMIA (QUALQUER SEGMENTO)	2	R\$ 2.600,36
100	407020276	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	20	R\$ 1.933,49
101	407010211	GASTROSTOMIA	36	R\$ 2.063,28
102	407020284	HEMORROIDECTOMIA	32	R\$ 1.554,97
103	407040064	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA	75	R\$ 1.679,61
104	407040080	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	941	R\$ 2.175,27
105	407040099	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	412	R\$ 2.505,56
106	407040102	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	161	R\$ 1.352,78
107	407040110	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	41	R\$ 2.223,28
108	407040129	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	740	R\$ 1.875,84
109	409060100	HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)	70	R\$ 2.360,77
110	409060119	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	131	R\$ 3.792,97
111	409060135	HISTERECTOMIA TOTAL	236	R\$ 2.828,82
112	409060178	HISTEROSCOPIA CIRURGICA C/ RESSECTOSCOPIO	52	R\$ 866,65
113	403080010	IMPLANTE DE ELETRODO PARA ESTIMULAÇÃO CEREBRAL	2	R\$ 7.953,24
114	406010633	IMPLANTE DE MARCAPASSO CARDÍACO MULTI-SÍTIO TRANSVENOSO	5	R\$ 5.191,53
115	406010650	IMPLANTE DE MARCAPASSO DE CÂMARA DUPLA TRANSVENOSO	3	R\$ 3.071,16
116	406010692	IMPLANTE DE PRÓTESE VALVAR	12	R\$ 18.965,22
117	407040161	LAPAROTOMIA EXPLORADORA	26	R\$ 3.070,97
118	407040170	LAPAROTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA PARA DRENAGEM E/OU BIOPSIA	5	R\$ 1.818,45
119	409060186	LAQUEADURA TUBARIA	297	R\$ 2.203,63
120	409070190	MARSUPIALIZACAO DE GLANDULA DE BARTOLIN	3	R\$ 695,00
121	404010210	MASTOIDECTOMIA RADICAL	6	R\$ 3.028,52
122	404010229	MASTOIDECTOMIA SUBTOTAL	11	R\$ 1.934,20
123	404010237	MICROCIRURGIA OTOLOGICA	2	R\$ 1.507,00
124	403030145	MICROCIRURGIA PARA TUMOR INTRACRANIANO	4	R\$ 9.478,89
125	403030153	MICROCIRURGIA PARA TUMOR INTRACRANIANO (COM TECNICA COMPLEMENTAR)	1	R\$ 11.472,75
126	409060194	MIOMECTOMIA	9	R\$ 2.644,47
127	409010200	NEFRECTOMIA PARCIAL	3	R\$ 4.665,12
128	409010219	NEFRECTOMIA TOTAL	18	R\$ 4.731,13
129	409010227	NEFROLITOTOMIA	11	R\$ 4.534,88
130	409010235	NEFROLITOTOMIA PERCUTANEA	46	R\$ 4.534,88
131	409060216	OOFORECTOMIA / OOFOROPLASTIA	40	R\$ 2.275,96
132	409040126	ORQUIDOPEXIA BILATERAL	20	R\$ 1.785,54
133	409040134	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	18	R\$ 1.018,54
134	409040169	ORQUIECTOMIA UNILATERAL	12	R\$ 1.750,00
135	408060166	OSTECTOMIA DE OSSOS DA MÃO E/OU DO PÉ	5	R\$ 775,83
136	408060182	OSTEOTOMIA DE OSSOS DA MÃO E/OU DO PÉ	3	R\$ 981,75
137	409010316	PIELOLITOTOMIA	5	R\$ 2.795,33
138	409010324	PIELOPLASTIA	6	R\$ 3.260,80
139	409030023	PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA	81	R\$ 5.177,84
140	408050136	RECONSTRUCAO DE TENDAO PATELAR / TENDAO QUADRICIPITAL	3	R\$ 4.806,54
141	408050160	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	31	R\$ 8.361,54
142	408040165	RECONSTRUÇÃO OSTEOPLASTICA DO QUADRIL	7	R\$ 6.408,68

143	407040226	REPARACAO DE OUTRAS HERNIAS	32	R\$ 1.146,57
144	408010142	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)	296	R\$ 1.639,12
145	409010367	RESSECCAO DO COLO VESICAL / TUMOR VESICAL A CEU ABERTO	4	R\$ 2.545,00
146	409030040	RESSECCAO ENDOSCOPICA DE PROSTATA	51	R\$ 3.295,86
147	407020411	RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINO-PERINEAL	147	R\$ 4.361,37
148	406010927	REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA C/ USO DE EXTRACÓRPOREA	20	R\$ 20.269,11
149	406010935	REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA C/ USO DE EXTRACÓRPOREA (C/ 2 OU MAIS ENXERTOS)	16	R\$ 20.869,11
150	408050349	REVISAO CIRURGICA DO PE TORTO CONGENITO	21	R\$ 1.645,20
151	409060232	SALPINGECTOMIA UNI / BILATERAL	14	R\$ 2.327,95
152	404010482	SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	201	R\$ 1.371,48
153	404010520	SEPTOPLASTIA REPARADORA NÃO ESTÉTICA	15	R\$ 855,00
154	404010326	SINUSOTOMIA BILATERAL	8	R\$ 1.396,96
155	404010512	SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR	15	R\$ 1.537,32
156	408060476	TENOPLASTIA OU ENXERTO DE TENDÃO UNICO	1	R\$ 2.040,60
157	404010350	TIMPANOPLASTIA (UNI / BILATERAL)	85	R\$ 2.676,98
158	409010430	TRATAMENTO CIRURGICO DE CISTOCELE	32	R\$ 2.064,70
159	408020326	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO	48	R\$ 964,60
160	408010150	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA	17	R\$ 2.233,30
161	409040215	TRATAMENTO CIRURGICO DE HIDROCELE	50	R\$ 1.239,90
162	409070262	TRATAMENTO CIRURGICO DE HIPERTROFIA DOS PEQUENOS LABIOS	9	R\$ 596,75
163	409070270	TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA POR VIA VAGINAL	11	R\$ 1.492,01
164	409010499	TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA VIA ABDOMINAL	17	R\$ 2.140,41
165	408010185	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR	17	R\$ 4.320,67
166	408010215	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO RECIDIVANTE / HABITUAL DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	5	R\$ 4.228,93
167	408050764	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ TORTO CONGÊNITO	17	R\$ 1.645,20
168	408050772	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ TORTO CONGÊNITO INVETERADO	1	R\$ 1.645,20
169	407020470	TRATAMENTO CIRURGICO DE PROLAPSO ANAL	2	R\$ 918,20
170	407010297	TRATAMENTO CIRURGICO DE REFLUXO GASTROESOFAGICO	3	R\$ 3.064,24
171	403020123	TRATAMENTO CIRURGICO DE SINDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEIO-FIBROSO AO NIVEL DO CARPO	34	R\$ 1.926,59
172	409040231	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARICOCELE	15	R\$ 1.066,59
173	406020566	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (BILATERAL)	368	R\$ 2.768,59
174	406020574	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	212	R\$ 1.938,13
175	404010415	TURBINECTOMIA	102	R\$ 1.749,41
176	409010561	URETEROLITOTOMIA	32	R\$ 4.330,00
177	409020176	URETROTOMIA INTERNA	8	R\$ 2.000,00
178	405030142	VITRECTOMIA POSTERIOR	94	R\$ 5.652,45

6 – DEMAIS ÁREAS DE SERVIÇO

6.1 – CASA DE APOIO

Atualmente o serviço de Casa de Apoio utilizado pelos municípios Consorciados, também é realizado através de Credenciamento via Consórcio.

TABELA I

CASAS DE APOIO / CUIABÁ-SORRISO – CREDENCIAMENTO 001/2021

SERVIÇOS DE HOSPEDAGEM / TRANSLADO E ALIMENTAÇÃO

ITEM	ITENS DE SERVIÇO	UNID	QTDE	VALOR UNITÁRIO
1	CONTRATAÇÃO DE PESSOA JURÍDICA PARA PRESTAR SERVIÇOS DE	DIÁRIA	20.000	R\$ 60,00

HOSPEDAGEM/DIÁRIA/24 HORAS A PARTIR DA ENTRADA DO PACIENTE INDEPENDENTE DE HORÁRIO, COM AS SEGUINTE ESPECIFICAÇÕES:

- TRANSPORTE (DA INSTITUIÇÃO CONTRATADA ATÉ O LOCAL DE TRATAMENTO, IDA E VOLTA, EM CONDIÇÕES DE CHEGADA DE NO MÍNIMO 15 [QUINZE] MINUTOS DE ANTECEDÊNCIA DO HORÁRIO AGENDADO AO DESTINO), EM VEÍCULO COM NO MÁXIMO 15 LUGARES E CINTO DE SEGURANÇA PARA TODOS OS PASSAGEIROS.
- AMBIENTE LIMPO E AREJADO;
- ALAS SEPARADAS: QUARTO FEMININO/QUARTO MASCULINO, TODOS CLIMATIZADOS COM NO MÍNIMO 01 VENTILADOR OU CONDICIONADOR DE AR;
- REFEITÓRIO AREJADO;
- DISPONIBILIDADE DE LENÇOL, TRAVESSEIRO E COBERTOR PARA O CASO DE O PACIENTE EM CONSULTA OU TRATAMENTO TER QUE PERNOITAR NO ESTABELECIMENTO;
- A LIMPEZA DO QUARTO E BANHEIRO TERÁ QUE SER FEITA PELA CASA E NÃO PELO PACIENTE.
- O ACESSO AOS AMBIENTES PRECISA ATENDER À ACESSIBILIDADE;
- OFERECER QUATRO REFEIÇÕES (CAFÉ DA MANHÃ, ALMOÇO, LANCHE DA TARDE E JANTAR) DE BOA QUALIDADE.
- ATENDIMENTO HUMANIZADO;

OBS.: OS SERVIÇOS SERÃO EXECUTADOS NA EMPRESA DO CONTRATADO. A DIÁRIA EQUIVALE A 24 HORAS A PARTIR DO HORÁRIO DE ENTRADA DO PACIENTE.

6.2 – SERVIÇOS DE HOSPEDAGEM FORA DO ESTADO- BARRETOS /SP

TABELA I				
SERVIÇOS DE HOSPEDAGEM- Incluso café da manhã				
	ESPECIFICAÇÃO	UNID	QTDE	VALOR UNITÁRIO
01	HOSPEDAGEM APARTAMENTO DUPLO	Diária	800	R\$ 100,00
02	HOSPEDAGEM APARTAMENTO TRIPLO	Diária	800	R\$ 120,00

6.3 – REMOÇÃO DE PACIENTES

TABELA III				
TRANSPORTE TERRESTRE DE PACIENTES				
CREDENCIAMENTO 03/2020				
ITEM	DESCRIÇÃO	UNID	QTDE (KM)	VALOR POR KM
01	SERVIÇO DE REMOÇÃO TERRESTRE DE PACIENTE NÃO CRÍTICO (TIPO B) AMBULÂNCIA DE SUPORTE BÁSICO , COM PRESENÇA DE UM MOTORISTA E UM PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM, SEM PRESENÇA DO PROFISSIONAL MÉDICO.	KM RODADO	150.000	R\$ 6,98
02	SERVIÇO DE REMOÇÃO TERRESTRE DE PACIENTE CRÍTICO (TIPO D) AMBULÂNCIA DE SUPORTE AVANÇADO , COM PRESENÇA DE UM MOTORISTA E UM PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM, COM PRESENÇA DO PROFISSIONAL MÉDICO.	KM RODADO	150.000	R\$ 10,65

6.4 – AQUISIÇÃO DE INSUMOS

6.4.1 – Medicamentos: Serão adquiridos através de pregão eletrônico com Registro de Preços, sendo elaborado lista Padrão através de comissão escolhida entre os farmacêuticos dos municípios integrantes do Consórcio. A unidade Administrativa do Consórcio realizará a compra dos medicamentos para os municípios de: **Cláudia, Feliz Natal, Ipiranga do Norte, Itanhanga, Nova Maringá, Nova Ubiratã, Santa Carmem, Santa Rita do Trivelato, Tapurah, União do Sul e**

Vera, sendo que os mesmos serão entregues na central de recebimento e distribuição do consórcio e na sequência transferidos para cada município, visando assim a agilizar o recebimentos pelos municípios. Para os municípios de **Nova Mutum e Sinop** as compras também serão realizadas pelo Consórcio mas os produtos serão entregues diretamente nos municípios. Os municípios de **Lucas do Rio Verde e Sorriso**, participam do processo licitatório como órgãos participantes e realizam a compra/pagamento diretamente pelo municípios.

6.4.2-Materiais: Medicamentos: Serão adquiridos através de pregão eletrônico com Registro de Preços, sendo elaborado lista Padrão através de comissão escolhida entre os farmacêuticos dos municípios integrantes do Consórcio. A unidade Administrativa da Consórcio realizará a compra dos medicamentos para os municípios de: **Cláudia, Feliz Natal, Ipiranga do Norte, Itanhanga, Nova Maringá, Nova Ubiratã, Santa Carmem, Santa Rita do Trivelato, Tapurah, União do Sul e Vera**, sendo que os mesmos serão entregues na central de recebimento e distribuição do consórcio e na sequência transferidos para cada município, visando assim a agilizar o recebimentos pelos municípios. Para os municípios de **Nova Mutum e Sinop** as compras também serão realizadas pelo Consórcio mas os produtos serão entregues diretamente nos municípios. Os municípios de **Lucas do Rio Verde, e Sorriso**, participam do processo licitatório como órgãos participantes e realizam a compra/pagamento diretamente pelo municípios.

Os materiais adquiridos serão: Materiais médicos, Odontológicos; Dietas; RAIOS X, Urgência e Emergência, Laboratório, entre outros que forem necessários.

6.4.3 –Equipamentos permanente: A Unidade Administrativa realizará o procedimento licitatório através de pregão eletrônico com registro de preço no sistema de órgãos participantes, onde cada município é responsável pela requisição de compra/empenho e pagamento. A padronização/descrição dos equipamentos também é de responsabilidade da comissão indicada pelos representantes dos municípios (Secretários Municipais de Saúde) juntamente com a equipe técnica do Consórcio.

6.4.4 - Enfrentamento COVID –Por decisão do Colegiado de Gestores desde o início da Pandemia do COVID 19 as compras dos medicamentos, materiais e equipamentos é realizada de forma integrada pelo Consórcio para atender os 15 municípios Consorciados.

7. METAS 2022

7.1 – Processos Licitatórios: - Realizar pregões eletrônicos com registro de preços dos materiais e equipamentos que são demandados por todos os municípios visando a redução dos valores.

7.1.1. - Aquisição de medicamentos

7.1.2. - Aquisição de Material Odontológico

7.1.3. - Aquisição de material de Raios X

7.1.4 - Aquisição de Material Instrumental;

7.1.5 - Aquisição de Material Médico

7.1.6 - Aquisição de Material de Laboratório

7.1.7 - Aquisição de Leite e Fralda

7.1.8 - Aquisição de material de Urgência e Emergência

7.1.9 - Aquisição de Dietas

7.1.11 – Pregão para aquisição de material permanente

7.1.12 – Pregão para aquisição de Consultório Odontológico

7.1.13 – Pregão para aquisição de EPIs e medicamentos para enfrentamento a COVID

- 7.2 – Aditivo de prazo dos Contratos Existentes – dentro da necessidade.
- 7.3 – Contratação de profissionais médicos via Consórcio através de Contrato de Programa com os Municípios integrantes, se necessário.
- 7.4 – Capacitação para os Técnicos do Consórcio.
- 7.5 – Aumentar em no mínimo 10% o nº de empresas credenciadas no Consórcio, em relação ao ano de 2021.
- 7.6 – Buscar junto aos Parlamentares Federais e Estaduais recursos para atendimento das demandas dos municípios via Consórcio
- 7.7 – Realização dos procedimentos Cirurgicos do Projeto **MAIS MT CIRURGIAS**, em parceria com o Goveno do Estado para execução de Cirurgias eletivas na Rede Privada.

8. ORÇAMENTO

O orçamento do Consórcio Público de Saúde Vale do Teles Pires é composto por recursos oriundos dos municípios através do Contrato de Rateio, onde define-se os valores anuais que serão repassados ao Consórcio e onde os mesmos deverão ser aplicados e ainda pelos recursos oriundos do PAICI-Programa de Incentivo aos Consorcios conforme demonstrado no ANEXO II.

O valor que cada ente Consorciado destina através do Contrato de Rateio para ser aplicado via Consórcio pode sofrer alterações no decorrer do ano através de realização de Aditivos ao Contrato inicial, visto que o município tem o direito de aplicar o valor que desejar na aquisição dos serviços através do Consórcio, não havendo necessidade do repasse mensal ser definido de forma igualitária em todos os meses do ano.

Também pode ser acrescido ao orçamento do Consórcio recursos oriundos de Emenda Parlamentar ou doações recebidas.

8.1 - As metas financeiras acordadas a serem cumpridas por meio do Contrato de Rateio no período deste Plano Operativo são:

MUNICIPIO	POPULAÇÃO	COTA MUNICIPIO ANUAL/R\$
CLAUDIA	12.338 hab.	R\$ 1.799.952,66
FELIZ NATAL	14.847 hab.	R\$ 1.429.986,93
IPIRANGA DO NORTE	8.182 hab.	R\$ 1.361.957,44
ITANHANGÁ	7.030 hab.	R\$ 1.576.677,40
LUCAS DO RIO VERDE	69.671 hab.	R\$ 34.296.540,98
NOVA MARINGÁ	9.056 hab.	R\$ 1.315.970,83
NOVA MUTUM	48.222 hab.	R\$ 5.461.955,46
NOVA UBIRATÃ	12.492 hab.	R\$ 3.228.506,43
SANTA CARMEM	4.600 hab.	R\$ 1.233.772,56
SANTA RITA DO TRIVELATO	3.602 hab.	R\$ 1.022.988,54
SINOP	148.960 hab.	R\$ 5.298.004,84

SORRISO	94.941 hab	R\$ 7.284.484,80
TAPURAH	14.380 hab.	R\$ 2.150.383,40
UNIÃO DO SUL	3.455 hab.	R\$ 846.827,63
VERA	11.731 hab.	R\$ 2.237.717,39

OBS. 1: População estimada 2021 IBGE.

8.2 – Os valores acordados nos Contratos de Rateio entre os municípios partícipes do Consórcio Público de Saúde Vale do Teles Pires para o ano de 2022 estão assim divididos:

MUNICIPIO	SERVIÇOS MÉDICOS	CASA DE APOIO	INFECTO SAE E MH/TB	COMPRA DE MED./ MATERIAIS	COVID	ADM CONSÓRCIO	SAÚDE DA MULHER
CLAUDIA	R\$ 509.000,00	R\$ 96.000,00	R\$ 32.413,56	R\$ 6000.000,00	R\$ 120.000,00	R\$ 66.000,00	R\$ 61.639,44
FELIZ NATAL	R\$ 480.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 35.495,82	R\$ 400.000,00	-----	R\$ 66.000,00	R\$ 73.101,60
IPIRANGA DO NORTE	R\$ 515.000,00	R\$ 11.250,00	R\$ 24.339,36	R\$ 580.000,00	R\$ 70.000,00	R\$ 66.000,00	R\$ 39.868,08
ITANHANGÁ	R\$ 525.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 22.962,55	R\$ 460.000,00	R\$ 100.000,00	R\$ 66.000,00	R\$ 34.658,04
LUCAS DO RIO VERDE *	R\$ 2.400.000,00	R\$ 84.000,00	R\$ 148.157,16	R\$	R\$ 200.000,00	R\$ 198.000,00	R\$ 340.388,64
NOVA MARINGÁ	R\$ 450.000,00	R\$ 65.000,00	R\$	R\$380.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 66.000,00	R\$ 44.549,52
NOVA MUTUM	R\$ 1.854.393,10	R\$ 30.000,00	R\$ 84.469,96	R\$ 2.800.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 132.000,00	R\$ 235.649,40
NOVA UBIATÁ	R\$ 1.020.000,00	R\$ 48.000,00	R\$ 31.766,93	R\$ 1.200.00,00	R\$ 50.000,00	R\$ 66.000,00	R\$ 61.906,20
SANTA CARMEM	R\$ 559.384,24	R\$ 30.000,00	R\$ 19.345,58	R\$ 324.000,00	R\$ 30.000,00	R\$ 66.000,00	R\$ 22.969,44
SANTA RITA DO TRIVELATTO	R\$ 510.000,00	R\$ 50.000,00	R\$ 17.339,90	R\$ 280.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 66.000,00	R\$ 17.648,64
SINOP	R\$ 2.266.571,20	R\$ 14.467,00	R\$	R\$ 2.000.000,00	R\$	R\$ 264.000,00	R\$ 734.966,64
SORRISO*	R\$ 5.283.000,00	R\$ 40.000,00	R\$	R\$	R\$	R\$ 264.000,00	R\$ 466.984,80
TAPURAH	R\$ 673.000,00	R\$ 48.000,00	R\$ 34.635,96	R\$ 622.000,00	R\$ 242.000,00	R\$ 66.000,00	R\$ 70.705,44
UNIÃO DO SUL	R\$ 192.000,00	R\$ 30.000,00	R\$ 17.760,93	R\$ 350.000,00	R\$ 30.000,00	R\$ 66.000,00	R\$ 17.568,12
VERA	R\$ 740.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 30.965,73	R\$ 695.000,00	R\$ 100.000,00	R\$ 66.000,00	R\$ 57.396,00

Obs.: 1- Os município identificados com o * farão a compra de medicamento/material diretamente por seu departamento de compras, participando do processo licitatório como órgão Participante.

2- O município de **Sorriso** não entra no Rateio de Profissional no SAE/MHTB, visto que possui um SAE municipal

3- O município de **Sinop** não entra no Rateio de Custo dos profissionais (médico infectologista) do SAE /MHTB, pois disponibiliza os demais servidores para atender no núcleo.

4- O município de **Nova Maringá** não participa do atendimento do SAE/MHTB nessa região.

8.3 – Integra ainda o orçamento do Consórcio Público de Saúde Vale do Teles Pires o recurso financeiro oriundo do PAICI conforme descrito na tabela abaixo, atualizado pela Portaria 212/2022/GBSES

MUNICIPIO	COTA MUNICIPIO	COTA MUNICIPIO
-----------	----------------	----------------

	PAICI/MES	PAICI/ANUAL
CLAUDIA	R\$ 22.750,00	R\$ 273.000,00
FELIZ NATAL	R\$ 18.583,33	R\$ 223.000,00
IPIRANGA DO NORTE	R\$ 27.339,66	R\$ 328.075,86
ITANHANGÁ	R\$ 24.564,06	R\$ 294.768,74
LUCAS DO RIO VERDE	R\$ 90.326,79	R\$ 1.083.921,42
NOVA MARINGÁ	R\$ 25.666,67	R\$ 308.000,00
NOVA MUTUM	R\$ 25.916,67	R\$ 311.000,00
NOVA UBIRATÁ	R\$ 43.583,33	R\$ 523.000,00
SANTA CARMEM	R\$ 17.333,33	R\$ 208.000,00
SANTA RITA DO TRIVELATTO	R\$ 17.750,00	R\$ 213.000,00
SINOP	R\$ 11.000,00	R\$ 132.000,00
SORRISO	R\$ 126.750,00	R\$ 1.521.000,00
TAPURAH	R\$ 28.250,00	R\$ 339.000,00
UNIÃO DO SUL	R\$ 10.000,00	R\$ 120.000,00
VERA	R\$ 38.166,67	R\$ 458.000,00

9- DO REPASSE DO CONTRATO DE RATEIO

O repasse do recurso financeiro via Contrato de Rateio deverá ocorrer em consonância com o estabelecido no Capítulo IV parágrafo 1º do, Art. 25 do Estatuto do Consórcio Público de Saúde Vale do Teles Pires, devendo ser depositado nas contas específicas para cada finalidade e a legislação pertinente ao PAICI- Programa de Incentivo aos Consórcios.

10. DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

A prestação de Contas do Consórcio segue as regras da Secretaria do Tesouro Nacional – STN e é encaminhada Bimestralmente a todos os municípios que integram este Consórcio, sendo uma via para o Poder Executivo, outra para o Legislativo e também para o Conselho Municipal de Saúde, sendo que a partir do ano de (2021), a prestação de contas será disponibilizada dentro do Sistema utilizado pelo Consórcio aos municípios de forma digital, evitando assim a impressão da mesma.

Na prestação de contas dos recursos oriundos dos municípios consta de forma clara e transparente o valor utilizado via Consórcio, tanto da aquisição dos serviços quanto na aquisição dos medicamentos/materiais e ainda o valor repassado para a manutenção administrativa deste Consórcio.

A Prestação de Contas do Recurso do PAICI será feita juntamente com a prestação de Recurso do Contrato de Rateio para os municípios e para a Secretaria de Estado de Saúde será informado via relatório a data do repasse ao Consórcio do recurso recebido via PAICI, juntamente com a apresentação dos comprovantes Bancários do Depósito do Contrato de Rateio dos municípios.

11. DA AVALIAÇÃO DAS METAS:

As metas acordadas no presente Plano Operativo serão monitoradas e avaliadas pelo Conselho Fiscal, pelo Conselho Técnico (Gestores Municipais de Saúde), relatórios mensais ou outros documentos comprobatórios da execução dos serviços executados, bem como encaminhamento mensal do relatório ao Escritório Regional de Saúde no município de Sinop, para acompanhamento.

As ações elencadas neste Plano são flexíveis, podendo ou não serem executadas de acordo com as necessidades dos municípios consorciados,

Sorriso/MT, 09 de junho de 2022.



Rodrigo Audrey Frantz
Presidente

Consórcio Público de Saúde Vale do Teles Pires



Solimara Ligia Moura
Secretária Executiva
Portaria 01/2015

ANEXO I

RELAÇÃO DOS PARCEIROS CREDENCIADOS

ANEXO II

ORÇAMENTO 2022