

Nº 21 - DOE – 31/01/2024 – Suplemento - p.1

SAÚDE GABINETE DO SECRETÁRIO

Resolução SS nº 198, de 29 de dezembro de 2023.

Disciplina a aplicação da Tabela SUS Paulista aos estabelecimentos de saúde, com ou sem fins lucrativos, que participam do Sistema Único de Saúde, de forma complementar para assistência à saúde aos usuários do SUS/SP.

O Secretário de Estado da Saúde, considerando:

- O art. 196 da Constituição Federal que estabelece "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação";

- O artigo 198, § 1º da Constituição Federal que estabelece que o sistema único de saúde será financiado, nos termos do artigo 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes;

- O artigo 199, § 1º da Constituição Federal que estabelece que as instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos;

- A Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, em especial o contido nos termos do § 2º, do artigo 4º, que estabelece que a iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar;

- O art. 25, caput, da Lei nº 8.666/93 que trata da inexigibilidade de licitação;

A Portaria GM/MS de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, que consolida as serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, em especial os artigos 1140, 1141 e 1142, do Capítulo II, Da Tabela Diferenciada Para Remuneração de Serviços Assistenciais de Saúde, que definem que os estados, Distrito Federal e municípios que adotarem tabela diferenciada para remuneração de serviços assistenciais de saúde deverão, para efeito de complementação financeira, empregar recursos próprios estaduais e/ou municipais, sendo vedada a utilização de recursos federais para esta finalidade;

- A Constituição Estadual, em especial o artigo 220, § 2º e 4º, que estabelece que as ações e serviços de saúde serão realizados, preferencialmente, de forma direta, pelo Poder Público ou através de terceiros, pela iniciativa privada, tendo preferência as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos;

- A Lei Complementar Estadual nº 791, de 09 de março de 1995, Código de Saúde no Estado, em especial o contido nos termos do artigo 20, § 3º, bem como, o contido nos artigos 51 e 52, onde está estabelecido que o SUS poderá recorrer à participação do setor privado quando a sua capacidade instalada de serviços for insuficiente para garantir a assistência à saúde da população e se dará preferência às entidades filantrópicas e às entidades sem fins lucrativos, subordinada

ao preenchimento, pela entidade interessada, de requisitos de idoneidade técnica, científica, sanitária e administrativa, e à avaliação do retorno social dos serviços e atividades que realizam; e que o Estado apoiará financeiramente, mediante verificação, se não está ocorrendo duplicação de meios para atingir objetivos realizáveis pelo SUS e se cientificarão, previamente, da impossibilidade de expansão de rede de serviços públicos pertinentes;

- A Lei Estadual nº 10.201, de 07 de janeiro de 1999, que regulamentou o § 4.º, do Artigo 220, da Constituição Estadual e estabelece a participação preferencial, em caráter complementar, das entidades filantrópicas e sem fins lucrativos;

- A Lei Estadual nº 17.461, de 25 de novembro de 2021, que dispõe sobre o Programa de Auxílio Financeiro às Entidades Hospitalares sem fins lucrativos;

- O Decreto nº 58.912/2013 que cria e organiza a Coordenadoria de Gestão Orçamentária e Financeira e regulamenta as atividades do Fundo Estadual de Saúde – FUNDES;

- O Decreto Estadual nº 53019, de 20 de maio de 2008, que regulamenta a transferência de recursos financeiros, de forma direta e regular, do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, destinados ao financiamento das ações e serviços de saúde realizados no âmbito da atenção básica, componentes de programas e estratégias do Sistema Único de Saúde no Estado - SUS/SP;

- O Decreto nº 66.173, de 26 de outubro de 2021 que dispõe sobre a disciplina acerca da celebração de convênios, no âmbito da Administração direta e autárquica, e sobre a instrução dos processos respectivos;

- O Decreto nº 66.374, de 23 de dezembro de 2021 que regulamenta a Lei nº 17.461, de 25 de novembro de 2021, que dispõe sobre o programa de auxílio financeiro às entidades hospitalares sem fins lucrativos- Programa Mais Santas Casas, e suas alterações;

- O Decreto nº 67.905, de 28 de agosto de 2023, que altera o Decreto nº 66.374, de 23 de dezembro de 2021, que dispõe sobre o programa de auxílio financeiro às entidades hospitalares sem fins lucrativos- Programa Mais Santas Casas;

- A Resolução SS nº 84, de 27 de novembro de 2018, que altera a Resolução SS-41, de 05-05-2016, republicada em 05-07-2016, retificada em 21-10-2016, que disciplina, no âmbito da Pasta, a relação entre os estabelecimentos de saúde, com ou sem fins lucrativos, na participação, no Sistema Único de Saúde, de forma complementar de assistência à saúde aos usuários do SUS/SP, dos convênios com Hospitais de Ensino com Fundações de Apoio,;

- A Resolução SS nº 181, de 7 de dezembro de 2021, que disciplina, no âmbito da Pasta, a relação entre os estabelecimentos de saúde, com ou sem fins lucrativos, na participação, no Sistema Único de Saúde, de forma complementar de assistência à saúde aos usuários do SUS/SP, dos convênios com estabelecimentos de saúde sem fins lucrativos e contratos com estabelecimentos de saúde, com fins lucrativos.;

Resolve:

Artigo 1º- Fica instituída, nos termos desta Resolução, a disciplina para a aplicação da Tabela SUS Paulista (Anexos I, II e III) como acréscimo à remuneração dos serviços prestados pelos estabelecimentos da Rede Complementar de Assistência à Saúde aos Usuários do SUS/SP e em conformidade com a estrutura organizacional da Tabela de Procedimentos Unificada e SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS - DATASUS, Ministério da Saúde.

Artigo 2º – O valor da complementação aos prestadores de serviço conveniados ou contratados pelo SUS da Gestão Estadual e das Gestões Municipais do Estado de São Paulo, dar-se-á, exclusivamente, conforme produção registrada no SIH e SIA e aprovadas pelo Ministério da Saúde – MS, com recursos do Tesouro Estadual, de acordo com os valores estabelecidos na Tabela SUS Paulista, no Anexo I (Tabela SUS Paulista Hospitalar), Anexo II (Tabela SUS Paulista Ambulatorial) e Anexo III (Tabela SUS Paulista OPME).

Parágrafo Primeiro - A incidência da Tabela SUS Paulista se dará sobre o procedimento principal da AIH, diárias de UTI, OPM e procedimentos ambulatoriais registrados nos sistemas de informação hospitalar e ambulatorial do SUS e aprovados pelo MS e que constem conforme estabelecido nos anexos I, II e III desta Resolução.

Parágrafo Segundo - No caso de cirurgias múltiplas, politraumatizado e sequenciais, a complementação pela Tabela SUS Paulista incidirá apenas sobre o primeiro procedimento.

Parágrafo Terceiro- O teto para complementação de que trata este artigo fica fixado até o limite financeiro com recursos do Tesouro do Estado, conforme Anexo IV desta Resolução, por Rede Regional de Atenção à Saúde - RRAS.

Parágrafo Quarto - A apuração dos valores de complementação considerará os serviços prestados no mês de competência, sendo assim consideradas as internações hospitalares com alta do paciente naquele mês.

Parágrafo Quinto - No caso das internações psiquiátricas e de longa permanência, serão apuradas, para fins de complementação pela Tabela SUS Paulista, as diárias no mês de competência.

Artigo 3º- A avaliação da aplicação da Tabela SUS Paulista e dos seus benefícios para a população beneficiária se dará:

I - por intermédio de Pesquisa de Satisfação com os usuários dos serviços atendidos pelos estabelecimentos da Rede Complementar de Assistência à Saúde aos Usuários do SUS/SP;

II - pela verificação da prestação dos serviços pelos estabelecimentos da Rede Complementar de Assistência à Saúde aos Usuários do SUS/SP.

Artigo 4º- É condição para que o prestador de serviços conveniado ou contratado pelo SUS receba a complementação prevista na Tabela SUS Paulista:

I - celebrar Termo Aditivo aos convênios e contratos vigentes, conforme quantidade acordada entre as partes e o valor estimado, com previsão orçamentária de recursos advindos do Ministério da Saúde e do tesouro estadual;

II - disponibilizar os dados referentes aos recursos assistenciais elencados no contrato ou convênio de prestação de serviços de saúde, das entidades sob gestão estadual, no sistema informatizado de regulação da Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde- CROSS, da Secretaria da Saúde, ou sistema sucedâneo, nos seguintes módulos, quando couber:

a) módulo de regulação pré-hospitalar;

b) módulo de urgência e emergência;

c) módulo de regulação de leitos;

d) módulo de regulação ambulatorial;

III- assegurar o atendimento à população dos Municípios para os quais é referência nas áreas ambulatorial, hospitalar, urgência, emergência e eletivas, de acordo com o pactuado nas respectivas Comissões Intergestoras Regionais (CIR);

IV - comunicar, ao respectivo gestor, qualquer fato que impacte sua condição para inclusão ou manutenção na prestação de serviço;

V - disponibilizar à regulação os leitos de UTI no caso de hospitais que dispõem de Unidade de Terapia Intensiva, conforme pactuação a ser estabelecida com o respectivo gestor (estadual ou municipal).

VI - os Serviços de Terapia Renal Substitutiva (TRS) deverão disponibilizar suas vagas para a regulação do acesso, através do SIRESP - Sistema Informatizado de Regulação do Estado de São Paulo;

VII - caberá ainda, aos Serviços de TRS a adesão ao SISTRS - Sistema de Informações em Terapia Renal Substitutiva, para o monitoramento de indicadores estabelecidos pela portaria MS nº 1675/2018;

Parágrafo Primeiro – No caso das entidades sob gestão municipal, a regulação deverá ser realizada de forma integrada, conforme a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo Segundo - Visando o fortalecimento do papel das Comissões Intergestoras Regionais (CIR), garantir a transparência dos planos operativos, de prestadores de abrangência regional, tanto da gestão estadual como municipal, possibilitando discussões e pactuações que atendam às necessidades da região;

Artigo 5º - O Núcleo de Inteligência da Rede Assistencial, a ser criado por decreto, será responsável pela apuração da produção de serviços para definição dos respectivos valores a serem repassados para cada prestador de serviço conveniado ou contratado pelo SUS sob Gestão Estadual, bem como dos valores a serem repassados aos prestadores sob gestão municipal.

Parágrafo Único – Com base no arquivo para pagamento mensal emitido pelo Núcleo de Inteligência da Rede Assistencial, de que trata o parágrafo segundo, caberá à Coordenadoria de Gestão Orçamentária e Financeira processar os repasses bancários.

Artigo 6º - A Prefeitura Municipal deverá firmar Termo de Adesão à Tabela SUS Paulista visando possibilitar o repasse do Fundo Estadual de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, com fundamento no Decreto nº 53.019 de 20 de maio de 2008, do valor correspondente a remuneração de cada prestador de serviço.

Parágrafo Primeiro – O termo de Adesão à Tabela SUS Paulista deve estar assinado pelo Prefeito ou Secretário Municipal de Saúde, por ato formal de delegação de competência e o Secretário de Estado da Saúde, preferencialmente até 31.01.2024, para entrar em vigor nesse mês. Assinaturas posteriores terão vigência a partir do respectivo mês.

Parágrafo Segundo – O prestador de serviço conveniado ou contratado com a Gestão Municipal, deve celebrar termo aditivo aos convênios e contratos vigentes demonstrando os quantitativos físicos e financeiros acordados, para que possa receber a complementação segundo a Tabela SUS Paulista.

Parágrafo Terceiro – Enquanto perdurar a ausência do Termo de Adesão do Município, a(s) entidade(s) sob gestão municipal, não fará(ão) jus à complementação pela tabela SUS Paulista, sem prejuízo da remuneração, pelo gestor correspondente, dos valores da Tabela Nacional do SUS

Parágrafo Quarto – Após o processamento das contas pelo DATASUS, a SES-SP calculará o valor da complementação mensal a que o prestador faz jus, publicará resolução com a relação dos prestadores que receberão a complementação com base na Tabela SUS Paulista e respectivos valores, e, o transferirá através de repasse fundo a fundo ao município, de acordo com a produção, até o limite estabelecido.

Parágrafo Quinto - Cabe ao Gestor Municipal a obrigatoriedade do repasse dos recursos aos respectivos prestadores de serviço conveniado ou contratado pelo SUS sob sua gestão, em até cinco dias úteis, sob pena de retenção de valores.

Parágrafo Sexto - Na hipótese de o prestador deixar de oferecer os serviços contratados ao SUS, o município deverá comunicar a SES, por meio do DRS, e o recurso poderá ser remanejado para a prestação do respectivo serviço com outro prestador.

Artigo 7º – O prestador de serviço conveniado ou contratado com a Gestão Estadual, deve celebrar termo aditivo aos convênios e contratos vigentes demonstrando os quantitativos físicos e financeiros acordados, para que possa receber a complementação segundo a Tabela SUS Paulista.

Parágrafo Único – Após o processamento das contas pelo DATASUS, a SES-SP calculará o valor da complementação mensal a que o prestador sob gestão estadual faz jus e efetuará o pagamento da complementação ao prestador, de acordo com a produção, até o limite estabelecido, calculado com base na média mensal de produção do período dez/22 a nov/23.

Artigo 8º - Caso, na vigência dessa estratégia, haja correção dos valores da Tabela SIGTAP, a complementação dos valores da Tabela SUS Paulista sofrerá o ajuste proporcional, de modo a manter os valores constantes nos anexos I, II e III desta Resolução.

Artigo 9º - A Secretaria da Saúde poderá revisar os valores da complementação da Tabela SUS Paulista, sempre que entender necessário e pertinente, desde que haja disponibilidade orçamentária para tal.

Parágrafo Único- Eventuais medidas de restrição orçamentária e de contingenciamento sobre a base de pagamento incidirão sobre todas as entidades conveniadas e contratadas.

Artigo 10 - O prestador de serviço conveniado ou contratado pelo SUS deve observar a prescrição de medicamentos conforme as regras do SUS, especialmente aquelas previstas na Lei federal nº 8.080/1990 (artigos 19- M a 19-U), na legislação da RENAME, na Lei estadual nº 10.938, de 19 de outubro de 2001 (com as alterações introduzidas pela Lei estadual nº 16.882, de 20 de dezembro de 2018) e demais regramentos vigentes.

Artigo 11 - É vedada a complementação da Tabela SUS Paulista para as entidades sob intervenção.

Artigo 12 – Fica instituído o Grupo Estadual de Monitoramento e Avaliação da Tabela SUS Paulista, que terá a seguinte composição:

- I- 1 (um) representante do Gabinete do Secretário da Saúde;
- II- 2 (dois) representantes da Coordenadoria de Regiões de Saúde (CRS);
- III – 2 (dois) representantes da Coordenadoria de Planejamento da Saúde (CPS);
- IV – 2 (dois) representantes da Coordenadoria de Gestão Orçamentaria e Financeira (CGOF);
- V – 2 (dois) pessoas de Notório Saber indicado pelo Secretário da Saúde.
- VI - 1 (um) representante do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS/SP).

Artigo 13 - Os recursos financeiros concedidos com fundamento nos instrumentos infralegais anteriores serão mantidos até que sejam substituídos pela remuneração da Tabela SUS Paulista.

Artigo 14 - Os convênios firmados com base na Resolução SS 01, de 07 de janeiro de 2022 deixam de ter a avaliação prevista nos termos do artigo 7º, e passam a ter sua avaliação elaborada, obrigatoriamente, por equipe técnica, cujo documento é fundamental para elaboração do relatório Governamental pelo Gestor do Convênio, relatório parte integrante da prestação de contas do exercício fiscal, conforme instrução do Tribunal de Contas.

Artigo 15 - A participação dos prestadores de serviço conveniado ou contratado pelo SUS implica na aceitação integral e irretratável, pelo interessado, dos termos desta resolução e dos convênios e contratos já celebrados entre as partes.

Artigo 16 - Integram esta Resolução os seguintes anexos:

Anexo I – Tabela SUS Paulista Hospitalar Anexo II –
Tabela SUS Paulista Ambulatorial Anexo III – Tabela SUS
Paulista OPME

Anexo IV – Limite de remuneração por RRAS

Anexo V – Minuta de Termo de Adesão a Tabela SUS Paulista

Anexo VI – Termo Aditivo à Convênio com Instituições Sem Fins Lucrativos Anexo VII -
Termo Aditivo à Contrato com Estabelecimentos Privados

Com Fins Lucrativos Anexo VIII - Termo de Retirratificação à Convênio com HC e
Fundação de Apoio

Artigo 17 - Ficam revogadas as Resoluções SS nº 13 de 05 de fevereiro de 2014, SS nº 39 de abril de 2014, SS nº 46 de 15 de maio de 2015, SS nº 02 de 01 de fevereiro de 2017, SS nº 95 de 24 de novembro de 2017, SS nº 01, de 07 de janeiro de 2022, SS nº 28, de 28 de fevereiro de 2023 e SS nº 99, de 05 de agosto de 2022 e o art. 6º da Resolução SS nº 181, de 07 de dezembro de 2021.

Artigo 18 – Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação, com efeitos financeiros a partir da competência de Janeiro de 2024, revogando-se as disposições em contrário.

(Republicado por haver saído com incorreções)

Anexo I – Tabela SUS Paulista Hospitalar

| Cod Proced | Procedimento | Tab MS | Tab Paulista |
|------------|---|--------------|--------------|
| 0702030023 | ANCORA | R\$ 197,60 | R\$ 422,81 |
| 0702030031 | ARRUELA DENTEADA | R\$ 41,06 | R\$ 205,30 |
| 0702030074 | CENTRALIZADOR PARA COMPONENTE FEMORAL CIMENTADO MODULAR | R\$ 104,44 | R\$ 136,42 |
| 0702030082 | CIMENTO C/ ANTIBIOTICO | R\$ 109,62 | R\$ 309,68 |
| 0702030090 | COMPONENTE ACETABULAR DE POLIETILENO CIMENTADO PRIMARIO / REVISAO | R\$ 282,87 | R\$ 1.414,35 |
| 0702030104 | COMPONENTE ACETABULAR METALICO DE FIXACAO BIOLOGICA PRIMARIA / REVISAO | R\$ 1.027,28 | R\$ 2.035,30 |
| 0702030112 | COMPONENTE CEFALICO | R\$ 426,15 | R\$ 834,72 |
| 0702030120 | COMPONENTE CEFALICO / POLIETILENO / METAL P/ HEMIARTROPLASTIA BIPOLAR / METALICO P/ HEMIARTROPLASIA | R\$ 1.008,00 | R\$ 2.980,00 |
| 0702030139 | COMPONENTE CEFALICO PARA ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL (INCLUI PROTESE) | R\$ 463,48 | R\$ 840,06 |
| 0702030147 | COMPONENTE DE AUMENTO TIBIAL P/ REVISAO DE PROTESE TOTAL DE JOELHO | R\$ 464,61 | R\$ 1.422,00 |
| 0702030155 | COMPONENTE DE AUMENTO FEMURAL P/ REVISAO DE PROTESE TOTAL DE JOELHO | R\$ 2.122,37 | R\$ 2.365,72 |
| 0702030163 | COMPONENTE FEMORAL CIMENTADO MODULAR PRIMARIO | R\$ 1.008,00 | R\$ 2.428,00 |
| 0702030180 | COMPONENTE FEMORAL DE REVISAO CIMENTADO / FIXACAO BIOLOGICA | R\$ 1.758,84 | R\$ 3.740,00 |
| 0702030198 | COMPONENTE FEMORAL MODULAR DE REVISAO CIMENTADA P/ ENXERTO IMPACTADO | R\$ 2.601,84 | R\$ 3.780,00 |

| | | | |
|------------|---|--------------|--------------|
| 0702030201 | COMPONENTE FEMORAL MODULAR DE REVISAO NAO CIMENTADA P/ REVESTIMENTO TOTAL | R\$ 2.355,52 | R\$ 3.920,00 |
| 0702030210 | COMPONENTE FEMORAL NAO CIMENTADO MODULAR PRIMARIO | R\$ 1.695,27 | R\$ 2.420,00 |
| 0702030228 | COMPONENTE FEMORAL PRIMARIO CIMENTADO / FIXACAO BIOLOGICA | R\$ 1.671,60 | R\$ 2.540,00 |
| 0702030244 | COMPONENTE PATELAR CIMENTADO / FIXACAO BIOLOGICA | R\$ 148,57 | R\$ 484,00 |
| 0702030252 | COMPONENTE TIBIAL DE REVISAO DE POLIETILENO | R\$ 528,50 | R\$ 1.380,00 |
| 0702030260 | COMPONENTE TIBIAL DE REVISAO METALICO CIMENTADO / FIXACAO BIOLOGICA EM CUNHA | R\$ 1.316,68 | R\$ 1.460,00 |
| 0702030279 | COMPONENTE TIBIAL PRIMARIO DE POLIETILENO | R\$ 352,96 | R\$ 1.176,00 |
| 0702030287 | COMPONENTE TIBIAL PRIMARIO METALICO CIMENTADO / FIXACAO BIOLOGICA | R\$ 854,48 | R\$ 1.568,00 |
| 0702030295 | COMPONENTE UMERAL CIMENTADO / FIXACAO BIOLOGICA | R\$ 793,25 | R\$ 3.560,00 |
| 0702030309 | COMPONENTE UMERAL CIMENTADO / FIXACAO BIOLOGICA DE REVISAO | R\$ 900,59 | R\$ 1.227,05 |
| 0702030325 | FIO OLIVADO P/ FIXADOR EXTERNO | R\$ 16,94 | R\$ 84,70 |
| 0702030333 | FIO TIPO STEINMAN ROSQUEADO | R\$ 15,82 | R\$ 79,10 |
| 0702030350 | FIXADOR EXTERNO C/ SISTEMA DE ALONGAMENTO MONOFOCAL | R\$ 1.054,91 | R\$ 1.555,99 |
| 0702030368 | FIXADOR EXTERNO C/ SISTEMA DE CORRECAO ANGULAR E/OU ROTACIONAL | R\$ 1.351,04 | R\$ 1.992,78 |
| 0702030384 | FIXADOR EXTERNO CIRCULAR / SEMI-CIRCULAR | R\$ 1.163,90 | R\$ 1.585,81 |
| 0702030392 | FIXADOR EXTERNO HIBRIDO | R\$ 913,16 | R\$ 1.278,00 |
| 0702030406 | FIXADOR EXTERNO LINEAR | R\$ 648,11 | R\$ 1.122,31 |
| 0702030414 | FIXADOR EXTERNO P/ PUNHO | R\$ 561,66 | R\$ 1.168,59 |
| 0702030422 | FIXADOR EXTERNO TIPO PLATAFORMA - SISTEMA DE ALONGAMENTO / TRANSPLANTE OSSEO | R\$ 1.054,91 | R\$ 1.333,09 |
| 0702030430 | FIXADOR PELVICO | R\$ 950,74 | R\$ 1.860,00 |
| 0702030481 | HASTE FEMORAL CURTA C/ BLOQUEIO CEFALICO (INCLUI PARAFUSOS) | R\$ 936,58 | R\$ 1.520,00 |
| 0702030490 | HASTE FEMORAL LONGA C/ BLOQUEIO CEFALICO (INCLUI PARAFUSOS) | R\$ 989,15 | R\$ 1.890,00 |
| 0702030511 | HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE FEMUR (INCLUI PARAFUSOS) | R\$ 1.120,00 | R\$ 1.960,00 |
| 0702030520 | HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE TIBIA (INCLUI PARAFUSOS) | R\$ 1.096,39 | R\$ 1.580,00 |
| 0702030538 | HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE UMERO (INCLUI PARAFUSOS) | R\$ 1.010,56 | R\$ 1.376,89 |
| 0702030546 | HASTE INTRAMEDULAR FLEXIVEL P/ USO INFANTIL | R\$ 151,63 | R\$ 351,59 |
| 0702030562 | HASTE INTRAMEDULAR RETROGRADA (INCLUI PARAFUSOS) | R\$ 905,90 | R\$ 1.638,00 |
| 0702030589 | HASTE TIBIAL P/ REVISAO DE PROTESE TOTAL DO JOELHO | R\$ 652,39 | R\$ 1.097,90 |
| 0702030597 | COMPONENTE ACETABULAR DE POLIETILENO P/ COMPONENTE METALICO PRIMARIO / DE REVISAO DE FIXACAO BIOLOGI | R\$ 372,78 | R\$ 986,00 |
| 0702030600 | MINI-FIXADOR EXTERNO | R\$ 780,00 | R\$ 1.114,66 |
| 0702030627 | PARAFUSO CANULADO 3,5 MM | R\$ 116,02 | R\$ 171,13 |
| 0702030635 | PARAFUSO CANULADO 4,5 MM | R\$ 102,92 | R\$ 151,81 |

| | | | |
|------------|---|------------|--------------|
| 0702030643 | PARAFUSO CANULADO 7,0 MM | R\$ 90,29 | R\$ 133,18 |
| 0702030660 | PARAFUSO CORTICAL 1,5 MM | R\$ 18,06 | R\$ 26,64 |
| 0702030678 | PARAFUSO CORTICAL 2,0 MM | R\$ 15,34 | R\$ 22,63 |
| 0702030686 | PARAFUSO CORTICAL 2,7 MM | R\$ 16,94 | R\$ 24,99 |
| 0702030694 | PARAFUSO CORTICAL 3,5 MM | R\$ 15,34 | R\$ 40,04 |
| 0702030708 | PARAFUSO CORTICAL 4,5 MM | R\$ 18,06 | R\$ 49,81 |
| 0702030724 | PARAFUSO ESPONJOSO 4,0 MM | R\$ 27,71 | R\$ 47,11 |
| 0702030732 | PARAFUSO ESPONJOSO 6,5 MM | R\$ 27,71 | R\$ 54,48 |
| 0702030740 | PARAFUSO MALEOLAR | R\$ 21,89 | R\$ 37,21 |
| 0702030767 | PARAFUSO P/ COMPONENTE ACETABULAR | R\$ 109,67 | R\$ 217,71 |
| 0702030805 | PINO DE SHANTZ | R\$ 28,45 | R\$ 92,00 |
| 0702030813 | PLACA C/ PARAFUSO DESLIZANTE DE 135 OU 150 GRAUS | R\$ 764,34 | R\$ 1.377,41 |
| 0702030821 | PLACA C/ PARAFUSO DESLIZANTE DE 95 GRAUS | R\$ 686,87 | R\$ 1.583,00 |
| 0702030830 | PLACA 1/3 TUBULAR 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS) | R\$ 148,40 | R\$ 372,22 |
| 0702030848 | PLACA 1/3 TUBULAR 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS) | R\$ 177,20 | R\$ 419,90 |
| 0702030880 | PLACA CONDILEA 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS) | R\$ 534,97 | R\$ 887,63 |
| 0702030899 | PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS) | R\$ 183,81 | R\$ 405,53 |
| 0702030902 | PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM ESTREITA (INCLUI PARAFUSOS) | R\$ 235,88 | R\$ 516,61 |
| 0702030910 | PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM LARGA (INCLUI PARAFUSOS) | R\$ 296,13 | R\$ 586,71 |
| 0702030929 | PLACA DE RECONSTRUCAO 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS) | R\$ 299,90 | R\$ 391,74 |
| 0702030937 | PLACA DE RECONSTRUCAO DE 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS) | R\$ 325,69 | R\$ 425,43 |
| 0702030945 | PLACA DE SUPORTE DE PLATEAU TIBIAL 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS) | R\$ 288,71 | R\$ 754,55 |
| 0702030953 | PLACA EM L 2,7MM (INCLUI PARAFUSOS) | R\$ 131,36 | R\$ 171,59 |
| 0702030961 | PLACA EM L 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS) | R\$ 275,48 | R\$ 359,85 |
| 0702030970 | PLACA EM L 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS) | R\$ 288,71 | R\$ 467,00 |
| 0702030988 | PLACA EM T 2,7MM (INCLUI PARAFUSOS) | R\$ 131,36 | R\$ 171,59 |
| 0702030996 | PLACA EM T 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS) | R\$ 275,48 | R\$ 424,00 |
| 0702031003 | PLACA EM T 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS) | R\$ 326,00 | R\$ 564,27 |
| 0702031011 | PLACA EM TREVO 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS) | R\$ 275,48 | R\$ 782,16 |
| 0702031020 | PLACA EM TREVO 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS) | R\$ 288,71 | R\$ 377,13 |
| 0702031046 | PLACA P/ CALCANEO (INCLUI PARAFUSO) | R\$ 320,61 | R\$ 1.220,00 |
| 0702031054 | PLACA PONTE 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS) | R\$ 527,20 | R\$ 688,66 |
| 0702031062 | PLACA PONTE 4,5 MM (INCLUI PARAFUSO) | R\$ 564,13 | R\$ 756,33 |
| 0702031070 | PLACA SEMITUBULAR 2,7 MM (INCLUI PARAFUSOS) | R\$ 146,64 | R\$ 208,05 |

| | | | |
|------------|--|--------------|---------------|
| 0702031089 | PLACA SEMITUBULAR 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS) | R\$ 146,64 | R\$ 208,05 |
| 0702031151 | PROTESE NAO CONVENCIONAL ARTICULADA DISTAL DE MEMBRO INFERIOR | R\$ 4.059,61 | R\$ 12.698,25 |
| 0702031160 | PROTESE NAO CONVENCIONAL ARTICULADA DISTAL DE MEMBRO SUPERIOR | R\$ 3.487,09 | R\$ 16.240,00 |
| 0702031178 | PROTESE NAO CONVENCIONAL ARTICULADA PROXIMAL DE MEMBRO INFERIOR | R\$ 3.549,36 | R\$ 10.941,00 |
| 0702031186 | PROTESE NAO CONVENCIONAL ARTICULADA PROXIMAL DE MEMBRO SUPERIOR | R\$ 2.241,70 | R\$ 8.280,00 |
| 0702031194 | PROTESE NAO CONVENCIONAL BI-ARTICULADA TOTAL | R\$ 5.604,26 | R\$ 28.021,30 |
| 0702031208 | PROTESE NAO CONVENCIONAL DIAFISARIA | R\$ 2.209,55 | R\$ 2.960,00 |
| 0702031216 | PROTESE NAO CONVENCIONAL EXTENSIVEL | R\$ 5.003,80 | R\$ 15.780,00 |
| 0702031240 | PROTESE TOTAL DE COTOVELO (COMPONENTE UMERAL CIMENTADO + COMPONENTE ULNAR) | R\$ 3.800,00 | R\$ 9.260,00 |
| 0702031259 | RESTRITOR DE CIMENTO FEMORAL/UMERAL | R\$ 28,80 | R\$ 144,00 |
| 0702031267 | SISTEMA DE FIXACAO OCCIPITO-CERVICAL ASSOCIADO A PARAFUSO GANCHO E FIO | R\$ 1.459,63 | R\$ 2.680,00 |
| 0702031283 | TELA DE RECONSTRUCAO ACETABULAR | R\$ 396,88 | R\$ 563,07 |
| 0702031291 | TELA DE RECONSTRUCAO FEMORAL | R\$ 334,22 | R\$ 826,00 |
| 0702031321 | PARAFUSO BLOQUEADO | R\$ 21,60 | R\$ 31,86 |
| 0702031348 | FIO DE KIRSCHNER | R\$ 13,00 | R\$ 29,41 |
| 0702031380 | CIMENTO S/ ANTIBIOTICO | R\$ 60,59 | R\$ 169,44 |
| 0702031399 | PLACA BLOQUEADA DE RADIO DISTAL (INCLUI PARAFUSO) | R\$ 293,42 | R\$ 1.467,10 |
| 0702050156 | DISPOSITIVO INTERSOMATICO DE MANUTENCAO DE ESPACO INTERVERTEBRAL CARREADOR DE ENXERTO (TIPO CESTA) | R\$ 1.356,35 | R\$ 2.262,00 |
| 0702050466 | PLACA CERVICAL ASSOCIADA A PARAFUSOS DE TITANIO P/ FIXACAO EM ESTRUTURAS POSTERIORES | R\$ 1.280,39 | R\$ 2.296,00 |
| 0702050520 | SISTEMA PARA FIXACAO TRANSVERSAL DE TITANIO | R\$ 781,26 | R\$ 1.620,00 |
| 0702050792 | FIO TIPO STEINMAN LISO | R\$ 13,44 | R\$ 43,84 |
| 0702050822 | DISPOSITIVO PEDICULAR PARA FIXACAO DE HASTE (INCLUI BLOQUEADOR) | R\$ 500,00 | R\$ 580,00 |

Anexo II – Tabela SUS Paulista Ambulatorial

ANEXO II - TABELA SIA

| Cod Proced | Procedimento | Tab SUS MS | Tab SUS Paulista |
|------------|---|------------|------------------|
| 0201010011 | AMNIOCENTESE | R\$ 2,20 | R\$ 4,40 |
| 0201010020 | BIOPSIA / PUNCAO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE | R\$ 14,10 | R\$ 28,20 |
| 0201010046 | BIOPSIA DE ANUS E CANAL ANAL | R\$ 18,46 | R\$ 36,92 |
| 0201010062 | BIOPSIA DE BEXIGA | R\$ 41,68 | R\$ 83,36 |
| 0201010070 | BIOPSIA DE BOLSA ESCROTAL | R\$ 18,33 | R\$ 36,66 |
| 0201010089 | BIOPSIA DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO | R\$ 19,06 | R\$ 38,12 |

| | | | |
|------------|---|------------|------------|
| 0201010097 | BIOPSIA DE CONJUNTIVA | R\$ 31,10 | R\$ 62,20 |
| 0201010119 | BIOPSIA DE CORNEA | R\$ 68,62 | R\$ 137,24 |
| 0201010151 | BIOPSIA DE ENDOMETRIO | R\$ 18,33 | R\$ 36,66 |
| 0201010160 | BIOPSIA DE ENDOMETRIO POR ASPIRACAO MANUAL INTRA-UTERINA | R\$ 85,69 | R\$ 171,38 |
| 0201010178 | BIOPSIA DE EPIDIDIMO | R\$ 46,19 | R\$ 92,38 |
| 0201010186 | BIOPSIA DE ESCLERA | R\$ 68,62 | R\$ 137,24 |
| 0201010194 | BIOPSIA DE FARINGE/LARINGE | R\$ 19,06 | R\$ 38,12 |
| 0201010216 | BIOPSIA DE FIGADO POR PUNCAO | R\$ 71,15 | R\$ 142,30 |
| 0201010224 | BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO | R\$ 46,19 | R\$ 92,38 |
| 0201010232 | BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR | R\$ 31,27 | R\$ 62,54 |
| 0201010240 | BIOPSIA DE IRIS, CORPO CILIAR, RETINA, COROIDE, VITREO E TUMOR INTRA OCULAR | R\$ 199,21 | R\$ 398,42 |
| 0201010267 | BIOPSIA DE LESAO DE PARTES MOLES (POR AGULHA / CEU ABERTO) | R\$ 114,36 | R\$ 228,72 |
| 0201010275 | BIOPSIA DE MEDULA OSSEA | R\$ 200,00 | R\$ 400,00 |
| 0201010283 | BIOPSIA DE MUSCULO (A CEU ABERTO) | R\$ 18,33 | R\$ 36,66 |
| 0201010291 | BIOPSIA DE NERVO | R\$ 30,06 | R\$ 60,12 |
| 0201010305 | BIOPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DA CINTURA ESCAPULAR (POR AGULHA / CEU ABERTO) | R\$ 182,75 | R\$ 365,50 |
| 0201010313 | BIOPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DA CINTURA PELVICA (POR AGULHA / CEU ABERTO) | R\$ 183,39 | R\$ 366,78 |
| 0201010321 | BIOPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DE MEMBRO INFERIOR (POR AGULHA / CEU ABERTO) | R\$ 188,78 | R\$ 377,56 |
| 0201010330 | BIOPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DE MEMBRO SUPERIOR (POR AGULHA / CEU ABERTO) | R\$ 188,26 | R\$ 376,52 |
| 0201010348 | BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE | R\$ 23,99 | R\$ 47,98 |
| 0201010356 | BIOPSIA DE PALPEBRA | R\$ 18,33 | R\$ 36,66 |
| 0201010364 | BIOPSIA DE PAVILHAO AURICULAR | R\$ 14,66 | R\$ 29,32 |
| 0201010372 | BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES | R\$ 25,83 | R\$ 51,66 |
| 0201010380 | BIOPSIA DE PENIS | R\$ 18,33 | R\$ 36,66 |
| 0201010399 | BIOPSIA DE PIRAMIDE NASAL | R\$ 18,33 | R\$ 36,66 |
| 0201010402 | BIOPSIA DE PLEURA (POR ASPIRAÇÃO/AGULHA / PLEUROSCOPIA) | R\$ 113,68 | R\$ 227,36 |
| 0201010410 | BIÓPSIA DE PRÓSTATA VIA TRANSRETAL | R\$ 202,81 | R\$ 405,62 |
| 0201010437 | BIOPSIA DE RIM POR PUNCAO | R\$ 46,19 | R\$ 92,38 |
| 0201010445 | BIOPSIA DE SEIO PARANASAL | R\$ 18,33 | R\$ 36,66 |
| 0201010461 | BIOPSIA DE TESTICULO | R\$ 46,19 | R\$ 92,38 |
| 0201010470 | BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE - PAAF | R\$ 23,73 | R\$ 47,46 |
| 0201010488 | BIOPSIA DE URETER | R\$ 46,19 | R\$ 92,38 |

| | | | |
|------------|---|------------|------------|
| 0201010496 | BIOPSIA DE URETRA | R\$ 46,19 | R\$ 92,38 |
| 0201010500 | BIOPSIA/PUNÇÃO DE VAGINA | R\$ 18,33 | R\$ 36,66 |
| 0201010518 | BIOPSIA/PUNÇÃO DE VULVA | R\$ 18,33 | R\$ 36,66 |
| 0201010526 | BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA | R\$ 21,56 | R\$ 43,12 |
| 0201010542 | BIOPSIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA / ULTRASSONOGRRAFIA / RESSONÂNCIA MAGNÉTICA / RAIOS X | R\$ 97,00 | R\$ 194,00 |
| 0201010569 | BIOPSIA/EXERESE DE NÓDULO DE MAMA | R\$ 70,00 | R\$ 140,00 |
| 0201010585 | PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA | R\$ 66,48 | R\$ 132,96 |
| 0201010593 | PUNÇÃO DE CISTERNA SUB-OCCIPITAL | R\$ 7,04 | R\$ 14,08 |
| 0201010607 | PUNÇÃO DE MAMA POR AGULHA GROSSA | R\$ 140,00 | R\$ 280,00 |
| 0201010615 | PUNÇÃO DE VAGINA | R\$ 14,10 | R\$ 28,20 |
| 0201010623 | PUNÇÃO EXPLORADORA DO DEFERENTE | R\$ 14,10 | R\$ 28,20 |
| 0201010631 | PUNÇÃO LOMBAR | R\$ 7,04 | R\$ 14,08 |
| 0201010640 | PUNÇÃO P/ ESVAZIAMENTO | R\$ 13,25 | R\$ 26,50 |
| 0201010658 | PUNÇÃO VENTRICULAR TRANSFONTANELA | R\$ 7,04 | R\$ 14,08 |
| 0201010666 | BIOPSIA DO COLO UTERINO | R\$ 18,33 | R\$ 36,66 |
| 0201020017 | COLETA DE LAVADO BRONCO-ALVEOLAR | R\$ 2,80 | R\$ 5,60 |
| 0203010019 | EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA | R\$ 13,72 | R\$ 27,44 |
| 0203010027 | EXAME CITOPATOLOGICO HORMONAL SERIADO (MINIMO 3 COLETAS) | R\$ 20,96 | R\$ 41,92 |
| 0203010035 | EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CERVICO-VAGINAL E DE MAMA) | R\$ 20,96 | R\$ 41,92 |
| 0203010043 | EXAME CITOPATOLOGICO DE MAMA | R\$ 35,34 | R\$ 70,68 |
| 0203010078 | CONTROLE DE QUALIDADE DO EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL | R\$ 17,63 | R\$ 35,26 |
| 0203010086 | EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA-RASTREAMENTO | R\$ 14,37 | R\$ 28,74 |
| 0203020014 | DETERMINACAO DE RECEPTORES TUMORAIS HORMONAIS | R\$ 93,70 | R\$ 187,40 |
| 0203020022 | EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO - PEÇA CIRURGICA | R\$ 61,77 | R\$ 123,54 |
| 0203020030 | EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRURGICA OU POR BIOPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA) | R\$ 40,78 | R\$ 81,56 |
| 0203020049 | IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR) | R\$ 131,52 | R\$ 263,04 |
| 0203020065 | EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - BIOPSIA | R\$ 45,83 | R\$ 91,66 |
| 0203020073 | EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - PEÇA CIRURGICA | R\$ 61,77 | R\$ 123,54 |
| 0203020081 | EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO - BIOPSIA | R\$ 40,78 | R\$ 81,56 |
| 0204010012 | DACRIOCISTOGRAFIA | R\$ 48,85 | R\$ 73,28 |
| 0204010020 | PLANIGRAFIA DE LARINGE | R\$ 27,32 | R\$ 40,98 |
| 0204010039 | RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ) | R\$ 8,38 | R\$ 12,57 |
| 0204010047 | RADIOGRAFIA DE ARCADEA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS) | R\$ 6,96 | R\$ 10,44 |

| | | | |
|------------|---|------------|------------|
| 0204010055 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL | R\$ 8,38 | R\$ 12,57 |
| 0204010063 | RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ) | R\$ 6,88 | R\$ 10,32 |
| 0204010071 | RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLÍQUA / BRETTON + HIRTZ) | R\$ 9,15 | R\$ 13,73 |
| 0204010080 | RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL) | R\$ 7,52 | R\$ 11,28 |
| 0204010098 | RADIOGRAFIA DE LARINGE | R\$ 5,74 | R\$ 8,61 |
| 0204010101 | RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL) | R\$ 9,03 | R\$ 13,55 |
| 0204010110 | RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA) | R\$ 7,20 | R\$ 10,80 |
| 0204010128 | RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ) | R\$ 8,38 | R\$ 12,57 |
| 0204010136 | RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (LOCALIZACAO DE CORPO ESTRANHO) | R\$ 7,98 | R\$ 11,97 |
| 0204010144 | RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ) | R\$ 7,32 | R\$ 10,98 |
| 0204010152 | RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON) | R\$ 7,20 | R\$ 10,80 |
| 0204010160 | RADIOGRAFIA OCLUSAL | R\$ 3,51 | R\$ 5,27 |
| 0204010179 | RADIOGRAFIA PANORAMICA | R\$ 9,03 | R\$ 13,55 |
| 0204010195 | SIALOGRAFIA (POR GLANDULA) | R\$ 48,85 | R\$ 73,28 |
| 0204010209 | TELERRADIOGRAFIA COM TRACADOS E SEM TRACADOS | R\$ 6,44 | R\$ 9,66 |
| 0204020018 | MIELOGRAFIA | R\$ 118,60 | R\$ 177,90 |
| 0204020026 | PLANIGRAFIA DE COLUNA VERTEBRAL | R\$ 19,60 | R\$ 29,40 |
| 0204020034 | RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS) | R\$ 8,33 | R\$ 12,50 |
| 0204020042 | RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO) | R\$ 8,19 | R\$ 12,29 |
| 0204020050 | RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA | R\$ 10,29 | R\$ 15,44 |
| 0204020069 | RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA | R\$ 10,96 | R\$ 16,44 |
| 0204020077 | RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS) | R\$ 14,90 | R\$ 22,35 |
| 0204020085 | RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA | R\$ 16,88 | R\$ 25,32 |
| 0204020093 | RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL) | R\$ 9,16 | R\$ 13,74 |
| 0204020107 | RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR | R\$ 9,73 | R\$ 14,60 |
| 0204020115 | RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINAMICA | R\$ 15,58 | R\$ 23,37 |
| 0204020123 | RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA | R\$ 7,80 | R\$ 11,70 |
| 0204030013 | BRONCOGRAFIA UNILATERAL | R\$ 110,41 | R\$ 165,62 |
| 0204030021 | DUCTOGRAFIA (POR MAMA) | R\$ 57,16 | R\$ 85,74 |
| 0204030030 | MAMOGRAFIA | R\$ 22,50 | R\$ 33,75 |
| 0204030048 | MARCACAO PRE-CIRURGICA DE LESAO NAO PALPAVEL DE MAMA ASSOCIADA A MAMOGRAFIA | R\$ 62,50 | R\$ 93,75 |
| 0204030056 | RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL + OBLIQUA) | R\$ 14,32 | R\$ 21,48 |
| 0204030064 | RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL) | R\$ 9,05 | R\$ 13,58 |
| 0204030072 | RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX) | R\$ 8,37 | R\$ 12,56 |

| | | | |
|------------|--|-----------|------------|
| 0204030080 | RADIOGRAFIA DE ESOFAGO | R\$ 19,24 | R\$ 28,86 |
| 0204030099 | RADIOGRAFIA DE ESTERNO | R\$ 7,98 | R\$ 11,97 |
| 0204030102 | RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL) | R\$ 8,73 | R\$ 13,10 |
| 0204030110 | RADIOGRAFIA DE PNEUMOMEDIASTINO | R\$ 27,27 | R\$ 40,91 |
| 0204030129 | RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDOTICA) | R\$ 5,56 | R\$ 8,34 |
| 0204030137 | RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA + INSPIRAÇÃO + EXPIRAÇÃO + LATERAL) | R\$ 14,32 | R\$ 21,48 |
| 0204030145 | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA) | R\$ 12,02 | R\$ 18,03 |
| 0204030153 | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL) | R\$ 9,50 | R\$ 14,25 |
| 0204030161 | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRAO OIT) | R\$ 6,55 | R\$ 9,83 |
| 0204030170 | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA) | R\$ 6,88 | R\$ 10,32 |
| 0204030188 | MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO | R\$ 45,00 | R\$ 67,50 |
| 0204040019 | RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO | R\$ 6,42 | R\$ 9,63 |
| 0204040027 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR | R\$ 7,40 | R\$ 11,10 |
| 0204040035 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL | R\$ 7,40 | R\$ 11,10 |
| 0204040043 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR | R\$ 7,40 | R\$ 11,10 |
| 0204040051 | RADIOGRAFIA DE BRACO | R\$ 7,77 | R\$ 11,66 |
| 0204040060 | RADIOGRAFIA DE CLAVICULA | R\$ 7,40 | R\$ 11,10 |
| 0204040078 | RADIOGRAFIA DE COTOVELO | R\$ 5,90 | R\$ 8,85 |
| 0204040086 | RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO | R\$ 5,62 | R\$ 8,43 |
| 0204040094 | RADIOGRAFIA DE MAO | R\$ 6,30 | R\$ 9,45 |
| 0204040108 | RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA) | R\$ 6,00 | R\$ 9,00 |
| 0204040116 | RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES) | R\$ 7,98 | R\$ 11,97 |
| 0204040124 | RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA) | R\$ 6,91 | R\$ 10,37 |
| 0204050014 | CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE | R\$ 47,76 | R\$ 71,64 |
| 0204050022 | COLANGIOGRAFIA PER-OPERATORIA | R\$ 32,61 | R\$ 48,92 |
| 0204050030 | COLANGIOGRAFIA POS-OPERATORIA | R\$ 32,61 | R\$ 48,92 |
| 0204050049 | DUODENOGRAFIA HIPOTONICA | R\$ 34,52 | R\$ 51,78 |
| 0204050057 | FISTULOGRAFIA | R\$ 45,34 | R\$ 68,01 |
| 0204050065 | HISTEROSSALPINGOGRAFIA | R\$ 45,34 | R\$ 68,01 |
| 0204050073 | PIELOGRAFIA ANTEROGRADA PERCUTANEA | R\$ 73,15 | R\$ 109,73 |
| 0204050081 | PIELOGRAFIA ASCENDENTE | R\$ 52,11 | R\$ 78,17 |
| 0204050103 | PLANIGRAFIA DE RIM S/ CONTRASTE | R\$ 14,48 | R\$ 21,72 |
| 0204050111 | RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA) | R\$ 10,73 | R\$ 16,10 |
| 0204050120 | RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS) | R\$ 15,30 | R\$ 22,95 |

| | | | |
|------------|--|------------|------------|
| 0204050138 | RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP) | R\$ 7,17 | R\$ 10,76 |
| 0204050146 | RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO | R\$ 35,22 | R\$ 52,83 |
| 0204050154 | RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO) | R\$ 47,59 | R\$ 71,39 |
| 0204050162 | RADIOGRAFIA P/ ESTUDO DO DELGADO C/ DUPLO CONTRASTE (ENTEROCLISE) | R\$ 48,09 | R\$ 72,14 |
| 0204050170 | URETROCISTOGRAFIA | R\$ 52,11 | R\$ 78,17 |
| 0204050189 | UROGRAFIA VENOSA | R\$ 57,40 | R\$ 86,10 |
| 0204060010 | ARTROGRAFIA | R\$ 45,34 | R\$ 68,01 |
| 0204060028 | DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (VERTEBRAS LOMBARES E/OU FEMUR) | R\$ 55,10 | R\$ 82,65 |
| 0204060036 | ESCANOMETRIA | R\$ 7,77 | R\$ 11,66 |
| 0204060044 | PLANIGRAFIA DE OSSO - SUBSIDIARIA A OUTROS EXAMES (POR PLANO) | R\$ 18,68 | R\$ 28,02 |
| 0204060052 | PLANIGRAFIA DE OSSO EM 2 PLANOS | R\$ 18,68 | R\$ 28,02 |
| 0204060060 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL | R\$ 7,77 | R\$ 11,66 |
| 0204060079 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA | R\$ 7,77 | R\$ 11,66 |
| 0204060087 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA | R\$ 6,50 | R\$ 9,75 |
| 0204060095 | RADIOGRAFIA DE BACIA | R\$ 7,77 | R\$ 11,66 |
| 0204060109 | RADIOGRAFIA DE CALCANEIO | R\$ 6,50 | R\$ 9,75 |
| 0204060117 | RADIOGRAFIA DE COXA | R\$ 8,94 | R\$ 13,41 |
| 0204060125 | RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL) | R\$ 6,78 | R\$ 10,17 |
| 0204060133 | RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL) | R\$ 7,16 | R\$ 10,74 |
| 0204060141 | RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS) | R\$ 9,29 | R\$ 13,94 |
| 0204060150 | RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE | R\$ 6,78 | R\$ 10,17 |
| 0204060168 | RADIOGRAFIA DE PERNA | R\$ 8,94 | R\$ 13,41 |
| 0204060176 | RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES | R\$ 9,29 | R\$ 13,94 |
| 0205010016 | ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE | R\$ 165,00 | R\$ 330,00 |
| 0205010024 | ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGICA | R\$ 165,00 | R\$ 330,00 |
| 0205010032 | ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA | R\$ 67,86 | R\$ 135,72 |
| 0205010040 | ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS | R\$ 39,60 | R\$ 79,20 |
| 0205010059 | ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO | R\$ 42,90 | R\$ 85,80 |
| 0205020011 | ECODOPPLER TRANSCRANIANO | R\$ 117,00 | R\$ 234,00 |
| 0205020020 | PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA | R\$ 14,81 | R\$ 29,62 |
| 0205020038 | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR | R\$ 24,20 | R\$ 48,40 |
| 0205020046 | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL | R\$ 37,95 | R\$ 75,90 |
| 0205020054 | ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO | R\$ 24,20 | R\$ 48,40 |
| 0205020062 | ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULACAO | R\$ 24,20 | R\$ 48,40 |

| | | | |
|------------|--|--------------|--------------|
| 0205020070 | ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL | R\$ 24,20 | R\$ 48,40 |
| 0205020089 | ULTRASSONOGRRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR) | R\$ 24,20 | R\$ 48,40 |
| 0205020097 | ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL | R\$ 24,20 | R\$ 48,40 |
| 0205020100 | ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL | R\$ 24,20 | R\$ 48,40 |
| 0205020119 | ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL) | R\$ 24,20 | R\$ 48,40 |
| 0205020127 | ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE | R\$ 24,20 | R\$ 48,40 |
| 0205020135 | ULTRASSONOGRRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA) | R\$ 24,20 | R\$ 48,40 |
| 0205020143 | ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA | R\$ 24,20 | R\$ 48,40 |
| 0205020151 | ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO | R\$ 39,60 | R\$ 79,20 |
| 0205020160 | ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA) | R\$ 24,20 | R\$ 48,40 |
| 0205020178 | ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA | R\$ 24,20 | R\$ 48,40 |
| 0205020186 | ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL | R\$ 24,20 | R\$ 48,40 |
| 0205020194 | MARCAÇÃO DE LESÃO PRE-CIRURGICA DE LESÃO NÃO PALPAVEL DE MAMA ASSOCIADA A ULTRASSONOGRRAFIA | R\$ 25,43 | R\$ 50,86 |
| 0206010010 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE | R\$ 86,76 | R\$ 130,14 |
| 0206010028 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE | R\$ 101,10 | R\$ 151,65 |
| 0206010036 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE | R\$ 86,76 | R\$ 130,14 |
| 0206010044 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES | R\$ 86,75 | R\$ 130,13 |
| 0206010052 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO | R\$ 86,75 | R\$ 130,13 |
| 0206010060 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA | R\$ 97,44 | R\$ 146,16 |
| 0206010079 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO | R\$ 97,44 | R\$ 146,16 |
| 0206010087 | TOMOMIELOGRAFIA COMPUTADORIZADA | R\$ 138,63 | R\$ 207,95 |
| 0206010095 | TOMOGRAFIA POR EMISSÃO DE PÓSITRONS (PET-CT) | R\$ 2.107,22 | R\$ 3.160,83 |
| 0206020015 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR | R\$ 86,75 | R\$ 130,13 |
| 0206020023 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ) | R\$ 86,75 | R\$ 130,13 |
| 0206020031 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX | R\$ 136,41 | R\$ 204,62 |
| 0206030010 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR | R\$ 138,63 | R\$ 207,95 |
| 0206030029 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR | R\$ 86,75 | R\$ 130,13 |
| 0206030037 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR | R\$ 138,63 | R\$ 207,95 |
| 0207010013 | ANGIORESSONANCIA CEREBRAL | R\$ 268,75 | R\$ 403,13 |
| 0207010021 | RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL) | R\$ 268,75 | R\$ 403,13 |
| 0207010030 | RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO | R\$ 268,75 | R\$ 403,13 |

| | | | |
|------------|--|------------|------------|
| 0207010048 | RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA | R\$ 268,75 | R\$ 403,13 |
| 0207010056 | RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA | R\$ 268,75 | R\$ 403,13 |
| 0207010064 | RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO | R\$ 268,75 | R\$ 403,13 |
| 0207010072 | RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA | R\$ 268,75 | R\$ 403,13 |
| 0207020019 | RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE | R\$ 361,25 | R\$ 541,88 |
| 0207020027 | RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) | R\$ 268,75 | R\$ 403,13 |
| 0207020035 | RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX | R\$ 268,75 | R\$ 403,13 |
| 0207030014 | RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR | R\$ 268,75 | R\$ 403,13 |
| 0207030022 | RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR | R\$ 268,75 | R\$ 403,13 |
| 0207030030 | RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) | R\$ 268,75 | R\$ 403,13 |
| 0207030049 | RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA | R\$ 268,75 | R\$ 403,13 |
| 0208010017 | CINTILOGRAFIA DE CORACAO C/ GALIO 67 | R\$ 457,55 | R\$ 549,06 |
| 0208010025 | CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE ESTRESSE (MINIMO 3 PROJECOES) | R\$ 408,52 | R\$ 612,78 |
| 0208010033 | CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE REPOUSO (MINIMO 3 PROJECOES) | R\$ 383,07 | R\$ 574,61 |
| 0208010041 | CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ LOCALIZACAO DE NECROSE (MINIMO 3 PROJECOES) | R\$ 166,47 | R\$ 199,76 |
| 0208010050 | CINTILOGRAFIA P/ AVALIACAO DE FLUXO SANGUINEO DE EXTREMIDADES | R\$ 114,02 | R\$ 136,82 |
| 0208010068 | CINTILOGRAFIA P/ QUANTIFICACAO DE SHUNT EXTRACARDIACO | R\$ 142,57 | R\$ 171,08 |
| 0208010076 | CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE ESFORCO | R\$ 214,85 | R\$ 257,82 |
| 0208010084 | CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE REPOUSO (VENTRICULOGRAFIA) | R\$ 176,72 | R\$ 212,06 |
| 0208020012 | CINTILOGRAFIA DE FIGADO E BACO (MINIMO 5 IMAGENS) | R\$ 133,26 | R\$ 159,91 |
| 0208020020 | CINTILOGRAFIA DE FIGADO E VIAS BILIARES | R\$ 187,93 | R\$ 225,52 |
| 0208020039 | CINTILOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTIMULO | R\$ 87,89 | R\$ 105,47 |
| 0208020055 | CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (LIQUIDO) | R\$ 135,38 | R\$ 162,46 |
| 0208020063 | CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (SEMI-SOLIDO) | R\$ 135,38 | R\$ 162,46 |
| 0208020071 | CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO GASTRICO | R\$ 144,22 | R\$ 173,06 |
| 0208020080 | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL | R\$ 114,86 | R\$ 137,83 |
| 0208020098 | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA | R\$ 157,23 | R\$ 188,68 |
| 0208020101 | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NAO ATIVA | R\$ 310,82 | R\$ 372,98 |
| 0208020110 | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFAGICO | R\$ 135,38 | R\$ 162,46 |
| 0208030018 | CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES | R\$ 324,54 | R\$ 389,45 |
| 0208030026 | CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE COM OU SEM CAPTAÇÃO | R\$ 77,28 | R\$ 92,74 |
| 0208030034 | CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ TESTE DE SUPRESSAO / ESTIMULO | R\$ 107,30 | R\$ 128,76 |

| | | | |
|------------|---|------------|--------------|
| 0208030042 | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTEIRO | R\$ 338,70 | R\$ 406,44 |
| 0208040021 | CINTILOGRAFIA DE RIM C/ GALIO 67 | R\$ 457,55 | R\$ 549,06 |
| 0208040056 | CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA) | R\$ 133,03 | R\$ 159,64 |
| 0208040064 | CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA | R\$ 122,97 | R\$ 147,56 |
| 0208040072 | CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA | R\$ 144,50 | R\$ 173,40 |
| 0208040080 | DETERMINACAO DE FILTRACAO GLOMERULAR | R\$ 63,22 | R\$ 75,86 |
| 0208040099 | DETERMINACAO DE FLUXO PLASMATICO RENAL | R\$ 63,22 | R\$ 75,86 |
| 0208040102 | ESTUDO RENAL DINAMICO C/ OU S/ DIURETICO | R\$ 165,24 | R\$ 198,29 |
| 0208050019 | CINTILOGRAFIA DE ARTICULACOES E/OU EXTREMIDADES E/OU OSSO | R\$ 180,32 | R\$ 216,38 |
| 0208050035 | CINTILOGRAFIA DE OSSOS COM OU SEM FLUXO SANGUÍNEO (CORPO INTEIRO) | R\$ 190,99 | R\$ 229,19 |
| 0208050043 | CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO OSSEO C/ GALIO 67 | R\$ 457,55 | R\$ 549,06 |
| 0208060014 | CINTILOGRAFIA DE PERFUSAO CEREBRAL C/ TALIO (SPCTO) | R\$ 438,01 | R\$ 525,61 |
| 0208060022 | CISTERNOCINTILOGRAFIA (INCLUINDO PESQUISA E/OU AVALIACAO DO TRANSITO LIQUORICO) | R\$ 205,34 | R\$ 246,41 |
| 0208060030 | ESTUDO DE FLUXO SANGUINEO CEREBRAL | R\$ 119,16 | R\$ 142,99 |
| 0208070010 | CINTILOGRAFIA DE PULMAO C/ GALIO 67 | R\$ 457,55 | R\$ 549,06 |
| 0208070028 | CINTILOGRAFIA DE PULMÃO P/ PESQUISA DE ASPIRAÇÃO | R\$ 127,51 | R\$ 153,01 |
| 0208070036 | CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR INALACAO (MINIMO 2 PROJEcoes) | R\$ 128,12 | R\$ 153,74 |
| 0208070044 | CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR PERFUSAO (MINIMO 4 PROJEcoes) | R\$ 130,50 | R\$ 156,60 |
| 0208080040 | LINFOCINTILOGRAFIA | R\$ 141,33 | R\$ 169,60 |
| 0208090010 | CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GALIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS | R\$ 906,80 | R\$ 1.088,16 |
| 0208090029 | CINTILOGRAFIA DE GLANDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA) | R\$ 66,23 | R\$ 79,48 |
| 0208090037 | CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL) | R\$ 289,43 | R\$ 347,32 |
| 0209010010 | COLANGIOPANCREATOGRRAFIA RETROGRADA (VIA ENDOSCÓPICA) | R\$ 90,68 | R\$ 181,36 |
| 0209010029 | COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA) | R\$ 112,66 | R\$ 225,32 |
| 0209010037 | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA | R\$ 48,16 | R\$ 96,32 |
| 0209010045 | LAPAROSCOPIA | R\$ 40,37 | R\$ 80,74 |
| 0209010053 | RETOSSIGMOIDOSCOPIA | R\$ 23,13 | R\$ 46,26 |
| 0209010061 | VIDEOLAPAROSCOPIA | R\$ 95,00 | R\$ 190,00 |
| 0209020016 | CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA E/OU URETROSCOPIA | R\$ 18,00 | R\$ 36,00 |
| 0209030011 | HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA | R\$ 76,50 | R\$ 153,00 |
| 0209040017 | BRONCOSCOPIA (BRONCOFIBROSCOPIA) | R\$ 36,02 | R\$ 72,04 |
| 0209040025 | LARINGOSCOPIA | R\$ 47,14 | R\$ 94,28 |
| 0209040033 | TRAQUEOSCOPIA | R\$ 348,59 | R\$ 697,18 |
| 0209040041 | VIDEOLARINGOSCOPIA | R\$ 45,50 | R\$ 91,00 |

| | | | |
|------------|---|------------|--------------|
| 0210010029 | ANGIOGRAFIA DE ARCO AORTICO | R\$ 137,01 | R\$ 205,52 |
| 0210010037 | ANGIOGRAFIA DE ARCO AORTICO E TRONCOS SUPRA-AORTICOS | R\$ 137,01 | R\$ 205,52 |
| 0210010045 | AORTOGRAFIA ABDOMINAL | R\$ 189,73 | R\$ 284,60 |
| 0210010053 | AORTOGRAFIA TORACICA | R\$ 170,44 | R\$ 255,66 |
| 0210010061 | ARTERIOGRAFIA CERVICO-TORACICA | R\$ 201,01 | R\$ 301,52 |
| 0210010070 | ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO | R\$ 179,46 | R\$ 269,19 |
| 0210010088 | ARTERIOGRAFIA DIGITAL (POR VIA VENOSA) | R\$ 200,01 | R\$ 300,02 |
| 0210010096 | ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE DOENCA ARTERIOSCLEROTICA AORTO-ILIACA E DISTAL | R\$ 504,33 | R\$ 756,50 |
| 0210010100 | ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE HEMORRAGIA CEREBRAL | R\$ 504,43 | R\$ 756,65 |
| 0210010118 | ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE ISQUEMIA CEREBRAL | R\$ 504,43 | R\$ 756,65 |
| 0210010126 | ARTERIOGRAFIA PELVICA | R\$ 170,44 | R\$ 255,66 |
| 0210010134 | ARTERIOGRAFIA SELETIVA DE CAROTIDA | R\$ 190,31 | R\$ 285,47 |
| 0210010142 | ARTERIOGRAFIA SELETIVA POR CATETER (POR VASO) | R\$ 201,51 | R\$ 302,27 |
| 0210010150 | ARTERIOGRAFIA SELETIVA VERTEBRAL | R\$ 201,01 | R\$ 301,52 |
| 0210010169 | ESPLENOPORTOGRAFIA | R\$ 182,45 | R\$ 273,68 |
| 0210010177 | FLEBOGRAFIA DE MEMBRO | R\$ 145,94 | R\$ 218,91 |
| 0210010185 | FLEBOGRAFIA DE CAVA INFERIOR E/OU SUPERIOR | R\$ 200,01 | R\$ 300,02 |
| 0210010193 | LINFANGIOADENOGRAMA | R\$ 199,40 | R\$ 299,10 |
| 0210010207 | PORTOGRAFIA TRANS-HEPATICA | R\$ 200,01 | R\$ 300,02 |
| 0210020016 | COLANGIOGRAFIA TRANSCUTANEA | R\$ 45,34 | R\$ 68,01 |
| 0211020010 | CATETERISMO CARDIACO | R\$ 730,04 | R\$ 1.095,06 |
| 0211020028 | CATETERISMO CARDIACO EM PEDIATRIA | R\$ 653,72 | R\$ 980,58 |
| 0211020036 | ELETROCARDIOGRAMA | R\$ 5,15 | R\$ 10,30 |
| 0211020044 | MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS) | R\$ 30,00 | R\$ 60,00 |
| 0211020052 | MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (M.A.P.A) | R\$ 10,07 | R\$ 20,14 |
| 0211020060 | TESTE DE ESFORCO / TESTE ERGOMETRICO | R\$ 30,00 | R\$ 60,00 |
| 0211040010 | AMNIOSCOPIA | R\$ 1,69 | R\$ 3,38 |
| 0211040029 | COLPOSCOPIA | R\$ 3,38 | R\$ 6,76 |
| 0211040045 | HISTEROSCOPIA (DIAGNOSTICA) | R\$ 25,00 | R\$ 50,00 |
| 0211040061 | TOCOCARDIOGRAFIA ANTE-PARTO | R\$ 1,69 | R\$ 3,38 |
| 0211050024 | ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGILIA C/ OU S/ FOTO-ESTIMULO | R\$ 11,34 | R\$ 22,68 |
| 0211050032 | ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG) | R\$ 25,00 | R\$ 50,00 |
| 0211050040 | ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGILIA E SONO ESPONTANEO C/ OU S/ FOTOESTIMULO (EEG) | R\$ 25,00 | R\$ 50,00 |

| | | | |
|------------|--|------------|------------|
| 0211050059 | ELETRONECEFALOGRAMA QUANTITATIVO C/ MAPEAMENTO (EEG) | R\$ 25,00 | R\$ 50,00 |
| 0211050067 | ELETROMIOGRAMA (EMG) | R\$ 27,00 | R\$ 54,00 |
| 0211050075 | ELETROMIOGRAMA C/ ESTUDO DE FIBRA UNICA | R\$ 27,00 | R\$ 54,00 |
| 0211050083 | ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG) | R\$ 27,00 | R\$ 54,00 |
| 0211050105 | POLISSONOGRAFIA | R\$ 125,00 | R\$ 250,00 |
| 0211050113 | POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO | R\$ 4,06 | R\$ 8,12 |
| 0211050121 | POTENCIAL EVOCADO VISUAL / OCCIPITO | R\$ 4,06 | R\$ 8,12 |
| 0211050130 | POTENCIAL SOMATO-SENSITIVO | R\$ 4,06 | R\$ 8,12 |
| 0211050156 | VIDEO-ELETRONECEFALOGRAMA C/ REGISTRO PROLONGADO | R\$ 27,00 | R\$ 54,00 |
| 0211060011 | BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR) | R\$ 24,24 | R\$ 36,36 |
| 0211060020 | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO | R\$ 12,34 | R\$ 24,68 |
| 0211060038 | CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRÁFICO | R\$ 40,00 | R\$ 60,00 |
| 0211060054 | CERATOMETRIA | R\$ 3,37 | R\$ 6,74 |
| 0211060062 | CURVA DIARIA DE PRESSAO OCULAR CDPO (MINIMO 3 MEDIDAS) | R\$ 10,11 | R\$ 20,22 |
| 0211060070 | ELETRO-OCULOGRAFIA | R\$ 24,24 | R\$ 36,36 |
| 0211060089 | ELETRORETINOGRAFIA | R\$ 24,24 | R\$ 36,36 |
| 0211060097 | ESTESIOMETRIA | R\$ 3,37 | R\$ 6,74 |
| 0211060100 | FUNDOSCOPIA | R\$ 3,37 | R\$ 6,74 |
| 0211060119 | GONIOSCOPIA | R\$ 6,74 | R\$ 13,48 |
| 0211060127 | MAPEAMENTO DE RETINA | R\$ 24,24 | R\$ 36,36 |
| 0211060135 | MEDIDA DE OFUSCAMENTO E CONTRASTE | R\$ 3,37 | R\$ 5,06 |
| 0211060143 | MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA | R\$ 24,24 | R\$ 36,36 |
| 0211060151 | POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL | R\$ 3,37 | R\$ 6,74 |
| 0211060160 | POTENCIAL VISUAL EVOCADO | R\$ 24,24 | R\$ 48,48 |
| 0211060178 | RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR | R\$ 24,68 | R\$ 37,02 |
| 0211060186 | RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR | R\$ 64,00 | R\$ 96,00 |
| 0211060208 | TESTE DE PROVOCACAO DE GLAUCOMA | R\$ 6,74 | R\$ 13,48 |
| 0211060216 | TESTE DE SCHIRMER | R\$ 3,37 | R\$ 6,74 |
| 0211060224 | TESTE DE VISÃO DE CORES | R\$ 3,37 | R\$ 6,74 |
| 0211060232 | TESTE ORTÓPTICO | R\$ 12,34 | R\$ 24,68 |
| 0211060240 | TESTE P/ ADAPTACAO DE LENTE DE CONTATO | R\$ 12,34 | R\$ 24,68 |
| 0211060259 | TONOMETRIA | R\$ 3,37 | R\$ 6,74 |
| 0211060267 | TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CórNEA | R\$ 24,24 | R\$ 36,36 |
| 0211080012 | ESPIROGRAFIA C/ DETERMINACAO DO VOLUME RESIDUAL | R\$ 2,78 | R\$ 5,56 |

| | | | |
|------------|--|--------------|--------------|
| 0211080055 | ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR | R\$ 6,36 | R\$ 12,72 |
| 0211080063 | PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR SIMPLES | R\$ 4,28 | R\$ 8,56 |
| 0212010018 | EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS EM DOADOR DE SANGUE | R\$ 15,00 | R\$ 18,00 |
| 0212010026 | EXAMES PRE-TRANSFUSIONAIS I | R\$ 17,04 | R\$ 20,45 |
| 0212010034 | EXAMES PRE-TRANSFUSIONAIS II | R\$ 17,04 | R\$ 20,45 |
| 0212010042 | FENOTIPAGEM K, FYA, FYB, JKA, JKB EM GEL | R\$ 10,00 | R\$ 12,00 |
| 0212010050 | SOROLOGIA DE DOADOR DE SANGUE | R\$ 75,00 | R\$ 90,00 |
| 0212010069 | TESTE DO ÁCIDO NUCLEICO (NAT) EM AMOSTRAS DE SANGUE DO DOADOR DE SANGUE. | R\$ 9,34 | R\$ 11,21 |
| 0212020013 | DELEUCOCITACAO DE CONCENTRADO DE HEMACIAS | R\$ 45,00 | R\$ 54,00 |
| 0212020021 | DELEUCOCITACAO DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS | R\$ 70,00 | R\$ 84,00 |
| 0212020030 | IRRADIACAO DE SANGUE E COMPONENTES DESTINADOS A TRANSFUSAO | R\$ 13,61 | R\$ 16,33 |
| 0212020048 | PREPARO DE COMPONENTES ALIQUOTADOS | R\$ 5,00 | R\$ 6,00 |
| 0212020056 | PREPARO DE COMPONENTES LAVADOS | R\$ 5,00 | R\$ 6,00 |
| 0212020064 | PROCESSAMENTO DE SANGUE | R\$ 10,15 | R\$ 12,18 |
| 0301130051 | ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL EM DRC ESTÁGIO 04 PRÉ DIÁLISE | R\$ 61,00 | R\$ 82,35 |
| 0301130060 | ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL EM DRC ESTÁGIO 05 PRÉ DIÁLISE | R\$ 61,00 | R\$ 82,35 |
| 0304010170 | NARCOSE DE CRIANÇA (POR PROCEDIMENTO) | R\$ 22,00 | R\$ 28,60 |
| 0304010340 | NARCOSE PARA BRAQUITERAPIA (POR PROCEDIMENTO) | R\$ 22,00 | R\$ 28,60 |
| 0304010367 | RADIOTERAPIA DE CABEÇA E PESCOÇO | R\$ 4.168,00 | R\$ 5.418,40 |
| 0304010375 | RADIOTERAPIA DO APARELHO DIGESTIVO | R\$ 4.148,00 | R\$ 5.392,40 |
| 0304010383 | RADIOTERAPIA DE TRAQUEIA, BRÔNQUIO, PULMÃO, PLEURA E MEDIASTINO | R\$ 3.563,00 | R\$ 4.631,90 |
| 0304010391 | RADIOTERAPIA DE OSSOS/CARTILAGENS/PARTES MOLES | R\$ 3.118,00 | R\$ 4.053,40 |
| 0304010405 | RADIOTERAPIA DE PELE | R\$ 2.310,00 | R\$ 3.003,00 |
| 0304010413 | RADIOTERAPIA DE MAMA | R\$ 5.904,00 | R\$ 7.675,20 |
| 0304010421 | RADIOTERAPIA DE CÂNCER GINECOLÓGICO | R\$ 4.608,00 | R\$ 5.990,40 |
| 0304010430 | BRAQUITERAPIA GINECOLÓGICA | R\$ 4.150,00 | R\$ 5.395,00 |
| 0304010448 | RADIOTERAPIA DE PÊNIS | R\$ 4.630,00 | R\$ 6.019,00 |
| 0304010456 | RADIOTERAPIA DE PRÓSTATA | R\$ 5.838,00 | R\$ 7.589,40 |
| 0304010464 | BRAQUITERAPIA DE PRÓSTATA | R\$ 5.838,00 | R\$ 7.589,40 |
| 0304010472 | RADIOTERAPIA DO APARELHO URINÁRIO | R\$ 4.093,00 | R\$ 5.320,90 |
| 0304010480 | RADIOTERAPIA DE OLHOS E ANEXOS | R\$ 3.273,00 | R\$ 4.254,90 |
| 0304010502 | RADIOTERAPIA DE SISTEMA NERVOSO CENTRAL | R\$ 3.278,00 | R\$ 4.261,40 |
| 0304010510 | RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA | R\$ 5.035,00 | R\$ 6.545,50 |

| | | | |
|------------|---|--------------|--------------|
| 0304010529 | RADIOTERAPIA DE METÁSTASE EM SISTEMA NERVOSO CENTRAL | R\$ 2.439,00 | R\$ 3.170,70 |
| 0304010537 | RADIOTERAPIA DE PLASMOCITOMA / MIELOMA / METÁSTASES EM OUTRAS LOCALIZAÇÕES | R\$ 1.729,00 | R\$ 2.247,70 |
| 0304010545 | RADIOTERAPIA DE CADEIA LINFÁTICA | R\$ 4.168,00 | R\$ 5.418,40 |
| 0304010553 | RADIOTERAPIA DE LINFOMA E LEUCEMIA | R\$ 3.159,00 | R\$ 4.106,70 |
| 0304010561 | RADIOTERAPIA EM CORPO INTEIRO | R\$ 1.729,00 | R\$ 2.247,70 |
| 0304010570 | RADIOTERAPIA DE QUELOIDE E GINECOMASTIA | R\$ 953,00 | R\$ 1.238,90 |
| 0304010588 | RADIOTERAPIA DE DOENÇA BENIGNA | R\$ 593,00 | R\$ 770,90 |
| 0304020010 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE COLON AVANÇADO -1ª LINHA | R\$ 2.224,00 | R\$ 2.891,20 |
| 0304020028 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE COLON AVANÇADO - 2ª LINHA | R\$ 2.224,00 | R\$ 2.891,20 |
| 0304020036 | HORMONIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE ENDOMÉTRIO AVANÇADO | R\$ 427,50 | R\$ 555,75 |
| 0304020044 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE ESTÔMAGO AVANÇADO | R\$ 571,50 | R\$ 742,95 |
| 0304020052 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PÂNCREAS AVANÇADO | R\$ 1.986,00 | R\$ 2.581,80 |
| 0304020060 | HORMONIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA AVANÇADO - 2ª LINHA | R\$ 147,10 | R\$ 191,23 |
| 0304020079 | HORMONIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA AVANÇADO - 1ª LINHA | R\$ 301,50 | R\$ 391,95 |
| 0304020087 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA RESISTENTE A HORMONIOTERAPIA | R\$ 1.062,65 | R\$ 1.381,45 |
| 0304020095 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE RETO AVANÇADO -1ª LINHA | R\$ 2.224,00 | R\$ 2.891,20 |
| 0304020109 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE RETO AVANÇADO - 2ª LINHA | R\$ 2.224,00 | R\$ 2.891,20 |
| 0304020117 | QUIMIOTERAPIA DO APUDOMA/TUMOR NEUROENDÓCRINO AVANÇADO | R\$ 1.062,65 | R\$ 1.381,45 |
| 0304020125 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE ADRENAL AVANÇADO | R\$ 1.300,00 | R\$ 1.690,00 |
| 0304020133 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO -1ª LINHA | R\$ 1.700,00 | R\$ 2.210,00 |
| 0304020141 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO - 2ª LINHA | R\$ 2.378,90 | R\$ 3.092,57 |
| 0304020150 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE NASOFARINGE AVANÇADO | R\$ 571,50 | R\$ 742,95 |
| 0304020168 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE RIM AVANÇADO | R\$ 3.311,50 | R\$ 4.304,95 |
| 0304020176 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE / ADENOCARCINOMA DE ESÔFAGO AVANÇADO | R\$ 571,50 | R\$ 742,95 |
| 0304020184 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE / ADENOCARCINOMA DO COLOU OU DO CORPO UTERINO AVANÇADO | R\$ 571,50 | R\$ 742,95 |
| 0304020192 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE CANAL ANAL/ MARGEM ANAL AVANÇADO | R\$ 800,00 | R\$ 1.040,00 |
| 0304020206 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE CABEÇA E PESCOÇO AVANÇADO | R\$ 800,00 | R\$ 1.040,00 |
| 0304020214 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR DE CÉLULAS NÃO PEQUENAS AVANÇADO | R\$ 1.100,00 | R\$ 1.430,00 |
| 0304020222 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR INDIFERENCIADO DE CÉLULAS PEQUENAS AVANÇADO | R\$ 1.100,00 | R\$ 1.430,00 |

| | | | |
|------------|---|--------------|--------------|
| 0304020230 | QUIMIOTERAPIA DO MELANOMA MALIGNO AVANÇADO | R\$ 7.500,00 | R\$ 9.750,00 |
| 0304020249 | QUIMIOTERAPIA DE METÁSTASE DE ADENOCARCINOMA DE ORIGEM DESCONHECIDA | R\$ 571,50 | R\$ 742,95 |
| 0304020257 | QUIMIOTERAPIA DE METÁSTASE DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE/CARCINOMA NEUROENDOCRINO DE ORIGEM DESCONHECIDA | R\$ 800,00 | R\$ 1.040,00 |
| 0304020265 | QUIMIOTERAPIA DE METÁSTASE DE NEOPLASIA MALIGNA INDIFERENCIADA DE ORIGEM DESCONHECIDA | R\$ 1.062,65 | R\$ 1.381,45 |
| 0304020273 | QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVÁRIO OU DE TUBA UTERINA AVANÇADA -1ª LINHA. | R\$ 1.450,00 | R\$ 1.885,00 |
| 0304020281 | QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVÁRIO OU DE TUBA UTERINA AVANÇADA - 2ª LINHA) | R\$ 1.450,00 | R\$ 1.885,00 |
| 0304020290 | QUIMIOTERAPIA DE SARCOMA DE PARTES MOLES AVANÇADO | R\$ 800,00 | R\$ 1.040,00 |
| 0304020303 | QUIMIOTERAPIA DE SARCOMA ÓSSEO AVANÇADO | R\$ 800,00 | R\$ 1.040,00 |
| 0304020311 | QUIMIOTERAPIA DO TUMOR DO ESTROMA GASTROINTESTINAL AVANÇADO | R\$ 17,00 | R\$ 22,10 |
| 0304020320 | QUIMIOTERAPIA DE TUMOR DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL AVANÇADO | R\$ 800,00 | R\$ 1.040,00 |
| 0304020338 | HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO - 2ª LINHA | R\$ 301,50 | R\$ 391,95 |
| 0304020346 | HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO- 1ª LINHA | R\$ 79,75 | R\$ 103,68 |
| 0304020362 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE TIREOIDE AVANÇADO | R\$ 427,50 | R\$ 555,75 |
| 0304020370 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE PÊNIS AVANÇADO | R\$ 800,00 | R\$ 1.040,00 |
| 0304020389 | QUIMIOTERAPIA DE CARCINOMA DO FÍGADO OU DO TRATO BILIAR AVANÇADO | R\$ 571,50 | R\$ 742,95 |
| 0304020397 | QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA DO TIMO AVANÇADA | R\$ 571,50 | R\$ 742,95 |
| 0304020400 | QUIMIOTERAPIA DE CARCINOMA UROTELIAL AVANÇADO | R\$ 1.300,00 | R\$ 1.690,00 |
| 0304020419 | POLIQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO – 1ª LINHA | R\$ 1.700,00 | R\$ 2.210,00 |
| 0304020427 | MONOQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO – 1ª LINHA | R\$ 34,00 | R\$ 44,20 |
| 0304020435 | POLIQUIMIOTERAPIA COM DUPLO ANTI HER-2 DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO 1ª LINHA | R\$ 1.700,00 | R\$ 2.210,00 |
| 0304020443 | QUIMIOTERAPIA COM DUPLO ANTI-HER-2 DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO – 1ª LINHA | R\$ 34,10 | R\$ 44,33 |
| 0304030015 | QUIMIOTERAPIA DE DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA RARA -1ª LINHA. | R\$ 640,00 | R\$ 832,00 |
| 0304030023 | QUIMIOTERAPIA DE DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA RARA - 2ª LINHA | R\$ 640,00 | R\$ 832,00 |
| 0304030031 | QUIMIOTERAPIA DE DOENÇA MIELOPROLIFERATIVA RARA - 1ª LINHA | R\$ 150,00 | R\$ 195,00 |
| 0304030040 | QUIMIOTERAPIA DE DOENÇA MIELOPROLIFERATIVA RARA - 2ª LINHA. | R\$ 1.800,00 | R\$ 2.340,00 |
| 0304030058 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA LINFOCITICA CRONICA - 1ª LINHA. | R\$ 407,50 | R\$ 529,75 |
| 0304030066 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA LINFOCITICA CRONICA - 2ª LINHA. | R\$ 1.800,00 | R\$ 2.340,00 |
| 0304030074 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA QUALQUER FASE - CONTROLE SANGÜINEO | R\$ 80,75 | R\$ 104,98 |
| 0304030082 | QUIMIOTERAPIA DA LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE BLÁSTICA - MARCADOR POSITIVO - 2ª LINHA. | R\$ 85,00 | R\$ 110,50 |

| | | | |
|------------|---|--------------|--------------|
| 0304030090 | QUIMIOTERAPIA DA LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE BLASTICA - MARCADOR POSITIVO - SEM FASE CRÔNICA OU DE TRANSFORMAÇÃO ANTERIOR (1ª LINHA). | R\$ 17,00 | R\$ 22,10 |
| 0304030104 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE BLÁSTICA - MARCADOR POSITIVO-3ª LINHA | R\$ 1.736,20 | R\$ 2.257,06 |
| 0304030112 | QUIMIOTERAPIA DA LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE CRÔNICA - MARCADOR POSITIVO - 1ª LINHA. | R\$ 17,00 | R\$ 22,10 |
| 0304030120 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE CRÔNICA - MARCADOR POSITIVO - 3ª LINHA | R\$ 2.535,50 | R\$ 3.296,15 |
| 0304030139 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE DE TRANSFORMAÇÃO - MARCADOR POSITIVO - 3ª LINHA | R\$ 1.401,20 | R\$ 1.821,56 |
| 0304030147 | QUIMIOTERAPIA DA LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE DE TRANSFORMAÇÃO - MARCADOR POSITIVO - 2ª LINHA | R\$ 17,00 | R\$ 22,10 |
| 0304030155 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE DE TRANSFORMAÇÃO - MARCADOR POSITIVO - SEM FASE CRONICA ANTERIOR (1ª LINHA) | R\$ 17,00 | R\$ 22,10 |
| 0304030163 | QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA NÃO HODGKIN DE BAIXO GRAU DE MALIGNIDADE (1ª LINHA) | R\$ 640,00 | R\$ 832,00 |
| 0304030171 | QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA NÃO HODGKIN DE BAIXO GRAU DE MALIGNIDADE - 2ª LINHA | R\$ 1.080,00 | R\$ 1.404,00 |
| 0304030180 | QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA DE CÉLULAS PLASMÁTICAS - 1ª LINHA. | R\$ 427,50 | R\$ 555,75 |
| 0304030198 | QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA DE CÉLULAS PLASMÁTICAS - 2ª LINHA. | R\$ 1.715,60 | R\$ 2.230,28 |
| 0304030201 | QUIMIOTERAPIA DA TRICOLEUCEMIA - 2ª LINHA | R\$ 2.250,00 | R\$ 2.925,00 |
| 0304030210 | QUIMIOTERAPIA DE TRICOLEUCEMIA - 1ª LINHA. | R\$ 5.700,00 | R\$ 7.410,00 |
| 0304030228 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE CRÔNICA - MARCADOR POSITIVO - 2ª LINHA | R\$ 17,00 | R\$ 22,10 |
| 0304030236 | QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA FOLICULAR- 1ª LINHA | R\$ 640,00 | R\$ 832,00 |
| 0304030244 | QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA FOLICULAR - 2ª LINHA | R\$ 1.080,00 | R\$ 1.404,00 |
| 0304030252 | QUIMIOTERAPIA DE MIELOMA MÚLTIPLO – 1ª LINHA | R\$ 5.224,65 | R\$ 6.792,05 |
| 0304030260 | QUIMIOTERAPIA DE MIELOMA MÚLTIPLO – 2ª LINHA | R\$ 5.224,65 | R\$ 6.792,05 |
| 0304040010 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE RETO (PRÉVIA) | R\$ 571,50 | R\$ 742,95 |
| 0304040029 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA (PRÉVIA) | R\$ 1.400,00 | R\$ 1.820,00 |
| 0304040045 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE / ADENOCARCINOMA DO COLO UTERINO | R\$ 1.300,00 | R\$ 1.690,00 |
| 0304040053 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE RETO/ CANAL ANAL/ MARGEM ANAL | R\$ 800,00 | R\$ 1.040,00 |
| 0304040061 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE SEIO PARA-NASAL/ LARINGE / HIPOFARINGE/ OROFARINGE /CAVIDADE ORAL | R\$ 1.300,00 | R\$ 1.690,00 |
| 0304040070 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE BEXIGA | R\$ 1.300,00 | R\$ 1.690,00 |
| 0304040088 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE NASOFARINGE | R\$ 1.300,00 | R\$ 1.690,00 |
| 0304040096 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR DE CÉLULAS NÃO PEQUENAS (PRÉVIA) | R\$ 1.100,00 | R\$ 1.430,00 |

| | | | |
|------------|--|--------------|---------------|
| 0304040100 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR INDIFERENCIADO DE CÉLULAS PEQUENAS (PRÉVIA) | R\$ 1.100,00 | R\$ 1.430,00 |
| 0304040118 | QUIMIOTERAPIA DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE / ADENOCARCINOMA DE ESÔFAGO | R\$ 1.300,00 | R\$ 1.690,00 |
| 0304040126 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE VULVA | R\$ 1.300,00 | R\$ 1.690,00 |
| 0304040134 | QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVÁRIO OU DA TUBA UTERINA - 2ª LINHA | R\$ 1.450,00 | R\$ 1.885,00 |
| 0304040142 | QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVÁRIO OU DA TUBA UTERINA - 1ª LINHA | R\$ 1.450,00 | R\$ 1.885,00 |
| 0304040150 | QUIMIOTERAPIA DE OSTEOSSARCOMA - 2ª LINHA. | R\$ 8.064,50 | R\$ 10.483,85 |
| 0304040169 | QUIMIOTERAPIA DE SARCOMA ÓSSEO / OSTEOSSARCOMA - 1ª LINHA | R\$ 1.447,70 | R\$ 1.882,01 |
| 0304040177 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE ESTÔMAGO (PRÉ-OPERATÓRIA) | R\$ 1.300,00 | R\$ 1.690,00 |
| 0304040185 | POLIQIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO III (PRÉVIA) | R\$ 1.400,00 | R\$ 1.820,00 |
| 0304040193 | HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO III (PRÉVIA) | R\$ 79,75 | R\$ 103,68 |
| 0304040207 | HORMONIOTERAPIA PRÉVIA À RADIOTERAPIA EXTERNA DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA | R\$ 301,50 | R\$ 391,95 |
| 0304050016 | QUIMIOTERAPIA INTRA-VESICAL | R\$ 1.300,00 | R\$ 1.690,00 |
| 0304050024 | QUIMIOTERAPIA DE ADENOCARCINOMA DE CÓLON | R\$ 2.224,00 | R\$ 2.891,20 |
| 0304050032 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE RETO (ADJUVANTE) | R\$ 427,50 | R\$ 555,75 |
| 0304050040 | HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO I | R\$ 79,75 | R\$ 103,68 |
| 0304050067 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO III | R\$ 800,00 | R\$ 1.040,00 |
| 0304050075 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO II | R\$ 800,00 | R\$ 1.040,00 |
| 0304050113 | HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO III | R\$ 79,75 | R\$ 103,68 |
| 0304050121 | HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO II | R\$ 79,75 | R\$ 103,68 |
| 0304050130 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO I | R\$ 571,50 | R\$ 742,95 |
| 0304050172 | QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR DE CÉLULAS NÃO PEQUENAS (ADJUVANTE) | R\$ 1.100,00 | R\$ 1.430,00 |
| 0304050180 | QUIMIOTERAPIA DE CARCINOMA PULMONAR INDIFERENCIADO DE CÉLULAS PEQUENAS (ADJUVANTE) | R\$ 1.100,00 | R\$ 1.430,00 |
| 0304050202 | QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVÁRIO OU DA TUBA UTERINA | R\$ 1.450,00 | R\$ 1.885,00 |
| 0304050210 | QUIMIOTERAPIA DO OSTEOSSARCOMA | R\$ 1.744,10 | R\$ 2.267,33 |
| 0304050229 | QUIMIOTERAPIA DE SARCOMA DE PARTES MOLES DE EXTREMIDADE | R\$ 1.600,00 | R\$ 2.080,00 |
| 0304050253 | QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE ESTÔMAGO (PÓS OPERATÓRIA) | R\$ 571,50 | R\$ 742,95 |
| 0304050261 | POLIQIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO I (ADJUVANTE) | R\$ 571,50 | R\$ 742,95 |
| 0304050270 | POLIQIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO II (ADJUVANTE) | R\$ 800,00 | R\$ 1.040,00 |

| | | | |
|------------|--|---------------|---------------|
| 0304050288 | POLIQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO III (ADJUVANTE) | R\$ 800,00 | R\$ 1.040,00 |
| 0304050296 | MONOQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO I (ADJUVANTE) | R\$ 34,10 | R\$ 44,33 |
| 0304050300 | MONOQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO II (ADJUVANTE) | R\$ 34,10 | R\$ 44,33 |
| 0304050318 | MONOQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO III (ADJUVANTE) | R\$ 34,10 | R\$ 44,33 |
| 0304050326 | QUIMIOTERAPIA DE MELANOMA MALÍGNO | R\$ 1.251,64 | R\$ 1.627,13 |
| 0304050334 | QUIMIOTERAPIA DE TUMOR DO ESTROMA GASTRO INTESTINAL | R\$ 17,00 | R\$ 22,10 |
| 0304050342 | HORMONIOTERAPIA ADJUVANTE À RADIOTERAPIA EXTERNA DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA | R\$ 301,50 | R\$ 391,95 |
| 0304060011 | QUIMIOTERAPIA DA DOENÇA DE HODGKIN - 1ª LINHA | R\$ 1.258,64 | R\$ 1.636,23 |
| 0304060038 | QUIMIOTERAPIA DA DOENÇA DE HODGKIN - 2ª LINHA | R\$ 1.258,64 | R\$ 1.636,23 |
| 0304060046 | QUIMIOTERAPIA DA DOENÇA DE HODGKIN - 3ª LINHA | R\$ 5.767,33 | R\$ 7.497,53 |
| 0304060070 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA AGUDA/ MIELODISPLASIA / LINFOMA DE BURKITT - 1ª LINHA | R\$ 2.300,00 | R\$ 2.990,00 |
| 0304060089 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA AGUDA/ MIELODISPLASIA/LINFOMA LINFOBLÁSTICO/ LINFOMA DE BURKITT - 2ª LINHA | R\$ 1.400,00 | R\$ 1.820,00 |
| 0304060097 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA AGUDA/ MIELODISPLASIA/ LINFOMA LINFOBLÁSTICO/ LINFOMA DE BURKITT 3ª LINHA | R\$ 830,52 | R\$ 1.079,68 |
| 0304060100 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA AGUDA/MIELODISPLASIA/ LINFOMA LINFOBLÁSTICO/ LINFOMA DE BURKITT - 4ª LINHA | R\$ 427,50 | R\$ 555,75 |
| 0304060119 | QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA NÃO HODGKIN GRAU INTERMEDIÁRIO OU ALTO - 2ª LINHA | R\$ 1.447,70 | R\$ 1.882,01 |
| 0304060127 | QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA NÃO HODGKIN GRAU INTERMEDIÁRIO OU ALTO - 3ª LINHA | R\$ 1.447,70 | R\$ 1.882,01 |
| 0304060135 | QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA NÃO HODGKIN DE GRAU DE MALIGNIDADE INTERMEDIÁRIO OU ALTO - 1ª LINHA | R\$ 800,00 | R\$ 1.040,00 |
| 0304060151 | QUIMIOTERAPIA DE TUMOR GERMINATIVO EXTRA-GONADAL | R\$ 2.408,52 | R\$ 3.131,08 |
| 0304060160 | QUIMIOTERAPIA DE TUMOR GERMINATIVO DE OVÁRIO | R\$ 1.700,00 | R\$ 2.210,00 |
| 0304060178 | QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL - BAIXO RISCO | R\$ 1.743,12 | R\$ 2.266,06 |
| 0304060186 | QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL - CORIOCARCINOMA DE BAIXO RISCO PERSISTENTE / ALTO RISCO / RECIDIVA | R\$ 2.408,52 | R\$ 3.131,08 |
| 0304060208 | QUIMIOTERAPIA DE TUMOR GERMINATIVO DE TESTÍCULO - 1ª LINHA | R\$ 1.700,00 | R\$ 2.210,00 |
| 0304060216 | QUIMIOTERAPIA DE TUMOR GERMINATIVO DE TESTÍCULO - 2ª LINHA | R\$ 1.700,00 | R\$ 2.210,00 |
| 0304060224 | QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B – 1ª LINHA | R\$ 800,00 | R\$ 1.040,00 |
| 0304060232 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA LINFOIDE/LINFOBLÁSTICA AGUDA, LINFOMA LINFOBLÁSTICO, LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA E LEUCEMIA PROMIELOCITICA AGUDA - 1ª LINHA - FASES TERAPÊUTICAS INICIAIS... | R\$ 11.644,00 | R\$ 15.137,20 |
| 0304060240 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA LINFOIDE/LINFOBLÁSTICA AGUDA , LINFOMA LINFOBLÁSTICO, LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA E LEUCEMIA PROMIELOCITICA | R\$ 431,20 | R\$ 560,56 |

| | | | |
|------------|---|--------------|---------------|
| | AGUDA-1ª LINHA – FASE DE MANUTENÇÃO. | | |
| 0304070017 | QUIMIOTERAPIA DE CANCER NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - 1ª LINHA | R\$ 1.700,00 | R\$ 2.210,00 |
| 0304070025 | QUIMIOTERAPIA DE CANCER NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - 2ª LINHA | R\$ 1.381,76 | R\$ 1.796,29 |
| 0304070033 | QUIMIOTERAPIA DE CÂNCER NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - 4ª LINHA | R\$ 427,50 | R\$ 555,75 |
| 0304070041 | QUIMIOTERAPIA DE CÂNCER NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - 3ª LINHA | R\$ 800,00 | R\$ 1.040,00 |
| 0304070050 | QUIMIOTERAPIA DE ALTA DOSE DE OSTEOSSARCOMA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA | R\$ 7.285,83 | R\$ 9.471,58 |
| 0304070068 | QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA LINFOIDE/LINFOBLÁSTICA AGUDA , LINFOMA LINFOBLÁSTICO, LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA ,E LEUCEMIA PROMIELOCÍTICA AGUDA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA.- 1ª LINHA – FASES TERAPÊUTICAS INICIAIS. | R\$ 8.689,65 | R\$ 11.296,55 |
| 0304070076 | .QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA LINFOIDE/LINFOBLÁSTICA AGUDA, LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA E LEUCEMIA PROMIELOCÍTICA AGUDA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - 1ª LINHA - FASE DE MANUTENÇÃO | R\$ 302,07 | R\$ 392,69 |
| 0304080012 | FATOR ESTIMULANTE DO CRESCIMENTO DE COLÔNIAS DE GRANULÓCITOS / MACRÓFAGOS | R\$ 871,00 | R\$ 1.132,30 |
| 0304080055 | QUIMIOTERAPIA INTRA-TECAL | R\$ 335,00 | R\$ 435,50 |
| 0304080071 | INIBIDOR DA OSTEÓLISE | R\$ 449,50 | R\$ 584,35 |
| 0304090050 | IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIREOIDE(30mCi) | R\$ 443,70 | R\$ 576,81 |
| 0304090069 | IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIREOIDE(50mCi) | R\$ 614,70 | R\$ 799,11 |
| 0305010018 | DIÁLISE PERITONEAL INTERMITENTE DPI (1 SESSÃO POR SEMANA - EXCEPCIONALIDADE) | R\$ 121,74 | R\$ 164,35 |
| 0305010026 | DIÁLISE PERITONEAL INTERMITENTE DPI (MÁXIMO 2 SESSÕES POR SEMANA) | R\$ 121,51 | R\$ 164,04 |
| 0305010093 | HEMODIÁLISE (MÁXIMO 1 SESSÃO POR SEMANA - EXCEPCIONALIDADE) | R\$ 240,97 | R\$ 310,00 |
| 0305010107 | HEMODIÁLISE (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA) | R\$ 240,97 | R\$ 310,00 |
| 0305010115 | HEMODIÁLISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV E/OU HEPATITE B E/OU HEPATITE C (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA) | R\$ 325,98 | R\$ 385,00 |
| 0305010123 | HEMODIÁLISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV E/OU HEPATITE B E/OU HEPATITE C (EXCEPCIONALIDADE - MÁXIMO 1 SESSÃO / SEMANA) | R\$ 325,98 | R\$ 385,00 |
| 0305010166 | MANUTENÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR DE PACIENTE SUBMETIDO A DPA /DPAC | R\$ 358,06 | R\$ 483,38 |
| 0305010182 | TREINAMENTO DE PACIENTE SUBMETIDO A DIALISE PERITONEAL - DPAC-DPA (9 DIAS) | R\$ 55,13 | R\$ 74,43 |
| 0305010204 | HEMODIÁLISE PEDIÁTRICA (MÁXIMO 04 SESSÕES POR SEMANA) | R\$ 363,63 | R\$ 443,45 |
| 0306010011 | COLETA DE SANGUE P/ TRANSFUSAO | R\$ 22,00 | R\$ 26,40 |
| 0306010020 | COLETA DE SANGUE P/ TRANSFUSAO (C/ PROCESSADORA AUTOMATICA) | R\$ 504,90 | R\$ 605,88 |
| 0306010038 | TRIAGEM CLINICA DE DOADOR (A) DE SANGUE | R\$ 10,00 | R\$ 12,00 |
| 0306020017 | AFERESE TERAPEUTICA | R\$ 180,00 | R\$ 216,00 |
| 0306020025 | APLICAÇÃO DE CONCENTRADO DO FATOR IX DA COAGULAÇÃO. | R\$ 5,39 | R\$ 6,47 |

| | | | |
|------------|---|------------|------------|
| 0306020033 | APLICACAO DE FATOR VIII DE COAGULACAO | R\$ 5,39 | R\$ 6,47 |
| 0306020041 | SANGRIA TERAPEUTICA | R\$ 4,69 | R\$ 5,63 |
| 0306020050 | TRANSFUSAO DE CONCENTRADO DE GRANULOCITOS | R\$ 8,09 | R\$ 9,71 |
| 0306020068 | TRANSFUSAO DE CONCENTRADO DE HEMACIAS | R\$ 8,09 | R\$ 9,71 |
| 0306020076 | TRANSFUSAO DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS | R\$ 8,09 | R\$ 9,71 |
| 0306020084 | TRANSFUSAO DE CRIOPRECIPITADO | R\$ 8,09 | R\$ 9,71 |
| 0306020092 | TRANSFUSAO DE PLAQUETAS POR AFERESE | R\$ 8,09 | R\$ 9,71 |
| 0306020106 | TRANSFUSAO DE PLASMA FRESCO | R\$ 8,09 | R\$ 9,71 |
| 0306020114 | TRANSFUSAO DE PLASMA ISENTO DE CRIOPRECIPITADO | R\$ 8,09 | R\$ 9,71 |
| 0306020122 | TRANSFUSAO DE SANGUE / COMPONENTES IRRADIADOS | R\$ 17,04 | R\$ 20,45 |
| 0306020130 | TRANSFUSAO DE SUBSTITUICAO / TROCA (EXSANGUINEOTRANSFUÇÃO) | R\$ 8,09 | R\$ 9,71 |
| 0306020149 | TRANSFUSAO DE UNIDADE DE SANGUE TOTAL | R\$ 8,39 | R\$ 10,07 |
| 0306020157 | TRANSFUSAO FETAL INTRA-UTERINA | R\$ 17,78 | R\$ 21,34 |
| 0306020165 | APLICAÇÃO DE CONCENTRADO DE FATOR VIII PARA DOENÇA DE VON WILLEBRAND | R\$ 5,39 | R\$ 6,47 |
| 0306020173 | APLICAÇÃO DE CONCENTRADO DO FATOR DE VII ATIVADO RECOMBINANTE | R\$ 5,39 | R\$ 6,47 |
| 0306020181 | APLICAÇÃO DE CONCENTRADO DO FATOR XIII DA COAGULAÇÃO | R\$ 5,39 | R\$ 6,47 |
| 0306020190 | APLICAÇÃO DO COMPLEXO PROTROMBÍNICO | R\$ 5,39 | R\$ 6,47 |
| 0306020203 | APLICAÇÃO DE COMPLEXO PROTROMBÍNICO PARCIALMENTE ATIVADO | R\$ 5,39 | R\$ 6,47 |
| 0306020211 | APLICAÇÃO DE CONCENTRADO DE FATOR I - FIBRINOGENÍO | R\$ 5,39 | R\$ 6,47 |
| 0405010010 | CORRECAO CIRURGICA DE ENTROPIO E ECTROPIO | R\$ 203,74 | R\$ 285,24 |
| 0405010028 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE EPICANTO E TELECANTO | R\$ 278,90 | R\$ 390,46 |
| 0405010036 | DACRIOCISTORRINOSTOMIA | R\$ 681,87 | R\$ 954,62 |
| 0405010044 | DRENAGEM DE ABSCESSO DE PALPEBRA | R\$ 22,93 | R\$ 32,10 |
| 0405010052 | EPILACAO A LASER | R\$ 45,00 | R\$ 63,00 |
| 0405010060 | EPILACAO DE CILIOS | R\$ 22,93 | R\$ 32,10 |
| 0405010079 | EXÉRESE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESOES DA PALPEBRA E SUPERCILIOS | R\$ 78,75 | R\$ 110,25 |
| 0405010109 | OCLUSAO DE PONTO LACRIMAL | R\$ 19,14 | R\$ 26,80 |
| 0405010117 | RECONSTITUICAO DE CANAL LACRIMAL | R\$ 689,66 | R\$ 965,52 |
| 0405010125 | RECONSTITUIÇÃO PARCIAL DE PALPEBRA COM TARSORRAFIA | R\$ 311,04 | R\$ 435,46 |
| 0405010141 | SIMBLEFAROPLASTIA | R\$ 203,74 | R\$ 285,24 |
| 0405010168 | SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIIS | R\$ 22,93 | R\$ 32,10 |
| 0405010176 | SUTURA DE PALPEBRAS | R\$ 143,99 | R\$ 201,59 |
| 0405010184 | TRATAMENTO CIRURGICO DE BLEFAROCALASE | R\$ 95,42 | R\$ 133,59 |

| | | | |
|------------|---|--------------|--------------|
| 0405010192 | TRATAMENTO CIRURGICO DE TRIQUIASE C/ OU S/ ENXERTO | R\$ 278,90 | R\$ 390,46 |
| 0405010206 | PUNCTOPLASTIA | R\$ 19,14 | R\$ 26,80 |
| 0405020015 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MUSCULOS) | R\$ 1.661,76 | R\$ 2.326,46 |
| 0405020023 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DO ESTRABISMO (ATE 2 MUSCULOS) | R\$ 1.167,82 | R\$ 1.634,95 |
| 0405030029 | BIOPSIA DE TUMOR INTRA OCULAR | R\$ 75,60 | R\$ 105,84 |
| 0405030037 | CRIOTERAPIA OCULAR | R\$ 116,00 | R\$ 162,40 |
| 0405030045 | FOTOCOAGULAÇÃO A LASER | R\$ 107,61 | R\$ 150,65 |
| 0405030053 | INJECAO INTRA-VITREO | R\$ 82,28 | R\$ 115,19 |
| 0405030070 | RETINOPEXIA COM INTROFLEXÃO ESCLERAL | R\$ 1.074,86 | R\$ 1.504,80 |
| 0405030096 | SUTURA DE ESCLERA | R\$ 161,19 | R\$ 225,67 |
| 0405030100 | TRATAMENTO CIRURGICO DE DEISCENCIA DE SUTURA DE ESCLERA | R\$ 159,37 | R\$ 223,12 |
| 0405030118 | TRATAMENTO CIRURGICO DE MIIASE PALPEBRAL | R\$ 22,93 | R\$ 32,10 |
| 0405030134 | VITRECTOMIA ANTERIOR | R\$ 381,08 | R\$ 533,51 |
| 0405030150 | VITRIOLISE A YAG LASER | R\$ 54,00 | R\$ 75,60 |
| 0405030193 | PAN-FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA A LASER | R\$ 430,46 | R\$ 602,64 |
| 0405030215 | RETINOPEXIA PNEUMÁTICA | R\$ 389,64 | R\$ 545,50 |
| 0405030223 | REMOÇÃO DE ÓLEO DE SILICONE | R\$ 468,60 | R\$ 656,04 |
| 0405030231 | REMOÇÃO DE IMPLANTE EPISCLERAL | R\$ 389,64 | R\$ 545,50 |
| 0405040016 | CORREÇÃO CIRURGICA DE LAGOFTALMO | R\$ 282,08 | R\$ 394,91 |
| 0405040067 | ENUCLEAÇÃO DE GLOBO OCULAR | R\$ 415,57 | R\$ 581,80 |
| 0405040075 | EVICERAÇÃO DE GLOBO OCULAR | R\$ 587,51 | R\$ 822,51 |
| 0405040105 | EXPLANTE DE LENTE INTRA OCULAR | R\$ 846,19 | R\$ 1.057,74 |
| 0405040130 | INJECAO RETROBULBAR / PERIBULBAR | R\$ 22,93 | R\$ 32,10 |
| 0405040199 | TRATAMENTO CIRURGICO DE XANTELASMA | R\$ 116,42 | R\$ 162,99 |
| 0405040202 | TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL | R\$ 449,44 | R\$ 629,22 |
| 0405040210 | REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRAOCULAR | R\$ 453,60 | R\$ 567,00 |
| 0405050011 | CAPSULECTOMIA POSTERIOR CIRURGICA | R\$ 180,45 | R\$ 252,63 |
| 0405050020 | CAPSULOTOMIA A YAG LASER | R\$ 112,77 | R\$ 157,88 |
| 0405050038 | CAUTERIZACAO DE CORNEA | R\$ 19,14 | R\$ 26,80 |
| 0405050046 | CICLOCRIOCOAGULAÇÃO / DIATERMIA | R\$ 587,51 | R\$ 822,51 |
| 0405050054 | CICLODIALISE | R\$ 453,41 | R\$ 634,77 |
| 0405050062 | CORRECAO DE ASTIGMATISMO SECUNDARIO | R\$ 19,14 | R\$ 26,80 |
| 0405050070 | CORRECAO CIRURGICA DE HERNIA DE IRIS | R\$ 259,20 | R\$ 362,88 |
| 0405050089 | EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA | R\$ 82,28 | R\$ 115,19 |

| | | | |
|------------|---|--------------|--------------|
| 0405050097 | FACECTOMIA COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR | R\$ 531,60 | R\$ 664,50 |
| 0405050100 | FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR | R\$ 483,60 | R\$ 604,50 |
| 0405050119 | FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR RIGIDA | R\$ 651,60 | R\$ 814,50 |
| 0405050127 | FOTOTRABECULOPLASTIA A LASER | R\$ 45,00 | R\$ 63,00 |
| 0405050143 | IMPLANTE INTRA-ESTROMAL | R\$ 902,95 | R\$ 1.264,13 |
| 0405050151 | IMPLANTE SECUNDÁRIO DE LENTE INTRA-OCULAR - LIO | R\$ 1.112,83 | R\$ 1.391,04 |
| 0405050160 | INJECAO SUBCONJUTIVAL / SUBTENONIANA | R\$ 8,24 | R\$ 11,54 |
| 0405050178 | IRIDECTOMIA CIRURGICA | R\$ 297,46 | R\$ 416,44 |
| 0405050194 | IRIDOTOMIA A LASER | R\$ 45,00 | R\$ 63,00 |
| 0405050208 | PARACENTESE DE CAMARA ANTERIOR | R\$ 82,28 | R\$ 115,19 |
| 0405050216 | RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL | R\$ 172,27 | R\$ 241,18 |
| 0405050224 | RECONSTITUIÇÃO DE FORNIX CONJUNTIVAL | R\$ 436,44 | R\$ 611,02 |
| 0405050240 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CAMARA ANTERIOR DO OLHO | R\$ 335,72 | R\$ 470,01 |
| 0405050259 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CORNEA | R\$ 25,00 | R\$ 35,00 |
| 0405050267 | SINEQUIOLISE A YAG LASER | R\$ 45,00 | R\$ 63,00 |
| 0405050283 | SUBSTITUICAO DE LENTE INTRA-OCULAR | R\$ 544,88 | R\$ 681,10 |
| 0405050291 | SUTURA DE CONJUNTIVA | R\$ 82,28 | R\$ 115,19 |
| 0405050305 | SUTURA DE CORNEA | R\$ 164,08 | R\$ 229,71 |
| 0405050321 | TRABECULECTOMIA | R\$ 898,35 | R\$ 1.257,69 |
| 0405050364 | TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO | R\$ 209,55 | R\$ 293,37 |
| 0405050372 | FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL | R\$ 771,60 | R\$ 964,50 |
| 0405050399 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEISCÊNCIA DE SUTURA DE CórNEA | R\$ 172,12 | R\$ 240,97 |
| 0405050402 | RADIAÇÃO PARA CROSS LINKING CORNEANO | R\$ 292,72 | R\$ 409,81 |
| 0417010052 | ANESTESIA REGIONAL | R\$ 22,27 | R\$ 44,54 |
| 0417010060 | SEDACAO | R\$ 15,15 | R\$ 30,30 |
| 0418010013 | CONFECÇÃO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA C/ ENXERTIA DE POLITETRAFLUORETILENO (PTFE) | R\$ 1.453,85 | R\$ 2.180,78 |
| 0418010021 | CONFECÇÃO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA C/ ENXERTO AUTOLOGO | R\$ 685,53 | R\$ 1.028,30 |
| 0418010030 | CONFECÇÃO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA P/ HEMODIALISE | R\$ 859,20 | R\$ 1.288,80 |
| 0418010048 | IMPLANTE DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA P/ HEMODIALISE | R\$ 200,00 | R\$ 300,00 |
| 0418010064 | IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN P/HEMODIALISE | R\$ 115,81 | R\$ 173,72 |
| 0418010080 | IMPLANTE DE CATETER TIPO TENCKHOFF OU SIMILAR P/ DPA/DPAC | R\$ 400,00 | R\$ 600,00 |
| 0418020019 | INTERVENCAO EM FÍSTULA ARTERIO-VENOSA | R\$ 600,00 | R\$ 900,00 |
| 0418020027 | LIGADURA DE FISTULA ARTERIO-VENOSA | R\$ 600,00 | R\$ 900,00 |
| 0418020035 | RETIRADA DE CATETER TIPO TENCKHOFF / SIMILAR DE LONGA PERMANÊNCIA | R\$ 400,00 | R\$ 600,00 |

| | | | |
|------------|--|--------------|--------------|
| 0702100048 | CONJ.TROCA P/DPA (PACIENTE-MES C/ INSTALACAO DOMICILIAR E MANUTENCAO DA MAQUINA CICLADORA) | R\$ 2.984,56 | R\$ 4.029,16 |
| 0702100056 | CONJUNTO DE TROCA PARA PACIENTE SUBMETIDO A DPA (PACIENTE-15 DIAS COM INSTALAÇÃO DOMICILIAR E MANUTENÇÃO DE MAQUINA CICLADORA) | R\$ 1.255,74 | R\$ 1.695,25 |
| 0702100080 | CONJUNTOS DE TROCA PARA PACIENTE SUBMETIDO A DPAC (PACIENTE 15 DIAS) | R\$ 946,84 | R\$ 1.278,23 |

Anexo III – Tabela SUS Paulista OPME

| Cod Proced | Procedimento | Tab MS | Tab Paulista |
|------------|---|--------------|--------------|
| 0702030023 | ANCORA | R\$ 197,60 | R\$ 422,81 |
| 0702030031 | ARRUELA DENTEADA | R\$ 41,06 | R\$ 205,30 |
| 0702030074 | CENTRALIZADOR PARA COMPONENTE FEMORAL CIMENTADO MODULAR | R\$ 104,44 | R\$ 136,42 |
| 0702030082 | CIMENTO C/ ANTIBIOTICO | R\$ 109,62 | R\$ 309,68 |
| 0702030090 | COMPONENTE ACETABULAR DE POLIETILENO CIMENTADO PRIMARIO / REVISAO | R\$ 282,87 | R\$ 1.414,35 |
| 0702030104 | COMPONENTE ACETABULAR METALICO DE FIXACAO BIOLOGICA PRIMARIA / REVISAO | R\$ 1.027,28 | R\$ 2.035,30 |
| 0702030112 | COMPONENTE CEFALICO | R\$ 426,15 | R\$ 834,72 |
| 0702030120 | COMPONENTE CEFALICO / POLIETILENO / METAL P/ HEMIARTROPLASTIA BIPOLAR / METALICO P/ HEMIARTROPLASIA | R\$ 1.008,00 | R\$ 2.980,00 |
| 0702030139 | COMPONENTE CEFALICO PARA ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL (INCLUI PROTESE) | R\$ 463,48 | R\$ 840,06 |
| 0702030147 | COMPONENTE DE AUMENTO TIBIAL P/ REVISAO DE PROTESE TOTAL DE JOELHO | R\$ 464,61 | R\$ 1.422,00 |
| 0702030155 | COMPONENTE DE AUMENTO FEMURAL P/ REVISAO DE PROTESE TOTAL DE JOELHO | R\$ 2.122,37 | R\$ 2.365,72 |
| 0702030163 | COMPONENTE FEMORAL CIMENTADO MODULAR PRIMARIO | R\$ 1.008,00 | R\$ 2.428,00 |
| 0702030180 | COMPONENTE FEMORAL DE REVISAO CIMENTADO / FIXACAO BIOLOGICA | R\$ 1.758,84 | R\$ 3.740,00 |
| 0702030198 | COMPONENTE FEMORAL MODULAR DE REVISAO CIMENTADA P/ ENXERTO IMPACTADO | R\$ 2.601,84 | R\$ 3.780,00 |
| 0702030201 | COMPONENTE FEMORAL MODULAR DE REVISAO NAO CIMENTADA P/ REVESTIMENTO TOTAL | R\$ 2.355,52 | R\$ 3.920,00 |
| 0702030210 | COMPONENTE FEMORAL NAO CIMENTADO MODULAR PRIMARIO | R\$ 1.695,27 | R\$ 2.420,00 |
| 0702030228 | COMPONENTE FEMORAL PRIMARIO CIMENTADO / FIXACAO BIOLOGICA | R\$ 1.671,60 | R\$ 2.540,00 |
| 0702030244 | COMPONENTE PATELAR CIMENTADO / FIXACAO BIOLOGICA | R\$ 148,57 | R\$ 484,00 |
| 0702030252 | COMPONENTE TIBIAL DE REVISAO DE POLIETILENO | R\$ 528,50 | R\$ 1.380,00 |
| 0702030260 | COMPONENTE TIBIAL DE REVISAO METALICO CIMENTADO / FIXACAO BIOLOGICA EM CUNHA | R\$ 1.316,68 | R\$ 1.460,00 |

| | | | |
|------------|--|--------------|--------------|
| 0702030279 | COMPONENTE TIBIAL PRIMARIO DE POLIETILENO | R\$ 352,96 | R\$ 1.176,00 |
| 0702030287 | COMPONENTE TIBIAL PRIMARIO METALICO CIMENTADO / FIXACAO BIOLOGICA | R\$ 854,48 | R\$ 1.568,00 |
| 0702030295 | COMPONENTE UMERAL CIMENTADO / FIXACAO BIOLOGICA | R\$ 793,25 | R\$ 3.560,00 |
| 0702030309 | COMPONENTE UMERAL CIMENTADO / FIXACAO BIOLOGICA DE REVISAO | R\$ 900,59 | R\$ 1.227,05 |
| 0702030325 | FIO OLIVADO P/ FIXADOR EXTERNO | R\$ 16,94 | R\$ 84,70 |
| 0702030333 | FIO TIPO STEINMAN ROSQUEADO | R\$ 15,82 | R\$ 79,10 |
| 0702030350 | FIXADOR EXTERNO C/ SISTEMA DE ALONGAMENTO MONOFOCAL | R\$ 1.054,91 | R\$ 1.555,99 |
| 0702030368 | FIXADOR EXTERNO C/ SISTEMA DE CORRECAO ANGULAR E/OU ROTACIONAL | R\$ 1.351,04 | R\$ 1.992,78 |
| 0702030384 | FIXADOR EXTERNO CIRCULAR / SEMI-CIRCULAR | R\$ 1.163,90 | R\$ 1.585,81 |
| 0702030392 | FIXADOR EXTERNO HIBRIDO | R\$ 913,16 | R\$ 1.278,00 |
| 0702030406 | FIXADOR EXTERNO LINEAR | R\$ 648,11 | R\$ 1.122,31 |
| 0702030414 | FIXADOR EXTERNO P/ PUNHO | R\$ 561,66 | R\$ 1.168,59 |
| 0702030422 | FIXADOR EXTERNO TIPO PLATAFORMA - SISTEMA DE ALONGAMENTO / TRANSPLANTE OSSEO | R\$ 1.054,91 | R\$ 1.333,09 |
| 0702030430 | FIXADOR PELVICO | R\$ 950,74 | R\$ 1.860,00 |
| 0702030481 | HASTE FEMORAL CURTA C/ BLOQUEIO CEFALICO (INCLUI PARAFUSOS) | R\$ 936,58 | R\$ 1.520,00 |
| 0702030490 | HASTE FEMORAL LONGA C/ BLOQUEIO CEFALICO (INCLUI PARAFUSOS) | R\$ 989,15 | R\$ 1.890,00 |
| 0702030511 | HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE FEMUR (INCLUI PARAFUSOS) | R\$ 1.120,00 | R\$ 1.960,00 |
| 0702030520 | HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE TIBIA (INCLUI PARAFUSOS) | R\$ 1.096,39 | R\$ 1.580,00 |
| 0702030538 | HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE UMIERO (INCLUI PARAFUSOS) | R\$ 1.010,56 | R\$ 1.376,89 |
| 0702030546 | HASTE INTRAMEDULAR FLEXIVEL P/ USO INFANTIL | R\$ 151,63 | R\$ 351,59 |
| 0702030562 | HASTE INTRAMEDULAR RETROGRADA (INCLUI PARAFUSOS) | R\$ 905,90 | R\$ 1.638,00 |
| 0702030589 | HASTE TIBIAL P/ REVISAO DE PROTESE TOTAL DO JOELHO | R\$ 652,39 | R\$ 1.097,90 |
| 0702030597 | COMPONENTE ACETABULAR DE POLIETILENO P/ COMPONENTE METALICO PRIMARIO / DE REVISAO DE FIXACAO BIOLOGICA | R\$ 372,78 | R\$ 986,00 |
| 0702030600 | MINI-FIXADOR EXTERNO | R\$ 780,00 | R\$ 1.114,66 |
| 0702030627 | PARAFUSO CANULADO 3,5 MM | R\$ 116,02 | R\$ 171,13 |
| 0702030635 | PARAFUSO CANULADO 4,5 MM | R\$ 102,92 | R\$ 151,81 |
| 0702030643 | PARAFUSO CANULADO 7,0 MM | R\$ 90,29 | R\$ 133,18 |
| 0702030660 | PARAFUSO CORTICAL 1,5 MM | R\$ 18,06 | R\$ 26,64 |
| 0702030678 | PARAFUSO CORTICAL 2,0 MM | R\$ 15,34 | R\$ 22,63 |
| 0702030686 | PARAFUSO CORTICAL 2,7 MM | R\$ 16,94 | R\$ 24,99 |
| 0702030694 | PARAFUSO CORTICAL 3,5 MM | R\$ 15,34 | R\$ 40,04 |
| 0702030708 | PARAFUSO CORTICAL 4,5 MM | R\$ 18,06 | R\$ 49,81 |
| 0702030724 | PARAFUSO ESPONJOSO 4,0 MM | R\$ 27,71 | R\$ 47,11 |

| | | | |
|------------|---|--------------|---------------|
| 0702030732 | PARAFUSO ESPONJOSO 6,5 MM | R\$ 27,71 | R\$ 54,48 |
| 0702030740 | PARAFUSO MALEOLAR | R\$ 21,89 | R\$ 37,21 |
| 0702030767 | PARAFUSO P/ COMPONENTE ACETABULAR | R\$ 109,67 | R\$ 217,71 |
| 0702030805 | PINO DE SHANTZ | R\$ 28,45 | R\$ 92,00 |
| 0702030813 | PLACA C/ PARAFUSO DESLIZANTE DE 135 OU 150 GRAUS | R\$ 764,34 | R\$ 1.377,41 |
| 0702030821 | PLACA C/ PARAFUSO DESLIZANTE DE 95 GRAUS | R\$ 686,87 | R\$ 1.583,00 |
| 0702030830 | PLACA 1/3 TUBULAR 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS) | R\$ 148,40 | R\$ 372,22 |
| 0702030848 | PLACA 1/3 TUBULAR 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS) | R\$ 177,20 | R\$ 419,90 |
| 0702030880 | PLACA CONDILEA 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS) | R\$ 534,97 | R\$ 887,63 |
| 0702030899 | PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS) | R\$ 183,81 | R\$ 405,53 |
| 0702030902 | PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM ESTREITA (INCLUI PARAFUSOS) | R\$ 235,88 | R\$ 516,61 |
| 0702030910 | PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM LARGA (INCLUI PARAFUSOS) | R\$ 296,13 | R\$ 586,71 |
| 0702030929 | PLACA DE RECONSTRUCAO 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS) | R\$ 299,90 | R\$ 391,74 |
| 0702030937 | PLACA DE RECONSTRUCAO DE 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS) | R\$ 325,69 | R\$ 425,43 |
| 0702030945 | PLACA DE SUPORTE DE PLATEAU TIBIAL 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS) | R\$ 288,71 | R\$ 754,55 |
| 0702030953 | PLACA EM L 2,7MM (INCLUI PARAFUSOS) | R\$ 131,36 | R\$ 171,59 |
| 0702030961 | PLACA EM L 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS) | R\$ 275,48 | R\$ 359,85 |
| 0702030970 | PLACA EM L 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS) | R\$ 288,71 | R\$ 467,00 |
| 0702030988 | PLACA EM T 2,7MM (INCLUI PARAFUSOS) | R\$ 131,36 | R\$ 171,59 |
| 0702030996 | PLACA EM T 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS) | R\$ 275,48 | R\$ 424,00 |
| 0702031003 | PLACA EM T 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS) | R\$ 326,00 | R\$ 564,27 |
| 0702031011 | PLACA EM TREVO 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS) | R\$ 275,48 | R\$ 782,16 |
| 0702031020 | PLACA EM TREVO 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS) | R\$ 288,71 | R\$ 377,13 |
| 0702031046 | PLACA P/ CALCANEIO (INCLUI PARAFUSO) | R\$ 320,61 | R\$ 1.220,00 |
| 0702031054 | PLACA PONTE 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS) | R\$ 527,20 | R\$ 688,66 |
| 0702031062 | PLACA PONTE 4,5 MM (INCLUI PARAFUSO) | R\$ 564,13 | R\$ 756,33 |
| 0702031070 | PLACA SEMITUBULAR 2,7 MM (INCLUI PARAFUSOS) | R\$ 146,64 | R\$ 208,05 |
| 0702031089 | PLACA SEMITUBULAR 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS) | R\$ 146,64 | R\$ 208,05 |
| 0702031151 | PROTESE NAO CONVENCIONAL ARTICULADA DISTAL DE MEMBRO INFERIOR | R\$ 4.059,61 | R\$ 12.698,25 |
| 0702031160 | PROTESE NAO CONVENCIONAL ARTICULADA DISTAL DE MEMBRO SUPERIOR | R\$ 3.487,09 | R\$ 16.240,00 |
| 0702031178 | PROTESE NAO CONVENCIONAL ARTICULADA PROXIMAL DE MEMBRO INFERIOR | R\$ 3.549,36 | R\$ 10.941,00 |
| 0702031186 | PROTESE NAO CONVENCIONAL ARTICULADA PROXIMAL DE MEMBRO SUPERIOR | R\$ 2.241,70 | R\$ 8.280,00 |
| 0702031194 | PROTESE NAO CONVENCIONAL BI-ARTICULADA TOTAL | R\$ 5.604,26 | R\$ 28.021,30 |
| 0702031208 | PROTESE NAO CONVENCIONAL DIAFISARIA | R\$ 2.209,55 | R\$ 2.960,00 |

| | | | |
|------------|--|--------------|---------------|
| 0702031216 | PROTESE NAO CONVENCIONAL EXTENSIVEL | R\$ 5.003,80 | R\$ 15.780,00 |
| 0702031240 | PROTESE TOTAL DE COTOVELO (COMPONENTE UMERAL CIMENTADO + COMPONENTE ULNAR) | R\$ 3.800,00 | R\$ 9.260,00 |
| 0702031259 | RESTRITOR DE CIMENTO FEMORAL/UMERAL | R\$ 28,80 | R\$ 144,00 |
| 0702031267 | SISTEMA DE FIXACAO OCCIPITO-CERVICAL ASSOCIADO A PARAFUSO GANCHO E FIO | R\$ 1.459,63 | R\$ 2.680,00 |
| 0702031283 | TELA DE RECONSTRUCAO ACETABULAR | R\$ 396,88 | R\$ 563,07 |
| 0702031291 | TELA DE RECONSTRUCAO FEMORAL | R\$ 334,22 | R\$ 826,00 |
| 0702031321 | PARAFUSO BLOQUEADO | R\$ 21,60 | R\$ 31,86 |
| 0702031348 | FIO DE KIRSCHNER | R\$ 13,00 | R\$ 29,41 |
| 0702031380 | CIMENTO S/ ANTIBIOTICO | R\$ 60,59 | R\$ 169,44 |
| 0702031399 | PLACA BLOQUEADA DE RADIO DISTAL (INCLUI PARAFUSO) | R\$ 293,42 | R\$ 1.467,10 |
| 0702050156 | DISPOSITIVO INTERSOMATICO DE MANUTENCAO DE ESPACO INTERVERTEBRAL CARREADOR DE ENXERTO (TIPO CESTA) | R\$ 1.356,35 | R\$ 2.262,00 |
| 0702050466 | PLACA CERVICAL ASSOCIADA A PARAFUSOS DE TITANIO P/ FIXACAO EM ESTRUTURAS POSTERIORES | R\$ 1.280,39 | R\$ 2.296,00 |
| 0702050520 | SISTEMA PARA FIXACAO TRANSVERSAL DE TITANIO | R\$ 781,26 | R\$ 1.620,00 |
| 0702050792 | FIO TIPO STEINMAN LISO | R\$ 13,44 | R\$ 43,84 |
| 0702050822 | DISPOSITIVO PEDICULAR PARA FIXACAO DE HASTE (INCLUI BLOQUEADOR) | R\$ 500,00 | R\$ 580,00 |

Anexo IV – Limite de remuneração por RRAS

Limite financeiro por RRAS

| | SIA | AIH | Soma AIH e SIA | Expansão direcionada | Expansão a ser definida | Total |
|-----------|----------------|----------------|------------------|----------------------|-------------------------|------------------|
| RRAS1 a 6 | 390.909.087,25 | 894.578.772,29 | 1.285.487.859,53 | 192.170.979,23 | 133.262.673,30 | 1.610.921.512,06 |
| RRAS7 | 29.811.072,66 | 88.590.392,39 | 118.401.465,05 | 12.825.412,33 | 12.274.324,99 | 143.501.202,37 |
| RRAS8 | 37.120.999,58 | 159.047.166,81 | 196.168.166,40 | 6.300.867,13 | 20.336.165,82 | 222.805.199,34 |
| RRAS9 | 49.147.942,33 | 214.120.088,58 | 263.268.030,91 | | 27.292.207,65 | 290.560.238,56 |
| RRAS10 | 31.694.468,57 | 178.874.495,02 | 210.568.963,59 | | 21.829.053,30 | 232.398.016,89 |
| RRAS11 | 10.795.165,86 | 46.231.905,54 | 57.027.071,39 | 21.011.282,30 | 5.911.825,56 | 83.950.179,25 |
| RRAS12 | 76.226.488,45 | 407.730.062,16 | 483.956.550,61 | 100.736.431,36 | 50.170.325,00 | 634.863.306,97 |
| RRAS13 | 138.520.297,33 | 503.704.083,93 | 642.224.381,26 | 9.474.033,09 | 66.577.476,61 | 718.275.890,96 |
| RRAS14 | 30.505.761,76 | 176.425.275,24 | 206.931.037,00 | | 21.451.920,35 | 228.382.957,35 |
| RRAS15 | 57.278.044,10 | 241.079.363,79 | 298.357.407,90 | | 30.929.818,18 | 329.287.226,08 |

| | | | | | | |
|--------|----------------|------------------|------------------|----------------|----------------|------------------|
| RRAS16 | 32.694.623,79 | 98.646.476,88 | 131.341.100,66 | 12.609.770,49 | 13.615.738,23 | 157.566.609,38 |
| RRAS17 | 75.148.370,50 | 263.805.915,44 | 338.954.285,94 | | 35.138.374,85 | 374.092.660,79 |
| Total | 959.852.322,18 | 3.272.833.998,07 | 4.232.686.320,25 | 355.128.775,93 | 438.789.903,83 | 5.026.605.000,00 |

Anexo V – Minuta de Termo de Adesão a Tabela SUS Paulista
ANEXO V

Termo de Adesão

A Prefeitura do Município de _____, neste ato representada pelo seu Prefeito(a) Sr.(a) _____ brasileiro(a), RG nº _____,

_____, CPF nº _____, residente na Rua _____,

_____, pelo presente Instrumento expressa formalmente a sua adesão ao Sistema de Transferência de Recursos Financeiros do Fundo Estadual de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, também denominado Sistema de Transferência Fundo a Fundo, instituído nos termos do Decreto nº 53.019 de 20 de maio de 2008, e nas condições previstas na Resolução SS nº (Resolução Tabela SUS Paulista), bem como demais atos subsequentes versando sobre a matéria, declarando, via de consequência, compromissado(a) em dar cumprimento aos princípios e diretrizes que consubstanciam as regras de financiamento das ações e serviços de saúde consoantes com a Política de Saúde do Estado de São Paulo, enquanto mecanismo de fortalecimento à consolidação do Sistema Único de Saúde no Estado.

Ao aderir ao Sistema em questão, a Prefeitura Municipal também se compromete em garantir as seguintes condições:

1. Aplicar os recursos recebidos, unicamente nas ações e serviços de saúde do SUS do município, nos termos do Decreto nº 53.019/2008, da Resolução SS nº 55, de 21 de maio de 2008 e Resolução SS nº _____ (Tabela SUS Paulista) e outras Resoluções SS Complementares, sobre o assunto, que venham a ser publicadas e definam as condições sobre o emprego do recurso financeiro.
2. Manter a existência do Fundo Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde, de acordo com as normas legais vigentes.
3. Em relação aos prestadores contemplados pela Tabela SUS Paulista sob sua gestão, garantir que os instrumentos de contrato/convênio de prestação de serviços ao SUS, estejam de acordo com a legislação vigente, em especial a Lei nº 8.666/93, além do cumprimento das Instruções do TCESP e demais órgãos de controle em relação à comprovação da aplicação dos recursos recebidos.
4. Apresentar no Relatório Anual de Gestão a aplicação dos recursos recebidos referentes a Tabela SUS Paulista, nos termos da Resolução SS n. 2 55, de 21 de maio de 2008, bem como da Lei Complementar Federal nº 141, de 13 de janeiro de 2012.
5. Preencher corretamente e nos prazos estabelecidos, os sistemas de informação do Sistema Único de Saúde – SUS necessários para acompanhamento das ações municipais de saúde pela Secretaria de Estado da Saúde.
6. Fiscalizar, auditar, validar ou alterar, quando necessário, o cadastramento dos estabelecimentos de saúde contratualizados com a gestão municipal, garantindo a atualização do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES dessas entidades.
7. Permitir e colaborar com as supervisões e acompanhamento das equipes estaduais no sistema de saúde municipal, referentes aos recursos repassados.
8. Prestar contas regulares ao Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, dos recursos recebidos, de acordo com as normas estabelecidas.
9. Informar à Secretaria de Estado da Saúde as entidades contratualizadas com a

gestão municipal que estejam sob intervenção no momento da adesão à Tabela Sus Paulista.

10. Informar à Secretaria de Estado da Saúde as entidades contratualizadas com a gestão municipal que entrarem sob intervenção posterior ao momento da adesão à Tabela Sus Paulista. Informar a SES imediatamente tão logo se inicie a intervenção.

11. Informar à Secretaria de Estado da Saúde as entidades contratualizadas com a gestão municipal que finalizarem o status intervenção posterior ao momento da adesão à Tabela Sus Paulista. Informar a SES imediatamente tão logo se dê o término da intervenção.

() Declaro que há entidades contratualizadas com a gestão municipal que estejam sob intervenção nesse momento de adesão à Tabela Sus Paulista, conforme informado a seguir:

| CNES | Nome | Informar se a intervenção é fundamentada por decreto municipal (nesse caso informar o número do decreto) ou em decisão judicial ou motivada por acordo com o Ministério Público (Termo de Ajuste de Conduta – TAC) |
|------|------|--|
|------|------|--|

() Declaro que não há entidades contratualizadas com a gestão municipal que estejam sob intervenção nesse momento de adesão à Tabela Sus Paulista.

O não cumprimento das normas e definições previstas nas Resoluções da Secretaria de Estado da Saúde sobre o assunto, implicará na suspensão do repasse de recursos, até que a situação em questão seja regularizada pelo município.

E, por ser de absoluto interesse municipal, firma o presente Termo de Adesão, em 02 (duas) vias.

São Paulo,

Secretário de Estado da Saúde

Prefeito Municipal ou Secretário Municipal de Saúde, por ato formal de delegação de competência.

Testemunhas:

Anexo VI – Termo Aditivo à Convênio com Instituições Sem Fins Lucrativos

Termo Aditivo nº: (Atenção: Somente para Estabelecimentos Sem Fins Lucrativos, conforme Resolução SS nº 181/2021)
Convênio nº:

Processo SEI:

Termo Aditivo ao Convênio de Assistência à Saúde, que entre si celebram o Estado de São Paulo, por intermédio de sua Secretaria de Estado da Saúde e a(o) _____.

Pelo presente instrumento o Governo do Estado de São Paulo, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, com sede na Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, nº 188, São Paulo, Capital, neste ato representada pelo seu Secretário: Dr. Eleuses Vieira de Paiva, Nacionalidade: brasileiro, Estado Civil: casado, Profissão: médico, portador do RG nº: 5.943.754-6 e inscrito no CPF nº: 353.542.676-68, e do outro lado o(a) _____, CNPJ nº _____, com endereço:

_____, Bairro: _____, na cidade de: _____, neste ato representado(a) pelo seu(a): Cargo do Responsável, Nome do Responsável, portador do RG. nº: _____, inscrito sob o CPF nº: _____, com fundamentos nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal e Constituição Estadual, em especial os seus artigos 218 e seguintes; as Leis nº 8080/1990 e 8142/1990, Decreto Estadual nº 000/2023 e Resolução SS nº 000/2023, que instituíram a Tabela SUS Paulista e demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, resolvem celebrar o presente Termo Aditivo ao Convênio nº _____, celebrado em ___/___/___, a fim de consignar o seguinte:

CLÁUSULA PRIMEIRA

DO OBJETO

Pelo Presente termo aditivo, por força do Decreto Estadual nº 000/2023 e Resolução SS nº 000/2023, que instituíram a Tabela SUS Paulista, se alteram as cláusulas:

- Cláusula 15ª - **DOS RECURSOS DO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE – FNS;**
- Cláusula 16ª - DOS RECURSOS EXTRA TETO DO FUNDO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS ECOMPENSAÇÃO – FAEC;
- Cláusula 17ª - **OUTRAS DISPOSIÇÕES SOBRE OS RECURSOS PROVENIENTES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE;**
- Cláusula 18ª - **DA PRESTAÇÃO DE CONTAS E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO.**

CLÁUSULA SEGUNDA

DA RETIFICAÇÃO

A Cláusula 15ª - **DOS RECURSOS DO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE – FNS E DOS RECURSOS DO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE - FUNDES**, ora retificada, passa a se denominar: **DOS RECURSOS DO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE – FNSE DOS RECURSOS DO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE – FUNDES**, e passa a ter a seguinte redação:

O FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE, mediante o ingresso de recursos provenientes do FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FNS e a apuração dos serviços prestados no cumprimento das metas quantitativas do Plano Operativo, consignadas no Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS e no Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado – SIHD, conforme a Tabela de Procedimentos,

Medicamentos e OPM do SUS, acrescidas do complemento financeiro da TabelaSUS Paulista, terão remuneração mensal a CONVENIADA, na seguinte conformidade:

O valor total Ambulatorial e Hospitalar, de Média e Alta Complexidade (Teto MAC) possui estimativa mensal de R\$ 0,00 (valor por extenso), que correspondente a estimativa anual de R\$0,00 (valor por extenso), subdividido conforme os itens I, II, III e IV e os Incentivos constantes do item VI.

I - Procedimentos de Alta Complexidade Ambulatorial

A execução dos procedimentos contratualizados (por grupo/subgrupo), será paga até o limite financeiro (valor máximo ou teto) mensal de R\$ 0,00 (valor por extenso), que correspondente ao limite financeiro anual de R\$ 0,00 (valor por extenso), conforme produção aprovada no SIA/SUS.

II - Procedimentos de Média Complexidade Ambulatorial

A execução dos procedimentos contratualizados (por grupo/subgrupo), será paga até o limite financeiro (valor máximo ou teto) mensal de R\$ 0,00 (valor por extenso), que correspondente ao limite financeiro anual de R\$ 0,00 (valor por extenso), conforme produção aprovada no SIA/SUS.

III - Procedimentos de Alta Complexidade Hospitalar

A execução dos procedimentos contratualizados (por grupo/subgrupo), será paga até o limite financeiro (valor máximo ou teto) mensal de R\$ 0,00 (valor por extenso), que correspondente ao limite financeiro anual de R\$ 0,00 (valor por extenso), conforme produção aprovada no SIHD/SUS.

IV - Procedimentos de Média Complexidade Hospitalar

A execução dos procedimentos contratualizados (por grupo/subgrupo), será paga até o limite financeiro (valor máximo ou teto) mensal de R\$ 0,00 (valor por extenso), que correspondente ao limite financeiro anual de R\$ 0,00 (valor por extenso) conforme produção aprovada no SIHD/SUS.

V - Faturamento dos Hospitais Psiquiátricos/Especializados em Psiquiatria, conforme o estabelecido em legislação e portarias do Ministério da Saúde específicas e em conformidade com o Plano Operativo, a ser acompanhado e monitorado pela Área Técnica de Saúde Mental desta Pasta.

VI - Para a CONVENIADA, será repassado, como parte do Teto de Média e Alta Complexidade - MAC, o valor mensal de R\$ 0,00 (valor por extenso), que corresponde ao valor estimado anual de R\$ 0,00 (valor por extenso), como Incentivo, conforme abaixo:

- a) R\$ XXXX (XXXX), destinado ao Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde (INTEGRASUS), Portaria MS/GM nº. XX/XXXX.
- b) R\$ XXXX (XXXX), destinado ao Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC), Portaria MS/GM nº. XX/XXXX.
- c) R\$ XXXX (XXXX), destinado ao Incentivo Financeiro 100% SUS (100% SUS), Portaria MS/GM nº. XX/XXXX.
- d) R\$ XXXX (XXXX), destinado ao custeio das ações desenvolvidas pela Organização de Procuração Órgãos (OPO), parte integrante do Plano Nacional de Implantação de Organizações de Procura de Órgãos - Portaria MS/GM nº XX/XXXX.
- e) R\$ XXXX (XXXX), destinado ao cumprimento das ações decorrentes da Rede Viver Sem Limites (RDEF), Portaria MS/GM nº. XX/XXXX.
- f) R\$ XXXX (XXXX), destinado ao cumprimento das ações decorrentes da Rede Brasil Sem Miséria (BSOR-SM), Portaria MS/GM nº. XX/XXXX.
- g) R\$ XXXX (XXXX), destinado ao cumprimento das ações decorrentes da Rede Saúde Mental (RSME), Portaria MS/GM nº. XX/XXXX.
- h) R\$ XXXX (XXXX), destinado ao cumprimento das ações decorrentes da Rede Cegonha (RCE-RCEG), Portaria MS/GM nº. XX/XXXX.
- i) R\$ XXXX (XXXX), destinado ao cumprimento das ações decorrentes da Rede de Urgência (RAU), Portaria MS/GM nº. XX/XXXX.

- j) R\$ XXXX (XXXX), destinado ao cumprimento das ações decorrentes da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento de Câncer de Colo e Mama (RCA-RCAN), Portaria MS/GM nº. XX/XXXX.
- k) R\$ XXXX (XXXX), destinado ao Incentivo de Assistência à População Indígena (IAPI), PortariaMS/GM nº. XX/XXXX.
- l) R\$ XXXX (XXXX), destinado ao Incentivo Financeiro para Residência Médica, Portaria MS/GM nº. XX/XXXX.
- m) R\$ XXXX (XXXX), destinado para o Programa Melhor em Casa, Portaria MS/GM nº. XX/XXXX.
- n) R\$ XXXX (XXXX), destinado para Centros Especializados em Reabilitação (CER), PortariaMS/GM nº. XX/XXXX.
- o) R\$ XXXX (XXXX), destinado para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, PortariaMS/GM nº. XX/XXXX.
- p) R\$ XXXX (XXXX), destinado para Oficinas Ortopédicas, Portaria MS/GM nº. XX/XXXX.
- q) R\$ XXXX (XXXX), destinado para Hospital Amigo da Criança, Portaria MS/GM nº. XX/XXXX.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - As metas dispostas no Plano Operativo, parte integrante do presente instrumento serão avaliadas por uma comissão composta por representantes do DRS e das Instituições, anualmente, mediante Resolução do Secretário da Saúde, cabendo a CONVENIADA fornecer os documentos solicitados para a referida avaliação.

PARÁGRAFO SEGUNDO - Os valores dos procedimentos e incentivos serão reajustados na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes determinados pelo Ministério da Saúde.

PARÁGRAFO TERCEIRO - A comissão de avaliação citada no § 1º deverá ser criada pelo Departamento Regional de Saúde - DRS em até 15 dias após a assinatura desse termo (e após anualmente) cabendo a CONVENIADA, neste prazo, indicar o(s) nome(s) de seu(s) representante(s).

PARÁGRAFO QUARTO - A CONVENIADA obriga-se a apresentar as informações regulares do SIAe do SIHD / SUS, ou outros porventura implantados pelo Ministério da Saúde, ou solicitados pela Secretaria Estadual da Saúde.

PARÁGRAFO QUINTO - Os valores financeiros deste ajuste poderão ser revistos sempre que o Ministério da Saúde, estabelecer por portaria novos repasses de valores destinados para a CONVENIADA, com alteração do Plano Operativo e da Ficha de Programação Físico Orçamentária - FPO, conforme estabelecido no Artigo 8º da Resolução SS nº 000/2023, da Tabela SUS Paulista.

PARÁGRAFO SEXTO - Os recursos financeiros estabelecidos segundo atos normativos e portarias da direção do Sistema Único de Saúde - SUS e condições previstas no convênio, que representem Habilitação de Leitos de UTI - COVID-19 ou Emenda Parlamentar Federal ou qualquer outro tipo de Incremento Temporário, deverá(ão) ser aplicado(s) observando-se o que segue:

1. o recurso representa Habilitação de Leitos de UTI - COVID-19 ou Emenda Parlamentar Federal ou qualquer outro tipo de Incremento Temporário, não se incorporam de forma definitiva ao limite financeiro anual do convênio;
2. a aplicação do recurso se destinará ao custeio dos procedimentos que são objeto deste convênio, sendo vedada sua utilização para o pagamento de:
 - 2.1. pessoas físicas ou jurídicas que não desempenhem ações diretamente relacionadas aos serviços objeto do convênio (ou plano operativo);
 - 2.2. pagamento de assessorias ou consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro de Município ou do Estado;
 - 2.3. obras de construções novas bem como de ampliações de imóveis já existentes, ainda que utilizados para a realização de ações e/ou serviços de saúde. (regras da Portaria de Consolidação 6/2017, de 28 de setembro de 2017 e alterações posteriores).
3. os saldos financeiros, inclusive os provenientes das receitas obtidas nas aplicações financeiras realizadas, não utilizadas no objeto pactuado, serão devolvidos ao Fundo Estadual de Saúde, no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias da conclusão, denúncia, rescisão ou extinção do instrumento, sob pena da imediata instauração de tomada de contas especial do responsável, providenciada pela autoridade competente do órgão ou entidade concedente.

A Cláusula 16ª - **DOS RECURSOS EXTRA TETO DO FUNDO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS E**

COMPENSAÇÃO – FAEC, ora retificada, passa a ter a seguinte redação:

Os procedimentos identificados como "ESTRATÉGIA DE SAÚDE", conforme definido pelo Ministério da Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas da Secretaria de Atenção à Saúde - DRAC, com recursos financeiros repassados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC, podendo vir a ser acrescidas do complemento financeiro da Tabela SUS Paulista, terão remuneração mensal a CONVENIADA, na seguinte conformidade:.

O valor total Ambulatorial e Hospitalar, oriundo do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação

– FAEC, possui estimativa mensal de R\$ 0,00 (valor por extenso), que correspondente a estimativa anual de R\$ 0,00 (valor por extenso), subdividido conforme os itens I e II.

I - Procedimentos Estratégicos Ambulatoriais

A produção dos procedimentos Estratégicos ambulatoriais será paga em conformidade com a produção AMBULATORIAL aprovada, sem limite financeiro (valor máximo ou teto) e possui uma estimativa anual de R\$ 0,00 (valor por extenso), correspondente a estimativa mensal de R\$ 0,00 (valor por extenso).

II - Procedimentos Estratégicos Hospitalares

A produção dos procedimentos Estratégicos hospitalares será paga em conformidade com a produção aprovada, sem limite financeiro (valor máximo ou teto) e possui uma estimativa anual de R\$ 0,00 (valor por extenso), correspondente à estimativa mensal de R\$ 0,00 (valor por extenso).

PARÁGRAFO PRIMEIRO - As metas dispostas no Plano Operativo, parte integrante do presente instrumento serão avaliadas por uma comissão composta por representantes do DRS e das Instituições, anualmente, mediante Resolução do Secretário da Saúde, cabendo a CONVENIADA fornecer os documentos solicitados para a referida avaliação.

PARÁGRAFO SEGUNDO - Os valores financeiros deste ajuste poderão ser revistos sempre que o Ministério da Saúde, estabelecer por portaria novos repasses de valores destinados para a CONVENIADA, com alteração do Plano Operativo e da Ficha de Programação Físico Orçamentária

– FPO, conforme estabelecido no Artigo 8º da Resolução SS nº 000/2023, da Tabela SUS Paulista.

PARÁGRAFO TERCEIRO - Os procedimentos atualmente financiados com recursos do FAEC estratégico, na medida em que sofrerem reclassificação para procedimentos de média e alta complexidade, terão os seus recursos financeiros incorporados ao teto de média e alta complexidade, na mesma proporção, índices e épocas determinadas pelo Ministério da Saúde.

PARÁGRAFO QUARTO - A comissão de avaliação citada no § 1º deverá ser criada pelo Departamento Regional de Saúde - DRS em até 15 dias após a assinatura desse termo cabendo a CONVENIADA, neste prazo, indicar o(s) nome(s) de seu(s) representante(s).

PARÁGRAFO QUINTO - A CONVENIADA obriga-se a apresentar as informações regulares do SIA e do SIHD/SUS, ou outros porventura implantados pelo Ministério da Saúde, ou solicitados pela Secretaria Estadual da Saúde.

PARÁGRAFO SEXTO - Os valores financeiros deste ajuste poderão ser revistos sempre que o Ministério da Saúde estabelecer por portaria novos repasses de valores destinados para a CONVENIADA, com alteração do Plano Operativo e da Ficha de Programação Físico Orçamentário

– FPO.

A Cláusula 17ª - **OUTRAS DISPOSIÇÕES SOBRE OS RECURSOS PROVENIENTES DO**

MINISTÉRIO DA SAÚDE, ora retificada, passa a se denominar: **OUTRAS DISPOSIÇÕES SOBRE OS RECURSOS PROVENIENTES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS E DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SES**, e passa a ter a seguinte redação:

Para a execução deste convênio serão destinados recursos financeiros do Ministério da Saúde - MS da Secretaria de Estado da Saúde - SES, no montante estabelecido na cláusula 12ª - DOS RECURSOS DO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FNS E DOS RECURSOS DO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE - FUNDES, onerando a seguinte classificação orçamentária:

UGE: 090196

Programa de Trabalho: 0930 – Atendimento Integral e Descentralizado no SUS no Estado de São Paulo.

Fonte de financiamento: 163150 – Transf. do Gov. Federal ref. a Conv e Inst. Cong. Vinc. a Saúde - Transferências Federais e 165910 – Outros Recursos Vinc. a Saúde – Tesouro.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - Nos exercícios financeiros futuros, as despesas correrão à conta das dotações próprias aprovadas pelo Ministério da Saúde - MS e pela Secretaria de Estado da Saúde - SES, que repassará os recursos para a cobertura da assistência à saúde prestada pelo SECRETARIA de forma direta, regular e automática, seja do FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FNS ou do FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE - FUNDES, nos termos da Lei Complementar nº 141/2012.

A Cláusula 18ª - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO, ora retificada, passa a se denominar:

DA PRESTAÇÃO DE CONTAS E DAS CONDIÇÕES DE REPASSE, e

passa a ter a seguinte redação:

A prestação de contas, bem como o repasse financeiro pela execução dos serviços conveniados, observarão as condições estabelecidas nas normas que regem o Sistema Único de Saúde - SUS, na seguinte conformidade:

I - Os CONVENIADOS apresentarão, mensalmente, ao Departamento Regional de Saúde - DRS, as faturas, notas fiscais (inclusive nota fiscal eletrônica) e os documentos referentes aos serviços conveniados efetivamente prestados, obedecendo, para tanto, o procedimento e os prazos estabelecidos pela Secretaria de Estado da Saúde em conformidade com o cronograma estabelecido pelo Ministério da Saúde - MS e onde devem constar a identificação/numeração do Departamento Regional de Saúde - DRS XX, o número do convênio e os demais elementos identificadores, não sendo admitida a inserção dessas informações após a emissão do respectivo documento (redação dada pela Resolução SS nº 23/2022);

II - O Departamento Regional de Saúde - DRS revisará as faturas e documentos recebidos dos CONVENIADOS, que deverão estar rigorosamente de acordo com a produção aprovada pelo Ministério da Saúde e a Coordenadoria de Gestão Orçamentária e Financeira - CGOF procederá ao repasse financeiro das ações de Média Complexidade, Alta Complexidade e Estratégicas, com recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde - FNS e do Fundo Estadual de Saúde - FUNDES, observando, para tanto, as diretrizes e normas emanadas do próprio Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde, nos termos das respectivas competências e atribuições legais;

III - Os laudos referentes à internação serão obrigatoriamente visados pelos órgãos competentes do SUS, exceto quando o estabelecimento for autorizado como órgão emissor de AIH;

IV - Para fins de prova da data de apresentação das contas e observância dos prazos de pagamento será enviada confirmação eletrônica aos CONVENIADOS da parte do servidor do gestor do convênio, designado pelo Departamento Regional de Saúde - DRS, e quando necessário, será entregue recibo assinado ou rubricado pelo Gestor do Convênio, com aposição do respectivo carimbo funcional.

V - Na hipótese do Departamento Regional de Saúde - DRS não proceder à entrega dos documentos de autorização de internação até o dia da saída do paciente, o prazo será contado a partir da data do recebimento, pelos CONVENIADOS, dos citados documentos, do qual o Gestor do Convênio dará recibo, assinado ou rubricado, com aposição do respectivo carimbo;

VI - As contas rejeitadas pelo sistema de processamento de dados, ou pela conferência técnica e administrativa, serão devolvidas aos CONVENIADOS para as correções cabíveis, devendo ser reapresentadas no prazo de 20 (vinte) dias úteis, contados da notificação, prorrogável por igual período, se autorizado pela Coordenadoria de Regiões de Saúde - CRS. O documento reapresentado será acompanhado do correspondente documento original, devidamente inutilizado por meio de carimbo, quando cabível;

VII - Esgotadas as providências do inciso VI, a Coordenadoria de Regiões de Saúde - CRS, deverá comunicar a ocorrência ao Tribunal de Contas do Estado de São Paulo - TCESP, no prazo máximo de 3 (três) dias úteis (artigo 37, da LC nº 709/1993), por meio de ofício assinado digitalmente pelo Coordenador da CRS, fazendo referência do número do processo no Tribunal, se houver, acompanhado de cópia da documentação relativa às providências adotadas para a regularização da pendência, observando-se as disposições do artigo 199, da instrução 01/2020 do TCESP;

VIII - Ocorrendo erro, falha ou falta de processamento das contas, por culpa do Departamento Regional de Saúde - DRS, a SECRETARIA garantirá aos CONVENIADOS o pagamento, no prazo avençado neste CONVÊNIO, pelos valores do mês imediatamente anterior, acertando-se as diferenças que houver, no pagamento seguinte, mas ficando o Ministério da Saúde exonerado do pagamento de multa e sanções financeiras;

IX - As contas rejeitadas quanto ao mérito serão objeto de análise pelos órgãos de avaliação e controle do SUS e pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo - TCESP;

X- As prestações de contas dos recursos repassados pela SECRETARIA que oneram o TESOURO DO ESTADO obedecerão às Instruções estabelecidas pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo;

XI- Quando houver o fornecimento aos não-usuários do SUS e instituições privadas de saúde, o DEMONSTRATIVO DE ABATIMENTO DOS SERVIÇOS PRESTADOS A NÃO-SUS (ANEXO III - Portaria nº 1.469, de 10 de julho de 2006, que dispõe sobre o ressarcimento de custos operacionais de sangue e hemocomponentes ao Sistema Único de Saúde - SUS), deverá ser preenchido, assinado pelo prestador e apresentado, mensalmente, ao Departamento Regional de Saúde (DRS), junto à prestação de contas, sendo que o número de coletas identificado pelo prestador será abatido da fatura apresentada aos SUS nos módulos de triagem clínica, coleta ST, exames imunohematológicos, exames sorológicos e processamento.

CLÁUSULA TERCEIRA

DA RATIFICAÇÃO

Ficam ratificadas todas as demais cláusulas e condições do Convênio, não alteradas por este instrumento.

CLÁUSULA QUARTA

DA PUBLICAÇÃO

O presente ajuste deverá ser publicado, por extrato, no Diário Oficial do Estado - DOE, no prazo de 20 (vinte) dias a contar da data de sua assinatura.

CLÁUSULA QUINTA

DO FORO

O Foro para dirimir as questões oriundas da execução ou interpretação deste Termo é o da Capital do Estado, podendo, os casos omissos, serem resolvidos de comum acordo pelos partícipes.

São Paulo, de de .

Nome do Representante Legal
Cargo
Nome do Prestador de Serviços

Dr. Eleuses Vieira de Paiva
Secretário de Estado da Saúde

Nome do Diretor do DRS
Cargo
DRS XX - XXXXXXXX

Anexo VII - Termo Aditivo à Contrato com Estabelecimentos Privados Com Fins Lucrativos

Termo Aditivo nº: (Atenção: Somente para Estabelecimentos Privados Com Fins Lucrativos, conforme Resolução SS nº 181/2021)

Contrato nº: Processo SEI:

Termo Aditivo ao Contrato de Assistência à Saúde, que entre si celebram o Estado de São Paulo, por intermédio de sua Secretaria de Estado da Saúde e a(o) _____.

Pelo presente instrumento o Governo do Estado de São Paulo, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, com sede na Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, nº 188, São Paulo, Capital, neste ato representada pelo seu Secretário: Dr. Eleuses Vieira de Paiva, Nacionalidade: brasileiro, Estado Civil: casado, Profissão: médico, portador do RG nº: 5.943.754-6 e inscrito no CPF nº: 353.542.676-68, e do outro lado o(a) _____, CNPJ nº _____, com endereço: _____, Bairro: _____, na cidade de: _____,

_____ neste ato representado(a) pelo seu(a): Cargo do Responsável, Nome do Responsável, portador do RG. nº: _____, inscrito sob o CPF nº: _____, com fundamentos nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal e Constituição Estadual, em especial os seus artigos 218 e seguintes; as Leis nº 8080/1990 e 8142/1990, Decreto Estadual nº 000/2023 e Resolução SS nº 000/2023, que instituíram a Tabela SUS Paulista e demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, resolvem celebrar o presente Termo Aditivo ao Contrato nº _____, celebrado em ___/___/___, a fim de consignar o seguinte:

CLÁUSULA PRIMEIRA

DO OBJETO

Pelo Presente termo aditivo, por força do Decreto Estadual nº 000/2023 e Resolução SS nº 000/2023, que instituíram a Tabela SUS Paulista, se alteram as cláusulas:

- Cláusula 12ª - **DOS RECURSOS DO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE – FNS;**
- Cláusula 13ª - DOS RECURSOS EXTRA TETO DO FUNDO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS E COMPENSAÇÃO – FAEC;
- Cláusula 14ª - **OUTRAS DISPOSIÇÕES SOBRE OS RECURSOS PROVENIENTES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE;**
- Cláusula 15ª - **DA PRESTAÇÃO DE CONTAS E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO.**

CLÁUSULA SEGUNDA

DA RETIFICAÇÃO

A Cláusula 12ª - DOS RECURSOS DO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE – FNS E DOS RECURSOS DO FUNDO ESTADUAL DE SAUDE - FUNDES, ora

retificada, passa a se denominar: **DOS RECURSOS DO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE – FNS E DOS RECURSOS DO FUNDO ESTADUAL DE SAUDE – FUNDES**, e passa a ter a seguinte redação:

O FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE, mediante o ingresso de recursos provenientes do FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FNS e a apuração dos serviços prestados no cumprimento das metas quantitativas do Plano Operativo, consignadas no Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS e no Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado – SIHD, conforme a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, acrescidas do complemento financeiro da Tabela SUS Paulista, terão remuneração mensal a CONTRATADA, na seguinte conformidade:

O valor total Ambulatorial e Hospitalar, de Média e Alta Complexidade (Teto MAC) possui estimativa mensal de R\$ 0,00 (valor por extenso), que correspondente a estimativa anual de R\$ 0,00 (valor por extenso), subdividido conforme os itens I, II, III e IV e os Incentivos constantes do item VI.

I - Procedimentos de Alta Complexidade Ambulatorial

A execução dos procedimentos contratualizados (por grupo/subgrupo), será paga até o limite financeiro (valor máximo ou teto) mensal de R\$ 0,00 (valor por extenso), que correspondente ao limite financeiro anual de R\$ 0,00 (valor por extenso), conforme produção aprovada no SIA/SUS.

II - Procedimentos de Média Complexidade Ambulatorial

A execução dos procedimentos contratualizados (por grupo/subgrupo), será paga até o limite financeiro (valor máximo ou teto) mensal de R\$ 0,00 (valor por extenso), que correspondente ao limite financeiro anual de R\$ 0,00 (valor por extenso), conforme produção aprovada no SIA/SUS.

III - Procedimentos de Alta Complexidade Hospitalar

A execução dos procedimentos contratualizados (por grupo/subgrupo), será paga até o limite financeiro (valor máximo ou teto) mensal de R\$ 0,00 (valor por extenso), que correspondente ao limite financeiro anual de R\$ 0,00 (valor por extenso), conforme produção aprovada no SIHD/SUS.

IV - Procedimentos de Média Complexidade Hospitalar

A execução dos procedimentos contratualizados (por grupo/subgrupo), será paga até o limite financeiro (valor máximo ou teto) mensal de R\$ 0,00 (valor por extenso), que correspondente ao limite financeiro anual de R\$ 0,00 (valor por extenso) conforme produção aprovada no SIHD/SUS.

V - Faturamento dos Hospitais Psiquiátricos/Especializados em Psiquiatria, conforme o

estabelecido em legislação e portarias do Ministério da Saúde específicas e em conformidade com o Plano Operativo, a ser acompanhado e monitorado pela Área Técnica de Saúde Mental desta Pasta.

VI – Para a CONTRATADA, será repassado, como parte do Teto de Média e Alta Complexidade - MAC, o valor mensal de R\$ 0,00 (valor por extenso), que corresponde ao valor estimado anual de R\$ 0,00 (valor por extenso), como Incentivo, conforme abaixo:

- a) R\$ XXXX (XXXX), destinado ao Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde (INTEGRASUS), Portaria MS/GM nº. XX/XXXX.
- b) R\$ XXXX (XXXX), destinado ao Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC), Portaria MS/GM nº. XX/XXXX.
- c) R\$ XXXX (XXXX), destinado ao Incentivo Financeiro 100% SUS (100% SUS), Portaria MS/GM nº. XX/XXXX.
- d) R\$ XXXX (XXXX), destinado ao custeio das ações desenvolvidas pela Organização de Procura de Órgãos (OPO), parte integrante do Plano Nacional de Implantação de Organizações de Procura de Órgãos – Portaria MS/GM nº XX/XXXX.
- e) R\$ XXXX (XXXX), destinado ao cumprimento das ações decorrentes da Rede Viver Sem Limites (RDEF), Portaria MS/GM nº. XX/XXXX.
- f) R\$ XXXX (XXXX), destinado ao cumprimento das ações decorrentes da Rede Brasil Sem Miséria (BSOR-SM), Portaria MS/GM nº. XX/XXXX.
- g) R\$ XXXX (XXXX), destinado ao cumprimento das ações decorrentes da Rede Saúde Mental (RSME), Portaria MS/GM nº. XX/XXXX.
- h) R\$ XXXX (XXXX), destinado ao cumprimento das ações decorrentes da Rede Cegonha (RCE-RCEG), Portaria MS/GM nº. XX/XXXX.
- i) R\$ XXXX (XXXX), destinado ao cumprimento das ações decorrentes da Rede de Urgência (RAU), Portaria MS/GM nº. XX/XXXX.
- j) R\$ XXXX (XXXX), destinado ao cumprimento das ações decorrentes da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento de Câncer de Colo e Mama (RCA-RCAN), Portaria MS/GM nº. XX/XXXX.
- k) R\$ XXXX (XXXX), destinado ao Incentivo de Assistência à População Indígena (IAPI), Portaria MS/GM nº. XX/XXXX.
- l) R\$ XXXX (XXXX), destinado ao Incentivo Financeiro para Residência Médica, Portaria MS/GM nº. XX/XXXX.
- m) R\$ XXXX (XXXX), destinado para o Programa Melhor em Casa, Portaria MS/GM nº. XX/XXXX.
- n) R\$ XXXX (XXXX), destinado para Centros Especializados em Reabilitação (CER), Portaria MS/GM nº. XX/XXXX.
- o) R\$ XXXX (XXXX), destinado para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, Portaria MS/GM nº. XX/XXXX.
- p) R\$ XXXX (XXXX), destinado para Oficinas Ortopédicas, Portaria MS/GM nº. XX/XXXX.
- q) R\$ XXXX (XXXX), destinado para Hospital Amigo da Criança, Portaria MS/GM nº. XX/XXXX.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - As metas dispostas no Plano Operativo, parte integrante do presente instrumento serão avaliadas por uma comissão composta por representantes do DRS e das Instituições, anualmente, mediante Resolução do Secretário da Saúde, cabendo a CONTRATADA fornecer os documentos solicitados para a referida avaliação.

PARÁGRAFO SEGUNDO - Os valores dos procedimentos e incentivos serão reajustados na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes determinados pelo Ministério da Saúde.

PARÁGRAFO TERCEIRO - A comissão de avaliação citada no § 1º deverá ser criada pelo Departamento Regional de Saúde - DRS em até 15 dias após a assinatura desse termo (e após anualmente) cabendo a CONTRATADA, neste prazo, indicar o(s) nome(s) de seu(s) representante(s).

PARÁGRAFO QUARTO - A CONTRATADA obriga-se a apresentar as informações regulares do SIA e do SIHD / SUS, ou outros porventura implantados pelo Ministério da Saúde, ou solicitados pela Secretaria Estadual da Saúde.

PARÁGRAFO QUINTO - Os valores financeiros deste ajuste poderão ser revistos sempre que o Ministério da Saúde, estabelecer por portaria novos repasses de valores destinados para a CONTRATADA, com alteração do Plano Operativo e da Ficha de Programação Físico Orçamentária

– FPO, conforme estabelecido no Artigo 8º da Resolução SS nº 000/2023, da Tabela SUS Paulista.

PARÁGRAFO SEXTO – Os recursos financeiros estabelecidos segundo atos normativos e portarias da direção do Sistema Único de Saúde - SUS e condições previstas no contrato, que representem Habilitação de Leitos de UTI – COVID-19 ou Emenda Parlamentar Federal ou qualquer outro tipo de Incremento Temporário, deverá(ão) ser aplicado(s) observando-se o que segue:

1. o recurso representa Habilitação de Leitos de UTI – COVID-19 ou Emenda Parlamentar Federal ou qualquer outro tipo de Incremento Temporário, não se incorporam de forma definitiva ao limite financeiro anual do contrato;
2. a aplicação do recurso se destinará ao custeio dos procedimentos que são objeto deste contrato, sendo vedada sua utilização para o pagamento de:
 - 2.1. pessoas físicas ou jurídicas que não desempenhem ações diretamente relacionadas aos serviços objeto do contrato (ou plano operativo);
 - 2.2. pagamento de assessorias ou consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro de Município ou do Estado;
 - 2.3. obras de construções novas bem como de ampliações de imóveis já existentes, ainda que utilizados para a realização de ações e/ou serviços de saúde. (regras da Portaria de Consolidação 6/2017, de 28 de setembro de 2017 e alterações posteriores).
3. os saldos financeiros, inclusive os provenientes das receitas obtidas nas aplicações financeiras realizadas, não utilizadas no objeto pactuado, serão devolvidos ao Fundo Estadual de Saúde, no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias da conclusão, denúncia, rescisão ou extinção do instrumento, sob pena da imediata instauração de tomada de contas especial do responsável, providenciada pela autoridade competente do órgão ou entidade concedente.

A Cláusula 13ª - **DOS RECURSOS EXTRA TETO DO FUNDO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS E**

COMPENSAÇÃO – FAEC, ora retificada, passa a ter a seguinte redação:

Os procedimentos identificados como “ESTRATÉGIA DE SAÚDE”, conforme definido pelo Ministério da Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas da Secretaria de Atenção à Saúde - DRAC, com recursos financeiros repassados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC, podendo vir a ser acrescidas do complemento financeiro da Tabela SUS Paulista, terão remuneração mensal a CONTRATADA, na seguinte conformidade:

O valor total Ambulatorial e Hospitalar, oriundo do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC, possui estimativa mensal de R\$ 0,00 (valor por extenso), que correspondente a estimativa anual de R\$ 0,00 (valor por extenso), subdividido conforme os itens I e II.

I - Procedimentos Estratégicos Ambulatoriais

A produção dos procedimentos Estratégicos ambulatoriais será paga em conformidade com a produção AMBULATORIAL aprovada, sem limite financeiro (valor máximo ou teto) e possui uma estimativa anual de R\$ 0,00 (valor por extenso), correspondente a estimativa mensal de R\$ 0,00 (valor por extenso).

II - Procedimentos Estratégicos Hospitalares

A produção dos procedimentos Estratégicos hospitalares será paga em conformidade com a produção aprovada, sem limite financeiro (valor máximo ou teto) e possui uma estimativa anual de R\$ 0,00 (valor por extenso), correspondente à estimativa mensal de R\$ 0,00 (valor por extenso).

PARÁGRAFO PRIMEIRO - As metas dispostas no Plano Operativo, parte integrante do presente instrumento serão avaliadas por uma comissão composta por representantes do DRS e das

Instituições, anualmente, mediante Resolução do Secretário da Saúde, cabendo a CONTRATADA fornecer os documentos solicitados para a referida avaliação.

PARÁGRAFO SEGUNDO - Os valores financeiros deste ajuste poderão ser revistos sempre que o Ministério da Saúde, estabelecer por portaria novos repasses de valores destinados para a CONTRATADA, com alteração do Plano Operativo e da Ficha de Programação Físico Orçamentária – FPO, conforme estabelecido no Artigo 8º da Resolução SS nº 000/2023, da Tabela SUS Paulista.

PARÁGRAFO TERCEIRO - Os procedimentos atualmente financiados com recursos do FAEC estratégico, na medida em que sofrerem reclassificação para procedimentos de média e alta complexidade, terão os seus recursos financeiros incorporados ao teto de média e alta complexidade, na mesma proporção, índices e épocas determinadas pelo Ministério da Saúde.

PARÁGRAFO QUARTO - A comissão de avaliação citada no § 1º deverá ser criada pelo Departamento Regional de Saúde - DRS em até 15 dias após a assinatura desse termo cabendo a CONTRATADA, neste prazo, indicar o(s) nome(s) de seu(s) representante(s).

PARÁGRAFO QUINTO - A CONTRATADA obriga-se a apresentar as informações regulares do SIA e do SIHD/SUS, ou outros porventura implantados pelo Ministério da Saúde, ou solicitados pela Secretaria Estadual da Saúde.

PARÁGRAFO SEXTO - Os valores financeiros deste ajuste poderão ser revistos sempre que o Ministério da Saúde estabelecer por portaria novos repasses de valores destinados para a CONTRATADA, com alteração do Plano Operativo e da Ficha de Programação Físico Orçamentário – FPO.

A Cláusula 14ª - OUTRAS DISPOSIÇÕES SOBRE OS RECURSOS PROVENIENTES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, ora retificada, passa a se denominar: **OUTRAS DISPOSIÇÕES SOBRE OS RECURSOS PROVENIENTES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS E DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SES**, e passa a ter a seguinte redação:

Para a execução deste contrato serão destinados recursos financeiros do Ministério da Saúde - MS da Secretaria de Estado da Saúde - SES, no montante estabelecido na cláusula 12ª - DOS RECURSOS DO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE – FNS E DOS RECURSOS DO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE – FUNDES, onerando a seguinte classificação orçamentária:

UGE: 090196

Programa de Trabalho: 0930 – Atendimento Integral e Descentralizado no SUS no Estado de São Paulo.

Fonte de financiamento: 163150 – Transf. do Gov. Federal ref. a Conv e Inst. Cong. Vinc. a Saúde - Transferências Federais e 165910 – Outros Recursos Vinc. a Saúde – Tesouro.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - Nos exercícios financeiros futuros, as despesas correrão à conta das dotações próprias aprovadas pelo Ministério da Saúde - MS e pela Secretaria de Estado da Saúde - SES, que repassará os recursos para a cobertura da assistência à saúde prestada pelo SECRETARIA de forma direta, regular e automática, seja do FUNDO NACIONAL DE SAÚDE – FNS ou do FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE – FUNDES, nos termos da Lei Complementar nº 141/2012.A Cláusula 15ª - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO, ora retificada, e passa a ter a seguinte redação:

A prestação de contas, bem como o pagamento pela execução dos serviços contratados, observarão as condições estabelecidas nas normas que regem o Sistema Único de Saúde - SUS, na seguinte conformidade:

I - Os CONTRATADOS apresentarão, mensalmente, ao Departamento Regional de Saúde - DRS, as faturas, notas fiscais (inclusive nota fiscal eletrônica) e os documentos referentes aos serviços conveniados efetivamente prestados, obedecendo, para tanto, o procedimento e os prazos estabelecidos pela Secretaria de Estado da Saúde em conformidade com o cronograma estabelecido

pelo Ministério da Saúde – MS e onde devem constar a identificação/numeração do Departamento Regional de Saúde – DRS XX, o número do contrato e os demais elementos identificadores, não sendo admitida a inserção dessas informações após a emissão do respectivo documento (redação dada pela Resolução SS nº 23/2022);

II - O Departamento Regional de Saúde - DRS revisará as faturas e documentos recebidos dos CONTRATADOS, que deverão estar rigorosamente de acordo com a produção aprovada pelo Ministério da Saúde e a Coordenadoria de Gestão Orçamentária e Financeira - CGOF procederá ao repasse financeiro das ações de Média Complexidade, Alta Complexidade e Estratégicos, com recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde - FNS e do Fundo Estadual de Saúde - FUNDES, observando, para tanto, as diretrizes e normas emanadas do próprio Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde, nos termos das respectivas competências e atribuições legais;

III - Os laudos referentes à internação serão obrigatoriamente visados pelos órgãos competentes do SUS, exceto quando o estabelecimento for autorizado como órgão emissor de AIH;

IV - Para fins de prova da data de apresentação das contas e observância dos prazos de pagamento será enviada confirmação eletrônica aos CONTRATADOS da parte do servidor do gestor do contrato, designado pelo Departamento Regional de Saúde – DRS, e quando necessário, será entregue recibo assinado ou rubricado pelo Gestor do Contrato, com aposição do respectivo carimbo funcional.

V - Na hipótese do Departamento Regional de Saúde - DRS não proceder à entrega dos documentos de autorização de internação até o dia da saída do paciente, o prazo será contado a partir da data do recebimento, pelos CONTRATADOS, dos citados documentos, do qual o Gestor do Contrato dará recibo, assinado ou rubricado, com aposição do respectivo carimbo;

VI - As contas rejeitadas pelo sistema de processamento de dados, ou pela conferência técnica e administrativa, serão devolvidas aos CONTRATADOS para as correções cabíveis, devendo ser reapresentadas no prazo de 20 (vinte) dias úteis, contados da notificação, prorrogável por igual período, se autorizado pela Coordenadoria de Regiões de Saúde - CRS. O documento reapresentado será acompanhado do correspondente documento original, devidamente inutilizado por meio de carimbo, quando cabível;

VII - Esgotadas as providências do inciso VI, a Coordenadoria de Regiões de Saúde – CRS, deverá comunicar a ocorrência ao Tribunal de Contas do Estado de São Paulo – TCESP, no prazo máximo de 3 (três) dias úteis (artigo 37, da LC nº 709/1993), por meio de ofício assinado digitalmente pelo Coordenador da CRS, fazendo referência do número do processo no Tribunal, se houver, acompanhado de cópia da documentação relativa às providências adotadas para a regularização da pendência, observando-se as disposições do artigo 199, da instrução 01/2020 do TCESP;

VIII - Ocorrendo erro, falha ou falta de processamento das contas, por culpa do Departamento Regional de Saúde - DRS, a SECRETARIA garantirá aos CONTRATADOS o pagamento, no prazo avençado neste CONTRATO, pelos valores do mês imediatamente anterior, acertando-se as diferenças que houver, no pagamento seguinte, mas ficando o Ministério da Saúde exonerado do pagamento de multa e sanções financeiras;

IX - As contas rejeitadas quanto ao mérito serão objeto de análise pelos órgãos de avaliação e controle do SUS e pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo - TCESP;

X- As prestações de contas dos recursos repassados pela SECRETARIA que oneram o TESOURO DO ESTADO obedecerão às Instruções estabelecidas pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo;

XI- Quando houver o fornecimento aos não-usuários do SUS e instituições privadas de saúde, o DEMONSTRATIVO DE ABATIMENTO DOS SERVIÇOS PRESTADOS A NÃO-SUS (ANEXO III -

Portaria nº 1.469, de 10 de julho de 2006, que dispõe sobre o ressarcimento de custos operacionais de sangue e hemocomponentes ao Sistema Único de Saúde- SUS), deverá ser preenchido, assinado pelo prestador e apresentado, mensalmente, ao Departamento Regional de Saúde (DRS), junto à prestação de contas, sendo que o número de coletas identificado pelo prestador será abatido da fatura apresentada aos SUS nos módulos de triagem clínica, coleta ST, exames imuno-hematológicos, exames sorológicos e processamento.

CLÁUSULA TERCEIRA

DA RATIFICAÇÃO

Ficam ratificadas todas as demais cláusulas e condições do Contrato, não alteradas por este instrumento.

CLÁUSULA QUARTA

DA PUBLICAÇÃO

O presente ajuste deverá ser publicado, por extrato, no Diário Oficial do Estado - DOE, no prazo de 20 (vinte) dias a contar da data de sua assinatura.

CLÁUSULA QUINTA

DO FORO

O Foro para dirimir as questões oriundas da execução ou interpretação deste Termo é o da Capital do Estado, podendo, os casos omissos, serem resolvidos de comum acordo pelos partícipes.

São Paulo, de _____ de _____ .

Nome do Representante Legal
Cargo
Nome do Prestador de Serviços

Dr. Eleuses Vieira de Paiva
Secretário de Estado da Saúde

Nome do Diretor do DRS
Cargo
DRS XX - XXXXXXXX

Termo Aditivo nº: (Atenção: Somente para HC's e Fundações de Apoio, conforme Resolução SS nº 84/2018)

Convênio nº:

Processo SEI:

Termo aditivo ao Convênio de Assistência à Saúde, que entre si celebram o Estado de São Paulo, por intermédio de sua Secretaria de Estado da Saúde e a(o)_____.

Pelo presente instrumento o Governo do Estado de São Paulo, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, com sede na Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, nº 188, São Paulo, Capital, neste ato representada pelo seu Secretário: Dr. Eleuses Vieira de Paiva, Nacionalidade: brasileiro, Estado Civil: casado, Profissão: médico, portador do RG nº: 5.943.754-6 e inscrito no CPF nº: 353.542.676-68, e do outro lado o(a)_____, CNPJ nº _____, com endereço:

_____, Bairro: _____, na cidade de: _____, neste ato representado(a) pelo seu(a): Cargo do Responsável, Nome do Responsável, portador do RG. nº: _____, inscrito sob o CPF nº: _____, com fundamentos nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal e Constituição Estadual, em especial os seus artigos 218 e seguintes; as Leis nº 8080/1990 e 8142/1990, Decreto Estadual nº 000/2023 e Resolução SS nº 000/2023, que instituíram a Tabela SUS Paulista e demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, resolvem celebrar o presente Termo Aditivo ao Convênio nº _____, celebrado em ___/___/___, a fim de consignar o seguinte:

CLÁUSULA PRIMEIRA DO OBJETO

Pelo Presente termo aditivo, por força do Decreto Estadual nº 000/2023 e Resolução SS nº 000/2023, que instituíram a Tabela SUS Paulista, se alteram as cláusulas:

- Cláusula 12ª - **DOS RECURSOS DO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE – FNS;**
- Cláusula 13ª - OUTRAS DISPOSIÇÕES SOBRE OS RECURSOS PROVENIENTES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE
- Cláusula 14ª - **DA PRESTAÇÃO DE CONTAS E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO.**

CLÁUSULA SEGUNDADA RETIFICAÇÃO

A Cláusula 12ª - DOS RECURSOS DO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE – FNS E DOS

RECURSOS DO FUNDO ESTADUAL DE SAUDE - FUNDES, ora retificada, passa a se denominar: **DOS RECURSOS DO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE – FNS E DOS RECURSOS DO FUNDO ESTADUAL DE SAUDE – FUNDES**, e passa a ter a seguinte redação:

A FUNDAÇÃO CONVENIADA receberá mensalmente da SES/FUNDES recursos provenientes do FUNDO NACIONAL DE SAÚDE /MINISTÉRIO DA SAÚDE, parte integrante do teto do Estado de São Paulo e do TESOURO DO ESTADO DE SÃO PAULO, com o complemento da Tabela SUS Paulista, que serão repassados na seguinte conformidade:

PARÁGRAFO PRIMEIRO - As despesas decorrentes do atendimento ambulatorial e SADT, consignadas no Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS tem o valor anual estimado em R\$ (.....), correspondente ao valor máximo estimado de

R\$ (.....) mensais, em conformidade com a FPO - Ficha de Programação Orçamentária anexa, sendo o valor máximo estimado em R\$/mês (.....) para procedimentos de MÉDIA COMPLEXIDADE e para a ALTA COMPLEXIDADE o valor máximo estimado em R\$/mês (.....). Os procedimentos identificados como de AÇÕES ESTRATÉGICAS da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do Sistema Único de Saúde (Tabela SUS), estimados em R\$/mês (.....), serão custeados pelo FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FNS e eventualmente pelo FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE - FUNDES e repassados a FUNDAÇÃO CONVENIADA.

PARÁGRAFO SEGUNDO - As despesas decorrentes da execução das atividades de assistência à saúde, em regime hospitalar, consignadas no Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado - SIHD, relativas à utilização de AIH/mês tem o valor anual estimado em R\$ (.....), correspondente ao valor máximo estimado de R\$ () mensais, em conformidade com a FPO - Ficha de Programação Orçamentária anexa, sendo o valor máximo estimado em R\$/mês () para procedimentos de MÉDIA COMPLEXIDADE e para a ALTA COMPLEXIDADE o valor máximo estimado em R\$...../mês (.....) (..... mês). Os procedimentos identificados como de AÇÕES ESTRATÉGICAS da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do Sistema Único de Saúde (Tabela SUS), estimados em R\$

..... mês
s
(.....por mês), serão custeados pelo FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FNS e eventualmente pelo FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE - FUNDES e repassados a FUNDAÇÃO CONVENIADA.

PARÁGRAFO TERCEIRO - Receberá ainda, a Conveniada, o valor anual de R\$...../ano

(.....por ano) que corresponde ao valor mensal de R\$/mês (.....por mês), como INCENTIVO, conforme descrito:

I - R\$/mês (.....por mês), destinado ao Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde (INTEGRASUS), Portaria XXXX.

II - R\$/mês (.....por mês), destinado ao Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC), Portaria MS GM nº 1.085, de 04/07/2005 e Portaria MS GM nº 3.131, de 24/12/2008.

III - R\$/mês (.....por mês), destinado ao Incentivo Financeiro 100% SUS (100% SUS), Portaria XXXX.

IV - R\$/mês (.....por mês), destinado ao custeio das ações desenvolvidas pela Organização de Procura de Órgãos (OPO), parte integrante do Plano Nacional de Implantação de Organizações de Procura de Órgãos, Portaria MS GM nº 4.291, de 30/12/2010 e Portaria MS GM nº 1.590, de 02/08/2013.

V - R\$/mês (.....por mês), destinado ao cumprimento das ações decorrentes da Rede Viver Sem Limites (RDEF), Portaria MS GM nº 3.010, de 10/12/2013.

VI - R\$/mês (.....por mês), destinado ao cumprimento das ações decorrentes da Rede Brasil Sem Miséria (BSOR-SM), Portaria XXXX.

VII - R\$/mês (.....por mês), ao cumprimento das ações decorrentes da Rede Saúde Mental (RSME), Portaria XXXX.

VIII - R\$/mês (.....por mês), destinado ao cumprimento das ações decorrentes da Rede Cegonha (RCE-RCEG), Portaria MS GM nº 2.785, de 19/11/2013.

IX - R\$/mês (.....por mês), destinado ao cumprimento das ações decorrentes da Rede de Urgência (RAU), Portaria MS GM nº 71, de 09/01/2014.

X - R\$/mês (.....por mês), destinado ao cumprimento das ações decorrentes da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento de Câncer de Colo e Mama (RCA-RCAN), Portaria MS GM nº 198, de 08/02/2013.

XI - R\$/mês (.....por mês), destinado ao cumprimento das ações decorrentes do Limite Controle do Câncer, Portaria XXXX.

XII - R\$/mês (.....por mês), destinado ao Incentivo de Assistência à População Indígena (IAPI), Portaria XXXX.

XIII - R\$/mês (.....por mês), destinado ao Incentivo Financeiro para

Residência Médica, Portaria XXXX.

XIV - R\$/mês (.....por mês), destinado para o Programa Melhor emCasa, Portaria XXXX.

PARÁGRAFO QUARTO - As metas dispostas no PLANO OPERATIVO, parte integrante do presente instrumento, serão avaliadas por uma comissão composta por: 1 representante do gestor estadual, 1 representante do gestor municipal, 2 representantes das instituições, 1 representante do corpo docente, 1 representante do corpo discente e 1 representante da instância de controle social, cabendo ao estabelecimento de saúde os documentos solicitados para a referida avaliação.

PARÁGRAFO QUINTO - Os valores de que tratam os parágrafos 1º, 2º e 3º desta CLÁUSULA, serão reajustados na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes determinados pelo Ministério da Saúde.

PARÁGRAFO SEXTO - Os procedimentos atualmente financiados com recursos do FAEC estratégico, na medida em que sofrerem reclassificação para procedimentos de média e alta complexidade, terão os seus recursos financeiros incorporados ao teto de média e alta complexidade, na mesma proporção, índices e épocas determinadas pelo Ministério da Saúde.

PARÁGRAFO SÉTIMO - A comissão de avaliação citada no § 4º deverá ser criada pelo Departamento Regional de Saúde - DRS em até 15 dias após a assinatura desse termo cabendo aos CONVENIADOS, neste prazo, indicar à Regional o nome dos seus representantes.

PARÁGRAFO OITAVO - Os CONVENIADOS se obrigarão a apresentar as informações regulares do SIA e do SIH / SUS, ou outros porventura implantados pelo Ministério da Saúde, solicitados pela Secretaria Estadual da Saúde.

PARÁGRAFO NONO - Os valores financeiros deste ajuste poderão ser revistos anualmente, quando da renovação do PLANO OPERATIVO, bem como as quantidades dos procedimentos ora acordada.

PARÁGRAFO DÉCIMO - Os valores financeiros deste ajuste serão repassados pela SECRETARIA à CONVENIADA FUNDAÇÃO, sendo vedado qualquer repasse direto ou indireto, mediante contrato ou convênio, entre os CONVENIADOS, cabendo especificamente ao CONVENIADO HC utilizar recursos próprios, previstos na sua dotação orçamentária, para execução do objeto deste convênio.

A Cláusula 13ª - OUTRAS DISPOSIÇÕES SOBRE OS RECURSOS PROVENIENTES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, ora retificada, passa a se denominar: **OUTRAS DISPOSIÇÕES SOBRE OS RECURSOS PROVENIENTES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS E DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SES**, e passa a ter a seguinte redação:

Para a execução deste convênio serão destinados recursos financeiros do Ministério da Saúde - MS da Secretaria de Estado da Saúde - SES, no montante estabelecido na cláusula 12ª - DOS RECURSOS DO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FNS E DOS RECURSOS DO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE - FUNDES, onerando a seguinte classificação orçamentária:

UGE: 090196

Programa de Trabalho: 0930 - Atendimento Integral e Descentralizado no SUS no Estado de São Paulo.

Fonte de financiamento: 163150 - Transf. do Gov. Federal ref. a Conv e Inst. Cong. Vinc. a Saúde - Transferências Federais e 165910 - Outros Recursos Vinc. a Saúde - Tesouro.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - Nos exercícios financeiros futuros, as despesas correrão à conta das dotações próprias aprovadas pelo Ministério da Saúde - MS e pela Secretaria de Estado da Saúde - SES, que repassará os recursos para a cobertura da assistência à saúde prestada pelo SECRETARIA de forma direta, regular e automática, seja do FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FNS ou do FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE - FUNDES, nos termos da Lei Complementar nº 141/2012.

A Cláusula 14ª - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO, ora retificada, passa a se denominar: **DA PRESTAÇÃO DE CONTAS E DAS CONDIÇÕES DE REPASSE**, e passa a ter a seguinte redação:

A prestação de contas, bem como o repasse financeiro pela execução dos serviços conveniados, observarão as condições estabelecidas nas normas que regem o Sistema Único de Saúde - SUS, na seguinte conformidade:

I - Os CONVENIADOS apresentarão, mensalmente, ao Departamento Regional de Saúde - DRS, as faturas, notas fiscais (inclusive nota fiscal eletrônica) e os documentos referentes aos serviços conveniados efetivamente prestados, obedecendo, para tanto, o procedimento e os prazos estabelecidos pela Secretaria de Estado da Saúde em conformidade com o cronograma estabelecido pelo Ministério da Saúde - MS e onde devem constar a identificação/numeração do Departamento Regional de Saúde - DRS XX, o número do convênio e os demais elementos identificadores, não sendo admitida a inserção dessas informações após a emissão do respectivo documento (redação dada pela Resolução SS nº 23/2022);

II - O Departamento Regional de Saúde - DRS revisará as faturas e documentos recebidos dos CONVENIADOS, que deverão estar rigorosamente de acordo com a produção aprovada pelo Ministério da Saúde e a Coordenadoria de Gestão Orçamentária e Financeira - CGOF procederá ao repasse financeiro das ações de Média Complexidade, Alta Complexidade e Estratégicas, com recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde - FNS e do Fundo Estadual de Saúde - FUNDES, observando, para tanto, as diretrizes e normas emanadas do próprio Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde, nos termos das respectivas competências e atribuições legais;

III - Os laudos referentes à internação serão obrigatoriamente visados pelos órgãos competentes do SUS, exceto quando o estabelecimento for autorizado como órgão emissor de AIH;

IV - Para fins de prova da data de apresentação das contas e observância dos prazos de pagamento será enviada confirmação eletrônica aos CONVENIADOS da parte do servidor do gestor do convênio, designado pelo Departamento Regional de Saúde - DRS, e quando necessário, será entregue recibo assinado ou rubricado pelo Gestor do Convênio, com aposição do respectivo carimbo funcional.

V - Na hipótese do Departamento Regional de Saúde - DRS não proceder à entrega dos documentos de autorização de internação até o dia da saída do paciente, o prazo será contado a partir da data do recebimento, pelos CONVENIADOS, dos citados documentos, do qual o Gestor do Convênio dará recibo, assinado ou rubricado, com aposição do respectivo carimbo;

VI - As contas rejeitadas pelo sistema de processamento de dados, ou pela conferência técnica e administrativa, serão devolvidas aos CONVENIADOS para as correções cabíveis, devendo ser reapresentadas no prazo de 20 (vinte) dias úteis, contados da notificação, prorrogável por igual período, se autorizado pela Coordenadoria de Regiões de Saúde - CRS. O documento reapresentado será acompanhado do correspondente documento original, devidamente inutilizado por meio de carimbo, quando cabível;

VII - Esgotadas as providências do inciso VI, a Coordenadoria de Regiões de Saúde - CRS, deverá comunicar a ocorrência ao Tribunal de Contas do Estado de São Paulo - TCESP, no prazo máximo de 3 (três) dias úteis (artigo 37, da LC nº 709/1993), por meio de ofício assinado digitalmente pelo Coordenador da CRS, fazendo referência do número do processo no Tribunal, se houver, acompanhado de cópia da documentação relativa às providências adotadas para a regularização da

pendência, observando-se as disposições do artigo 199, da instrução 01/2020do TCESP;

VIII - Ocorrendo erro, falha ou falta de processamento das contas, por culpa do Departamento Regional de Saúde - DRS, a SECRETARIA garantirá aos CONVENIADOS o pagamento, no prazo avençado neste CONVÊNIO, pelos valores do mês imediatamente anterior, acertando-se as diferenças que houver, no pagamento seguinte, mas ficando o Ministério da Saúde exonerado do pagamento de multa e sanções financeiras;

IX - As contas rejeitadas quanto ao mérito serão objeto de análise pelos órgãos de avaliação e controle do SUS e pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo - TCESP;

X- As prestações de contas dos recursos repassados pela SECRETARIA que oneram o TESOURO DO ESTADO obedecerão às Instruções estabelecidas pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo;

XI- Quando houver o fornecimento aos não-usuários do SUS e instituições privadas de saúde, o DEMONSTRATIVO DE ABATIMENTO DOS SERVIÇOS PRESTADOS A NÃO-SUS (ANEXO III - Portaria nº 1.469, de 10 de julho de 2006, que dispõe sobre o ressarcimento de custos operacionais de sangue e hemocomponentes ao Sistema Único de Saúde- SUS), deverá ser preenchido, assinado pelo prestador e apresentado, mensalmente, ao Departamento Regional de Saúde (DRS), junto à prestação de contas, sendo que o número de coletas identificado pelo prestador será abatido da fatura apresentada aos SUS nos módulos de triagem clínica, coleta ST, exames imuno-hematológicos, exames sorológicos e processamento.

CLÁUSULA TERCEIRA DA RATIFICAÇÃO

Ficam ratificadas todas as demais cláusulas e condições do Convênio, não alteradas por este instrumento.

CLÁUSULA QUARTADA PUBLICAÇÃO

O presente ajuste deverá ser publicado, por extrato, no Diário Oficial do Estado - DOE, no prazo de 20 (vinte) dias a contar da data de sua assinatura.

CLÁUSULA QUINTADO FORO

O Foro para dirimir as questões oriundas da execução ou interpretação deste Termo é o da Capital do Estado, podendo, os casos omissos, serem resolvidos de comum acordo pelos partícipes.

São Paulo, de de .

Nome do Representante Legal
Cargo
Nome do Prestador de Serviços

Dr. Eleuses Vieira de Paiva
Secretário de Estado da Saúde

Nome do Diretor do DRS
Cargo
DRS XX - XXXXXXX