

Termo de Contrato 38/2026

CONTRATO de Prestação de Serviços que entre si celebram o **MUNICÍPIO DE JOÃO MONLEVADE – MG** e o **CONSÓRCIO PÚBLICO INSTITUIÇÃO DE COOPERAÇÃO INTERMUNICIPAL DO MÉDIO PARAOPEBA – ICISMEP**.

Pelo presente instrumento, de um lado o **MUNICÍPIO DE JOÃO MONLEVADE - MG**, pessoa jurídica de direito público interno, CNPJ.: 18.401.059/0001-57, com sede administrativa na doravante denominado Rua Geraldo Miranda, nº 337 bairro N. Sra. da Conceição, neste ato representado por seu Exmo. Prefeito, Sr. **Laércio José Ribeiro**, brasileiro, casado, inscrito no CPF sob o nº 195.XXX.XXX-68, residente e domiciliado no município de João Monlevade/MG, **CONTRATANTE** e do outro lado, **O CONSÓRCIO PÚBLICO INSTITUIÇÃO DE COOPERAÇÃO INTERMUNICIPAL DO MÉDIO PARAOPEBA - ICISMEP**, consórcio público de direito público, na forma de Associação Pública, de natureza autárquica interfederativa, inscrita no CNPJ sob o nº 05.802.877/0001-10, com sede na Rua Marciano Henriques, nº 107, Bairro Centro, Igarapé/MG, CEP: 32.510-008, neste ato por seu Diretor Institucional, Sr. **Eustáquio da Abadia Amaral**, inscrito no CPF sob o nº 055.XXX.XXX-20, residente e domiciliado no município de Belo Horizonte, MG, de conformidade com seus estatutos, doravante denominada **CONTRATADA**, tendo em vista o que dispõe a Constituição da República Federativa do Brasil, em especial os seus artigos 196 e seguintes, a Lei Orgânica do Município, a Lei 8.080/90, o art. 3º, § 3º da Lei 8.142/90, a Lei 11.107/05 e o Decreto Federal 6.017/07, o Contrato de Consórcio Público constituidor da ICISMEP, além das demais disposições gerais e regulamentares aplicáveis à espécie, e considerando que a licitação é **DISPENSADA**, nos termos do art. 2º, § 1º, III da Lei 11.107/05 c/c art. 18 do Decreto Federal 6.017/07, as partes acima identificadas celebram o presente **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**, que se regerá, além da legislação citada, pelas cláusulas seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO:

O presente CONTRATO tem por objeto a execução, pela **CONTRATADA**, dos seguintes serviços:

I - Procedimentos ambulatoriais e hospitalares eletivos que não estejam contempladas pela cota mensal do município estabelecida pela ICISMEP, nem pela cota do município através de repasses do SUS e, também, que não estejam contempladas em eventuais repasses de convênios firmados com o Estado e/ou outros entes da Federação, podendo a prestação de serviços ocorrer em unidades da ICISMEP, unidades prestadoras de serviço regularmente contratadas ou dentro de unidades do CONTRATANTE;

II - Assistência à saúde pública em nível ambulatorial e hospitalar (serviços médicos) em unidade(s) de saúde situada(s) no município do **CONTRATANTE**; e

III - Procedimentos ambulatoriais e hospitalares inseridos na Programação Pactuada e Integrada do Sistema Único de Saúde - PPI/SUS e demais projetos e programas especiais estabelecidos pelos governos Estadual e Federal.

§ 1º. Os serviços serão distribuídos e utilizados livremente, **dentro dos valores estabelecidos neste contrato (teto financeiro)**, de acordo com a capacidade operacional da **CONTRATADA** e da demanda do **CONTRATANTE**, que através de relatórios acompanhará a execução dos mesmos, tudo de acordo com as normas do Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 2º. Mediante termo aditivo, e de acordo com a capacidade operacional da **CONTRATADA**, o **CONTRATANTE** poderá, considerando suas necessidades, fazer acréscimos ou supressões nos valores limites desse CONTRATO, durante o período de sua vigência, incluídas as prorrogações, por meio de solicitação justificada do Secretário de Saúde ou outra autoridade competente.

CLÁUSULA SEGUNDA – NORMAS GERAIS:

Os serviços ora contratados serão prestados diretamente por profissionais da Instituição **CONTRATADA**.

§ 1º. Para os efeitos deste CONTRATO, consideram-se profissionais da Instituição **CONTRATADA**:

I - o profissional que tenha vínculo de empregado com a **CONTRATADA**;

II - o profissional autônomo e/ou empresa contratados para a prestação de serviços à **CONTRATADA**;

III - o profissional/empresa credenciado pela **CONTRATADA** para execução complementar do objeto deste CONTRATO.

§ 2º. A **CONTRATADA** não poderá cobrar do paciente ou de seu acompanhante qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços prestados nos termos deste CONTRATO.

§ 3º. A **CONTRATADA** responsabilizar-se-á por qualquer cobrança indevida, feita ao paciente ou seu representante, por profissional empregado, preposto, contratado ou credenciado, em razão da execução deste CONTRATO.

§ 4º. Sem prejuízo do acompanhamento da fiscalização e da normatividade suplementar exercidos pelo **CONTRATANTE** sobre a execução do objeto deste CONTRATO, o mesmo reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS, decorrente da Legislação da Saúde.

§ 5º. É de responsabilidade exclusiva e integral da **CONTRATADA** a utilização de pessoal para execução do objeto deste CONTRATO, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes do vínculo empregatício.

§ 6º. A **CONTRATADA**, na hipótese de atraso superior a 30 (trinta) dias no pagamento devido pelo **CONTRATANTE**, fica livre de qualquer responsabilidade pelo não atendimento do paciente amparado pelo SUS; ressalvadas as situações de calamidade pública ou grave ameaça da ordem interna ou as situações de urgência e emergência.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS NORMAS DE EXECUÇÃO:

I – RELATIVAS AOS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES ELETIVOS:

- a) A prestação de serviços eletivos de procedimentos ambulatoriais e hospitalares (Cláusula Primeira, I), dar-se-á de forma parcelada, mediante solicitação prévia, autorização de fornecimento/serviço e cópia da respectiva nota de empenho devidamente assinada pelo Gestor Municipal, via correspondência eletrônica (e-mail) ou postal, enviados pela Secretaria Municipal de Saúde - SMS do **CONTRATANTE** para o gestor do Contrato na **CONTRATADA**;
- b) O setor competente da **CONTRATADA** verificará a possibilidade de atendimento da demanda requerida de acordo com a capacidade operacional e de instalação da Instituição, além da existência de empenho prévio por parte do **CONTRATANTE** e a inexistência de débitos do mesmo para com a **CONTRATADA**;
- c) Ultrapassadas as disposições contidas no item “b”, o responsável pela agenda disponibilizará vagas de atendimentos que deverão ser agendadas pelo **CONTRATANTE** através do sistema informatizado da **CONTRATADA**;

c.1 - A marcação deverá ser realizada exclusivamente no sistema da ICISMEP através do site oficial www.icismep.mg.gov.br, link “Acesso *Regulação*” ou na impossibilidade deste, por outro meio a ser indicado pela **CONTRATADA**.

c.2 - A inclusão ou exclusão de usuários do sistema serão indicados pelo Secretário Municipal de Saúde, através de pedido formal, contendo nome completo do responsável, CPF, cargo e nº de matrícula.

c.3 - Aos usuários indicados será fornecido *login* e senha de acesso.

c.4 – É de responsabilidade exclusiva do município a utilização do sistema, bem como, a marcação dos pacientes, não competindo a **CONTRATADA** qualquer responsabilidade pelos atos promovidos no sistema pelo **CONTRATANTE**.

c.5 - É de responsabilidade do **CONTRATANTE** as marcações de procedimentos de guias emitidas pela ICISMEP, respeitando os

critérios, normatizações e protocolos de regulação médica, com análise classificatória de risco e de prioridades.

- d) Após o preenchimento dos itens obrigatórios para a marcação de usuários, caberá ao **CONTRATANTE** emitir “*COMPROVANTE DE MARCAÇÃO*” que deverá ser entregue ao paciente que realizará o procedimento em data, horário e local indicado pela **CONTRATADA**;
- e) O documento “*COMPROVANTE DE MARCAÇÃO*” discriminará informações referentes a data do agendamento, horários, profissional médico que realizará o atendimento, bem como procedimentos de preparos ou orientação para a realização do ato médico;
- e.1 - É de responsabilidade exclusiva do **CONTRATANTE** realizar a entrega do “*COMPROVANTE DE MARCAÇÃO*” do paciente, bem como, instruir o paciente quanto aos preparos necessários para a realização do procedimento médico.
- e.2 - O usuário que não realizar o preparo, ou que realizar o preparo inadequadamente, não será submetido a atividade médica marcada.
- e.3 - A **CONTRATADA** não se responsabiliza pela falta de atendimento de usuários que não realizaram as instruções de preparo indicados no formulário “*COMPROVANTE DE MARCAÇÃO*”.
- f) Os usuários que não comparecerem na data, local e unidades indicadas para a realização do procedimento com até 15 (quinze) minutos de tolerância não serão atendidos;
- g) Nas hipóteses de não atendimento, seja pelo disposto no item e.2, seja pelo disposto na letra “f”, deverá o usuário retornar ao setor de regulação do **CONTRATANTE** que promoverá novo agendamento dentro de sua disponibilidade(agenda);

- h) Após a realização dos procedimentos agendados, caso seja detectada a necessidade de realização de novo procedimento ou a execução de cirurgia, cuja solicitação tenha ocorrido pelo profissional que o atendeu, o usuário retornará ao município **CONTRATANTE**, munido do formulário de pedido/requisição médica, devendo apresentar ao setor de regulação para agendamento;
- i) Caso detectado que o procedimento ou a cirurgia requerido(a) conforme letra “h” deverá ser realizado(a) com prioridade de Urgência (PU) a **CONTRATADA** reterá o pedido de requisição médica ou guia de cirurgia, emitindo automaticamente o agendamento;

i.1 - Os pedidos descritos neste subitem só serão marcados automaticamente caso o **CONTRATANTE** detenha vagas em agenda ou saldo disponível para marcação de Urgências no caso de requisição médica ou PPI Cirúrgica para as guias de cirurgia, e não estejam inadimplentes com a Instituição;

i.2 - Na impossibilidade de agendamento como descrito no item i.1, a **CONTRATADA** encaminhará o pedido de requisição médica ou guia de cirurgia ao **CONTRATANTE**.

i.3 - Na hipótese descrita no item i.2 é de responsabilidade do município **CONTRATANTE** proceder a gestão sobre o procedimento caracterizado como “*Prioridade de Urgência*” e procedimentos cirúrgicos;

- j) Os procedimentos e/ou serviços serão executados no Centro de Especialidades do Hospital ICISMEP 272 Joias ou em outro local designado pelas partes, conforme sua programação e/ou capacidade de atendimento.

II – RELATIVAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE PÚBLICA EM NÍVEL AMBULATORIAL E HOSPITALAR (SERVIÇOS MÉDICOS):

- a) Os serviços de assistência à saúde (Cláusula Primeira, item II) serão executados exclusivamente nas Unidades de Saúde do Município **CONTRATANTE**;

- b) A prestação de serviços descritos na Cláusula Primeira, item II, dar-se-á de forma parcelada, mediante solicitação prévia, autorização de fornecimento/serviço e cópia da respectiva nota de empenho devidamente assinada pelo Gestor Municipal, enviados pela Secretaria Municipal de Saúde - SMS para o gestor deste contrato na ICISMEP;

b.1 - Caberá ao **CONTRATANTE** emitir Autorização de Fornecimento/Serviço ou documento equivalente, com prazo anterior a 30 (trinta) dias do início da prestação, indicando as atividades que serão executadas, bem como prazo de execução (prestação de serviço), quantidade, valor unitário e valor total e local de prestação de serviço, atentando-se aos valores disponibilizados na *Tabela de Serviços Médicos nos Municípios/entes não consorciados ao ICISMEP*, constante no Anexo II do presente Contrato.

- c) A **CONTRATADA** realizará os serviços conforme autorização de fornecimento/serviço e cópia da respectiva nota de empenho, atentando-se aos quantitativos, prazos, valores estabelecidos e local de prestação de serviço, não se responsabilizando por inconsistências apresentadas pelo **CONTRATANTE**, podendo, inclusive, suspender o serviço, ainda que sua natureza seja de forma continuada, após cumprida as designações estabelecidas na autorização de fornecimento/serviço e cópia da respectiva nota de empenho;
- d) É de responsabilidade do Município **CONTRATANTE** fiscalizar a prestação dos serviços, emitindo, até o 10º (décimo) dia útil após a prestação dos mesmos (período de prestação dos serviços estabelecido na Autorização de Fornecimento/Serviço) relatório de serviços com planilha descritiva comprovando os nomes completos dos profissionais médicos, seus respectivos registros no CRM, tipo de serviço, quantitativo e carga horária dos serviços executados pelos profissionais médicos, devidamente assinada pelo Gestor da SMS do **CONTRATANTE**, bem como corrigir inconsistências apontadas pela **CONTRATADA**, se o caso;

- e) Na falta de emissão dos documentos descritos na letra “d”, ou de justificativas pertinentes sobre o atraso apresentadas pelo **CONTRATANTE**, a **CONTRATADA**, considerando a média dos serviços prestados nos últimos 3 (três) meses, poderá emitir Nota Fiscal com valor estimativo, que deverá ser quitado pelo **CONTRATANTE**;

e.1 - As devidas compensações financeiras, seja pelo pagamento a maior, seja pelo pagamento a menor, serão processadas no mês subsequente.

- f) As atividades que demandem carga horária específica de serviço deverão ser executadas em sua plenitude, podendo, caso não cumprida na sua integralidade, ser remunerada proporcionalmente às horas executadas.

III – RELATIVAS AOS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES INSERIDOS NA PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:

- a) Na prestação dos serviços delineados na Cláusula Primeira, item III, do objeto deste CONTRATO, a **CONTRATADA** se obriga a oferecer ao paciente todo recurso necessário ao seu atendimento eletivo;
- b) Sempre que de sua responsabilidade, a **CONTRATADA** deverá manter atualizado o prontuário médico dos pacientes e os arquivos médicos;
- c) A **CONTRATADA** deverá zelar para que não se utilize ou permita que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;
- d) A **CONTRATADA** deverá atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços;
- e) A **CONTRATADA** deverá justificar ao paciente, ou a seu responsável, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato previsto no CONTRATO.

CLÁUSULA QUARTA – DA RESPONSABILIDADE DA CONTRATADA:

I - A CONTRATADA realizará apenas os serviços constantes na autorização de fornecimento/serviço e cópia da nota de empenho, encaminhadas pela SMS do **CONTRATANTE**, atentando-se aos quantitativos, prazos, valores estabelecidos e local de prestação de serviço, não se responsabilizando por inconsistências apresentadas pelo **CONTRATANTE**;

II - realizar os procedimentos e/ou serviços respeitando-se os critérios, normatizações e protocolos de regulação médica, com análise classificatória de risco e de prioridades;

III - tratando-se de atividades realizadas em unidades prestadoras de serviço regularmente contratadas, caberá à **CONTRATADA** fiscalizar e acompanhar os serviços, procedendo com a averiguação da qualidade e providências caso os serviços não estejam sendo realizados a contento;

IV - responsabilizar-se pela contratação de todo e qualquer profissional necessário à Prestação de Serviços delineados neste CONTRATO;

V - notificar o **CONTRATANTE** de quaisquer ocorrências relevantes que envolva a execução dos objetos deste CONTRATO;

VI - executar os procedimentos e/ou serviços, com garantia de qualidade, integralidade e continuidade da assistência durante a vigência do CONTRATO;

VII - exclui-se da responsabilidade da **CONTRATADA** o descumprimento do Contrato, por greve, blackouts, convulsões sociais e outros decorrentes de caso fortuito ou de força maior, previstos em Lei;

VIII – aceitar as condições de remuneração constante nas *Tabela(s) Oficial(is) de Serviços de Saúde da ICISMEP* anexa, com vedação expressa da cobrança de qualquer taxa ou diferença ao usuário.

CLÁUSULA QUINTA – DA RESPONSABILIDADE DO CONTRATANTE:

Constituem responsabilidades do **CONTRATANTE**:

I – efetivar, com exclusividade, o controle e distribuição da utilização dos serviços contratados, **dentro dos valores estabelecidos neste CONTRATO**;

II – efetivar, para o atendimento do usuário, a devida marcação no(s) sistema(s) disponibilizado(s) pela **CONTRATADA** ou pelos Credenciados, com a antecedência estabelecida;

III- utilizar o sistema informatizado da **CONTRATADA** de forma responsável, mantendo sigilo das informações disponibilizadas, exceto em documentos que por sua própria natureza não exija sigilo;

IV - requerer a prestação de serviço elencada na Cláusula Primeira, item II, indicando a unidade de saúde que deverá ser prestado o mesmo;

V - propor aditamento, remanejar ou interromper as marcações em caso de utilização total dos valores estabelecidos neste CONTRATO, sob pena de arcar, inconteste, com as diferenças apuradas;

VI – comunicar à **CONTRATADA** quanto a qualquer problema ou ocorrência na prestação dos serviços;

VII – manter em rigorosa pontualidade os pagamentos;

VIII – providenciar as dotações orçamentárias, reservas e empenhos necessários à fiel contraprestação deste CONTRATO;

IX - acompanhar a execução física e financeira do presente CONTRATO, controlando, avaliando, monitorando e auditando a conformidade da execução dos tipos e quantitativos de Serviços;

Parágrafo único. Compete à Secretaria Municipal de Saúde - SMS do **CONTRATANTE** acompanhar a execução do CONTRATO, bem como conferir a execução dos serviços e as notas fiscais emitidas pela **CONTRATADA** e atestar formalmente a conformidade de execução, com o “*de acordo*” para fins de pagamento.

CLÁUSULA SEXTA – DO VALOR:

O valor deste CONTRATO corresponde à importância global de **R\$ 250.000,00 (Duzentos e cinquenta mil reais)** que serão manejados e distribuídos MENSALMENTE sob demanda do **CONTRATANTE** e disponibilidade da **CONTRATADA**, mediante solicitações e agendamentos prévios.

§ 1º. O valor estabelecido no *caput* desta Cláusula refere-se ao teto financeiro do CONTRATO.

§ 2º. O valor estipulado no *caput* desta Cláusula será diluído mensalmente, cabendo ao **CONTRATANTE** acompanhar a execução através de relatórios encaminhados pela **CONTRATADA**, sendo do **CONTRATANTE** a responsabilidade exclusiva pelo controle de gastos mensais e globais deste CONTRATO.

§ 3º. Os valores individualizados de cada serviço prestado são aqueles aprovados nas *Tabela(s) Oficial(is) de Serviço(s) de Saúde da ICISMEP* e serão discriminados nos documentos de cobrança, sendo que as tabelas contendo os valores vigentes por ocasião da assinatura deste instrumento são repassadas, também neste ato, ao **CONTRATANTE**, fazendo parte integrante deste instrumento.

§ 4º. O valor total deste CONTRATO (Teto Financeiro) poderá ser alterado nas condições estabelecidas no § 2º, da Cláusula Primeira, sem submissão a percentual limitativo - senão à capacidade operacional da **CONTRATADA**.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes do presente CONTRATO correrão a conta da Dotação Orçamentária nº 10.302.1003.2060 - 3.3.93.39 - Ficha 471 - Fonte de Recurso 150000001002.

CLÁUSULA OITAVA – DA APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS DE COBRANÇA E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:

Os valores mensais afetos à execução deste CONTRATO serão pagos mediante a apresentação de documentos de cobrança/notas fiscais pela **CONTRATADA** à

CONTRATANTE, da seguinte forma, sob pena de incidência de multa de 2% (dois por cento), juros legais e atualização monetária:

- a) O serviço descrito no Item I, da Cláusula Primeira, será atestado por intermédio de planilhas comprobatórias encaminhadas ao Serviço de Regulação da SMS do **CONTRATANTE**, com os quantitativos mensais de execução dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares até o 5º dia útil subsequente ao mês de realização dos mesmos.

a.1 - Caso seja de interesse do **CONTRATANTE** a emissão de relatório detalhado com nome do paciente atendido, data, horário, médico e procedimento realizado, caberá ao mesmo acessar o sistema informatizado da ICISMEP, consultando o sítio oficial da Instituição www.cismep.com.br, link “Acesso Regulação” para a realização da consulta, onde estarão disponíveis todas as informações detalhadas.

- b) Os serviços descritos no item II, da Cláusula Primeira, serão comprovados pelo município **CONTRATANTE**, conforme autorizado previamente em documento próprio, através de relatório de serviços com planilha descritiva, contendo os nomes completos dos profissionais médicos, seus respectivos registros no CRM, tipo de serviço, quantitativo e carga horária dos serviços executados pelos profissionais médicos, devidamente assinada pelo Gestor da SMS do **CONTRATANTE**, até o 10º (décimo) dia útil após a prestação dos mesmos (período de prestação dos serviços estabelecido na Autorização de Fornecimento/Serviço).

b.1 - Caso detectada inconsistência (erro, falha ou falta de processamento dos relatórios apresentados) bem como distorções entre o a Autorização de Serviço e o relatório apresentado, serão as respectivas inconsistências apontadas e remetida ao setor competente do município **CONTRATANTE** para correção.

b.2 - O prazo de correção pelo **CONTRATANTE** será de até 2 (dois) dias úteis, ficando pendente a emissão da Nota Fiscal até que as correções sejam promovidas e validadas pelo setor competente da **CONTRATADA**.

- b.3** - Enfrentadas as situações previstas neste item e seus subitens, será de responsabilidade do **CONTRATANTE** a não quitação dos prestadores de serviço contratados para atendimento ao município, inclusive as consequências decorrentes do atraso.
- c) Após o encaminhamento dos documentos comprobatórios especificados nas letras “a” e “b” a ICISMEP remeterá ao **CONTRATANTE** documentos de cobrança/nota fiscal conforme prazos a seguir:
- c.1** - Para os serviços designados no item I, da Cláusula Primeira, até o 5º dia útil do mês subsequente ao da prestação dos serviços;
- c.2** - Para os serviços designados no item II, da Cláusula Primeira, até o 2º dia útil subsequente à entrega das informações estabelecidas na letra “b”.
- d) A emissão por parte da **CONTRATADA** do documento fiscal de cobrança dos serviços descritos no item II, da Cláusula Primeira, está atrelada à apresentação da nota de empenho e relatório de serviços com planilha descritiva de serviços médicos devidamente assinados pelo Gestor Municipal.
- e) A Nota fiscal/fatura de apresentação de produção mensal dos serviços constantes no item I, da Cláusula Primeira, constará o caráter ambulatorial ou hospitalar da prestação de serviços, o local de realização dos procedimentos e/ou serviços, com listagem descritiva dos quantitativos e do período (competência) de execução dos mesmos, com nomes e assinaturas de pacientes ou de seus acompanhantes/representantes legais.
- f) A remuneração pelos serviços será efetuada de acordo com os valores discriminados na(s) *Tabela(s) Oficial(ais) de Serviço(s) de Saúde da Instituição*, pelo **CONTRATANTE** à **CONTRATADA**, até o 5º (quinto) dia útil subsequente a apresentação da cobrança/nota fiscal.
- g) Quando se tratar de procedimentos cujos recursos financeiros sejam oriundos do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde, obriga-se o **CONTRATANTE** a efetivar a liberação

dos recursos à **CONTRATADA** no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis após o seu recebimento.

- h) No caso de atraso de pagamento, desde que a **CONTRATADA** não tenha concorrido de alguma forma para tanto, serão devidos pela **CONTRATANTE** os encargos, juros e multa previstos no *caput* desta Cláusula Oitava.
- i) A **CONTRATADA**, na hipótese de atraso superior a 30 (trinta) dias no pagamento devido pelo **CONTRATANTE**, fica livre de qualquer responsabilidade pelo não atendimento do paciente amparado pelo SUS, bem como, atendimento nas unidades do município demandante, ressalvadas as situações de calamidade pública ou grave ameaça da ordem interna ou as situações de urgência e emergência.

CLÁUSULA NONA – DA(S) TABELA(S) OFICIAL(AIS) DE SERVIÇO(S) DE SAÚDE DA ICISMEP:

Os valores referentes aos objetos deste CONTRATO são estipulados por meio de Tabelas Próprias do Consórcio e poderão ser alteradas, inclusive sofrerem reajustamento geral ou pontual, em caso de ocorrência de fatores que abalem o equilíbrio financeiro ou afetem ou possam afetar a regular disponibilização dos serviços aqui contratados, levando em consideração sempre as peculiaridades locais que impactam na obtenção/disponibilização dos serviços e nas características assistenciais da região em que os mesmos são demandados.

Parágrafo único. Sempre que houver alterações nos valores constantes na(s) Tabela(s) Oficial(ais) de Serviço(s) de Saúde da ICISMEP, deve haver comunicação ao **CONTRATANTE**, incorporando-se as mesmas a este instrumento.

CLÁUSULA DÉCIMA – DO CONTROLE, AVALIAÇÃO, VISTORIA E FISCALIZAÇÃO:

A execução do presente CONTRATO será avaliada pelos órgãos competentes, mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste instrumento, e de quaisquer outros dados necessários ao controle e avaliação dos serviços prestados.

§ 1º. Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operacional da **CONTRATADA** poderá ensejar a não prorrogação deste CONTRATO ou a revisão das condições ora estipuladas.

§ 2º. A fiscalização exercida pelo **CONTRATANTE** sobre os serviços ora contratados, não eximirá a **CONTRATADA** da sua plena responsabilidade perante o **CONTRATANTE** ou para com os pacientes e terceiros, decorrentes de culpa ou dolo na execução do CONTRATO.

§ 3º. A **CONTRATADA** facilitará ao **CONTRATANTE** o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que forem solicitados pelos servidores do **CONTRATANTE**, designados para tal fim.

§ 4º. Em qualquer hipótese é assegurado à **CONTRATADA** amplo direito de defesa, utilizando-se, de forma análoga, os termos das normas gerais da Lei Federal de Licitações e Contratos Administrativos.

O Município de João Monlevade, através do servidor lotado na Secretaria Municipal de Saúde, conforme descrito na tabela abaixo, exercerá a fiscalização do presente contrato, e registrará todas as ocorrências e as deficiências verificadas em relatório, cuja cópia será encaminhada à **CONTRATADA**, objetivando a imediata correção das irregularidades apontadas:

Nome do Servidor Fiscal do Contrato	Matrícula
Vanessa Magalhães da Silva	12318

Fica(m) designado(s) como gestor(es) do respectivo contrato o(s) servidor(es) descrito(s) na tabela abaixo:

Nome do Gestor do Contrato	Cargo
Raquel de Souza Paiva Drumond	Secretária Municipal de Saúde

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS PENALIDADES:

As partes, no caso de mora ou inadimplemento de obrigações de pagar e/ou fazer, ficarão sujeitas ao ressarcimento dos danos provocados à outra e/ou penalidades previstas em lei, cuja incidência deverá os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade.

Parágrafo único. Considerando estarmos no âmbito da cooperação interfederativa estabelecida constitucionalmente no art. 241 da Carta Maior, a aplicação de penalidades deve ser precedida de tentativa de ajuste administrativo, uma vez que a **CONTRATADA** é parte da Administração Indireta do **CONTRATANTE** e este, por sua vez, é ente Consorciado da primeira conjuntamente com outros entes federados, sendo que a penalidade, portanto, deve ter sua finalidade apurada e fundamentada em procedimento administrativo próprio, observados os princípios da ampla defesa e do devido processo legal.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA RESCISÃO:

Constituem motivos para rescisão do presente **CONTRATO** o não cumprimento de quaisquer de suas cláusulas e condições, bem como, de forma análoga, os motivos previstos na legislação referente a licitações e contratos administrativos, sem prejuízo da multa prevista na Cláusula anterior.

Parágrafo único. Em caso de rescisão contratual, se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo à população, será observado o prazo de 30 (trinta) dias antes que cesse definitivamente a prestação dos serviços. Neste prazo o **CONTRATANTE** continuará obrigado à efetivação dos pagamentos ora contratados, sob pena de suspensão imediata dos serviços, sem prejuízo de cobrança dos já executados.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO:

A duração do presente **CONTRATO** será de **12 (doze) meses**, no período de **19/04/2026 à 19/04/2027**, podendo ser prorrogado mediante Termo Aditivo, nos moldes dos preceitos da Lei nº 14.133/2021.

Parágrafo único. Em qualquer caso, a duração do Contrato fica adstrita à vigência do respectivo crédito orçamentário.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DAS ALTERAÇÕES:

Qualquer alteração no presente **CONTRATO** será objeto de Termo Aditivo, excetuando-se o dispositivo da **Cláusula Nona**, que poderá ser processado por apostilamento, desde que o **CONTRATANTE** tenha inequívoca ciência do mesmo.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS:

I - Os ajustes logísticos e operacionais deste CONTRATO são definidos pela **CONTRATADA** através de participação efetiva do **CONTRATANTE** por meio de reuniões periódicas realizadas entre as partes, no âmbito dos municípios consorciados à **CONTRATADA**.

II – Nos termos do Código de Processo Civil (art. 784, II), o presente CONTRATO, como documento público, constitui-se em título executivo extrajudicial.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DO FORO:

As partes elegem o Foro da Comarca de João Monlevade/MG, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir questões oriundas do presente CONTRATO que não puderem ser resolvidas pelas partes e pela Assembleia Geral/Conselho de Prefeitos.

E, por estarem as partes justas e contratadas, firmam o presente CONTRATO em três (03) vias de igual teor e forma para um único efeito.

João Monlevade/MG, 24 de março de 2026.



Assinado de forma digital
por LAERCIO JOSE
RIBEIRO:19508689668
Dados: 2026.03.24
17:09:46 -03'00'

Laércio José Ribeiro

Prefeito Municipal

Contratante

Eustáquio da Abadia Amaral

Consórcio Público Instituição de Cooperação
Intermunicipal do Médio Paraopeba – ICISMEP

Contratado

FREDERICO MAGALHAES
PESSOA:06674355658

Assinado de forma digital por
FREDERICO MAGALHAES
PESSOA:06674355658
Dados: 2026.03.24 15:22:42 -03'00'

04.05.03.004-5	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER (APAC)	R\$	112,19
04.05.03.005-3	INJEÇÃO INTRA-VITREO (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	5,14
CISMEP-13	INJEÇÃO INTRA-VITREO COM ANTIBIÓTICO	R\$	20,62
04.05.03.009-6	SUTURA DE ESCLERA (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	4,08
04.05.03.010-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEISCÊNCIA DE SUTURA DE ESCLERA	R\$	6,12
04.05.03.011-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MÍASE PALPEBRAL (BILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	2,26
04.05.03.012-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE NEOPLASIA DE ESCLERA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	6,40
04.05.03.015-0	VITRIÓLISE A YAG LASER (BPA CONSOLIDADO)	R\$	7,20
04.05.03.019-3	PAN-FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA A LASER CORRESPONDE A 4 PROCEDIMENTOS DE FOTOCOAGULAÇÃO A LASER. (APAC)	R\$	48,80
04.05.03.021-5	RETINOPEXIA PNEUMÁTICA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	20,96
04.05.03.022-3	REMOÇÃO DE ÓLEO DE SILICONE (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	4,14
04.05.04.013-0	INJEÇÃO RETROBULBAR/ PERIBULBAR	R\$	4,35
04.05.04.019-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO XANTELASMA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	23,21
04.05.05.002-0	CAPSULOTOMIA A YAG LASER (APAC)	R\$	7,57
04.05.05.003-8	CAUTERIZAÇÃO DE Córnea	R\$	6,92
04.05.05.006-2	CORREÇÃO DE ASTIGMATISMO SECUNDÁRIO	R\$	6,92
04.05.05.007-0	CORRECAO CIRURGICA DE HERNIA DE IRIS	R\$	4,11
04.05.05.008-9	EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA	R\$	7,73
04.05.05.012-7	FOTOTRABECULOPLASTIA A LASER (APAC)	R\$	6,92
04.05.05.016-0	INJEÇÃO SUBCONJUNTIVAL/SUBTENONIANA	R\$	3,90
04.05.05.017-8	IRIDECTOMIA CIRÚRGICA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	7,47
04.05.05.019-4	IRIDOTOMIA A LASER (APAC)	R\$	2,10
04.05.05.020-8	PARACENTESE DE CÂMARA ANTERIOR	R\$	4,43
04.05.05.021-6	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	9,77
04.05.05.024-0	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA ANTERIOR DO OLHO (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	6,28
04.05.05.025-9	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO NA Córnea	R\$	20,77
04.05.05.026-7	SINEQUIÓLISE A YAG LASER (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	6,00
04.05.05.029-1	SUTURA DE CONJUNTIVA	R\$	20,49
04.05.05.030-5	SUTURA DE Córnea	R\$	5,88
04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO	R\$	9,99
CISMEP-11	CROSSLINKING	R\$	3,88
04.05.05.028-3	SUBSTITUIÇÃO DE LENTE INTRA-OCULAR	R\$	20,22
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H.			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
02.01.01.011-9	BIÓPSIA DE Córnea	R\$	9,09
02.01.01.024-0	BIÓPSIA DE IRIS, CORPO CILIAR, RETINA, CORÓIDE E VÍTREO	R\$	24,74
03.08.04.001-5	TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS OU CLÍNICOS	R\$	18,88
04.05.01.001-0	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ENTRÓPIO E ECTRÓPIO (BILATERAL)	R\$	23,63
04.05.01.007-9	EXERESE DE CALÁZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PÁLPEBRA E SUPERCÍLIOS (UNILATERAL)	R\$	4,33
04.05.01.002-8	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE EPICANTO E TELECANTO	R\$	28,28
04.05.01.003-6	DACRIOCISTORRINOSTOMIA (UNILATERAL)	R\$	11,21
04.05.01.008-7	EXTIRPAÇÃO DE GLÂNDULA LACRIMAL	R\$	26,64
04.05.01.011-7	RECONSTITUIÇÃO DE CANAL LACRIMAL (UNILATERAL)	R\$	11,21
04.05.01.012-5	RECONSTITUIÇÃO PARCIAL DA PÁLPEBRA COM TARSORRAFIA (BILATERAL)	R\$	33,33
04.05.01.013-3	RECONSTITUIÇÃO TOTAL DE PÁLPEBRA	R\$	100,00
04.05.01.015-0	SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL (BILATERAL)	R\$	99,99
04.05.01.017-6	SUTURA DE PÁLPEBRAS (BILATERAL)	R\$	9,99
04.05.02.001-5	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MÚSCULOS HIPERTROPIAS)	R\$	27,00
04.05.02.002-3	CORREÇÃO CIRÚRGICA DO ESTRABISMO (ATÉ 2 MÚSCULOS)	R\$	18,18
04.05.03.002-9	BIÓPSIA DE TUMOR INTRA-OCULAR	R\$	3,33
04.05.03.007-0	RETINOPEXIA COM INTROFLEXÃO ESCLERAL	R\$	10,99
04.05.03.009-6	SUTURA DE ESCLERA	R\$	8,00
04.05.03.013-4	VITRECTOMIA ANTERIOR	R\$	4,44
04.05.03.014-2	VITRECTOMIA POSTERIOR	R\$	27,77
04.05.03.016-9	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER	R\$	31,87
04.05.03.017-7	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO, ÓLEO DE SILICONE E ENDOLASER	R\$	30,77
CISMEP-03	MEMBRANECTOMIA	R\$	99,99
CISMEP-04	TROCA FLUIDO GASOSA	R\$	20,20
CISMEP-05	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA POSTERIOR DO OLHO	R\$	20,20
04.05.03.020-7	DRENAGEM DE HEMORRAGIA DE CORÓIDE	R\$	33,33
04.05.04.001-6	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE LAGOFTALMO	R\$	7,77
04.05.04.007-5	EVISCERAÇÃO DE GLOBO OCULAR	R\$	1,18
04.05.04.018-0	TRANSPLANTE DE PERIÓSTEO EM ESCLEROMALÁCIA	R\$	19,99
04.05.04.020-2	TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL	R\$	7,77
04.05.05.001-1	CAPSULECTOMIA POSTERIOR CIRÚRGICA	R\$	9,44
04.05.05.004-6	CICLOCRIOCOAGULAÇÃO/DIATERMIA	R\$	1,11
04.05.05.005-4	CICLODIÁLISE	R\$	33,33
04.05.05.013-5	IMPLANTE DE PRÓTESE ANTI-GLAUCOMATOSA	R\$	20,22
04.05.05.021-6	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL	R\$	20,20
04.05.05.022-4	RECONSTITUIÇÃO DE FÓRNIX CONJUNTIVAL	R\$	29,99
04.05.05.032-1	TRABECULECTOMIA (CIRURGIA FISTULIZANTE ANTIGLAUCOMATOSA)	R\$	10,73
04.05.05.035-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE GLAUCOMA CONGÊNITO	R\$	10,55
04.05.05.039-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEISCÊNCIA DE SUTURA DE Córnea	R\$	8,33
07.02.07.004-1	ESFERA DE MÜLER (PROCED. ESPECIAL)	R\$	1,11
07.02.07.005-0	TUBO DE DRENAGEM PARA GLAUCOMA (PROCED. ESPECIAL)	R\$	15,33
04.05.04.010-5	EXPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR LIO	R\$	9,05
04.05.04.021-0	REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRA- OCULAR	R\$	3,33
04.05.05.009-7	FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR	R\$	10,88
04.05.05.010-0	FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR	R\$	9,99
04.05.05.011-9	FACOEMULSIFICAÇÃO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR RÍGIDA	R\$	10,88
04.05.05.014-3	IMPLANTE INTRAESTROMAL	R\$	2,25
04.05.05.015-1	IMPLANTE SECUNDÁRIO DE LENTE INTRA- OCULAR LIO	R\$	10,20
04.05.05.037-2	FACOEMULSIFICACAO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL	R\$	10,88
04.05.05.038-0	CIRURGIA DE CATARATA CONGÊNITA	R\$	10,33

Assessoria de Planejamento e Custos Hospitalares - LILIANA MORAIS GONCALVES DE ALENCAR e ESTEAQUINA ABAJIAN MARAL
 Para informações e atualizações contatar: (11) 3061-1900



04.05.05.035-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE GLAUCOMA CONGÊNITO	R\$	1.429,77
04.05.05.039-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEISCÊNCIA DE SUTURA DE CórNEA	R\$	78,43
04.05.04.010-5	EXPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR LIO	R\$	78,25
04.05.04.021-0	REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRA- OCULAR	R\$	24,40
04.05.05.009-7	FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR	R\$	98,80
04.05.05.010-0	FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR	R\$	88,15
04.05.05.011-9	FACOMULSIFICAÇÃO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR RÍGIDA	R\$	149,00
04.05.05.014-3	IMPLANTE INTRAESTROMAL	R\$	212,14
04.05.05.015-1	IMPLANTE SECUNDÁRIO DE LENTE INTRA- OCULAR LIO	R\$	145,09
04.05.05.037-2	FACOMULSIFICACAO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL	R\$	149,00
PROCEDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS ESPECIAIS - UNIDADES EXTERNAS			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO		VALOR ICISMEP
CISMEP-45	PENTACAM (TOMOGRAFIA DE CORNEA)	R\$	89,02
CISMEP-46	SEDACAO PARA PLASTICA OCULAR	R\$	11,85
CISMEP-47	INJECAO INTRA-VITREA DE EYLIA (AFLIBICERT) COM OCT 30 DIAS APOS GRUPOS DE 3 APLICACOES	R\$	145,32
CISMEP-48	INJECAO INTRA-VITREA DE LUCENTIS (RANIZUBIMABE) COM OCT 30 DIAS APOS GRUPOS DE 3 APLICACOES	R\$	277,79
CISMEP-49	CIRURGIA DE PRK - REFRACTIVA A LASER BINOCULAR	R\$	209,50
CISMEP-50	CIRURGIA DE PRK - REFRACTIVA A LASER MONOCULAR	R\$	108,27
CISMEP-51	AVALIACAO DE CIRURGIA REFRACTIVA A LASER - INCLUI PENTACAM	R\$	4,62

TABELA 02 - OTORRINOLARINGOLOGIA

CONSULTA EM OTORRINOLARINGOLOGIA			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO		VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA (OTORRINOLARINGOLOGIA)	R\$	6,92
03.01.01.007-2	AVAL. NO DEPART. DE MICROCIRURGIA DE LARINGE	R\$	9,22
03.01.01.007-2	AVAL. NO DEPART.CIRUR. DE SINUSITES E POLIPOS NASAIS	R\$	9,07
03.01.01.007-2	AVAL. NO DEPART. DE AMIGDALAS E ADENOIDES	R\$	9,07
03.01.01.007-2	AVAL. NO DEPART. DE CIRUR. DE OUVIDO - OTORRINO	R\$	9,42
03.01.01.007-2	AVAL. NO DEPART. DE CIRURGIA DE SEPTO NASAL E CORNETOS	R\$	9,88
EXAMES EM OTORRINOLARINGOLOGIA			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO		VALOR ICISMEP
02.09.04.002-5	LARINGOSCOPIA	R\$	9,07
02.09.04.004-1	VIDEOLARINGOSCOPIA (FIBRONASOLARINGOSCOPIA)	R\$	8,54
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO AMBULATORIAL - S.A.			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO		VALOR ICISMEP
02.01.01.008-9	BIÓPSIA DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO	R\$	3,33
02.01.01.019-4	BIÓPSIA DE FARINGE (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	3,99
02.01.01.036-4	BIÓPSIA DE PAVILHAO AURICULAR	R\$	2,55
02.01.01.039-9	BIÓPSIA DE PIRAMIDE NASAL	R\$	3,33
02.01.01.044-5	BIÓPSIA DE SEIO PARANASAL	R\$	3,33
02.01.01.052-6	BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA	R\$	3,66
04.04.01.007-5	DRENAGEM DE FURÚNCULO NO CONDUTO AUDITIVO EXTERNO	R\$	20,00
04.04.01.015-6	INFILTRAÇÃO MEDICAMENTOSA EM CORNETO INFERIOR	R\$	20,00
04.04.01.024-5	MIRINGOTOMIA	R\$	20,00
04.04.01.025-3	PARACENTESE DO TÍMPANO	R\$	5,88
04.04.01.026-1	PUNÇÃO TRANSMETÁICA DO SEIO MAXILAR (UNILATERAL)	R\$	20,00
04.04.01.027-0	REMOCAO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO UNILATERAL/BILATERAL	R\$	4,44
04.04.01.029-6	RESSECCAO DE SINÉQUIAS	R\$	6,66
04.04.01.031-8	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO, FARINGE, LARINGE, NARIZ	R\$	4,44
04.04.01.034-2	TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR E/OU POSTERIOR	R\$	30,66
04.04.01.036-9	TIMPANOTOMIA PARA TUBO DE VENTILAÇÃO	R\$	6,66
04.04.01.039-3	TRATAMENTO CIRURGICO DE PERICONDRITE DE PAVILHÃO	R\$	6,66
04.04.01.044-0	ANTROSTOMIA MAXILAR INTRA-NASAL	R\$	9,99
04.04.02.005-4	DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS	R\$	5,55
04.04.02.010-0	EXCISÃO EM CUNHA DE LÁBIO (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	3,33
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H.			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO		VALOR ICISMEP
02.01.01.026-7	BIOSPIA DE LESÃO DE PARTES MOLES POR AGULHA / CÉU ABERTO) - EXCLUSIVO PARA CASOS EM LARINGE REALIZADOS EM AMBIENTE HOSPITALAR (BLOCO	R\$	8,88
03.08.04.001-5	TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS OU CLÍNICOS	R\$	60,00
04.01.02.015-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO SINUS PRE-AURICULAR	R\$	81,33
04.04.01.001-6	ADENOIDECTOMIA	R\$	10,88
04.04.01.002-4	AMIGDALECTOMIA	R\$	15,55
04.04.01.003-2	AMIGDALECTOMIA COM ADENOIDECTOMIA	R\$	20,33
04.04.01.004-0	ANTROTOMIA DA MASTÓIDE (DRENAGEM DE OTITE NO LACTENTE)	R\$	03,33
04.04.01.005-9	DRENAGEM DE ABSCESSO FARÍNGEO	R\$	4,22
04.04.01.006-7	DRENAGEM DE ABSCESSO PERIAMIGDALIANO	R\$	4,22
04.04.01.008-3	DRENAGEM DO SACO ENDO-LINFÁTICO (SHUNT) COM AUDIÇÃO VIA TRANSMASTÓIDEA (IDADE MÍNIMA DE 12 ANOS)	R\$	14,77
04.04.01.010-5	ESTAPEDECTOMIA	R\$	20,22
04.04.01.011-3	EXÉRESE DE PAPILOMA EM LARINGE	R\$	10,00
04.04.01.012-1	EXÉRESE DE TUMOR DE VIAS AÉREAS SUPERIORES, FACE E PESCOÇO	R\$	12,88
04.04.01.013-0	EXTIRPAÇÃO DO TUMOR DO CAVUM E FARINGE	R\$	7,77
04.04.01.016-4	LABIRINTECTOMIA MEMBRANOSA/ÓSSEA COM OU SEM AUDIÇÃO	R\$	19,55
04.04.01.021-0	MASTOIDECTOMIA RADICAL	R\$	30,00
04.04.01.022-9	MASTOIDECTOMIA SUBTOTAL	R\$	28,88
04.04.01.023-7	MICROCIRURGIA OTOLÓGICA	R\$	11,66
04.04.01.028-8	RESSECÇÃO DO GLOMO TÍMPÂNICO	R\$	18,88
04.04.01.031-8	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO/ FARINGE/LARINGE/NARIZ	R\$	27,77
04.04.01.032-6	SINUSOTOMIA BILATERAL	R\$	26,66
04.04.01.033-4	SINUSOTOMIA ESFENOIDAL	R\$	27,77
04.04.01.035-0	TIMPANOPLASTIA (UNI/BILATERAL)	R\$	16,66
04.04.01.037-7	TRAQUEOSTOMIA	R\$	5,55
04.04.01.038-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ESTENOSE DO CONDUTO AUDITIVO	R\$	10,00
04.04.01.040-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RINITE CRÔNICA (OZENA)	R\$	6,66

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.09.01.001-0	COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETROGRADA (VIA ENDOSCÓPICA)	R\$ 10200,00
02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA) DIAGNÓSTICA COM ANESTESISTA (COM POLIPECTOMIA SE NECESSÁRIO)	R\$ 700,00
02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA) SIMPLES (COM POLIPECTOMIA SE NECESSÁRIO)	R\$ 500,00
CISMEP-65	MUCOSECTOMIA (COM ATÉ 02 CLIPES)	R\$ 3108,81
CISMEP-66	CLIFE HEMOSTÁTICO PARA MUCOSECTOMIA	R\$ 22,89
CISMEP-64	RETIRADA DE POLIPO COM ALÇA DE POLIPECTOMIA	R\$ 63,34
CISMEP-43	ECOENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA	R\$ 2450,00
CISMEP-44	ECOENDOSCOPIA TERAPEUTICA	R\$ 475,00
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (ENDOSCOPIA)	R\$ 107,25
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (ENDOSCOPIA) COM ANESTESISTA	R\$ 103,41
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (ENDOSCOPIA) COM ANESTESISTA COM PASSAGEM DE SONDA NASOENTÉRICA	R\$ 103,45
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (ENDOSCOPIA) DIAGNÓSTICA PEDIÁTRICA COM ANESTESISTA	R\$ 118,35
CISMEP-58	MANOMETRIA ANORRETAL	R\$ 5,72
CISMEP-59	MANOMETRIA ESOFÁGICA	R\$ 10,74
CISMEP-60	PHMETRIA ESOFÁGICA	R\$ 17,80
03.03.07.005-6	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO ESÔFAGO/ESTÔMAGO/DUODENO	R\$ 84,80
04.07.01.025-4	RETIRADA DE PÓLIPO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA OU COLONOSCOPIA	R\$ 24,40
02.09.01.005-3	RETOSSIGMÓIDOSCOPIA	R\$ 14,80
CISMEP-52	TATUAGEM POR COLONOSCOPIA	R\$ 13,56
04.07.01.031-9	TRATAMENTO ESCLEROSANTE DE VARIZES ESOFÁGICAS	R\$ 16,00
CISMEP-61	DILATAÇÃO ESOFÁGICA POR BALÃO (ACALASIA)	R\$ 374,62
CISMEP-62	DILATAÇÃO ESOFÁGICA POR VELAS (SAVARY GILLIARD)	R\$ 187,94
CISMEP-63	LIGADURA ELÁSTICA DE LESÃO HEMORRÁGICA DO APARELHO DIGESTIVO ALTO	R\$ 116,14

GASTROENTEROLOGIA - UNIDADE MARIANA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	R\$ 103,41
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (GASTROENTEROLOGIA)	R\$ 468,00

TABELA 05 - ANGIOLOGIA

CONSULTA EM ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (ANGIOLOGIA - COM CIRURGIÃO)	R\$ 468,00
CISMEP-14	AVALIAÇÃO TRATAMENTO ESCLEROSANTE/ESPUMA	R\$ 495,00

PROCEDIMENTOS - SERVIÇO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL - SA/SH

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.06.02.009-4	DISSECÇÃO DE VEIA/ARTÉRIA	R\$ 15,00
04.06.02.013-2	EXCISAO E SUTURA DE HEMANGIOMA	R\$ 10,00
04.06.02.014-0	EXCISAO E SUTURA DE LINFANGIOMA / NEVUS	R\$ 10,00
03.09.07.001-5	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)*	R\$ 107,00

* Valor coberto por FAEC

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H.

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.06.02.056-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL)	R\$ 1718,00
04.06.02.057-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	R\$ 1438,00

ANGIOLOGIA - OURO PRETO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.09.07.001-5	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	R\$ 107,00

ANGIOLOGIA UNIDADES EXTERNAS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.09.07.001-5	AVALIACAO TRATAMENTO ESCLEROSANTE + TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	R\$ 177,00

TABELA 06 - ULTRASSONOGRAFIA

EXAMES

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.01.01.041-0	BIOPSIA DE PROSTATA	R\$ 14,00
02.01.01.047-0	BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE - PAAF	R\$ 10,00
02.01.01.058-5	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA	R\$ 10,00
02.01.01.060-7	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA GROSSA	R\$ 16,00
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 03 VASOS) = DUPLEX SCAN DE MEMBRO INFERIOR, MEMBRO SUPERIOR, DE CARÓTIDAS E ARTÉRIAS VERTEBRAIS.	R\$ 25,00
02.05.01.005-9	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO	R\$ 19,00
02.05.02.003-8	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)	R\$ 18,00
02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	R\$ 18,00
02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	R\$ 18,00
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO (UMA ARTICULAÇÃO / UNILATERAL)	R\$ 18,00
02.05.02.007-0	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL)	R\$ 18,00
02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 18,00
02.05.02.010-0	ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL) (PÉLVICA MASCULINA)	R\$ 18,00
02.05.02.011-9	ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 18,00
02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE	R\$ 18,00
02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA (VIA ABDOMINAL OU VIA TRANSVAGINAL)	R\$ 18,00
02.05.02.015-1	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R\$ 19,00
02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA) (PÉLVICA FEMININA)	R\$ 18,00
02.05.02.017-8	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	R\$ 18,00
02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL (ENDOVAGINAL)	R\$ 18,00
CISMEP-07	ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	R\$ 18,00
CISMEP-16	ULTRASSONOGRAFIA TRANSLUCÊNCIA NUCAL	R\$ 18,00
CISMEP-23	ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA	R\$ 18,00
CISMEP-25	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE + DOPPLER	R\$ 18,00
CISMEP-26	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL) + DOPPLER	R\$ 18,00
CISMEP-30	SEDAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS CONFORME NECESSIDADE CLÍNICA	R\$ 18,00

Assinado por: [nome] - CPF: [número] - Assinatura: [assinatura] - Para verificação: [link]



UNIDADE MARIANA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL (ENDOVAGINAL)	R\$ 65,73
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO (UMA ARTICULAÇÃO / UNILATERAL)	R\$ 65,73
02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	R\$ 65,73

ULTRASSONOGRAFIA UNIDADES EXTERNAS				
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	VALOR ICISMEP + EQTO *	VALOR ICISMEP + EQTO + DIGITADOR
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 03 VASOS) = DUPLEX SCAN DE MEMBRO	R\$ -	R\$ 130,00	R\$ -
02.05.01.005-9	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO	R\$ 120,00	R\$ 131,76	R\$ 132,92
02.05.02.003-8	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)	R\$ 75,00	R\$ 86,76	R\$ 87,92
02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	R\$ 75,00	R\$ 86,76	R\$ 87,92
02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	R\$ 75,00	R\$ 86,76	R\$ 87,92
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO (UMA ARTICULAÇÃO / UNILATERAL)	R\$ 75,00	R\$ 86,76	R\$ 87,92
02.05.02.007-0	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL)	R\$ 75,00	R\$ 86,76	R\$ 87,92
02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 75,00	R\$ 86,76	R\$ 87,92
02.05.02.010-0	ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL) (PÉLVICA MASCULINA)	R\$ 75,00	R\$ 86,76	R\$ 87,92
02.05.02.011-9	ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 75,00	R\$ 86,76	R\$ 87,92
02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE	R\$ 75,00	R\$ 86,76	R\$ 87,92
02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA (VIA ABDOMINAL OU VIA TRANSVAGINAL)	R\$ 75,00	R\$ 86,76	R\$ 87,92
02.05.02.015-1	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R\$ 120,00	R\$ 131,76	R\$ 132,92
02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA) (PÉLVICA FEMININA)	R\$ 75,00	R\$ 86,76	R\$ 87,92
02.05.02.017-8	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	R\$ 86,40	R\$ 98,16	R\$ 99,32
02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL (ENDOVAGINAL)	R\$ 75,00	R\$ 86,76	R\$ 87,92
CISMEP-07	ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	R\$ 75,00	R\$ 86,76	R\$ 87,92
CISMEP-16	ULTRASSONOGRAFIA TRANSLUCÊNCIA NUCAL	R\$ 86,40	R\$ 98,16	R\$ 99,32
CISMEP-23	ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA	R\$ 228,00	R\$ 239,76	R\$ 240,92
CISMEP-25	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE + DOPPLER	R\$ 120,00	R\$ 131,76	R\$ 132,92
CISMEP-26	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL) + DOPPLER	R\$ 120,00	R\$ 131,76	R\$ 132,92
02.01.01.058-5	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA POR NÓDULO	R\$ 464,00	-	-
02.01.01.060-7	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA GROSSA POR NÓDULO	R\$ 630,30	-	-
CISMEP-18	EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DE MAMA POR NÓDULO	R\$ 112,13	-	-

O valor ICISMEP + EQPTO envolve os custos com o serviço do profissional e locação do aparelho de ultrassonografia (por exame)

TABELA 07 - CARDIOLOGIA

EXAMES		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA	R\$ 100,00
02.11.02.006-0	TESTE ESFORÇO/TESTE ERGOMÉTRICO	R\$ 100,00
02.11.02.004-4	EXAME DE MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS) COM LAUDO	R\$ 170,00
02.11.02.005-2	EXAME DE MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (M.A.P.A)	R\$ 100,00
02.11.02.001-0	CATERETERISMO CARDIACO	R\$ 1.000,00

EXAMES - UNIDADE MARIANA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA	R\$ 100,00
02.11.02.006-0	TESTE ESFORÇO/TESTE ERGOMÉTRICO	R\$ 100,00
02.11.02.004-4	EXAME DE MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS) COM LAUDO	R\$ 170,00
02.11.02.005-2	EXAME DE MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (M.A.P.A)	R\$ 100,00

EXAMES - UNIDADE OURO PRETO		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA	R\$ 100,00
02.11.02.006-0	TESTE ESFORÇO/TESTE ERGOMÉTRICO	R\$ 100,00

TABELA 08 - DERMATOLOGIA

CONSULTA EM DERMATOLOGIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (DERMATOLOGIA)	R\$ 70,00
CISMEP-10	DERMATOSCOPIA (POR LESÃO)	R\$ 70,00

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO AMBULATORIAL - S.A.		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.01.01.002-0	BIÓPSIA/PUNÇÃO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE	R\$ 103,00
02.01.01.037-2	BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES	R\$ 104,00
03.03.08.001-9	CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE PEQUENAS LESÕES	R\$ 104,00
CISMEP-02	CRIOTERAPIA ATÉ 5 LESÕES	R\$ 104,00
04.01.01.004-0	ELETROCOAGULACAO DE LESAO CUTANEA ATÉ 05 LESÕES (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 104,00
04.01.01.005-8	EXCISÃO DE LESÃO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA (CANTOPLASTIA UNGUEAL)	R\$ 107,00
04.01.01.007-4	EXÉRESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS/CISTO SEBÁCEO/LIPOMA	R\$ 107,00
04.01.01.011-2	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO (CIRURGIA GERAL)	R\$ 111,00
04.01.02.015-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO SINUS PRÉ-AURICULAR	R\$ 104,00
04.01.01.010-4	INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO	R\$ 107,00
04.01.02.004-5	EXCISÃO E ENXERTO DE PELE (HEMANGIOMA, NEVUS OU TUMOR)	R\$ 103,00
04.01.01.006-6	EXCISÃO E/OU SUTURA SIMPLES DE PEQUENAS LESÕES / FERIMENTOS DE PELE / ANEXOS E MUCOSA	R\$ 106,00
04.01.02.017-7	CIRURGIA DE UNHA (CANTOPLASTIA)	R\$ 103,00
04.13.04.017-8	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA	R\$ 109,00
04.01.02.010-0	EXTIRPAÇÃO E SUPRESSÃO DE LESÃO DE PELE E DE TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO	R\$ 109,00

TABELA 09 - CIRURGIA GERAL

CONSULTA EM CIRURGIA GERAL		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CIRURGIA GERAL)	R\$ 70,00



Assinado por 5 pessoas em 22/05/2018 às 14:05:19. Para verificar a validade dos dados assine no endereço: <https://www.sigat.net.br/verificacao/6651-PB33B-D882-6DC7-4010-000000000000>

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H.		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	R\$ 1.191,54
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	R\$ 1.179,81
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	R\$ 1.177,35
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	R\$ 1.175,40
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	R\$ 1.172,48
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	R\$ 1.132,02
04.09.06.018-6	LAQUEADURA TUBÁRIA	R\$ 1.129,12
04.07.03.003-4	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA SEM COLANGIOGRAFIA	R\$ 3.071,89
04.07.04.016-1	LAPAROTOMIA EXPLORADORA	R\$ 3.071,89
CISMEP-69	EXAME ANATOMOPATOLÓGICO PARA CIRURGIA DE COLECISTECTOMIA (POR PEÇA)	R\$ 80,72

TABELA 10 - NEUROLOGIA

CONSULTA EM NEUROLOGIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (NEUROLOGIA)	R\$ 432,59
DIAGNÓSTICO POR ELETRONEUROMIOGRAMA (BILATERAL)		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.11.05.008-3	ELETRONEUROMIOGRAMA DOS MEMBROS INFERIORES (MMII/BILATERAL) OU DOS MEMBROS SUPERIORES (MMSS/BILATERAL)	R\$ 129,46
TOTAL DO PACOTE		
AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE ELETRONEUROMIOGRAMA (4 MEMBROS)		
Código	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.11.05.008-3	ELETRONEUROMIOGRAMA DOS MEMBROS INFERIORES (MMII/BILATERAL)	R\$ 144,15
	ELETRONEUROMIOGRAMA DOS MEMBROS SUPERIORES (MMSS/BILATERAL)	
TOTAL DO PACOTE		
ELETRONEUROLOGIA (EEG)		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.11.05.005-9	ELETRONEUROLOGIA QUANTITATIVO C/ MAPEAMENTO (EEG)	R\$ 832,60

TABELA 11 - CABEÇA E PESCOÇO

CONSULTA EM CABEÇA E PESCOÇO		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CABEÇA E PESCOÇO)	R\$ 432,59
TOTAL DO PACOTE		
PROCEDIMENTOS CIRURGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H.		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.04.01.011-3	EXERESE DE PAPILOMA EM LARINGE	R\$ 1.190,00
04.01.02.015-0	TRATAMENTO CIRURGICO DO SINUS PRE-AURICULAR	R\$ 1.135,00
04.04.01.012-1	EXERESE DE TUMOR DE VIAS AEREAS SUPERIORES, FACE E PESCOÇO	R\$ 1.135,00
04.04.02.007-0	RESSECÇÃO DE GLÂNDULA SALIVAR	R\$ 1.101,00
04.01.02.010-0	EXTIRPAÇÃO E SUPRESSÃO DE LESÃO DE PELE E DE TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO	R\$ 851,57
04.01.02.009-6	EXERESE DE CISTO TIREOGLOSSO	R\$ 1.127,00

TABELA 12 - MAMOGRAFIA

EXAMES DE MAMOGRAFIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIAÇÃO PERIODICA BILATERAL (AME)	R\$ 700,00
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIAÇÃO PERIODICA UNILATERAL (AME)	R\$ 350,00
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO (AME)	R\$ 700,00
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIAÇÃO PERIODICA BILATERAL - BICAS	R\$ 700,00
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIAÇÃO PERIODICA UNILATERAL - BICAS	R\$ 350,00
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO - BICAS	R\$ 700,00
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA EM UNIDADE MÓVEL (DIÁRIA)	R\$ 619,00
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA EM UNIDADE MÓVEL (DIÁRIA - INCLUI ALIMENTAÇÃO E HOSPEDAGEM)	R\$ 624,00

TABELA 13 - TABELA DE VALORES PARA SERVIÇOS DE SAÚDE EM UNIDADE MÓVEL

VALOR DA DIÁRIA - POR SERVIÇO		
DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	QUANTIDADE	VALOR DA DIÁRIA ICISMEP
CONSULTA BÁSICA EM OFTALMOLOGIA EM UNIDADE MÓVEL	120 CONSULTAS	R\$ 19.500,00
SERVIÇO DE ÓTICA (PARA FORNECIMENTO DE ÓCULOS) EM UNIDADE MÓVEL*	ESTRUTURA DIÁRIA	R\$ 200,00
SERVIÇO DE ULTRASSONOGRAFIA EM UNIDADE MÓVEL	120 EXAMES	R\$ 19.500,00
SERVIÇO DE MAMOGRAFIA EM UNIDADE MÓVEL	90 EXAMES	R\$ 12.240,00
TOTAL ESTIMADO DA DIÁRIA		R\$ 52.440,00

* O VALOR DOS ÓCULOS POR UNIDADE SEGUIRÁ A TABELA 01 - OFTALMOLOGIA, SERVIÇOS COMPLEMENTARES EM UNIDADE MÓVEL

** O VALOR DA DIÁRIA COMPREENDE, ALÉM DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E DE ÓTICA, O CUSTO DOS ITENS: TENDAS 6X6M PARA RECEPÇÃO; CADEIRAS PARA OS PACIENTES; MESAS PARA RECEPÇÃO; BANHEIROS QUÍMICOS (MASCULINO, FEMININO E PCD); ÁGUA POTÁVEL PARA PACIENTES E PROFISSIONAIS; COMPUTADORES E IMPRESSORAS; ELETRICISTA PARA LIGAÇÃO ELÉTRICA DA UNIDADE; BOMBEIRO HIDRÁULICO; PROFISSIONAIS ADMINISTRATIVOS; AUXILIAR DE LIMPEZA; VIGIA.

VALOR POR SERVIÇO EXCEDENTE À QUANTIDADE MÍNIMA VARIÁVEL		
DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	UNIDADE	VALOR ICISMEP
CONSULTA BÁSICA EM OFTALMOLOGIA EM UNIDADE MÓVEL	EXCEDENTE	R\$ 12,50
SERVIÇO DE ULTRASSONOGRAFIA EM UNIDADE MÓVEL	EXCEDENTE	R\$ 160,00
SERVIÇO DE MAMOGRAFIA EM UNIDADE MÓVEL	EXCEDENTE	R\$ 40,00

* ACIMA DE 50% DO NÚMERO DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS, SERÁ COBRADO O VALOR INTEGRAL DA DIÁRIA;

* ABAIXO DE 50% DO NÚMERO DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS, SERÁ COBRADO O VALOR UNITÁRIO DO SERVIÇO;

TABELA 14 - SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR MÉDICOS

SERVIÇO/ATIVIDADES		
DESCRIÇÃO		VALOR ICISMEP
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO (POR HORA DE TRABALHO)		R\$ 135,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (POR HORA DE TRABALHO)		R\$ 130,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO EM PEDIATRIA (POR HORA DE TRABALHO)		R\$ 130,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA (POR HORA DE TRABALHO)		R\$ 130,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO CONSULTOR (POR HORA DE TRABALHO)		R\$ 130,00

PROCEDIMENTOS TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - UNIDADES EXTERNAS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
CISMEP-70	ANGIOTOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	R\$ 75,46
02.06.01.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL	R\$ 29,74
02.06.01.002-8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 81,83
02.06.01.003-6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA	R\$ 36,56
02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE/ SEIOS DA FACE/ ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES	R\$ 82,19
02.06.01.005-2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO	R\$ 86,72
02.06.01.006-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TÚRCICA	R\$ 11,71
02.06.01.007-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	R\$ 34,58
CISMEP-53	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MASTÓIDES/ OUVIDOS	R\$ 36,30
02.06.02.001-5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 82,18
02.06.02.002-3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA E PÉ)	R\$ 69,80
02.06.02.003-1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	R\$ 86,46
02.06.02.004-0	TOMOGRAFIA DE HEMITORAX/ MEDIASTINO (POR PLANO)	R\$ 122,04
CISMEP-54	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES (ESTERNO/ CLAVÍCULA/ OMBRO/ COTOVELO)	R\$ 87,38
02.06.03.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 91,12
02.06.03.002-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 82,18
02.06.03.003-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Pelve / BACIA / ABDOMEN INFERIOR	R\$ 92,56
CISMEP-55	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 91,36
CISMEP-56	CONTRASTE (PARA USO NOS ITENS ACIMA DISCRIMINADOS, CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	R\$ 89,25
04.17.01.006-0	SEDAÇÃO (PARA USO NOS ITENS ACIMA DISCRIMINADOS, CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	R\$ 10,00
02.07.03.005-7	SEGMENTOS ADICIONAIS PARA TOMOGRAFIA DE COLUNA	R\$ 80,07

TABELA 18 - RESSONÂNCIAS

PROCEDIMENTOS RESSONÂNCIA MAGNÉTICA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.07.01.001-3	ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL	R\$ 35,69
CISMEP-57	CONTRASTE (CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	R\$ 15,80
04.17.01.006-0	SEDAÇÃO (CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	R\$ 15,80
02.07.01.002-1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	R\$ 52,77
02.07.01.003-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL	R\$ 51,89
02.07.01.004-8	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 50,11
02.07.01.005-6	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA	R\$ 68,15
02.07.01.006-4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRANIO	R\$ 74,86
02.07.01.007-2	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TÚRCICA	R\$ 40,74
02.07.02.002-7	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R\$ 26,89
02.07.02.003-5	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TORAX	R\$ 85,91
02.07.03.001-4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 30,50
02.07.03.002-2	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA/PELVE	R\$ 96,85
02.07.03.003-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R\$ 16,86
02.07.03.005-7	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PRÓSTATA	R\$ 66,61
02.07.03.004-9	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES	R\$ 42,84

TABELA 19 - CINTILOGRAFIAS

PROCEDIMENTOS CINTILOGRAFIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.08.03.002-6	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE COM OU SEM CAPTAÇÃO	R\$ 66,88
02.08.01.001-7	CINTILOGRAFIA DE CORAÇÃO C/ GÁLIO 67	R\$ 96,88
02.08.09.001-0	CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GÁLIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS	R\$ 101,32
02.08.02.001-2	CINTILOGRAFIA DE FÍGADO E BAÇO (MÍNIMO 5 IMAGENS)	R\$ 26,97
02.08.02.002-0	CINTILOGRAFIA DE FÍGADO E VIAS BILIARES	R\$ 224,73
02.08.09.002-9	CINTILOGRAFIA DE GLÂNDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA)	R\$ 77,66
02.08.02.003-9	CINTILOGRAFIA DE GLÂNDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTÍMULO	R\$ 220,44
02.08.09.003-7	CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)	R\$ 65,99
02.08.01.002-5	CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE ESTRESSE (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)	R\$ 56,68
02.08.01.003-3	CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE REPOUSO (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)	R\$ 56,68
02.08.01.004-1	CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ LOCALIZAÇÃO DE NECROSE (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)	R\$ 104,00
02.08.05.003-5	CINTILOGRAFIA DE OSSOS C/ OU S/ FLUXO SANGUÍNEO (CORPO INTEIRO)	R\$ 227,76
02.08.03.001-8	CINTILOGRAFIA DE PARATIREÓIDES	R\$ 11,08
02.08.06.001-4	CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL C/ TÁLIO (SPCTO)	R\$ 336,31
02.08.07.001-0	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO C/ GÁLIO 67	R\$ 85,00
02.08.07.002-8	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO P/ PESQUISA DE ASPIRAÇÃO	R\$ 154,02
02.08.07.003-6	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR INALAÇÃO (MÍNIMO 2 PROJEÇÕES)	R\$ 86,83
02.08.07.004-4	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR PERFUSÃO (MÍNIMO 4 PROJEÇÕES)	R\$ 88,90
02.08.04.002-1	CINTILOGRAFIA DE RIM C/ GÁLIO 67	R\$ 52,99
02.08.05.004-3	CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO ÓSSEO COM GÁLIO 67	R\$ 60,93
02.08.04.003-0	CINTILOGRAFIA DE TESTÍCULO E BOLSA ESCROTAL	R\$ 47,06
02.08.03.002-6	CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE C/ OU S/ CAPTAÇÃO	R\$ 43,85
02.08.01.005-0	CINTILOGRAFIA P/ AVALIAÇÃO DE FLUXO SANGUÍNEO DE EXTREMIDADES	R\$ 346,85
02.08.02.005-5	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFÁGICO (LÍQUIDO)	R\$ 92,84
02.08.02.006-3	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFÁGICO (SEMI-SÓLIDO)	R\$ 90,99
02.08.02.007-1	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRÂNSITO GÁSTRICO	R\$ 14,49
02.08.02.008-0	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL	R\$ 55,36
02.08.02.009-8	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA	R\$ 44,77
02.08.02.010-1	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NÃO ATIVA	R\$ 48,92
02.08.02.011-0	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO	R\$ 150,96
02.08.03.004-2	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTERNO	R\$ 173,82
02.08.04.005-6	CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVAS E/OU QUANTITATIVA)	R\$ 57,67
02.08.01.008-4	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CÂMARAS CARDÍACAS EM SITUAÇÃO DE REPOUSO (VENTRICULOGRAFIA)	R\$ 106,99
02.08.06.002-2	CISTERNOCINTILOGRAFIA (INCLUINDO PESQUISA E/OU AVALIAÇÃO DO TRÂNSITO LIQUÓRICO)	R\$ 53,65
02.08.04.006-4	CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA	R\$ 81,45
02.08.04.007-2	CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA	R\$ 43,38
02.08.04.010-2	ESTUDO RENAL DINÂMICO C/ OU S/ DIURÉTICO	R\$ 99,15
02.08.08.004-0	LINFOCINTILOGRAFIA	R\$ 29,80

TABELA 20 - ANÁLISE DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICOS



04.04.01.035-0	TIMPANOPLASTIA (UNI / BILATERAL)	R\$	3.615,43
04.04.01.041-5	TURBINECTOMIA	R\$	1.204,96
04.04.01.048-2	SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	R\$	2.652,21
04.04.01.052-0	SEPTOPLASTIA REPARADORA NÃO ESTÉTICA	R\$	2.190,16
04.04.01.051-2	SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR	R\$	2.488,79

CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISME	VALOR ICISME
04.02.01.002-7	PARATIREOIDECTOMIA	R\$	4.899,80
04.04.01.046-6	PAROTIDECTOMIA PARCIAL OU SUBTOTAL	R\$	3.012,99
04.04.02.007-0	RESSECÇÃO DE GLANDULA SALIVAR	R\$	2.014,95
04.01.02.009-6	EXERESE DE CISTO TIREOGLOSSO	R\$	2.010,00
04.02.01.004-3	TIREOIDECTOMIA TOTAL	R\$	3.016,60
04.02.01.003-5	TIREOIDECTOMIA PARCIAL	R\$	3.015,38

CIRURGIA CARDIOLÓGICA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISME	VALOR ICISME
04.06.03.002-2	ANGIOPLASTIA CORONARIANA C/ IMPLANTE DE UM STENT (PACOTE) Incluindo os seguintes materiais: 01 Diária de CTI ou Enfermaria; Honorários médicos CTI; Stent; Balão Intraporto; Fio Guia; Introduutor; Cateter Guia; Seringa Insufladora; Taxa de Sala Hemodinâmica; Honorários Médicos Hemodinâmica	R\$	13.096,23
04.06.03.005-7	ANGIOPLASTIA PERIFERICA C/ IMPLANTE DE UM STENT (PACOTE) Incluindo os seguintes materiais: 01 Diária de CTI ou Enfermaria; Honorários médicos CTI; Stent; Balão Intraporto; Fio Guia; Introduutor; Cateter Guia; Seringa Insufladora; Taxa de Sala Hemodinâmica; Honorários Médicos Hemodinâmica	R\$	14.088,82

OPME's

OPME CIRURGIA ORTOPÉDICA

CIRURGIA	OPME	VALOR ICISME	VALOR ICISME
PROTESE DE QUADRIL CIMENTADA PRIMARIA / NACIONAL	COMPONENTE FEMORAL CIMENTADO (HASTE ALPHA PRIMARIA)	R\$	3.015,48
	RESTRITOR DE CIMENTO	R\$	1.204,96
	CABEÇA INTERCAMBIÁVEL	R\$	1.204,96
	COMPONENTE ACETABULAR CIMENTADO (DELTA)	R\$	1.204,96
	CIMENTO ORTOPÉDICO	R\$	1.204,96
	LAMINA SERRA	R\$	1.204,96
PROTESE DE QUADRIL NÃO CIMENTADA PRIMARIA / NACIONAL	COMPONENTE FEMORAL NÃO CIMENTADO (HASTE LOGICAL PRIMARIA)	R\$	3.015,48
	CABEÇA INTERCAMBIÁVEL	R\$	1.204,96
	COMPONENTE ACETABULAR METALICO (A-LOCK)	R\$	2.014,95
	COMPONENTE ACETABULAR POLIETILENO PARA COMPONENTE METALICO	R\$	1.204,96
	PARAFUSO ACETABULAR	R\$	1.204,96
	LAMINA SERRA	R\$	1.204,96
PROTESE DE QUADRIL HIBRIDA PRIMARIA / NACIONAL	COMPONENTE FEMORAL CIMENTADO (HASTE ALPHA PRIMARIA)	R\$	3.015,48
	RESTRITOR DE CIMENTO	R\$	1.204,96
	CABEÇA INTERCAMBIÁVEL	R\$	1.204,96
	COMPONENTE ACETABULAR METALICO (A-LOCK)	R\$	2.014,95
	COMPONENTE ACETABULAR POLIETILENO PARA COMPONENTE METALICO	R\$	1.204,96
	PARAFUSO ACETABULAR	R\$	1.204,96
	CIMENTO ORTOPÉDICO	R\$	1.204,96
LAMINA SERRA	R\$	1.204,96	
PROTESE DE QUADRIL BIPOLAR	COMPONENTE FEMORAL CIMENTADO (HASTE ALPHA PRIMARIA)	R\$	3.015,48
	RESTRITOR DE CIMENTO	R\$	1.204,96
	CABEÇA INTERCAMBIÁVEL	R\$	1.204,96
	COMPONENTE BIPOLAR (CABEÇA BIPOLAR)	R\$	2.014,95
	CIMENTO ORTOPÉDICO	R\$	1.204,96
	LAMINA SERRA	R\$	1.204,96
PROTESE DE JOELHO CIMENTADA PRIMARIA / NACIONAL	COMPONENTE FEMORAL	R\$	3.015,48
	COMPONENTE BASE TIBIAL	R\$	2.014,95
	COMPONENTE PLATEAU TIBIAL	R\$	1.204,96
	COMPONENTE PATELAR	R\$	1.204,96
	CIMENTO ORTOPÉDICO - JOELHO	R\$	1.204,96
	LAMINA SERRA - JOELHO	R\$	1.204,96
PROTESE DE QUADRIL CIMENTADA - REVISÃO	COMPONENTE FEMORAL CIMENTADO PARA REVISÃO (ALPHA)	R\$	4.014,96
	RESTRITOR DE CIMENTO	R\$	1.204,96
	CABEÇA INTERCAMBIÁVEL	R\$	1.204,96
	COMPONENTE ACETABULAR CIMENTADO (DELTA)	R\$	1.204,96
	ACETATO CONSTRITO (MULLER) NACIONAL	R\$	1.204,96
	PLACA RETA PARA CERCLAGEM	R\$	1.204,96
	CABO DE CERCLAGEM PARA AMARRILHO	R\$	1.204,96
	TELA DE REFORÇO ACETABULAR NACIONAL	R\$	1.204,96
	ANEL DE REFORÇO ACETABULAR NACIONAL	R\$	1.204,96
	CIMENTO ORTOPÉDICO	R\$	1.204,96
	LAMINA SERRA - QUADRIL	R\$	1.204,96
PROTESE DE QUADRIL NÃO CIMENTADA - REVISÃO	COMPONENTE FEMORAL NÃO CIMENTADO BEGA (TIPO WAGNER) NACIONAL	R\$	4.014,96
	CABEÇA INTERCAMBIÁVEL	R\$	1.204,96
	COMPONENTE ACETABULAR METALICO (A-LOCK)	R\$	2.014,95
	COMPONENTE ACETABULAR POLIETILENO PARA COMPONENTE METALICO	R\$	1.204,96
	PARAFUSO ACETABULAR	R\$	1.204,96
	PLACA RETA PARA CERCLAGEM - QUADRIL NÃO CIMENTADA	R\$	1.204,96
	CABO DE CERCLAGEM PARA AMARRILHO	R\$	1.204,96
	TELA DE REFORÇO ACETABULAR NACIONAL	R\$	1.204,96
	ANEL DE REFORÇO ACETABULAR NACIONAL	R\$	1.204,96
LAMINA SERRA	R\$	1.204,96	
ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO - REVISÃO / RECONSTRUÇÃO	COMPONENTE FEMORAL MODULAR REVISÃO	R\$	4.014,96
	BASE TIBIAL MODULAR REVISÃO (COMPONENTE TIBIAL)	R\$	2.014,95
	PLATÔ TIBIAL MODULAR REVISÃO (COMPONENTE PLATEAU TIBIAL)	R\$	1.204,96
	PATELA TRIPLA FIXAÇÃO (COMPONENTE PATELAR)	R\$	1.204,96
	PINO EXTENSOR ANGULAR MODULAR REVISÃO (HASTE FEMORAL)	R\$	1.204,96
	PINO EXTENSOR ANGULAR MODULAR REVISÃO (HASTE TIBIAL)	R\$	1.204,96
	CALÇO FEMORAL MODULAR (CUNHA FEMORAL)	R\$	1.204,96



CIRURGIA GERAL - REGIÃO ALTO CAPARAÓ		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.07.03.003-4	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	R\$ 2.996,40
04.07.02.027-6	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	R\$ 2.996,00
04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA	R\$ 2.996,40
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	R\$ 2.994,00
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	R\$ 2.994,00
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	R\$ 2.994,00

CIRURGIA GINECOLÓGICA - REGIÃO ALTO CAPARAÓ		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.09.06.012-7	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	R\$ 5.006,00
04.09.06.013-5	HISTERECTOMIA TOTAL	R\$ 5.006,00
04.09.06.017-8	HISTERECTOMIA POR VIA VAGINAL	R\$ 4.908,80
04.09.06.019-4	MIOMECTOMIA	R\$ 2.992,00
04.09.06.021-6	OOFORECTOMIA/OOFOROPLASTIA	R\$ 2.990,00
09.09.06.004-6	CURETAGEM SEMIÓTICA C/ OU S/ DILATAÇÃO DO COLO UTERINO	R\$ 1.956,00

CIRURGIA UROLÓGICA - REGIÃO ALTO CAPARAÓ		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.09.01.017-0	INSTALACAO ENDOSCÓPICA DE CATETER DUPLO J	R\$ 1.857,06
CISMEP-37	RETIRADA DE CATETER DUPLO J	R\$ 1.858,93
04.09.04.013-4	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	R\$ 1.857,06
04.09.03.002-3	PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA	R\$ 4.953,17
04.09.03.004-0	RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE PROSTATA (RTU)	R\$ 3.951,16
04.09.04.023-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARICOCELE	R\$ 1.857,38
04.09.01.059-6	URETEROLITOTRIPSIA FLEXIVEL	R\$ 3.928,75
04.09.01.059-6	URETEROLITOTRIPSIA RÍGIDA A LASER	R\$ 3.928,75
04.09.01.023-5	NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA	R\$ 3.928,75

CIRURGIA OFTALMOLÓGICA - REGIÃO ALTO CAPARAÓ		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.05.05.037-2	FACOMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL	R\$ 7.108,89

OPME's - REGIÃO ALTO CAPARAÓ		
OPME CIRURGIA ORTOPÉDICA - REGIÃO ALTO CAPARAÓ		
CIRURGIA	OPME	VALOR ICISMEP
RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	LAMINA DE SHAVER	R\$ 80,00
	EQUIPO C/ SENSOR	R\$ 83,98
	PARAFUSO DE INTERFERENCIA EM TITANIO	R\$ 87,99
RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR)	LAMINA DE SHAVER	R\$ 80,00
	EQUIPO C/ SENSOR	R\$ 83,98
	PARAFUSO DE INTERFERENCIA EM TITANIO	R\$ 87,99
REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTO DESCOMPRESSIVOS)	LAMINA DE SHAVER	R\$ 80,00
	EQUIPO C/ SENSOR	R\$ 83,98
	CANULA DESCARTAVEL	R\$ 84,44
	ANCORA MONTADA EM TITANIO	R\$ 88,99
	PONTEIRA FREQUENCIA	R\$ 88,99
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	LAMINA DE SHAVER	R\$ 80,00
	EQUIPO C/ SENSOR	R\$ 83,98
	PARAFUSO DE INTERFERENCIA EM TITANIO	R\$ 87,99
	FAST-FIX 360 RETO OU CURVO AGULHADO	R\$ 2.055,30
	EMPURRADOR DE NO/CORTADOR DE SUTURA E CANULA	R\$ 67,66

OPME CIRURGIA UROLÓGICA - REGIÃO ALTO CAPARAÓ		
CIRURGIA	OPME	VALOR ICISMEP
INSTALACAO ENDOSCÓPICA DE CATETER DUPLO J	CATETER DUPLO J	R\$ 1.857,06
RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE PROSTATA (RTU)	ALÇA DE RTU	R\$ 1.856,96
	EQUIPO DE IRRIGAÇÃO DE 3 VIAS	R\$ 1.856,96
URETEROLITOTRIPSIA FLEXIVEL	CATETER DUPLO J	R\$ 1.856,96
	FIO GUIA HIDROFILICO	R\$ 1.856,96
	CATETER BASKET PARA RETIRADA DE CÁLCULO	R\$ 1.856,96
	BALÃO URETERAL	R\$ 1.856,96
	FIBRA LASER	R\$ 3.100,00
URETEROLITOTRIPSIA RÍGIDA A LASER	BALÃO URETERAL	R\$ 1.856,96
	EXTRATOR DE CÁLCULO 3Fr	R\$ 1.856,96
	CATETER DUPLO J	R\$ 1.856,96
	FIO GUIA HIDROFILICO	R\$ 1.856,96
NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA	FIBRA LASER	R\$ 3.100,00
	AMPLATZ	R\$ 1.856,96
	CONJUNTO DE NEFROSTOMIA	R\$ 1.856,96
	EQUIPO DE IRRIGAÇÃO	R\$ 1.856,96
	EXTRATOR DE CÁLCULO PERCUTÂNEA	R\$ 1.856,96
	CATETER DUPLO J	R\$ 1.856,96
FIO GUIA HIDROFILICO	R\$ 1.856,96	
CATETER URETRAL	R\$ 1.856,96	

OPME CIRURGIA GERAL - REGIÃO ALTO CAPARAÓ		
CIRURGIA	OPME	VALOR ICISMEP
HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	TELA DE MARLEX M (15cm X 15cm)	R\$ 1.856,96
	TELA DE MARLEX P (7,5cm X 7,5cm)	R\$ 1.856,96
HERNIOPLASTIA INGUINAL/CRURAL	TELA DE MARLEX M (15cm X 15cm)	R\$ 1.856,96
	TELA DE MARLEX P (7,5cm X 7,5cm)	R\$ 1.856,96

OUTROS SERVIÇOS RELACIONADOS ÀS CIRURGIAS - REGIÃO ALTO CAPARAÓ		
CONSULTA MÉDICA PARA AVALIAÇÕES CIRÚRGICAS		R\$ 80,00
CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (RISCO CIRÚRGICO)		R\$ 80,00
RAIO X TÓRAX (ATÉ 2 INCIDÊNCIAS)		R\$ 80,00



RAIO X TÓRAX (3 INCIDÊNCIAS)	R\$	77,50
CURATIVO ESPECIAL (SEM HIDROCOLOIDE - febreiroR EXTENSÃO)	R\$	5,80
CURATIVO SIMPLES	R\$	5,95
LEITO DE CTI (DIÁRIA)	R\$	212,63
LEITO DE ENFERMARIA (DIÁRIA)	R\$	22,60
DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO DE FERIDAS OU EXTREMIDADES	R\$	1033,21

TABELA 25 - CIRURGIAS REGIÃO ZONA DA MATA

CIRURGIA ORTOPÉDICA - REGIÃO ZONA DA MATA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMA
04.08.04.004-1	ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL	R\$ 7011,93
04.08.01.014-2	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTO DESCOMPRESSIVOS)	R\$ 5075,82

CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO - REGIÃO ZONA DA MATA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMA
04.02.01.004-3	TIREOIDECTOMIA TOTAL	R\$ 3021,93
04.02.01.003-5	TIREOIDECTOMIA PARCIAL	R\$ 2021,93

CIRURGIA UROLÓGICA - REGIÃO ZONA DA MATA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMA
04.09.01.017-0	INSTALACAO ENDOSCÓPICA DE CATETER DUPLO J	R\$ 2021,93
CISMEP-37	RETIRADA DE CATETER DUPLO J	R\$ 2021,93
04.09.01.031-6	PIELOTOTOMIA	R\$ 2021,93
04.09.01.056-1	URETEROLITOTOMIA	R\$ 874,71
04.09.03.004-0	RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE PROSTATA (RTU)	R\$ 4021,93
04.09.01.023-5	NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA	R\$ 9021,93

OPME's - REGIÃO ZONA DA MATA		
OPME CIRURGIA ORTOPÉDICA - REGIÃO ZONA DA MATA		
CIRURGIA	OPME	VALOR ICISMA
ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL	COMPONENTE FEMORAL CIMENTADO (HASTE)	R\$ 1021,93
	RESTRITOR/PLUG DE CIMENTO	R\$ 2021,93
	CABEÇA INTERCAMBIÁVEL	R\$ 821,93
	COMPONENTE ACETABULAR CIMENTADO	R\$ 1021,93
	CIMENTO ORTOPÉDICO	R\$ 2021,93
	LAMINA SERRA	R\$ 2021,93
	COMPONENTE FEMORAL NÃO CIMENTADO	R\$ 3021,93
	COMPONENTE ACETABULAR METALICO	R\$ 1021,93
	COMPONENTE ACETABULAR POLIETILENO PARA COMPONENTE METALICO	R\$ 8021,93
	PARAFUSO ACETABULAR	R\$ 1021,93
REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTO DESCOMPRESSIVOS)	COMPONENTE BIPOLAR (CABEÇA BIPOLAR)	R\$ 1021,93
	LAMINA DE SHAVER	R\$ 2021,93
	EQUIPO C/ SENSOR	R\$ 2021,93
	CANULA DESCARTAVEL	R\$ 2021,93
	ANCORA MONTADA EM TITANIO	R\$ 2021,93
	PONTEIRA FREQUENCIA	R\$ 2021,93





VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 6651-BB3B-D882-6DC7

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ **FREDERICO MAGALHAES PESSOA (CPF 066.XXX.XXX-58) em 24/03/2026 15:22:42 GMT-03:00**
Emitido por: AC CNDL RFB v3 << AC Secretaria da Receita Federal do Brasil v4 << Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5 (Assinatura ICP-Brasil)

- ✓ **LAERCIO JOSE RIBEIRO (CPF 195.XXX.XXX-68) em 24/03/2026 17:09:46 GMT-03:00**
Emitido por: AC SAFEWEB RFB v5 << AC Secretaria da Receita Federal do Brasil v4 << Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5 (Assinatura ICP-Brasil)

- ✓ **SABRINA DE SOUZA GONÇALVES (CPF 119.XXX.XXX-06) em 26/03/2026 16:42:12 GMT-03:00**
Papel: Testemunha
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- ✓ **CAROLINA MORAIS GONCALVES DE ALENCAR (CPF 102.XXX.XXX-88) em 27/03/2026 08:41:37 GMT-03:00**
Papel: Aprovador
Emitido por: AC SAFEWEB RFB v5 << AC Secretaria da Receita Federal do Brasil v4 << Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5 (Assinatura ICP-Brasil)

- ✓ **EUSTÁQUIO DA ABADIA AMARAL (CPF 055.XXX.XXX-20) em 27/03/2026 10:39:03 GMT-03:00**
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://icismep.1doc.com.br/verificacao/6651-BB3B-D882-6DC7>