

Estudo Técnico Preliminar 72/2024

1. Informações Básicas

Número do processo:

2. Descrição da necessidade

Considerando que o Município de Xanxerê possui um Centro Integrado de Saúde em pleno funcionamento e que atende diariamente centenas de pessoas encaminhadas através de Unidades Básicas de Saúde, para diversas especialidades médicas;

Considerando a grande demanda de solicitações médicas que são inseridas diariamente no Sistema de Regulação - SISREG, e que a Secretaria Municipal de Saúde tem o dever de agilizar estes, para que o paciente possa receber diagnóstico especializado bem como tratamento adequado;

Considerando que a SMS possui um contrato vigente de prestação de serviço de pequenas cirurgias e procedimentos, e que estes atendimentos geram retiradas de peças cirúrgicas que são enviadas para análise;

Considerando que a cota SUS ao mês desses serviços não supre a necessidade da Secretaria Municipal de Saúde

Considerando que atualmente não há Edital de Credenciamento vigente, para que possamos contratar interessados em prestar tais serviços;

Considerando que o SUS deve facilitar o acesso ao usuário do sistema à estes exames e posteriormente ao tratamento;

Levando em conta que a Secretaria Municipal de Saúde, preza pelo bem estar do paciente e agilidade do atendimento, é necessário que seja realizada Contratação de Empresa Especializada na Realização de Exames de Imagens e Exames Anatomopatológicos.

3. Área requisitante

Área Requisitante	Responsável
Secretaria Municipal de Saúde	Francis Mara Zago Pegoraro

4. Descrição dos Requisitos da Contratação

O Objeto do Edital será a **Contratação de Pessoas Jurídicas especializadas na realização e disponibilização de resultados de exames de Imagens e Exames Anatomopatológicos.**

Estes exames serão ofertadas à usuários do Sistema Único de Saúde do Município que possuem solicitações para realizar tais exames e que estejam inseridas no Sistema de Regulação

O fluxo de acesso do paciente para a realização do exame é de responsabilidade da Coordenação de Regulação do Município. O paciente será chamado conforme classificação do protocolo de acesso.

A Contratada deverá também prezar pelo bom acolhimento e atendimento ao paciente, levando em consideração normas do Código de ética de sua profissão.

A Contratada deverá possuir profissionais habilitados para realizar os exames de imagens e os exames anatomopatológicos, bem como os laudos.

O Monitoramento e conferência da produção apresentada no final de cada mês é de responsabilidade da Coordenação de Controle e Avaliação e Auditoria.

O resultado do exames de imagem será disponibilizado ao paciente, e os resultados dos exames anatomopatológicos serão enviadas para a Supervisão do CIS

A contratação será realizada por meio de Processo Licitatório, na modalidade de Inexigibilidade, segundo artigo 74, inciso IV da Lei Federal 14.133 /2021, na sua forma eletrônica, com o procedimento auxiliar de Credenciamento Universal.

Para a prestação dos serviços pretendidos os eventuais interessados deverão comprovar que atuam em ramo de atividade compatível com o objeto da licitação, bem como apresentar os seguintes documentos a título habilitação, nos termos do art. 62 da Lei nº 14.133/2021

5. Levantamento de Mercado

Os Valores deste Edital são baseados nos valores contidos no SIGTAP- Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos , Medicamentos e OPM do SUS, bem como na Tabela 2024 de Procedimentos Credenciados do CISAMOSC - Consórcio Interfederativo de Saúde do Oeste de Santa Catarina.

6. Descrição da solução como um todo

A Solução proposta é a abertura de Edital para a , para que estes exames sejam disponibilizadas aos pacientes do Sistema Único de Saúde que possuem requisição para realização destes , e que estão aguardando na fila de espera .

7. Estimativa do Valor da Contratação

Valor (R\$): 1.220.280,00

O Valor Estimado para utilização mensal é de R\$101.690,00 (cento e um mil, seiscentos e noventa reais) e valor estimado para 12 meses é de R\$ (Um milhão, duzentos e vinte mil, duzentos e oitenta reais)

8. Estimativa das Quantidades a serem Contratadas

DESCRIÇÃO DO EXAME	COD.SIA/SUS	QUANTIDADE/MÊS
RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBROS SUPERIORES (UNILATERAL)	02.07.02.002-7	20
RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	02.07.03.003-0	20
RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO SACRA	02.07.01.004-8	50
RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORÁCICA	02.07.01.005-6	10
RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	02.07.01.003-0	20
RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA/PELVE/ABDOMEN INFERIOR	02.07.03.002-2	25
RESSONANCIA MAGNETICA DE CRÂNIO (boca/face/orbitas/ouvidos)	02.07.01.006-4	25
RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDÔMEN SUPERIOR	02.07.03.001-4	25
CONTRASTE PARA RESSONÂNCIA	90.01.01.126	40

TOMOGRAFIA DE CRÂNIO (INCLUI REGIÃO MASTEOIDEA)	02.06.01.007-9	50
TOMOGRAFIA DE FACE/SEIOS DA FACE/ARTICULAÇÕES TÊMPORO MANDIBULARES	02.06.01.004-4	10
TOMOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	02.06.03.001-0	20
TOMOGRAFIA DE PELVE/BACIA/ABDOMEN INFERIOR	02.06.03.003-7	20
TOMOGRAFIA DE TÓRAX	02.06.02.003-1	50
TOMOGRAFIA DE PESCOÇO	02.06.01.005-2	5
UROTOMOGRAFIA	90.01.01.152-0	10
CONTRASTE PARA TOMOGRAFIA	90.01.01.113-0	30
Exames Anatomopatológico	Código	Quantidade /mês
EXAME ANATOMOPATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO/ PARAFINA POR PEÇA CIRURGICA OU BIOPSIA	02.03.02.003-0	100
EXAME CITOPATOLÓGICO DE MAMA – PAAF	02.03.01.004-3	50

Os Valores deste Edital são baseados nos valores contidos no SIGTAP- Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos , Medicamentos e OPM do SUS, bem como na Tabela 2024 de Procedimentos Credenciados do CISAMOSC - Consórcio Interfederativo de Saúde do Oeste de Santa Catarina

9. Justificativa para o Parcelamento ou não da Solução

A busca pela Solução será através do procedimento Auxiliar de Credenciamento (Art 79 da Lei 14.133), pois são ferramentas que viabilizam a escolha de um fornecedor para uma futura contratação.

Assim sendo, cada interessado buscará a sua área de especialidade para se credenciar e prestar o serviço, portanto a sugestão é que sejam parcelados em 2 Lotes. Lote 01 de Exames de Imagem, que podem ser separados e ou **parcelados por tipo de exame** a ser contratado e Lote 02 de Exames Anatomopatológicos , para que possibilite a ampliação de empresas interessadas no credenciamento e evitar a concentração do mercado.

10. Contratações Correlatas e/ou Interdependentes

A Equipe técnica não identificou a necessidade de realizar contratações acessórias para a perfeita execução do objeto, uma vez que todos os meios necessários para a operacionalização dos serviços podem ser supridos apenas com a contratação proposta.

As prestações de serviço que se pretende, portanto, são suficientes e não prescindem de contratações correlatas ou interdependentes.

11. Alinhamento entre a Contratação e o Planejamento

A contratação pretendida está prevista no Decreto nº04/2024, Plano Anual de Contratações do Município de Xanxerê-SC para o exercício do ano de 2024, como se vê no item 236 daquele documento, estando assim alinhada com o planejamento desta Administração.

12. Benefícios a serem alcançados com a contratação

A Secretaria Municipal de Saúde acredita que com a **Contratação de Pessoas Jurídicas especializadas na realização e disponibilização de resultados de exames de Imagens e Exames Anatomopatológicos.**, possa suprir a demanda reprimida de pacientes que estão em fila de espera. Além de proporcionar ao paciente o exame que necessita, vai otimizar o diagnóstico bem como o tratamento a ser realizado.

13. Providências a serem Adotadas

Para a contratação pretendida não haverá necessidade de providências prévias no Âmbito Administrativo.

A Secretaria Municipal de Saúde indicará servidores para atuarem como Fiscal de Contrato

14. Possíveis Impactos Ambientais

Não há impactos Ambientais provenientes desta pretendida contratação

15. Declaração de Viabilidade

Esta equipe de planejamento declara **viável** esta contratação.

15.1. Justificativa da Viabilidade

Com base na justificativa e nas especificações técnicas constantes neste Estudo Técnico Preliminar e seus anexos, e na existência de planejamento orçamentário para subsidiar esta contratação, declaramos que a contratação é viável, atendendo aos padrões e preços de mercado

16. Responsáveis

Todas as assinaturas eletrônicas seguem o horário oficial de Brasília e fundamentam-se no §3º do Art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

ARIANA COELHO PINTO

Agente de contratação



Assinou eletronicamente em 16/04/2024 às 14:00:15.

THAISE CARINA XAVIER TOFOLO

Equipe de apoio

Lista de Anexos

Atenção: Apenas arquivos nos formatos ".pdf", ".txt", ".jpg", ".jpeg", ".gif" e ".png" enumerados abaixo são anexados diretamente a este documento.

- Anexo I - Tabela CIS AMOSC Ressonância.pdf (1.03 MB)
- Anexo II - Tabela CIS AMOSC Tomografia.pdf (1.03 MB)
- Anexo III - tabela sigtap anatomo.pdf (233.29 KB)
- Anexo IV - Tabela SIGTAP cito de mama.pdf (196.8 KB)

Anexo I - Tabela CIS AMOSC Ressonância.pdf



RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN+MN+LATERAL+HIRTZ)	02.04.01.014-4	7,32	22,68	30,00	30.000
RADIOGRAFIA DE SELA TÚRSICA (PA+LATERAL+ BRETTON)	02.04.01.015-2	7,20	22,80	30,00	30.000
RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA+INSPIRAÇÃO+EXPIRAÇÃO+LATERAL)	02.04.03.013-7	14,32	15,68	30,00	30.000
RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA+LATERAL+OBLÍQUA)	02.04.03.014-5	12,02	17,98	30,00	30.000
RADIOGRAFIA DE TÓRAX ÁPICO-LORDÓRTICA	02.04.03.012-9	5,56	24,44	30,00	30.000
RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA)	02.04.03.017-0	6,88	23,12	30,00	30.000
RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUNA TOTAL (ESCOLIOSE)	02.04.02.013-1	0	100,00	100,00	30.000
RADIOGRAFIA DE COLUNA TÓRACO-LOMBAR	02.04.02.010-7	9,73	20,27	30,00	30.000
RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRÂNSITO)	02.04.05.015-4	47,59	24,41	72,00	30.000
RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA E PERFIL)	02.04.03.015-3	9,50	20,50	30,00	30.000
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESTERNO CLAVICULAR	02.04.04.004-3	7,40	22,60	30,00	30.000
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO SACRO-ILÍACA	02.04.06.007-9	7,77	22,23	30,00	30.000
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TÍBIO-TÁRSICA	02.04.06.008-7	6,50	23,50	30,00	30.000
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	02.04.01.005-5	8,38	21,62	30,00	30.000
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR	02.04.04.002-7	7,40	22,60	30,00	30.000
RADIOGRAFIA DE BACIA	02.04.06.009-5	7,77	22,23	30,00	30.000
RADIOGRAFIA DE BRAÇO	02.04.04.005-1	7,77	22,23	30,00	30.000
RADIOGRAFIA DE CALCÂNEO	02.04.06.010-9	6,50	23,50	30,00	30.000
RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA	02.04.04.006-0	7,40	22,60	30,00	30.000
CLISTER OPACO COM DUPLO CONTRASTE	02.04.05.001-4	47,76	27,24	75,00	30.000
COLANGIOGRAFIA PÓS-OPERATÓRIA	02.04.05.003-0	32,61	29,39	62,00	30.000
RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO SACRA	02.04.02.006-9	10,96	19,04	30,00	30.000
RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO SACRA (C/OBLÍQUAS)	02.04.02.007-7	14,90	20,10	35,00	30.000
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP+LATERAL+TO/FLEXÃO)	02.04.02.004-2	8,19	21,81	30,00	30.000
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP+LATERAL+TO+OBLÍQUAS)	02.04.02.003-4	8,33	21,67	30,00	30.000
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL/DINÂMICA	02.04.02.005-0	10,29	19,71	30,00	30.000
RADIOGRAFIA DE COLUNA TORÁCICA (AP+LATERAL)	02.04.02.009-3	9,16	20,84	30,00	30.000
RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINÂMICA	02.04.02.011-5	15,58	19,42	35,00	30.000
UROGRAFIA VENOSA (EXCRETORA)	02.04.05.018-9	57,40	42,60	100,00	30.000

RESSONANCIA MAGNETICA	COD.SIA/SUS	VALOR SUS R\$	VALOR COMPLEMENTO R\$	VALOR CIS R\$	PREVISÃO UTILIZAÇÃO ANUAL (UN)
ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	02.07.01.001-3	268,75	26,97	295,62	30.000
ANGIORESSONANCIA DE CRANIO/PESCOÇO - ARTERIAL E/OU	90.01.010.142-0	-	420,00	420,00	30.000



VENOSA					
ANGIORESSONANCIA DE TORAX – ARTERIAL E/OU VENOSA	90.01.01.143-0	-	420,00	420,00	30.000
ANGIORESSONANCIA DE ABDOMEN/PELVE – ARTERIAL E/OU VENOSA	90.01.01.144-0	-	420,00	420,00	30.000
ANGIORESSONÂNCIA DE CORONÁRIA DE TÓRAX	90.01.01.522-0	-	420,00	420,00	30.000
ANGIORESSONANCIA DE ABDÔMEN TOTAL	90.01.01.523-0	-	420,00	420,00	30.000
ANGIORESSONÂNCIA DE MEMBROS SUPERIORES	90.01.01.524-0	-	420,00	420,00	30.000
ANGIORESSONÂNCIA DE MEMBROS INFERIORES	90.01.01.525-0	-	420,00	420,00	30.000
CONTRASTE PARA ANGIORESSONANCIA	90.01.01.153-0	-	150,00	150,00	30.000
RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBROS SUPERIORES (UNILATERAL)	02.07.02.002-7	268,75	26,97	295,72	30.000
RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	02.07.03.003-0	268,75	26,97	295,72	30.000
RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO/ AORTA C/CINE	02.07.02.001-9	268,75	26,97	295,72	30.000
RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO SACRA	02.07.01.004-8	268,75	26,97	295,72	30.000
RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORÁCICA	02.07.01.005-6	268,75	26,97	295,72	30.000
RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	02.07.01.003-0	268,75	26,97	295,72	30.000
RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	02.07.01.002-1	268,75	26,97	295,72	30.000
RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA/PELVE/ABDOMEN INFERIOR	02.07.03.002-2	268,75	26,97	295,72	30.000
RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TÚRCICA	02.07.01.007-2	268,75	26,97	295,72	30.000
RESSONANCIA MAGNETICA DE CRÂNIO (boca/face/orbitas/ouvidos)	02.07.01.006-4	268,75	26,97	295,72	30.000
RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/ COLANGIORRESSONANCIA	02.07.03.004-9	268,75	26,97	295,72	30.000
RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDÔMEN SUPERIOR	02.07.03.001-4	268,75	26,97	295,72	30.000
RESSONANCIA MAGNETICA DE TÓRAX	02.07.02.003-5	268,75	26,97	295,72	30.000
CONTRASTE PARA RESSONÂNCIA	90.01.01.126	-	150,00	150,00	30.000
RESSONÂNCIA MAGNETICA COM SEDAÇÃO (Sedação com consulta pré- anestésica, exame, taxa de sala, contraste (se necessário))	1299		1.500,00	1.500,00	30.000

REUMATOLOGIA	COD.SIA/SUS	VALOR SUS R\$	VALOR COMPLEMENTO R\$	VALOR CIS R\$	PREVISÃO UTILIZAÇÃO ANUAL (UN)
INFUSÃO INTRAVENOSA DE MEDICAMENTO IMUNOBIOLOGICO TOCILIZUMABE	1296	-	220,00	220,00	10.000

TERAPIA OCUPACIONAL	COD.SIA/SUS	VALOR SUS R\$	VALOR COMPLEMENTO R\$	VALOR CIS R\$	PREVISÃO UTILIZAÇÃO ANUAL (UN)
CONSULTA EM TERAPIA OCUPACIONAL	03.01.01.004-8	6,30	34,00	40,30	10.000

Anexo II - Tabela CIS AMOSC Tomografia.pdf



- AVALIAÇÃO					
TERAPIA INDIVIDUAL DE TERAPEUTA OCUPACIONAL	03.01.04.004-4	2,81	144,19	147,00	10.000

TOMOGRAFIAS	COD.SIA/SUS	VALOR SUS R\$	VALOR COMPLEMENTO R\$	VALOR CIS R\$	PREVISÃO UTILIZAÇÃO ANUAL (UN)
TOMOGRAFIA DE CRÂNIO (INCLUI REGIÃO MASTEOIDEA)	02.06.01.007-9	97,44	42,56	140,00	10.000
TOMOGRAFIA DE SELA TURCICA	02.06.01.006-0	97,44	42,56	140,00	10.000
TOMOGRAFIA DE COLUNA TORÁCICA	02.06.01.003-6	86,76	53,24	140,00	10.000
TOMOGRAFIA DE COLUNA LOMBO SACRA	02.06.01.002-8	101,10	38,90	140,00	10.000
TOMOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL	02.06.01.001-0	86,76	53,24	140,00	10.000
TOMOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO DE MEMBRO SUPERIOR (ESTERNO CLAVICULAR/OMBRO/COTOVELO E PUNHO)	02.06.02.001-5	86,75	53,25	140,00	10.000
TOMOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES	02.06.03.002-9	86,75	53,25	140,00	10.000
TOMOGRAFIA DE FACE/SEIOS DA FACE/ARTICULAÇÕES TÊMPORO MANDIBULARES	02.06.01.004-4	86,75	53,25	140,00	10.000
TOMOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	02.06.03.001-0	138,63	1,37	140,00	10.000
TOMOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	90.01.01.009-0	-	280,00	280,00	10.000
TOMOGRAFIA DE TÓRAX	02.06.02.003-1	136,41	53,59	190,00	10.000
TOMOGRAFIA DE PESCOÇO	02.06.01.005-2	86,75	53,25	140,00	10.000
TOMOGRAFIA DE PELVE/BACIA/ABDOMEN INFERIOR	02.06.03.003-7	138,63	1,37	140,00	10.000
TOMOGRAFIA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)	02.06.02.002-3	86,75	53,25	140,00	10.000
ANGIOTOMOGRAFIA DE CRÂNIO INCLUINDO VASOS VENOSOS E/OU ARTERIAIS	90.01.01.526-0	-	420,00	420,00	10.000
ANGIOTOMOGRAFIA DE PESCOÇO, INCLUINDO VASOS VENOSOS E/OU ARTERIAIS	90.01.01.527-0	-	420,00	420,00	10.000
ANGIOTOMOGRAFIA DE TÓRAX, VASOS VENOSOS E/OU ARTERIAIS	90.01.01.528-0	-	420,00	420,00	10.000
ANGIOTOMOGRAFIA DE MEMBROS SUPERIORES, VASOS VENOSOS E/OU ARTERIAIS	90.01.01.529-0	-	420,00	420,00	10.000
ANGIOTOMOGRAFIA DE MEMBROS INFERIORES, VASOS VENOSOS E/OU ARTERIAIS	90.01.01.530-0	-	420,00	420,00	10.000
ANGIOTOMOGRAFIA DE ABDOMEN INCLUINDO VASOS VENOSOS E/OU ARTERIAIS, COMPREENDENDO VASOS ILÍACOS;	90.01.01.531-0	-	520,00	520,00	10.000
ANGIOTOMOGRAFIA DE CORONÁRIAS	90.01.01.150-0	-	420,00	420,00	10.000
UROTOMOGRAFIA	90.01.01.152-0	-	348,00	348,00	10.000
CONTRASTE PARA ANGIOTOMOGRAFIA	90.01.01.154-0	-	150,00	150,00	10.000
CONTRASTE PARA TOMOGRAFIA	90.01.01.113-0	-	150,00	150,00	10.000



TOMOGRRAFIA COM SEDAÇÃO (Sedação com consulta pré-anestésica, exame, taxa de sala, contraste (se necessário))	1300		1.500,00	1.500,00	10.000
---	------	--	----------	----------	--------

ULTRASSONOGRAFIAS	COD.SIA/SUS	VALOR SUS R\$	VALOR COMPLEMENTO R\$	VALOR CIS R\$	PREVISÃO UTILIZAÇÃO ANUAL (UN)
ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)	02.05.02.003-8	24,20	33,26	57,46	30.000
ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	02.05.02.004-6	37,95	51,55	89,50	30.000
ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	02.05.02.005-4	24,20	33,26	57,46	30.000
ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO	02.05.02.006-2	24,20	33,26	57,46	30.000
ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	02.05.02.007-0	24,20	33,26	57,46	30.000
ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR/ORBITA (MONOCULAR)	02.05.02.008-9	24,20	17,34	41,54	30.000
ULTRASSONOGRAFIA DE MAMÁRIA BILATERAL	02.05.02.009-7	24,20	24,85	49,05	30.000
ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA POR VIA ABDOMINAL	02.05.02.010-0	24,20	33,26	57,46	30.000
ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA VIA TRANSRETAL	02.05.02.011-9	24,20	31,87	56,07	30.000
ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE	02.05.02.012-7	24,20	24,85	49,05	30.000
ULTRASSONOGRAFIA DE OBSTÉTRICA	02.05.02.014-3	24,20	33,26	57,46	30.000
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA C/DOPPLER COLORIDO E PULSADO	02.05.02.015-1	39,60	72,54	112,14	30.000
ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)	02.05.02.016-0	24,20	24,85	49,05	30.000
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA	90.01.01.117-0	-	112,14	112,14	30.000
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM TRANSLUCENCIA NUCAL	90.01.01.176-0	-	112,14	112,14	30.000
ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	02.05.02.017-8	24,20	87,94	112,14	30.000
ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	02.05.02.018-6	24,20	33,26	57,46	30.000
ULTRASSONOGRAFIA DE PARTES MOLES	90.01.01.118-0	-	95,31	95,31	30.000
ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	90.01.01.222-0	-	90,00	90,00	30.000
ULTRASSONOGRAFIA DE REGIÃO INGUINAL	90.01.01.223-0	-	90,00	90,00	30.000
ECODOPPLER ORGAOS OU ESTRUTURAS SUPERFICIAIS	90.01.01.160-0	-	180,00	180,00	30.000
ECODOPPLER DE TIREOIDE	90.01.01.170-0	-	180,00	180,00	30.000
ECODOPPLER DE BOLSA ESCROTAL	90.01.01.171-0	-	180,00	180,00	30.000
ECODOPPLER TRANSVAGINAL	90.01.01.172-0	-	180,00	180,00	30.000
DOPPLER DE VASOS CERVICAIS ARTERIAIS BILATERAL (CAROTIDAS)	90.01.01.214-0	-	180,00	180,00	30.000
DOPPLER VASOS CERVICAIS VENOSO BILATERAL	90.01.01.215-0	-	150,00	150,00	30.000
DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR/UNILATERAL	90.01.01.216-0	-	150,00	150,00	30.000
DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO INFERIOR/ UNILATERAL	90.01.01.217-0	-	150,00	150,00	30.000
DOPPLER ARTERIAL RENAL	90.01.01.218-0	-	150,00	150,00	30.000

Anexo III - tabela sigtap anatomo.pdf



SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS

[Download](#) | [Wiki](#) | [Fale Conosco](#) | [Sair](#)

Usuário: publico

Procedimento
Compatibilidades
Tabelas
Relatórios

Procedimento

Procedimento: 02.03.02.003-0 - EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRURGICA OU POR BIOPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA)

Grupo: 02 - Procedimentos com finalidade diagnóstica
 Sub-Grupo: 03 - Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia
 Forma de Organização: 02 - Exames anatomopatológicos

Competência: 04/2024 [Histórico de alterações](#)

Modalidade de Atendimento: Ambulatorial Hospitalar Hospital Dia
 Complexidade: Média Complexidade
 Financiamento: Média e Alta Complexidade (MAC)
 Sub-Tipo de Financiamento:
 Instrumento de Registro: BPA (Individualizado) AIH (Proc. Especial)
 Sexo: Ambos
 Média de Permanência:
 Tempo de Permanência:
 Quantidade Máxima: 8
 Idade Mínima: 0 meses
 Idade Máxima: 130 anos
 Pontos:
 Atributos Complementares: Exige CNS Admite liberação de quantidade na AIH Exige CID

Valores

Serviço Ambulatorial: R\$ 40,78	Serviço Hospitalar: R\$ 40,78
Total Ambulatorial: R\$ 40,78	Serviço Profissional: R\$ 0,00
	Total Hospitalar: R\$ 40,78

Descrição	CID	CBO	Leito	Serviço Classificação	Habilitação	Redes	Origem	Regra Condicionada	Renases	TUSS
-----------	-----	-----	-------	-----------------------	-------------	-------	--------	--------------------	---------	------

Descrição

CONSISTE NO EXAME MACRO E MICROSCÓPICO DE MATERIAL OBTIDO POR PUNÇÃO POR AGULHA GROSSA, POR BIOPSIA OU POR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA DIAGNÓSTICO DEFINITIVO OU TRATAMENTO. NO CASO DE MATERIAL OBTIDO POR BIOPSIA ENDOSCÓPICA DO APARELHO DIGESTIVO, DEVEM SER COLETADOS FRAGMENTOS POR REGIÃO ANATÔMICA DO ÓRGÃO ANALISADO, ASSIM COMO DEVE CONSTAR DO LAUDO ESTAS REGIÕES. NOS CASOS DE BIÓPSIA DE PRÓSTATA DEVE CORRESPONDER A ANÁLISE DE FRAGMENTOS COLETADOS DE CADA SEXTANTE COM O MÍNIMO DE OITO.



Anexo IV - Tabela SIGTAP cito de mama.pdf



SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS

[Download](#) | [Wiki](#) | [Fale Conosco](#) | [Sair](#)

Usuário: publico

Procedimento
Compatibilidades
Tabelas
Relatórios

Procedimento

Procedimento: 02.03.01.004-3 - EXAME CITOPATOLOGICO DE MAMA

Grupo: 02 - Procedimentos com finalidade diagnóstica
 Sub-Grupo: 03 - Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia
 Forma de Organização: 01 - Exames citopatológicos

Competência: 04/2024 [Histórico de alterações](#)

Modalidade de Atendimento: Ambulatorial
 Complexidade: Média Complexidade
 Financiamento: Média e Alta Complexidade (MAC)
 Sub-Tipo de Financiamento:
 Instrumento de Registro: BPA (Individualizado)
 Sexo: Ambos
 Média de Permanência:
 Tempo de Permanência:
 Quantidade Máxima:
 Idade Mínima: 16 anos
 Idade Máxima: 130 anos
 Pontos:
 Atributos Complementares: Registro no SISMAMA Registro no SISCAN

Valores

Serviço Ambulatorial: R\$ 35,34	Serviço Hospitalar: R\$ 0,00
Total Ambulatorial: R\$ 35,34	Serviço Profissional: R\$ 0,00
	Total Hospitalar: R\$ 0,00

Descrição	CID	CBO	Leito	Serviço Classificação	Habilitação	Redes	Origem	Regra Condicionada	Renases	TUSS
-----------	-----	-----	-------	-----------------------	-------------	-------	--------	--------------------	---------	------

Descrição

CONSISTE NO EXAME CITOPATOLOGICO DE MATERIAL DE DESCARGA PAPILAR OU OBTIDO POR PUNCAO DE NODULO MAMARIO, ESTA REALIZADA POR ASPIRACAO ATRAVES DE SERINGA ACOPLADA A AGULHA FINA.

