



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPITÃO POÇO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



CREDENCIAMENTO Nº	002/2017 SMS
--------------------------	---------------------

ANEXO I - TABELA UNIFICADA SUS

Será considerada a Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, nos Grupos/Subgrupos/Forma de Organização (Portaria GM/MS nº 2.848, de 06 de novembro de 2007), para os serviços discriminados:

**GRUPO 02 PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE
DIAGNÓSTICA**

SUBGRUPO 01 COLETA DE MATERIAL

TETO FINANCEIRO: R\$ 2.000,00 mensal (dois mil reais mensal).

PROCEDIMENTO
BIOPSIA/PUNÇÃO DE TUMOR SUPERFICIAL
BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE
BIOPSIA DO COLO UTERINO

SUBGRUPO 02 DIAGNOSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO

TETO FINANCEIRO: R\$ 4.500,00 mensal (quatro mil e quinhentos reais mensal).

PROCEDIMENTOS
DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA (2
DOSAGEM DE ACIDO ÚRICO
DOSAGEM DE ALFA-1- GLICOPROTEINA ACI
DOSAGEM DE AMILASE
DOSAGEM BILIRRUBINA TOTAL E FRAC
DOSAGEM DE CALCIO
DOSAGEM DE COLESTEROL HDL
DOSAGEM DE COLESTEROL LDL
DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL
DOSAGEM DE CREATININA
DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CP
DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRA
DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA
DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICAS (IS
DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA





PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPITÃO POÇO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



DOSAGEM DE GAMA- GLUTAMIL- TRANSFERAS
DOSAGEM DE GLICOSE
DOSAGEM DE GLICOSE -6-FOSFATO DESIDR
DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA
DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA
DOSAGEM DE LIPASE
DOSAGEM DE MUÇO-PROTEINAS
DOSAGEM DE POTASSIO
020201061 DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS
DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRACO
DOSAGEM DE SODIO
DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO -O
DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO - P
DOSAGEM DE TRIGLICERÍDEOS
DOSAGEM DE UREIA
DOSAGEM DE VITAMINA B12
GASOMETRIA (PH PCO2 P02 BICARBONATO
TESTE DE TOLERÂNCIA A INSULINA /HI
CONTAGEM DE PLAQUETAS
CONTAGEM DE RETICULOCITOS
DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULACAO
DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENT
DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOS
HEMATOCRITO
HEMOGRAMA COMPLETO
LEUCOGRAMA
PROVA DE RETRAÇÃO DO COAGULO
PROVA DO LACO
TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA A
PESQUISA DE ANTÍGENO CARCINOEMBRION
PESQUISA DE ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE
PESQUISA DE HIV -1 POR IMUNOFLUORESC
PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)
TESTE DE VDRL P/ DETECÇÃO DE SIFILI
TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA
VDRL P/ DETECÇÃO DE SÍFILIS EM GEST
EXAME CORPOLOGICO FUNCIONAL
IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELM
PESQUISA DE ENTREROBIUS VERMICULARES
PESQUISA DE GORDURA FECAL
PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES
PESQUISA DE LEUCÓCITOS NAS FEZES
PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES
PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASI
PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES
PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES
PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS N
PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES
ANALISE DE CARACTERES FÍSICOS ELEM
CLEARANCE DE CREATININA
CLEARANCE DE UREIA
DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA
DOSAGEM DE PROTEÍNAS (URINA DE 24H
PROVA DE DILUIÇÃO (URINA)
DETERMINACAO DE RETENÇÃO DE T3
DETERMINACAO DE T3 REVERSO





PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPITÃO POÇO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTER
DOSAGEM DE ESTRADIOL
DOSAGEM DE GASTRINA
DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIÔNICA
DOSAGEM DE HORMÔNIO DE CRESCIMENTO
DOSAGEM DE HORMÔNIO FOLÍCULO-ESTIMU
DOSAGEM DE HORMÔNIO LUTEINIZANTE (L
DOSAGEM DE HORMÔNIO TIREOESTIMULANT
DOSAGEM DE INSULINA
DOSAGEM DE PROGESTERONA
DOSAGEM DE PROLACTINA
DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)
DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDRO
DOSAGEM DE TESTOSTERONA
DOSAGEM DE TIROXINA (T4)
DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)
DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)
TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA /T
TESTE DE ESTIMULO DE LH E FSH APÓS
TESTE DE SUPRESSÃO DO HGH APÓS GLIC
PESQUISA DE MACROPROLACTINA
DOSAGEM DE CADMIO
DOSAGEM DE CHUMBO
DOSAGEM DE COBRE
DOSAGEM DE SULFATOS
ANTIBIOGRAMA
ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INBIT
BACILOSCOPIA DIRETA P/BAAR TUBERCU
BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSEN
BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCU
BACTERIOSCOPIA (GRAM)
CULTURA PARA BAAR
EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRE
HEMOCULTURA
PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMO
PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI
MIELOGRAMA
PROVA DO LÁTEX P/ HAEMOPHILLUS INFL
PROVA DO LÁTEX P/ PESQUISA DO FATOR
DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GR
FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH -HR
PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRAC)

SUBGRUPO 03 DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA E CITOPATOLOGICA

TETO FINANCEIRO: R\$ 1.500,00 mensal (um mil e quinhentos reais mensal).

PROCEDIMENTO

EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CERVICO-

SUBGRUPO 04 DIAGNOSTICO POR RADIOLOGIA

TETO FINANCEIRO: R\$ 5.000,00 mensal (cinco mil reais mensal).





PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPITÃO POÇO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PROCEDIMENTOS
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-
RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIR
RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)
RADIOGRAFIA DE LARINGE
RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQ)
RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN +)
RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN +)
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP)
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP)
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNC
RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA
RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA
RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA F
RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA AP
RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR
RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR
RADIOGRAFIA DE REGIÃO SACRO-COCCIGENA
RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITO)
RADIOGRAFIA DE ESTERNO
RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PER)
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL)
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACROMIO
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESCAPULO
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESTERNO
RADIOGRAFIA DE BRAÇO
RADIOGRAFIA DE CLAVICULA
RADIOGRAFIA DE COTOVELO
RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MÃO
RADIOGRAFIA DE MÃO
RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO (P/DETE)
RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES
RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL
RADIOGRAFIA DE ABDOMEM (AP + LATERAL)
RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIM
RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXO-FEM
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO SACRO-IL
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TIBIO-TA
RADIOGRAFIA DE BACIA
RADIOGRAFIA DE CALCANEIO
RADIOGRAFIA DE COXA
RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP+LATERAL)
RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP
RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP
RADIOGRAFIA DE PE/DEDOS DO PÉ
RADIOGRAFIA DE PERNA
MAMOGRAFIA UNILATERAL

SUBGRUPO 05 DIAGNOSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA

TETO FINANCEIRO: R\$ 10.500,00 mensal (dez mil e quinhentos reais mensal).





PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPITÃO POÇO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PROCEDIMENTOS

ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO D
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO O
ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIO
ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL
ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINAR
ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO
ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL
ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL
ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA POR VI
ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA VIA T
ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA C/ DOPP
ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOG)
ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA
ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL

SUBGRUPO 09 DIAGNOSTICO POR ENDOSCOPIA

TETO FINANCEIRO: R\$ 3.000,00 mensal (três mil reais mensal).

PROCEDIMENTOS

COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA

SUBGRUPO 11 MÉTODOS DIAGNÓSTICO EM ESPECIALIDADES

TETO FINANCEIRO: R\$ 2.000,00 mensal (dois mil reais mensal).

PROCEDIMENTOS

ELETROCARDIOGRAMA
COLPOSCOPIA

GRUPO 03 PROCEDIMENTOS CLÍNICOS

SUBGRUPO 02 FISIOTERAPIA

TETO FINANCEIRO: R\$ 7.000,00 mensal (sete mil reais mensal).

PROCEDIMENTOS

ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/





PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPITÃO POÇO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS S/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS C/COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PAC
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ TRANSTORNO RESPIRATÓRIO C/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ TRANSTORNO RESPIRATÓRIO S/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS

HOSPITALAR

Teto Financeiro: R\$ 160.000,00 mensal (cento e sessenta mil reais mensal)

Pediatria Cirúrgica / Cirurgia Geral;

Pediatria Clínica / Clínica Geral;

Obstétricos / Obstétrica Cirúrgica;

Obstétricos / Obstetrícia Clínica;

Cirúrgicos / Cirurgia Geral;

Clínicos / Clínica Geral;

Observação importante – Para realização de internação/procedimento de **alta complexidade**, é imprescindível que o Hospital ou a Clínica tenha habilitação expedida pelo Ministério da Saúde.

Observação importante – Para realização das cirurgias de **alta complexidade**, é imprescindível que o Hospital ou a Clínica tenha habilitação expedida pelo Ministério da Saúde.

OBS: As despesas decorrentes do eventual contrato celebrado serão cobertas por repasses do Ministério da Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, e do Tesouro Estadual.

