



CHAMAMENTO PÚBLICO 003/2020 - TABELA MUNICIPAL DIFERENCIADA DE SERVIÇO DE SAÚDE DO SUS



CÓDIGO	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	COMPLEXIDADE	TAB. SUS. FED		PREST. A (SHIRLEY)	PREST. B (Lifelagos)	PREST. C (DIVA LIMA)	PREST. D (SANTA MARIA)	PREST. E (RADIO MED)	PREST. F (MARIA DE FATIMA)	PREST. G (OFTALMOCLINICA)	PREST. H (ASS. OFTALM. DA ZONA OESTE)	PROCESSO LICITADO NA SESAU	PREST. I (S K IMAGENS)	PREST. J (LAGOS)	PREST. K (CENTRO DE FONDO)	TABELA AMB	VALOR TOTAL	VALOR APLICADO
				VLS. AMB. (R\$)	VLS. HOSP. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)
SUB-GRUPO 01 - DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA PATOLOGIA E CITOPATOLOGIA																				
FORMA DE ORGANIZAÇÃO - 01 EXAMES CITOPATOLÓGICOS																				
02.03.01.001-9	EXAME CITOPATOLOGICO CERVICOVAGINAL/ MICROFLORA	AMB.	MÉDIA	R\$ 6,97	-	R\$ 30,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 36,97	R\$ 18,49
02.03.01.002-7	EXAME CITOPATOLOGICO HORMONAL SERIADO (MINIMO 3 COLETAS)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 10,65	R\$ 10,65	R\$ 125,00	R\$ 51,75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 140,00	R\$ 202,40	R\$ 67,47
02.03.01.003-5	EXAME DE CITOLOGIA ONCÓTICA (EXCETO CERVICO VAGINAL)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 10,65	R\$ 10,65	R\$ 115,00	R\$ 52,50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 70,00	R\$ 133,15	R\$ 44,38
02.03.01.004-3	EXAME CITOPATOLOGICO DE MAMA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 35,34	-	R\$ 120,00	R\$ 85,52	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 220,00	R\$ 340,86	R\$ 113,62
02.03.02.001-4	DETERMINAÇÃO DE RECEPTORES TUMORAIS HORMONAIS (POR EXAME)	AMB.	MÉDIA	R\$ 65,55	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 65,55	R\$ 65,55
02.03.02.002-2	EXAME ANATOMO PATOLOGICO DO COLO UTERINO	AMB.	MÉDIA	R\$ 43,21	R\$ 43,21	R\$ 120,00	R\$ 85,52	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 220,00	R\$ 348,73	R\$ 116,24
02.03.02.003-0	EXAME ANATOMO -PATOLOGICO P/ CONGELAMENTO / PARAFINA (EXCETO COLO UTERINO)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 24,00	R\$ 24,00	R\$ 120,00	R\$ 85,52	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 317,00	R\$ 426,52	R\$ 142,17
02.03.02.006-5	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - BIOPSIA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 45,83	-	R\$ 120,00	R\$ 85,52	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 220,00	R\$ 351,35	R\$ 117,12
02.03.02.007-3	EXAME CITOPATOLOGICO DE MAMA - PEÇA CIRURGICA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 43,21	-	R\$ 120,00	R\$ 85,52	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 220,00	R\$ 348,73	R\$ 116,24
02.03.02.008-1	EXAME ANATOMO PATOLOGICO DO COLO UTERINO - BIOPSIA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 24,00	-	R\$ 120,00	R\$ 85,52	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 220,00	R\$ 329,52	R\$ 109,84
S/ COD SUS	HISTOPATOLOGICO DE BIÓPSIAS GERAIS	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 120,00	R\$ 85,52	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 220,00	R\$ 305,52	R\$ 152,76
S/ COD SUS	REVISÃO DE LAMINAS	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 276,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 140,00	R\$ 416,00	R\$ 208,00

SUB-GRUPO 02 - DIAGNÓSTICO PORIMUNO-HISTOQUÍMICA
FORMA: DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA EXAMES ANATOMOPATOLÓGICOS

02.03.02.004-9	IMUNOHISTOQUÍMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS	AMB.	MÉDIA	R\$ 92,00	R\$ 92,00	R\$ 910,00	R\$ 524,99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 500,00	R\$ 1.116,99	R\$ 372,33
S/ COD SUS	IMUNOHISTOQUÍMICA DE MAMA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 92,00	R\$ 92,00	R\$ 910,00	R\$ 579,99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 500,00	R\$ 671,99	R\$ 224,00
S/ COD SUS	IMUNOHISTOQUÍMICA DE PRÓSTATA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 92,00	R\$ 92,00	R\$ 910,00	R\$ 519,20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 500,00	R\$ 1.111,20	R\$ 370,40

SUB-GRUPO 03 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA
FORMA: APARELHO DIGESTIVO

02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 112,66	R\$ 112,66	-	-	-	R\$ 1.350,00	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 650,00	R\$ 2.112,66	R\$ 704,22
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUDENOSCOPIA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 48,16	R\$ 48,16	-	-	-	R\$ 550,00	R\$ 300,00	R\$ 320,00	-	-	-	-	-	-	R\$ 240,00	R\$ 588,16	R\$ 196,05

SUB-GRUPO 04 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA POR IMAGEM
FORMA: EXAMES RADIOLÓGICOS

02.04.06.002-8	DENSITOMETRIA OSSEA QUALQUER SEGMENTO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 55,10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 126,00	-	R\$ 60,00	R\$ 241,10	R\$ 80,37
FORMA: ULTRA-SONOGRAFIAS DO SISTEMA CIRCULATÓRIO (QUALQUER REGIÃO ANATÔMICA)																				
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (CARÓTIDAS E VERTEBRAIS)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 39,60	R\$ 39,60	-	-	R\$ 300,00	-	R\$ 210,00	R\$ 220,00	-	-	-	-	-	-	R\$ 380,00	R\$ 629,60	R\$ 209,87
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (MEMBROS SUPERIORES)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 39,60	R\$ 39,60	-	-	R\$ 300,00	-	R\$ 190,00	R\$ 200,00	-	-	-	-	-	-	R\$ 250,00	R\$ 479,60	R\$ 159,87
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (MEMBROS INFERIORES)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 39,60	R\$ 39,60	-	-	R\$ 300,00	-	R\$ 190,00	R\$ 200,00	-	-	-	-	-	-	R\$ 250,00	R\$ 479,60	R\$ 159,87



CHAMAMENTO PÚBLICO 003/2020 - TABELA MUNICIPAL DIFERENCIADA DE SERVIÇO DE SAÚDE DO SUS



CÓDIGO	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	COMPLEXIDADE	TAB. SUS. FED		PREST. A (SHIRLEY)	PREST. B (Lifelagos)	PREST. C (DIVA LIMA)	PREST. D (SANTA MARIA)	PREST. E (RADIO MED)	PREST. F (MARIA DE FATIMA)	PREST. G (OFTALMOCLINICA)	PREST. H (ASS. OFTALM. DA ZONA OESTE)	PROCESSO LICITADO NA SESAU	PREST. I (S K IMAGENS)	PREST. J (LAGOS)	PREST. K (CENTRO DE FONDO)	TABELA AMB	VALOR TOTAL	VALOR APLICADO
				VLS. AMB. (R\$)	VLS. HOSP. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)
02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 39,94	R\$ 39,94	-	-	R\$ 170,00	-	R\$ 160,00	R\$ 170,00	-	-	-	-	-	-	R\$ 220,00	R\$ 419,94	R\$ 139,98
02.05.01.002-4	ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFOGICA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 165,00	R\$ 165,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 165,00	R\$ 165,00
S/ COD SUS	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA PEDIÁTRICO	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	-	R\$ 200,00	R\$ 230,00	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 200,00	R\$ 200,00
FORMA: DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA																				
02.06.01.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 86,76	R\$ 86,76	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 360,00	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 436,76	R\$ 218,38
02.06.01.002-8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 101,10	R\$ 101,10	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 360,00	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 451,10	R\$ 225,55
02.06.01.003-6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 86,76	R\$ 86,76	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 360,00	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 436,76	R\$ 218,38
S/ COD SUS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO C/CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 360,00	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 350,00
S/ COD SUS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ÓRBITA C/CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 360,00	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 350,00
S/ COD SUS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÔCCIX C/CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 360,00	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 350,00
S/ COD SUS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX C/CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 360,00	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 350,00
S/ COD SUS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ABDOME SUPERIOR C/CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 360,00	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 350,00
S/ COD SUS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ABDOME TOTAL C/CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	-	R\$ 530,00	R\$ 550,00	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 530,00	R\$ 530,00
S/ COD SUS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA VIAS URINÁRIAS C/CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	-	R\$ 530,00	R\$ 550,00	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 530,00	R\$ 530,00
S/ COD SUS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA Pelve C/CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 360,00	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 350,00
S/ COD SUS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEIOS DA FACE C/CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 360,00	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 350,00
S/ COD SUS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ATM C/CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 360,00	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 350,00
S/ COD SUS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA FARINGE/LARINGE/PESCOÇO C/CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 360,00	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 350,00
S/ COD SUS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MASTÓIDE/OUVIDO C/CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 360,00	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 350,00
S/ COD SUS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SELA TÚRCICA C/CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 360,00	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 350,00
S/ COD SUS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ARTICULAÇÃO (OMBROS, COTOVELOS, PUNHOS) C/CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 360,00	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 350,00
S/ COD SUS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS (BRAÇOS, FÊMUR, MÃO) C/CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 360,00	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 350,00
FORMA: DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA - DOS DEMAIS SISTEMAS																				
02.05.02.003-8	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 24,20	R\$ 24,20	-	-	-	-	R\$ 110,00	R\$ 115,00	-	-	-	-	-	-	R\$ 110,00	R\$ 244,20	R\$ 81,40
02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 37,95	R\$ 37,95	-	-	-	-	R\$ 120,00	R\$ 130,00	-	-	-	-	-	-	R\$ 175,00	R\$ 332,95	R\$ 110,98
02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 24,20	R\$ 24,20	-	-	-	-	R\$ 90,00	R\$ 100,00	-	-	-	-	-	-	R\$ 110,00	R\$ 224,20	R\$ 74,73
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULACAO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 24,20	R\$ 24,20	-	-	-	-	R\$ 110,00	R\$ 115,00	-	-	-	-	-	-	R\$ 90,00	R\$ 224,20	R\$ 74,73
02.05.02.007-0	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 24,20	R\$ 24,20	-	-	-	-	R\$ 110,00	R\$ 120,00	-	-	-	-	-	-	R\$ 90,00	R\$ 224,20	R\$ 74,73
02.05.02.008-9	ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 24,20	R\$ 24,20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 142,17	R\$ 166,37	R\$ 83,19
02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 24,20	R\$ 24,20	-	-	-	-	R\$ 100,00	R\$ 120,00	-	-	-	-	-	-	R\$ 90,00	R\$ 214,20	R\$ 71,40
02.05.02.010-0	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 24,20	R\$ 24,20	-	-	-	-	R\$ 90,00	R\$ 100,00	-	-	-	-	-	-	R\$ 75,00	R\$ 189,20	R\$ 63,07



CHAMAMENTO PÚBLICO 003/2020 - TABELA MUNICIPAL DIFERENCIADA DE SERVIÇO DE SAÚDE DO SUS



CÓDIGO	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	COMPLEXIDADE	TAB. SUS. FED		PREST. A (SHIRLEY)	PREST. B (Lifelagos)	PREST. C (DIVA LIMA)	PREST. D (SANTA MARIA)	PREST. E (RADIO MED)	PREST. F (MARIA DE FATIMA)	PREST. G (OFTALMOCLINICA)	PREST. H (ASS. OFTALM. DA ZONA OESTE)	PROCESSO LICITADO NA SESAU	PREST. I (S K IMAGENS)	PREST. J (ILAGOS)	PREST. K (CENTRO DE FONOS)	TABELA AMB	VALOR TOTAL	VALOR APLICADO
				VLS. AMB. (R\$)	VLS. HOSP. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)
	RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA ATM C/S CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 268,75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 588,60	-	R\$ 160,00	R\$ 1.017,35	R\$ 339,12
02.07.01.003-0	RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA COLUNA CERVICAL/PESCOÇO C/S CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 268,75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 588,60	-	R\$ 160,00	R\$ 1.017,35	R\$ 339,12
02.07.01.004-8	RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA COLUNA LOMBO SACRA C/S CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 268,75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 588,60	-	R\$ 160,00	R\$ 1.017,35	R\$ 339,12
02.07.01.005-6	RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA COLUNA TORÁCICA C/S CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 268,75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 588,60	-	R\$ 160,00	R\$ 1.017,35	R\$ 339,12
02.07.01.006-4	RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA CRANIO C/S CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 268,75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 588,60	-	R\$ 160,00	R\$ 1.017,35	R\$ 339,12
02.07.01.007-2	RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA SELA TURCICA C/S CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 268,75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 588,60	-	R\$ 160,00	R\$ 1.017,35	R\$ 339,12
02.07.02.001-9	RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA CORAÇÃO C/S CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 268,75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 588,60	-	R\$ 200,00	R\$ 1.057,35	R\$ 352,45

02.07.02.002-7	RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA MEMBRIO SUPERIOR C/S CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 268,75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 588,60	-	R\$ 160,00	R\$ 1.017,35	R\$ 339,12
02.07.02.003-5	RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA TÓRAX C/S CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 268,75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 588,60	-	R\$ 160,00	R\$ 1.017,35	R\$ 339,12
02.07.03.001-4	RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA ABDOMEM SUPERIOR C/S CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 268,75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 588,60	-	R\$ 160,00	R\$ 1.017,35	R\$ 339,12
02.07.03.002-2	RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA BACIA/PELVE/ABDOMEM INFERIOR C/S CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 268,75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 588,60	-	R\$ 160,00	R\$ 1.017,35	R\$ 339,12
02.07.03.003-0	RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA MEMRBO INFERIOR C/S CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 268,75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 588,60	-	R\$ 160,00	R\$ 1.017,35	R\$ 339,12
02.07.03.004-9	RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA VIAS BILIARES/COLANGIO C/S CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 268,75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 588,60	-	R\$ 160,00	R\$ 1.017,35	R\$ 339,12

SUB-GRUPO 05- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA EM CARDIOLOGIA

FORMA: MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM CARDIOLOGIA

02.11.02.006-0	TESTE DE ESFORÇO / TESTE ERGOMETRICO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 30,00	-	-	-	R\$ 190,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 258,00	R\$ 478,00	R\$ 159,33
02.11.02.004-4	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 30,00	-	-	-	R\$ 180,00	-	R\$ 150,00	R\$ 170,00	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 560,00	R\$ 186,67
02.11.02.005-2	MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (M.A.P.A)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 10,07	-	-	-	R\$ 180,00	-	R\$ 150,00	R\$ 170,00	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 510,07	R\$ 170,02

SUB-GRUPO 06- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA EM NEUROLOGIA

FORMA: MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM NEUROLOGIA

02.11.05.003-2	ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 25,00	-	-	-	-	R\$ 600,00	R\$ 620,00	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 625,00	R\$ 312,50
02.11.05.005-9	ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO C/ MAPEAMENTO (EEG)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 25,00	-	-	-	-	R\$ 250,00	R\$ 255,00	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 275,00	R\$ 137,50
02.11.05.004-0	ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGILIA E SONO ESPONTANEO C/ OU S/ FOTOESTIMULO (EEG)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 25,00	-	-	-	-	R\$ 200,00	R\$ 210,00	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 140,00	R\$ 365,00	R\$ 121,67
S/ COD SUS	ELETROENCEFALOGRAMA SEM SONO INDUZIDO (CONVENCIONAL)	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	R\$ 200,00	R\$ 210,00	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 120,00	R\$ 320,00	R\$ 160,00
02.11.05.008-3	ELETRONEUROMIOGRAFIA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 27,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 300,00	R\$ 327,00	R\$ 163,50

SUB-GRUPO 07- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA EM PNEUMOLOGIA

FORMA: Métodos Diagnósticos em Pneumologia

02.11.08.005-5	ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 6,36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 67,00	R\$ 73,36	R\$ 36,68
----------------	---	------------	-------	----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------	-----------	-----------



CHAMAMENTO PÚBLICO 003/2020 - TABELA MUNICIPAL DIFERENCIADA DE SERVIÇO DE SAÚDE DO SUS



CÓDIGO	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	COMPLEXIDADE	TAB. SUS. FED		PREST. A (SHIRLEY)	PREST. B (Lifefagos)	PREST. C (DIVA LIMA)	PREST. D (SANTA MARIA)	PREST. E (RADIO MED)	PREST. F (MARIA DE FATIMA)	PREST. G (OFTALMOCLINICA)	PREST. H (ASS. OFTALM. DA ZONA OESTE)	PROCESSO LICITADO NA SESAU	PREST. I (S K IMAGENS)	PREST. J (ILAGOS)	PREST. K (CENTRO DE FONDO)	TABELA AMB	VALOR TOTAL	VALOR APLICADO
				VLS. AMB. (R\$)	VLS. HOSP. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)

SUB-GRUPO 08 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE TRATAMENTO CIRÚRGICO DO APARELHO DA VISÃO
FORMA: CIRURGIAS DO APARELHO DE VISÃO, AMBULATORIAS COM OU SEM ANESTESIA

04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 209,55	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 440,00	R\$ 400,00	-	-	-	-	R\$ 400,00	R\$ 1.309,55	R\$ 436,52
04.05.03.013-4	VITRECTOMIA ANTERIOR	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 381,08	R\$ 381,08	-	-	-	-	-	-	R\$ 770,00	R\$ 765,00	-	-	-	-	R\$ 700,00	R\$ 1.846,08	R\$ 615,36
04.05.03.014-2	VITRECTOMIA POSTERIOR	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	R\$ 1.863,63	-	-	-	-	-	-	R\$ 3.830,00	R\$ 3.765,00	-	-	-	-	-	R\$ 5.628,63	R\$ 2.814,32
04.05.03.007-0	RETINOPEXIA C/ INTROFLEXAO ESCLERAL	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 1.074,86	R\$ 1.074,86	-	-	-	-	-	-	R\$ 2.175,00	R\$ 2.150,00	-	-	-	-	R\$ 1.500,00	R\$ 4.724,86	R\$ 1.574,95
04.05.03.022-3	REMOÇÃO DE ÓLEO DE SILICONE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 468,60	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 960,00	R\$ 940,00	-	-	-	-	R\$ 970,00	R\$ 2.378,60	R\$ 792,87
04.05.03.016-9	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	R\$ 2.921,17	-	-	-	-	-	-	R\$ 5.930,00	R\$ 5.890,00	-	-	-	-	-	R\$ 8.811,17	R\$ 4.405,59
04.05.03.017-7	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO/ÓLEO DE SILICONE/ENDOLASER	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	R\$ 3.283,41	-	-	-	-	-	-	R\$ 6.700,00	R\$ 6.595,00	-	-	-	-	-	R\$ 9.878,41	R\$ 4.939,21
04.05.03.005-3	INIECAO INTRA-VITREO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 82,28	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 1.295,00	R\$ 1.295,00	R\$ 1.300,00	-	-	-	-	R\$ 2.677,28	R\$ 892,43
02.11.06.028-3	TOMOGRRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 48,00	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 179,50	R\$ 179,00	R\$ 184,00	-	-	-	-	R\$ 411,00	R\$ 137,00
04.05.05.004-6	CICLOCRIOCOAGULACAO / DIATERMIA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 587,51	R\$ 587,51	-	-	-	-	-	-	R\$ 1.250,50	R\$ 1.198,00	-	-	-	-	-	R\$ 1.785,51	R\$ 892,76
04.05.05.032-1	TRABECULECTOMIA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 898,35	R\$ 898,35	-	-	-	-	-	-	R\$ 1.950,00	R\$ 1.800,00	-	-	-	-	-	R\$ 2.698,35	R\$ 1.349,18
04.05.05.013-5	IMPLANTE DE PROTESE ANTI-GLAUCOMATOSA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 0,00	R\$ 873,61	-	-	-	-	-	-	R\$ 1.900,00	R\$ 1.900,00	-	-	-	-	-	R\$ 2.773,61	R\$ 1.386,81
				FORMA: DISPENSAÇÃO DE ORTESES E PRÓTESES E MATERIAS ESPECIAS EM CARÁTER HOSPITALAR																
07.02.07.005-0	TUBO DE DRENAGEM PARA GLAUCOMA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 0,00	R\$ 800,00	-	-	-	-	-	-	R\$ 1.800,00	R\$ 1.700,00	-	-	-	-	-	R\$ 2.500,00	R\$ 1.250,00

SUB-GRUPO 09 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICA
FORMA: EXAMES SOROLÓGICOS E IMUNOLÓGICOS

02.02.03.121-7	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 13,35	-	R\$ 30,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 250,00	R\$ 293,35	R\$ 97,78
S/ COD SUS	DOSAGEM DO ANTÍGENO 27/29	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 1.275,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 250,00	R\$ 1.525,00	R\$ 762,50
S/ COD SUS	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 50	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 120,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 250,00	R\$ 370,00	R\$ 185,00
S/ COD SUS	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 19.9	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 40,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 250,00	R\$ 290,00	R\$ 145,00
S/ COD SUS	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 72-4	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 75,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 250,00	R\$ 325,00	R\$ 162,50
S/ COD SUS	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 15-3	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 40,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 250,00	R\$ 290,00	R\$ 145,00
0200202031	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1 ESTERASE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 9,25	-	R\$ 55,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 50,00	R\$ 114,25	R\$ 38,08
0202010023	CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 2,01	-	R\$ 15,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 14,00	R\$ 31,01	R\$ 10,34
0202010163	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,68	-	R\$ 20,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 15,00	R\$ 38,68	R\$ 12,89
0202010236	DOSAGEM DE CAROTENO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 2,01	-	R\$ 100,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 20,00	R\$ 122,01	R\$ 40,67
0202010244	DOSAGEM DE CATECOLAMINAS	HOSP.	MÉDIA	R\$ 0,00	-	R\$ 150,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 100,00	R\$ 250,00	R\$ 83,33



CHAMAMENTO PÚBLICO 003/2020 - TABELA MUNICIPAL DIFERENCIADA DE SERVIÇO DE SAÚDE DO SUS



CÓDIGO	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	COMPLEXIDADE	TAB. SUS. FED		PREST. A (SHIRLEY)	PREST. B (Lifelagos)	PREST. C (DIVA LIMA)	PREST. D (SANTA MARIA)	PREST. E (RADIO MED)	PREST. F (MARIA DE FATIMA)	PREST. G (OFTALMOCLINICA)	PREST. H (ASS. OFTALM. DA ZONA OESTE)	PROCESSO LICITADO NA SESAU	PREST. I (S K IMAGENS)	PREST. J (ILAGOS)	PREST. K (CENTRO DE FONOS)	TABELA AMB	VALOR TOTAL	VALOR APLICADO
				VLS. AMB. (R\$)	VLS. HOSP. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)
020210252	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,68	-	R\$ 25,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 40,00	R\$ 68,68	R\$ 22,89
020210309	DOSAGEM DE COLINESTERASE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,68	-	R\$ 20,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 20,00	R\$ 43,68	R\$ 14,56
020210449	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA PROSTÁTICA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 2,01	-	R\$ 20,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 50,00	R\$ 72,01	R\$ 24,00
020210457	DOSAGEM DE GALACTOSE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,51	-	R\$ 1.250,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 50,00	R\$ 1.303,51	R\$ 434,50
020210481	DOSAGEM GLICOSE 6 FOSFATO DESIDROGENASE (G6PD)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,68	-	R\$ 30,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 27,00	R\$ 60,68	R\$ 20,23
020210490	DOSAGEM HAPTOGLOBULINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,68	-	R\$ 40,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 40,00	R\$ 83,68	R\$ 27,89
020210511	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,68	-	R\$ 40,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 40,00	R\$ 83,68	R\$ 27,89
020210538	DOSAGEM DE LACTATO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,68	-	R\$ 20,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 90,00	R\$ 113,68	R\$ 37,89
020210716	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,68	-	R\$ 40,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 40,00	R\$ 83,68	R\$ 27,89
020210724	ELETROFORESE DE PROTEINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 4,42	-	R\$ 35,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 40,00	R\$ 79,42	R\$ 26,47
020220126	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 2,85	-	R\$ 35,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 20,00	R\$ 57,85	R\$ 19,28
020220169 *	DOSAGEM DE ANTI COAGULANTE LUPICO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 4,11	-	R\$ 80,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 67,00	R\$ 151,11	R\$ 50,37
020220177	ANTI TROMBINA III	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 6,48	-	R\$ 70,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 80,00	R\$ 156,48	R\$ 52,16
020220290	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 4,60	-	R\$ 25,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 20,00	R\$ 49,60	R\$ 16,53
020220347	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 4,11	-	R\$ 650,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 27,00	R\$ 681,11	R\$ 227,04
020220355	ELETROFORESE HEMOGLOBINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 5,41	-	R\$ 40,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 40,00	R\$ 85,41	R\$ 28,47
020230410	PESQUISA DE CELULAS LE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 4,11	-	R\$ 40,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 20,00	R\$ 64,11	R\$ 21,37
020230016	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 15,00	-	R\$ 65,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 130,00	R\$ 210,00	R\$ 70,00
020230024	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 15,00	-	R\$ 65,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 200,00	R\$ 280,00	R\$ 93,33
020230032	CONTAGEM DE LINFOCITOS T. TOTAIS	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 15,00	-	R\$ 65,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 130,00	R\$ 210,00	R\$ 70,00
020230040	DETECÇÃO DO RNA DO HIV (QUALITATIVO)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 65,00	-	R\$ 175,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 750,00	R\$ 990,00	R\$ 330,00
020230059	DETECÇÃO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 96,00	-	R\$ 175,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 750,00	R\$ 1.021,00	R\$ 340,33
020230067	DETERMINAÇÃO COMPLEMENTO CH50	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 9,25	-	R\$ 80,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 40,00	R\$ 129,25	R\$ 43,08
020230113	DOSAGEM DE BETA 2 MICROGLOBULINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 13,55	-	R\$ 25,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 300,00	R\$ 338,55	R\$ 112,85
020230172	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IGG) SEM VALOR NO SIG TAB	HOSP.	MÉDIA	R\$ 0,00	-	R\$ 20,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 70,00	R\$ 90,00	R\$ 30,00
020230210	GENOTIPAGEM D VIRUS DA HEPATITE C	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 298,48	-	R\$ 650,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 2.040,00	R\$ 2.988,48	R\$ 996,16
020230229	IMUNOELETOFORESE OU IMUNOFIXAÇÃO DE PROTEINAS SERICAS	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 17,16	-	R\$ 350,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 120,00	R\$ 487,16	R\$ 162,39
020230245	PPD (PARA APLICAÇÃO NO LABORATORIO) SEM VALOR NO SIGTAB	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 0,00	-	R\$ 20,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 27,00	R\$ 47,00	R\$ 15,67
020230253	PESQUISA ANTICORPOS PARA CARDIOLIPINA IGG	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 10,00	-	R\$ 65,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 80,00	R\$ 155,00	R\$ 51,67
020230261	PESQUISA ANTICORPOS PARA CARDIOLIPINA IGM	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 10,00	-	R\$ 65,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 83,00	R\$ 158,00	R\$ 52,67
020230288	PESQUISA DE ANTICORPOS HELICOBACTER PYLORE IGA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 17,16	-	R\$ 125,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 100,00	R\$ 242,16	R\$ 80,72



CHAMAMENTO PÚBLICO 003/2020 - TABELA MUNICIPAL DIFERENCIADA DE SERVIÇO DE SAÚDE DO SUS



CÓDIGO	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	COMPLEXIDADE	TAB. SUS. FED		PREST. A (SHIRLEY)	PREST. B (Lifefagos)	PREST. C (DIVA LIMA)	PREST. D (SANTA MARIA)	PREST. E (RADIO MED)	PREST. F (MARIA DE FATIMA)	PREST. G (OFTALMOCLINICA)	PREST. H (ASS. OFTALM. DA ZONA OESTE)	PROCESSO LICITADO NA SESAU	PREST. I (S K IMAGENS)	PREST. J (ILAGOS)	PREST. K (CENTRO DE FONDO)	TABELA AMB	VALOR TOTAL	VALOR APLICADO
				VLS. AMB. (R\$)	VLS. HOSP. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)
0202030288	PESQUISA DE ANTICORPOS HELICOBACTER PYLORE IGG	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 17,16	-	R\$ 125,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 100,00	R\$ 242,16	R\$ 80,72
0202030288	PESQUISA DE ANTICORPOS HELICOBACTER PYLORE IGM	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 17,16	-	R\$ 125,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 100,00	R\$ 242,16	R\$ 80,72
0202030296	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI HIV WESTERN BLOT	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 85,00	-	R\$ 180,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 700,00	R\$ 965,00	R\$ 321,67
0202030318	HTLV	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 18,55	-	R\$ 40,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 120,00	R\$ 178,55	R\$ 59,52
0202030334	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI SCHISTOSSOMA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 5,74	-	R\$ 80,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 27,00	R\$ 112,74	R\$ 37,58
0202030407	PESQUISA DE ANTICORPOS BRUCELAS (BRUCELOSE)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,70	-	R\$ 20,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 33,00	R\$ 56,70	R\$ 18,90
0202030423	PESQUISA DE CHLAMIDIA IGG	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 10,00	-	R\$ 70,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 90,00	R\$ 170,00	R\$ 56,67
0202030423	PESQUISA DE CHLAMIDIA IGM	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 10,00	-	R\$ 70,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 90,00	R\$ 170,00	R\$ 56,67
0202030423	PESQUISA DE CHLAMIDIA IGA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 10,00	-	R\$ 70,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 90,00	R\$ 170,00	R\$ 56,67
0202030458	ANTI ESCLERODERMA SCL 70	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 10,00	-	R\$ 25,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 60,00	R\$ 95,00	R\$ 31,67
0202030490	PESQUISA ANTICORPOS ANTI GLIADINA IGG	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 0,00	-	R\$ 50,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 70,00	R\$ 120,00	R\$ 40,00
0202030490	PESQUISA ANTICORPOS ANTI GLIADINA IGA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 0,00	-	R\$ 50,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 70,00	R\$ 120,00	R\$ 40,00
0202030490	PESQUISA ANTICORPOS ANTI GLIADINA IGM	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 0,00	-	R\$ 50,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 70,00	R\$ 120,00	R\$ 40,00
0202030512	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI ILHOTA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 10,00	-	R\$ 70,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 80,00	R\$ 160,00	R\$ 53,33
0202030520	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI INSULINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 17,16	-	R\$ 40,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 80,00	R\$ 137,16	R\$ 45,72
0202030547	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI LISTERIA (LISTERIOSE)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 5,50	-	R\$ 30,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 53,00	R\$ 88,50	R\$ 29,50
0202030563	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONTRIA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 17,16	-	R\$ 45,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 120,00	R\$ 182,16	R\$ 60,72
0202030571	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI MUSCULO ESTRIADO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 17,16	-	R\$ 70,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 80,00	R\$ 167,16	R\$ 55,72
0202030580	PESQUISA DE ANTICORPO MUSCULO LISO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 17,16	-	R\$ 40,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 40,00	R\$ 97,16	R\$ 32,39
0202030768	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITOXOPLASMA IGM	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 16,97	-	R\$ 200,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 35,00	R\$ 251,97	R\$ 83,99
0202030768	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITOXOPLASMA IGG	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 16,97	-	R\$ 200,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 60,00	R\$ 276,97	R\$ 92,32
0202030776	PESQUISA DE IGG TRYPAOSSOMA CRUZI	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 9,25	-	R\$ 20,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 14,00	R\$ 43,25	R\$ 14,42
0202030822	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA VARICELA IGG	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 17,16	-	R\$ 65,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 100,00	R\$ 182,16	R\$ 60,72
0202030822	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA VARICELA IGM	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 17,16	-	R\$ 65,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 120,00	R\$ 202,16	R\$ 67,39
0202030822	VARICELA ZOSTER -ANTICORPOS IGG	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 17,16	-	R\$ 65,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 100,00	R\$ 182,16	R\$ 60,72
0202031938	VARICELA ZOSTER- ANTICORPOS IGM (HERPES)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 17,16	-	R\$ 65,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 120,00	R\$ 202,16	R\$ 67,39
0202031039	PESQUISA DE IGE ESPECIFICO (CADA)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 9,25	-	R\$ 40,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 75,00	R\$ 124,25	R\$ 41,42
0202031071	QUANTIFICAÇÃO DE RNA PARA HIV	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 18,00	-	R\$ 200,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 750,00	R\$ 968,00	R\$ 322,67
0202031080	QUANTIFICAÇÃOPARA HEPATITE C	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 168,48	-	R\$ 200,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 1.116,00	R\$ 1.484,48	R\$ 494,83
0202031187	DOSAGEM DE ANTI TRANGLUTAMINASE TECIDUAL IGG	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 18,55	-	R\$ 125,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 252,00	R\$ 395,55	R\$ 131,85
0202031187	DOSAGEM DE ANTI TRANGLUTAMINASE TECIDUAL IGA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 18,55	-	R\$ 125,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 252,00	R\$ 395,55	R\$ 131,85



CHAMAMENTO PÚBLICO 003/2020 - TABELA MUNICIPAL DIFERENCIADA DE SERVIÇO DE SAÚDE DO SUS



CÓDIGO	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	COMPLEXIDADE	TAB. SUS. FED		PREST. A (SHIRLEY)	PREST. B (Lifefagos)	PREST. C (DIVA LIMA)	PREST. D (SANTA MARIA)	PREST. E (RADIO MED)	PREST. F (MARIA DE FATIMA)	PREST. G (OFTALMOCLINICA)	PREST. H (ASS. OFTALM. DA ZONA OESTE)	PROCESSO LICITADO NA SESAU	PREST. I (S K IMAGENS)	PREST. J (ILAGOS)	PREST. K (CENTRO DE FONDO)	TABELA AMB	VALOR TOTAL	VALOR APLICADO
				VLS. AMB. (R\$)	VLS. HOSP. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)
0202031209	DOSAGEM DE TROPONINA I OU T	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 9,00	-	R\$ 50,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 85,50	R\$ 144,50	R\$ 48,17
0202031241	GENOTIPAGEM DO HIV	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 0,00	-	R\$ 1.800,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 1.650,00	R\$ 3.450,00	R\$ 1.150,00
0202031250	DETECÇÃO DO RNA DO HTLV	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 65,00	-	R\$ 800,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 750,00	R\$ 1.615,00	R\$ 538,33
0202040038	COPROLOGICO FUNCIONAL	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,04	-	R\$ 30,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 50,00	R\$ 83,04	R\$ 27,68
0202040135	PESQUISA DE ROTAVIRUS	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 10,25	-	R\$ 35,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 50,00	95,25	R\$ 31,75
0202040143	PESQUISA DE SANGUE OCULTO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 1,65	-	R\$ 20,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 10,00	R\$ 31,65	R\$ 10,55
0202050025	CLEARENCE DE CREATININA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,51	-	R\$ 25,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 25,00	R\$ 53,51	R\$ 17,84
0202050068	DETERMINAÇÃO OSMOLALIDADE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,70	-	R\$ 50,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 30,00	R\$ 83,70	R\$ 27,90
0202050084	DOSAGEM DE CITRATO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 2,01	-	R\$ 30,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 14,00	R\$ 46,01	R\$ 15,34
0202050106	DOSAGEM DE OXALATO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,68	-	R\$ 30,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 30,00	R\$ 63,68	R\$ 21,23
0202050238	PESQUISA DE FRUTOSE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 2,04	-	R\$ 15,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 14,00	R\$ 31,04	R\$ 10,35
0202050246	PESQUISA DE GALACTOSE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,36	-	R\$ 15,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 50,00	R\$ 68,36	R\$ 22,79
0202060262	PESQUISA DE HOMOCISTEINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 2,04	-	R\$ 50,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 592,00	R\$ 644,04	R\$ 214,68
0202060020	DETERMINAÇÃO RETENÇÃO T3	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 12,54	-	R\$ 60,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 55,00	R\$ 127,54	R\$ 42,51
0202060039	DETERMINAÇÃO DE T3 REVERSO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 14,69	-	R\$ 150,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 195,00	R\$ 359,69	R\$ 119,90
0202060047	DOSAGEM 17 ALFA HIDROXIPROGESTERONA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 10,20	-	R\$ 40,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 165,00	R\$ 215,20	R\$ 71,73
0202060071	DOSAGEM DE ACIDO 5 HIDROXI INDOL ACETICO (SEROTONINA)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 6,72	-	R\$ 60,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 60,00	R\$ 126,72	R\$ 42,24
0202060080	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 14,12	-	R\$ 30,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 210,00	R\$ 254,12	R\$ 84,71
0202060098	ALDOSTERONA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 11,89	-	R\$ 35,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 125,00	R\$ 171,89	R\$ 57,30
0202060110	ANDROSTENEDIONA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 11,53	-	R\$ 35,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 160,00	R\$ 206,53	R\$ 68,84
0202060128	DOSAGEM DE CALCITONINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 14,38	-	R\$ 50,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 225,00	R\$ 289,38	R\$ 96,46
0202060144	DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 11,25	-	R\$ 30,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 105,00	R\$ 146,25	R\$ 48,75
0202060152	DOSAGEM DE DI-HIDROTESTOSTERONA - DHT	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 11,71	-	R\$ 30,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 160,00	R\$ 201,71	R\$ 67,24
0202060209	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DA TIROXINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 15,35	-	R\$ 80,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 180,00	R\$ 275,35	R\$ 91,78
0202070322	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 15,35	-	R\$ 48,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 200,00	R\$ 263,35	R\$ 87,78
0202070026	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 2,23	-	R\$ 20,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 60,00	R\$ 82,23	R\$ 27,41
0202070034	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,68	-	R\$ 20,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 60,00	R\$ 83,68	R\$ 27,89
0202070042	DOSAGEM DE METIL HIPURICO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 2,04	-	R\$ 20,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 60,00	R\$ 82,04	R\$ 27,35
0202070174	DOSAGEM DE CHUMBO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 8,83	-	R\$ 30,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 80,00	R\$ 118,83	R\$ 39,61
0202070190	DOSAGEM DE COBRE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,51	-	R\$ 38,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 120,00	R\$ 161,51	R\$ 53,84
0202070204	DOSAGEM DE DIGOXINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 8,87	-	R\$ 38,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 150,00	R\$ 196,87	R\$ 65,62
0202070239	DOSAGEM DE FENOL	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 2,05	-	R\$ 35,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 60,00	R\$ 97,05	R\$ 32,35



CHAMAMENTO PÚBLICO 003/2020 - TABELA MUNICIPAL DIFERENCIADA DE SERVIÇO DE SAÚDE DO SUS



CÓDIGO	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	COMPLEXIDADE	TAB. SUS. FED		PREST. A (SHIRLEY)	PREST. B (Lifelagos)	PREST. C (DIVA LIMA)	PREST. D (SANTA MARIA)	PREST. E (RADIO MED)	PREST. F (MARIA DE FATIMA)	PREST. G (OFTALMOCLINICA)	PREST. H (ASS. OFTALM. DA ZONA OESTE)	PROCESSO LICITADO NA SESAU	PREST. I (S K IMAGENS)	PREST. J (ILAGOS)	PREST. K (CENTRO DE FONDO)	TABELA AMB	VALOR TOTAL	VALOR APLICADO
				VLS. AMB. (R\$)	VLS. HOSP. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)
0202070255	DOSAGEM DE LITIO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 2,25	-	R\$ 20,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 20,00	R\$ 42,25	R\$ 14,08
0202070271	DOSAGEM DE NETA HEMOGLOBINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 4,11	-	R\$ 20,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 30,00	R\$ 54,11	R\$ 18,04
0202080048	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (PESQUISA DE BAAR)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 4,20	-	R\$ 20,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 10,00	R\$ 34,20	R\$ 11,40
0202080056	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENÍASE)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 4,20	-	R\$ 20,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 10,00	R\$ 34,20	R\$ 11,40
0202080072	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 2,80	-	R\$ 20,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 15,00	R\$ 37,80	R\$ 12,60
0202080110	CULTURA DE BAAR (PRAZO 45 DIAS PARA RESULTADO)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 5,63	-	R\$ 20,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 30,00	R\$ 55,63	R\$ 18,54
0202080137	CULTURA DE FUNGOS	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 4,19	-	R\$ 60,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 50,00	R\$ 114,19	R\$ 38,06
0202080145	MICOLOGICO DIRETO (PESQUISA DE FUNGOS)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 2,40	-	R\$ 20,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 20,00	R\$ 42,40	R\$ 14,13
0202090153	HEMOCULTURA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 11,49	-	R\$ 65,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 58,00	R\$ 134,49	R\$ 44,83
0202090264	ESPERMOGRAMA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 4,80	-	R\$ 20,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 40,00	R\$ 64,80	R\$ 21,60
0202100030	CARIOTIPO BANDA G	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 160,00	-	R\$ 600,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 583,00	R\$ 1.343,00	R\$ 447,67
0202110060	TESTE DO PEZINHO BASICO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 20,90	-	R\$ 60,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 50,00	R\$ 130,90	R\$ 43,63
0202110109	TESTE DO PEZINHO PLUS	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 5,50	-	R\$ 150,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 165,00	R\$ 320,50	R\$ 106,83
S/ COD SIGTAB	1,25 HIDROXI VITAMINA D	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 65,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 175,00	R\$ 240,00	R\$ 120,00
S/ COD SIGTAB	ANTI ENDOMISIO IGM	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 150,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 92,00	R\$ 242,00	R\$ 121,00
S/ COD SIGTAB	ANTI ENDOMISIO IGG	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 150,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 92,00	R\$ 242,00	R\$ 121,00
S/ COD SIGTAB	ANTI ENDOMISIO IGA	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 150,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 92,00	R\$ 242,00	R\$ 121,00
S/ COD SIGTAB	ANTI LKM	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 150,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 33,00	R\$ 183,00	R\$ 91,50
S/ COD SUS	CURVA INSULINICA (4 DOSAGENS)	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 60,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 250,00	R\$ 310,00	R\$ 155,00
S/ COD SUS	DIMERO D	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 75,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 100,00	R\$ 175,00	R\$ 87,50
S/ COD SUS	ERITROPOIETINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 90,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 313,00	R\$ 403,00	R\$ 201,50
S/ COD SUS	IGFBP 3	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 40,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 167,00	R\$ 207,00	R\$ 103,50
S/ COD SUS	SATURACÃO DA TRANSFERRINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 10,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 60,00	R\$ 70,00	R\$ 35,00
S/ COD SUS	TESTE DE AVIDEZ (TOXOPLASMOSE, RUBEOLA, CITO) CADA	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 120,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 92,00	R\$ 212,00	R\$ 106,00
S/ COD SUS	PROTEINA C FUNCIONAL	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 50,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 125,00	R\$ 175,00	R\$ 87,50
S/ COD SUS	PROTEINA S FUNCIONAL	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 50,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 125,00	R\$ 175,00	R\$ 87,50
S/ COD SUS	DOENÇA DE CHAGAS IGG (CADA)	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 25,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 30,00	R\$ 55,00	R\$ 27,50
S/ COD SUS	DOENÇA DE CHAGAS IGA (CADA)	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 25,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 30,00	R\$ 55,00	R\$ 27,50
S/ COD SUS	DOENÇA DE CHAGAS IGM (CADA)	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 25,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 30,00	R\$ 55,00	R\$ 27,50
S/ COD SUS	PESQUISA DE CELULAS NEOPLASICAS	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 105,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 100,00	R\$ 205,00	R\$ 102,50
S/ COD SUS	ROTINA LIQUIDO ASCITICO	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 50,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 67,00	R\$ 117,00	R\$ 58,50



CHAMAMENTO PÚBLICO 003/2020 - TABELA MUNICIPAL DIFERENCIADA DE SERVIÇO DE SAÚDE DO SUS



CÓDIGO	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	COMPLEXIDADE	TAB. SUS. FED		PREST. A (SHIRLEY)	PREST. B (Lifelagos)	PREST. C (DIVA LIMA)	PREST. D (SANTA MARIA)	PREST. E (RADIO MED)	PREST. F (MARIA DE FATIMA)	PREST. G (OFTALMOCLINICA)	PREST. H (ASS. OFTALM. DA ZONA OESTE)	PROCESSO LICITADO NA SESAU	PREST. I (S K IMAGENS)	PREST. J (ILAGOS)	PREST. K (CENTRO DE FONOS)	TABELA AMB	VALOR TOTAL	VALOR APLICADO
				VLS. AMB. (R\$)	VLS. HOSP. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)
S/ COD SUS	ROTINA LIQUIDO PLEURAL	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 50,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 67,00	R\$ 117,00	R\$ 58,50
S/ COD SUS	ROTINA LIQUIDO SINOVAL	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 50,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 67,00	R\$ 117,00	R\$ 58,50
S/ COD SUS	ROTINA LIQUIDO LIQUOR	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 50,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 67,00	R\$ 117,00	R\$ 58,50
S/ COD SUS	ANTICORPOS ANTI CITOPLASMA NEUTROFILOS C E P (P-ANCA C-ANCA)	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 70,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 83,00	R\$ 153,00	R\$ 76,50
S/ COD SUS	OSTEOCALCINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 85,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 150,00	R\$ 235,00	R\$ 117,50
S/ COD SUS	LIPIDOGRAMA COMPLETO	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 18,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 70,00	R\$ 88,00	R\$ 44,00
S/ COD SUS	PROVA DE FUNÇÃO HEPATICA	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 18,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 139,00	R\$ 157,00	R\$ 78,50
S/ COD SUS	PROVA DE FUNÇÃO REUMATICA INCLUI WAALER ROSE E MUCOPROTEINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 30,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 100,00	R\$ 130,00	R\$ 65,00
S/ COD SUS	COAGULOGRAMA COM PLAQUETAS TAP /PTT	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 30,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 60,00	R\$ 90,00	R\$ 45,00
S/ COD SUS	TESTE DE AFOÇAMENTO DAS HEMACIAS (SOLUBILIDADE)	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 15,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 10,00	R\$ 25,00	R\$ 12,50
S/ COD SUS	HEPATITE E IGM/IGG	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 150,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 92,00	R\$ 242,00	R\$ 121,00

SUB-GRUPO 10 - DIAGNÓSTICO EM OTORRINOLARINGOLOGIA E FONOAUDIOLOGIA
FORMA: EXAMES POR VIA AÉREAS E POR VIAS OSSEAS

02.11.07.004-1	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 21,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 55,00	R\$ 90,00	R\$ 166,00	R\$ 55,33
02.11.07.021-1	LOGOaudiometria (LDV-IRF-LRF)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 26,25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 60,00	R\$ 40,00	R\$ 126,25	R\$ 42,08

Critérios usados

1	Os procedimento que tem preço da tabela SIGTAP + Prestador + Tabela AMB, foi retira 1(um) valor da Tabela SIGTAP + o menor valor do Prestador + o Valor da tabela AMB para fazer a Média
2	Os procedimentos que somente tem o valor de prestador, a média foi feita com o valor do prestador com menor preço
3	Os procedimento que só tem preço da Tabela AMB e Prestador , a média foi feita com o valor do menor prestador e com o valor da AMB
4	Os procedimento que só tem o valor da tabela SIGTAP e tabela Amb, a média foi feito com o preco de ambos