



DIÁRIO OFICIAL
MUNICÍPIO DE FORTALEZA

22 Mai 2025

EXTRATO

**PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO Nº. 010/2024-SMS
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº. P039496/2025.**

Natureza do Ato:

PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO Nº. 010/2024-SMS, CELEBRADO ENTRE O MUNICÍPIO DE FORTALEZA, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SMS E A SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO (HOSPITAL CURA D'ARS) (CNPJ. 60.975.737/0035-09), PARA OS FINS QUE NELE SE DECLARAM

Fundamentação:

O presente termo aditivo fundamenta-se em toda a legislação aplicável à espécie, especialmente na Constituição da República Federativa do Brasil, no que dispõe o art. 196 e seguintes, na Lei Federal nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990; na Lei Federal nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990; na Lei Federal nº. 14.133, de 1º de abril de 2021; na Portaria de Consolidação nº. 01, nº 02, nº. 03, todas de 28 de setembro de 2017; na Portaria GM/MS nº. 2.839, de 29 de dezembro de 2014; na Portaria GM/MS nº. 2.251, de 29 de dezembro de 2015; na Portaria GM/MS nº. 5.350, de 12 de dezembro de 2024; na Portaria GM/MS nº. 5.349, de 12 de setembro de 2024; na Portaria GM/MS nº. 6.220, de 20 de dezembro de 2024; na Portaria GM/MS nº. 766, de 14 de setembro de 2023; dentre outros normativos atinentes à matéria, as quais a CONVENIENTE declara conhecer e concorda em sujeitar-se às suas diretrizes, estipulações e demais regras delas constantes ainda que não expressamente transcritas neste instrumento.

Do Objeto:

O presente Termo Aditivo tem por objeto, para melhor atingimento do interesse público pretendido, nos termos e condições previstos nas cláusulas seguintes, promover alterações no Convênio nº. 010/2024, buscando a inclusão dos recursos financeiros decorrentes de portarias ministeriais, bem como alterar o correspondente Plano Operativo, dando continuidade à prestação de serviços de saúde objeto desta pactuação, prestados em parceria com a CONVENIENTE, em caráter complementar ao SUS, conforme disciplina do atual Plano Operativo, que compõe o presente instrumento independentemente de sua transcrição.

Do Valor

R\$ 33.202.598,06 (trinta e três milhões e duzentos e dois mil, quinhentos e noventa e oito reais e seis centavos).

Da Dotação Orçamentária:

- 25901.10.302.0123.2540.0002.335039.0.150010020000 da Contratualização de Ações e Serviços de Saúde – Rede Pública Federal, Estadual e Complementar.
- 25901.10.302.0123.2540.0002.335039.0.160000000000 da Contratualização de Ações e Serviços de Saúde – Rede Pública Federal, Estadual e Complementar;
- 25901.10.302.0123.2540.0002.335039.0.162100000000 da Contratualização de Ações e Serviços de Saúde – Rede Pública Federal, Estadual e Complementar.

Da Vigência:

Permanece inalterado o prazo de vigência previsto para o presente instrumento de convênio ora aditivado, cuja previsão de encerramento está estabelecida para a data de 04 de junho de 2025.

Data:

Fortaleza/CE, 15 de maio de 2025.



Karnataka





**PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO Nº. 010/2024-SMS
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº. P039496/2025.**

PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO Nº. 010/2024-SMS, CELEBRADO ENTRE O MUNICÍPIO DE FORTALEZA, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SMS E A SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO (HOSPITAL CURA D'ARS), PARA OS FINS QUE NELE SE DECLARAM.

O MUNICÍPIO DE FORTALEZA, pessoa jurídica de direito público interno; por intermédio de sua **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SMS**, com sede e foro jurídico nesta Capital à Rua Barão do Rio Branco, 910, Centro, inscrita no CNPJ sob o nº. **04.885.197/0001-44**; neste ato representada

doravante denominada

CONCEDENTE; e a **SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO (HOSPITAL CURA D'ARS)**; pessoa jurídica de direito privado, instituição sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº. **60.975.737/0035-09**, e no **CNES nº 2611686**, com sede na Rua Costa Barros 833, Bairro Centro, Fortaleza, Ceará, CEP: 60.160-280, neste ato representada por

doravante denominada **CONVENENTE**; têm entre si justa e acordada a celebração do presente instrumento, mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DA FUNDAMENTAÇÃO

1.1. O presente termo aditivo fundamenta-se em toda a legislação aplicável à espécie, especialmente na Constituição da República Federativa do Brasil, no que dispõe o art. 196 e seguintes, na Lei Federal nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990; na Lei Federal nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990; na Lei Federal nº. 14.133, de 1º de abril de 2021; na Portaria de Consolidação nº. 01, nº 02, nº. 03, todas de 28 de setembro de 2017; na Portaria GM/MS nº. 2.839, de 29 de dezembro de 2014; na Portaria GM/MS nº. 2.251, de 29 de dezembro de 2015; na Portaria GM/MS nº. 5.350, de 12 de dezembro de 2024; na Portaria GM/MS nº. 5.349, de 12 de setembro de 2024; na Portaria GM/MS nº. 6.220, de 20 de



dezembro de 2024; na Portaria GM/MS nº. 766, de 14 de setembro de 2023; dentre outros normativos atinentes à matéria, as quais a CONVENIENTE declara conhecer e concorda em sujeitar-se às suas diretrizes, estipulações e demais regras delas constantes ainda que não expressamente transcritas neste instrumento

CLÁUSULA SEGUNDA – DO OBJETO

2.1. O presente Termo Aditivo tem por objeto, para melhor atingimento do interesse público pretendido, nos termos e condições previstos nas cláusulas seguintes, promover alterações no Convênio nº. 010/2024, buscando a inclusão dos recursos financeiros decorrentes de portarias ministeriais, bem como alterar o correspondente Plano Operativo, dando continuidade à prestação de serviços de saúde objeto desta pactuação, prestados em parceria com a CONVENIENTE, em caráter complementar ao SUS, conforme disciplina do atual Plano Operativo, que compõe o presente instrumento independentemente de sua transcrição.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO VALOR

3.1. Em razão do pactuado através do presente termo aditivo, o valor contratualizado sofrerá acréscimo em seu valor no montante de até **R\$ 1.937.653,58** (um milhão, novecentos e trinta e sete mil, seiscentos e cinquenta e três reais e cinquenta e oito centavos). Dessa forma, o valor global anual do presente convênio passará de até R\$ 31.264.941,48 (trinta e um milhões, duzentos e sessenta e quatro mil, novecentos e quarenta e um reais e quarenta e oito centavos) para até **R\$ 33.202.598,06 (trinta e três milhões e duzentos e dois mil, quinhentos e noventa e oito reais e seis centavos)**, a serem repassados conforme disciplina o correspondente Plano Operativo, parte integrante deste termo independentemente de sua transcrição.

Parágrafo Único – O valor equivalente ao montante financeiro a que faz pertinência a Portaria GM/MS nº. 6.464, de 30 de dezembro de 2024, será transferido ao CONVENIENTE apenas quando e após a realização do correspondente repasse de pertinentes recursos por parte do Ministério da Saúde ao Fundo Municipal de Saúde da Prefeitura de Fortaleza.

CLÁUSULA QUARTA – DO PLANO OPERATIVO

4.1. Diante da necessidade de adequação do Plano Operativo vigente, a execução do objeto do Convênio nº. 010/2024 seguirá conforme a disciplina disposta no detalhamento existente no novo Plano Operativo acostado aos autos do Processo Administrativo epigrafado, que integra o presente instrumento de aditamento, com seus ANEXOS, independente de sua transcrição para todos os fins.



CLÁUSULA QUINTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

5.1. Os recursos financeiros deste instrumento obedecerão à seguinte rubrica orçamentária:

- 25901.10.302.0123.2540.0002.335039.0.150010020000 da Contratualização de Ações e Serviços de Saúde – Rede Pública Federal, Estadual e Complementar.
- 25901.10.302.0123.2540.0002.335039.0.160000000000 da Contratualização de Ações e Serviços de Saúde – Rede Pública Federal, Estadual e Complementar;
- 25901.10.302.0123.2540.0002.335039.0.162100000000 da Contratualização de Ações e Serviços de Saúde – Rede Pública Federal, Estadual e Complementar

CLÁUSULA SEXTA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA

6.1. Permanece inalterado o prazo de vigência previsto para o presente instrumento de convênio ora aditivado, cuja previsão de encerramento está estabelecida para a data de **04 de junho de 2025**.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA RATIFICAÇÃO

7.1. Todas as demais Cláusulas não especificamente modificadas pelas alterações decorrentes deste Termo Aditivo permanecem em vigor e obrigando as partes, conforme originalmente pactuadas.

E por assim terem justo e acordado, ambas partes firmam o presente Termo, que depois de lido e achado conforme, subscrevem-no para que produza seus efeitos jurídicos e legais.

Fortaleza/CE, *data da assinatura digital*.



Contents



PLANO OPERATIVO

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO - HOSPITAL CURA D'ARS

1º TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO Nº 010/2024

Este Plano Operativo faz parte do 1º Termo Aditivo ao novo Convênio nº 010/2024 firmado entre a **Sociedade Beneficente São Camilo - HOSPITAL CURA D'ARS** e esta **Secretaria**, para replanejamento dos procedimentos de exames laboratoriais para adequá-los a necessidade da população; para inclusão de procedimentos de quimioterapia que não estava previsto no Plano; para a inclusão do incentivo destinado ao Hospital no valor de R\$ 430.586,36, previsto na Portaria nº 6.464/2024; para atualização dos valores dos procedimentos dos Transplantes conforme incremento previsto na Portaria nº 766/2023; e para inclusão dos valores e orientações referentes à implantação da Rede Alyne (Portaria nº 5.350/2024, Portaria nº 5.349/2024, Portaria nº 6.220/2024 e NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 220/2024-DGCI/SAPS/MS DAHU/SAES/MS).

1. Identificação da Instituição
 2. Caracterização da Instituição
 3. Capacidade Instalada
 4. Recursos Humanos
 5. Urgência e Emergência
 6. Assistência Ambulatorial
 7. Assistência Hospitalar
 8. Programação Orçamentária
 9. Consolidado
 10. Recurso Financeiro do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde (Portaria GM/MS Nº 6.464, de 30 de dezembro de 2024)
 11. Programa mais acesso a especialistas - PMAE – FAEC – gerenciamento anual
 12. Consolidado Incentivo
 13. Critérios e compromissos para o repasse quanto aos incentivos
 14. Compromissos Gerais
- Anexo I – Cronograma de Desembolso

1. IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Razão Social: Sociedade Beneficente São Camilo – HOSPITAL CURA D'ARS			
CNES: 2611686		CNPJ: 60.975.737/0035-09	
Endereço: Rua Costa Barros, 833 - Centro			
Cidade: Fortaleza	UF: CE	CEP: 60.160-280	DDD/Telefone: (85) 3464-7000
Responsável Legal: Justino Scatolin			CPF: 170.252.499-04
Cargo: Superintendente Corporativo			Função: Administração
Endereço: Av. Pompéia, 888, Bairro Vila Pompéia – São Paulo/SP			CEP: 60.022-000

Fonte: CNES 2611686, consulta em 17/03/2025 - HOSPITAL CURA D'ARS.

2. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Tipo de Estabelecimento: ☒ Geral ☐ Especializado	Porte Hospitalar: ☐ Pequeno (< 200 leitos) ☒ Médio (200-399 leitos) ☐ Grande (> 400 leitos)
Tipo de Atendimento: ☒ SADT ☒ Ambulatorial ☒ Hospitalar	Gestor do SUS signatário: ☐ Estadual ☒ Municipal
Nível de Atenção: ☒ Alta Complexidade ☒ Média Complexidade Serviço de Urgência e Emergência: Urgência: ☒ Sim ☐ Não Profissionais: Nº Médicos = 321 Nº Outros Profissionais de Nível Superior = 206 Nº de Profissionais de Nível Médio = 595	

Fonte: CNES 2611686, consulta em 17/03/2025 - HOSPITAL CURA D'ARÇ.

3. CAPACIDADE INSTALADA Os quadros abaixo devem ser preenchidos conforme o que consta no CNES e as atualizações ocorridas.

3.1.1. Leitos Clínicos

LEITOS	EXISTENTE	SUS
Leitos Clínicos	77	03
TOTAL	77	03

Fonte: CNES 2611686, consulta em 17/03/2025 - HOSPITAL CURA D'ARÇ.

3.1.2. Leitos Cirúrgicos

LEITOS	EXISTENTE	SUS
Leitos Cirúrgicos	56	28
TOTAL	56	28

Fonte: CNES 2611686, consulta em 17/03/2025 - HOSPITAL CURA D'ARÇ.

3.1.3. Leitos Obstétricos

LEITOS	EXISTENTE	SUS
Leitos Obstétricos	28	17
TOTAL	28	17

Fonte: CNES 2611686, consulta em 17/03/2025 - HOSPITAL CURA D'ARÇ.

3.1.4. Outros Leitos

LEITOS	EXISTENTE	SUS
Leitos Psiquiátricos	02	01
TOTAL	02	01

Fonte: CNES 2611686, consulta em 17/03/2025 - HOSPITAL CURA D'ARÇ.

3.1.5. Leitos Pediátricos

LEITOS	EXISTENTE	SUS
Leitos Pediátricos	02	02
TOTAL	02	02

Fonte: CNES 2611686, consulta em 17/03/2025 - HOSPITAL CURA D'ARÇ.

3.1.6. Leitos de UTI

LEITOS COMPLEMENTARES	EXISTENTE	SUS
Leitos de UTI Adulto	40	06
Leitos de UTI Neonatal	10	10
Leitos UCINCa	04	04
Leitos UCINCo	08	08
TOTAL	62	28

Fonte: CNES 2611686, consulta em 17/03/2025 - HOSPITAL CURA D'ARS.

3.1.7 – Capacidade física instalada – Urgência/Emergência

CENTRO CIRÚRGICO	EXISTENTE
Consultórios Médicos	06
Sala de Curativo	01
Sala de Gesso	01
Sala de Higienização	01
Sala de Pequena Cirurgia	01
Salas de Repouso	03
Sala de Atendimento a Paciente crítico	01
TOTAL	14

Fonte: CNES 2611686, consulta em 17/03/2025 - HOSPITAL CURA D'ARS.

3.1.8 – Capacidade física instalada – Ambulatorial

CENTRO CIRÚRGICO	EXISTENTE
Sala de Cirurgia ambulatorial	01
Sala de Curativo	01
Sala de Enfermagem (Serviços)	01
Sala de Imunização	01
TOTAL	04

Fonte: CNES 2611686, consulta em 17/03/2025 - HOSPITAL CURA D'ARS.

3.1.9 – Capacidade física instalada - Hospitalar – Centro Cirúrgico

Área de atuação	QUANTIDADE
Sala de Cirurgia	12
Sala de Recuperação	01
TOTAL	13

Fonte: CNES 2611686, consulta em 17/03/2025 - HOSPITAL CURA D'ARS.

3.1.10 – Capacidade física instalada - Hospitalar – Centro Obstétrico

Área de atuação	QUANTIDADE
Sala de Curetagem	01
Sala de Parto Normal	01
Sala de Cirurgia	02
TOTAL	04

Fonte: CNES 2611686, consulta em 17/03/2025 - HOSPITAL CURA D'ARS.

3.2 – Equipamentos com finalidade diagnóstica e terapêutica

3.2.1 – Equipamentos de diagnóstico por imagem

EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
Mamógrafo computadorizado	01
Tomógrafo Computadorizado	02
Raio X de 100 a 500 mA	04
Raio X para Hemodinâmica	01
Ressonância Magnética	01
Ultrassom Ecógrafo	01
Ultrassom Convencional	01
Ultrassom Doppler Colorido	01
TOTAL	12

Fonte: CNES 2611686, consulta em 17/03/2025 - HOSPITAL CURA D'ARS.

3.2.2 – Equipamentos de Infra-Estrutura

Equipamento	Quantidade
Grupo Gerador	03
Ar condicionado	01

Refrigerador	02
TOTAL	06

Fonte: CNES 2611686, consulta em 17/03/2025 - HOSPITAL CURA D'ARÇ.

3.2.3 – Equipamentos por Métodos Ópticos

Equipamento	Quantidade
Endoscópio Digestivo	01
Endoscópio das Vias Urinárias	02
Endoscópio das Vias Respiratórias	03
Laparoscópio/vídeo	06
Microscópio Cirúrgico	02
TOTAL	14

Fonte: CNES 2611686, consulta em 17/03/2025 - HOSPITAL CURA D'ARÇ.

3.2.4 – Equipamentos por Métodos Gráficos

Equipamento	Quantidade
Eletrocardiografo	20
TOTAL	20

Fonte: CNES 2611686, consulta em 17/03/2025 - HOSPITAL CURA D'ARÇ.

3.2.5 – Equipamentos para manutenção da vida

EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
Berço Aquecido	15
Bilirrubinometro	01
Bomba de infusão	205
Bomba/Balão Intraaórtico	01
Desfibrilador	28
Equipamento de Fototerapia	13
Incubadora	18
Marcapasso Temporário	06
Monitor cardíaco	101
Monitor de pressão invasivo	65
Monitor de pressão não invasivo	101
Respirador/ventilador pulmonar	62
TOTAL	616

Fonte: CNES 2611686, consulta em 17/03/2025 - HOSPITAL CURA D'ARÇ.

4. RECURSOS HUMANOS Identificar a quantidade de profissionais por tipo de vínculo, conforme exemplo abaixo:

4.1. Vínculo Empregatício

VÍNCULO	QUANTITATIVO
CLT	788
Outros (especificar)	334
TOTAL	1.122

Fonte: CNES 2611686, consulta em 17/03/2025 - HOSPITAL CURA D'ARÇ.

4.2. Profissionais Médicos

PROFISSIONAIS MÉDICOS	QUANTIDADE	CARGA HORÁRIA (SEMANAL)
Ginecologista/Obstetra	19	154 h
Anestesiologista	28	323 h
Alergologista	01	2 h
Pediatra	13	214 h
Clinico	06	99 h
Nefrologista	11	64 h
Angiologista	01	12 h
Cardiologista	07	66 h
Oncologista Clínico	16	153 h
Cirurgião do Aparelho Digestivo	05	32 h
Cirurgião Cardiovascular	08	62 h
Cirurgião de Cabeça e Pescoço	13	86 h
Cirurgião Geral	68	444 h

Cirurgião Pediátrico	03	32 h
Cirurgião Plástico	03	14 h
Cirurgião Torácico	03	30 h
Cirurgião Vascular	01	24 h
Gastroenterologista	02	14 h
Anatomopatologista	01	12 h
Generalista	01	44 h
Hematologista	05	38 h
Hemoterapeuta	01	8 h
Intensivista	06	120 h
Mastologista	09	43 h
Neurocirurgião	02	16 h
Nutrologista	03	20 h
Ortopedista	13	169 h
Otorrinolaringologista	02	13 h
Oftalmologista	01	02 h
Coloproctologista	02	11 h
Urologista	27	204 h
Cancerologista Cirúrgico	32	225 h
Cancerologista Pediátrico	01	3 h
Endoscopia	01	10 h
Radiologista	03	60 h
Radioterapeuta	03	86 h
TOTAL	321	2.909 h

Fonte: CNES 2611686, consulta em 17/03/2025 - HOSPITAL CURA D'ARÇ.

4.3. Profissionais Não Médicos

OUTROS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR	QUANTIDADE	CARGA HORÁRIA (SEMANAL)
Assistente Social	03	90 h
Enfermeiro	128	5.488 h
Farmacêutico	13	564 h
Nutricionista	05	220 h
Fisioterapeuta	44	1.298 h
Cirurgião Dentista	06	46 h
Fonoaudiólogo	05	164 h
Psicólogo	02	60 h
TOTAL	206	7.930

Fonte: CNES 2611686, consulta em 17/03/2025 - HOSPITAL CURA D'ARÇ.

4.4. Profissionais Nível Médio

OUTROS PROFISSIONAIS DE NÍVEL MÉDIO	QUANTIDADE	CARGA HORÁRIA (SEMANAL)
Auxiliar de Enfermagem	10	440 h
Técnico de Enfermagem	488	21.428 h
Técnico em Acupuntura	01	44 h
Atendente de Enfermagem	15	660 h
Técnico em Patologia	01	20 h
Técnico de Imobilização Ortopédica	03	132 h
Técnico em Radiologia e Imagenologia	09	232 h
Dosimetrista Clínico	01	30 h
Auxiliar de Farmácia de Manipulação	05	220 h
Atendente de Farmácia Balconista	55	2.420 h
Técnico em Manutenção de Equipamentos e Instrumentos Médico-hospitalares	07	308 h
TOTAL	595	25.934 h

Fonte: CNES 2611686, consulta em 17/03/2025 - HOSPITAL CURA D'ARÇ.

5. URGÊNCIA EMERGÊNCIA – MAC: Garantia de assistência 24 horas/dia, tanto a nível ambulatorial como hospitalar

– 1ª a 12ª Parcelas

FORMA DE ORGANIZAÇÃO	PROCEDIMENTO	NOME PROCEDIMENTO	Meta Física Mensal	Valor SIGTAP	Valor Mensal	Valor 12 Meses
03.01.06	03.01.06.002-9	ATENDIMENTO DE URGÊNCIA C/ OBSERVAÇÃO ATÉ 24 HORAS EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	200	R\$ 12,47	R\$ 2.494,00	R\$ 29.928,00
	03.01.06.009-6	ATENDIMENTO MÉDICO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO	400	R\$ 11,00	R\$ 4.400,00	R\$ 52.800,00
TOTAL			600	-	R\$ 6.894,00	R\$ 82.728,00

6. ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL: Detalhamento dos Serviços

6.1. Consultas Especializadas – MAC (por tipo/especialidade médica)

– 1ª a 12ª Parcelas

FORMA DE ORGANIZAÇÃO	PROCEDIMENTO	NOME PROCEDIMENTO	CBO	Meta Física Mensal	Valor SIGTAP	Valor Mensal	Valor 12 Meses
03.01.01	03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	225121 – Médico Oncologista Clínico	200	R\$ 10,00	R\$ 2.000,00	R\$ 24.000,00
			225151 - Médico Anestesiologista	10	R\$ 10,00	R\$ 100,00	R\$ 1.200,00
			225165 – Médico Gastroenterologista	20	R\$ 10,00	R\$ 200,00	R\$ 2.400,00
			225215 – Médico Cirurgião de Cabeça e Pescoço	35	R\$ 10,00	R\$ 350,00	R\$ 4.200,00
			225220 – Médico Cirurgião do Aparelho Digestivo	20	R\$ 10,00	R\$ 200,00	R\$ 2.400,00
			225255 – Médico Mastologista	30	R\$ 10,00	R\$ 300,00	R\$ 3.600,00
			225270 – Médico Ortopedista - Traumatologista	05	R\$ 10,00	R\$ 50,00	R\$ 600,00
			225280 – Médico Coloproctologista	05	R\$ 10,00	R\$ 50,00	R\$ 600,00
			225285 – Médico Urologista	25	R\$ 10,00	R\$ 250,00	R\$ 3.000,00
			225290 – Médico Cancerologista Cirúrgico	50	R\$ 10,00	R\$ 500,00	R\$ 6.000,00
TOTAL				400	-	R\$ 4.000,00	R\$ 48.000,00

*Estas consultas deverão ser disponibilizadas mensalmente pela Central de Regulação do Município de Fortaleza

6.2. Serviços e Terapia - SADT – Exames Laboratório

– 1ª a 10ª Parcelas

FORMA DE ORGANIZAÇÃO	PROCEDIMENTO	NOME PROCEDIMENTO	Meta Física Mensal	Valor Tabela SIGTAP	Valor Mensal	Valor Anual
02.01.01	02.01.01.002-0	BIÓPSIA / PUNÇÃO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE	1	R\$ 14,10	R\$ 14,10	R\$ 141,10
	02.01.01.004-6	BIÓPSIA DE ANUS E CANAL ANAL	1	R\$ 18,46	R\$ 18,46	R\$ 184,60
	02.01.01.006-2	BIÓPSIA DE BEXIGA	1	R\$ 41,68	R\$ 41,68	R\$ 416,80
	02.01.01.009-7	BIÓPSIA DE CONJUNTIVA	1	R\$ 31,10	R\$ 31,10	R\$ 311,00
	02.01.01.019-4	BIÓPSIA DE FARINGE/LARINGE	1	R\$ 19,06	R\$ 19,06	R\$ 190,60
	02.01.01.021-6	BIÓPSIA DE FÍGADO POR PUNÇÃO	1	R\$ 71,15	R\$ 71,15	R\$ 711,50
	02.01.01.026-7	BIÓPSIA DE LESÃO DE [REDACTED] (POR AGULHA / CEU ABERTO)	1	R\$ 114,36	R\$ 114,36	R\$ 1.143,60
	02.01.01.027-5	BIÓPSIA DE MEDULA ÓSSEA	1	R\$ 200,00	R\$ 200,00	R\$ 2.000,00
	02.01.01.030-5	BIÓPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DA CINTURA ESCAPULAR (POR AGULHA / CEU ABERTO)	1	R\$ 182,75	R\$ 182,75	R\$ 1.827,50
	02.01.01.031-3	BIÓPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DA CINTURA PÉLVICA (POR AGULHA / CEU ABERTO)	1	R\$ 183,39	R\$ 183,39	R\$ 1.833,90
	02.01.01.032-1	BIÓPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DE MEMBRO INFERIOR [REDACTED] ABERTO)	1	R\$ 188,78	R\$ 188,78	R\$ 1.887,80
	02.01.01.033-0	BIÓPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DE MEMBRO SUPERIOR (POR AGULHA / CEU ABERTO)	1	R\$ 188,26	R\$ 188,26	R\$ 1.882,60
	02.01.01.035-6	BIÓPSIA DE PALPEBRA	1	R\$ 18,33	R\$ 18,33	R\$ 183,30
	02.01.01.037-2	BIÓPSIA DE PELE E PARTES MOLES	1	R\$ 25,83	R\$ 25,83	R\$ 258,30
	02.01.01.038-0	BIÓPSIA DE PENIS	1	R\$ 18,33	R\$ 18,33	R\$ 183,30
	02.01.01.039-9	BIÓPSIA DE PIRÂMIDE NASAL	1	R\$ 18,33	R\$ 18,33	R\$ 183,30
	02.01.01.041-0	BIÓPSIA DE PRÓSTATA VIA TRANSRETAL	1	R\$ 202,81	R\$ 202,81	R\$ 2.028,10
	02.01.01.046-1	BIÓPSIA DE TESTÍCULO	1	R\$ 46,19	R\$ 46,19	R\$ 461,90
	02.01.01.047-0	BIÓPSIA DE TIREÓIDE OU PARATIREÓIDE - PAAF	1	R\$ 23,73	R\$ 23,73	R\$ 237,30
	02.01.01.050-0	BIÓPSIA/PUNÇÃO DE VAGINA	1	R\$ 18,33	R\$ 18,33	R\$ 183,30
	02.01.01.051-8	BIÓPSIA/PUNÇÃO DE VULVA	1	R\$ 18,33	R\$ 18,33	R\$ 183,30

	02.01.01.052-6	BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA	1	R\$ 21,56	R\$ 21,56	R\$ 215,60
	02.01.01.054-2	BIÓPSIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA / ULTRASSONOGRAFIA / RESSONÂNCIA MAGNÉTICA / RAIO X	1	R\$ 97,00	R\$ 97,00	R\$ 970,00
	02.01.01.056-9	BIÓPSIA/EXERESE DE NÓDULO DE MAMA	3	R\$ 70,00	R\$ 210,00	R\$ 2.100,00
	02.01.01.058-5	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA	1	R\$ 66,48	R\$ 66,48	R\$ 664,80
	02.01.01.060-7	PUNÇÃO DE MAMA POR AGULHA GROSSA	2	R\$ 140,00	R\$ 280,00	R\$ 2.800,00
	02.01.01.063-1	PUNÇÃO LOMBAR	1	R\$ 7,04	R\$ 7,04	R\$ 70,40
	02.01.01.064-0	PUNÇÃO P/ ESVAZIAMENTO	1	R\$ 13,25	R\$ 13,25	R\$ 132,50
	02.01.01.066-6	BIÓPSIA DO COLO UTERINO	1	R\$ 18,33	R\$ 18,33	R\$ 183,30
SUBTOTAL			32		R\$ 2.356,96	R\$ 23.569,60
02.02.01	02.02.01.012-0	DOSAGEM DE ACIDO URICO	05	R\$ 1,85	R\$ 9,25	R\$ 92,50
	02.02.01.018-0	DOSAGEM DE AMILASE	05	R\$ 2,25	R\$ 11,25	R\$ 112,50
	02.02.01.020-1	DOSAGEM DE BILIRUBINA TOTAL E FRACÕES	50	R\$ 2,01	R\$ 100,50	R\$ 1.005,00
	02.02.01.021-0	DOSAGEM DE CALCIO	20	R\$ 1,85	R\$ 37,00	R\$ 370,00
	02.02.01.022-8	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	40	R\$ 3,51	R\$ 140,40	R\$ 1.404,00
	02.02.01.027-9	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	05	R\$ 3,51	R\$ 17,55	R\$ 175,50
	02.02.01.028-7	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	01	R\$ 3,51	R\$ 3,51	R\$ 35,10
	02.02.01.029-5	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	01	R\$ 1,85	R\$ 1,85	R\$ 18,50
	02.02.01.031-7	DOSAGEM DE CREATININA	100	R\$ 1,85	R\$ 185,00	R\$ 1.850,00
	02.02.01.036-8	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA	01	R\$ 3,68	R\$ 3,68	R\$ 36,80
	02.02.01.042-2	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	10	R\$ 2,01	R\$ 20,10	R\$ 201,00
	02.02.01.046-5	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA-GT)	05	R\$ 3,51	R\$ 17,55	R\$ 175,50
	02.02.01.047-3	DOSAGEM DE GLICOSE	20	R\$ 1,85	R\$ 37,00	R\$ 370,00
	02.02.01.053-8	DOSAGEM DE LACTATO	01	R\$ 3,68	R\$ 3,68	R\$ 36,80
	02.02.01.055-4	DOSAGEM DE LIPASE	05	R\$ 2,25	R\$ 11,25	R\$ 112,50
	02.02.01.060-0	DOSAGEM DE POTASSIO	80	R\$ 1,85	R\$ 148,00	R\$ 1.480,00
	02.02.01.062-7	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACÕES	05	R\$ 1,85	R\$ 9,25	R\$ 92,50
	02.02.01.063-5	DOSAGEM DE SÓDIO	80	R\$ 1,85	R\$ 148,00	R\$ 1.480,00
	02.02.01.064-3	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO- OXALACETICA (TGO)	65	R\$ 2,01	R\$ 130,65	R\$ 1.306,50
	02.02.01.065-1	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	65	R\$ 2,01	R\$ 130,65	R\$ 1.306,50
	02.02.01.067-8	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	05	R\$ 3,51	R\$ 17,55	R\$ 175,50
	02.02.01.069-4	DOSAGEM DE UREIA	100	R\$ 1,85	R\$ 185,00	R\$ 1.850,00
	02.02.01.073-2	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)	05	R\$ 15,65	R\$ 78,25	R\$ 782,50
SUBTOTAL			674	-	R\$ 1.446,92	R\$ 14.469,20
02.02.02	02.02.02.013-4	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	01	R\$ 5,77	R\$ 5,77	R\$ 57,70
	02.02.02.014-2	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	40	R\$ 2,73	R\$ 109,20	R\$ 1.092,00
	02.02.02.015-0	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTAÇÃO (VHS)	02	R\$ 2,73	R\$ 5,46	R\$ 54,60
	02.02.02.030-4	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	04	R\$ 1,53	R\$ 6,12	R\$ 61,20
	02.02.02.038-0	HEMOGRAMA COMPLETO	200	R\$ 4,11	R\$ 822,00	R\$ 8.220,00
	02.02.02.054-1	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	50	R\$ 2,73	R\$ 136,50	R\$ 1.365,00
SUBTOTAL			297	-	R\$ 1.085,05	R\$ 10.850,50
02.02.03	02.02.03.008-3	DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	150	R\$ 9,25	R\$ 1.387,50	R\$ 13.875,00
	02.02.03.010-5	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	10	R\$ 16,42	R\$ 164,20	R\$ 1.642,00
	02.02.03.111-0	TESTE NÃO TREPONÊMICO P/ DETECÇÃO DE SÍFILIS	07	R\$ 2,83	R\$ 19,81	R\$ 198,10
	02.02.03.117-9	TESTE NÃO TREPONÊMICO P/ DETECÇÃO DE SÍFILIS EM GESTANTES	10	R\$ 2,83	R\$ 28,30	R\$ 283,00
SUBTOTAL			177	-	R\$ 1.599,81	R\$ 15.999,10
02.02.05	02.02.05.001-7	ANÁLISE DE CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	07	R\$ 3,70	R\$ 25,90	R\$ 259,00
SUBTOTAL			07	-	R\$ 25,90	R\$ 259,00
02.02.06	02.02.06.021-7	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	01	R\$ 7,85	R\$ 7,85	R\$ 78,50
	02.02.06.025-0	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	01	R\$ 8,96	R\$ 8,96	R\$ 89,60
	02.02.06.038-1	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	01	R\$ 11,60	R\$ 11,60	R\$ 116,00
SUBTOTAL			03	-	R\$ 28,41	R\$ 284,10
02.02.08	02.02.08.003-0	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	15	R\$ 13,33	R\$ 199,95	R\$ 1.999,50
	02.02.08.008-0	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICAÇÃO	1	R\$ 5,62	R\$ 5,62	R\$ 56,20
SUBTOTAL			16	-	R\$ 205,57	R\$ 2.055,70

02.02.12	02.02.12.002-3	DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	100	R\$ 1,37	R\$ 137,00	R\$ 1.370,00
	02.02.12.008-2	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	99	R\$ 1,37	R\$ 135,63	R\$ 1.356,30
SUBTOTAL			199	-	R\$ 272,63	R\$ 2.726,30
02.03.01	02.03.01.001-9	EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA	1	R\$ 13,72	R\$ 13,72	R\$ 137,20
	02.03.01.003-5	EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CERVICO-VAGINAL E DE MAMA)	1	R\$ 20,96	R\$ 20,96	R\$ 209,60
	02.03.01.004-3	EXAME CITOPATOLOGICO DE MAMA	1	R\$ 35,34	R\$ 35,34	R\$ 353,40
SUBTOTAL			03	-	R\$ 70,02	R\$ 700,20
02.03.02	02.03.02.001-4	DETERMINAÇÃO DE RECEPTORES TUMORAIS HORMONAIS	5	R\$ 93,70	R\$ 468,50	R\$ 4.685,00
	02.03.02.003-0	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRURGICA OU POR BIOPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA)	20	R\$ 40,78	R\$ 815,60	R\$ 8.156,00
	02.03.02.004-9	IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	20	R\$ 131,52	R\$ 2.630,40	R\$ 26.304,00
	02.03.02.006-5	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - BIOPSIA	2	R\$ 45,83	R\$ 91,66	R\$ 916,60
	02.03.02.007-3	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - PEÇA CIRURGICA	1	R\$ 61,77	R\$ 61,77	R\$ 617,70
	02.03.02.008-1	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO DO COLO UTERINO - BIOPSIA	2	R\$ 40,78	R\$ 81,56	R\$ 815,60
SUBTOTAL			50	-	R\$ 4.149,49	R\$ 41.494,90
02.14.01	02.14.01.004-0	TESTE RAPIDO PARA DETECÇÃO DE HIV NA GESTANTE OU PAI/PARCEIRO	200	R\$ 1,00	R\$ 200,00	R\$ 2.000,00
	02.14.01.007-4	TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS	201	R\$ 1,00	R\$ 201,00	R\$ 2.010,00
SUBTOTAL			401	-	R\$ 401,00	R\$ 4.010,00
TOTAL			1.859	-	R\$ 11.641,76	R\$ 116.417,60

- 11ª e 12ª Parcelas

FORMA DE ORGANIZAÇÃO	PROCEDIMENTO	NOME PROCEDIMENTO	Meta Física Mensal	Valor Tabela SIGTAP	Valor Mensal	Valor 02 Meses
02.01.01	02.01.01.002-0	BIOPSIA / PUNÇÃO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE	1	R\$ 14,10	R\$ 14,10	R\$ 28,20
	02.01.01.004-6	BIOPSIA DE ANUS E CANAL ANAL	1	R\$ 18,46	R\$ 18,46	R\$ 36,92
	02.01.01.006-2	BIOPSIA DE BEXIGA	1	R\$ 41,68	R\$ 41,68	R\$ 83,36
	02.01.01.009-7	BIOPSIA DE CONJUNTIVA	1	R\$ 31,10	R\$ 31,10	R\$ 62,20
	02.01.01.019-4	BIOPSIA DE FARINGE/LARINGE	1	R\$ 19,06	R\$ 19,06	R\$ 38,12
	02.01.01.021-6	BIOPSIA DE FIGADO POR PUNÇÃO	1	R\$ 71,15	R\$ 71,15	R\$ 142,30
	02.01.01.026-7	BIOPSIA DE LESÃO DE PARTES MOLES (POR AGULHA / CEU ABERTO)	1	R\$ 114,36	R\$ 114,36	R\$ 228,72
	02.01.01.027-5	BIOPSIA DE MEDULA OSSEA	1	R\$ 200,00	R\$ 200,00	R\$ 400,00
	02.01.01.030-5	BIOPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DA CINTURA ESCAPULAR (POR AGULHA / CEU ABERTO)	1	R\$ 182,75	R\$ 182,75	R\$ 365,50
	02.01.01.031-3	BIOPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DA CINTURA PELVICA (POR AGULHA / CEU ABERTO)	1	R\$ 183,39	R\$ 183,39	R\$ 366,78
	02.01.01.032-1	BIOPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DE MEMBRO INFERIOR (POR AGULHA / CEU ABERTO)	1	R\$ 188,78	R\$ 188,78	R\$ 377,56
	02.01.01.033-0	BIOPSIA DE OSSO / CARTILAGEM DE MEMBRO SUPERIOR (POR AGULHA / CEU ABERTO)	1	R\$ 188,26	R\$ 188,26	R\$ 376,52
	02.01.01.035-6	BIOPSIA DE PALPEBRA	1	R\$ 18,33	R\$ 18,33	R\$ 36,66
	02.01.01.037-2	BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES	1	R\$ 25,83	R\$ 25,83	R\$ 51,66
	02.01.01.038-0	BIOPSIA DE PENIS	1	R\$ 18,33	R\$ 18,33	R\$ 36,66
	02.01.01.039-9	BIOPSIA DE PIRAMIDE NASAL	1	R\$ 18,33	R\$ 18,33	R\$ 36,66
	02.01.01.041-0	BIÓPSIA DE PRÓSTATA VIA TRANSRETAL	1	R\$ 202,81	R\$ 202,81	R\$ 405,62
	02.01.01.046-1	BIOPSIA DE TESTICULO	1	R\$ 46,19	R\$ 46,19	R\$ 92,38
	02.01.01.047-0	BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE - PAAF	1	R\$ 23,73	R\$ 23,73	R\$ 47,46
	02.01.01.050-0	BIOPSIA/PUNÇÃO DE VAGINA	1	R\$ 18,33	R\$ 18,33	R\$ 36,66
	02.01.01.051-8	BIOPSIA/PUNÇÃO DE VULVA	1	R\$ 18,33	R\$ 18,33	R\$ 36,66
	02.01.01.052-6	BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA	1	R\$ 21,56	R\$ 21,56	R\$ 43,12
	02.01.01.054-2	BIOPSIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA / ULTRASSONOGRAFIA / RESSONÂNCIA MAGNÉTICA / RAIO X	1	R\$ 97,00	R\$ 97,00	R\$ 194,00
	02.01.01.056-9	BIOPSIA/EXERESE DE NÓDULO DE MAMA	3	R\$ 70,00	R\$ 210,00	R\$ 420,00
	02.01.01.058-5	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA	1	R\$ 66,48	R\$ 66,48	R\$ 132,96
	02.01.01.060-7	PUNÇÃO DE MAMA POR AGULHA GROSSA	2	R\$ 140,00	R\$ 280,00	R\$ 560,00
	02.01.01.063-1	PUNÇÃO LOMBAR	1	R\$ 7,04	R\$ 7,04	R\$ 14,08
	02.01.01.064-0	PUNÇÃO P/ ESVAZIAMENTO	1	R\$ 13,25	R\$ 13,25	R\$ 26,50

	02.01.01.066-6	BIOPSIA DO COLO UTERINO	1	R\$ 18,33	R\$ 18,33	R\$ 36,66
SUBTOTAL			32		R\$ 2.356,96	R\$ 4.713,92
02.02.01	02.02.01.012-0	DOSAGEM DE ACIDO URICO	05	R\$ 1,85	R\$ 9,25	R\$ 18,50
	02.02.01.018-0	DOSAGEM DE AMILASE	05	R\$ 2,25	R\$ 11,25	R\$ 22,50
	02.02.01.020-1	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	125	R\$ 2,01	R\$ 251,25	R\$ 502,50
	02.02.01.021-0	DOSAGEM DE CALCIO	20	R\$ 1,85	R\$ 37,00	R\$ 74,00
	02.02.01.022-8	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	40	R\$ 3,51	R\$ 140,40	R\$ 280,80
	02.02.01.027-9	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	05	R\$ 3,51	R\$ 17,55	R\$ 35,10
	02.02.01.028-7	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	01	R\$ 3,51	R\$ 3,51	R\$ 7,02
	02.02.01.029-5	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	01	R\$ 1,85	R\$ 1,85	R\$ 3,70
	02.02.01.031-7	DOSAGEM DE CREATININA	210	R\$ 1,85	R\$ 388,50	R\$ 777,00
	02.02.01.036-8	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA	01	R\$ 3,68	R\$ 3,68	R\$ 7,36
	02.02.01.042-2	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	10	R\$ 2,01	R\$ 20,10	R\$ 40,20
	02.02.01.046-5	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	05	R\$ 3,51	R\$ 17,55	R\$ 35,10
	02.02.01.047-3	DOSAGEM DE GLICOSE	20	R\$ 1,85	R\$ 37,00	R\$ 74,00
	02.02.01.053-8	DOSAGEM DE LACTATO	01	R\$ 3,68	R\$ 3,68	R\$ 7,36
	02.02.01.055-4	DOSAGEM DE LIPASE	05	R\$ 2,25	R\$ 11,25	R\$ 22,50
	02.02.01.060-0	DOSAGEM DE POTASSIO	80	R\$ 1,85	R\$ 148,00	R\$ 296,00
	02.02.01.062-7	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	05	R\$ 1,85	R\$ 9,25	R\$ 18,50
	02.02.01.063-5	DOSAGEM DE SÓDIO	80	R\$ 1,85	R\$ 148,00	R\$ 296,00
	02.02.01.064-3	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO- OXALACETICA (TGO)	190	R\$ 2,01	R\$ 381,90	R\$ 763,80
	02.02.01.065-1	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	190	R\$ 2,01	R\$ 381,90	R\$ 763,80
	02.02.01.067-8	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	05	R\$ 3,51	R\$ 17,55	R\$ 35,10
	02.02.01.069-4	DOSAGEM DE UREIA	100	R\$ 1,85	R\$ 185,00	R\$ 370,00
	02.02.01.073-2	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)	05	R\$ 15,65	R\$ 78,25	R\$ 156,50
SUBTOTAL			1.109	-	R\$ 2.303,67	R\$ 4.607,34
02.02.02	02.02.02.013-4	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	01	R\$ 5,77	R\$ 5,77	R\$ 11,54
	02.02.02.014-2	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	40	R\$ 2,73	R\$ 109,20	R\$ 218,40
	02.02.02.015-0	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSEDIMENTAÇÃO (VHS)	02	R\$ 2,73	R\$ 5,46	R\$ 10,92
	02.02.02.030-4	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	04	R\$ 1,53	R\$ 6,12	R\$ 12,24
	02.02.02.038-0	HEMOGRAMA COMPLETO	222	R\$ 4,11	R\$ 912,42	R\$ 1.824,84
	02.02.02.054-1	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	50	R\$ 2,73	R\$ 136,50	R\$ 273,00
SUBTOTAL			319	-	R\$ 1.175,47	R\$ 2.350,94
02.02.03	02.02.03.008-3	DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	150	R\$ 9,25	R\$ 1.387,50	R\$ 2.775,00
	02.02.03.010-5	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	15	R\$ 16,42	R\$ 246,30	R\$ 492,60
	02.02.03.111-0	TESTE NÃO TREPONÊMICO P/ DETECÇÃO DE SÍFILIS	07	R\$ 2,83	R\$ 19,81	R\$ 39,62
	02.02.03.117-9	TESTE NÃO TREPONÊMICO P/ DETECÇÃO DE SÍFILIS EM GESTANTES	10	R\$ 2,83	R\$ 28,30	R\$ 56,60
SUBTOTAL			182	-	R\$ 1.681,91	R\$ 3.363,82
02.02.05	02.02.05.001-7	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	10	R\$ 3,70	R\$ 37,00	R\$ 74,00
SUBTOTAL			10	-	R\$ 37,00	R\$ 74,00
02.02.06	02.02.06.021-7	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	01	R\$ 7,85	R\$ 7,85	R\$ 15,70
	02.02.06.025-0	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOSTIMULANTE (TSH)	01	R\$ 8,96	R\$ 8,96	R\$ 17,92
	02.02.06.038-1	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	01	R\$ 11,60	R\$ 11,60	R\$ 23,20
SUBTOTAL			03	-	R\$ 28,41	R\$ 56,82
02.02.08	02.02.08.003-0	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	15	R\$ 13,33	R\$ 199,95	R\$ 399,90
	02.02.08.008-0	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICAÇÃO	1	R\$ 5,62	R\$ 5,62	R\$ 11,24
SUBTOTAL			16	-	R\$ 205,57	R\$ 411,14
02.02.12	02.02.12.002-3	DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	100	R\$ 1,37	R\$ 137,00	R\$ 274,00
	02.02.12.008-2	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	99	R\$ 1,37	R\$ 135,63	R\$ 271,26
SUBTOTAL			199	-	R\$ 272,63	R\$ 545,26
02.03.01	02.03.01.001-9	EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO- VAGINAL/MICROFLORA	1	R\$ 13,72	R\$ 13,72	R\$ 27,44
	02.03.01.003-5	EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CERVICO-VAGINAL E DE MAMA)	1	R\$ 20,96	R\$ 20,96	R\$ 41,92
	02.03.01.004-3	EXAME CITOPATOLOGICO DE MAMA	1	R\$ 35,34	R\$ 35,34	R\$ 70,68
SUBTOTAL			03	-	R\$ 70,02	R\$ 140,04

02.03.02	02.03.02.001-4	DETERMINAÇÃO DE RECEPTORES TUMORAIS HORMONAIS	5	R\$ 93,70	R\$ 468,50	R\$ 937,00
	02.03.02.003-0	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRÚRGICA OU POR BIÓPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA)	20	R\$ 40,78	R\$ 815,60	R\$ 1.631,20
	02.03.02.004-9	IMUNOHISTOQUÍMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	20	R\$ 131,52	R\$ 2.630,40	R\$ 5.260,80
	02.03.02.005-5	EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DE MAMA - BIÓPSIA	2	R\$ 45,83	R\$ 91,66	R\$ 183,32
	02.03.02.007-3	EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DE MAMA - PEÇA CIRÚRGICA	1	R\$ 61,77	R\$ 61,77	R\$ 123,54
	02.03.02.008-1	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO DO COLO UTERINO - BIÓPSIA	2	R\$ 40,78	R\$ 81,56	R\$ 163,12
SUBTOTAL			50	-	R\$ 4.149,49	R\$ 8.298,98
02.14.01	02.14.01.004-0	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HIV NA GESTANTE OU PAI/PARCEIRO	200	R\$ 1,00	R\$ 200,00	R\$ 400,00
	02.14.01.007-4	TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS	201	R\$ 1,00	R\$ 201,00	R\$ 402,00
SUBTOTAL			401	-	R\$ 401,00	R\$ 802,00
TOTAL			2.324	-	R\$ 12.682,13	R\$ 25.364,26

6.3. Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia - SADT – Exames de Imagem

– 1ª a 12ª Parcelas

FORMA DE ORGANIZAÇÃO	PROCEDIMENTO	NOME PROCEDIMENTO	Meta Física Mensal	Valor Tabela SIGTAP	Valor Mensal	Valor 12 Meses
02.04.03	02.04.03.017-0	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA)	60	R\$ 6,88	R\$ 412,80	R\$ 4.953,60
SUBTOTAL			60	-	R\$ 412,80	R\$ 4.953,60
02.05.02	02.05.02.003-8	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	4	R\$ 24,20	R\$ 96,80	R\$ 1.161,60
	02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	20	R\$ 37,95	R\$ 759,00	R\$ 9.108,00
	02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL	20	R\$ 24,20	R\$ 484,00	R\$ 5.808,00
	02.05.02.010-0	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	4	R\$ 24,20	R\$ 96,80	R\$ 1.161,60
	02.05.02.011-9	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	20	R\$ 24,20	R\$ 484,00	R\$ 5.808,00
	02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE	20	R\$ 24,20	R\$ 484,00	R\$ 5.808,00
	02.05.02.013-5	ULTRASSONOGRAFIA DE TÓRAX (EXTRACARDÍACA)	4	R\$ 24,20	R\$ 96,80	R\$ 1.161,60
	02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)	4	R\$ 24,20	R\$ 96,80	R\$ 1.161,60
	02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	4	R\$ 24,20	R\$ 96,80	R\$ 1.161,60
SUBTOTAL			100	-	R\$ 2.695,00	R\$ 32.340,00
02.06.01	02.06.01.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUMA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	1	R\$ 86,76	R\$ 86,76	R\$ 1.041,12
	02.06.01.002-8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUMA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	1	R\$ 101,10	R\$ 101,10	R\$ 1.213,20
	02.06.01.003-6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUMA TORÁCICA C/ OU S/ CONTRASTE	1	R\$ 86,76	R\$ 86,76	R\$ 1.041,12
	02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES	1	R\$ 86,75	R\$ 86,75	R\$ 1.041,00
	02.06.01.005-2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO	1	R\$ 86,75	R\$ 86,75	R\$ 1.041,00
	02.06.01.007-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO	1	R\$ 97,44	R\$ 97,44	R\$ 1.169,28
SUBTOTAL			6	-	R\$ 545,56	R\$ 6.546,72
02.06.02	02.06.02.001-5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR	1	R\$ 86,75	R\$ 86,75	R\$ 1.041,00
	02.06.02.002-3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)	1	R\$ 86,75	R\$ 86,75	R\$ 1.041,00
	02.06.02.003-1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX	1	R\$ 136,41	R\$ 136,41	R\$ 1.636,92
SUBTOTAL			3	-	R\$ 309,91	R\$ 3.718,92
02.06.03	02.06.03.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	1	R\$ 138,63	R\$ 138,63	R\$ 1.663,56
	02.06.03.002-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR	1	R\$ 86,75	R\$ 86,75	R\$ 1.041,00
	02.06.03.003-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PÉLVIS / BACIA / ABDOMEN INFERIOR	1	R\$ 138,63	R\$ 138,63	R\$ 1.663,56
SUBTOTAL			3	-	R\$ 364,01	R\$ 4.368,12
02.08.01	02.08.01.002-5	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE ESTRESSE (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)	1	R\$ 408,52	R\$ 408,52	R\$ 4.902,24
	02.08.01.003-3	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE REPOUSO (MÍNIMO 3	1	R\$ 383,07	R\$ 383,07	R\$ 4.596,84

		PROJEÇÕES)				
	02.08.01.007-6	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUAÇÃO DE ESFORÇO	1	R\$ 214,85	R\$ 214,85	R\$ 2.578,20
	02.08.01.008-4	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUAÇÃO DE REPOUSO (VENTRICULOGRAFIA)	1	R\$ 176,72	R\$ 176,72	R\$ 2.120,64
SUBTOTAL			4		R\$ 1.183,16	R\$ 14.197,92
02.08.02	02.08.02.001-2	CINTILOGRAFIA DE FIGADO E BACO (MÍNIMO 5 IMAGENS)	1	R\$ 133,26	R\$ 133,26	R\$ 1.599,12
	02.08.02.002-0	CINTILOGRAFIA DE FIGADO E VIAS BILIARES	1	R\$ 187,93	R\$ 187,93	R\$ 2.255,16
SUBTOTAL			2		R\$ 321,19	R\$ 3.854,28
02.08.03	02.08.03.001-8	CINTILOGRAFIA DE PARATIREÓIDES	1	R\$ 324,54	R\$ 324,54	R\$ 3.894,48
	02.08.03.002-6	CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE COM OU SEM CAPTAÇÃO	1	R\$ 77,28	R\$ 77,28	R\$ 927,36
	02.08.03.004-2	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTEIRO	1	R\$ 338,70	R\$ 338,70	R\$ 4.064,40
SUBTOTAL			3		R\$ 740,52	R\$ 8.886,24
02.08.04	02.08.04.005-6	CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)	1	R\$ 133,03	R\$ 133,03	R\$ 1.596,36
	02.08.04.010-2	ESTUDO RENAL DINÂMICO C/ OU S/ DIURÉTICO	1	R\$ 165,24	R\$ 165,24	R\$ 1.982,88
SUBTOTAL			2		R\$ 298,27	R\$ 3.579,24
02.08.05	02.08.05.003-5	CINTILOGRAFIA DE OSSOS COM OU SEM FLUXO SANGÜÍNEO (CORPO INTEIRO)	1	R\$ 190,99	R\$ 190,99	R\$ 2.291,88
SUBTOTAL			1		R\$ 190,99	R\$ 2.291,88
02.08.08	02.08.08.004-0	LINFOCINTILOGRAFIA	1	R\$ 141,33	R\$ 141,33	R\$ 1.695,96
SUBTOTAL			1		R\$ 141,33	R\$ 1.695,96
02.08.09	02.08.09.003-7	CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)	1	R\$ 289,43	R\$ 289,43	R\$ 3.473,16
SUBTOTAL			1		R\$ 289,43	R\$ 3.473,16
02.09.01	02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	20	R\$ 112,66	R\$ 2.253,20	R\$ 27.038,40
	02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODÚO-DENOSCOPIA	20	R\$ 48,16	R\$ 963,20	R\$ 11.558,40
	02.09.01.005-3	RETOSIGMOIDOSCOPIA	10	R\$ 23,13	R\$ 231,30	R\$ 2.775,60
SUBTOTAL			50		R\$ 3.447,70	R\$ 41.372,40
02.11.02	02.11.02.003-6	ELETROCARDIOGRAMA	50	R\$ 5,15	R\$ 257,50	R\$ 3.090,00
SUBTOTAL			50		R\$ 257,50	R\$ 3.090,00
02.11.04	02.11.04.006-1	TOCOCARDIOGRAFIA ANTE-PARTO	200	R\$ 1,69	R\$ 338,00	R\$ 4.056,00
SUBTOTAL			200		R\$ 338,00	R\$ 4.056,00
02.11.07	02.11.07.008-4	AValiação MIOFUNCIONAL DE SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO	15	R\$ 4,11	R\$ 61,65	R\$ 739,80
SUBTOTAL			15		R\$ 61,65	R\$ 739,80
TOTAL			501		R\$ 11.597,02	R\$ 139.164,24

6.4. Procedimentos Ambulatoriais de Oncologia – Alta Complexidade – MAC

- 1ª a 10ª Parcelas

GRUPO/ SUBGRUPO	PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	Meta Física Mensal	Valor SIGTAP	Valor Mensal	Valor 10 Meses
03.04.01	03.04.01.036-7	RADIOTERAPIA DE CABEÇA E PESCOÇO	5	R\$ 4.168,00	R\$ 20.840,00	R\$ 208.400,00
	03.04.01.037-5	RADIOTERAPIA DO APARELHO DIGESTIVO	4	R\$ 4.148,00	R\$ 16.592,00	R\$ 165.920,00
	03.04.01.038-3	RADIOTERAPIA DE TRAQUEIA, BRÔNQUIO, PULMÃO, PLEURA E MEDIASTINO	1	R\$ 3.563,00	R\$ 3.563,00	R\$ 35.630,00
	03.04.01.039-1	RADIOTERAPIA DE OSSOS / CARTILAGENS / PARTES MOLES	2	R\$ 3.118,00	R\$ 6.236,00	R\$ 62.360,00
	03.04.01.040-5	RADIOTERAPIA DE PELE	1	R\$ 2.310,00	R\$ 2.310,00	R\$ 23.100,00
	03.04.01.041-3	RADIOTERAPIA DE MAMA	8	R\$ 5.904,00	R\$ 47.232,00	R\$ 472.320,00
	03.04.01.042-1	RADIOTERAPIA DE CÂNCER GINECOLÓGICO	5	R\$ 4.608,00	R\$ 23.040,00	R\$ 230.400,00
	03.04.01.044-8	RADIOTERAPIA DE PÊNIS	2	R\$ 4.630,00	R\$ 9.260,00	R\$ 92.600,00
	03.04.01.045-6	RADIOTERAPIA DE PRÓSTATA	6	R\$ 5.838,00	R\$ 35.028,00	R\$ 350.280,00
	03.04.01.047-2	RADIOTERAPIA DO APARELHO URINÁRIO	2	R\$ 4.093,00	R\$ 8.186,00	R\$ 81.860,00
	03.04.01.048-0	RADIOTERAPIA DE OLHOS E ANEXOS	1	R\$ 3.273,00	R\$ 3.273,00	R\$ 32.730,00
	03.04.01.050-2	RADIOTERAPIA DE SISTEMA NERVOSO CENTRAL	2	R\$ 3.278,00	R\$ 6.556,00	R\$ 65.560,00
	03.04.01.051-0	RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA	2	R\$ 5.035,00	R\$ 10.070,00	R\$ 100.700,00
	03.04.01.052-9	RADIOTERAPIA DE METÁSTASE EM SISTEMA NERVOSO CENTRAL	2	R\$ 2.439,00	R\$ 4.878,00	R\$ 48.780,00
	03.04.01.053-7	RADIOTERAPIA DE PLASMOCITOMA / MIELOMA / METÁSTASES EM OUTRAS LOCALIZAÇÕES	1	R\$ 1.729,00	R\$ 1.729,00	R\$ 17.290,00
	03.04.01.054-5	RADIOTERAPIA DE CADEIA LINFÁTICA	2	R\$ 4.168,00	R\$ 8.336,00	R\$ 83.360,00
	03.04.01.055-3	RADIOTERAPIA DE LINFOMA E LEUCEMIA	2	R\$ 3.159,00	R\$ 6.318,00	R\$ 63.180,00
	03.04.01.057-0	RADIOTERAPIA DE QUELOIDE E GINECOMASTIA	1	R\$ 953,00	R\$ 953,00	R\$ 9.530,00

	03.04.01.058-8	RADIOTERAPIA DE DOENÇA BENIGNA	2	R\$ 593,00	R\$ 1.186,00	R\$ 11.860,00
SUBTOTAL			51 *		R\$ 215.586,00	R\$ 2.155.860,00
03.04.02	03.04.02.001-0	QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE COLON AVANÇADO - 1ª LINHA	06	R\$ 2.224,00	R\$ 13.344,00	R\$ 133.440,00
	03.04.02.002-8	QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE COLON AVANÇADO - 2ª LINHA	01	R\$ 2.224,00	R\$ 2.224,00	R\$ 22.240,00
	03.04.02.004-4	QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE ESTÔMAGO AVANÇADO	04	R\$ 571,50	R\$ 2.286,00	R\$ 22.860,00
	03.04.02.005-2	QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PÂNCREAS AVANÇADO	01	R\$ 1.986,00	R\$ 1.986,00	R\$ 19.860,00
	03.04.02.007-9	HORMONIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA AVANÇADO - 1ª LINHA	85	R\$ 301,50	R\$ 25.627,50	R\$ 256.275,00
	03.04.02.008-7	QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA RESISTENTE A HORMONIOTERAPIA	01	R\$ 1.062,65	R\$ 1.062,65	R\$ 10.626,50
	03.04.02.009-5	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE RETO AVANÇADO - 1ª LINHA	01	R\$ 2.224,00	R\$ 2.224,00	R\$ 22.240,00
	03.04.02.011-7	QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE TUMOR NEUROENDÓCRINO AVANÇADO	01	R\$ 1.062,65	R\$ 1.062,65	R\$ 10.626,50
	03.04.02.013-3	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO - 1ª LINHA	15	R\$ 1.700,00	R\$ 25.500,00	R\$ 255.000,00
	03.04.02.014-1	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO - 2ª LINHA	21	R\$ 2.378,90	R\$ 49.956,90	R\$ 499.569,00
	03.04.02.016-8	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE RIM AVANÇADO	01	R\$ 3.311,50	R\$ 3.311,50	R\$ 33.115,00
	03.04.02.018-4	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA	01	R\$ 571,50	R\$ 571,50	R\$ 5.715,00
	03.04.02.020-6	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE CABEÇA E PESCOÇO AVANÇADO	01	R\$ 800,00	R\$ 800,00	R\$ 8.000,00
	03.04.02.021-4	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR DE CÉLULAS NÃO PEQUENAS AVANÇADO	05	R\$ 1.100,00	R\$ 5.500,00	R\$ 55.000,00
	03.04.02.022-2	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR INDIFERENCIADO DE CÉLULAS PEQUENAS AVANÇADO	02	R\$ 1.100,00	R\$ 2.200,00	R\$ 22.000,00
	03.04.02.023-0	QUIMIOTERAPIA DO MELANOMA MALIGNO AVANÇADO	01	R\$ 7.500,00	R\$ 7.500,00	R\$ 75.000,00
	03.04.02.024-9	QUIMIOTERAPIA DE METÁSTASE DE ADENOCARCINOMA DE ORIGEM DESCONHECIDA	01	R\$ 571,50	R\$ 571,50	R\$ 5.715,00
	03.04.02.025-7	QUIMIOTERAPIA DE METÁSTASE DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE/CARCINOMA NEUROENDÓCRINO DE ORIGEM DESCONHECIDA	01	R\$ 800,00	R\$ 800,00	R\$ 8.000,00
	03.04.02.026-5	QUIMIOTERAPIA DE METÁSTASE DE NEOPLASIA MALIGNA INDIFERENCIADA DE ORIGEM DESCONHECIDA	01	R\$ 1.062,65	R\$ 1.062,65	R\$ 10.626,50
	03.04.02.027-3	QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVÁRIO OU DE TUBA UTERINA AVANÇADA-1ª LINHA	02	R\$ 1.450,00	R\$ 2.900,00	R\$ 29.000,00
	03.04.02.028-1	QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVÁRIO OU DE TUBA UTERINA AVANÇADA-2ª LINHA	02	R\$ 1.450,00	R\$ 2.900,00	R\$ 29.000,00
	03.04.02.029-0	QUIMIOTERAPIA DE SARCOMA DE PARTES MOLES AVANÇADO	01	R\$ 800,00	R\$ 800,00	R\$ 8.000,00
	03.04.02.033-8	HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO - 2ª LINHA	127	R\$ 301,50	R\$ 38.290,50	R\$ 382.905,00
	03.04.02.034-6	HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO- 1ª LINHA	30	R\$ 79,75	R\$ 2.392,50	R\$ 23.925,00
	03.04.03.012-0	QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIOÍDE CRÔNICA EM FASE CRÔNICA- MARCADOR POSITIVO- 3ª LINHA	01	R\$ 2.535,50	R\$ 2.535,50	R\$ 25.355,00
	03.04.04.002-9	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA (PRÉVIA)	13	R\$ 1.400,00	R\$ 18.200,00	R\$ 182.000,00
	03.04.04.004-5	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE / ADENOCARCINOMA DO COLO UTERINO	01	R\$ 1.300,00	R\$ 1.300,00	R\$ 13.000,00
	03.04.04.005-3	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE RETO /CANAL ANAL/MARGEM ANAL	01	R\$ 800,00	R\$ 800,00	R\$ 8.000,00
	03.04.04.006-1	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE SEIO PARA-NASAL/LARINGE/HIPOFARINGE/ OROFARINGE/CAVIDADE ORAL	01	R\$ 1.300,00	R\$ 1.300,00	R\$ 13.000,00
	03.04.04.007-0	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE BEXIGA	01	R\$ 1.300,00	R\$ 1.300,00	R\$ 13.000,00
	03.04.04.009-6	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR DE CÉLULAS NÃO PEQUENAS (PRÉVIA)	03	R\$ 1.100,00	R\$ 3.300,00	R\$ 33.000,00
	03.04.04.010-0	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR INDIFERENCIADO DE CÉLULAS PEQUENAS (PRÉVIA)	01	R\$ 1.100,00	R\$ 1.100,00	R\$ 11.000,00
	03.04.04.011-8	QUIMIOTERAPIA DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE / ADENOCARCINOMA DE ESÔFAGO	01	R\$ 1.300,00	R\$ 1.300,00	R\$ 13.000,00
	03.04.04.014-2	QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVÁRIO OU DA TUBA UTERINA - 1ª LINHA	01	R\$ 1.450,00	R\$ 1.450,00	R\$ 14.500,00

03.04.04.016-9	QUIMIOTERAPIA DE SARCOMA ÓSSEO / OSTEOSARCOMA - 1ª LINHA	01	R\$ 1.447,70	R\$ 1.447,70	R\$ 14.477,00
03.04.04.017-7	QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE ESTÔMAGO (PRE-OPERATÓRIA)	01	R\$ 1.300,00	R\$ 1.300,00	R\$ 13.000,00
03.04.04.018-5	POLIQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO III (PRÉVIA)	01	R\$ 1.400,00	R\$ 1.400,00	R\$ 14.000,00
03.04.05.001-6	QUIMIOTERAPIA INTRA-VESICAL	01	R\$ 1.300,00	R\$ 1.300,00	R\$ 13.000,00
03.04.05.002-4	QUIMIOTERAPIA DE ADENOCARCINOMA DE COLON	02	R\$ 2.224,00	R\$ 4.448,00	R\$ 44.480,00
03.04.05.003-2	QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE RETO (ADJUVANTE)	02	R\$ 427,50	R\$ 855,00	R\$ 8.550,00
03.04.05.004-0	HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO I	98	R\$ 79,75	R\$ 7.815,50	R\$ 78.155,00
03.04.05.006-7	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO III	17	R\$ 800,00	R\$ 13.600,00	R\$ 136.000,00
03.04.05.007-5	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO II	17	R\$ 800,00	R\$ 13.600,00	R\$ 136.000,00
03.04.05.011-3	HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO III	131	R\$ 79,75	R\$ 10.447,25	R\$ 104.472,50
03.04.05.012-1	HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO II	100	R\$ 79,75	R\$ 7.975,00	R\$ 79.750,00
03.04.05.013-0	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO I	01	R\$ 571,50	R\$ 571,50	R\$ 5.715,00
03.04.05.017-2	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR DE CÉLULAS NÃO PEQUENAS (ADJUVANTE)	01	R\$ 1.100,00	R\$ 1.100,00	R\$ 11.000,00
03.04.05.018-0	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR INDIFERENCIADO DE CÉLULAS PEQUENAS (ADJUVANTE)	01	R\$ 1.100,00	R\$ 1.100,00	R\$ 11.000,00
03.04.05.020-2	QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVÁRIO OU DA TUBA UTERINA	02	R\$ 1.450,00	R\$ 2.900,00	R\$ 29.000,00
03.04.05.028-8	POLIQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO III (ADJUVANTE)	01	R\$ 800,00	R\$ 800,00	R\$ 8.000,00
03.04.05.030-0	MONOQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO II (ADJUVANTE)	01	R\$ 34,10	R\$ 34,10	R\$ 341,00
03.04.05.031-8	MONOQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO III (ADJUVANTE)	04	R\$ 34,10	R\$ 136,40	R\$ 1.364,00
03.04.06.020-8	QUIMIOTERAPIA DE TUMOR GERMINATIVO DE TESTÍCULO - 1ª LINHA	01	R\$ 1.700,00	R\$ 1.700,00	R\$ 17.000,00
03.04.08.007-1	INIBIDOR DA OSTEOLISE	50	R\$ 449,50	R\$ 22.475,00	R\$ 224.750,00
SUBTOTAL		769	-	R\$ 322.464,80	R\$ 3.224.648,00
TOTAL		820	-	R\$ 538.050,80	R\$ 5.380.508,00

- 11ª e 12ª Parcelas

GRUPO/ SUBGRUPO	PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	Meta Física Mensal	Valor SIGTAP	Valor Mensal	Valor Anual
03.04.01	03.04.01.036-7	RADIOTERAPIA DE CABEÇA E PESCOÇO	5	R\$ 4.168,00	R\$ 20.840,00	R\$ 41.680,00
	03.04.01.037-5	RADIOTERAPIA DO APARELHO DIGESTIVO	4	R\$ 4.148,00	R\$ 16.592,00	R\$ 33.184,00
	03.04.01.038-3	RADIOTERAPIA DE TRAQUEIA, BRÔNQUIO, PULMÃO, PLEURA E MADIATINO	1	R\$ 3.563,00	R\$ 3.563,00	R\$ 7.126,00
	03.04.01.039-1	RADIOTERAPIA DE OSSOS / CARTILAGENS / PARTES MOLES	2	R\$ 3.118,00	R\$ 6.236,00	R\$ 12.472,00
	03.04.01.040-5	RADIOTERAPIA DE PELE	1	R\$ 2.310,00	R\$ 2.310,00	R\$ 4.620,00
	03.04.01.041-3	RADIOTERAPIA DE MAMA	8	R\$ 5.904,00	R\$ 47.232,00	R\$ 94.464,00
	03.04.01.042-1	RADIOTERAPIA DE CÂNCER GINECOLÓGICO	5	R\$ 4.608,00	R\$ 23.040,00	R\$ 46.080,00
	03.04.01.044-8	RADIOTERAPIA DE PÊNIS	2	R\$ 4.630,00	R\$ 9.260,00	R\$ 18.520,00
	03.04.01.045-6	RADIOTERAPIA DE PRÓSTATA	6	R\$ 5.838,00	R\$ 35.028,00	R\$ 70.056,00
	03.04.01.047-2	RADIOTERAPIA DO APARELHO URINÁRIO	2	R\$ 4.093,00	R\$ 8.186,00	R\$ 16.372,00
	03.04.01.048-0	RADIOTERAPIA DE OLHOS E ANEXOS	1	R\$ 3.273,00	R\$ 3.273,00	R\$ 6.546,00
	03.04.01.050-2	RADIOTERAPIA DE SISTEMA NERVOSO CENTRAL	2	R\$ 3.278,00	R\$ 6.556,00	R\$ 13.112,00
	03.04.01.051-0	RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA	2	R\$ 5.035,00	R\$ 10.070,00	R\$ 20.140,00
	03.04.01.052-9	RADIOTERAPIA DE METÁSTASE EM SISTEMA NERVOSO CENTRAL	2	R\$ 2.439,00	R\$ 4.878,00	R\$ 9.756,00
	03.04.01.053-7	RADIOTERAPIA DE PLASMOCITOMA / MIELOMA / METÁSTASES EM OUTRAS LOCALIZAÇÕES	1	R\$ 1.729,00	R\$ 1.729,00	R\$ 3.458,00
	03.04.01.054-5	RADIOTERAPIA DE CADEIA LINFÁTICA	2	R\$ 4.168,00	R\$ 8.336,00	R\$ 16.672,00
	03.04.01.055-3	RADIOTERAPIA DE LINFOMA E LEUCEMIA	2	R\$ 3.159,00	R\$ 6.318,00	R\$ 12.636,00
	03.04.01.057-0	RADIOTERAPIA DE QUELOIDE E GINECOMASTIA	1	R\$ 953,00	R\$ 953,00	R\$ 1.906,00
	03.04.01.058-8	RADIOTERAPIA DE DOENÇA BENIGNA	2	R\$ 593,00	R\$ 1.186,00	R\$ 2.372,00

SUBTOTAL			51 *		R\$ 215.586,00	R\$ 431.172,00
03.04.02	03.04.02.001-0	QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE COLON AVANÇADO - 1ª LINHA	06	R\$ 2.224,00	R\$ 13.344,00	R\$ 26.688,00
	03.04.02.002-8	QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE COLON AVANÇADO - 2ª LINHA	01	R\$ 2.224,00	R\$ 2.224,00	R\$ 4.448,00
	03.04.02.004-4	QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE ESTÔMAGO AVANÇADO	03	R\$ 571,50	R\$ 1.714,50	R\$ 3.429,00
	03.04.02.005-2	QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PÂNCREAS AVANÇADO	01	R\$ 1.986,00	R\$ 1.986,00	R\$ 3.972,00
	03.04.02.007-9	HORMONIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA AVANÇADO - 1ª LINHA	84	R\$ 301,50	R\$ 25.326,00	R\$ 50.652,00
	03.04.02.008-7	QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA RESISTENTE A HORMONIOTERAPIA	01	R\$ 1.062,65	R\$ 1.062,65	R\$ 2.125,30
	03.04.02.009-5	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE RETO AVANÇADO - 1ª LINHA	01	R\$ 2.224,00	R\$ 2.224,00	R\$ 4.448,00
	03.04.02.011-7	QUIMIOTERAPIA DO APUDOMA/TUMOR NEUROENDÓCRINO AVANÇADO	01	R\$ 1.062,65	R\$ 1.062,65	R\$ 2.125,30
	03.04.02.013-3	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO - 1ª LINHA	12	R\$ 1.700,00	R\$ 20.400,00	R\$ 40.800,00
	03.04.02.014-1	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO - 2ª LINHA	21	R\$ 2.378,90	R\$ 49.956,90	R\$ 99.913,80
	03.04.02.016-8	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE RIM AVANÇADO	01	R\$ 3.311,50	R\$ 3.311,50	R\$ 6.623,00
	03.04.02.018-4	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA	01	R\$ 571,50	R\$ 571,50	R\$ 1.143,00
	03.04.02.020-6	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE CABEÇA E PESCOÇO AVANÇADO	01	R\$ 800,00	R\$ 800,00	R\$ 1.600,00
	03.04.02.021-4	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR DE CÉLULAS NÃO PEQUENAS AVANÇADO	05	R\$ 1.100,00	R\$ 5.500,00	R\$ 11.000,00
	03.04.02.022-2	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR INDIFERENCIADO DE CÉLULAS PEQUENAS AVANÇADO	02	R\$ 1.100,00	R\$ 2.200,00	R\$ 4.400,00
	03.04.02.023-0	QUIMIOTERAPIA DO MELANOMA MALIGNO AVANÇADO	01	R\$ 7.500,00	R\$ 7.500,00	R\$ 15.000,00
	03.04.02.024-9	QUIMIOTERAPIA DE METÁSTASE DE ADENOCARCINOMA DE ORIGEM DESCONHECIDA	01	R\$ 571,50	R\$ 571,50	R\$ 1.143,00
	03.04.02.025-7	QUIMIOTERAPIA DE METÁSTASE DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE/CARCINOMA NEUROENDOCRINO DE ORIGEM DESCONHECIDA	01	R\$ 800,00	R\$ 800,00	R\$ 1.600,00
	03.04.02.026-5	QUIMIOTERAPIA DE METÁSTASE DE NEOPLASIA MALIGNA INDIFERENCIADA DE ORIGEM DESCONHECIDA	01	R\$ 1.062,65	R\$ 1.062,65	R\$ 2.125,30
	03.04.02.027-3	QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVÁRIO OU DE TUBA UTERINA AVANÇADA-1ª LINHA.	02	R\$ 1.450,00	R\$ 2.900,00	R\$ 5.800,00
	03.04.02.028-1	QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVÁRIO OU DE TUBA UTERINA AVANÇADA-2ª LINHA)	02	R\$ 1.450,00	R\$ 2.900,00	R\$ 5.800,00
	03.04.02.029-0	QUIMIOTERAPIA DE SARCOMA DE PARTES MOLES AVANÇADO	01	R\$ 800,00	R\$ 800,00	R\$ 1.600,00
	03.04.02.033-8	HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO - 2ª LINHA	127	R\$ 301,50	R\$ 38.290,50	R\$ 76.581,00
	03.04.02.034-6	HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO- 1ª LINHA	30	R\$ 79,75	R\$ 2.392,50	R\$ 4.785,00
	03.04.02.038-9	QUIMIOTERAPIA DE CARCINOMA DO FÍGADO OU DO TRATO BILIAR AVANÇADO	01	R\$ 571,50	R\$ 571,50	R\$ 1.143,00
	03.04.02.043-5	POLIQUIMIOTERAPIA COM DUPLO ANTI HER-2 DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO 1ª LINHA	03	R\$ 1.700,00	R\$ 5.100,00	R\$ 10.200,00
	03.04.03.012-0	QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MÍLOIDE CRÔNICA EM FASE CRÔNICA- MARCADOR POSITIVO-3ª LINHA	01	R\$ 2.535,50	R\$ 2.535,50	R\$ 5.071,00
	03.04.04.002-9	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA (PRÉVIA)	13	R\$ 1.400,00	R\$ 18.200,00	R\$ 36.400,00
	03.04.04.004-5	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE / ADENOCARCINOMA DO COLO UTERINO	01	R\$ 1.300,00	R\$ 1.300,00	R\$ 2.600,00
	03.04.04.005-3	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE RETO /CANAL ANAL/MARGEM ANAL	01	R\$ 800,00	R\$ 800,00	R\$ 1.600,00
	03.04.04.006-1	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE SEIO PARA-NASAL/LARINGE/HIPOFARINGE/ OROFARINGE/CAVIDADE ORAL	01	R\$ 1.300,00	R\$ 1.300,00	R\$ 2.600,00
	03.04.04.007-0	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE BEXIGA	01	R\$ 1.300,00	R\$ 1.300,00	R\$ 2.600,00
	03.04.04.009-6	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR DE CÉLULAS NÃO PEQUENAS (PRÉVIA)	03	R\$ 1.100,00	R\$ 3.300,00	R\$ 6.600,00
	03.04.04.010-0	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR INDIFERENCIADO DE CÉLULAS PEQUENAS (PRÉVIA)	01	R\$ 1.100,00	R\$ 1.100,00	R\$ 2.200,00
	03.04.04.011-8	QUIMIOTERAPIA DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE /	01	R\$ 1.300,00	R\$ 1.300,00	R\$ 2.600,00

	ADENOCARCINOMA DE ESÔFAGO				
03.04.04.014-2	QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVÁRIO OU DA TUBA UTERINA – 1ª LINHA	01	R\$ 1.450,00	R\$ 1.450,00	R\$ 2.900,00
03.04.04.016-9	QUIMIOTERAPIA DE SARCOMA ÓSSEO / OSTEOSARCOMA - 1ª LINHA	01	R\$ 1.447,70	R\$ 1.447,70	R\$ 2.895,40
03.04.04.017-7	QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE ESTÔMAGO (PRÉ-OPERATÓRIA)	01	R\$ 1.300,00	R\$ 1.300,00	R\$ 2.600,00
03.04.04.018-5	POUQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO III (PRÉVIA)	01	R\$ 1.400,00	R\$ 1.400,00	R\$ 2.800,00
03.04.04.020-7	HORMONIOTERAPIA PRÉVIA À RADIOTERAPIA EXTERNA DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA	01	R\$ 301,50	R\$ 301,50	R\$ 603,00
03.04.05.001-6	QUIMIOTERAPIA INTRA-VESICAL	01	R\$ 1.300,00	R\$ 1.300,00	R\$ 2.600,00
03.04.05.002-4	QUIMIOTERAPIA DE ADENOCARCINOMA DE CÓLON	02	R\$ 2.224,00	R\$ 4.448,00	R\$ 8.896,00
03.04.05.003-2	QUIMIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE RETO (ADJUVANTE)	02	R\$ 427,50	R\$ 855,00	R\$ 1.710,00
03.04.05.004-0	HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO I	98	R\$ 79,75	R\$ 7.815,50	R\$ 15.631,00
03.04.05.006-7	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO III	16	R\$ 800,00	R\$ 12.800,00	R\$ 25.600,00
03.04.05.007-5	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO II	17	R\$ 800,00	R\$ 13.600,00	R\$ 27.200,00
03.04.05.011-3	HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO III	131	R\$ 79,75	R\$ 10.447,25	R\$ 20.894,50
03.04.05.012-1	HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO II	100	R\$ 79,75	R\$ 7.975,00	R\$ 15.950,00
03.04.05.013-0	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO I	01	R\$ 571,50	R\$ 571,50	R\$ 1.143,00
03.04.05.017-2	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR DE CÉLULAS NÃO PEQUENAS (ADJUVANTE)	01	R\$ 1.100,00	R\$ 1.100,00	R\$ 2.200,00
03.04.05.018-0	QUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA PULMONAR INDIFERENCIADO DE CÉLULAS PEQUENAS (ADJUVANTE)	01	R\$ 1.100,00	R\$ 1.100,00	R\$ 2.200,00
03.04.05.020-2	QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA MALIGNA EPITELIAL DE OVÁRIO OU DA TUBA UTERINA	02	R\$ 1.450,00	R\$ 2.900,00	R\$ 5.800,00
03.04.05.027-0	POUQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO II (ADJUVANTE)	01	R\$ 800,00	R\$ 800,00	R\$ 1.600,00
03.04.05.028-8	POUQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO III (ADJUVANTE)	01	R\$ 800,00	R\$ 800,00	R\$ 1.600,00
03.04.05.030-0	MONOQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO II (ADJUVANTE)	01	R\$ 34,10	R\$ 34,10	R\$ 68,20
03.04.05.031-8	MONOQUIMIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA HER-2 POSITIVO EM ESTÁDIO III (ADJUVANTE)	04	R\$ 34,10	R\$ 136,40	R\$ 272,80
03.04.06.020-8	QUIMIOTERAPIA DE TUMOR GERMINATIVO DE TESTÍCULO – 1ª LINHA	01	R\$ 1.700,00	R\$ 1.700,00	R\$ 3.400,00
03.04.08.007-1	INIBIDOR DA OSTEOLISE	50	R\$ 449,50	R\$ 22.475,00	R\$ 44.950,00
SUBTOTAL		769	-	R\$ 322.464,80	R\$ 644.929,60
TOTAL		820		R\$ 538.050,80	R\$ 1.076.101,60

6.5. Procedimentos Ambulatoriais de Transplantes – Alta Complexidade – FAEC

-1ª a 10ª Parcelas

PROCEDIMENTO	NOME PROCEDIMENTO	Meta Física Mensal	Valor SIGTAP	Incremento SIGTAP	Valor unitário (SIGTAP + Incremento)	Valor Mensal	Valor 10 Meses
05.01.03.007-7	MOBILIZAÇÃO, COLETA E ACONDICIONAMENTO DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOÉTICAS DE SANGUE PERIFÉRICO NO BRASIL PARA TRANSPLANTE AUTOGÊNICO OU DE DOADOR APARENTADO OU NÃO APARENTADO	01	R\$ 2.461,24	R\$ 00	R\$ 00	R\$ 2.461,24	R\$ 24.612,40
05.01.03.009-3	PROCESSAMENTO DE CRIOPRESEVAÇÃO DE MEDULA ÓSSEA OU DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOÉTICAS DE SANGUE PERIFÉRICO NO BRASIL PARA TRANSPLANTE AUTOGÊNICO	01	R\$ 2.000,00	R\$ 00	R\$ 00	R\$ 2.000,00	R\$ 20.000,00
SUBTOTAL		02	-	-	-	R\$ 4.461,24	R\$ 44.612,40
05.01.05.004-3	EXAMES DE PACIENTES EM LISTA DE ESPERA PARA TRANSPLANTES	04	R\$ 340,20	R\$ 00	R\$ 340,20	R\$ 1.360,80	R\$ 13.608,00

SUBTOTAL		04	-	-	-	R\$ 1.360,80	R\$ 13.608,00
05.01.07.002-8	SOROLOGIA DE POSSIVEL DOADOR DE ORGAO OU TECIDO EXCETO CORNEA	04	R\$ 186,00	R\$ 00	R\$ 00	R\$ 744,00	R\$ 7.440,00
05.01.07.003-6	TIPAGEM SANGUINEA ABO E OUTROS EXAMES HEMATOLOGICOS EM POSSIVEL DOADOR DE ORGAOS	04	R\$ 15,00	R\$ 00	R\$ 00	R\$ 60,00	R\$ 600,00
05.01.07.005-2	EXAMES PARA A INCLUSAO EM LISTA DE CANDIDATOS A TRANSPLANTE DE FIGADO	02	R\$ 2.466,00	R\$ 00	R\$ 00	R\$ 4.932,00	R\$ 49.320,00
05.01.07.006-0	EXAMES PARA A INCLUSAO EM LISTA DE CANDIDATOS A TRANSPLANTE DE PANCREAS, PULMAO OU RIM	02	R\$ 1.165,11	R\$ 00	R\$ 00	R\$ 2.330,22	R\$ 23.302,20
SUBTOTAL		12	-	-	-	R\$ 8.066,22	R\$ 80.662,20
05.01.08.001-5	BIOPSIA E EXAME ANATOMO-CITOPATOLOGICO EM PACIENTE TRANSPLANTADO	10	R\$ 35,00	R\$ 00	R\$ 00	R\$ 350,00	R\$ 3.500,00
05.01.08.002-3	CONTAGEM DE CD4/CD3 EM PACIENTE TRANSPLANTADO	10	R\$ 75,00	R\$ 00	R\$ 00	R\$ 750,00	R\$ 7.500,00
05.01.08.003-1	DOSAGEM DE CICLOSPORINA (EM PACIENTE TRANSPLANTADO)	20	R\$ 52,33	R\$ 00	R\$ 00	R\$ 1.046,60	R\$ 10.466,00
05.01.08.004-0	DOSAGEM DE SIROLIMO (EM PACIENTE TRANSPLANTADO)	20	R\$ 52,33	R\$ 00	R\$ 00	R\$ 1.046,60	R\$ 10.466,00
05.01.08.005-8	DOSAGEM DE TACROLIMO (EM PACIENTE TRANSPLANTADO)	10	R\$ 52,33	R\$ 00	R\$ 00	R\$ 523,30	R\$ 5.233,00
05.01.08.006-6	EXAMES DE RADIOLOGIA EM PACIENTE TRANSPLANTADO	21	R\$ 25,00	R\$ 00	R\$ 00	R\$ 525,00	R\$ 5.250,00
05.01.08.007-4	EXAMES MICROBIOLÓGICOS EM PACIENTE TRANSPLANTADO	10	R\$ 15,00	R\$ 00	R\$ 00	R\$ 150,00	R\$ 1.500,00
05.01.08.008-2	SOROLOGIA EM PACIENTE TRANSPLANTADO	10	R\$ 20,00	R\$ 00	R\$ 00	R\$ 200,00	R\$ 2.000,00
05.01.08.009-0	ULTRASSONOGRAFIA DE ORGAO TRANSPLANTADO	10	R\$ 12,00	R\$ 00	R\$ 00	R\$ 120,00	R\$ 1.200,00
05.01.08.010-4	DOSAGEM DE EVEROLIMO (EM PACIENTE TRANSPLANTADO)	20	R\$ 52,33	R\$ 00	R\$ 00	R\$ 1.046,60	R\$ 10.466,00
SUBTOTAL		141	-	-	-	R\$ 5.758,10	R\$ 57.581,00
05.02.01.001-0	AVALIACAO CLINICA DE MORTE ENCEFALICA EM MAIOR DE 2 ANOS	04	R\$ 215,00	R\$ 00	R\$ 00	R\$ 860,00	R\$ 8.600,00
05.02.01.002-9	AVALIACAO CLINICA DE MORTE ENCEFALICA EM MENOR DE 2 ANOS	01	R\$ 275,00	R\$ 00	R\$ 00	R\$ 275,00	R\$ 2.750,00
SUBTOTAL		05	-	-	-	R\$ 1.135,00	R\$ 11.350,00
05.06.01.002-3	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE POS-TRANSPLANTE DE RIM FIGADO CORACAO PULMAO CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS E/OU PANCREAS	60	R\$ 135,00	R\$ 81,00	R\$ 216,00	R\$ 12.960,00	R\$ 129.600,00
05.06.01.004-0	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES NO PRÉ TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS	05	R\$ 135,00	R\$ 81,00	R\$ 216,00	R\$ 1.080,00	R\$ 10.800,00
05.06.01.005-8	AVALIACAO DO POSSIVEL DOADOR FALECIDO DE ORGÃOS OU TECIDOS PARA TRANSPLANTES	01	R\$ 215,00	R\$ 00,00	R\$ 00,00	R\$ 215,00	R\$ 2.150,00
SUBTOTAL		66	-	-	-	R\$ 14.255,00	R\$ 142.550,00
TOTAL		230	-	-	-	R\$ 35.036,36	R\$ 350.363,60

- 11ª e 12ª Parcelas

PROCEDIMENTO	NOME PROCEDIMENTO	Meta Física Mensal	Valor SIGTAP	Incremento SIGTAP	Valor unitário (SIGTAP + incremento)	Valor Mensal	Valor 2 Meses
05.01.03.007-7	MOBILIZAÇÃO, COLETA E ACONDICIONAMENTO DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOÉTICAS DE SANGUE PERIFÉRICO NO BRASIL PARA TRANSPLANTE AUTOGÊNICO OU DE DOADOR APARENTADO OU NÃO APARENTADO	01	R\$ 2.461,24	R\$ 00	R\$ 00	R\$ 2.461,24	R\$ 4.922,48
05.01.03.009-3	PROCESSAMENTO DE CRIOPRESEVAÇÃO DE MEDULA OSSEA OU DE CELULAS TRONCO HEMATOPOETICAS DE SANGUE PERIFERICO NO BRASIL PARA TRANSPLANTE AUTOGENICO	01	R\$ 2.000,00	R\$ 00	R\$ 00	R\$ 2.000,00	R\$ 4.000,00
SUBTOTAL		02	-	-	-	R\$ 4.461,24	R\$ 8.922,48
05.01.05.004-3	EXAMES DE PACIENTES EM LISTA DE ESPERA PARA TRANSPLANTES	04	R\$ 340,20	R\$ 00	R\$ 340,20	R\$ 1.360,80	R\$ 2.721,60
SUBTOTAL		04	-	-	-	R\$ 1.360,80	R\$ 2.721,60
05.01.07.002-8	SOROLOGIA DE POSSIVEL DOADOR DE ORGAO	04	R\$ 186,00	R\$ 00	R\$ 00	R\$ 744,00	R\$ 1.488,00

	OU TECIDO EXCETO CORNEIA						
05.01.07.005-2	EXAMES PARA A INCLUSÃO EM LISTA DE CANDIDATOS A TRANSPLANTE DE FÍGADO	02	R\$ 2.466,00	R\$ 1.726,20	R\$ 4.192,20	R\$ 8.384,40	R\$ 16.768,80
05.01.07.013-3	EXAMES PARA INCLUSÃO EM LISTA DE CANDIDATOS A TRANSPLANTE DE RIM	02	R\$ 1.165,11	R\$ 932,09	R\$ 2.097,20	R\$ 4.194,40	R\$ 8.388,80
SUBTOTAL		08	-	-	-	R\$ 13.322,80	R\$ 26.645,60
05.01.08.001-5	BIÓPSIA E EXAME ANATOMO-CITOPATOLÓGICO EM PACIENTE TRANSPLANTADO	10	R\$ 35,00	R\$ 00	R\$ 00	R\$ 350,00	R\$ 700,00
05.01.08.002-3	CONTAGEM DE CD4/CD3 EM PACIENTE TRANSPLANTADO	10	R\$ 75,00	R\$ 00	R\$ 00	R\$ 750,00	R\$ 1.500,00
05.01.08.003-1	DOSAGEM DE CICLOSPORINA (EM PACIENTE TRANSPLANTADO)	20	R\$ 52,33	R\$ 00	R\$ 00	R\$ 1.046,60	R\$ 2.093,20
05.01.08.004-0	DOSAGEM DE SIROLIMO (EM PACIENTE TRANSPLANTADO)	20	R\$ 52,33	R\$ 00	R\$ 00	R\$ 1.046,60	R\$ 2.093,20
05.01.08.005-8	DOSAGEM DE TACROLIMO (EM PACIENTE TRANSPLANTADO)	10	R\$ 52,33	R\$ 00	R\$ 00	R\$ 523,30	R\$ 1.046,60
05.01.08.006-6	EXAMES DE RADIOLOGIA EM PACIENTE TRANSPLANTADO	21	R\$ 25,00	R\$ 00	R\$ 00	R\$ 525,00	R\$ 1.050,00
05.01.08.007-4	EXAMES MICROBIOLÓGICOS EM PACIENTE TRANSPLANTADO	10	R\$ 15,00	R\$ 00	R\$ 00	R\$ 150,00	R\$ 300,00
05.01.08.009-0	ULTRASSONOGRAFIA DE ÓRGÃO TRANSPLANTADO	10	R\$ 12,00	R\$ 00	R\$ 00	R\$ 120,00	R\$ 240,00
05.01.08.010-4	DOSAGEM DE EVEROLIMO (EM PACIENTE TRANSPLANTADO)	20	R\$ 52,33	R\$ 00	R\$ 00	R\$ 1.046,60	R\$ 2.093,20
SUBTOTAL		131	-	-	-	R\$ 5.558,10	R\$ 11.116,20
05.06.01.006-6	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE POS-TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA - AUTOGÊNICO	12	R\$ 135,00	R\$ 00,00	R\$ 135,00	R\$ 1.620,00	R\$ 3.240,00
05.06.01.010-4	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE POS-TRANSPLANTE DE RIM	24	R\$ 135,00	R\$ 108,00	R\$ 243,00	R\$ 5.832,00	R\$ 11.664,00
05.06.01.011-2	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE POS-TRANSPLANTE DE FÍGADO	24	R\$ 135,00	R\$ 94,50	R\$ 229,50	R\$ 5.508,00	R\$ 11.016,00
05.06.01.018-0	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES NO PRÉ TRANSPLANTE DE RIM	02	R\$ 135,00	R\$ 108,00	R\$ 243,00	R\$ 486,00	R\$ 972,00
05.06.01.019-8	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES NO PRÉ TRANSPLANTE DE FÍGADO	02	R\$ 135,00	R\$ 94,50	R\$ 229,50	R\$ 459,00	R\$ 918,00
05.06.01.005-8	AValiação DO POSSÍVEL DOADOR FALECIDO DE ÓRGÃOS OU TECIDOS PARA TRANSPLANTES	01	R\$ 215,00	R\$ 00,00	R\$ 00,00	R\$ 215,00	R\$ 430,00
SUBTOTAL		65	-	-	-	R\$ 14.120,00	R\$ 28.240,00
TOTAL		210	-	-	-	R\$ 38.822,94	R\$ 77.645,88

7. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR:

7.1. PROCEDIMENTOS COM FINALIDADES DIAGNÓSTICAS – MAC

- 1ª e 12ª Parcelas

FORMA DE ORGANIZAÇÃO	PROCEDIMENTO	NOME PROCEDIMENTO	Meta Física Mensal	Valor SIGTAP	Valor Mensal	Valor 12 Meses
02.05.02	02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA	120	R\$ 24,20	R\$ 2.904,00	R\$ 34.848,00
	02.05.02.015-1	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	40	R\$ 39,60	R\$ 1.584,00	R\$ 19.008,00
	02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)	42	R\$ 24,20	R\$ 1.016,40	R\$ 12.196,80
	02.05.02.017-8	ULTRASSONOGRAFIA FONTANELA	18	R\$ 24,20	R\$ 435,60	R\$ 5.227,20
SUBTOTAL			220	-	R\$ 5.940,00	R\$ 71.280,00
02.11.04	02.11.04.006-1	TOPOGRAFIA ANTEPARTO	80	R\$ 1,69	R\$ 135,20	R\$ 1.622,40
SUBTOTAL			80	-	R\$ 135,20	R\$ 1.622,40
02.11.07	02.11.07.014-9	EMISSIONES OTOACUSTICAS EVOCADAS P/ TRIAGEM AUDITIVA (TESTE DA ORELHINHA)	180	R\$ 13,51	R\$ 2.431,80	R\$ 29.181,60
	02.11.07.015-7	ESTUDO DE EMISSIONES OTOACUSTICAS EVOCADAS TRANSITORIAS E PRODUTOS DE DISTORCAO (EOA)	180	R\$ 46,88	R\$ 8.438,40	R\$ 101.260,80
SUBTOTAL			360	-	R\$ 10.870,20	R\$ 130.442,40
TOTAL			660	-	R\$ 16.945,40	R\$ 203.344,80

7.2. PROCEDIMENTOS CLÍNICOS – MÉDIA COMPLEXIDADE – MAC

- 1ª e 12ª Parcelas

FORMA DE ORGANIZAÇÃO	PROCEDIMENTO	NOME PROCEDIMENTO	Meta Física Mensal	Valor SIGTAP	Valor Mensal	Valor 12 Meses
03.01.01	03.01.01.014-5	PRIMEIRA CONSULTA DE PEDIATRIA AO RECEM-NASCIDO	180	R\$ 10,00	R\$ 1.800,00	R\$ 21.600,00
SUBTOTAL			180	-	R\$ 1.800,00	R\$ 21.600,00
03.03.01	03.03.01.012-6	TRAT. DE INFECÇÕES DE TRANSMISSÃO PRED. SEXUAL	03	R\$ 258,77	R\$ 776,31	R\$ 9.315,72
SUBTOTAL			03	-	R\$ 776,31	R\$ 9.315,72
03.03.16	03.03.16.002-0	TRAT. INFECÇÕES ESPECÍFICAS DO PERÍODO PERINATAL	03	R\$ 224,97	R\$ 674,91	R\$ 8.098,92
	03.03.16.003-9	TRAT. DE OUTROS TRANSTORNOS ORIGINADOS NO PERÍODO PERINATAL	03	R\$ 262,54	R\$ 787,62	R\$ 9.451,44
	03.03.16.004-7	TRAT. TRANSTORNOS HEMORRÁGICOS E HEMATOLOGICOS DO FETO E RN	12	R\$ 262,54	R\$ 3.150,48	R\$ 37.805,76
	03.03.16.005-5	TRAT. DE TRANST.REL. C/DURAÇÃO DA GESTA. C/CRESCIMENTO FETAL	04	R\$ 778,02	R\$ 3.112,08	R\$ 37.344,96
	03.03.16.006-3	TRAT. DE TRANST.RESPIRAT.E CARDIO ESPECÍFICOS PERÍODO NEONATAL	12	R\$ 482,45	R\$ 5.789,40	R\$ 69.472,80
SUBTOTAL			34	-	R\$ 13.514,49	R\$ 162.173,88
03.04.10	03.04.10.001-3	TRAT. DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS DE PACIENTE ONCOLÓGICO	01	R\$ 45,93	R\$ 45,93	R\$ 551,16
SUBTOTAL			01	-	R\$ 45,93	R\$ 551,16
03.08.04	03.08.04.001-5	TRAT. DE COMPLICAÇÕES DE PROCD. CIR. OU CLÍNICOS	01	R\$ 199,33	R\$ 199,33	R\$ 2.391,96
SUBTOTAL			01	-	R\$ 199,33	R\$ 2.391,96
03.10.01	03.10.01.002-0	ATENDIMENTO AO RECEM-NASCIDO NO MOMENTO DO NASCIMENTO	182	R\$ 55,20	R\$ 10.046,40	R\$ 120.556,80
	03.10.01.003-9	PARTO NORMAL*	100	R\$ 443,40	R\$ 44.340,00	R\$ 532.080,00
	03.10.01.004-7	PARTO NORMAL EM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO	02	R\$ 617,19	R\$ 1.234,38	R\$ 14.812,56
SUBTOTAL			284	-	R\$ 55.620,78	R\$ 667.449,36
TOTAL			503	-	R\$ 71.956,84	R\$ 863.482,08

*Os procedimentos relacionados ao Parto, estão distribuídos dentro do componente "Assistência Hospitalar" do presente Plano, nos devidos grupos e subgrupos aos quais pertencem.

7.3. PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE - MAC

- 1ª e 12ª Parcelas

FORMA DE ORGANIZAÇÃO	PROCEDIMENTO	NOME PROCEDIMENTO	Meta Física Mensal	Valor SIGTAP	Valor Mensal	Valor 12 Meses
04.11.01	04.11.01.001-8	DESCOLAMENTO MANUAL DE PLACENTA	02	R\$ 157,81	R\$ 315,62	R\$ 3.787,44
	04.11.01.003-4	PARTO CESARIANO*	78	R\$ 545,73	R\$ 42.566,94	R\$ 510.803,28
	04.11.01.004-2	PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBÁRIA	02	R\$ 545,73	R\$ 1.091,46	R\$ 13.097,52
	04.11.01.005-0	REDUÇÃO MANUAL DE INVERSÃO UTERINA AGUDA POS-PARTO	01	R\$ 133,95	R\$ 133,95	R\$ 1.607,40
	04.11.01.007-7	SUTURA DE LACERAÇÕES DE TRAJETO PÉLVICO	03	R\$ 145,58	R\$ 436,74	R\$ 5.240,88
	04.11.01.008-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INVERSÃO UTERINA AGUDA POS PARTO	01	R\$ 440,62	R\$ 440,62	R\$ 5.287,44
SUBTOTAL			87	-	R\$ 44.985,33	R\$ 539.823,96
04.11.02	04.11.02.001-3	CURETAGEM POS-ABORTAMENTO / PUERPERAL	10	R\$ 179,62	R\$ 1.796,20	R\$ 21.554,40
	04.11.02.002-1	EMBRIOTOMIA	01	R\$ 227,50	R\$ 227,50	R\$ 2.730,00
	04.11.02.003-0	HISTERECTOMIA PUERPERAL	02	R\$ 487,12	R\$ 974,24	R\$ 11.690,88
	04.11.02.004-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE GRAVIDEZ ECTÓPICA	02	R\$ 459,18	R\$ 918,36	R\$ 11.020,32
SUBTOTAL			15	-	R\$ 3.916,30	R\$ 46.995,60
TOTAL			102	-	R\$ 48.901,63	R\$ 586.819,56

*Os procedimentos relacionados ao Parto, estão distribuídos dentro do componente "Assistência Hospitalar" do presente Plano, nos devidos grupos e subgrupos aos quais pertencem.

7.4. PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DE ALTA COMPLEXIDADE – MAC

- 1ª e 10ª Parcelas

FORMA DE ORGANIZAÇÃO	PROCEDIMENTO	NOME PROCEDIMENTO	Meta Física Mensal	Valor SIGTAP	Valor Mensal	Valor 10 Meses
04.15.02	04.15.02.005-0	PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ONCOLOGIA	80	R\$ 00,00	R\$ 00,00	R\$ 00,00
SUBTOTAL			80	-	R\$ 00,00	R\$ 00,00
04.16.01	04.16.01.004-0	CISTOENTEROPLASTIA EM ONCOLOGIA	01	R\$ 4.083,73	R\$ 4.083,73	R\$ 40.837,30

	04.16.01.007-5	NEFRECTOMIA EM ONCOLOGIA	02	R\$ 1.753,30	R\$ 3.506,60	R\$ 35.066,00
	04.16.01.011-3	ORQUIECTOMIA UNILATERAL EM ONCOLOGIA	03	R\$ 852,49	R\$ 2.557,47	R\$ 25.574,70
	04.16.01.012-1	PROSTATECTOMIA EM ONCOLOGIA	03	R\$ 3.983,29	R\$ 11.949,87	R\$ 119.498,70
	04.16.01.013-0	PROSTATOVESICULECTOMIA RADICAL EM ONCOLOGIA	15	R\$ 4.416,26	R\$ 66.243,90	R\$ 662.439,00
	04.16.01.016-4	RESSECCAO DE TUMORES MULTIPLOS E SIMULTANEOS DO TRATO URINARIO EM ONCOLOGIA	01	R\$ 4.280,18	R\$ 4.280,18	R\$ 42.801,80
	04.16.01.017-2	RESSECCAO ENDOSCOPICAS DE TUMOR VESICAL EM ONCOLOGIA	04	R\$ 1.040,42	R\$ 4.161,68	R\$ 41.616,80
SUBTOTAL			29	-	R\$ 96.783,43	R\$ 967.834,30
04.16.02	04.16.02.002-0	LINFADENECTOMIA PELVICA EM ONCOLOGIA	05	R\$ 1.673,40	R\$ 8.367,00	R\$ 83.670,00
	04.16.02.015-1	LINFADENECTOMIA RAD CERVICAL UNILATERAL EM ONCOLOGIA	01	R\$ 1.930,56	R\$ 1.930,56	R\$ 19.305,60
	04.16.02.016-0	LINFADENECTOMIA RADICAL MODIFICADA CERVICAL UNILATERAL EM ONCOLOGIA	01	R\$ 2.509,73	R\$ 2.509,73	R\$ 25.097,30
	04.16.02.018-6	LINFADENECTOMIA CERVICAL RECORRENCIAL UNILATERAL EM ONCOLOGIA	01	R\$ 2.509,73	R\$ 2.509,73	R\$ 25.097,30
	04.16.02.020-8	LINFADENECTOMIA SUPRACLAVICULAR UNILATERAL EM ONCOLOGIA	08	R\$ 1.809,42	R\$ 14.475,36	R\$ 144.753,60
	04.16.02.022-4	LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL EM ONCOLOGIA	14	R\$ 4.577,36	R\$ 64.083,04	R\$ 640.830,40
	04.16.02.023-2	LINFADENECTOMIA INGUINAL UNILATERAL EM ONCOLOGIA	01	R\$ 1.809,05	R\$ 1.809,05	R\$ 18.090,50
SUBTOTAL			31	-	R\$ 95.684,47	R\$ 956.844,70
04.16.03	04.16.03.008-4	PARATIREOIDECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	01	R\$ 2.234,19	R\$ 2.234,19	R\$ 22.341,90
	04.16.03.009-2	PAROTIDECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	01	R\$ 1.528,25	R\$ 1.528,25	R\$ 15.282,50
	04.16.03.025-4	LARINGECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA	03	R\$ 2.125,46	R\$ 6.376,38	R\$ 63.763,80
	04.16.03.027-0	TIREOIDECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	03	R\$ 2.836,30	R\$ 8.508,90	R\$ 85.089,00
SUBTOTAL			08	-	R\$ 18.647,72	R\$ 186.477,20
04.16.04	04.16.04.007-1	GASTRECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	06	R\$ 3.494,28	R\$ 20.965,68	R\$ 209.656,80
	04.16.04.014-4	RESSECCAO DE TUMOR RETROPERITONIAL C/ RESSECCAO DE ORGAOS CONTIGUOS EM ONCOLOGIA	01	R\$ 6.569,67	R\$ 6.569,67	R\$ 65.696,70
	04.16.04.020-9	BIOPSIAS MULTIPLAS INTRA ABDOMINAIS EM ONCOLOGIA	01	R\$ 4.551,80	R\$ 4.551,80	R\$ 45.518,00
	04.16.04.021-7	GASTRECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA	03	R\$ 2.795,42	R\$ 8.386,26	R\$ 83.862,60
	04.16.04.023-3	COLECISTECTOMIA EM ONCOLOGIA	06	R\$ 1.356,75	R\$ 8.140,50	R\$ 81.405,00
SUBTOTAL			17	-	R\$ 48.613,91	R\$ 486.139,10
04.16.05	04.16.05.007-7	RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINAL EM ONCOLOGIA	04	R\$ 5.434,40	R\$ 21.737,60	R\$ 217.376,00
SUBTOTAL			04	-	R\$ 21.737,60	R\$ 217.376,00
04.16.06	04.16.06.001-3	AMPUTAÇÃO CONICA DE COLO DE UTERO C/ COLPECTOMIA EM ONCOLOGIA	01	R\$ 1.808,69	R\$ 1.808,69	R\$ 18.086,90
	04.16.06.005-6	HISTERECTOMIA C/ RESSECCAO DE ORGAOS CONTIGUOS EM ONCOLOGIA	10	R\$ 5.265,02	R\$ 52.650,20	R\$ 526.502,00
	04.16.06.006-4	HISTERECTOMIA TOTAL AMPLIADA EM ONCOLOGIA	07	R\$ 5.403,43	R\$ 37.824,01	R\$ 378.240,10
	04.16.06.008-0	TRAQUELECTOMIA RADICAL EM ONCOLOGIA	01	R\$ 5.403,43	R\$ 5.403,43	R\$ 54.034,30
SUBTOTAL			19	-	R\$ 97.686,33	R\$ 976.863,30
04.16.08	04.16.08.003-0	EXCISÃO E SUTURA COM PLÁSTICA EM Z NA PELE EM ONCOLOGIA	3	R\$ 396,18	R\$ 1.188,54	R\$ 11.885,40
	04.16.08.008-1	RECONSTRUÇÃO C/RETALHO MIOCUTANEO (QP) EM ONCOLOGIA	15	R\$ 3.359,04	R\$ 50.385,60	R\$ 503.856,00
SUBTOTAL			18	-	R\$ 51.574,14	R\$ 515.741,40
04.16.09	04.16.09.013-3	RESSECCAO AMPLIADA DE TUMORES DE PARTE MOLES EM ONCOLOGIA	20	R\$ 3.972,21	R\$ 79.444,20	R\$ 794.442,00
SUBTOTAL			20	-	R\$ 79.444,20	R\$ 794.442,00
04.16.11	04.16.11.007-0	RESSECCAO PULMONAR EM CUNHA EM ONCO	01	R\$ 2.726,58	R\$ 2.726,58	R\$ 27.265,80
SUBTOTAL			01	-	R\$ 2.726,58	R\$ 27.265,80
04.16.12	04.16.12.002-4	MASTECTOMIA RAD C/LINFADENECTOMIA ACILAR EM ONCOLOGIA	15	R\$ 2.462,85	R\$ 36.942,75	R\$ 369.427,50
	04.16.12.004-0	RESSECCAO DE LESÃO DE PELE NÃO PALPÁVEL DE MAMA COM MARCAÇÃO EM ONCOLOGIA (POR MAMA)	04	R\$ 1.498,64	R\$ 5.994,56	R\$ 59.945,60
SUBTOTAL			19	-	R\$ 42.937,31	R\$ 429.373,10
TOTAL			248	-	R\$ 555.835,69	R\$ 5.558.356,90

- 11ª e 12ª Parcelas

FORMA DE ORGANIZAÇÃO	PROCEDIMENTO	NOME PROCEDIMENTO	Meta Física	Valor SIETAP	Valor Mensal	Valor Anual
----------------------	--------------	-------------------	-------------	--------------	--------------	-------------

			Mensal			
04.15.02	04.15.02.005-0	PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ONCOLOGIA	80	R\$ 00,00	R\$ 00,00	R\$ 00,00
SUBTOTAL			80	-	R\$ 00,00	R\$ 00,00
04.16.01	04.16.01.004-0	CISTENTEROPLASTIA EM ONCOLOGIA	01	R\$ 4.083,73	R\$ 4.083,73	R\$ 8.167,46
	04.16.01.007-5	NEFRECTOMIA EM ONCOLOGIA	02	R\$ 1.753,30	R\$ 3.506,60	R\$ 7.013,20
	04.16.01.011-3	ORQUIECTOMIA UNILATERAL EM ONCOLOGIA	03	R\$ 852,49	R\$ 2.557,47	R\$ 5.114,94
	04.16.01.012-1	PROSTATECTOMIA EM ONCOLOGIA	03	R\$ 3.983,29	R\$ 11.949,87	R\$ 23.899,74
	04.16.01.013-0	PROSTATOVESICULECTOMIA RADICAL EM ONCOLOGIA	15	R\$ 4.416,26	R\$ 66.243,90	R\$ 132.487,80
	04.16.01.016-4	RESSECCAO DE TUMORES MULTIPLOS E SIMULTANEOS DO TRATO URINARIO EM ONCOLOGIA	01	R\$ 4.280,18	R\$ 4.280,18	R\$ 8.560,36
	04.16.01.017-2	RESSECCAO ENDOSCOPICAS DE TUMOR VESICAL EM ONCOLOGIA	03	R\$ 1.040,42	R\$ 3.121,26	R\$ 6.242,52
SUBTOTAL			28	-	R\$ 95.743,01	R\$ 191.486,02
04.16.02	04.16.02.002-0	LINFADENECTOMIA PELVICA EM ONCOLOGIA	05	R\$ 1.673,40	R\$ 8.367,00	R\$ 16.734,00
	04.16.02.015-1	LINFADENECTOMIA RAD CERVICAL UNILATERAL EM ONCOLOGIA	01	R\$ 1.930,56	R\$ 1.930,56	R\$ 3.861,12
	04.16.02.016-0	LINFADENECTOMIA RADICAL MODIFICADA CERVICAL UNILATERAL EM ONCOLOGIA	01	R\$ 2.509,73	R\$ 2.509,73	R\$ 5.019,46
	04.16.02.018-6	LINFADENECTOMIA CERVICAL RECORRENCIAL UNILATERAL EM ONCOLOGIA	01	R\$ 2.509,73	R\$ 2.509,73	R\$ 5.019,46
	04.16.02.020-8	LINFADENECTOMIA SUPRACLAVICULAR UNILATERAL EM ONCOLOGIA	08	R\$ 1.809,42	R\$ 14.475,36	R\$ 28.950,72
	04.16.02.022-4	LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL EM ONCOLOGIA	14	R\$ 4.577,36	R\$ 64.083,04	R\$ 128.166,08
	04.16.02.023-2	LINFADENECTOMIA INGUINAL UNILATERAL EM ONCOLOGIA	01	R\$ 1.809,05	R\$ 1.809,05	R\$ 3.618,10
SUBTOTAL			31	-	R\$ 95.684,47	R\$ 191.368,94
04.16.03	04.16.03.008-4	PARATIREOIDEECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	01	R\$ 2.234,19	R\$ 2.234,19	R\$ 4.468,38
	04.16.03.009-2	PAROTIDEECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	01	R\$ 1.528,25	R\$ 1.528,25	R\$ 3.056,50
	04.16.03.025-4	LARINGECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA	03	R\$ 2.125,46	R\$ 6.376,38	R\$ 12.752,76
	04.16.03.027-0	TIREOIDEECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	03	R\$ 2.836,30	R\$ 8.508,90	R\$ 17.017,80
SUBTOTAL			08	-	R\$ 18.647,72	R\$ 37.295,44
04.16.04	04.16.04.007-1	GASTRECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	06	R\$ 3.494,28	R\$ 20.965,68	R\$ 41.931,36
	04.16.04.014-4	RESSECCAO DE TUMOR RETROPERITONIAL C/ RESSECCAO DE ORGAOS CONTIGUOS EM ONCOLOGIA	01	R\$ 6.569,67	R\$ 6.569,67	R\$ 13.139,34
	04.16.04.020-9	BIOPSIAS MULTIPLAS INTRA ABDOMINAIS EM ONCOLOGIA	01	R\$ 4.551,80	R\$ 4.551,80	R\$ 9.103,60
	04.16.04.021-7	GASTRECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA	03	R\$ 2.795,42	R\$ 8.386,26	R\$ 16.772,52
	04.16.04.023-3	COLECISTECTOMIA EM ONCOLOGIA	06	R\$ 1.356,75	R\$ 8.140,50	R\$ 16.281,00
SUBTOTAL			17	-	R\$ 48.613,91	R\$ 97.227,82
04.16.05	04.16.05.007-7	RETOSSIGMOIDEECTOMIA ABDOMINAL EM ONCOLOGIA	04	R\$ 5.434,40	R\$ 21.737,60	R\$ 43.475,20
SUBTOTAL			04	-	R\$ 21.737,60	R\$ 43.475,20
04.16.06	04.16.06.001-3	AMPUTAÇÃO CONICA DE COLO DE UTERO C/COLECTOMIA EM ONCOLOGIA	01	R\$ 1.808,69	R\$ 1.808,69	R\$ 3.617,38
	04.16.06.005-6	HISTERECTOMIA C/ RESSECCAO DE ORGAOS CONTIGUOS EM ONCOLOGIA	10	R\$ 5.265,02	R\$ 52.650,20	R\$ 105.300,40
	04.16.06.006-4	HISTERECTOMIA TOTAL AMPLIADA EM ONCOLOGIA	07	R\$ 5.403,43	R\$ 37.824,01	R\$ 75.648,02
	04.16.06.008-0	TRAQUELECTOMIA RADICAL EM ONCOLOGIA	01	R\$ 5.403,43	R\$ 5.403,43	R\$ 10.806,86
SUBTOTAL			19	-	R\$ 97.686,33	R\$ 195.372,66
04.16.08	04.16.08.003-0	EXCISÃO E SUTURA COM PLÁSTICA EM Z NA PELE EM ONCOLOGIA	3	R\$ 396,18	R\$ 1.188,54	R\$ 2.377,08
	04.16.08.008-1	RECONSTRUÇÃO C/RETALHO MIOCUTANEO (QP) EM ONCOLOGIA	15	R\$ 3.359,04	R\$ 50.385,60	R\$ 100.771,20
SUBTOTAL			18	-	R\$ 51.574,14	R\$ 103.148,28
04.16.09	04.16.09.013-3	RESSECCAO AMPLIADA DE TUMORES DE PARTE MOLES EM ONCOLOGIA	20	R\$ 3.972,21	R\$ 79.444,20	R\$ 158.888,40
SUBTOTAL			20	-	R\$ 79.444,20	R\$ 158.888,40
04.16.11	04.16.11.007-0	RESSECCAO PULMONAR EM CUNHA EM ONCO	01	R\$ 2.726,58	R\$ 2.726,58	R\$ 5.453,16
SUBTOTAL			01	-	R\$ 2.726,58	R\$ 5.453,16
04.16.12	04.16.12.002-4	MASTECTOMIA RAD C/LINFADENECTOMIA ACILAR EM ONCOLOGIA	15	R\$ 2.462,85	R\$ 36.942,75	R\$ 73.885,50
	04.16.12.004-0	RESSECCAO DE LESÃO DE PELE NÃO PALPÁVEL DE MAMA COM MARCAÇÃO EM ONCOLOGIA (POR MAMA)	04	R\$ 1.498,64	R\$ 5.994,56	R\$ 11.989,12
SUBTOTAL			19	-	R\$ 42.937,31	R\$ 85.874,62
TOTAL			248	-	R\$ 554.795,27	R\$ 1.109.590,54

7.5. PROCEDIMENTOS HOSPITALARES DE TRANSPLANTES – ALTA COMPLEXIDADE – FAEC
- 1ª a 10ª Parcelas

PROCEDIMENTO	NOME PROCEDIMENTO	Meta Física Mensal	Valor SIGTAP	Valor Mensal	Valor 10 Meses
05.05.01.007-0	TRANSPLANTE AUTOGENICO DE CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS DE MEDULA OSSEA	01	R\$ 22.968,78	R\$ 22.968,78	R\$ 229.687,80
SUBTOTAL		01	-	R\$ 22.968,78	R\$ 229.687,80
05.05.02.001-7	PARTICIPACAO DE EQUIPE NEFROLOGICA EM TRANSPLANTE RENAL DE DOADOR FALECIDO	02	R\$ 0,00	R\$ 0,00	0,00
05.05.02.005-0	TRANSPLANTE DE FIGADO (ORGÃO DE DOADOR FALECIDO)	02	R\$ 68.838,89	R\$ 220.284,45	R\$ 2.202.844,50
05.05.02.009-2	TRANSPLANTE DE RIM (ORGÃO DE DOADOR FALECIDO)	02	R\$ 27.622,67	R\$ 88.392,54	R\$ 883.925,40
SUBTOTAL		06	-	R\$ 308.676,99	R\$ 3.086.769,90
05.06.02.002-9	INTERCORRENCIA PÓS-TRANSPLANTE AUTOGENICO DE CELULAS-TRONCO	01	R\$ 135,00	R\$ 135,00	R\$ 1.350,00
05.06.02.004-5	TRATAMENTO DE INTERCORRÊNCIA PÓS-TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS / CÉLULAS -TRONCO HEMATOPOÉTICAS	01	R\$ 135,00	R\$ 216,00	R\$ 2.160,00
05.06.02.005-3	TRATAMENTO DE INTERCORRÊNCIA PÓS-TRANSPLANTE DE RIM - PÓS TRANSPLANTE CRÍTICO	02	R\$ 118,05	R\$ 377,76	R\$ 3.777,60
05.06.02.009-6	TRATAMENTO DE INTERCORRENCIA PÓS TRANSPLANTE DE FIGADO - PÓS TRANSPLANTE CRÍTICO	02	R\$ 382,44	R\$ 1.223,81	R\$ 12.238,10
SUBTOTAL		06	-	R\$ 1.952,57	R\$ 19.525,70
TOTAL		13	-	R\$ 333.598,34	R\$ 3.335.983,40

- 11ª e 12ª Parcelas

PROCEDIMENTO	NOME PROCEDIMENTO	Meta Física Mensal	Valor SIGTAP	Incremento SIGTAP	Valor unitário (SIGTAP + Incremento)	Valor Mensal	Valor 2 Meses
05.01.07.003-6	TIPAGEM SANGUINEA ABO E OUTROS EXAMES HEMATOLOGICOS EM POSSIVEL DOADOR DE ORGAOS - HOSPITALAR	04	R\$ 15,00	R\$ 0,00	R\$ 00	R\$ 60,00	R\$ 120,00
SUBTOTAL		04	-	-	-	R\$ 60,00	R\$ 120,00
05.01.08.008-2	SOROLOGIA EM PACIENTE TRANSPLANTADO - HOSPITALAR	10	R\$ 20,00	R\$ 0,00	R\$ 00	R\$ 200,00	R\$ 400,00
SUBTOTAL		10	-	-	-	R\$ 200,00	R\$ 400,00
05.02.01.001-0	AVALIACAO CLINICA DE MORTE ENCEFALICA EM MAIOR DE 2 ANOS - HOSPITALAR	04	R\$ 215,00	R\$ 0,00	R\$ 00	R\$ 860,00	R\$ 1.720,00
05.02.01.002-9	AVALIACAO CLINICA DE MORTE ENCEFALICA EM MENOR DE 2 ANOS	01	R\$ 275,00	R\$ 0,00	R\$ 00	R\$ 275,00	R\$ 550,00
SUBTOTAL		05	-	-	-	R\$ 1.135,00	R\$ 2.270,00
05.05.01.007-0	TRANSPLANTE AUTOGENICO DE CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS DE MEDULA OSSEA	01	R\$ 22.968,78	R\$ 0,00	R\$ 22.968,78	R\$ 22.968,78	R\$ 45.937,56
SUBTOTAL		01	-	-	-	R\$ 22.968,78	R\$ 45.937,56
05.05.02.001-7	PARTICIPACAO DE EQUIPE NEFROLOGICA EM TRANSPLANTE RENAL DE DOADOR FALECIDO	02	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	0,00
05.05.02.005-0	TRANSPLANTE DE FIGADO (ORGÃO DE DOADOR FALECIDO)	02	R\$ 68.838,89	R\$ 48.187,22	R\$ 117.026,11	R\$ 234.046,22	R\$ 468.092,44
05.05.02.009-2	TRANSPLANTE DE RIM (ORGÃO DE DOADOR FALECIDO)	02	R\$ 27.622,67	R\$ 22.098,14	R\$ 49.720,81	R\$ 99.441,62	R\$ 198.883,24
SUBTOTAL		06	-	-	-	R\$ 333.487,84	R\$ 666.975,68
05.06.02.002-9	INTERCORRENCIA PÓS-TRANSPLANTE AUTOGENICO DE CELULAS-TRONCO	01	R\$ 135,00	R\$ 0,00	R\$ 135,00	R\$ 135,00	R\$ 270,00
05.06.02.004-5	TRATAMENTO DE INTERCORRÊNCIA PÓS-TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS / CÉLULAS -TRONCO HEMATOPOÉTICAS	01	R\$ 135,00	R\$ 0,00	R\$ 135,00	R\$ 135,00	R\$ 270,00
05.06.02.005-3	TRATAMENTO DE INTERCORRÊNCIA PÓS-TRANSPLANTE DE RIM - PÓS TRANSPLANTE CRÍTICO	02	R\$ 118,05	R\$ 94,44	R\$ 212,49	R\$ 424,98	R\$ 849,96
05.06.02.009-6	TRATAMENTO DE INTERCORRENCIA	02	R\$ 382,44	R\$ 267,71	R\$ 650,15	R\$ 1.300,30	R\$ 2.600,60

	PÓS TRANSPLANTE DE FÍGADO - PÓS TRANSPLANTE CRÍTICO						
SUBTOTAL	06	-	-	-	-	R\$ 1.995,28	R\$ 3.990,56
TOTAL	32	-	-	-	-	R\$ 359.846,90	R\$ 719.693,80

7.7. AÇÕES COMPLEMENTARES DA ATENÇÃO À SAÚDE – MAC

7.7.1. Ações Relacionadas ao Estabelecimento - INCENTIVOS

- 1ª a 12ª Parcelas

FORMA DE ORGANIZAÇÃO	PROCEDIMENTO	NOME PROCEDIMENTO	Meta Física Mensal	Valor SIGTAP	Valor Mensal	Valor 12 Meses
08.01.01	08.01.01.003-9	INCENTIVO AO PARTO - PHPN (COMPONENTE I)	180	R\$ 40,00	R\$ 7.200,00	R\$ 86.400,00
	08.01.01.004-7	INCENTIVO AO REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO	180	R\$ 5,00	R\$ 900,00	R\$ 10.800,00
SUBTOTAL			360	-	R\$ 8.100,00	R\$ 97.200,00

7.7.2. Ações Relacionadas ao Atendimento – DIÁRIAS

7.7.2.1 Diárias de Acompanhantes

- 1ª a 12ª Parcelas

FORMA DE ORGANIZAÇÃO	PROCEDIMENTO	NOME PROCEDIMENTO	Meta Física Mensal	Valor SIGTAP	Valor Mensal	Valor 12 Meses
08.02.01	08.02.01.003-2	DIÁRIA DE ACOMPANHANTE DE GESTANTE C/ PERNOITE	360	R\$ 8,00	R\$ 2.880,00	R\$ 34.560,00
SUBTOTAL			360	-	R\$ 2.880,00	R\$ 34.560,00

7.7.2.2. Diárias de UTI ADULTO Tipo II

- 1ª a 12ª Parcelas

FORMA DE ORGANIZAÇÃO	PROCEDIMENTO	NOME PROCEDIMENTO	Meta Física Mensal	Valor SIGTAP	Valor Mensal	Valor 12 Meses
08.02.01	08.02.01.008-3	LEITOS DE UTI ADULTO (06 Leitos)	164	R\$ 600,00	R\$ 98.400,00	R\$ 1.180.800,00
SUBTOTAL			164	-	R\$ 98.400,00	R\$ 1.180.800,00

7.7.2.3. Diárias de UTI Neonatal

- 1ª a 12ª Parcelas

FORMA DE ORGANIZAÇÃO	PROCEDIMENTO	NOME PROCEDIMENTO	Meta Física Mensal	Valor SIGTAP	Valor Mensal	Valor 12 Meses
08.02.01	08.02.01.012-1	LEITOS DE UTI NEO (10 Leitos)	274	R\$ 600,00	R\$ 164.400,00	R\$ 1.972.800,00
SUBTOTAL			274	-	R\$ 164.400,00	R\$ 1.972.800,00

7.7.2.4. Diárias de UCINco

- 1ª a 12ª Parcelas

FORMA DE ORGANIZAÇÃO	PROCEDIMENTO	NOME PROCEDIMENTO	Meta Física Mensal	Valor SIGTAP	Valor Mensal	Valor 12 Meses
08.02.01	08.02.01.023-7	UCINco (08 leitos)	219	R\$ 180,00	R\$ 39.420,00	R\$ 473.040,00
SUBTOTAL			219	-	R\$ 39.420,00	R\$ 473.040,00

7.7.2.5 Diárias de UCINca

- 1ª a 12ª Parcelas

FORMA DE ORGANIZAÇÃO	PROCEDIMENTO	NOME PROCEDIMENTO	Meta Física Mensal	Valor SIGTAP	Valor Mensal	Valor 12 Meses
08.02.01	08.02.01.024-5	UCINca (04 leitos)	109	R\$ 150,00	R\$ 16.350,00	R\$ 196.200,00
SUBTOTAL			109	-	R\$ 16.350,00	R\$ 196.200,00

B. PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA
B.1. PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA SAI

- 1ª a 10ª Parcelas

FORMA DE ORGANIZAÇÃO	PRODUÇÃO SIA					
	META MENSAL					
	MAC	FAEC	TOTAL	MAC	FAEC	TOTAL
03.01.01	400		400	R\$ 4.000,00		R\$ 4.000,00
03.01.06	600		600	R\$ 6.894,00		R\$ 6.894,00
02.01.01	32		32	R\$ 2.356,96		R\$ 2.356,96
02.02.01	674		674	R\$ 1.446,92		R\$ 1.446,92
02.02.02	297		297	R\$ 1.085,05		R\$ 1.085,05
02.02.03	177		177	R\$ 1.599,81		R\$ 1.599,81
02.02.05	07		07	R\$ 25,90		R\$ 25,90
02.02.06	03		03	R\$ 28,41		R\$ 28,41
02.02.08	16		16	R\$ 205,57		R\$ 205,57
02.02.12	199		199	R\$ 272,63		R\$ 272,63
02.03.01	03		03	R\$ 70,02		R\$ 70,02
02.03.02	50		50	R\$ 4.149,49		R\$ 4.149,49
02.04.03	60		60	R\$ 412,80		R\$ 412,80
02.05.02	100		100	R\$ 2.695,00		R\$ 2.695,00
02.06.01	06		06	R\$ 545,56		R\$ 545,56
02.06.02	03		03	R\$ 309,91		R\$ 309,91
02.06.03	03		03	R\$ 364,01		R\$ 364,01
02.08.01	04		04	R\$ 1.183,16		R\$ 1.183,16
02.08.02	02		02	R\$ 321,19		R\$ 321,19
02.08.03	03		03	R\$ 740,52		R\$ 740,52
02.08.04	02		02	R\$ 298,27		R\$ 298,27
02.08.05	01		01	R\$ 190,99		R\$ 190,99
02.08.08	01		01	R\$ 141,33		R\$ 141,33
02.08.09	01		01	R\$ 289,43		R\$ 289,43
02.09.01	50		50	R\$ 3.447,70		R\$ 3.447,70
02.11.02	50		50	R\$ 257,50		R\$ 257,50
02.11.04	200		200	R\$ 338,00		R\$ 338,00
02.11.07	15		15	R\$ 61,65		R\$ 61,65
02.14.01	401		401	R\$ 401,00		R\$ 401,00
03.04.01 (RADIOTERAPIA)	51		51	R\$ 215.586,00		R\$ 215.586,00
03.04 (QUIMIOTERAPIA)	769		769	R\$ 322.464,80		R\$ 322.464,80
05.01.03.007-7		01	01		R\$ 2.461,24	R\$ 2.461,24
05.01.03.009-3		01	01		R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00
05.01.05.004-3		04	04		R\$ 1.360,80	R\$ 1.360,80
05.01.07.002-8		04	04		R\$ 744,00	R\$ 744,00
05.01.07.003-6		04	04		R\$ 60,00	R\$ 60,00
05.01.07.005-2		02	02		R\$ 4.932,00	R\$ 4.932,00
05.01.07.006-0		02	02		R\$ 2.330,22	R\$ 2.330,22
05.01.08.001-5		10	10		R\$ 350,00	R\$ 350,00
05.01.08.002-3		10	10		R\$ 750,00	R\$ 750,00
05.01.08.003-1		20	20		R\$ 1.046,60	R\$ 1.046,60
05.01.08.004-0		20	20		R\$ 1.046,60	R\$ 1.046,60
05.01.08.005-8		10	10		R\$ 523,30	R\$ 523,30
05.01.08.006-6		21	21		R\$ 525,00	R\$ 525,00
05.01.08.007-4		10	10		R\$ 150,00	R\$ 150,00
05.01.08.008-2		10	10		R\$ 200,00	R\$ 200,00
05.01.08.009-0		10	10		R\$ 120,00	R\$ 120,00
05.01.08.010-4		20	20		R\$ 1.046,60	R\$ 1.046,60
05.02.01.001-0		04	04		R\$ 860,00	R\$ 860,00
05.02.01.002-9		01	01		R\$ 275,00	R\$ 275,00
05.06.01.002-3		60	60		R\$ 12.960,00	R\$ 12.960,00
05.06.01.004-0		05	05		R\$ 1.080,00	R\$ 1.080,00
05.06.01.005-8		01	01		R\$ 215,00	R\$ 215,00
TOTAL	4.180	230	4.410	R\$ 572.183,58	R\$ 35.036,36	R\$ 607.219,94

- 11ª e 12ª Parcelas

FORMA DE ORGANIZAÇÃO	PRODUÇÃO SIA					
	META MENSAL					
	MAC	FAEC	TOTAL	MAC	FAEC	TOTAL
03.01.01	400		400	R\$ 4.000,00		R\$ 4.000,00
03.01.06	600		600	R\$ 6.894,00		R\$ 6.894,00
02.01.01	32		32	R\$ 2.356,96		R\$ 2.356,96
02.02.01	1109		1109	R\$ 2.303,67		R\$ 2.303,67
02.02.02	319		319	R\$ 1.175,47		R\$ 1.175,47
02.02.03	182		182	R\$ 1.681,91		R\$ 1.681,91
02.02.05	10		10	R\$ 37,00		R\$ 37,00
02.02.06	03		03	R\$ 28,41		R\$ 28,41
02.02.08	16		16	R\$ 205,57		R\$ 205,57
02.02.12	199		199	R\$ 272,63		R\$ 272,63
02.03.01	03		03	R\$ 70,02		R\$ 70,02
02.03.02	50		50	R\$ 4.149,49		R\$ 4.149,49
02.04.03	60		60	R\$ 412,80		R\$ 412,80
02.05.02	100		100	R\$ 2.695,00		R\$ 2.695,00
02.06.01	06		06	R\$ 545,56		R\$ 545,56
02.06.02	03		03	R\$ 309,91		R\$ 309,91
02.06.03	03		03	R\$ 364,01		R\$ 364,01
02.08.01	04		04	R\$ 1.183,16		R\$ 1.183,16
02.08.02	02		02	R\$ 321,19		R\$ 321,19
02.08.03	03		03	R\$ 740,52		R\$ 740,52
02.08.04	02		02	R\$ 298,27		R\$ 298,27
02.08.05	01		01	R\$ 190,99		R\$ 190,99
02.08.08	01		01	R\$ 141,33		R\$ 141,33
02.08.09	01		01	R\$ 289,43		R\$ 289,43
02.09.01	50		50	R\$ 3.447,70		R\$ 3.447,70
02.11.02	50		50	R\$ 257,50		R\$ 257,50
02.11.04	200		200	R\$ 338,00		R\$ 338,00
02.11.07	15		15	R\$ 61,65		R\$ 61,65
02.14.01	401		401	R\$ 401,00		R\$ 401,00
03.04.01 (RADIOTERAPIA)	51		51	R\$ 215.586,00		R\$ 215.586,00
03.04 (QUIMIOTERAPIA)	769		769	R\$ 322.464,80		R\$ 322.464,80
05.01.03.007-7		01	01		R\$ 2.461,24	R\$ 2.461,24
05.01.03.009-3		01	01		R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00
05.01.05.004-3		04	04		R\$ 1.360,80	R\$ 1.360,80
05.01.07.002-8		04	04		R\$ 744,00	R\$ 744,00
05.01.07.005-2		02	02		R\$ 8.384,40	R\$ 8.384,40
05.01.07.013-3		02	02		R\$ 4.194,40	R\$ 4.194,40
05.01.08.001-5		10	10		R\$ 350,00	R\$ 350,00
05.01.08.002-3		10	10		R\$ 750,00	R\$ 750,00
05.01.08.003-1		20	20		R\$ 1.046,60	R\$ 1.046,60
05.01.08.004-0		20	20		R\$ 1.046,60	R\$ 1.046,60
05.01.08.005-8		10	10		R\$ 523,30	R\$ 523,30
05.01.08.006-6		21	21		R\$ 525,00	R\$ 525,00
05.01.08.007-4		10	10		R\$ 150,00	R\$ 150,00
05.01.08.009-0		10	10		R\$ 120,00	R\$ 120,00
05.01.08.010-4		20	20		R\$ 1.046,60	R\$ 1.046,60
05.06.01.006-6		12	12		R\$ 1.620,00	R\$ 1.620,00
05.06.01.010-4		24	24		R\$ 5.832,00	R\$ 5.832,00
05.06.01.011-2		24	24		R\$ 5.508,00	R\$ 5.508,00
05.06.01.018-0		02	02		R\$ 486,00	R\$ 486,00
05.06.01.019-8		02	02		R\$ 459,00	R\$ 459,00
05.06.01.005-8		01	01		R\$ 215,00	R\$ 215,00
TOTAL	4.645	210	4.855	R\$ 573.223,95	R\$ 38.822,94	R\$ 612.046,89

8.2. PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA SIH

- 1ª a 10ª Parcelas

FORMA DE ORGANIZAÇÃO	PRODUÇÃO SIH					
	META MENSAL					
	MAC	FAEC	TOTAL	MAC	FAEC	TOTAL
02.05.02	220		220	R\$ 5.940,00		R\$ 5.940,00
02.11.04	80		80	R\$ 135,20		R\$ 135,20
02.11.07	360		360	R\$ 10.870,20		R\$ 10.870,20
03.01.01	180		180	R\$ 1.800,00		R\$ 1.800,00
03.03.01	03		03	R\$ 776,31		R\$ 776,31
03.03.16	34		34	R\$ 13.514,49		R\$ 13.514,49
03.04.10	01		01	R\$ 45,93		R\$ 45,93
03.08.04	01		01	R\$ 199,33		R\$ 199,33
03.10.01	284		284	R\$ 55.620,78		R\$ 55.620,78
04.11.01	87		87	R\$ 44.985,33		R\$ 44.985,33
04.11.02	15		15	R\$ 3.916,30		R\$ 3.916,30
04.15.02	80		80	R\$ 00,00		R\$ 00,00
04.16.01	29		29	R\$ 96.783,43		R\$ 96.783,43
04.16.02	31		31	R\$ 95.684,47		R\$ 95.684,47
04.16.03	08		08	R\$ 18.647,72		R\$ 18.647,72
04.16.04	17		17	R\$ 48.613,91		R\$ 48.613,91
04.16.05	04		04	R\$ 21.737,60		R\$ 21.737,60
04.16.06	19		19	R\$ 97.686,33		R\$ 97.686,33
04.16.08	18		18	R\$ 51.574,14		R\$ 51.574,14
04.16.09	20		20	R\$ 79.444,20		R\$ 79.444,20
04.16.11	01		01	R\$ 2.726,58		R\$ 2.726,58
04.16.12	19		19	R\$ 42.937,31		R\$ 42.937,31
08.01.01	360		360	R\$ 8.100,00		R\$ 8.100,00
08.02.01	1.126		1.126	R\$ 321.450,00		R\$ 321.450,00
05.05.01.007-0		01	01		R\$ 22.968,78	R\$ 22.968,78
05.05.02.001-7		02	02		R\$ 0,00	R\$ 0,00
05.05.02.005-0		02	02		R\$ 220.284,45	R\$ 220.284,45
05.05.02.009-2		02	02		R\$ 88.392,54	R\$ 88.392,54
05.06.02.002-9		01	01		R\$ 135,00	R\$ 135,00
05.06.02.004-5		01	01		R\$ 216,00	R\$ 216,00
05.06.02.005-3		02	02		R\$ 377,76	R\$ 377,76
05.06.02.009-6		02	02		R\$ 1.223,81	R\$ 1.223,81
TOTAL	2.997	13	3.010	R\$ 1.023.189,56	R\$ 333.598,32	R\$ 1.356.787,88

- 11ª e 12ª Parcelas

FORMA DE ORGANIZAÇÃO	PRODUÇÃO SIH					
	META MENSAL					
	MAC	FAEC	TOTAL	MAC	FAEC	TOTAL
02.05.02	220		220	R\$ 5.940,00		R\$ 5.940,00
02.11.04	80		80	R\$ 135,20		R\$ 135,20
02.11.07	360		360	R\$ 10.870,20		R\$ 10.870,20
03.01.01	180		180	R\$ 1.800,00		R\$ 1.800,00
03.03.01	03		03	R\$ 776,31		R\$ 776,31
03.03.16	34		34	R\$ 13.514,49		R\$ 13.514,49
03.04.10	01		01	R\$ 45,93		R\$ 45,93
03.08.04	01		01	R\$ 199,33		R\$ 199,33
03.10.01	284		284	R\$ 55.620,78		R\$ 55.620,78
04.11.01	87		87	R\$ 44.985,33		R\$ 44.985,33
04.11.02	15		15	R\$ 3.916,30		R\$ 3.916,30
04.15.02	80		80	R\$ 00,00		R\$ 00,00
04.16.01	28		28	R\$ 95.743,01		R\$ 95.743,01
04.16.02	31		31	R\$ 95.684,47		R\$ 95.684,47
04.16.03	08		08	R\$ 18.647,72		R\$ 18.647,72
04.16.04	17		17	R\$ 48.613,91		R\$ 48.613,91
04.16.05	04		04	R\$ 21.737,60		R\$ 21.737,60
04.16.06	19		19	R\$ 97.686,33		R\$ 97.686,33
04.16.08	18		18	R\$ 51.574,14		R\$ 51.574,14
04.16.09	20		20	R\$ 79.444,20		R\$ 79.444,20

04.16.11	01		01	R\$ 2.726,58		R\$ 2.726,58
04.16.12	19		19	R\$ 42.937,31		R\$ 42.937,31
08.01.01	360		360	R\$ 8.100,00		R\$ 8.100,00
08.02.01	1.126		1.126	R\$ 321.450,00		R\$ 321.450,00
05.01.07.003-6		04	04		R\$ 60,00	R\$ 60,00
05.01.08.008-2		10	10		R\$ 200,00	R\$ 200,00
05.02.01.001-0		04	04		R\$ 860,00	R\$ 860,00
05.02.01.002-9		01	01		R\$ 275,00	R\$ 275,00
05.05.01.007-0		01	01		R\$ 22.968,78	R\$ 22.968,78
05.05.02.001-7		02	02		R\$ 0,00	R\$ 0,00
05.05.02.005-0		02	02		R\$ 234.046,22	R\$ 234.046,22
05.05.02.009-2		02	02		R\$ 99.441,62	R\$ 99.441,62
05.06.02.002-9		01	01		R\$ 135,00	R\$ 135,00
05.06.02.004-5		01	01		R\$ 135,00	R\$ 135,00
05.06.02.005-3		02	02		R\$ 424,98	R\$ 424,98
05.06.02.009-6		02	02		R\$ 1.300,30	R\$ 1.300,30
TOTAL	2.996	32	3.028	R\$ 1.022.149,14	R\$ 359.846,90	1.381.996,04

9. CONSOLIDADO

9.1. CONSOLIDADO DA PRODUÇÃO

- 1ª a 10ª Parcelas

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA			MENSAL	10 MESES
SIA	Média e Alta Complexidade - MAC	Físico	4.180	41.800
		Financeiro	R\$ 572.183,58	R\$ 5.721.835,80
	FAEC	Físico	230	2.300
		Financeiro	R\$ 35.036,36	R\$ 350.363,60
TOTAL SIA		Físico	4.410	44.100
		Financeiro	R\$ 607.219,94	R\$ 6.072.199,40
SIH	Média e Alta Complexidade - MAC	Físico	2.997	29.970
		Financeiro	R\$ 1.023.189,56	R\$ 10.231.895,60
	FAEC	Físico	13	130
		Financeiro	R\$ 333.598,32	R\$ 3.335.983,20
TOTAL SIH		Físico	3.010	30.100
		Financeiro	R\$ 1.356.787,88	R\$ 13.567.878,80
TOTAL PARA 10 MESES		Físico	7.420	74.200
		Financeiro	R\$ 1.964.007,82	R\$ 19.640.078,20

- 11ª e 12ª Parcelas

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA		MENSAL	02 MESES	
SIA	Média e Alta Complexidade - MAC	Físico	4.645	9.290
		Financeiro	R\$ 573.223,95	R\$ 1.146.447,90
	FAEC	Físico	210	420
		Financeiro	R\$ 38.822,94	R\$ 77.645,88
TOTAL SIA		Físico	4.855	9.710
		Financeiro	R\$ 612.046,89	R\$ 1.224.093,78
SIH	Média e Alta Complexidade - MAC	Físico	2.996	5.992
		Financeiro	R\$ 1.022.149,14	R\$ 2.044.298,28
	FAEC	Físico	32	64
		Financeiro	R\$ 359.846,90	R\$ 719.693,80
TOTAL SIH		Físico	3.028	6.056
		Financeiro	R\$ 1.381.996,04	R\$ 2.763.992,08
TOTAL PARA 02 MESES		Físico	7.883	15.768
		Financeiro	R\$ 1.994.042,93	R\$ 3.988.085,86

TOTAL GERAL PARA 12 MESES	Físico	89.968
	Financeiro	R\$ 23.628.164,06

10. Recurso Financeiro do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde (Portaria GM/MS Nº 6.464, de 30 de dezembro de 2024)

Portaria GM/MS Nº 6.464/2024	Valor (pré-fixado)	Observações
Recurso financeiro do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção Especializada para entidades sem fins lucrativos, que prestam serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS) e possuem produção assistencial aprovada pelos gestores estaduais e municipais do SUS, o qual contempla o HOSPITAL CURA D'ARS , CNES 2611686.	R\$ 430.586,36 PARCELA ÚNICA *	Recurso destinado à manutenção das condições de oferta e continuidade da prestação das ações e serviços públicos de saúde e ao funcionamento dos órgãos e estabelecimentos responsáveis pela implementação das ações e serviços públicos de saúde, conforme Art. 5º da Portaria Nº 828, de 17 de abril de 2020**.

*Pagamento condicionado ao repasse do Ministério da Saúde.

**Portaria Nº 828/2020, Art. 5º: "Art. 5º Os recursos financeiros referentes ao Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde que trata o inciso I do caput do art. 3º serão transferidos aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios em conta corrente única e destinam-se à:

I - à manutenção das condições de oferta e continuidade da prestação das ações e serviços públicos de saúde, inclusive para financiar despesas com reparos e adaptações, nos termos da classificação serviço de terceiros do Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público, instituído pela Portaria STN/SOF nº 6, de 18 de dezembro de 2018;

II - ao funcionamento dos órgãos e estabelecimentos responsáveis pela implementação das ações e serviços públicos de saúde;

Parágrafo único. Fica vedada a utilização de recursos financeiros referentes ao Bloco de Manutenção para o pagamento de:

V - obras de construções novas bem como de ampliações de imóveis já existentes, ainda que utilizados para a realização de ações e/ou serviços de saúde." (NR)".

11. PROGRAMA MAIS ACESSO A ESPECIALISTAS - PMAE – FAEC – GERENCIAMENTO ANUAL

(Portaria GM/MS nº 90, de 3 de fevereiro de 2023; Portaria nº 1.604, de 18 de Outubro de 2023; Portaria GM/MS Nº 5.820, de 4 de dezembro de 2024; Portaria nº 1.824, de 11 de junho de 2024; Portaria 2.324, de 6 de dezembro de 2024; Portaria GM/MS Nº 3.492, de 8 de abril de 2024; Portaria nº 5.758, de 4 de dezembro de 2024; Resolução Nº 25/2024 - CIB/CE; Portaria GM/MS Nº 1.640, de 7 de maio de 2024; Portaria nº 1.976, de 14 de agosto de 2024; Resolução nº 46/2025 – CIB/CE; e Resolução nº 88/2025 – CIB/CE)

11.1 Relação dos procedimentos, quantitativos e valores pactuados do Componente Cirurgias Eletivas 2025 para o Hospital CURA D'ARS (Resolução nº 88/2025 – CIB/CE)

Procedimentos	Meta Física *	Valor Procedimento Federal			Valor Unitário IPCA Estado	Valor Unitário Total Procedimento	Valor Total Federal (Meta Física x Valor Unitário)	Valor Total IPCA Estado (Meta Física x Valor Unitário)	Valor Total Global
		Valor Tabela SIGTAP	Valor ação	Valor Unitário Federal					
04109040142-ORQUIECTOMIA SUBCAPSULAR BILATERAL	2	R\$ 433,62	2	R\$ 867,24	R\$ 508,85	R\$ 1.376,09	R\$ 1.734,48	R\$ 1.017,70	R\$ 2.752,18
0416010075-NEFRECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	5	R\$ 1.753,30	2	R\$ 3.506,60	R\$ 1.397,62	R\$ 4.904,22	R\$ 17.533,00	R\$ 6.988,10	R\$ 24.521,10
0416010130-PROSTATOMISCECTOMIA RADICAL EM ONCOLOGIA	18	R\$ 4.416,26	4	R\$ 17.665,04	R\$ 3.520,35	R\$ 21.185,39	R\$ 317.970,72	R\$ 63.366,30	R\$ 381.337,02
0416030190-PELVIGLOSSOMANDIBULECTOMIA EM ONCOLOGIA	5	R\$ 7.384,78	2	R\$ 14.769,56	R\$ 5.886,66	R\$ 20.656,22	R\$ 73.847,80	R\$ 29.433,30	R\$ 103.281,10
0416030270-TIREOIDECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	5	R\$ 2.836,30	4	R\$ 11.345,20	R\$ 2.260,91	R\$ 13.606,11	R\$ 56.726,00	R\$ 11.304,55	R\$ 68.030,55
0416030327-RESSEÇÃO DE PAVILHÃO AURICULAR EM ONCOLOGIA	2	R\$ 791,49	2	R\$ 1.582,98	R\$ 630,90	R\$ 2.213,91	R\$ 3.165,96	R\$ 1.261,86	R\$ 4.427,82
0416040071-GASTRECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	5	R\$ 3.494,28	2	R\$ 6.988,56	R\$ 2.785,41	R\$ 9.773,97	R\$ 34.942,80	R\$ 13.927,05	R\$ 48.869,85
0416040101-HEPATECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA	2	R\$ 2.125,44	2	R\$ 4.250,88	R\$ 1.694,26	R\$ 5.945,14	R\$ 8.501,76	R\$ 3.388,52	R\$ 11.890,28
0416040128-DUODENOPANCREATECTOMIA EM ONCOLOGIA	2	R\$ 5.507,03	2	R\$ 11.014,06	R\$ 4.389,84	R\$ 15.403,90	R\$ 22.028,12	R\$ 8.779,68	R\$ 30.807,80
0416040144-RESSEÇÃO DE TUMOR RETROPERITONEAL COM RESSEÇÃO DE ÓRGÃOS CONTÍGUOS EM ONCOLOGIA	2	R\$ 6.569,67	2	R\$ 13.139,34	R\$ 5.236,90	R\$ 18.376,24	R\$ 26.278,68	R\$ 10.473,82	R\$ 36.752,50
0416050018-AMPUTAÇÃO ABDOMINO-PERINEAL DE RETO EM ONCOLOGIA	2	R\$ 5.556,76	2	R\$ 11.113,52	R\$ 4.429,48	R\$ 15.543,00	R\$ 22.227,04	R\$ 8.858,96	R\$ 31.086,00
0416050077-RETOSIGMOIDECTOMIA ABDOMINAL EM ONCOLOGIA	7	R\$ 5.434,40	2	R\$ 10.868,80	R\$ 4.331,95	R\$ 15.200,75	R\$ 76.081,60	R\$ 30.323,65	R\$ 106.405,25
0416060013-AMPUTAÇÃO CÔNICA DE COLO DE ÚTERO COM COLPECTOMIA EM ONCOLOGIA	4	R\$ 1.808,69	2	R\$ 3.617,38	R\$ 1.441,77	R\$ 5.059,15	R\$ 14.469,52	R\$ 5.767,08	R\$ 20.236,60

0416060056-HISTERECTOMIA COM RESSECÇÃO DE ÓRGÃOS CONTÍGUOS EM ONCOLOGIA	2	R\$ 5.265,02	2	R\$ 10.530,04	R\$ 4.196,93	R\$ 14.726,97	R\$ 21.060,08	R\$ 8.393,86	R\$ 29.453,94
0416060064-HISTERECTOMIA TOTAL AMPUADA EM ONCOLOGIA	2	R\$ 5.403,43	2	R\$ 10.806,86	R\$ 4.307,26	R\$ 15.114,12	R\$ 21.613,72	R\$ 8.614,52	R\$ 30.228,24
0416060110-HISTERECTOMIA COM OU SEM ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL) EM ONCOLOGIA	8	R\$ 2.279,24	2	R\$ 4.558,48	R\$ 1.816,86	R\$ 6.375,34	R\$ 36.467,84	R\$ 14.534,88	R\$ 51.002,72
0416060129-LAPAROTOMIA PARA AVALIAÇÃO DE TUMOR DE OVÁRIO EM ONCOLOGIA	15	R\$ 4.551,80	4	R\$ 18.207,20	R\$ 3.628,40	R\$ 21.835,60	R\$ 273.108,00	R\$ 54.426,00	R\$ 327.534,00
0416080030-EXCISÃO E SUTURA COM PLÁSTICA EM Z NA PELE EM ONCOLOGIA	2	R\$ 396,18	2	R\$ 792,36	R\$ 492,94	R\$ 1.285,30	R\$ 1.584,72	R\$ 985,88	R\$ 2.570,60
0416080081-RECONSTRUÇÃO COM RETALHO MIOCUTÂNEO (QUALQUER PARTE) EM ONCOLOGIA	5	R\$ 3.359,04	4	R\$ 13.436,16	R\$ 2.667,61	R\$ 16.103,77	R\$ 67.180,80	R\$ 13.388,05	R\$ 80.568,85
0416080120-EXTIRPAÇÃO MÚLTIPLA DE LESÃO DA PELE OU TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO EM ONCOLOGIA	2	R\$ 565,86	2	R\$ 1.131,72	R\$ 451,07	R\$ 1.582,79	R\$ 2.263,44	R\$ 902,14	R\$ 3.165,58
0416090133-RESSECÇÃO DE TUMOR DE PARTES MOLES EM ONCOLOGIA	2	R\$ 3.972,21	2	R\$ 7.944,42	R\$ 3.166,39	R\$ 11.110,81	R\$ 15.888,84	R\$ 6.332,78	R\$ 22.221,62
0416120024-MASTECTOMIA RADICAL COM LINFADENECTOMIA AXILAR EM ONCOLOGIA	8	R\$ 2.462,85	2	R\$ 4.925,70	R\$ 1.963,22	R\$ 6.888,92	R\$ 39.405,60	R\$ 15.705,76	R\$ 55.111,36
0416120032-MASTECTOMIA SIMPLES EM ONCOLOGIA	2	R\$ 2.045,07	2	R\$ 4.090,14	R\$ 1.630,20	R\$ 5.720,34	R\$ 8.180,28	R\$ 3.260,40	R\$ 11.440,68
Total	109						R\$ 1.162.260,80	R\$ 321.434,84**	R\$ 1.483.695,64*

*O valor financeiro pactuado para a realização dos procedimentos será por gerenciamento financeiro anual para efeitos de pagamento. O gerenciamento financeiro anual admite o pagamento da produção realizada e aprovada no mês, respeitando o valor financeiro pactuado para cada procedimento.

**Os valores de recursos estaduais estarão condicionados ao repasse estadual, e conforme os normativos vigentes.

Observações para o PROGRAMA MAIS ACESSO A ESPECIALISTAS - PMAE:

Observação₁: Os procedimentos são destinados à população da região de saúde de Fortaleza.

Observação₂: As metas pactuadas deverão ser realizadas durante o período de duração do Programa Mais Acesso a Especialistas – PMAE.

Observação₃: O repasse do valor diferenciado a ser pago com recurso do Tesouro do Estado será feito com base na solicitação dos gestores dos municípios executores através de abertura de processo de pagamento apresentando as numerações de AIH/APAC com os respectivos procedimentos realizados em cada competência.

Observação₄: A SESA, com base no relatório de produção SIA/SIH, fará a transferência de recurso para os fundos municipais de saúde. Após a data do crédito os gestores municipais terão o prazo de até cinco dias úteis para o pagamento dos prestadores do setor complementar ao SUS.

Observação₅: O recurso federal, financiado pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC, será repassado pelo Fundo Nacional de Saúde – FNS, enquanto durar o Programa Mais Acesso a Especialistas – PMAE, em âmbito nacional do Ministério da Saúde, respeitando a meta e o teto pactuado, conforme quadro acima.

Observação₆: O repasse do valor diferenciado a ser pago com recurso do Tesouro do Estado será feito mediante abertura de processo administrativo de pagamento na Secretaria Municipal da Saúde – SMS de Fortaleza pela MEAC, apresentando as numerações de AIH/APAC com os respectivos procedimentos realizados.

Observação₇: Os recursos referentes ao Programa Mais Acesso a Especialistas – PMAE serão repassados a MEAC mensalmente de acordo com as produções de AIH/APAC informadas no SIA/SIH SUS dos procedimentos realizados pertencentes ao programa.

11.2. PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA – FAEC - Componente Cirurgias Eletivas 2025

PRODUÇÃO SIH META PACTUADA	FÍSICA (quantidade pactuada) ANUAL		FONTE FINANCEIRA (R\$) (valor pactuado) ANUAL		
			FAEC		
PROCEDIMENTO	FAEC	TOTAL	FEDERAL	ESTADUAL	TOTAL
04.09.04.014-2	2	2	R\$ 1.734,48	R\$ 1.017,70	R\$ 2.752,18
04.16.01.007-5	5	5	R\$ 17.533,00	R\$ 6.988,10	R\$ 24.521,10
04.16.01.013-0	18	18	R\$ 317.970,72	R\$ 63.366,30	R\$ 381.337,02
04.16.03.019-0	5	5	R\$ 73.847,80	R\$ 29.433,30	R\$ 103.281,10
04.16.03.027-0	5	5	R\$ 56.726,00	R\$ 11.304,55	R\$ 68.030,55
04.16.03.032-7	2	2	R\$ 3.165,96	R\$ 1.261,86	R\$ 4.427,82
04.16.04.007-1	5	5	R\$ 34.942,80	R\$ 13.927,05	R\$ 48.869,85
04.16.04.010-1	2	2	R\$ 8.501,76	R\$ 3.388,52	R\$ 11.890,28
04.16.04.012-8	2	2	R\$ 22.028,12	R\$ 8.779,68	R\$ 30.807,80
04.16.04.014-4	2	2	R\$ 26.278,68	R\$ 10.473,80	R\$ 36.752,50
04.16.05.001-8	2	2	R\$ 22.227,04	R\$ 8.858,96	R\$ 31.086,00
04.16.05.007-7	7	7	R\$ 76.081,60	R\$ 30.323,65	R\$ 106.405,25
04.16.06.001-3	4	4	R\$ 14.469,52	R\$ 5.767,08	R\$ 20.236,60
04.16.06.005-6	2	2	R\$ 21.060,08	R\$ 8.393,86	R\$ 29.453,94
04.16.06.006-4	2	2	R\$ 21.613,72	R\$ 8.614,52	R\$ 30.228,24
04.16.06.011-0	8	8	R\$ 36.467,84	R\$ 14.534,88	R\$ 51.002,72
04.16.06.012-9	15	15	R\$ 273.108,00	R\$ 54.426,00	R\$ 327.534,00
04.16.08.003-0	2	2	R\$ 1.584,72	R\$ 985,88	R\$ 2.570,60
04.16.08.008-1	5	5	R\$ 67.180,80	R\$ 13.338,05	R\$ 80.568,85
04.16.08.012-0	2	2	R\$ 2.263,44	R\$ 902,14	R\$ 3.165,58
04.16.09.013-3	2	2	R\$ 15.888,84	R\$ 6.332,78	R\$ 22.221,62
04.16.12.002-4	8	8	R\$ 39.405,60	R\$ 15.705,76	R\$ 55.111,36
04.16.12.003-2	2	2	R\$ 8.180,28	R\$ 3.260,40	R\$ 11.440,68
TOTAL	58	58	R\$ 162.260,80	R\$ 321.434,84	R\$ 1.483.695,64

12. CONSOLIDADO INCENTIVO
- 1ª a 10ª Parcelas

PLANILHA DE REPASSE DE INCENTIVOS		MENSAL	10 MESES
FEDERAL	REDE CEGONHA – INCENTIVO AO CUMPRIMENTO DAS METAS QUALITATIVAS - PORTARIA Nº 1.459, DE JUNHO DE 2011; PORTARIA Nº 3.410, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2013; PORTARIA Nº 1.286, DE 22 DE JUNHO DE 2012; PORTARIA Nº 2.351 DE 5 DE OUTUBRO DE 2011; PORTARIA Nº 309, DE 7 DE FEVEREIRO DE 2017; PORTARIA Nº 1.210, DE 13 DE JULHO DE 2017; PORTARIA Nº 1.292 DE 25 DE MAIO DE 2017; RESOLUÇÃO Nº 101/2016-CIB/CE. (PRÉ-FIXADO).	R\$ 218.465,64	R\$ 2.184.656,40
	INTEGRASUS. PORTARIA Nº 1.932 DE 10 DE AGOSTO DE 2007; PORTARIA Nº 878, DE 8 DE MAIO DE 2002. (PRÉ-FIXADO).	R\$ 8.988,27	R\$ 89.882,70
	INCENTIVO DE ADESAO À CONTRATUALIZAÇÃO – IAC. PORTARIA MS Nº 1.932 DE 10 DE AGOSTO DE 2007; PORTARIA Nº 3.130 DE 24 DE DEZEMBRO DE 2008; PORTARIA Nº 2.506 DE 26 DE OUTUBRO DE 2011; PORTARIA Nº 1.416, DE 6 DE JUNHO DE 2012; PORTARIA Nº 3.172 DE DEZEMBRO DE 2012; PORTARIA Nº 3.166 DE 20 DE DEZEMBRO DE 2013; PORTARIA Nº 175 DE 20 DE JANEIRO DE 2014. (PRÉ-FIXADO).	R\$ 243.533,34	R\$ 2.435.333,40
TOTAL FEDERAL		R\$ 470.987,25	R\$ 4.709.872,50
ESTADUAL	HOSPITAL ESTRATÉGICO: RESOLUÇÃO Nº 53-2021 - CESAUI, RESOLUÇÃO Nº 82/2023 - (PRÉ-FIXADO). Atualizada periodicamente	R\$ 120.000,00	R\$ 1.200.000,00
	TOTAL ESTADUAL	R\$ 120.000,00	R\$ 1.200.000,00
MUNICIPAL	INCENTIVO FINANCEIRO PARA CIRURGIAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE	R\$ 25.000,00	R\$ 250.000,00
	TOTAL MUNICIPAL	R\$ 25.000,00	R\$ 250.000,00
TOTAL DE INCENTIVOS – 1ª a 10ª Parcelas		R\$ 615.987,25	R\$ 6.159.872,50

*Valor previsto na Política Estadual de Incentivo Hospitalar de Referência Regional, Estratégico e Hospital Local de Pequeno Porte (Resolução Nº 53/2021 - CESAUI/CE), condicionando o pagamento ao repasse pelo Fundo Estadual de Saúde (FUNDES), podendo sofrer variabilidade.

- 11ª e 12ª Parcelas

PLANILHA DE REPASSE DE INCENTIVOS		MENSAL	02 MESES
FEDERAL	REDE CEGONHA – INCENTIVO AO CUMPRIMENTO DAS METAS QUALITATIVAS - PORTARIA Nº 1.459, DE JUNHO DE 2011; PORTARIA Nº 3.410, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2013; PORTARIA Nº 1.286, DE 22 DE JUNHO DE 2012; PORTARIA Nº 2.351 DE 5 DE OUTUBRO DE 2011; PORTARIA Nº 309, DE 7 DE FEVEREIRO DE 2017; PORTARIA Nº 1.210, DE 13 DE JULHO DE 2017; PORTARIA Nº 1.292 DE 25 DE MAIO DE 2017; RESOLUÇÃO Nº 101/2016-CIB/CE. (PRÉ-FIXADO).	R\$ 218.465,64	R\$ 436.931,28

	REDES TEMÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE (REDE ALYNE) (Competências de JAN/2025 a MAR/2025) – Parcela Única *	-	R\$ 160.995,00
	REDES TEMÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE (REDE ALYNE) (Competências de ABRIL/2025 e MAIO/2025) ****	R\$ 53.655,00	R\$ 107.310,00
	INTEGRASUS: PORTARIA Nº 1.932 DE 10 DE AGOSTO DE 2007; PORTARIA Nº 878, DE 8 DE MAIO DE 2002. (PRÉ-FIXADO).	R\$ 8.988,27	R\$ 17.976,54
	INCENTIVO DE ADESAO À CONTRATUALIZAÇÃO – IAC: PORTARIA MS Nº 1.932 DE 10 DE AGOSTO DE 2007; PORTARIA Nº 3.130 DE 24 DE DEZEMBRO DE 2008; PORTARIA Nº 2.506 DE 26 DE OUTUBRO DE 2011; PORTARIA Nº 1.416, DE 6 DE JUNHO DE 2012; PORTARIA Nº 3.172 DE DEZEMBRO DE 2012; PORTARIA Nº 3.166 DE 20 DE DEZEMBRO DE 2013; PORTARIA Nº 175 DE 29 DE JANEIRO DE 2014. (PRÉ-FIXADO). *****	R\$ 243.533,34	R\$ 487.066,68
	PORTARIA Nº 6.464/2024 - Recurso financeiro do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção Especializada para entidades sem fins lucrativos, que prestam serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS) e possuem produção assistencial aprovada pelos gestores estaduais e municipais do SUS. ***	-	R\$ 430.586,36
TOTAL FEDERAL		R\$ 524.642,25	R\$ 1.640.865,86
ESTADUAL	HOSPITAL ESTRATÉGICO: RESOLUÇÃO nº 40-2024 - CESAU, RESOLUÇÃO Nº 72/2024 - (PRÉ-FIXADO).** Atualizada periodicamente	R\$ 120.000,00	R\$ 240.000,00
	TOTAL ESTADUAL	R\$ 120.000,00	R\$ 240.000,00
MUNICIPAL	INCENTIVO FINANCEIRO PARA CIRURGIAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE	R\$ 25.000,00	R\$ 50.000,00
	TOTAL MUNICIPAL	R\$ 25.000,00	R\$ 50.000,00
TOTAL DE INCENTIVOS – 11ª e 12ª Parcelas		R\$ 669.642,25	R\$ 1.930.865,86

TOTAL GERAL DOS INCENTIVOS	R\$ 8.090.738,36
-----------------------------------	-------------------------

* Art. 6º da Portaria nº 6.220/2025: "Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir da 1ª (primeira) parcela de 2025."

** Pagamento condicionado ao repasse pelo Fundo Estadual de Saúde (FUNDES), podendo sofrer variabilidade.

*** Pagamento condicionado ao repasse do Ministério da Saúde.

**** Demonstrativo dos recursos que compõem o valor da Rede Alyne (PORTARIA nº 6.220/2024):

PONTOS DE ATENÇÃO	Mensal (R\$)	Anual (R\$)
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL TIPO II - UTIN II (10 Leitos)	R\$ 82.850,00	R\$ 394.200,00
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL CONVENCIONAL (08 leitos)	R\$ 4.380,00	R\$ 52.560,00
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL CANGURU (04 leitos)	R\$ 16.425,00	R\$ 197.100,00
Subtotal-MAC	R\$ 53.655,00	R\$ 643.860,00

***** Base de cálculo do Incentivo de Adesão à Contratualização – IAC – (PRÉ-FIXADO)

PORTARIA	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
Nº 1.932/2007	R\$ 37.125,68	R\$ 445.508,17
Nº 3.130/2008	R\$ 7.425,34	R\$ 89.101,63
Nº 2.506/2011	R\$ 41.630,86	R\$ 499.570,31
Nº 1.416/2012	R\$ 27.763,92	R\$ 333.167,09
Nº 3.172/2012	R\$ 18.011,35	R\$ 216.136,18
Nº 3.166/2013 – Nº 175/2014	R\$ 111.576,39	R\$ 1.338.916,65
TOTAL	R\$ 243.533,34	R\$ 2.922.400,03

OBS: O valor mensal sofreu um processo de arredondamento por ser uma dígita periódica

VALOR TOTAL DO PÓS-FIXADO	R\$ 23.628.164,06
VALOR TOTAL DO PÓS-FIXADO - PMAE	R\$ 1.483.695,64
VALOR TOTAL DO PRÉ-FIXADO - INCENTIVOS	R\$ 8.090.738,36
VALOR GLOBAL DO CONVÊNIO	R\$ 33.202.598,06

13. CRITÉRIOS E COMPROMISSOS PARA O REPASSE QUANTO AOS INCENTIVOS

13.1. REDE CEGONHA

Conforme o Documento de Orientações para a Contratualização da Rede Cegonha, o repasse mensal do recurso referente às metas qualitativas estará condicionado ao cumprimento das metas de qualidade discriminada neste Plano Operativo, páginas 16 e 17, de acordo com os seguintes parâmetros:

Faixa de Desempenho dos Indicadores	Percentual do Total de Recurso destinado ao Desempenho
De 50% a 59%	60% do valor total da Rede Cegonha
60% a 69%	70% do valor total da Rede Cegonha
70% a 79%	80% do valor total da Rede Cegonha
80% a 89%	90% do valor total da Rede Cegonha
90% a 100%	100% do valor total da Rede Cegonha

O repasse de incentivo da Rede Cegonha no que se refere às metas qualitativas estará condicionada ao cumprimento dos indicadores de qualidade listados no quadro abaixo. O pagamento do Recurso da Rede Cegonha está condicionado ao Parecer/Relatório favorável apresentado pela Coordenadoria de Saúde da Mulher – Rede Cegonha da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, seguindo as orientações do Ministério da Saúde, determinadas em Portarias.

N	INDICADOR	MÉTODO AFERIÇÃO	META	PRAZO DE EXECUÇÃO	FONTE DE AFERIÇÃO
1	Taxa de cesárea	Total de partos cesárea/total de partos realizados X 100	Redução de 10% ao ano até: 25% - maternidades de risco habitual	Prazo de acompanhamento: MENSAL Prazo para atingir a meta: ANUAL	SIH (linha de base à produção do ano anterior)
2	Apgar > 7 no 3º minuto	RN com Apgar > 7 no 5º min / Total de RN X 100 (Excluir IG < 28S e malformação congênita)	97% dos RN	Prazo de acompanhamento: MENSAL Prazo para atingir a meta: TRIMESTRAL	Estatística da instituição de acordo com DNV ou SINASC
3	Contato imediato pele a pele efetivo na 1ª hora de vida	Total de RN com boa vitalidade em contato pele a pele x 100 / Total de RN boa vitalidade	90% dos recém-nascidos em boas condições de vitalidade (Apgar >=7, peso >=2500g e IG >=37sem)	Prazo de acompanhamento: MENSAL Prazo para atingir a meta: ANUAL	Estatística da instituição comprovada por entrevista in loco (no AC) pela comissão de gestão do contrato. Amostragem de 5% do total de nascidos vivos
4	Alcimentamento materno na 1ª hora de vida	Total de RN com boa vitalidade com incentivo à amamentação na primeira hora x 100 / Total de RN boa vitalidade	90% dos recém-nascidos em boas condições de vitalidade (Apgar >=7, peso >=2500g e IG >=37sem)	Prazo de acompanhamento: MENSAL Prazo para atingir a meta: ANUAL	Estatística da instituição comprovada por entrevista in loco (no AC) comissão de gestão do contrato. Amostragem de 5% do total de nascidos vivos
5	Acompanhante de livre escolha da mulher durante todo o período de internação	Nº de mulheres internadas com acompanhante durante todo o período/Total de mulheres internadas no mês X 100	90% de acompanhante de livre escolha em todo o período de internação	Prazo de acompanhamento: MENSAL Prazo para atingir a meta: TRIMESTRAL	Estatística da instituição comprovada por visita in loco pela comissão de gestão do contrato através de entrevista aleatória às mulheres internadas (5% das internações no período)
6	RN com direito ao acompanhante na UTI e UCI	Nº de RN retido com pais tendo livre acesso/total de RN retidos X 100	100% dos RNs internados com livre acesso dos pais à unidade	Prazo de acompanhamento: MENSAL Prazo para atingir a meta: TRIMESTRAL	Comissão de gestão do contrato através de visita in loco com entrevista aleatória aos pais presentes na unidade (5% de internações do período)
7	Gestão participativa e compartilhada na Unidade materno e infantil	Avaliação documental	Colegiado gestor materno e infantil ou similar, multiprofissional, atuante com no mínimo 1 (uma) reunião mensal	Prazo de acompanhamento: MENSAL Prazo para atingir a meta: TRIMESTRAL	Registro das reuniões aferidas pela comissão de gestão do contrato
8	Educação Permanente em Boas Práticas da atenção obstétrica e neonatal	Nº de trabalhadores assistenciais que participaram das atividades / Total de trabalhadores assistenciais de maternidade e unidade neonatal X 100	50% dos trabalhadores assistenciais participantes de atividades em Boas Práticas da atenção obstétrica e neonatal	Prazo de acompanhamento: MENSAL Prazo para atingir a meta: SEMESTRAL	Registro com lista de presença das atividades aferidas pela comissão de gestão do contrato
9	Taxa de episiotomia	Número de mulheres com episiotomia/ total de mulheres com partos normais x 100	<=10% dos partos normais	Trimestral Prazo de acompanhamento: MENSAL Prazo para atingir a meta: TRIMESTRAL	Estatística do serviço até disponibilização do Sisperinatal web
10	Registro Civil do RN Implantado na maternidade	Nº de RN registrados na maternidade ocorridos no mês/ total de nascidos vivos no mês X 100	70 % de RN com Registro Civil na maternidade	Trimestral Prazo de acompanhamento: MENSAL Prazo para atingir a meta: TRIMESTRAL	Registro em livro específico do registro apresentado pela maternidade

13.2. INTEGRASUS

A Unidade hospitalar para ser habilitado a receber o Incentivo do Integrasus deve cumprir com os seguintes requisitos, conforme Portaria nº 878, de 8 de maio de 2002:

- Manter registro nos órgãos competentes federais, estaduais e municipais incumbidos do cadastro de instituições de assistência social beneficente, educacional ou de saúde;
- Manter atualizado o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social/CEBAS, emitido pelo Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS;
- Ter sido submetido à avaliação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH e obtido no mínimo 60% de aproveitamento;
- Informar na sua totalidade as internações de pacientes não usuários do SUS por meio da Comunicação de Internação Hospitalar – CIH;
- Apresentar percentual de devolução das cartas enviadas pelo Ministério da Saúde, (por erro no preenchimento na identificação do paciente), de no máximo 10%;
- Não ter denúncias de cobranças indevidas ou de mau atendimento a usuários do SUS, ou quando houver, tiver efetivado 100% das correções no prazo máximo de 90 (noventa) dias após o recebimento da denúncia;

13.3. INCENTIVO À ADEÇÃO À CONTRATUALIZAÇÃO - IAC

O repasse de incentivo do IAC estará condicionado à:

- I - possuam trinta ou mais leitos ativos, devidamente cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); e
- II - possuam o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde (CEBAS-Saúde) ou já tenham protocolado pedido de certificação originária ou renovação.
- Os estabelecimentos hospitalares que possuírem de trinta a cinquenta leitos deverão atender, adicionalmente, aos seguintes requisitos:
- I - ter vinte e cinco ou mais leitos disponibilizados ao SUS;
- II - possuir taxa de ocupação dos leitos SUS de no mínimo 30% (trinta por cento), no período definido como série histórica para cálculo do IAC.

13.4. HOSPITAL ESTRATÉGICO - RESOLUÇÃO Nº 53/2021 - CESAÚ (Atualizado periodicamente)

Forma de monitoramento para repasse do Incentivo, conforme Resolução Nº 82/2023 - CIB/CE

- Os valores a serem repassados corresponderão a 100% do incentivo quando a unidade contratualizada cumprir acima de 90% da meta de produção prevista para cada clínica. Se alcançar de 90% até 80% receberá 90% do incentivo. Se alcançar menos de 80% até 50% receberá 70% do incentivo; e menos de 50% receberá 50% do incentivo.
- Os valores serão reajustados a cada 04 (quatro) meses com base no desempenho da meta física de produção;
- Serão excluídos deste modo de cálculo os incentivos para clínicas Anestesiológica, Saúde Mental e UTI, que receberão os valores sem dedução;

- Da responsabilidade e obrigações

- Encaminhar mensalmente à Secretaria Municipal de Saúde e a Superintendência Regional de Saúde a escala de plantão por clínica contratualizada.

- Suspensão do repasse do recurso financeiro, conforme Resolução Nº 53/2021 - CESAÚ/CE:

O repasse dos recursos poderá ser interrompido nas seguintes situações:

- Realização de internação de pacientes referenciados sem autorização da Central de Regulação do município de Fortaleza;
- Descumprimento dos compromissos firmados na contratualização entre Gestor Municipal e Prestador, ferindo as metas, normas e critérios estabelecidos na Política Estadual de Incentivo Hospitalar de Referência Regional, Estratégico e Hospital Local de Pequeno Porte para o período: 01 de novembro de 2021 a 31 de dezembro de 2023, por meio da Resolução Nº 53/2021 - CESAÚ/CE;
- Não alimentação dos sistemas de informações (SIH, SCNES), Fast Medic e Saúde Digital de forma sistemática;
- Ausência de justificativa do não cumprimento das metas de produção.

13.5. INCENTIVO DE CIRURGIAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE SIH

- Para fazer jus ao incentivo de MAC com recurso municipal, deverá apresentar produção $\geq 80\%$ dos procedimentos programados das cirurgias.

14. ATENÇÃO À SAÚDE: COMPROMISSOS GERAIS

A instituição Sociedade Beneficente São Camilo – Hospital CURA D'ARS tem por obrigações:

1. Executar os serviços de saúde, objeto da contratualização de acordo com as especificações e/ou normas exigidas pelo Ministério da Saúde, e conforme apresentado e pactuado no Plano Operativo;
2. Integrar-se aos Sistemas de Regulação do SUS, submetendo-se às normas e protocolos da Central de Regulação do Município de Fortaleza;
3. Enviar, mensalmente, conforme cronograma pré-definido, a agenda de oferta de vagas dos procedimentos pactuados, para validação da Central de Regulação do Município de Fortaleza;
4. Estar ciente que, após o envio da agenda de oferta de vagas dos procedimentos pactuados, a Central de Regulação do município de Fortaleza fará a inserção no sistema de regulação municipal vigente e/ou outro sistema que possa ser implantado pela gestão municipal da saúde;
5. Estar a par que caberá à Central de Regulação do município de Fortaleza o gerenciamento da agenda de oferta de vagas dos procedimentos pactuados, especialmente no que tange à distribuição de vagas iniciais e restritas;
6. Realizar atendimento somente após a regulação do paciente pela Central de Regulação do município de Fortaleza, por meio do Sistema de regulação municipal vigente, e/ou outros sistemas que possam ser implantados pela gestão municipal de saúde, garantindo o acesso aos serviços pactuados e contratualizados, independente da instituição de saúde de origem dos mesmos;
7. Estar ciente de que não poderá recusar a realização de qualquer consulta e/ou procedimento previamente agendado pela Central de Regulação do município. Qualquer alteração de agenda deverá ser comunicada para autorização do gestor do SUS da Secretaria Municipal da Saúde - SMS de Fortaleza;
8. Manter o atendimento aos usuários SUS, em conformidade com o fluxo de referência estabelecido pelo gestor do SUS da Secretaria Municipal da Saúde – SMS de Fortaleza, e de acordo com as Redes de Atenção à Saúde, sendo respeitados os preceitos de regulação de acesso;
9. Garantir a realização da Assistência à Saúde no âmbito Hospitalar, o qual inclui serviços de média e alta complexidade, em estrutura própria ou terceirizada;
10. Garantir que a execução dos procedimentos seja feita por profissionais especializados, conforme critérios para composição de quadro mínimo de profissionais necessários para prestação dos serviços contratualizados, conforme normas do Ministério da Saúde, sendo obrigatório o cadastro destes no CNES da instituição, e estar em dia com as obrigações dos respectivos conselhos de classe;
11. Garantir a observância integral dos protocolos técnicos de atendimentos e regulamentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e demais gestores do SUS, executando-se as situações especiais, quando o quadro clínico do paciente necessitar de medidas que extrapolam o previsto;
12. Obedecer às normas e aos protocolos clínicos, portarias e diretrizes terapêuticas recomendadas pelas Áreas Profissionais Especializadas e/ou definidas pelo Ministério da Saúde e Vigilância Sanitária, para a correta prestação dos serviços;
13. Garantir a gratuidade de todos e quaisquer procedimentos aos usuários do SUS, sob pena de ser submetido a punições administrativas e jurídicas, caso haja cobrança indevida;
14. Implementar o Programa de Segurança do Paciente - PNSP, segundo Capítulo VIII, Seção I da Portaria de Consolidação Nº 5, de 28 de setembro de 2017 do Ministério da Saúde, por meio dos Núcleos de Segurança do Paciente da instituição;
15. Manter, durante toda a execução do convênio, as obrigações assumidas e as condições de habilitação e/ou qualificação exigidas para credenciamento, de acordo com as especificações previstas neste termo;
16. Cumprir as normas do Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará – CREMEC e Conselho Federal de Medicina – CFM ou outro conselho pertinente à área, quando couber;
17. Registrar os agravos de notificação compulsória, conforme normas e rotinas da Vigilância Epidemiológica estabelecidas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal da Saúde - SMS de Fortaleza;
18. Identificar corretamente o usuário, bem como comprovar sua procedência, preenchendo, de forma adequada, os laudos de Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC) e Autorização de Internação Hospitalar (AIH), principalmente os campos

obrigatórios, de forma completa e legível, além de comprovar a entrega de medicamentos para tratamento junto ao prontuário do paciente;

19. Manter disponível e atualizado o prontuário individualizado do usuário do SUS, contemplando os dados de identificação, sua procedência, os registros de avaliação clínica, indicações terapêuticas, exames e evoluções referentes aos atendimentos ambulatoriais e hospitalares, mantendo-os disponíveis à avaliação da Célula do Sistema Municipal de Auditoria em Saúde de Fortaleza (CEAUD/SMS);
20. Assinar e carimbar todas as AIH's com assinatura e carimbo do médico solicitante, endossadas pelo carimbo e assinatura da direção técnica/clínica da Instituição contratualizada e do autorizador da SMS do município de Fortaleza;
21. Assinar e carimbar as APAC's, contendo assinatura e carimbo do médico especialista solicitante e do auditor da SMS do município de Fortaleza;
22. Manter em arquivo, junto ao prontuário do paciente, a APAC e/ou AIH e todas as documentações pertinentes à mesma, conforme previsto na legislação vigente (Lei 13.787 de 27 de dezembro de 2018), que dispõe sobre a digitalização e atualização de sistemas informatizados para guarda, armazenamento e o manuseio dos prontuários dos pacientes;
23. Registrar em Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPAi) os procedimentos realizados individualmente, e os procedimentos realizados em grupo devem ser registrados em BPA consolidado; ambos devem ser comprovados com a devida assinatura diária do usuário, assim como, assinatura e carimbo dos profissionais;
24. Disponibilizar recepção única de atendimento aos usuários, independente da sua categoria de plano assistencial de Saúde, bem como atendimento prestado;
25. Seguir os preceitos dispostos no Decreto Nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004 e Norma Brasileira 9050/2020 da Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT e/ou a legislação e/ou normatização que vier a substituí-las, o qual estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida;
26. Comprovar, nos casos em que algum dos serviços pactuados for terceirizado, o contrato entre a instituição contratualizada e o serviço terceirizado, conforme informação constante no CNES;
27. Arcar com os materiais de consumo, equipamentos, profissionais, insumos e demais elementos necessários à execução dos serviços prestados, incluindo as despesas decorrentes do contrato dos profissionais, como salários, encargos sociais, fiscais, impostos, taxas e outros, sendo que nenhum ônus e obrigação trabalhista, previdenciária e fiscal serão transferidos para a Secretaria Municipal da Saúde - SMS de Fortaleza;
28. Responsabilizar-se com todo e qualquer dano ou prejuízo, de qualquer natureza, causado à Secretaria Municipal da Saúde - SMS de Fortaleza e/ou a terceiros, decorrente de ação ou omissão, ou por culpa, ou em consequência de erros, imperícia ou imprudência;
29. Alimentar regularmente os sistemas de informações do Ministério da Saúde, incluindo o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES, o Sistema de Informação Ambulatorial - SIA, o Sistema de Internação Hospitalar - SIH, e a Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial - CIHA, e outros sistemas de informações que venham a ser implementados no âmbito do SUS em substituição ou em complementariedade a estes, bem como apresentar projeto implementados no âmbito do SUS, em substituição ou em complementariedade a estes;
30. Utilizar o Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS e o Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS para faturamento da produção mensal, conforme calendário do Ministério da Saúde, que será avaliado e auditado para efeito de pagamento de procedimentos. Ressalta-se que só serão acatados os procedimentos regulados pela Central de Regulação do município de Fortaleza;
31. Entregar mensalmente a produção para a Célula de Controle e Avaliação de Sistemas, Ações e Serviços de Saúde (CECAV/CORAC) da Secretaria Municipal da Saúde - SMS de Fortaleza, de acordo com calendário e normas definidos por esta Secretaria;
32. Respeitar os tetos financeiros apontados pelo Plano Operativo no que tange aos procedimentos financiados pelo Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - MAC;
33. Estar ciente de que os procedimentos custeados pelo recurso Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC só serão pagos após apuração e aprovação da produção informada nos sistemas ministeriais. Ressalta-se que há procedimentos e políticas estratégicas, bem como novos procedimentos incorporados à Tabela SIGTAP/SUS que são financiados pelo FAEC, os quais terão um teto estimado previsto para fins de planejamento orçamentário. Com isso, caso a instituição venha a produzir a maior, o excedente deve ser reconhecido para pagamento, desde que haja faturamento e aprovação pelo Ministério da Saúde;

34. Cumprir o estabelecido na Resolução de Diretoria Colegiada - RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, e em outros dispositivos legais que venha substituí-la ou complementá-la;
35. Cumprir o estabelecido na Resolução de Diretoria Colegiada - RDC Nº 51, de 6 de outubro de 2011 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, que dispõe sobre os requisitos mínimos para a análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos de saúde no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária - SNVS, e em outros dispositivos legais que venha substituí-la ou complementá-la;
36. Proporcionar espaço físico adequado às diversas atividades dos serviços ofertados que permita um atendimento ágil, humanizado, qualificado e seguro em ambiente saudável aos usuários e familiares e/ou acompanhantes, sem ônus para a Conveniente;
37. Manter ativas as Comissões pertinentes a sua área de atuação, como Comissão de Óbitos, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH, Comissão de Ética Médica, entre outras;
38. Ofertar reabilitação e cuidados paliativos no âmbito da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, para os casos que os exijam;
39. Esforçar-se pelo desenvolvimento de uma atenção à saúde humanizada, baseada em evidências, com acesso equitativo e custo efetivo, abrangendo toda a linha de cuidado e todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, domiciliar e integração com os serviços especializados, conforme preconizado nas diretrizes dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados;
40. Garantir mecanismo de prevenção dos riscos de acidentes de trabalho, incluindo o fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), em número suficiente e compatível com as atividades desenvolvidas pelos trabalhadores;
41. Garantir a manutenção preventiva ou corretiva dos equipamentos, e no caso de defeitos ou eventuais desativações temporárias de serviços e/ou equipamentos, a Conveniente/Contratante deverá ser oficialmente comunicada por escrito, em tempo hábil, não devendo interromper a manutenção do serviço prestado;
42. Apresentar a Secretaria Municipal da Saúde - SMS de Fortaleza, sempre que solicitado, comprovação do cumprimento das obrigações tributárias legalmente exigidas, mantendo as condições de habilitação satisfatórias durante toda a vigência da Contratualização;
43. Apresentar materiais, documentos, prontuários ou demais informações necessárias ao acompanhamento da execução do convênio;
44. Permitir que a Comissão designada pela Contratante/Conveniente realize o acompanhamento e fiscalização da prestação dos serviços;
45. Permitir livre acesso aos auditores indicados pela Coordenadoria de Regulação, Auditoria, Controle e Avaliação das Ações e Serviços de Saúde (CORAC) da Secretaria Municipal da Saúde - SMS de Fortaleza, bem como funcionários por ela determinados, fornecendo todos os documentos e informações necessárias a este serviço, sem aviso prévio ou comunicação formal, no caso de auditorias analíticas e/ou operacionais, inclusive permitindo o acompanhamento e o registro dos procedimentos por meio de fotografias, desde que previamente autorizadas pelo paciente, pesquisa de satisfação e entrevistas com usuários e profissionais de forma individual e reservada;
46. Participar ativamente das Reuniões da Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC), a ser realizada trimestralmente e, extraordinariamente, quando necessárias;
47. Estabelecer e adotar protocolos de classificação de risco, protocolos clínico-assistenciais e procedimentos administrativos no hospital, quando necessário;
48. Garantir atendimento humanizado, de acordo com a Política Nacional de Humanização do SUS, mantendo sempre a qualidade na prestação de serviços, responsabilizando-se por quaisquer danos causados aos pacientes, decorrentes de omissão, negligência, imperícia ou imprudência;
49. Garantir acompanhamento aos usuários com mais de 60 anos, crianças, adolescentes, gestantes, idosos e portadores de necessidades especiais, de acordo com as legislações específicas;
50. Atender com presteza as reclamações sobre a qualidade dos serviços executados, providenciando sua imediata correção, sem ônus para a Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza;
51. Respeitar e esclarecer ao paciente ou ao seu responsável legal sobre os seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos, justificando, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional à execução dos procedimentos previstos neste Convênio;

52. Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar a prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;
53. Estar em conformidade com os fundamentos da Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD, no que se tratar da manipulação dos dados da Contratante/Conveniente e de terceiros, em sua criptografia, armazenamento e demais tratativas, resguardando os dados utilizados;
54. Garantir a interoperabilidade entre os Sistemas da SMS e da instituição contratualizada, permitindo o acesso desta Secretaria para acompanhar o cuidado integral ao usuário e para auxiliar nas respostas dos mandatos judiciais;
55. Assumir total responsabilidade pelo sigilo das informações dos pacientes, dados, contidos em quaisquer mídias e documentos que seus empregados ou prepostos vierem a obter em função dos serviços prestados à Conveniente, respondendo pelos danos que eventual vazamento de informações, decorrentes de ação danosa ou culposa, nas formas de negligência, imprudência ou imperícia, venha a ocasionar à Conveniente;
56. Garantir que o usuário efetuará sua assinatura e/ou registro digital, certificando a realização de seu atendimento, no ato de cada tratamento, sendo vedada a possibilidade da confirmação prévia ao atendimento;
57. Promover ações de educação permanente que garantam o gerenciamento das tecnologias de forma racional e de acordo com os protocolos institucionais;
58. Responsabilizar-se pela implantação e execução do seu Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS, em observância à Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) vigente, que dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de diálise e dá outras providências, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública e do meio ambiente e a segurança do paciente;
59. Responsabilizar-se pelo registro dos procedimentos cirúrgicos para implantação de próteses osteo-articulares (quadril e joelho) e de stent coronariano no sistema informatizado Registro Nacional de Implantes - RNI da ANVISA (<https://rni.anvisa.gov.br/>).
60. Concordar que os serviços contratualizados serão destinados prioritariamente aos munícipes de Fortaleza/CE, exceto nos casos previstos em Programação Pactuada Integrada (PPI) ou instrumento similar de pactuação vigente. Em todas as hipóteses, serão pagos os serviços prestados quando previamente regulados;
61. Manter fluxo de notificação/informação mensal ao órgão pertinente das doenças de notificação obrigatória, boletim mensal de controle de infecção do serviço.
62. Manter a infraestrutura (R.H., equipamentos, ambiência, etc.) que se faça necessária ao perfeito e bom desempenho dos serviços, sem ônus para a CONTRATANTE, respeitando as condições físicas e idade do usuário, e dentro dos padrões de higiene, conforto, segurança e proteção dos pacientes, familiares e acompanhantes, bem como aos seus colaboradores;
63. Registrar no Sistema de Informação em uso pela SMS de todos os atendimentos efetuados no mês vigente, inclusive em prontuário eletrônico, se assim existir. Os relatórios registrados no SIA/SUS e SIH/SUS devem obrigatoriamente coincidir com os relatórios apresentados pelo prestador e pela Central de Regulação;
64. Realizar orientação ao usuário, de forma clara, garantindo o entendimento para assegurar o resultado satisfatório do acompanhamento/tratamento.
65. Garantir igualdade de tratamento sem quaisquer discriminações;
66. Estar informado que fica estabelecido, de forma criteriosa, que os serviços, objeto deste convênio, serão remunerados segundo dados constantes no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do Sistema Único de Saúde (SIGTAP/SUS), sendo que o valor estimado não caracteriza nenhum tipo de previsão de crédito.
67. Estar a par de que, caso o Ministério da Saúde publique políticas específicas que remunerem, por meio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), procedimentos constantes no Plano Operativo, a SMS Fortaleza poderá adotar providências administrativas para a utilização de APAC e/ou AIH com numeração/seriação especial que permitam o processamento junto ao Ministério da Saúde;
68. Disponibilizar todos os exames complementares de média complexidade em estrutura própria ou terceirizada, conforme contratualizado.
69. Estar ciente de que só serão considerados procedimentos aptos para pagamento, àqueles apresentados e aprovados no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), e ainda regulados, confirmados e auditados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de Fortaleza, conforme normas técnicas vigentes;

70. Apresentar no ato da abertura do processo de pagamento, o ofício contendo a relação dos pacientes e respectivos procedimentos realizados na unidade de saúde e sua origem (Município ou Regional de Saúde), a fim de controle na execução dos serviços;
71. Ao abrir os processos de pagamento, atentar-se ao quadro referente ao cronograma de desembolso deste Plano Operativo, em que para cada rubrica apresentada deverá ser aberto um processo de pagamento em específico, o que viabilizará a identificação durante o trâmite de pagamento.
72. Estar ciente de que, nos casos pertinentes a revisão de glosas, só serão considerados para revisão, àquelas que os processos forem abertos no prazo máximo de 60 dias do processamento de competência, e esclareça cada situação envolvida, citando, por exemplo, os pacientes, AIH's ou APAC's glosadas, se aplicável, definindo o valor especificado por item e o total de glosa a ser analisada;
73. Cumprir indicadores e metas estabelecidos na Política Estadual de Incentivo Hospitalar de Referência Regional, Estratégico e Hospital Local de Pequeno Porte, por meio da Resolução Nº 82/2023 - CESAUC/CE.

Data da assinatura eletrônica,



ANEXO I - PLANO OPERATIVO – HOSPITAL CURA D'ARS
CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO DE GERENCIAMENTO ANUAL – PARTE I

	RUBRICA	ANUAL
FEDERAL	PROGRAMA MAIS ACESSO A ESPECIALISTAS - PMAE – FAEC (Portaria GM/MS nº 90, de 3 de fevereiro de 2023; Portaria nº 1.604, de 18 de Outubro de 2023; Portaria GM/MS Nº 5.820, de 4 de dezembro de 2024; Portaria nº 1.824, de 11 de junho de 2024; Portaria 2.324, de 6 de dezembro de 2024; Portaria GM/MS Nº 3.492, de 8 de abril de 2024; Portaria nº 5.758, de 4 de dezembro de 2024; Resolução Nº 25/2024 - CIB/CE; Portaria GM/MS Nº 1.640, de 7 de maio de 2024; Portaria nº 1.976, de 14 de agosto de 2024; Resolução nº 46/2025 – CIB/CE; e Resolução nº 88/2025 – CIB/CE)	R\$ 1.162.260,80 (Recurso de Gerenciamento anual)
ESTADUAL	PROGRAMA MAIS ACESSO A ESPECIALISTAS - PMAE – FAEC (Portaria GM/MS nº 90, de 3 de fevereiro de 2023; Portaria nº 1.604, de 18 de Outubro de 2023; Portaria GM/MS Nº 5.820, de 4 de dezembro de 2024; Portaria nº 1.824, de 11 de junho de 2024; Portaria 2.324, de 6 de dezembro de 2024; Portaria GM/MS Nº 3.492, de 8 de abril de 2024; Portaria nº 5.758, de 4 de dezembro de 2024; Resolução Nº 25/2024 - CIB/CE; Portaria GM/MS Nº 1.640, de 7 de maio de 2024; Portaria nº 1.976, de 14 de agosto de 2024; Resolução nº 46/2025 – CIB/CE; e Resolução nº 88/2025 – CIB/CE)	R\$ 321.434,84 (Recurso de Gerenciamento anual)
TOTAL		R\$ 1.483.695,64

ANEXO I - PLANO OPERATIVO – HOSPITAL CURA D'ARS
CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO MENSAL – PARTE II

PARCELA	FONTE DE RECURSO	RECURSO	RUBRICA	VALOR MENSAL
1ª PARCELA	FEDERAL	PÓS-FIXADO	SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – S I A- MAC	R\$ 572.183,58
			SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE – S I A- FAEC	R\$ 35.036,36
			SERVIÇOS HOSPITALARES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – S I H- MAC	R\$ 1.023.189,56
			SERVIÇOS HOSPITALARES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – S I H- FAEC	R\$ 333.598,32
		PRÉ-FIXADO	REDE CEGONHA	R\$ 218.465,64
			INTEGRASUS	R\$ 8.988,27
			INCENTIVO DE ADESAO À CONTRATUALIZAÇÃO – IAC	R\$ 243.533,34
			TOTAL FEDERAL	R\$ 2.434.995,07
	ESTADUAL	PRÉ-FIXADO	HOSPITAL ESTRATÉGICO	R\$ 120.000,00
	TOTAL ESTADUAL			R\$ 120.000,00
MUNICIPAL	PÓS-FIXADO	INCENTIVO FINANCEIRO PARA CIRURGIAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE	R\$ 25.000,00	
TOTAL MUNICIPAL			R\$ 25.000,00	
VALOR DA PARCELA				R\$ 2.579.995,07

PARCELA	FONTE DE RECURSO	RECURSO	RUBRICA	VALOR MENSAL
2ª PARCELA	FEDERAL	PÓS-FIXADO	SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – S I A- MAC	R\$ 572.183,58
			SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE – S I A- FAEC	R\$ 35.036,36
			SERVIÇOS HOSPITALARES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – S I H- MAC	R\$ 1.023.189,56
			SERVIÇOS HOSPITALARES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – S I H- FAEC	R\$ 333.598,32
		PRÉ-FIXADO	REDE CEGONHA	R\$ 218.465,64
			INTEGRASUS	R\$ 8.988,27
			INCENTIVO DE ADESAO À CONTRATUALIZAÇÃO – IAC	R\$ 243.533,34
			TOTAL FEDERAL	R\$ 2.434.995,07
	ESTADUAL	PRÉ-FIXADO	HOSPITAL ESTRATÉGICO	R\$ 120.000,00
	TOTAL ESTADUAL			R\$ 120.000,00
MUNICIPAL	PÓS-FIXADO	INCENTIVO FINANCEIRO PARA CIRURGIAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE	R\$ 25.000,00	
TOTAL MUNICIPAL			R\$ 25.000,00	
VALOR DA PARCELA				R\$ 2.579.995,07

PARCELA	FONTE DE RECURSO	RECURSO	RUBRICA	VALOR MENSAL
3ª PARCELA	FEDERAL	PÓS-FIXADO	SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – S I A- MAC	R\$ 572.183,58
			SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE – S I A- FAEC	R\$ 35.036,36
			SERVIÇOS HOSPITALARES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – S I H- MAC	R\$ 1.023.189,56
			SERVIÇOS HOSPITALARES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – S I H- FAEC	R\$ 333.598,32
		PRÉ-FIXADO	REDE CEGONHA	R\$ 218.465,64

		INTEGRASUS	R\$ 8.988,27
		INCENTIVO DE ADESAO À CONTRATUALIZAÇÃO – IAC	R\$ 243.533,34
		TOTAL FEDERAL	R\$ 2.434.995,07
	ESTADUAL	PRÉ-FIXADO	HOSPITAL ESTRATÉGICO
		TOTAL ESTADUAL	R\$ 120.000,00
	MUNICIPAL	PÓS-FIXADO	INCENTIVO FINANCEIRO PARA CIRURGIAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE
		TOTAL MUNICIPAL	R\$ 25.000,00
		VALOR DA PARCELA	R\$ 2.579.995,07

PARCELA	FONTE DE RECURSO	RECURSO	RUBRICA	VALOR MENSAL
4ª PARCELA	FEDERAL	PÓS-FIXADO	SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – S I A- MAC	R\$ 572.183,58
			SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE – S I A- FAEC	R\$ 35.036,36
			SERVIÇOS HOSPITALARES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – S I H- MAC	R\$ 1.023.189,56
			SERVIÇOS HOSPITALARES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – S I H- FAEC	R\$ 333.598,32
		PRÉ-FIXADO	REDE CEGONHA	R\$ 218.465,64
			INTEGRASUS	R\$ 8.988,27
			INCENTIVO DE ADESAO À CONTRATUALIZAÇÃO – IAC	R\$ 243.533,34
		TOTAL FEDERAL		R\$ 2.434.995,07
	ESTADUAL	PRÉ-FIXADO	HOSPITAL ESTRATÉGICO	R\$ 120.000,00
		TOTAL ESTADUAL		R\$ 120.000,00
	MUNICIPAL	PÓS-FIXADO	INCENTIVO FINANCEIRO PARA CIRURGIAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE	R\$ 25.000,00
		TOTAL MUNICIPAL		R\$ 25.000,00
		VALOR DA PARCELA		R\$ 2.579.995,07

PARCELA	FONTE DE RECURSO	RECURSO	RUBRICA	VALOR MENSAL
5ª PARCELA	FEDERAL	PÓS-FIXADO	SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – S I A- MAC	R\$ 572.183,58
			SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE – S I A- FAEC	R\$ 35.036,36
			SERVIÇOS HOSPITALARES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – S I H- MAC	R\$ 1.023.189,56
			SERVIÇOS HOSPITALARES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – S I H- FAEC	R\$ 333.598,32
		PRÉ-FIXADO	REDE CEGONHA	R\$ 218.465,64
			INTEGRASUS	R\$ 8.988,27
			INCENTIVO DE ADESAO À CONTRATUALIZAÇÃO – IAC	R\$ 243.533,34
		TOTAL FEDERAL		R\$ 2.434.995,07
	ESTADUAL	PRÉ-FIXADO	HOSPITAL ESTRATÉGICO	R\$ 120.000,00
		TOTAL ESTADUAL		R\$ 120.000,00
	MUNICIPAL	PÓS-FIXADO	INCENTIVO FINANCEIRO PARA CIRURGIAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE	R\$ 25.000,00
		TOTAL MUNICIPAL		R\$ 25.000,00
		VALOR DA PARCELA		R\$ 2.579.995,07

PARCELA	FONTE DE RECURSO	RECURSO	RUBRICA	VALOR MENSAL
6ª PARCELA	FEDERAL	PÓS-FIXADO	SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – S I A- MAC	R\$ 572.183,58
			SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE – S I A- FAEC	R\$ 35.036,36
			SERVIÇOS HOSPITALARES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – S I H- MAC	R\$ 1.023.189,56
			SERVIÇOS HOSPITALARES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – S I H- FAEC	R\$ 333.598,32
		PRÉ-FIXADO	REDE CEGONHA	R\$ 218.465,64
			INTEGRASUS	R\$ 8.988,27
			INCENTIVO DE ADESAO À CONTRATUALIZAÇÃO – IAC	R\$ 243.533,34
		TOTAL FEDERAL		R\$ 2.434.995,07
	ESTADUAL	PRÉ-FIXADO	HOSPITAL ESTRATÉGICO	R\$ 120.000,00
		TOTAL ESTADUAL		R\$ 120.000,00
	MUNICIPAL	PÓS-FIXADO	INCENTIVO FINANCEIRO PARA CIRURGIAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE	R\$ 25.000,00
		TOTAL MUNICIPAL		R\$ 25.000,00
		VALOR DA PARCELA		R\$ 2.579.995,07

PARCELA	FONTE DE RECURSO	RECURSO	RUBRICA	VALOR MENSAL
7ª PARCELA	FEDERAL	PÓS-FIXADO	SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – S I A- MAC	R\$ 572.183,58
			SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE – S I A- FAEC	R\$ 35.036,36
			SERVIÇOS HOSPITALARES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – S I H- MAC	R\$ 1.023.189,56
			SERVIÇOS HOSPITALARES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – S I H- FAEC	R\$ 333.598,32
		PRÉ-FIXADO	REDE CEGONHA	R\$ 218.465,64
			INTEGRASUS	R\$ 8.988,27

		INCENTIVO DE ADESAO À CONTRATUALIZAÇÃO – IAC	R\$ 243.533,34
TOTAL FEDERAL			R\$ 2.434.995,07
ESTADUAL	PRÉ-FIXADO	HOSPITAL ESTRATÉGICO	R\$ 120.000,00
TOTAL ESTADUAL			R\$ 120.000,00
MUNICIPAL	PÓS-FIXADO	INCENTIVO FINANCEIRO PARA CIRURGIAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE	R\$ 25.000,00
TOTAL MUNICIPAL			R\$ 25.000,00
VALOR DA PARCELA			R\$ 2.579.995,07

PARCELA	FONTE DE RECURSO	RECURSO	RUBRICA	VALOR MENSAL
8ª PARCELA	FEDERAL	PÓS-FIXADO	SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – S I A- MAC	R\$ 572.183,58
			SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE – S I A- FAEC	R\$ 35.036,36
			SERVIÇOS HOSPITALARES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – S I H- MAC	R\$ 1.023.189,56
			SERVIÇOS HOSPITALARES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – S I H- FAEC	R\$ 333.598,32
		PRÉ-FIXADO	REDE CEGONHA	R\$ 218.465,64
			INTEGRASUS	R\$ 8.988,27
			INCENTIVO DE ADESAO À CONTRATUALIZAÇÃO – IAC	R\$ 243.533,34
			TOTAL FEDERAL	R\$ 2.434.995,07
	ESTADUAL	PRÉ-FIXADO	HOSPITAL ESTRATÉGICO	R\$ 120.000,00
	TOTAL ESTADUAL			R\$ 120.000,00
	MUNICIPAL	PÓS-FIXADO	INCENTIVO FINANCEIRO PARA CIRURGIAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE	R\$ 25.000,00
	TOTAL MUNICIPAL			R\$ 25.000,00
VALOR DA PARCELA				R\$ 2.579.995,07

PARCELA	FONTE DE RECURSO	RECURSO	RUBRICA	VALOR MENSAL
9ª PARCELA	FEDERAL	PÓS-FIXADO	SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – S I A- MAC	R\$ 572.183,58
			SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE – S I A- FAEC	R\$ 35.036,36
			SERVIÇOS HOSPITALARES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – S I H- MAC	R\$ 1.023.189,56
			SERVIÇOS HOSPITALARES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – S I H- FAEC	R\$ 333.598,32
		PRÉ-FIXADO	REDE CEGONHA	R\$ 218.465,64
			INTEGRASUS	R\$ 8.988,27
			INCENTIVO DE ADESAO À CONTRATUALIZAÇÃO – IAC	R\$ 243.533,34
			TOTAL FEDERAL	
	ESTADUAL	PRÉ-FIXADO	HOSPITAL ESTRATÉGICO	R\$ 120.000,00
	TOTAL ESTADUAL			R\$ 120.000,00
	MUNICIPAL	PÓS-FIXADO	INCENTIVO FINANCEIRO PARA CIRURGIAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE	R\$ 25.000,00
	TOTAL MUNICIPAL			R\$ 25.000,00
VALOR DA PARCELA				R\$ 2.579.995,07

PARCELA	FONTE DE RECURSO	RECURSO	RUBRICA	VALOR MENSAL
10ª PARCELA	FEDERAL	PÓS-FIXADO	SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – S I A- MAC	R\$ 572.183,58
			SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE – S I A- FAEC	R\$ 35.036,36
			SERVIÇOS HOSPITALARES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – S I H- MAC	R\$ 1.023.189,56
			SERVIÇOS HOSPITALARES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – S I H- FAEC	R\$ 333.598,32
		PRÉ-FIXADO	REDE CEGONHA	R\$ 218.465,64
			INTEGRASUS	R\$ 8.988,27
			INCENTIVO DE ADESAO À CONTRATUALIZAÇÃO – IAC	R\$ 243.533,34
			TOTAL FEDERAL	R\$ 2.434.995,07
	ESTADUAL	PRÉ-FIXADO	HOSPITAL ESTRATÉGICO	R\$ 120.000,00
	TOTAL ESTADUAL			R\$ 120.000,00
	MUNICIPAL	PÓS-FIXADO	INCENTIVO FINANCEIRO PARA CIRURGIAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE	R\$ 25.000,00
TOTAL MUNICIPAL			R\$ 25.000,00	
VALOR DA PARCELA				R\$ 2.579.995,07

PARCELA	FONTE DE RECURSO	RECURSO	RUBRICA	VALOR MENSAL
11ª PARCELA	FEDERAL	PÓS-FIXADO	SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – S I A- MAC	R\$ 573.223,95
			SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE – S I A- FAEC	R\$ 38.822,94
			SERVIÇOS HOSPITALARES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – S I H- MAC	R\$ 1.022.149,14
			SERVIÇOS HOSPITALARES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – S I H- FAEC	R\$ 359.846,90
		PRÉ-FIXADO	REDE CEGONHA	R\$ 218.465,64
			REDES TEMÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE (REDE ALYNE) (Competências de JAN/2025 a MAR/2025) – Parcela Única	R\$ 160.995,00
			REDES TEMÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE (REDE ALYNE)	R\$ 53.655,00

		INTEGRASUS	R\$ 8.988,27
		INCENTIVO DE ADESAO À CONTRATUALIZAÇÃO – IAC	R\$ 243.533,34
		PORTARIA Nº 6.454/2024 - Recurso financeiro do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção Especializada para entidades sem fins lucrativos, que prestam serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS) e possuem produção assistencial aprovada pelos gestores estaduais e municipais do SUS – PARCELA ÚNICA (Pagamento condicionado ao repasse do Ministério da Saúde)	R\$ 430.586,36
		TOTAL FEDERAL	R\$ 3.110.266,54
	ESTADUAL	PRÉ-FIXADO HOSPITAL ESTRATÉGICO	R\$ 120.000,00
		TOTAL ESTADUAL	R\$ 120.000,00
	MUNICIPAL	PÓS-FIXADO INCENTIVO FINANCEIRO PARA CIRURGIAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE	R\$ 25.000,00
		TOTAL MUNICIPAL	R\$ 25.000,00
		VALOR DA PARCELA	R\$ 3.255.266,54

PARCELA	FONTE DE RECURSO	RECURSO	RUBRICA	VALOR MENSAL
12ª PARCELA	FEDERAL	PÓS-FIXADO	SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – S I A - MAC	R\$ 573.223,95
			SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE – S I A - FAEC	R\$ 38.822,94
			SERVIÇOS HOSPITALARES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – S I H - MAC	R\$ 1.022.149,14
			SERVIÇOS HOSPITALARES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – S I H - FAEC	R\$ 359.846,90
		PRÉ-FIXADO	REDE CEGONHA	R\$ 218.465,64
			REDES TEMÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE (REDE ALYNE)	R\$ 53.655,00
			INTEGRASUS	R\$ 8.988,27
			INCENTIVO DE ADESAO À CONTRATUALIZAÇÃO – IAC	R\$ 243.533,34
		TOTAL FEDERAL		R\$ 2.518.685,18
	ESTADUAL	PRÉ-FIXADO HOSPITAL ESTRATÉGICO		R\$ 120.000,00
		TOTAL ESTADUAL		R\$ 120.000,00
	MUNICIPAL	PÓS-FIXADO INCENTIVO FINANCEIRO PARA CIRURGIAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE		R\$ 25.000,00
		TOTAL MUNICIPAL		R\$ 25.000,00
		VALOR DA PARCELA		R\$ 2.663.685,18

VALOR TOTAL DO CONVÊNIO	R\$ 33.202.598,06
--------------------------------	--------------------------

