

PLANO DE TRABALHO - 1

A) IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

- Nome: COMPLEXO HOSPITALAR PREFEITO EDIVALDO ORSI
- CNPJ: 47.018.676/0001-76
- CNES: 6053858
- Endereço: Av Ruy Rodrigues, nº 3434, Jardim Yeda, Campinas, SP – CEP 13.060-646
- Presidente: Marcos Eurípedes Pimenta

B) INTRODUÇÃO

Este Plano de Trabalho foi elaborado em conformidade à Instrução Normativa Nº 02/2016 do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, com vigência a partir de 01/12/2017 e a Lei nº 8.666, de 21 de Junho de 1993, artigo 116.

C) CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE

Há 22 anos, a população da Região Oeste do município de Campinas, através dos movimentos populares e da sociedade civil organizada, apontou a necessidade de um hospital para este local. Surge como embrião da descentralização do sistema de Urgência e Emergência o Pronto Socorro “Marina A. Costa” nos primórdios da década de 90.

Em 1996 é inaugurado o Pronto Socorro Ouro Verde com área de atuação em Urgência e Emergência de Adultos, Pediátrico e Ortopédico, em local próprio de 1200 m² aproximadamente. A unidade torna-se uma referência para a região e passa a ter um movimento crescente. Pelo fato da unidade ser um pólo de APH (Atendimento Pré Hospitalar às Urgências e Emergências) e manter usuários em

observação médica, rapidamente na cultura popular passa a ser denominado por “Hospital Ouro Verde”.

Em 1997 é inaugurado o Ambulatório Ouro Verde, em uma área própria de 1.000 m², com o propósito de descentralizar a assistência nas especialidades e garantir o acesso ao sistema de saúde desta população localizada nos rincões mais distantes do município.

Em 2002 o avanço tecnológico chega à região, caracterizado pelo Centro de Imagens e Diagnóstico, trazendo os Métodos Gráficos, as Endoscopias e a Imagenologia. Ao conjunto destes equipamentos dá-se o nome de “Complexo Ouro Verde”.

Em junho de 2006 iniciam-se as obras do Hospital Ouro Verde com recursos federais e contrapartida municipal, destinado a atender uma população estimada em torno de 400.000 pessoas da região Sudoeste, parte do Distrito Sul de Campinas e municípios circunvizinhos, sendo um hospital distrital e regional, de porta aberta e com regulação municipal.

Em maio de 2008 concretizou-se a realização deste sonho, contemplando o desejo de toda a população de Campinas.

D) OBJETO

O presente Plano de Trabalho tem por objeto manter o Programa de Parceria na Assistência à Saúde que compreende a atuação coordenada dos Convenentes nos componentes da Assistência Hospitalar e Ambulatorial, relativo ÀS INTERNAÇÕES HOSPITALARES ELETIVAS E INTERNAÇÕES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA, bem como ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS ELETIVOS E DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA, COM GARANTIA DE PRONTO-SOCORRO COM PORTAS ABERTAS PARA ATENDIMENTOS DE DEMANDA ESPONTÂNEA E REFERENCIADA, ABRANGENDO, AINDA, A REALIZAÇÃO DE EXAMES DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO, em Média e Alta Complexidade, oferecidos à população de Campinas e Região, regulados pela Coordenadoria

Setorial de Regulação de Acesso da Secretaria Municipal de Saúde. A parceria estende-se, ainda, ao apoio e formação de profissionais de saúde, aguardando Habilitação como HOSPITAL DE ENSINO junto ao Ministério da Saúde.

E) DETALHAMENTO DAS AÇÕES E METAS A SEREM EXECUTADAS

O Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi (CHPEO) será responsável pela prestação de serviços hospitalares e ambulatoriais através de sua estrutura e serviços cadastrados no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e realizará os serviços aqui definidos, de acordo com sua capacidade operacional, subdividido em dois grande blocos: hospitalar e ambulatorial, conforme abaixo:

E-I) BLOCO HOSPITALAR

Capacidade Instalada:

LEITOS	HABILITADO POR PORT. MS	ISOLAM	OPERAC.	TOTAL
LEITOS CLÍNICOS - UTI ADULTO	40	4	36	40
LEITOS CLÍNICOS – URVA	10		20	20
LEITOS CLÍNICOS - CM I		2	28	30
LEITOS CLÍNICOS - CM II		2	32	34
TOTAL - LEITOS CLÍNICOS	50	8	116	124
LEITOS PEDIÁTRICOS			11	11
LEITOS UTI PEDIAT.	10	1	9	10
TOTAL - LEITOS PEDIÁTRICOS	10	1	20	21
LEITOS SAÚDE MENTAL	20		20	20
LEITOS CIRÚRGICOS ORTOPEDIA				
LEITOS CIRÚRGICOS NEUROLOGIA				
LEITOS CIRÚRGICOS – GERAL			50	50
TOTAL - LEITOS CIRÚRGICOS			50	50
TOTAL DE LEITOS DE INTERNAÇÃO	80	9	206	215
LEITOS HOSPITAL-DIA	10			10
LEITOS RPA-CC				9

LEITOS OBSERVAÇÃO PS-AD				12
LEITOS OBSERVAÇÃO PS-PED				4
LEITOS OBSERVAÇÃO SAÚDE MENTAL				3
TOTAL DE LEITOS ESPECIAIS	10	0	0	38
TOTAL GERAL				253

A utilização dos leitos acima descritos poderá variar conforme a demanda por unidade de internação.

No período de Sazonalidade em Pediatria, o Convenente compromete-se a ampliar a capacidade instalada na UTI-Pediátrica em 05 leitos, desde que notificado, oficialmente, pelo Gestor Municipal com antecedência de 15 dias.

Serão, portanto, realizadas em média 469 (quatrocentos e sessenta e nove) internações/mês (AIH's – Autorizações de Internações Hospitalares), nas especialidades de Clínica Médica (360 - trezentos e sessenta AIH/mês), Pediatria (66 – sessenta e seis AIH/mês) e Saúde Mental (43 – quarenta e três AIH/mês), em média complexidade. Serão realizadas, ainda, em média, 500 (Quinhentas) AIH/mês na Especialidade de Clínica Cirúrgica. Realizar-se-ão, ainda, 456 (Quatrocentos e cinquenta e seis) procedimentos cirúrgicos, com registro como HD (Hospital-Dia) ou APAC (Autorização de Procedimento Ambulatorial de Alta Complexidade), flexibilizando-se o instrumento conforme Fila Cirúrgica existente e priorizada em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde.

I- O Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi compromete-se a:

1. Fornecer, sem restrições serviços de hotelaria, tais como roupas para os pacientes, alimentação, com observância das dietas prescritas e necessidades nutricionais dos pacientes, inclusive nutrição enteral e parenteral nos casos indicados;

-
2. Fornecer, também sem restrição, todos os materiais e medicamentos necessários ao restabelecimento dos pacientes;
 3. Nas internações de crianças e adolescentes até 18 anos e idosos, acima de 60 anos, e/ou portadores de necessidades especiais, será assegurada a presença de acompanhante no hospital, em tempo integral, com fornecimento de refeição, sujeito às normas do Hospital;
 4. Estabelecer e adotar protocolos clínicos, e de procedimentos administrativos, garantindo que estarão em consonância com normas do Ministério da Saúde;
 5. Organizar o trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal (diarista) e utilizando prontuário único compartilhado por toda a equipe;
 6. Implantar mecanismos de gestão da clínica visando à qualificação do cuidado e eficiência de leitos, a reorganização dos fluxos e processos de trabalho, a implantação de equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos;
 7. Os processos de atendimento deverão contemplar as orientações da Política Nacional de Humanização do SUS;
 8. Estar articulado aos Serviços de Atenção Domiciliar da sua Região de Saúde e do município, para os leitos de enfermaria e os leitos de retaguarda de urgência;
 9. Garantir que as prescrições de medicamentos observarão a Relação Nacional de Medicamentos RENAME, excetuadas as situações ressalvadas em protocolos avalizados, através da Secretaria Municipal da Saúde;

-
10. Submeter-se às normas, rotinas e sistemas informatizados de Auditoria Técnico-Assistencial, Auditoria Contábil-Financeira e Regulação, emanadas pelo Departamento de Auditoria e Regulação (DEAR) do SUS-Campinas.
 11. Manter Taxa de Ocupação das enfermarias de clínica médica, no mínimo, 90% e de UTI adulto e Pediátrica no mínimo 85%;
 12. Manter Média de Permanência de 07 dias para os leitos de clínica.
 13. Ofertar 100% dos leitos descritos neste Plano de Trabalho à CSRA-DEAR – Coordenadoria Setorial de Regulação de Acesso – Departamento de Auditoria e Regulação do SUS-Campinas;
 14. Viabilizar a utilização do Sistema CROSS de Regulação, Sistema SOL Online ou outros que venham a ser adotados, para garantir de acesso do usuário aos serviços ofertados neste Plano de Trabalho.
 15. Com vistas a garantir o acesso qualificado e resolutivo aos serviços hospitalares de Urgência e Emergência, bem como cumprimento das normativas estabelecidas pela rede de Urgência e Emergência do Ministério da Saúde, o Complexo Hospitalar Ouro Verde deverá:
 - a. Garantir aos usuários que procuram o Pronto-Socorro, por demanda espontânea ou referenciada, acolhimento e classificação de risco com prioridade de atendimento, nas 24 (vinte e quatro) horas, por enfermeiro capacitado e/ou médico em ambiente privativo, conforme a classificação de risco preconizada e pactuada com a Secretaria Municipal de Saúde;

-
- b. Servir de referência para o recebimento de internações designadas como “vaga zero” pela Central de Regulação de Urgência e Emergência, definidas pela Portaria do Ministério da Saúde, nº. 824/99, respeitando a missão dos serviços, que devem estar pautadas nas habilitações e diretrizes regionais das redes assistenciais;
- c. Informar, diariamente, ao Serviço de Urgência e Emergência – SAMU o censo da ocupação das áreas de observação dos prontos socorros adultos e infantis e o nome do médico responsável pelo serviço, assim como informar à Coordenadoria Setorial de Regulação de Acesso, o número de leitos disponíveis por Unidade de Internação, segundo normas e cronograma pactuados com a convenente, através do Sistema CROSS de Regulação.
- d. Apresentar ao CONVENENTE as rotinas e fluxos de atendimento do Pronto-Socorro, a fim de dar conhecimento aos demais parceiros do Sistema de Urgência e Emergência do Município de Campinas, bem como receberá as mesmas informações dos parceiros do SUS Municipal. Deverá ainda, comunicar ao CONVENENTE as alterações da rotina do atendimento de Urgência e Emergência, que porventura venham a ocorrer no Pronto-Socorro da CONVENIADA.
- 16.A CONVENIADA deverá realizar alta hospitalar articulada com a rede Municipal de Saúde, através das rotinas definidas entre as partes.
- 17.A CONVENIADA compromete-se a ter, efetivamente, e apresentar, quando solicitado, relatórios da Comissão de Acompanhamento do Convênio das seguintes comissões; Ética Médica e de Enfermagem, Comissão de Revisão de Prontuários, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão de Revisão de Óbitos, Comissão de Documentação Médica e Estatística, Comissão de Ética em Pesquisa, Comissão Interna de Prevenção de

Acidentes, Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional, Comissão de Farmácia e Terapêutica e Comissão de Proteção Radiológica. Constar Lista com assinatura dos participantes, pautas e seus devidos encaminhamentos e aprazamentos.

18. Para possibilitar o adequado monitoramento e a avaliação da qualidade dos serviços produzidos, a CONVENIADA compromete-se a fornecer Relatório Mensal à Comissão de Acompanhamento do Convênio, contendo os seguintes indicadores hospitalares:

- a. Taxa de ocupação por bloco ou especialidade;
- b. Taxa de ocupação global;
- c. Total de pacientes internados no mês;
- d. Número de paciente/dia por bloco ou especialidade;
- e. Média de permanência por bloco ou especialidade;
- f. Média de permanência global;
- g. Giro por bloco ou especialidade;
- h. Giro de leito global;
- i. Taxa de mortalidade hospitalar por especialidade;
- j. Taxa de mortalidade global;
- k. Taxa de Infecção por sítio cirúrgico por classificação de ferida cirúrgica.

19. Com o objetivo de garantir o direito do usuário à informação, a Conveniada compromete-se ainda a fornecer ao paciente “Relatório de Atendimento”, inclusive do Centro Cirúrgico Ambulatorial, contendo os seguintes dados:

- a. Nome do paciente;
- b. Localidade (Estado/Município);
- c. Motivo da internação;
- d. Data da internação;
- e. Data da alta;

-
- f. Tipo de tratamento e procedimento realizado, bem como insumos especiais utilizados quando for o caso;
 - g. O cabeçalho deste documento deverá conter o seguinte esclarecimento: **“ESTA CONTA SERÁ PAGA COM RECURSOS PÚBLICOS PROVENIENTES DE IMPOSTOS E CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS”**;
 - h. Este documento deverá conter 02(duas) vias sendo a primeira entregue ao paciente, a segunda arquivada em seu prontuário;
 - i. A CONVENIADA deverá colher assinatura da paciente, ou de seus representantes legais, ou ainda de outro a seu rogo quando da impossibilidade deste, fazê-lo na segunda via do documento “Relatório de Atendimento”. A segunda via deste documento deverá ser arquivada em ANEXO ao prontuário da paciente.

E-II) BLOCO AMBULATORIAL

Na assistência ambulatorial estão contemplados, basicamente, os procedimentos definidos pelo Ministério da Saúde, através da Tabela DATASUS-SIGTAP, divididos em grupos e subgrupos, a saber:

01.01 - AÇÕES COLETIVAS/INDIVIDUAIS EM SAÚDE
02.01 - COLETA DE MATERIAL
02.02 - DIAGNOST. LABORAT. CLÍNICO
02.03 - DIAGNOST. ANAT. PATOLOG.
02.04 - DIAGNOST. POR RADIOLOGIA
02.05 - DIAGNOST. POR ULTRASSOM
02.06 - DIAGNOST. POR TOMOGRAFIA
02.07 – DIAGNOST. POR RESSONÂNCIA
02.08 - DIAGNOST. MEDICINA NUCLEAR
02.09 - DIAGNOST. ENDOSCOPIA
02.10 - DIAGNOST. RADIOL. INTERVENC.
02.11 - MÉTODOS DIAGNOST. ESPECIAL.
02.12 - DIAGNOST E PROCED HEMOTERAPIA
02.13 - DIAGNOST EM VIGIL EPIDEM E AMB.
02.14 - DIAGNOST. TESTE RAPIDO
03.01 - CONSULTAS/ACOMP/ATENDIM.
03.02 – FISIOTERAPIA
03.03 - TRATAMENTOS CLÍNICOS
03.04.01 - TRATAMENTOS ONCO - RADIOTERAPIA
03.04.02 - TRATAMENTOS ONCO - QUIMIOTERAPIA
03.05 - TRATAMENTOS NEFROLOGIA
03.06 – HEMOTERAPIA
03.07 - TRATAM. ODONTOL.
03.08 - TRATAM. LESOES/ENVEN/CAUSAS EXT
03.09 - TERAPIAS ESPECIAL.
03.10 - PARTO E NASCIMENTO
04.01 - PEQ. CIR. PELE, SUBCUT, MUCOSAS
04.02 - CIRURGIAS GLAND. ENDÓCRINAS
04.03 - CIRURGIAS SN CENTRAL E PERIF.

04.04 - CIRURGIAS VAS, FACE, CAB/PESC
04.05 - CIRURGIAS AP. VISÃO
04.06 - CIRURGIAS AP. CIRCULATÓRIO
04.07 - CIRURGIAS AP. DIGEST, ANEX E PAREDE AB.
04.08 - CIRURGIAS AP. OSTEOMUSCULAR
04.09 - CIRURGIAS AP GENITOURINARIO
04.12 - CIRURGIA TORÁCICA
04.13 - CIRURGIA REPARADORA
04.14 – BUCOMAXILOFACIAL
04.15 - OUTRAS CIRURGIAS
04.16 - CIRURGIAS EM ONCOLOGIA
04.17 – ANESTESIOLOGIA

O objeto deste Plano de Trabalho será executado conforme a necessidade específica de cada usuário atendido, através de regulação do Conveniente e fluxo interno do Conveniado, garantindo a integralidade, resolubilidade e qualidade da assistência.

1. O total de procedimentos ambulatoriais de Média e Alta Complexidade pactuados e detalhados na Ficha de Programação Orçamentária perfaz-se o quantitativo de 102.134 cuja apuração, para fins de monitoramento e avaliação se dará pelos Grupos e Subgrupos da tabela DATASUS-SIGTAP.
2. Em relação às de Primeiras Consultas Médicas em Especialidades e Exames de SADT, ofertados ao SUS-Campinas, no sistema informatizado SOL, disponibilizado mensalmente pelo Conveniente, será respeitada a pactuação feita entre Conveniente e Conveniado, conforme Planilha Detalhada abaixo, podendo este percentual ser revisto, conforme as necessidades do SUS, desde que acordado entre os convenientes. A ocupação da agenda disponibilizada deverá ficar sob gestão, operação e regulação da Secretaria Municipal de Saúde:

CÓDIGO / PROCEDIMENTO	NOVA FPO CONVÊNIO COM REDE MUNICIPAL MÁRIO GATTI	§UNIT SIGTAP 10/18	§ TT NOVA FPO 2019	DEMANDA INTERNA	OFERTA EXTERNA (SOL- CROSS- OUTRO)
010101002-8 - ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTACAO EM GRUPO NA ATENCAO ESPECIA	100	R\$ 2,70	R\$ 270,00	100	0
TOTAL SUBGRUPO	100		R\$ 270,00	100	0
020101004-6 - BIOPSIA DE ANUS E CANAL ANAL	3	R\$ 18,46	R\$ 55,38	3	0
020101019-4 - BIOPSIA DE FARINGE/LARINGE	3	R\$ 19,06	R\$ 57,18	3	0
020101022-4 - BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO	3	R\$ 46,19	R\$ 138,57	3	0
020101026-7 - BIOPSIA DE LESAO DE PARTES MOLES (POR AGULHA / CEU ABERTO)	60	R\$ 114,36	R\$ 6.861,60	60	0
020101034-8 - BIOPSIA DE OSSO DO CRANIO E DA FACE	2	R\$ 23,99	R\$ 47,98	2	0
020101037-2 - BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES	40	R\$ 25,83	R\$ 1.033,20	40	0
020101038-0 - BIOPSIA DE PENIS	2	R\$ 18,33	R\$ 36,66	2	0
020101039-9 - BIOPSIA DE PIRAMIDE NASAL	2	R\$ 18,33	R\$ 36,66	2	0
020101049-6 - BIOPSIA DE URETRA	1	R\$ 46,19	R\$ 46,19	1	0
020101050-0 - BIOPSIA/PUNCAO DE VAGINA	1	R\$ 18,33	R\$ 18,33	1	0
020101052-6 - BIOPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA	4	R\$ 21,56	R\$ 86,24	4	0
020101054-2 - BIOPSIA PERCUTANEA ORIENTADA POR RX, US, TOMO OU RESSONANCIA	150	R\$ 97,00	R\$ 14.550,00	80	70
TOTAL SUBGRUPO	271		R\$ 22.967,99	201	70
020201012-0 - DOSAGEM DE ACIDO URICO	5	R\$ 1,85	R\$ 9,25	5	0
020201014-7 - DOSAGEM DE ALDOLASE	5	R\$ 3,68	R\$ 18,40	5	0
020201018-0 - DOSAGEM DE AMILASE	400	R\$ 2,25	R\$ 900,00	400	0
020201020-1 - DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	400	R\$ 2,01	R\$ 804,00	400	0
020201021-0 - DOSAGEM DE CALCIO	250	R\$ 1,85	R\$ 462,50	250	0
020201022-8 - DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	250	R\$ 3,51	R\$ 877,50	250	0
020201026-0 - DOSAGEM DE CLORETO	50	R\$ 1,85	R\$ 92,50	50	0
020201027-9 - DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	180	R\$ 3,51	R\$ 631,80	180	0
020201028-7 - DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	180	R\$ 3,51	R\$ 631,80	180	0
020201029-5 - DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	180	R\$ 1,85	R\$ 333,00	180	0
020201031-7 - DOSAGEM DE CREATININA	950	R\$ 1,85	R\$ 1.757,50	950	0
020201032-5 - DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	280	R\$ 3,68	R\$ 1.030,40	280	0
020201033-3 - DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	280	R\$ 4,12	R\$ 1.153,60	280	0
020201036-8 - DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	200	R\$ 3,68	R\$ 736,00	200	0
020201038-4 - DOSAGEM DE FERRITINA	20	R\$ 15,59	R\$ 311,80	20	0

020201039-2 - DOSAGEM DE FERRO SERICO	20	R\$ 3,51	R\$ 70,20	20	0
020201042-2 - DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	200	R\$ 2,01	R\$ 402,00	200	0
020201043-0 - DOSAGEM DE FOSFORO	60	R\$ 1,85	R\$ 111,00	60	0
020201046-5 - DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	400	R\$ 3,51	R\$ 1.404,00	400	0
020201047-3 - DOSAGEM DE GLICOSE	400	R\$ 1,85	R\$ 740,00	400	0
020201050-3 - DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	5	R\$ 7,86	R\$ 39,30	5	0
020201053-8 - DOSAGEM DE LACTATO	1	R\$ 3,68	R\$ 3,68	1	0
020201056-2 - DOSAGEM DE MAGNESIO	100	R\$ 2,01	R\$ 201,00	100	0
020201060-0 - DOSAGEM DE POTASSIO	700	R\$ 1,85	R\$ 1.295,00	700	0
020201061-9 - DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	1	R\$ 1,40	R\$ 1,40	1	0
020201062-7 - DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	1	R\$ 1,85	R\$ 1,85	1	0
020201063-5 - DOSAGEM DE SODIO	700	R\$ 1,85	R\$ 1.295,00	700	0
020201064-3 - DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	400	R\$ 2,01	R\$ 804,00	400	0
020201065-1 - DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	400	R\$ 2,01	R\$ 804,00	400	0
020201066-0 - DOSAGEM DE TRANSFERRINA	2	R\$ 4,12	R\$ 8,24	2	0
020201067-8 - DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	5	R\$ 3,51	R\$ 17,55	5	0
020201069-4 - DOSAGEM DE UREIA	1000	R\$ 1,85	R\$ 1.850,00	1000	0
020201070-8 - DOSAGEM DE VITAMINA B12	1	R\$ 15,24	R\$ 15,24	1	0
020201073-2 - GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT	50	R\$ 15,65	R\$ 782,50	50	0
020202002-9 - CONTAGEM DE PLAQUETAS	2	R\$ 2,73	R\$ 5,46	2	0
020202003-7 - CONTAGEM DE RETICULOCITOS	1	R\$ 2,73	R\$ 2,73	1	0
020202007-0 - DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	1	R\$ 2,73	R\$ 2,73	1	0
020202013-4 - DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP	700	R\$ 5,77	R\$ 4.039,00	700	0
020202014-2 - DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	400	R\$ 2,73	R\$ 1.092,00	400	0
020202015-0 - DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTACAO (VHS)	3	R\$ 2,73	R\$ 8,19	3	0
020202030-4 - DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	5	R\$ 1,53	R\$ 7,65	5	0
020202031-2 - DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC	30	R\$ 2,73	R\$ 81,90	30	0
020202036-3 - ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	1	R\$ 2,73	R\$ 2,73	1	0
020202037-1 – HEMATOCRITO	30	R\$ 1,53	R\$ 45,90	30	0
020202038-0 - HEMOGRAMA COMPLETO	1600	R\$ 4,11	R\$ 6.576,00	1600	0
020202039-8 – LEUCOGRAMA	2	R\$ 2,73	R\$ 5,46	2	0
020202050-9 - PROVA DO LACO	400	R\$ 2,73	R\$ 1.092,00	400	0
020202051-7 - RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	2	R\$ 2,73	R\$ 5,46	2	0

020203020-2 - DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	300	R\$ 2,83	R\$ 849,00	300	0
020203030-0 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	1	R\$ 10,00	R\$ 10,00	1	0
020203078-4 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO	1	R\$ 18,55	R\$ 18,55	1	0
020203079-2 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS	1	R\$ 30,00	R\$ 30,00	1	0
020203081-4 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	1	R\$ 17,16	R\$ 17,16	1	0
020203092-0 - PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	1	R\$ 17,16	R\$ 17,16	1	0
020203098-9 - PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	1	R\$ 18,55	R\$ 18,55	1	0
020203111-0 - TESTE NAO TREPONEMICO P/ DETECAAO DE SIFILIS	1	R\$ 2,83	R\$ 2,83	1	0
020203112-8 - TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	1	R\$ 10,00	R\$ 10,00	1	0
020205001-7 - ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URIN	1000	R\$ 3,70	R\$ 3.700,00	1000	0
020205004-1 - CLEARANCE DE UREA	1	R\$ 3,51	R\$ 3,51	1	0
020205009-2 - DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	1	R\$ 8,12	R\$ 8,12	1	0
020206021-7 - DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	300	R\$ 7,85	R\$ 2.355,00	300	0
020206025-0 - DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	4	R\$ 8,96	R\$ 35,84	4	0
020206032-2 - DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	1	R\$ 15,35	R\$ 15,35	1	0
020206037-3 - DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	1	R\$ 8,76	R\$ 8,76	1	0
020206038-1 - DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	1	R\$ 11,60	R\$ 11,60	1	0
020206039-0 - DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	1	R\$ 8,71	R\$ 8,71	1	0
020208001-3 – ANTIBIOGRAMA	1	R\$ 4,98	R\$ 4,98	1	0
020208003-0 - ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	1	R\$ 13,33	R\$ 13,33	1	0
020208004-8 - BACIOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNOSTICA)	5	R\$ 4,20	R\$ 21,00	5	0
020208007-2 - BACTERIOSCOPIA (GRAM)	5	R\$ 2,80	R\$ 14,00	5	0
020208008-0 - CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	10	R\$ 5,62	R\$ 56,20	10	0
020208015-3 – HEMOCULTURA	10	R\$ 11,49	R\$ 114,90	10	0
020209005-1 - CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	5	R\$ 1,89	R\$ 9,45	5	0
TOTAL SUBGRUPO	12908		R\$ 39.917,22	12908	0
020302003-0 - EXAME ANATOMO-PATOLOGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PE	600	R\$ 24,00	R\$ 14.400,00	600	0
020302004-9 - IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	10	R\$ 92,00	R\$ 920,00	10	0
TOTAL SUBGRUPO	610		R\$ 15.320,00	610	0
020401003-9 - RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	5	R\$ 8,38	R\$ 40,20	5	0
020401004-7 - RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS)	20	R\$ 6,96	R\$ 139,40	18	2
020401005-5 - RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	50	R\$ 8,38	R\$ 419,00	40	10
020401006-3 - RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	78	R\$ 6,88	R\$ 536,64	58	20

020401007-1 - RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIGUA / BRETTON + HI	200	R\$ 9,15	R\$ 1.830,00	180	20
020401008-0 - RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	5	R\$ 7,52	R\$ 37,60	5	0
020401009-8 - RADIOGRAFIA DE LARINGE	2	R\$ 5,74	R\$ 11,48	2	0
020401010-1 - RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)	1	R\$ 9,03	R\$ 9,03	1	0
020401011-0 - RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)	10	R\$ 7,20	R\$ 72,00	9	1
020401012-8 - RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	30	R\$ 8,38	R\$ 251,40	28	2
020401014-4 - RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	30	R\$ 7,32	R\$ 219,60	20	10
020401015-2 - RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON)	1	R\$ 7,20	R\$ 7,20	1	0
020402003-4 - RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS	150	R\$ 8,33	R\$ 1.249,50	140	10
020402004-2 - RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	175	R\$ 8,19	R\$ 1.433,25	130	45
020402005-0 - RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA	1	R\$ 10,29	R\$ 10,29	1	0
020402006-9 - RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	125	R\$ 10,96	R\$ 1.370,00	100	25
020402007-7 - RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)	150	R\$ 14,90	R\$ 2.235,00	100	50
020402008-5 - RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA	1	R\$ 16,88	R\$ 16,88	1	0
020402009-3 - RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	150	R\$ 9,16	R\$ 1.374,00	120	30
020402010-7 - RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	10	R\$ 9,73	R\$ 97,30	9	1
020402011-5 - RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINAMICA	2	R\$ 15,58	R\$ 31,16	2	0
020402012-3 - RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA	10	R\$ 7,80	R\$ 78,00	9	1
020402013-1 - RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUNA TOTAL- TELESPONDILOGRAFIA (2	R\$ 16,88	R\$ 33,76	2	0
020403005-6 - RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL + OBLIQ	1	R\$ 14,32	R\$ 14,32	1	0
020403006-4 - RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL)	1	R\$ 9,05	R\$ 9,05	1	0
020403007-2 - RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	50	R\$ 8,37	R\$ 418,50	45	5
020403008-0 - RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	20	R\$ 19,24	R\$ 384,80	0	20
020403009-9 - RADIOGRAFIA DE ESTERNO	3	R\$ 7,98	R\$ 23,94	3	0
020403010-2 - RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)	15	R\$ 8,73	R\$ 130,95	15	0
020403012-9 - RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA)	2	R\$ 5,56	R\$ 11,12	2	0
020403013-7 - RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRACAO + EXPIRACAO + LATERAL)	10	R\$ 14,32	R\$ 143,20	10	0
020403014-5 - RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	1	R\$ 12,02	R\$ 12,02	1	0
020403015-3 - RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	1500	R\$ 9,50	R\$ 14.250,00	1300	200
020403017-0 - RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	1500	R\$ 6,88	R\$ 10.320,00	1400	100
020404001-9 - RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	100	R\$ 6,20	R\$ 620,00	100	0
020404002-7 - RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	3	R\$ 7,40	R\$ 22,20	3	0
020404003-5 - RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	15	R\$ 7,40	R\$ 111,00	15	0

020404004-3 - RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	1	R\$ 7,40	R\$ 7,40	1	0
020404005-1 - RADIOGRAFIA DE BRACO	60	R\$ 7,77	R\$ 466,20	60	0
020404006-0 - RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	50	R\$ 7,40	R\$ 370,00	47	3
020404007-8 - RADIOGRAFIA DE COTOVELO	80	R\$ 5,90	R\$ 472,00	80	0
020404008-6 - RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO	80	R\$ 5,62	R\$ 449,60	80	0
020404009-4 - RADIOGRAFIA DE MAO	180	R\$ 6,30	R\$ 1.134,00	150	30
020404010-8 - RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	100	R\$ 6,00	R\$ 600,00	50	50
020404011-6 - RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES)	150	R\$ 7,98	R\$ 1.197,00	150	0
020404012-4 - RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	200	R\$ 6,91	R\$ 1.382,00	190	10
020405001-4 - CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE	20	R\$ 47,76	R\$ 955,20	0	20
020405005-7 - FISTULOGRAFIA	1	R\$ 45,34	R\$ 45,34	1	0
020405006-5 - HISTEROSSALPINGOGRAFIA	20	R\$ 45,34	R\$ 906,80	0	20
020405011-1 - RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	25	R\$ 10,73	R\$ 268,25	25	0
020405012-0 - RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	260	R\$ 15,30	R\$ 3.978,00	260	0
020405013-8 - RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	100	R\$ 7,17	R\$ 717,00	90	10
020405014-6 - RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO	40	R\$ 35,22	R\$ 1.408,80	0	40
020405015-4 - RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO)	5	R\$ 47,59	R\$ 237,95	0	5
020405017-0 - URETROCISTOGRAFIA	60	R\$ 52,11	R\$ 3.126,60	0	60
020405018-9 - UROGRAFIA VENOSA	45	R\$ 57,40	R\$ 2.583,00	0	45
020406003-6 - ESCANOMETRIA	30	R\$ 7,77	R\$ 233,10	15	15
020406006-0 - RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	150	R\$ 7,77	R\$ 1.165,50	140	10
020406007-9 - RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA	100	R\$ 7,77	R\$ 777,00	100	0
020406008-7 - RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	320	R\$ 6,50	R\$ 2.080,00	320	0
020406009-5 - RADIOGRAFIA DE BACIA	200	R\$ 7,77	R\$ 1.554,00	180	20
020406010-9 - RADIOGRAFIA DE CALCANEO	100	R\$ 6,50	R\$ 650,00	100	0
020406011-7 - RADIOGRAFIA DE COXA	48	R\$ 8,94	R\$ 429,12	48	0
020406012-5 - RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	200	R\$ 6,78	R\$ 1.356,00	180	20
020406013-3 - RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	250	R\$ 7,16	R\$ 1.790,00	250	0
020406014-1 - RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3	20	R\$ 9,29	R\$ 185,80	20	0
020406015-0 - RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	280	R\$ 6,78	R\$ 1.898,40	280	0
020406016-8 - RADIOGRAFIA DE PERNA	100	R\$ 8,94	R\$ 894,00	100	0
020406017-6 - RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES	1	R\$ 9,29	R\$ 9,29	1	0
TOTAL SUBGRUPO	7705		R\$ 71.301,14	6795	910

020501002-4 - ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFIGICA	15	R\$ 165,00	R\$ 2.475,00	0	15
020501003-2 - ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	600	R\$ 39,94	R\$ 23.964,00	200	400
020501004-0 - ULTRASSONOGRAMIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	600	R\$ 39,60	R\$ 23.760,00	200	400
020501005-9 - ULTRASSONOGRAMIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	24	R\$ 42,90	R\$ 1.029,60	0	24
020502002-0 - PAQUIMETRIA ULTRASSONICA	400	R\$ 14,81	R\$ 5.924,00	400	0
020502003-8 - ULTRASSONOGRAMIA DE ABDOMEN SUPERIOR	150	R\$ 24,20	R\$ 3.630,00	0	150
020502004-6 - ULTRASSONOGRAMIA DE ABDOMEN TOTAL	300	R\$ 37,95	R\$ 11.385,00	0	300
020502005-4 - ULTRASSONOGRAMIA DE APARELHO URINARIO	160	R\$ 24,20	R\$ 3.872,00	0	160
020502006-2 - ULTRASSONOGRAMIA DE ARTICULACAO	400	R\$ 24,20	R\$ 9.680,00	200	200
020502007-0 - ULTRASSONOGRAMIA DE BOLSA ESCROTAL	20	R\$ 24,20	R\$ 484,00	0	20
020502008-9 - ULTRASSONOGRAMIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)	60	R\$ 24,20	R\$ 1.452,00	60	0
020502009-7 - ULTRASSONOGRAMIA MAMARIA BILATERAL	272	R\$ 24,20	R\$ 6.582,40	0	272
020502010-0 - ULTRASSONOGRAMIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	10	R\$ 24,20	R\$ 242,00	0	10
020502011-9 - ULTRASSONOGRAMIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	109	R\$ 24,20	R\$ 2.637,80	0	109
020502012-7 - ULTRASSONOGRAMIA DE TIREOIDE	140	R\$ 24,20	R\$ 3.388,00	0	140
020502013-5 - ULTRASSONOGRAMIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	1	R\$ 24,20	R\$ 24,20	0	1
020502014-3 - ULTRASSONOGRAMIA OBSTETRICA	300	R\$ 24,20	R\$ 7.260,00	0	300
020502015-1 - ULTRASSONOGRAMIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	80	R\$ 39,60	R\$ 3.168,00	0	80
020502016-0 - ULTRASSONOGRAMIA PELVICA (GINECOLOGICA)	120	R\$ 24,20	R\$ 2.904,00	0	120
020502017-8 - ULTRASSONOGRAMIA TRANSFONTANELA	30	R\$ 24,20	R\$ 726,00	0	30
020502018-6 - ULTRASSONOGRAMIA TRANSVAGINAL	600	R\$ 24,20	R\$ 14.520,00	0	600
	4391		R\$ 129.108,00	1060	3331
020601001-0 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTR	35	R\$ 86,76	R\$ 3.036,60	12	23
020601002-8 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CO	50	R\$ 101,10	R\$ 5.055,00	17	33
020601003-6 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTR	10	R\$ 86,75	R\$ 867,60	4	6
020601004-4 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICUL	50	R\$ 86,75	R\$ 4.338,00	17	33
020601005-2 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO	9	R\$ 86,76	R\$ 780,84	3	6
020601006-0 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA	2	R\$ 97,44	R\$ 194,88	1	1
020601007-9 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	300	R\$ 97,44	R\$ 29.232,00	102	198
020601008-7 - TOMOMIELOGRAFIA COMPUTADORIZADA	1	R\$ 138,63	R\$ 138,63	0	1
020602001-5 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIO	4	R\$ 86,75	R\$ 347,00	1	3
020602002-3 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRA	3	R\$ 86,75	R\$ 260,25	1	2
020602003-1 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	50	R\$ 136,41	R\$ 6.820,50	17	33

020603001-0 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	90	R\$ 138,63	R\$ 12.476,70	35	55
020603002-9 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIO	15	R\$ 86,75	R\$ 1.301,25	5	10
020603003-7 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERI	90	R\$ 138,63	R\$ 12.476,70	35	55
TOTAL SUBGRUPO	709		R\$ 77.325,95	250	459
020701001-3 - ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	70	R\$ 268,75	R\$ 18.812,50	20	50
020701002-1 - RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BIL	20	R\$ 268,75	R\$ 5.375,00	15	5
020701003-0 - RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOCO	50	R\$ 268,75	R\$ 13.437,50	15	35
020701004-8 - RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	180	R\$ 268,75	R\$ 48.375,00	30	150
020701005-6 - RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	25	R\$ 268,75	R\$ 6.718,75	15	10
020701006-4 - RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	175	R\$ 268,75	R\$ 47.031,25	45	130
020701007-2 - RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	50	R\$ 268,75	R\$ 13.437,50	15	35
020702001-9 - RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE	10	R\$ 361,25	R\$ 3.612,50	10	0
020702002-7 - RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	50	R\$ 268,75	R\$ 13.437,50	15	35
020702003-5 - RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	60	R\$ 268,75	R\$ 16.125,00	30	30
020703001-4 - RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	50	R\$ 268,75	R\$ 13.437,50	15	35
020703002-2 - RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR	57	R\$ 268,75	R\$ 15.318,75	17	40
020703003-0 - RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	100	R\$ 268,75	R\$ 26.875,00	30	70
020703004-9 - RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA	20	R\$ 268,75	R\$ 5.375,00	6	14
TOTAL SUBGRUPO	917		R\$ 247.368,75	278	639
020901001-0 - COLANGIOPANCREATOGRRAFIA RETROGRADA (VIA ENDOSCOPICA)	12	R\$ 90,68	R\$ 1.088,16	0	12
020901002-9 - COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	225	R\$ 112,66	R\$ 25.348,50	25	200
020901003-7 – ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	325	R\$ 48,16	R\$ 15.652,00	25	300
020901005-3 – RETOSSIGMOIDOSCOPIA	2	R\$ 23,13	R\$ 46,26	2	0
020902001-6 - CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA E/OU URETROSCOPIA	10	R\$ 18,00	R\$ 180,00	10	0
020904001-7 - BRONCOSCOPIA (BRONCOFIBROSCOPIA)	10	R\$ 36,02	R\$ 360,20	0	10
020904002-5 – LARINGOSCOPIA	50	R\$ 47,14	R\$ 2.357,00	50	0
020904004-1 – VIDEOLARINGOSCOPIA	100	R\$ 45,50	R\$ 4.550,00	60	40
TOTAL SUBGRUPO	734		R\$ 49.582,12	172	562
021102003-6 – ELETROCARDIOGRAMA	900	R\$ 5,15	R\$ 4.635,00	900	0
021102004-4 - MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	275	R\$ 30,00	R\$ 8.250,00	75	200
021102005-2 - MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL	45	R\$ 10,07	R\$ 481,50	0	45
021102006-0 - TESTE DE ESFORCO / TESTE ERGOMETRICO	400	R\$ 30,00	R\$ 12.000,00	150	250
021105008-3 - ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG)	200	R\$ 27,00	R\$ 5.400,00	0	200

021105010-5 – POLISSONOGRRAFIA	60	R\$ 125,00	R\$ 7.500,00	0	60
021106001-1 - BIOMETRIA ULTRASSONICA (MONOCULAR)	320	R\$ 24,24	R\$ 7.756,80	320	0
021106003-8 - CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRAFICO	100	R\$ 40,00	R\$ 4.000,00	100	0
021106005-4 – CERATOMETRIA	250	R\$ 3,37	R\$ 842,50	250	0
021106010-0 – FUNDOSCOPIA	100	R\$ 3,37	R\$ 337,00	100	0
021106011-9 – GONIOSCOPIA	60	R\$ 6,74	R\$ 404,40	60	0
021106012-7 - MAPEAMENTO DE RETINA	360	R\$ 24,24	R\$ 8.726,40	360	0
021106014-3 - MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA	200	R\$ 24,24	R\$ 4.848,00	200	0
021106015-1 - POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL	150	R\$ 3,37	R\$ 505,50	150	0
021106017-8 - RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	120	R\$ 24,68	R\$ 2.961,60	120	0
021106018-6 - RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	50	R\$ 64,00	R\$ 3.200,00	50	0
021106023-2 - TESTE ORTOPTICO	20	R\$ 12,34	R\$ 246,80	20	0
021106025-9 – TONOMETRIA	600	R\$ 3,37	R\$ 2.022,00	600	0
021106026-7 - TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CORNEA	100	R\$ 24,24	R\$ 2.424,00	100	0
021106028-3 - TOMOGRAFIA COERÊNCIA OPTICA (OCT)	80	R\$ 48,00	R\$ 3.840,00	0	80
021107003-3 - AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE	0	R\$ 20,13	R\$ 0,00	0	0
021107004-1 - AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA)	100	R\$ 21,00	R\$ 2.100,00	100	0
021107020-3 – IMITANCIOMETRIA	100	R\$ 23,00	R\$ 2.300,00	100	0
021107021-1 - LOGOaudiometria (LDV-IRF-LRF)	100	R\$ 26,25	R\$ 2.625,00	100	0
021107035-1 - TESTES VESTIBULARES / OTONEUROLÓGICOS	30	R\$ 12,12	R\$ 363,60	10	20
021108001-2 - ESPIROGRAFIA C/ DETERMINAÇÃO DO VOLUME RESIDUAL	6	R\$ 2,78	R\$ 16,68	6	0
021108005-5 - ESPIROMETRIA	240	R\$ 6,36	R\$ 1.526,40	40	200
021109001-8 - AVALIAÇÃO URODINÂMICA COMPLETA	100	R\$ 7,62	R\$ 762,00	0	100
021109007-7 – UROFLUXOMETRIA	60	R\$ 8,82	R\$ 529,20	20	40
TOTAL SUBGRUPO	5126		R\$ 90.604,38	3931	1195
021401007-4 - TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS	1	R\$ 1,00	R\$ 1,00	1	0
TOTAL SUBGRUPO	1		R\$ 0,00	1	0
030101004-8 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPEC	9000	R\$ 6,30	R\$ 56.700,00	9000	0
030101007-2 - CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	12100	R\$ 10,00	R\$ 121.000,00	7164	4936
030106002-9 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA C/ OBSERVAÇÃO ATÉ 24 HORAS EM ATENÇA	1500	R\$ 12,47	R\$ 18.705,00	1500	0
030106006-1 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	2000	R\$ 11,00	R\$ 22.000,00	2000	0
030106009-6 - ATENDIMENTO MÉDICO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO	15000	R\$ 11,00	R\$ 165.000,00	15000	0
030106010-0 - ATENDIMENTO ORTOPÉDICO COM IMOBILIZAÇÃO PROVISÓRIA	1000	R\$ 13,00	R\$ 13.000,00	1000	0

030106011-8 - ACOLHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO	15000		R\$ 0,00	15000	0
030110001-2 - ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA.	8000	R\$ 0,63	R\$ 5.040,00	8000	0
TOTAL SUBGRUPO	63600		R\$ 401.445,00	58664	4936
030201002-5 - ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES C/ DISFUNCOES UROG	320	R\$ 4,67	R\$ 1.494,40	0	320
030204001-3 - ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESP	40	R\$ 6,35	R\$ 254,00	0	40
030204002-1 - ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESP	60	R\$ 4,67	R\$ 280,20	0	60
030205001-9 - ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES NO PRE E POS-OPERA	800	R\$ 6,35	R\$ 5.080,00	0	800
030205002-7 - ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO NAS ALTERACOES MOTORAS	1800	R\$ 4,67	R\$ 8.406,00	0	1800
030206001-4 - ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES COM DISTURBIOS NEU	2	R\$ 4,67	R\$ 9,34	0	2
030206002-2 - ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES COM DISTURBIOS NEU	320	R\$ 6,35	R\$ 2.032,00	0	320
TOTAL SUBGRUPO	3342		R\$ 17.555,94	0	3342
030307004-8 - RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO ESOFAGO	2	R\$ 49,50	R\$ 99,00	2	0
030307005-6 - RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO ESTOMAGO / DUODENO	2	R\$ 47,25	R\$ 94,50	2	0
030309001-4 - ARTROCENTESE DE GRANDES ARTICULACOES	2	R\$ 30,69	R\$ 61,38	2	0
030309007-3 - REVISAO COM TROCA DE APARELHO GESSADO EM MEMBRO INFERIOR	2	R\$ 25,31	R\$ 50,62	2	0
030309008-1 - REVISAO COM IMOBILIZACAO NAO GESSADA EM LESAO DA COLUNA VERT	2	R\$ 11,00	R\$ 22,00	2	0
030309009-0 - REVISAO COM TROCA DE APARELHO GESSADO EM MEMBRO SUPERIOR	2	R\$ 22,21	R\$ 44,42	2	0
030309012-0 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA NA CINTURA ESCAPULAR (COM	5	R\$ 36,59	R\$ 182,95	5	0
030309014-6 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE COSTELAS	1	R\$ 15,04	R\$ 15,04	1	0
030309015-4 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE PUNHO COM LUVA GESSADA	18	R\$ 40,68	R\$ 732,24	18	0
030309016-2 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE OSSO METACARPICO	1	R\$ 17,85	R\$ 17,85	1	0
030309018-9 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DO ESTERNO	1	R\$ 15,98	R\$ 15,98	1	0
030309020-0 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA EM MEMBRO INFERIOR COM IMO	75	R\$ 41,93	R\$ 3.144,75	75	0
030309021-9 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE LESAO DA COLUNA CERVICAL COM IMOBI	5	R\$ 47,58	R\$ 237,90	5	0
030309022-7 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA EM MEMBRO SUPERIOR COM IMO	121	R\$ 41,63	R\$ 5.037,23	121	0
030309023-5 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE LESAO DA COLUNA TORACO-LOMBO-SACRA	1	R\$ 39,09	R\$ 39,09	1	0
030309025-1 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE LESAO DE COLUNA TORACO-LOMBO-SACRA	1	R\$ 47,58	R\$ 47,58	1	0
030309026-0 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE LESAO DE MECANISMO EXTENSOR DOS DE	25	R\$ 17,85	R\$ 446,25	25	0
TOTAL SUBGRUPO	266		R\$ 10.288,78	266	0
030602006-8 - TRANSFUSAO DE CONCENTRADO DE HEMACIAS	10	R\$ 8,09	R\$ 80,90	10	0
TOTAL SUBGRUPO	10		R\$ 80,90	10	0
030903005-6 - DILATAcao DE URETRA (POR SESSAO)	5	R\$ 1,52	R\$ 7,60	5	0
TOTAL SUBGRUPO	5		R\$ 7,60	5	0

040101001-5 - CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	400	R\$ 32,40	R\$ 12.960,00	400	0
040101004-0 - ELETROCOAGULACAO DE LESAO CUTANEA	6	R\$ 11,84	R\$ 71,04	6	0
040101005-8 - EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E M	60	R\$ 23,16	R\$ 1.389,60	60	0
040101007-4 - EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBACEO / LIPOMA	100	R\$ 12,46	R\$ 1.246,00	100	0
040101009-0 - FULGURACAO / CAUTERIZACAO QUIMICA DE LESOES CUTANEAS	16	R\$ 11,84	R\$ 189,44	16	0
040101011-2 - RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTANEO	4	R\$ 11,84	R\$ 47,36	4	0
040101012-0 - RETIRADA DE LESAO POR SHAVING	16	R\$ 19,79	R\$ 316,64	16	0
040101013-9 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA DO PESCOCO (POR APROXIMACAO)	1	R\$ 29,86	R\$ 28,96	1	0
TOTAL SUBGRUPO	603		R\$ 16.249,04	603	0
040401001-6 – ADENOIDECTOMIA	25	R\$ 48,42	R\$ 1.210,50	25	0
040401002-4 – AMIGDALECTOMIA	25	R\$ 45,47	R\$ 1.136,75	25	0
040401003-2 - AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDECTOMIA	65	R\$ 35,53	R\$ 2.309,45	65	0
040401007-5 - DRENAGEM DE FURUNCULO NO CONDUTO AUDITIVO EXTERNO	1	R\$ 14,66	R\$ 14,66	1	0
040401015-6 - INFILTRACAO MEDICAMENTOSA EM CORNETO INFERIOR	1	R\$ 11,28	R\$ 11,28	1	0
040401029-6 - RESSECCAO DE SINEQUIAS	1	R\$ 38,37	R\$ 38,37	1	0
040401036-9 - TIMPANOTOMIA P/ TUBO DE VENTILACAO	10	R\$ 56,84	R\$ 568,40	10	0
040401041-5 – TURBINECTOMIA	10	R\$ 36,95	R\$ 369,50	10	0
040401044-0 - ANTROSTOMIA DE MAXILA INTRANASAL	1	R\$ 44,34	R\$ 44,34	1	0
040402010-0 - EXCISAO EM CUNHA DE LABIO	1	R\$ 29,86	R\$ 29,86	1	0
040402062-3 - RETIRADA DE MATERIAL DE SINTESE OSSEA / DENTARIA	1	R\$ 48,24	R\$ 48,24	1	0
TOTAL SUBGRUPO	141		R\$ 5.781,35	141	0
040501001-0 - CORRECAO CIRURGICA DE ENTROPIO E ECTROPIO	10	R\$ 203,74	R\$ 2.037,40	10	0
040501003-6 – DACRIOCISTORRINOSTOMIA	8	R\$ 681,87	R\$ 5.454,96	8	0
040501005-2 - EPILACAO A LASER	1	R\$ 45,00	R\$ 45,00	1	0
040501006-0 - EPILACAO DE CILIOS	4	R\$ 22,93	R\$ 91,72	4	0
040501007-9 - EXERESE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESOES DA PALPEBRA E SU	10	R\$ 78,75	R\$ 787,50	5	5
040501010-9 - OCLUSAO DE PONTO LACRIMAL	2	R\$ 19,14	R\$ 38,28	2	0
040501011-7 - RECONSTITUICAO DE CANAL LACRIMAL	2	R\$ 689,66	R\$ 1.379,32	2	0
040501014-1 – SIMBLEFAROPLASTIA	2	R\$ 203,74	R\$ 407,48	2	0
040501016-8 - SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS	5	R\$ 22,93	R\$ 114,65	5	0
040501018-4 - TRATAMENTO CIRURGICO DE BLEFAROCALASE	4	R\$ 95,42	R\$ 381,68	4	0
040501019-2 - TRATAMENTO CIRURGICO DE TRIQUIASE C/ OU S/ ENXERTO	2	R\$ 278,90	R\$ 557,80	2	0
040503004-5 - FOTOCOAGULACAO A LASER	50	R\$ 75,15	R\$ 3.757,50	25	25

040503005-3 - INJECAO INTRA-VITREO	2	R\$ 82,28	R\$ 164,56	2	0
040503013-4 - VITRECTOMIA ANTERIOR	10	R\$ 381,08	R\$ 3.810,80	10	0
040503015-0 - VITRIOLISE A YAG LASER	2	R\$ 54,00	R\$ 108,00	2	0
040503019-3 - PAN-FOTOCOAGULACAO DE RETINA A LASER	2	R\$ 300,60	R\$ 601,20	2	0
040504010-5 - EXPLANTE DE LENTE INTRA OCULAR	2	R\$ 846,19	R\$ 1.692,38	2	0
040504020-2 - TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL	2	R\$ 449,44	R\$ 898,88	2	0
040504021-0 - REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRAOCULAR	2	R\$ 453,60	R\$ 907,20	2	0
040505001-1 - CAPSULECTOMIA POSTERIOR CIRURGICA	2	R\$ 180,45	R\$ 360,90	2	0
040505002-0 - CAPSULOTOMIA A YAG LASER	45	R\$ 78,75	R\$ 3.543,75	45	0
040505003-8 - CAUTERIZACAO DE CORNEA	2	R\$ 19,14	R\$ 38,28	2	0
040505007-0 - CORRECAO CIRURGICA DE HERNIA DE IRIS	2	R\$ 259,20	R\$ 518,40	2	0
040505008-9 - EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA	2	R\$ 82,28	R\$ 164,56	2	0
040505009-7 - FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR	2	R\$ 531,60	R\$ 1.063,20	2	0
040505010-0 - FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR	2	R\$ 483,60	R\$ 967,20	2	0
040505015-1 - IMPLANTE SECUNDARIO DE LENTE INTRA-OCULAR – LIO	2	R\$ 1112,83	R\$ 2.225,66	2	0
040505017-8 - IRIDECTOMIA CIRURGICA	2	R\$ 297,46	R\$ 594,92	2	0
040505019-4 - IRIDOTOMIA A LASER	30	R\$ 45,00	R\$ 1.350,00	20	10
040505020-8 - PARACENTESE DE CAMARA ANTERIOR	2	R\$ 82,28	R\$ 164,56	2	0
040505021-6 - RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL	2	R\$ 172,27	R\$ 344,54	2	0
040505024-0 - RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CAMARA ANTERIOR DO OLHO	20	R\$ 335,72	R\$ 6.714,40	20	0
040505025-9 - RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CORNEA	40	R\$ 25,00	R\$ 1.000,00	40	0
040505026-7 - SINEQUIOLISE A YAG LASER	2	R\$ 45,00	R\$ 90,00	2	0
040505028-3 - SUBSTITUICAO DE LENTE INTRA-OCULAR	2	R\$ 544,88	R\$ 1.089,76	2	0
040505029-1 - SUTURA DE CONJUNTIVA	2	R\$ 82,28	R\$ 164,56	2	0
040505030-5 - SUTURA DE CORNEA	2	R\$ 164,08	R\$ 328,16	2	0
040505032-1 – TRABECULECTOMIA	8	R\$ 898,35	R\$ 7.186,80	8	0
040505036-4 - TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO	50	R\$ 209,55	R\$ 10.477,50	25	25
040505037-2 - FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL	150	R\$ 771,60	R\$ 115.740,00	75	75
TOTAL SUBGRUPO	493		R\$ 177.363,46	353	140
040602029-9 - LINFADENECTOMIA SUPERFICIAL	1	R\$ 16,92	R\$ 19,92	1	0
TOTAL SUBGRUPO	1		R\$ 19,92	1	0
040701025-4 - RETIRADA DE POLIPO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA	16	R\$ 29,84	R\$ 477,44	16	0
040702016-0 - ELETROCAUTERIZACAO DE LESAO TRANSPARIETAL DE ANUS	1	R\$ 13,06	R\$ 13,06	1	0

040702031-4 - LIGADURA ELASTICA DE HEMORROIDAS (SESSAO)	1	R\$ 14,77	R\$ 14,77	1	0
040702039-0 - RETIRADA DE CORPO ESTRANHO / POLIPOS DO RETO / COLO SIGMOIDE	60	R\$ 13,63	R\$ 817,80	60	0
040704019-6 - PARACENTESE ABDOMINAL	1	R\$ 12,27	R\$ 12,27	1	0
TOTAL SUBGRUPO	79		R\$ 1.335,34	79	0
040801012-6 - REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA E FRATURA-LUXACAO AO NIVEL DA C	1	R\$ 44,28	R\$ 44,28	1	0
040801013-4 - REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO OU FRATURA / LUXACAO ESCAPULO-U	6	R\$ 41,10	R\$ 246,60	6	0
040802016-4 - REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA / LESAO FISARIA DO EXTREMO PROX	1	R\$ 41,10	R\$ 41,10	1	0
040802020-2 - REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRA	1	R\$ 37,88	R\$ 37,88	1	0
040802022-9 - REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO DO COTOVELO	3	R\$ 37,50	R\$ 112,50	3	0
040802024-5 - REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO OU FRATURA / LUXACAO NO PUNHO	8	R\$ 38,74	R\$ 309,92	8	0
040805019-5 - REDUCAO INCRUENTA DA LUXACAO / FRATURA-LUXACAO METATARSO-FAL	1	R\$ 35,20	R\$ 35,20	1	0
040805021-7 - REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA / LUXACAO / FRATURA-LUXACAO DO	2	R\$ 35,20	R\$ 70,40	2	0
040805026-8 - REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO DO JOELHO	1	R\$ 42,59	R\$ 42,59	1	0
040805029-2 - REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO OU FRATURA / LUXACAO TARSO-META	1	R\$ 35,20	R\$ 35,20	1	0
040806021-2 - RESSECCAO DE CISTO SINOVIAL	1	R\$ 28,42	R\$ 91,49	1	0
040806065-4 - TRATAMENTO CIRURGICO DE POLIDACTILIA NAO ARTICULADA	1	R\$ 28,42	R\$ 28,42	1	0
TOTAL SUBGRUPO	27		R\$ 1.174,82	27	0
040901011-1 - DILATAcao PERCUTANEA DE ESTENOSES URETERAIS E JUNCAO URETERO	1	R\$ 88,91	R\$ 88,91	1	0
040901015-4 - EXTRACAO ENDOSCOPICA DE CORPO ESTRANHO / CALCULO EM URETER	5	R\$ 29,84	R\$ 149,20	5	0
040902003-6 - EXTRACAO ENDOSCOPICA DE CORPO ESTRANHO / CALCULO NA URETRA C	10	R\$ 34,10	R\$ 341,00	10	0
040902007-9 - MEATOTOMIA SIMPLES	1	R\$ 32,68	R\$ 32,68	1	0
040904001-0 - DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOLSA ESCROTAL	1	R\$ 112,97	R\$ 112,97	1	0
040904006-1 - EXERESE DE CISTO DE BOLSA ESCROTAL	1	R\$ 12,97	R\$ 12,97	1	0
040904010-0 - EXPLORACAO CIRURGICA DO CANAL DEFERENTE	1	R\$ 34,10	R\$ 34,10	1	0
040904014-2 - ORQUIECTOMIA SUBCAPSULAR BILATERAL	7	R\$ 433,62	R\$ 3.035,34	7	0
040905005-9 - LIBERACAO / PLASTIA DE PREPUICIO	1	R\$ 13,54	R\$ 13,54	1	0
040905006-7 - PLASTICA DE FREIO BALANO-PREPUCIAL	1	R\$ 34,10	R\$ 34,10	1	0
040905008-3 - POSTECTOMIA	11	R\$ 219,12	R\$ 2.410,32	11	0
040907017-3 - EXTRACAO DE CORPO ESTRANHO DA VAGINA	1	R\$ 13,54	R\$ 13,54	1	0
TOTAL SUBGRUPO	41		R\$ 6.278,67	41	0
041205017-0 - TORACOCENTESE/DRENAGEM DE PLEURA	4	R\$ 54,97	R\$ 219,88	4	0
TOTAL SUBGRUPO	4		R\$ 231,88	4	0
041701006-0 - SEDACAO	50	R\$ 15,15	R\$ 757,50	50	0

TOTAL SUBGRUPO	50		R\$ 757,50	50	0
TOTAL GERAL	102.132		1.382.133,14	86548	15584

O Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi compromete-se, ainda, a manter a disponibilização de consultas médicas especializadas, conforme pactuação realizada com a Secretaria Municipal de Saúde, detalhada abaixo:

CÓDIGO 03.01.01.007-2 - CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA - SUBDIVISÃO POR ESPECIALIDADE

ESPECIALIDADE	META MENSAL PRODUÇÃO	% 1º CONSULTA	META MENSAL SOL – N° ABSOLUTO
CARDIOLOGIA	1.300	35%	455
CARDIOLOGIA INFANTIL	250	35%	88
CIRURGIA AMBULATORIAL	300	50%	150
CIRURGIA GERAL	1.000	40%	400
CIRURGIA VASCULAR	800	35%	280
DERMATOLOGIA	600	50%	300
ENDOCRINO	400	35%	140
GASTRO ADULTO	60	33%	20
GASTRO INFANTIL	60	33%	20
HEMATOLOGIA (ANTICOAGULAÇÃO)	200	10%	20
NEFROLOGIA	150	55%	83
NEUROLOGIA	700	25%	175
NEURO INFANTIL	200	33%	66
OFTALMOLOGIA	2.000	50%	1.000
ORTOPEDIA	1.800	40%	720
OTORRINOLARINGOLOGIA	900	50%	450
PNEUMOLOGIA	300	30%	90
PNEUMO INFANTIL	80	30%	24
PROCTOLOGIA	200	68%	136
UROLOGIA	800	40%	320
TOTAL	12.100	40,86%	4.936

3. No que tange à realização de Serviços de Apoio de Diagnose e Terapia – SADT, a Conveniada compromete-se a disponibilizar aos pacientes os resultados dos mesmos (laudos) num período de, no máximo, 7 dias úteis, impresso ou em mídia digital, devendo ser retirado pelo próprio paciente ou familiar, com o protocolo de liberação em mãos.
4. Os resultados (laudos) dos SADT deverão ser identificados com o nome do paciente, matrícula na Unidade de Saúde e nome da Unidade de Saúde solicitante.
5. O CHPEO compromete-se, ainda, a:
 - a. Realizar os procedimentos conveniados conforme legislação e normas técnicas pertinentes aos serviços, garantindo integralidade e qualidade da assistência;
 - b. Fornecer toda a infraestrutura necessária à realização dos procedimentos conveniados;
 - c. Garantir a manutenção de oferta específica em exames de Alta Complexidade (Tomografias, Ressonâncias e Biópsias Percutâneas guiadas por imagem), com disponibilização de sedação, para crianças ou, quando excepcionalmente indicado pela CSRA, para adultos, no quantitativo de 50 exames/mês do total da FPO. Para disponibilização da oferta plena, aguarda-se o fornecimento do equipamento denominado Capnógrafo, cujo ajuste será mediado pela SMS, mediante TAC – Termo de Ajuste de Conduta, firmado entre Ministério Público e instituição privada de saúde do Município de Campinas.

-
6. Se houver motivo de força maior para cancelamento de exames ou consultas, a Conveniada compromete-se a comunicar os pacientes com antecedência, bem como proceder ao reagendamento o mais rapidamente possível.

 7. Como parte deste Plano de Trabalho, o CHPEO compromete-se a manter o Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) funcionante, nos termos da Portaria MS-GM Nº 825/2.013 e outras normas complementares vigentes, com 2 EMADs (Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar) e 1 EMAP (Equipe Multiprofissional de Apoio), viabilizando o atendimento, em média, de 200 (duzentos) usuários/mês.

 8. O Conveniado garante a disponibilização do atual espaço físico, dentro das instalações do CHPEO, onde estão alocadas unidades da Secretaria Municipal de Saúde, a saber: Laboratório Municipal, Centro de Especialidades Odontológicas – CEO e Centro de Triagem e Aconselhamento – Infecções Sexualmente Transmissíveis – CTA, sendo que o quadro funcional, materiais de consumo e permanentes, bem ainda, taxas de água e luz são de responsabilidade da Conveniente, durante a vigência deste Plano de Trabalho.

 9. No que tange à continuidade e integralidade do cuidado, o CHPEO garante, ainda, oferta ambulatorial específica e contínua para os egressos das especialidades ali disponibilizadas, tanto na área clínica como cirúrgica, bem como disponibilização e agendamento de oferta de consultas pré-anestésica para os usuários do serviço que delas necessitem, em tempo oportuno. O quantitativo de consultas nesta área consta da FPO geral, cujo quantitativo específico poderá variar com a demanda do próprio CHPEO.

F) PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS

- Os recursos serão utilizados, expressamente, para executar o objeto ora conveniado. A execução das despesas dar-se-á na proporção de 30% em Materiais de Consumo e 70% em Prestação de Serviços.
- A Conveniada compromete-se a realizar a Prestação de Contas de 100% dos recursos públicos alocados neste Plano de Trabalho, em seus módulos Técnico-assistencial e Contábil-financeiro, ao Departamento de Auditoria e Regulação do SUS-Campinas, Secretaria Municipal de Saúde, respeitando, para tal, todas as normas, rotinas, prazos e procedimentos operacionais-padrão, definidos pelo TCESP, TCU, Ministério da Saúde, Departamento de Auditoria e Regulação do SUS-Campinas (DEAR-SUS) da Secretaria Municipal de Saúde e demais órgãos de controle interno e externo, previstos constitucionalmente.

G) CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO FINANCEIRO

FONTE	JUN/2019	JUL/2019	AGO/2019	SET/2019	OUT/2019	NOV/2019
RECURSO FEDERAL	R\$ 2.360.304,94	R\$ 2.360.304,94	R\$ 2.360.304,94	R\$ 2.360.304,94	R\$ 2.360.304,94	R\$ 2.360.304,94
RECURSO ESTADUAL	R\$ 2.500.000,00	R\$ 2.500.000,00	R\$ 2.500.000,00	R\$ 2.500.000,00	R\$ 2.500.000,00	R\$ 2.500.000,00

FONTE	DEZ/2019	JAN/2020	FEV/2020	MAR/2020	ABR/2020	MAI/2020
RECURSO FEDERAL	R\$ 2.360.304,94	R\$ 2.360.304,94	R\$ 2.360.304,94	R\$ 2.360.304,94	R\$ 2.360.304,94	R\$ 2.360.304,94
RECURSO ESTADUAL	R\$ 2.500.000,00					

- Os repasses dos recursos financeiros se darão em conformidade à execução do objeto, avaliado, continuamente, pela Comissão de Acompanhamento do

Convênio, responsáveis técnicos do DGDO – Departamento de Gestão e Desenvolvimento Organizacional – SMS, bem como auditado pelo DEAR-SUS/SMS e outras instâncias que eventualmente forem criadas pelos Órgãos Públicos competentes, sempre em consonância com a prestação de contas dos recursos repassados.

- Os recursos serão aplicados no desenvolvimento de atividades relacionadas ao componente da execução da assistência hospitalar e ambulatorial, descritas neste Plano de Trabalho, perfazendo os valores financeiros abaixo relacionados:

PLANO DE TRABALHO 1 - COMPLEXO HOSPITALAR OURO VERDE DEMONSTRATIVO COMPLETO			
COMPONENTE	BASE LEGAL	OBS	VALORES / MÊS
SÉRIE HISTÓRICA DE PRODUÇÃO	NOV/2017 A OUT/2018	FONTE: DATASUS/MS	R\$ 1.353.241,28
CONVÊNIO SES-SP	CONVÊNIO 822/2.016	VIG: ATÉ DEZ/2019	R\$ 2.500.000,00
INCENTIVO - RAU - LEITOS DE RETAGUARDA CLÍNICA	PORTARIA 1.264 20/06/2012	TETO RAU	R\$ 157.710,42
INCENTIVO - RAU - QUALIFICAÇÃO LEITOS UTI	PORTARIA 1.264 20/06/2012	TETO RAU	R\$ 438.000,00
INCENTIVO - RAU - PORTA DE URGÊNCIA	PORTARIA 2.395 11/10/2011	TETO RAU	R\$ 100.000,00
INCENTIVO - RUE - LINHA DE CUIDADO EM AVC AGUDO	PORTARIA 646 10/11/2008 E SAS/MS 1.344/2013	TETO MAC	R\$ 47.906,25
INCENTIVO - RUE - LINHA DE CUIDADO EM AVC INTEG.	PORTARIA 646 10/11/2008 E SAS/MS 1.344/2013	TETO MAC	R\$ 45.244,79
INCENTIVO - RAPS – LEITOS	PORTARIA 361 10/04/2013	TETO RAPS	R\$ 112.202,20
INCENTIVO - SAD (2 EMAD TIPO I E 1 EMAP)	PORTARIA 963, DE 27/05/2013 E 2.959, DE 14/12/2011	TETO MELHOR EM CASA	R\$ 106.000,00
TOTAL GERAL CONVENIADO ATÉ DEZEMBRO/2019			R\$ 4.860.304,94
TOTAL GERAL CONVENIADO A PARTIR DE JANEIRO/2020			R\$ 2.360.304,94
TOTAL - REPASSE FIXO EXCLUÍDOS 10% DESEMPENHO ATÉ DEZEMBRO/2019			R\$ 4.374.274,45
TOTAL – REPASSE FIXO EXCLUÍDOS 10% DESEMPENHO A PARTIR DE JANEIRO/2020			R\$2.124.274,44
INDICADORES DE DESEMPENHO - 10% DOS VALORES	ATÉ DEZEMBRO/2019		R\$ 486.030,49
INDICADORES DE DESEMPENHO – 10% DOS VALORES	A PARTIR DE JANEIRO/2020		R\$ 236.030,49

3. Os recursos que compõem este Plano de Trabalho são advindos de Fonte Federal e Estadual, repasses SUS ao Fundo Municipal de Saúde da SMS.
4. O valor financeiro mensal total conveniado até DEZEMBRO/2.019 é de **R\$ 4.860.304,94 (QUATRO MILHÕES, OITOCENTOS E SESENTA MIL, TREZENTOS E QUATRO REAIS E NOVENTA E QUATRO CENTAVOS)**. A partir de JANEIRO/2.020, o valor financeiro mensal passa a ser **R\$ 2.360.304,94 (DOIS MILHÕES, TREZENTOS E SESENTA MIL, TREZENTOS E QUATRO REAIS E NOVENTA E QUATRO CENTAVOS)**
5. O valor máximo financeiro para 12 meses perfaz, portanto, **R\$ 43.323.659,28 (QUARENTA E TRÊS MILHÕES, TREZENTOS E VINTE E TRÊS MIL, SEISCENTOS E CINQUENTA E NOVE REAIS E VINTE E OITO CENTAVOS)**, sendo **R\$ 29.161.829,64 (VINTE E NOVE MILHÕES, CENTO E SESENTA E HUM MIL, OITOCENTOS E VINTE E NOVE REAIS E SESENTA E QUATRO CENTAVOS)** até Dezembro/2019 e **R\$14.161.829,64 (QUATORZE MILHÕES, CENTO E SESENTA E HUM MIL, OITOCENTOS E VINTE E NOVE REAIS E SESENTA E QUATRO CENTAVOS)** a partir de Janeiro/2.020.
6. O valor financeiro fixo mensal a ser repassado perfaz o montante de **R\$ 4.374.274,45 (QUATRO MILHÕES, TREZENTOS E SETENTA E QUATRO MIL, DUZENTOS E SETENTA E QUATRO REAIS E QUARENTA E CINCO CENTAVOS)** até Dezembro/2019 e **R\$ 2.124.274,44 (DOIS MILHÕES, CENTO E VINTE E QUATRO MIL, DUZENTOS E SETENTA E QUATRO REAIS E QUARENTA E QUATRO CENTAVOS)**, a partir de Janeiro/2.020.
7. Destaca-se que o valor variável, referente aos Indicadores de Desempenho, descritos na Matriz em anexo, perfaz o montante máximo de **R\$ 486.030,49 (QUATROCENTOS E E OITENTA E E SEIS MIL, TRINTA REAIS E QUARENTA E NOVE CENTAVOS)** até Dezembro/2019 e **R\$ 236.030,49 (DUZENTOS E TRINTA E SEIS MIL, TRINTA REAIS E QUARENTA E NOVE CENTAVOS)** a partir de Janeiro/2020, a serem repassados mediante

atingimento de Metas, detalhadamente descritas em Matriz de Indicadores de Desempenho, em anexo, mantendo-se o percentual de cada indicador, mesmo com as alterações financeiras.

H) VIGÊNCIA

O presente Plano de Trabalho tem seu início a partir da data de assinatura do ajuste, com vigência por 12 meses, sendo prorrogável nos termos da legislação vigente.