Prefeitura de São José dos Campos
Secretaria de Saúde
Departamento de Regulação e Controle
Divisão de Avaliação e Controle

ANEXO IA – DESCRIÇÃO DO OBJETO DETALHADO

ITEM	CÓDIGO PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO	QUANT. MENSAL	QUANT. 12 MESES	VALOR UNITÁRIO TABELA SUS	VALOR MENSAL DE REFERÊNCIA	VALOR TOTAL DE REFERÊNCIA
1	**SERVIÇO AMBULATORIAL – EXAMES DIVERSOS DE ANATOMIA PATOLOGIA E CITOPATOLOGIA**						
1.1	0203010019	EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA (exceto o código 0203010086)	420	5.040	13,72		
1.2	0203010086	EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA-RASTREAMENTO (faixa etária 25 a 64 anos)	2.819	33.828	14,37		
1.3	0203010027	EXAME CITOPATOLÓGICO HORMONAL SERIADO (MINIMO 3 COLETAS)	1	12	20,96		
1.4	0203010035	EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CERVICO-VAGINAL E DE MAMA)	13	156	20,96		
1.5	0203010043	EXAME CITOPATOLOGICO DE MAMA	1	12	35,34		
1.6	0203020014	DETERMINAÇÃO DE RECEPTORES TUMORAIS HORMONAIS	54	648	93,70		
1.7	0203020022	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO DO COLO UTERINO - PEÇA CIRURGICA	20	240	61,77		
1.8	0203020030	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO/PARAFINA POR PEÇA CIRURGICA OU POR BIOPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA)	4.561	54.732	40,78		
1.9	0203020049	IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	378	4.536	131,52		
1.10	0203020065	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - BIOPSIA	43	516	45,83		
1.11	0203020073	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - PEÇA CIRURGICA	3	36	61,77		
1.12	0203020081	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO DO COLO UTERINO - BIOPSIA	28	336	40,78		
1.13	9901900001	EXAME DE IMUNOFLUORESCENCIA RENAL	16	192	-		
1.14	9900900003	EXAME DE IMUNOFLUORESCENCIA DE PELE	1	12	-		
1.15	-	EXAME DE HIBRIDAÇÃO IN SITU POR FLUORESCÊNCIA PARA HER-2 (FISH)	5	60	-		
TOTAL			**8.363**	**100.356**			