

PROCESSO CONAB N.º 21220.000093/2019-76

**3º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE CREDENCIAMENTO Nº 10/2019 QUE,
ENTRE SI, CELEBRAM A COMPANHIA NACIONAL DE ABASTECIMENTO —
CONAB E O HOSPITAL SÃO PEDRO LTDA**

COMPANHIA NACIONAL DE ABASTECIMENTO - CONAB, Empresa Pública Federal, entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado, de capital fechado, na forma preceituada no § 1º do art. 173 da Constituição Federal, constituída nos termos do art. 19, inciso II, da Lei nº 8.029, de 12 de abril de 1990, vinculada ao Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento – MAPA, regida pela Lei nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976, pela Lei nº 13.303, de 30 de junho de 2016, pelo Decreto nº 8.945, de 27 de dezembro de 2016, e demais legislações aplicáveis, e pelo seu Estatuto Social aprovado pela Assembléia Geral Extraordinária, realizada aos 19 de dezembro de 2017, publicada no DOU de 19 de janeiro de 2018, Seção 1, retificado conforme publicação no DOU do dia 23 de janeiro de 2018, Edição 16, Seção 1, página 4, e alterada em 30 de outubro de 2019, publicada no DOU de 6 de dezembro de 2019, Edição 145, seção 1, página 8-10, com sede em Brasília/DF, no SGAS, Quadra 901, Conjunto “A”, Lote 69, inscrita no CNPJ/MF. sob nº 26.461.699/0001-80, Inscrição Estadual nº 07.312.777/001-70 e Superintendência Regional do Piauí, localizada na Rua Honório de Paiva, nº 475 - Piçarra, na cidade de Teresina - PI, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 26.461.699/0368-86 e Inscrição Estadual nº 19.445.358-8, neste ato representada por seu Superintendente Regional, **Sr. DANILO ROCHA BRITO VIANA**, conforme Portaria nº 95 de 18 de março de 2020 e, pelo Gerente de Finanças e Administração, **Sr. ALESSANDRO MENDES DA COSTA**, conforme Portaria nº 109 de 23 de março de 2020, parte doravante denominada **CONTRATANTE**, e de outro lado o **HOSPITAL SÃO PEDRO LTDA**, CNPJ: 13.688.895/0001-40 estabelecido na Rua Porto, nº 991, São Pedro, CEP 64019-500, na cidade de Teresina/PI, neste ato, representado pelos Procuradores, **o Sr. MARCELO BURLAMARQUE NUNES**, CPF: **932.XXX.XXX-72** e pela **Sra. KESSEDY SILVA SOUSA**, CPF: **362.XXX.XXX-76**, parte doravante denominada **CONTRATADA**, resolvem celebrar o presente **Termo Aditivo nº 03** ao Contrato de Prestação Serviços Hospitalares que se regerá pelas condições previstas no Regulamento de Licitações e Contratos RLC NOC 10.901 e condições seguintes:

1. CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente Termo Aditivo tem por objetivo o reajuste dos Serviços Hospitalares, conforme Cláusula Décima Sétima — Do Reajuste de Preços e Incorporação de Tecnologia, do contrato de credenciamento nº 10/2019, com códigos de cobrança TUSS e valores adotados, devidamente acordado entre as partes

1.2. SUBCLÁUSULA PRIMEIRA- reajuste dos Serviços Hospitalares

1.2.1. Os Serviços de Honorários Médicos serão remunerados conforme tabela CBHPM 2012, com deflator de 1,01% porte e 3,32% UCO.

1.2.2. Os Serviços de Diagnósticos por imagem serão remunerados conforme tabela CBHPM 2012 ,com deflator de 6,11% porte e 11,55% UCO.

1.2.3. Os procedimentos de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) serão remunerados conforme tabela CBHPM 2012, com deflator de 1,01% no Porte e 3,32% na UCO.

1.2.4. Os Serviços de medicina laboratorial serão remunerados pela CBHPM 2012 com deflator de 1,01% no Porte e 3,32% na UCO.

1.2.5. Os Serviços de Hemoterapia serão remunerados pela CBHPM 2012 com deflator de 1,01% no Porte e 3,32% na UCO.

1.2.6. Para as consultas ambulatoriais serão considerados os seguintes valores:

Tabela	Código TUSS	Termo TUSS	Valor
22	10101012	Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)	R\$ 102,62
22	10101039	Consulta em pronto socorro	R\$ 91,96

1.2.7. Para os atendimentos paramédicos serão considerados os seguintes valores:

Tabela	Código TUSS	Termo TUSS	Valor
22	50000365	Atendimento fisioterapêutico hospitalar ao paciente com disfunção decorrente de alterações do sistema músculo-esquelético	R\$ 28,29
22	50000608	Consulta individual hospitalar de fonoaudiologia	R\$ 45,90
22	50000632	Sessão individual hospitalar de fonoaudiologia	R\$ 44,00
22	50000799	Atendimento fisioterapêutico hospitalar ao paciente independente ou com dependência parcial, com disfunção decorrente de lesão do sistema nervoso central e/ou periférico	R\$ 33,42
22	50000802	Atendimento fisioterapêutico hospitalar ao paciente dependente com disfunção decorrente de lesão do sistema nervoso central e/ou periférico	R\$ 33,79
22	50000810	Atendimento fisioterapêutico hospitalar ao paciente com disfunção decorrente de alterações no sistema respiratório com assistência ventilatória.	R\$ 29,51
22	50000829	Atendimento fisioterapêutico hospitalar ao paciente com disfunção decorrente de alterações no sistema respiratório sem assistência ventilatória	R\$ 18,98
22	50001000	Atendimento fisioterapêutico hospitalar ao paciente com disfunção decorrente de alterações do sistema respiratório sem assistência ventilatória mecânica	R\$ 21,00
22	50001019	Atendimento fisioterapêutico hospitalar ao paciente com disfunção decorrente de alterações do sistema respiratório com assistência ventilatória mecânica	R\$ 25,50
22	50001043	Atendimento fisioterapêutico hospitalar ao paciente com dependência parcial com disfunção decorrente de lesão do sistema nervoso central e/ou periférico	R\$ 27,43
22	50001051	Atendimento fisioterapêutico hospitalar ao paciente com dependência total com disfunção decorrente de lesão do sistema nervoso central e/ou periférico	R\$ 27,43
22	50000691	Consulta hospitalar por nutricionista	R\$ 55,72

22	50000349	Consulta hospitalar em fisioterapia	R\$ 50,68
22	50000071	Consulta individual hospitalar, em terapia ocupacional	R\$ 50,25
22	50000101	Sessão individual hospitalar, em terapia ocupacional	R\$ 47,17
22	50000470	Sessão de psicoterapia individual com psicólogo	R\$ 56,16
22	50000462	Consulta em psicologia	R\$ 54,74
22	20203012	Assistência fisiátrica respiratória em paciente internado com ventilação mecânica	R\$ 21,24
22	20203047	Assistência fisiátrica respiratória em doente clínico internado	R\$ 15,92
22	20203063	Pacientes com doença isquêmica do coração, hospitalizado, até 8 semanas de programa	R\$ 15,60
22	20203071	Pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca, hospitalizado, até 8 semanas de programa	R\$ 19,34
22	20103280	Hemiplegia e hemiparesia com afasia	R\$ 19,14

1.2.8. Exame laboratorial - Covid-19:

Código	Procedimento	Valor
40314618	CORONAVIRUS COVID-19 - pesquisa por método molecular.	R\$ 348,88

1.2.9. Serão considerados os seguintes valores:

DIÁRIAS DE ISOLAMENTO (+30%)				
TABELA	CÓDIGO TUSS	TERMO TUSS	UNIDADE	VALOR
18	60000651	DIÁRIA DE APARTAMENTO STANDARD	DIA	R\$ 427,66
18	60001038	DIÁRIA DE UTI ADULTO GERAL	DIA	R\$ 1.045,04
18	60000090	DIÁRIA COMPACTA DE ENFERMARIA DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVATIVO	DIA	R\$ 206,96

18	60001062	DIÁRIA DE UTI NEONATAL	DIA	R\$ 882,48
18	60000619	DIÁRIA DE BERÇÁRIO NORMAL	DIA	R\$ 155,96
18	60000627	DIÁRIA DE BERÇÁRIO PATOLÓGICO / PREMATURO	DIA	R\$ 271,15
DIÁRIAS				
TABELA	CÓDIGO TUSS	TERMO TUSS	UNIDADE	VALOR
18	60000384	DIÁRIA DE ACOMPANHANTECOM REFEIÇÃO COMPLETA	DIA	R\$ 34,63
18	60000651	DIÁRIA DE APARTAMENTO STANDARD	DIA	R\$ 328,96
18	60001038	DIÁRIA DE UTI ADULTO GERAL	DIA	R\$ 803,81
18	60000090	DIÁRIA COMPACTA DE ENFERMARIA DE 2 LEITOS COMBANHEIRO PRIVATIVO	DIA	R\$ 159,20
18	60001062	DIÁRIA DE UTI NEONATAL	DIA	R\$ 678,78
18	60000619	DIÁRIA DE BERÇÁRIO NORMAL	DIA	R\$ 119,96
18	60000627	DIÁRIA DE BERÇÁRIO PATOLÓGICO / PREMATURO	DIA	R\$ 208,56
TAXAS				
TAXA DE SALA				
18	60023090	TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTEANESTÉSICO 0	USO	R\$ 104,18
18	60023104	TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTEANESTÉSICO 1	USO	R\$ 187,88
18	60023112	TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTEANESTÉSICO 2	USO	R\$ 312,43
18	60023120	TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTEANESTÉSICO 3	USO	R\$ 396,18

18	60023139	TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTEANESTÉSICO 4	USO	R\$ 503,54
18	60023147	TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTEANESTÉSICO 5	USO	R\$ 609,17
18	60023155	TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTEANESTÉSICO 6	USO	R\$ 842,99
18	60023163	TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTE ANESTÉSICO 7	USO	R\$ 978,98
18	60023171	TAXA DE SALA CIRÚRGICA, PORTEANESTÉSICO 8	USO	R\$ 978,98
18	60034033	TAXA POR USO/SESSÃO DE SALACIRÚRGICA, PARTO CESÁRIO	USO	R\$ 625,02
18	60023023	TAXA POR USO/SESSÃO DE SALACIRÚRGICA, PARTO NORMAL	USO	R\$ 625,02
18	60023180	TAXA DE SALA CIRÚRGICA, RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA	USO	R\$ 70,24
18	60023236	TAXA POR USO/SESSÃO DE SALA DECOLOCAÇÃO/RETIRADA DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA OU NÃO GESSADA	USO	R\$ 43,37
18	60033681	TAXA DE SALA DE OBSERVAÇÃO, ATÉ 6HORAS	USO	R\$ 50,14
18	60033665	TAXA DE SALA DE OBSERVAÇÃO, ATÉ12 HORAS	USO	R\$ 44,94
18	60023333	TAXA POR USO/SESSÃO DE SALA DEHEMOTERAPIA	USO	R\$ 44,34
18	60021535	TAXA DE ACOMPANHANTE EM CENTRO OBSTÉTRICO	USO	R\$ 64,86
TAXA DE SERVIÇOS				
18	60015225	ALIMENTAÇÃO PARENTERAL, PREPARO, FORA DA UTI/SEMI-UTIE DO CENTRO CIRÚRGICO	DIA	R\$ 149,29

18	60034025	TAXA POR UNIDADE DE CURATIVOPEQUENO	USO	R\$ 21,74
18	60034017	TAXA POR UNIDADE DE CURATIVOMÉDIO	USO	R\$ 25,12
18	60034009	TAXA POR UNIDADE DE CURATIVOGRANDE	USO	R\$ 37,21
18	60023899	UTILIZAÇÃO DE BANDEJA PARARETIRADA DE PONTOS	USO	R\$ 9,19
18	60022787	TAXA DE USO/SESSÃO DE LAVAGEMVESICAL FORA DA UTI/SEMI-UTI E DO CENTO CIRÚRGICO	USO	R\$ 47,74
TAXA DE USO DE EQUIPAMENTOS				
18	60024976	TAXA DE APARELHO PARA FOTOTERAPIA, POR DIA	DIA	R\$ 75,75
18	60027118	TAXA DE INCUBADORA, POR DIA	DIA	R\$ 115,18
18	60025336	TAXA DE BERCO AQUECIDO, POR DIA	DIA	R\$ 28,40
18	60025573	ALUGUEL/TAXA DE BISTURI ULTRASSÔNICO, POR USO	USO	R\$ 75,21
18	60025492	ALUGUEL/TAXA DE BISTURI BIPOLAR, POR USO	USO	R\$ 36,44
18	60026324	ALUGUEL / TAXA DE COLCHÃO DE ÁGUA, POR DIA	DIA	R\$ 20,97
18	60026332	ALUGUEL / TAXA DE COLCHÃO DE AR, POR DIA	DIA	R\$ 20,97
18	60026383	TAXA DE COLCHAO TERMICO, POR DIA	DIA	R\$ 52,78
18	60026421	ALUGUEL / TAXA DE DESFIBRILADOR (CARDIOVERSÃO), POR USO	USO	R\$ 48,98
18	60026987	ALUGUEL / TAXA DE GARROTE PNEUMÁTICO, POR USO	USO	R\$ 22,01

18	60027045	TAXA DE HALO CRANEANO, POR DIA	DIA	R\$ 22,95
18	60027169	ALUGUEL / TAXA DE INTENSIFICADOR DE IMAGEM, POR USO	USO	R\$ 270,57
18	60027363	ALUGUEL / TAXA DE MICROSCÓPIO CIRÚRGICO DE FIBRA ÓTICA, POR USO	USO	R\$ 78,92
18	60029196	TAXA DE MONITOR / MONITORIZAÇÃO CARDÍACO / ECG, POR DIA, FORA DA UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO	DIA	R\$ 53,21
18	60029510	TAXA DE MONITOR / MONITORIZAÇÃO INTRA CRANIANO, POR DIA, FORA DA UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO	DIA	R\$ 106,44
18	60031441	TAXA DE MONITOR / MONITORIZAÇÃO DE OXÍMETRO, POR DIA, FORA DA UTI E DO CENTRO CIRÚRGICO	DIA	R\$ 53,21
18	60026278	ALUGUEL / TAXA DE CARDIOESTIMULADOR TRANSESOFÁGICO, POR USO	USO	R\$ 128,27
18	60026740	ALUGUEL / TAXA DE ESTIMULADOR DE NERVOS PERIFÉRICOS, POR USO	USO	R\$ 22,19
18	60027436	TAXA DE MICROSCÓPIO OFTALMOLÓGICO, POR USO	USO	R\$ 80,68
18	60027533	ALUGUEL/TAXA DE PERFURADOR ELÉTRICO, POR USO	USO	R\$ 26,22
18	60028173	ALUGUEL / TAXA DO TREPANO /DRILL ELÉTRICO, POR USO	USO	R\$ 91,57

18	60024143	ALUGUEL/TAXA DE APARELHO/EQUIPAMENTO PARAARTROSCOPIA COM TROCATER, POR USO	USO	R\$ 1.449,47
18	60024151	ALUGUEL/TAXA DE APARELHO /EQUIPAMENTO PARA ARTROSCOPIA PARA CIRURGIA,POR USO	USO	R\$ 334,23
18	60024399	ALUGUEL/TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA LAPAROSCOPIAPARA DIAGNÓSTICO, POR USO	USO	R\$ 255,34
18	60024380	ALUGUEL/TAXA DE APARELHO /EQUIPAMENTO PARA LAPAROSCOPIA PARA CIRURGIA,POR USO	USO	R\$ 896,44
18	60024356	ALUGUEL/TAXA DE APARELHO / EQUIPAMENTO PARA HISTEROSCOPIA COM VIDEO, PORUSO	USO	R\$ 250,68
18	60033860	TAXA DE USO DE APARELHO DEENDOSCOPIA UROLÓGICA, PORUSO	USO	R\$ 596,85
18	60026782	TAXA DE APARELHO / BOMBA DECIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA, POR DIA	DIA	R\$ 122,97
18	60025662	BOMBA DE INFUSÃO, POR DIA	DIA	R\$ 70,64
18	60027339	TAXA DE MARCA PASSO PROVISÓRIO /TEMPORARIO TRANSVENOSO	DIA	R\$ 110,10
18	60027428	ALUGUEL / TAXA DE MICROSCÓPIOCIRÚRGICO, POR USO	USO	R\$ 66,21
18	60024445	ALUGUEL/TAXA DE APARELHO /EQUIPAMENTO PARA MEDIASTINOSCOPIA PARA DIAGNÓSTICO, POR USO	USO	R\$ 75,45
GASES MEDICINAIS				

18	60028335	AR COMPRIMIDO COM OXIGÊNIO NO RESPIRADOR/VENTILADOR, POR HORA	HORA	R\$ 28,50
18	60034335	OXIGÊNIO, POR HORA	HORA	R\$ 32,81
18	60034122	AR COMPRIMIDO, POR HORA	HORA	R\$ 22,74
18	60028394	GÁS CARBÔNICO, POR HORA	HORA	R\$ 22,42
18	60028572	ÓXIDO NITROSO, POR HORA	HORA	R\$ 48,12
Códigos	Procedimentos		Valor R\$	
40312178	Teste Do Pezinho Ampliado (Tsh Neonatal + 17 Oh Progesterona + Fenilalanina + Tripsina Imuno-Reativa + Eletroforese De Hb Para Triagem De Hemopatias)		160,05	
41301463	Triagem Auditiva Neonatal/Infantil		64,02	
41401514	Oximetria Não Invasiva		64,02	
40312160	Teste Do Pezinho Básico (Tsh Neonatal + Fenilalanina + Eletroforese De Hb Para Triagem De Hemopatias)		85,36	

1.2.10. MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO HOSPITALAR

1.2.10.1. Autoriza-se sempre o Medicamento Genérico, por força da Lei nº 9.787, de 10/02/1999, sendo admitido o seu intercâmbio, em último caso, pelo Medicamento de Referência ou de Marca, **exclusivamente**, quando não houver o seu Genérico correspondente no mercado, de uso restrito a hospitais e clínicas, e será remunerado com base no Preço de Fábrica – PF, estabelecido no Referencial BRASÍNDICE, acrescido da Taxa de Serviços de 25% (vinte e cinco por cento), pela seleção, programação, armazenamento, distribuição, manipulação, fracionamento, unitarização, dispensação, controle e aquisição dos medicamentos, quando prestados, de acordo com a estrutura do CONTRATADO, em conformidade com a RN Nº 241, de 03/12/2010, cuja revenda de medicamentos é defesa pela Orientação Interpretativa/CMED Nº 05, de 12/11/2009

1.2.10.2. Demais Medicamentos Genéricos regidos pela Lei nº 9.787, de 10/02/1999, para Realização de Procedimentos Assistenciais:

1.2.10.3. Serão remunerados com base no Referencial BRASÍNDICE pelo PMC (Preço Máximo ao Consumidor). Em caso de não haver PMC será remunerado com base no Preço de Fábrica – PF, estabelecido no Referencial BRASÍNDICE, acrescido da Taxa de Serviços de 25% (vinte e cinco por cento). Destarte, inexistindo o Medicamento Genérico correspondente, será admitido o seu intercâmbio pelo Medicamento de Referência ou de Marca;

1.2.10.4. Havendo mais de um fabricante para um mesmo produto, será considerado o de menor preço, exceto nos casos em que seja informada, pelo hospital, a marca utilizada.

1.2.11. MATERIAIS DESCARTÁVEIS E OPME

1.2.11.1. **Consoante Ofício Circular nº 001/2012/PRESI/ANS, de 29/03/2012**, a real utilização de OPMEs deverá ser verificada pela atividade de auditoria técnica, mediante a conferência/exigência dos lacres, embalagens, códigos de barra, notas fiscais, prontuários e/ou outros comprovantes que identifiquem que os produtos foram efetivamente utilizados nos procedimentos médicos, cujo pagamento pela CONTRATANTE estará condicionado a tais certificações;

1.2.11.2. OPMEs serão pagos conforme o valor de Nota Fiscal de compra do produto, acrescido da taxa de 20% (vinte por cento) a título de margem de comercialização, desde que autorizados previamente pela CONTRATANTE, mediante a apresentação de três cotações de fornecedores distintos;

1.2.11.3. Para os procedimentos de urgência, a solicitação deverá ser realizada em até 72 horas úteis após o procedimento;

1.2.11.4. Será adotada a Revista SIMPRO Nacional (Hospitalar) vigente na data da realização do evento, sem taxa de comercialização para remuneração dos materiais descartáveis;

1.2.11.5. Fica definido que a cobrança dos materiais deverá obedecer ao disposto na codificação da Revista SIMPRO Hospitalar, visando a sua compatibilização com o produto a ser pago;

1.2.11.6. Para os procedimentos eletivos será necessária a autorização prévia que será realizada em até 72 horas úteis antes da realização do procedimento, seguindo as regras definidas acima;

1.2.11.7. Para os procedimentos de urgência, a solicitação será realizada em até 72 horas úteis após o procedimento seguindo as regras definidas acima.

1.2.12. **FILME RADIOLÓGICO**

1.2.12.1. Valor: **R\$ 30,80**

1.2.13. **PACOTES**

1.2.13.1. Para os pacotes serão considerados os seguintes valores:

Tabela	Código TUSS	Termo TUSS	Valor
22	30911079	Cateterismo cardíaco E e/ou D com cineangiocoronariografia e ventriculografia	R\$ 3.768,47
Inclusos: 01 (uma) diária, taxas, aluguéis, materiais descartáveis e especiais, medicamentos, contrastes, cateteres, guias, filmes e honorários médicos da equipe.			
Tabela	Código TUSS	Termo TUSS	Valor
22	30911052	Cateterismo cardíaco D e/ou E com estudo cineangiocoronariográfico e de revascularização cirúrgica do miocárdio	R\$ 3.768,47
Inclusos: 01 (uma) diária, taxas, aluguéis, materiais descartáveis e especiais, medicamentos, contrastes, cateteres, guias, filmes e honorários médicos da equipe.			
Tabela	Código TUSS	Termo TUSS	Valor
22	40202542	Polipectomia de cólon (independente do número de pólipos)	R\$ 668,51
Inclusos: honorários médicos, aluguéis, taxas, materiais descartáveis e medicamentos.			
Tabela	Código TUSS	Termo TUSS	Valor
22	40202550	Polipectomia do esôfago, estômago ou duodeno (independente do número de pólipos)	R\$ 529,46
Inclusos: honorários médicos, aluguéis, taxas, materiais descartáveis e medicamentos.			
Tabela	Código TUSS	Termo TUSS	Valor
22	40201171	Retossigmoidoscopia flexível	R\$ 267,40

Inclusos: honorários médicos, aluguéis, taxas, materiais descartáveis e medicamentos.			
Tabela	Código TUSS	Termo TUSS	Valor
22	40202690	Retossigmoidoscopia flexível com biópsia e/ou citologia	R\$ 307,52
Inclusos: honorários médicos, aluguéis, taxas, materiais descartáveis e medicamentos.			
Tabela	Código TUSS	Termo TUSS	Valor
22	41001230	TC - Angiotomografia coronariana	R\$ 1.251,04
Inclusos: honorários médicos, aluguéis, taxas, materiais descartáveis e medicamentos.			
Tabela	Código TUSS	Termo TUSS	Valor
22	40201082	Colonoscopia (inclui a retossigmoidoscopia)	R\$ 542,66
Inclusos: honorários médicos, aluguéis, taxas, materiais descartáveis e medicamentos.			
Tabela	Código TUSS	Termo TUSS	Valor
22	40202666	Colonoscopia com biópsia e/ou citologia	R\$ 574,91
Inclusos: honorários médicos, aluguéis, taxas, materiais descartáveis e medicamentos.			
Tabela	Código TUSS	Termo TUSS	Valor
22	40201120	Endoscopia digestiva alta	R\$ 314,20
Inclusos: honorários médicos, aluguéis, taxas, materiais descartáveis e medicamentos.			
Tabela	Código TUSS	Termo TUSS	Valor
22	40202615	Endoscopia digestiva alta com biópsia e teste de urease (pesquisa Helicobacter pylori)	R\$ 361,00
Inclusos: honorários médicos, aluguéis, taxas, materiais descartáveis e medicamentos.			
Tabela	Código TUSS	Termo TUSS	Valor
22	40202038	Endoscopia digestiva alta com biópsia e/ou citologia	R\$ 361,00
Inclusos: honorários médicos, aluguéis, taxas, materiais descartáveis e medicamentos.			

- Os Serviços de Hemoterapia estão inclusos abaixo com as condições e os respectivos valores:

CH	UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMACIAS	Valor
40402045	Unidade de concentrado de hemacias	R\$ 85,37
40403181	Grupo sanguineo ABO e RH - gel teste (Retipagem da unidade)	R\$ 27,43
40403890	NAT/HBV por componente hemoterapico	R\$ 164,70
40403262	NAT/HCV por componente hemoterapico	R\$ 164,70
40403289	NAT/HIV por componente hemoterapico	R\$ 164,70
40403971	Imuno-hematológicos do doador : tipificação ABO, incluindo tipagem reversa edeterminação do fator RH (D), incluindo prova para D-fraco e pesquisa e identificação de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários	R\$ 89,72
40403971	Imuno-hematológicos do receptor : tipificação ABO, incluindo tipagem reversa e determinação do fator RH (D), incluindo prova para D-fraco e pesquisa e	R\$ 89,72
40403386	Pesquisa de hemoglobina S por componente hemoterapico - gel teste	R\$ 34,31
40403416	Prova de compatibilidade pre-transfusional completa - gel teste	R\$ 19,16
40403424	S. Anti-HTLV-I + HTLV-II por componente hemoterápico	R\$ 42,71
40403440	S. Chagas EIE por componente hemoterápico	R\$ 20,55
40403629	S. Chagas HA por componente hemoterápico	R\$ 10,90
40403467	S. Hepatite B anti-HBC por componente hemoterapico	R\$ 20,00
40403483	S. Hepatite C anti-HCV por componente hemoterapico	R\$ 43,54
40403505	S. HIV - EIE por componente hemoterapico	R\$ 40,50
40403548	S. Sífilis - EIE por componente hemoterapico	R\$ 20,68
40403580	S. Sífilis - HA por componente hemoterapico	R\$ 13,80

40403661	S.Hepatite B (HBsAg) EIE por componente hemoterapico	R\$ 18,62
40403696	Teste de Coombs direto - gel teste (Doador)	R\$ 8,56
40403696	Teste de Coombs direto - gel teste (Receptor)	R\$ 8,56
CHF	UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMACIAS FILTRADAS	VALOR
40402045	Unidade de concentrado de hemacias	R\$ 85,37
0000041516	FILTRO P/REMOCAO LEUCOCITOS P/1UNID HEMACIA PALL	SIMPRO
40403181	Grupo sanguineo ABO e RH - gel teste (Retipagem da unidade)	R\$ 27,43
40403890	NAT/HBV por componente hemoterapico	R\$ 164,70
40403262	NAT/HCV por componente hemoterapico	R\$ 164,70
40403289	NAT/HIV por componente hemoterapico	R\$ 164,70
40403971	Imuno-hematológicos do doador : tipificação ABO, incluindo tipagem reversa edeterminação do fator RH (D), incluindo prova para D-fraco e pesquisa e identificação de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários	R\$ 89,72
40403971	Imuno-hematológicos do receptor : tipificação ABO, incluindo tipagem reversa e determinação do fator RH (D), incluindo prova para D-fraco e pesquisa e	R\$ 89,72
40403386	Pesquisa de hemoglobina S por componente hemoterapico - gel teste	R\$ 34,31
40403416	Prova de compatibilidade pre-transfusional completa - gel teste	R\$ 19,16
40403424	S. Anti-HTLV-I + HTLV-II por componente hemoterápico	R\$ 42,71
40403440	S. Chagas EIE por componente hemoterápico	R\$ 20,55
40403629	S. Chagas HA por componente hemoterápico	R\$ 10,90
40403467	S. Hepatite B anti-HBC por componente hemoterapico	R\$ 20,00

40403483	S. Hepatite C anti-HCV por componente hemoterapico	R\$ 43,54
40403505	S. HIV - EIE por componente hemoterapico - Teste I	R\$ 40,50
40403548	S. Sífilis - EIE por componente hemoterapico	R\$ 20,68
40403580	S. Sífilis - HA por componente hemoterapico	R\$ 13,80
40403661	S. Hepatite B (HBsAg) EIE por componente hemoterapico	R\$ 18,62
40403696	Teste de Coombs direto - gel teste (Doador)	R\$ 8,56
40403696	Teste de Coombs direto - gel teste (Receptor)	R\$ 8,56
CHI	UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMACIAS IRRADIADAS	VALOR
40402045	Unidade de concentrado de hemacias	R\$ 85,37
40403181	Grupo sanguineo ABO e RH - gel teste (Retipagem da unidade)	R\$ 27,43
40403890	NAT/HBV por componente hemoterapico	R\$ 164,70
40403262	NAT/HCV por componente hemoterapico	R\$ 164,70
40403289	NAT/HIV por componente hemoterapico	R\$ 164,70
CHI	UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMACIAS IRRADIADAS	VALOR
40403971	Imuno-hematológicos do doador : tipificação ABO, incluindo tipagem reversa e determinação do fator RH (D), incluindo prova para D-fraco e pesquisa e identificação de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários	R\$ 89,72
40403971	Imuno-hematológicos do receptor : tipificação ABO, incluindo tipagem reversa e determinação do fator RH (D), incluindo prova para D-fraco e pesquisa e	R\$ 89,72
40403386	Pesquisa de hemoglobina S por componente hemoterapico - gel teste	R\$ 34,31
40403416	Prova de compatibilidade pre-transfusional completa - gel teste	R\$ 19,16

40403424	S. Anti-HTLV-I + HTLV-II por componente hemoterápico	R\$ 42,71
40403440	S. Chagas EIE por componente hemoterápico	R\$ 20,55
40403629	S. Chagas HA por componente hemoterápico	R\$ 10,90
40403467	S. Hepatite B anti-HBC por componente hemoterapico	R\$ 20,00
40403483	S. Hepatite C anti-HCV por componente hemoterapico	R\$ 43,54
40403505	S. HIV - EIE por componente hemoterapico - Teste I	R\$ 40,50
40403548	S. Sífilis - EIE por componente hemoterapico	R\$ 20,68
40403580	S. Sífilis - HA por componente hemoterapico	R\$ 13,80
40403661	S.Hepatite B (HBsAg) EIE por componente hemoterapico	R\$ 18,62
40403696	Teste de Coombs direto - gel teste (Doador)	R\$ 8,56
40403696	Teste de Coombs direto - gel teste (Receptor)	R\$ 8,56
40402134	Irradiação de componentes hemoterápicos	R\$ 43,68
CHFI	UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMACIAS FILTRADAS E IRRADIADAS	VALOR
40402045	Unidade de concentrado de hemacias	R\$ 85,37
0000041516	FILTRO P/REMOCAO LEUCOCITOS P/1UNID HEMACIA PALL	SIMPRO
40403181	Grupo sanguíneo ABO e RH - gel teste (Retipagem da unidade)	R\$ 27,43
40403890	NAT/HBV por componente hemoterapico	R\$ 164,70
40403262	NAT/HCV por componente hemoterapico	R\$ 164,70
40403289	NAT/HIV por componente hemoterapico	R\$ 164,70
40403971	Imuno-hematológicos do doador : tipificação ABO, incluindo tipagem reversa edeterminação do fator RH (D), incluindo prova para D-fraco e pesquisa e identificação de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários	R\$ 89,72

40403971	Imuno-hematológicos do receptor : tipificação ABO, incluindo tipagem reversa e determinação do fator RH (D), incluindo prova para D-fraco e pesquisa e	R\$ 89,72
40403386	Pesquisa de hemoglobina S por componente hemoterapico - gel teste	R\$ 34,31
40403416	Prova de compatibilidade pre-transfusional completa - gel teste	R\$ 19,16
40403424	S. Anti-HTLV-I + HTLV-II por componente hemoterápico	R\$ 42,71
40403440	S. Chagas EIE por componente hemoterápico	R\$ 20,55
40403629	S. Chagas HA por componente hemoterápico	R\$ 10,90
40403467	S. Hepatite B anti-HBC por componente hemoterapico	R\$ 20,00
40403483	S. Hepatite C anti-HCV por componente hemoterapico	R\$ 43,54
40403505	S. HIV - EIE por componente hemoterapico - Teste I	R\$ 40,50
40403548	S. Sífilis - EIE por componente hemoterapico	R\$ 20,68
40403580	S. Sífilis - HA por componente hemoterapico	R\$ 13,80
40403661	S.Hepatite B (HBsAg) EIE por componente hemoterapico	R\$ 18,62
40403696	Teste de Coombs direto - gel teste (Doador)	R\$ 8,56
40403696	Teste de Coombs direto - gel teste (Receptor)	R\$ 8,56
40402134	Irradiação de componentes hemoterápicos	R\$ 43,68
CHL	UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMACIAS LAVADAS	VALOR
40402053	Unidade de concentrado de hemacias lavadas	R\$ 85,37
40403181	Grupo sanguíneo ABO e RH - gel teste (Retipagem da unidade)	R\$ 27,43
40403890	NAT/HBV por componente hemoterapico	R\$ 164,70
40403262	NAT/HCV por componente hemoterapico	R\$ 164,70

40403289	NAT/HIV por componente hemoterapico	R\$ 164,70
CHL	UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMACIAS LAVADAS	VALOR
40403971	Imuno-hematológicos do doador : tipificação ABO, incluindo tipagem reversa edeterminação do fator RH (D), incluindo prova para D-fraco e pesquisa e identificação de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários	R\$ 89,72
40403971	Imuno-hematológicos do receptor : tipificação ABO, incluindo tipagem reversae determinação do fator RH (D), incluindo prova para D-fraco e pesquisa e identificação de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários	R\$ 89,72
40403386	Pesquisa de hemoglobina S por componente hemoterapico - gel teste	R\$ 34,31
40403416	Prova de compatibilidade pre-transfusional completa - gel teste	R\$ 19,16
40403424	S. Anti-HTLV-I + HTLV-II por componente hemoterápico	R\$ 42,71
40403440	S. Chagas EIE por componente hemoterápico	R\$ 20,55
40403629	S. Chagas HA por componente hemoterápico	R\$ 10,90
40403467	S. Hepatite B anti-HBC por componente hemoterapico	R\$ 20,00
40403483	S. Hepatite C anti-HCV por componente hemoterapico	R\$ 43,54
40403505	S. HIV - EIE por componente hemoterapico - Teste I	R\$ 40,50
40403548	S. Sífilis - EIE por componente hemoterapico	R\$ 20,68
40403580	S. Sífilis - HA por componente hemoterapico	R\$ 13,80
40403661	S.Hepatite B (HBsAg) EIE por componente hemoterapico	R\$ 18,62
40403696	Teste de Coombs direto - gel teste (Doador)	R\$ 8,56
40403696	Teste de Coombs direto - gel teste (Receptor)	R\$ 8,56
CP5	UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS RANDOMICAS	VALOR

40402070	Unidade de Concentrado de plaquetas randomicas	R\$ 72,56
40403181	Grupo sanguineo ABO e RH - gel teste (Retipagem da unidade)	R\$ 27,43
40403890	NAT/HBV por componente hemoterapico	R\$ 164,70
40403262	NAT/HCV por componente hemoterapico	R\$ 164,70
40403289	NAT/HIV por componente hemoterapico	R\$ 164,70
40403971	Imuno-hematológicos do doador : tipificação ABO, incluindo tipagem reversa e	R\$ 89,72
40403386	Pesquisa de hemoglobina S por componente hemoterapico - gel teste	R\$ 34,31
40403424	S. Anti-HTLV-I + HTLV-II por componente hemoterápico	R\$ 42,71
40403440	S. Chagas EIE por componente hemoterápico	R\$ 20,55
40403629	S. Chagas HA por componente hemoterápico	R\$ 10,90
40403467	S. Hepatite B anti-HBC por componente hemoterapico	R\$ 20,00
40403483	S. Hepatite C anti-HCV por componente hemoterapico	R\$ 43,54
40403505	S. HIV - EIE por componente hemoterapico - Teste I	R\$ 40,50
40403548	S. Sifilis - EIE por componente hemoterapico	R\$ 20,68
40403580	S. Sifilis - HA por componente hemoterapico	R\$ 13,80
40403661	S.Hepatite B (HBsAg) EIE por componente hemoterapico	R\$ 18,62
40403696	Teste de Coombs direto - gel teste (Doador)	R\$ 8,56
40403696	Teste de Coombs direto - gel teste (Receptor)	R\$ 8,56
CP5F	UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS FILTRADAS	VALOR
40402070	Unidade de Concentrado de plaquetas randomicas	R\$ 72,56
0000041522	FILTRO P/ REMOCAO LEUCOCITOS PLAQUETAS RANDOMICAS	SIMPRO

40403181	Grupo sanguineo ABO e RH - gel teste (Retipagem da unidade)	R\$ 27,43
40403890	NAT/HBV por componente hemoterapico	R\$ 164,70
40403262	NAT/HCV por componente hemoterapico	R\$ 164,70
40403289	NAT/HIV por componente hemoterapico	R\$ 164,70
40403971	Imuno-hematológicos do doador : tipificação ABO, incluindo tipagem reversa e	R\$ 89,72
40403386	Pesquisa de hemoglobina S por componente hemoterapico - gel	R\$ 34,31
	teste	
40403424	S. Anti-HTLV-I + HTLV-II por componente hemoterápico	R\$ 42,71
40403440	S. Chagas EIE por componente hemoterápico	R\$ 20,55
40403629	S. Chagas HA por componente hemoterápico	R\$ 10,90
40403467	S. Hepatite B anti-HBC por componente hemoterapico	R\$ 20,00
40403483	S. Hepatite C anti-HCV por componente hemoterapico	R\$ 43,54
40403505	S. HIV - EIE por componente hemoterapico - Teste I	R\$ 40,50
40403548	S. Sifilis - EIE por componente hemoterapico	R\$ 20,68
40403580	S. Sifilis - HA por componente hemoterapico	R\$ 13,80
40403661	S.Hepatite B (HBsAg) EIE por componente hemoterapico	R\$ 18,62
40403696	Teste de Coombs direto - gel teste (Doador)	R\$ 8,56
40403696	Teste de Coombs direto - gel teste (Receptor)	R\$ 8,56
CP5I	UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS IRRADIADAS	VALOR
40402070	Unidade de Concentrado de plaquetas randomicas	R\$ 72,56
40403181	Grupo sanguineo ABO e RH - gel teste (Retipagem da unidade)	R\$ 27,43

40403890	NAT/HBV por componente hemoterapico	R\$ 164,70
40403262	NAT/HCV por componente hemoterapico	R\$ 164,70
40403289	NAT/HIV por componente hemoterapico	R\$ 164,70
40403971	Imuno-hematológicos do doador : tipificação ABO, incluindo tipagem reversa e	R\$ 89,72
40403386	Pesquisa de hemoglobina S por componente hemoterapico - gel teste	R\$ 34,31
40403424	S. Anti-HTLV-I + HTLV-II por componente hemoterápico	R\$ 42,71
40403440	S. Chagas EIE por componente hemoterápico	R\$ 20,55
CP5I	UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS IRRADIADAS	VALOR
40403629	S. Chagas HA por componente hemoterápico	R\$ 10,90
40403467	S. Hepatite B anti-HBC por componente hemoterapico	R\$ 20,00
40403483	S. Hepatite C anti-HCV por componente hemoterapico	R\$ 43,54
40403505	S. HIV - EIE por componente hemoterapico - Teste I	R\$ 40,50
40403548	S. Sífilis - EIE por componente hemoterapico	R\$ 20,68
40403580	S. Sífilis - HA por componente hemoterapico	R\$ 13,80
40403661	S.Hepatite B (HBsAg) EIE por componente hemoterapico	R\$ 18,62
40403696	Teste de Coombs direto - gel teste (Doador)	R\$ 8,56
40403696	Teste de Coombs direto - gel teste (Receptor)	R\$ 8,56
40402134	Irradiação de componentes hemoterápicos	R\$ 43,68
CP5FI	UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS FILTRADAS E IRRADIADAS	VALOR
40402070	Unidade de Concentrado de plaquetas randomicas	R\$ 72,56
0000041522	FILTRO P/ REMOCAO LEUCOCITOS PLAQUETAS RANDOMICAS	SIMPRO

40403181	Grupo sanguineo ABO e RH - gel teste (Retipagem da unidade)	R\$ 27,43
40403890	NAT/HBV por componente hemoterapico	R\$ 164,70
40403262	NAT/HCV por componente hemoterapico	R\$ 164,70
40403289	NAT/HIV por componente hemoterapico	R\$ 164,70
40403971	Imuno-hematológicos do doador : tipificação ABO, incluindo tipagem reversa e	R\$ 89,72
40403386	Pesquisa de hemoglobina S por componente hemoterapico - gel teste	R\$ 34,31
40403424	S. Anti-HTLV-I + HTLV-II por componente hemoterápico	R\$ 42,71
40403440	S. Chagas EIE por componente hemoterápico	R\$ 20,55
40403629	S. Chagas HA por componente hemoterápico	R\$ 10,90
40403467	S. Hepatite B anti-HBC por componente hemoterapico	R\$ 20,00
40403483	S. Hepatite C anti-HCV por componente hemoterapico	R\$ 43,54
40403505	S. HIV - EIE por componente hemoterapico - Teste I	R\$ 40,50
40403548	S. Sífilis - EIE por componente hemoterapico	R\$ 20,68
40403580	S. Sífilis - HA por componente hemoterapico	R\$ 13,80
40403661	S.Hepatite B (HBsAg) EIE por componente hemoterapico	R\$ 18,62
40403696	Teste de Coombs direto - gel teste (Doador)	R\$ 8,56
40403696	Teste de Coombs direto - gel teste (Receptor)	R\$ 8,56
40402134	Irradiação de componentes hemoterápicos	R\$ 43,68
PIC	UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLASMA	VALOR
40402096	Unidade de plasma	R\$ 64,16
40403181	Grupo sanguineo ABO e RH - gel teste (Retipagem da unidade)	R\$ 27,43
40403890	NAT/HBV por componente hemoterapico	R\$ 164,70

40403262	NAT/HCV por componente hemoterapico	R\$ 164,70
40403289	NAT/HIV por componente hemoterapico	R\$ 164,70
40403971	Imuno-hematológicos do doador : tipificação ABO, incluindo tipagem reversa e	R\$ 89,72
40403386	Pesquisa de hemoglobina S por componente hemoterapico - gel teste	R\$ 34,31
40403424	S. Anti-HTLV-I + HTLV-II por componente hemoterápico	R\$ 42,71
40403440	S. Chagas EIE por componente hemoterápico	R\$ 20,55
40403629	S. Chagas HA por componente hemoterápico	R\$ 10,90
40403467	S. Hepatite B anti-HBC por componente hemoterapico	R\$ 20,00
40403483	S. Hepatite C anti-HCV por componente hemoterapico	R\$ 43,54
40403505	S. HIV - EIE por componente hemoterapico - Teste I	R\$ 40,50
40403548	S. Sífilis - EIE por componente hemoterapico	R\$ 20,68
40403580	S. Sífilis - HA por componente hemoterapico	R\$ 13,80
40403661	S. Hepatite B (HBsAg) EIE por componente hemoterapico	R\$ 18,62
40403696	Teste de Coombs direto - gel teste (Doador)	R\$ 8,56
40403696	Teste de Coombs direto - gel teste (Receptor)	R\$ 8,56
CPA	UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFERESE	VALOR
40402070	Unidade de Concentrado de plaquetas	R\$ 72,56
0000035201	KIT P/ PLAQUETA FERRESE HAEMONETICS/MCS + C/FILTRO DESC. 994CFE	SIMPRO
40403181	Grupo sanguíneo ABO e RH - gel teste (Receptor)	R\$ 27,43
40403904	NAT/HBV por unidade de sangue total	R\$ 164,70
40403270	NAT/HCV por unidade de sangue total	R\$ 164,70

40403297	NAT/HIV por unidade de sangue total	R\$ 164,70
40403300	Operação de processadora Automatica de sangue em aferese	R\$ 250,55
40403971	Imuno-hematológicos do doador : tipificação ABO, incluindo tipagem reversa e	R\$ 89,72
40403394	Pesquisa de hemoglobina S por unidade sangue total - gel teste	R\$ 48,50
40403459	S. Chagas EIE por unidade sangue total	R\$ 28,81
40403637	S. Chagas HA por unidade sangue total	R\$ 14,62
40403670	S. Hepatite B (HBsAg) RIE ou EIE por unidade de sangue total	R\$ 26,18
40403475	S. Hepatite B anti-HBC por unidade sangue total	R\$ 29,21
40403513	S. HIV - EIE por sangue total - Teste I	R\$ 50,83
40403572	S. Sífilis - FTA - ABS por unidade de sangue total	R\$ 24,68
40403599	S. Sífilis - HA por unidade de sangue total	R\$ 20,96
40403696	Teste de Coombs direto - gel teste (Doador)	R\$ 8,56
40403696	Teste de Coombs direto - gel teste (Receptor)	R\$ 8,56
40403491	S. hepatite c anti-hcv por unidade de sangue total	R\$ 61,58
CR	UNIDADE DE CRIOPRECIPITADO	VALOR
40402088	Unidade de crioprecipitado de fator anti-hemofílico	R\$ 66,50
40403181	Grupo sanguíneo ABO e RH - gel teste (Retipagem da unidade)	R\$ 27,43
40403890	NAT/HBV por componente hemoterápico	R\$ 164,70
40403262	NAT/HCV por componente hemoterápico	R\$ 164,70
40403289	NAT/HIV por componente hemoterápico	R\$ 164,70
40403971	Imuno-hematológicos do doador : tipificação ABO, incluindo tipagem reversa e	R\$ 89,72

40403386	Pesquisa de hemoglobina S por componente hemoterapico - gel teste	R\$ 34,31
40403424	S. Anti-HTLV-I + HTLV-II por componente hemoterápico	R\$ 42,71
40403440	S. Chagas EIE por componente hemoterápico	R\$ 20,55
40403629	S. Chagas HA por componente hemoterápico	R\$ 10,90
40403467	S. Hepatite B anti-HBC por componente hemoterapico	R\$ 20,00
40403483	S. Hepatite C anti-HCV por componente hemoterapico	R\$ 43,54
40403505	S. HIV - EIE por componente hemoterapico - Teste I	R\$ 40,50
40403548	S. Sífilis - EIE por componente hemoterapico	R\$ 20,68
40403580	S. Sífilis - HA por componente hemoterapico	R\$ 13,80
40403661	S.Hepatite B (HBsAg) EIE por componente hemoterapico	R\$ 18,62
40403696	Teste de Coombs direto - gel teste (Doador)	R\$ 8,56
40403696	Teste de Coombs direto - gel teste (Receptor)	R\$ 8,56
RCH	UNIDADE RESERVA DE HEMOCOMPONENTES	VALOR
40403181	Grupo sanguineo ABO e RH - gel teste (Retipagem da unidade)	R\$ 27,43
40403416	Prova de compatibilidade pre-transfusional completa - gel teste	R\$ 19,16
40403696	Teste de Coombs direto - gel teste (Doador)	R\$ 8,56
40403696	Teste de Coombs direto - gel teste (Receptor)	R\$ 8,56
40403971	Imuno-hematológicos do doador : tipificação ABO, incluindo tipagem reversa edeterminação do fator RH (D), incluindo prova para D-fraco e pesquisa e identificação de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários	R\$ 89,72
40403971	Imuno-hematológicos do receptor tipificação ABO, incluindo tipagem reversa	R\$ 89,72
053	PLASMAFERESE TERAPEUTICA	VALOR

40402096	Unidade de concentrado de plasma - Para cada 1 Unid de plasma (190 ml)	R\$ 64,16
0000035200	KIT P/PLASMAFERESE 225ML HAEMONETICS/MCS+ DESC.	SIMPRO
40403300	Operação de processadora Automatica de sangue em aferese	R\$ 249,89
RMA	ROTINA MÃE: Tipagem direta , reversa Fenotipagem RH da Mãe	VALOR
40403181	Grupo sanguineo ABO e RH - gel teste	R\$ 27,43
40403696	Teste de Coombs direto - gel teste	R\$ 8,56
40403351	Pesquisa De Anticorpos Sericos Irregulares Antieritrocitarios - Gel Teste -	R\$ 21,92
40403157	Fenotipagem Do Sistema Rh-Hr (D, C, E, C, E) - Medicina Transfusional	R\$ 29,35
RRN	ROTINA RECEM NASCIDO: Tipagem direta , reversa Fenotipagem RH da Mãe	VALOR
40403157	Fenotipagem Do Sistema Rh-Hr (D, C, E, C, E) - Medicina Transfusional	R\$ 29,35
40403351	Pesquisa De Anticorpos Sericos Irregulares Antieritrocitarios - Gel Teste - Medicina Transfusional	R\$ 21,92
40403181	Grupo sanguineo ABO e RH - gel teste	R\$ 27,43
40403327	Pesquisa De Anticorpos Sericos Antieritrocitarios, Anti-A E/Ou Anti-B - Gel	R\$ 14,35
052	SOROLOGIA PACIENTE	VALOR
40307026	Hepatite C - Anti-Hcv	R\$ 34,71
40307182	Hiv + Hiv2, (Determinação Conjunta), Pesquisa De Anticorpos	R\$ 46,62
40316114	Antigeno Australia (Hbsag)	R\$ 36,31
025	TIPAGEM SANGUINEA	VALOR
40403181	Doador - Grupo Sanguineo Abo E Rh	R\$ 27,43

40403351	Doador - Pesquisa De Anticorpos Sericos Irregulares Antieritrocitarios	R\$ 21,92
40403696	Doador - Teste De Coombs Direto	R\$ 8,56
CBHPM	PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	VALOR
40403025	Anticorpos eritrocitarios naturais e imunes – titulagem	R\$ 23,15
40403920	Determinacao do Fator RH (D)	R\$ 8,95
40403149	Fenotipagem de outros sistemas eritrocitarios - por fenotipo - gel teste	R\$ 41,47
40403157	Fenotipagem do sistema RH-HR (D, C, E, C E C) - gel teste	R\$ 29,35
40403190	Identificacao de anticorpos sericos irregulares antieritrocitarios - metodo de eluicao	R\$ 67,90
40403211	Identificacao de anticorpos sericos irregulares antieritrocitarios c/ painel de	R\$ 55,10
40403238	Identificacao de anticorpos sericos irregulares antieritrocitarios c/ painel de	R\$ 59,10
40403220	Identificacao de anticorpos sericos irregulares antieritrocitarios c/ painel de	R\$ 64,60
40403203	Identificacao de anticorpos sericos irregulares antieritrocitarios painel de	R\$ 59,10
40403378	Pesquisa de anticorpos sericos irregulares antieritrocitarios – a frio	R\$ 12,28
40403360	Pesquisa de anticorpos sericos irregulares antieritrocitarios – eluicao	R\$ 25,09
40403351	Pesquisa de anticorpos sericos irregulares antieritrocitarios – gel teste	R\$ 21,92
40402134	Taxa Irradiacao de componentes hemoterapico	R\$ 43,68
40403700	Teste de Coombs direto - mono especifico (IgG, IgA, C3, C3D, Poliv. - AGH) -	R\$ 49,04
40304884	Teste de Coombs indireto	R\$ 26,03

40403718	Teste de Coombs indireto - mono específico (IgG, IgA, C3, C3D, Poliv. - AGH) -	R\$ 49,04
----------	--	-----------

2. **CLÁUSULA SEGUNDA – DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

2.1. As despesas decorrentes da execução do presente Termo Aditivo, vinculam-se à Ação: Assistência Médica aos Servidores/Empregados e seus Dependentes; natureza da despesa: 33.9039.00 — Outros •Serviços 'de Terceiros — Pessoa Jurídica, conforme autorizados na Lei Orçamentária Anual — LOA.

2.2. A despesa para o exercício subsequente, quando for o caso, será a dotação orçamentária prevista para atendimento dessa finalidade, a ser consignada a Companhia Nacional de Abastecimento, pela Lei Orçamentária Anual.

3. **CLÁUSULA TERCEIRA- DA RERRATIFICAÇÃO**

3.1. Ficam rerratificadas todas as demais Cláusulas e condições não modificadas por este **Termo Aditivo**.

4. **CLÁUSULA QUARTA - DA PUBLICAÇÃO**

4.1. Para a eficácia, a **CONTRATANTE** providenciará a publicação de seu extrato no Diário Oficial da União, conforme dispõe a legislação vigente.

Assinam pela Contratante:

ALESSANDRO MENDES DA COSTA
Gerente de Finanças e Administração - GEFAD-PI
Analista/Gerente

DANILO ROCHA BRITO VIANA
SUPERINTENDENTE REGIONAL - SUREG-PI
Analista/Superintendente

Assinam pela Contratada:

MARCELO BURLAMARQUE NUNES
Representante/Procurador

KESSEDY SILVA SOUSA
Representante/Procurador



Documento assinado eletronicamente por **Alessandro Mendes da Costa, Gerente de Área Regional - Conab**, em 17/08/2023, às 15:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 4º, § 3º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **DANILO ROCHA BRITO VIANA, Superintendente Regional - Conab**, em 17/08/2023, às 15:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 4º, § 3º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Kessedy Silva Sousa, Usuário Externo**, em 29/08/2023, às 17:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 4º, § 3º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **MARCELO BURLAMARQUE NUNES, Usuário Externo**, em 31/08/2023, às 14:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 4º, § 3º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://sei.agro.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **30369608** e o código CRC **F22032C1**.