

DECRETO MUNICIPAL Nº 4909

“ATUALIZA A TABELA DE CONSULTAS, PLANTÕES, EXAMES E PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS. “

WALKER AMÉRICO OLIVEIRA, Prefeito Municipal, no uso de suas atribuições legais,

CONSIDERANDO a Norma Operacional Básica - NOB 01/96 atribuiu aos estados e municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema a prerrogativa de normalização complementar relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais em seu território, inclusive quanto à alteração de valores de procedimentos, tendo a tabela nacional como referência mínima, desde que aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde/ CMS e pela Comissão Intergestores Bipartite/CIB;

CONSIDERANDO a Portaria n.º 1606/GM em 11 de setembro de 2001 que define que estados, Distrito Federal e municípios que adotarem tabela diferenciada para remuneração de serviços de saúde deverão, para efeito de complementação financeira, empregar recursos próprios estaduais e/ou municipais, sendo vedada a utilização de recursos federais para esta finalidade;

CONSIDERANDO a lei municipal nº 3.902 de 26 de junho de 2012, que “Autoriza o Município de São Sebastião do Paraíso a instituir a Tabela de Exames e Procedimentos e credenciar profissionais e estabelecimentos de saúde para atendimento ambulatorial e hospitalar, de forma complementar a rede de serviços de saúde do município”;

CONSIDERANDO a Deliberação nº 1.202, de 18 de julho de 2012, da CIB - Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Minas Gerais;

CONSIDERANDO a atual ata da 1ª reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde, realizada no ano de 2017, que alteram a resolução SAAS/CMS nº 001/2013 do Conselho Municipal de Saúde, através da Resolução SMS/CMS: 004/2017.

DECRETA:

Art. 1º – Fica atualizada, na forma do Anexo Único, a Tabela de Consultas, Plantões, Exames e Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares, tendo como base de cálculo o valor da Tabela SUS, e valores atualizados conforme índices praticados pelo município em determinados procedimentos que não foram reajustados anteriormente, e outros já praticados por prestadores Filantrópicos e Privados no mercado, município e região.

Parágrafo único – O anexo único constante deste decreto constará do código do procedimento inscrito no SUS, descrição completa do procedimento e o valor, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde.

Art. 2º – Os procedimentos que não constarem na Tabela Nacional, mas que forem necessários para atender as demandas dos usuários serão incluídos na tabela do próprio município com um código provisório municipal, até que o mesmo seja inscrito na tabela do SUS.

Art. 3º – A estrutura da Tabela será dividida da seguinte forma: Exame

Laboratorial, Raio x, Ultrassonografia, Tomografia, Ressonância Magnética, Cardiologia, Oftalmologia, Ginecologia, Diagnóstico/ Procedimentos por endoscopia, Otorrinolaringologia / Fonoaudiologia, Neurologia, outros procedimentos, consultas e plantões.

Art. 4º – Os quantitativos dos procedimentos serão especificados na tabela em anexo e nos editais de credenciamentos.

Art. 5º – Os procedimentos poderão sofrer reajustes a cada ano, ou no caso de não haver interessado para execução dos procedimentos, desde que analisados pela equipe de regulação do município e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde.

Art. 6º – Somente poderão utilizar desta tabela as pessoas físicas ou jurídicas que atenderem todas as exigências do edital de credenciamento.

Art. 7º – Revogada as disposições em contrário, este decreto entra em vigor após sua assinatura.

Prefeitura Municipal de São Sebastião do Paraíso, 06 de março de 2017.

WALKER AMÉRICO OLIVEIRA
Prefeito Municipal

TABELA MUNICIPAL DE EXAMES, CONSULTAS, PROCEDIMENTOS E PLANTÕES**EXAMES LABORATORIAIS**

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Qtd.
1	02.02.01.002-3	Determinação de Capacidade de Fixação do Ferro	R\$ 2,01	375
2	02.02.01.004-0	Determinação de Curva Glicêmica (2 Dosagens)	R\$ 3,63	1.375
3	02.02.01.007-4	Determinação de Curva Glicêmica Clássica (5 Dosagens)	R\$ 10,00	45
4	02.02.01.012-0	Dosagem de Ácido Úrico	R\$ 1,85	16.875
5	02.02.01.013-9	Dosagem de Ácido Vanilmandélico	R\$ 18,90	15
6	02.02.01.015-5	Dosagem de Alfa-1-Antitripsina	R\$ 14,41	15
7	02.02.01.016-3	Dosagem de Alfa-1-Glicoproteína Ácida	R\$ 12,70	200
8	02.02.01.018-0	Dosagem de Amilase	R\$ 2,25	1.250
9	02.02.01.020-1	Dosagem de Bilirrubina Total e Frações	R\$ 4,00	30
10	02.02.01.021-0	Dosagem de Cálcio	R\$ 1,85	2.375
11	02.02.01.022-8	Dosagem de Cálcio Ionizável	R\$ 3,51	125
12	02.02.01.026-0	Dosagem de Cloreto	R\$ 1,85	187
13	02.02.01.027-9	Dosagem de Colesterol HDL	R\$ 3,51	2.375
14	02.02.01.028-7	Dosagem de Colesterol LDL	R\$ 3,51	5.625
15	02.02.01.029-5	Dosagem de Colesterol Total	R\$ 1,85	38.750
16	02.02.01.031-7	Dosagem de Creatinina	R\$ 1,85	25.000
17	02.02.01.032-5	Dosagem de Creatinofosfoquinase (CPK)	R\$ 3,68	1.875
18	02.02.01.033-3	Dosagem de Creatinofosfoquinase Fração MB	R\$ 4,12	45
19	02.02.01.036-8	Dosagem de Desidrogenase Láctica	R\$ 3,68	15
20	02.02.01.038-4	Dosagem de Ferritina	R\$ 15,59	1.250
21	02.02.01.039-2	Dosagem de Ferro Sérico	R\$ 3,51	1.250
22	02.02.01.040-6	Dosagem de Folato	R\$ 15,65	300
23	02.02.01.041-4	Dosagem de Fosfatase Ácida Total	R\$ 2,01	30
24	02.02.01.042-2	Dosagem de Fosfatase Alcalina	R\$ 2,01	1.875
25	02.02.01.043-0	Dosagem de Fósforo	R\$ 1,85	450
26	02.02.01.046-5	Dosagem de Gama-Glutamil-Transferase (Gama GT)	R\$ 3,51	3.750
27	02.02.01.047-3	Dosagem de Glicose	R\$ 1,85	37.500
28	02.02.01.050-3	Dosagem de Hemoglobina Glicosilada	R\$ 7,86	6.250
29	02.02.01.053-8	Dosagem de Lactato	R\$ 11,63	15
30	02.02.01.055-4	Dosagem de Lipase	R\$ 2,25	450
31	02.02.01.056-2	Dosagem de Magnésio	R\$ 2,01	1.500
32	02.02.01.057-0	Dosagem de Muco-Proteínas	R\$ 2,01	45

33	02.02.01.060-0	Dosagem de Potássio	R\$ 1,85	6.250
34	02.02.01.061-9	Dosagem de Proteínas Totais	R\$ 1,40	100
35	02.02.01.062-7	Dosagem de Proteínas Totais e Frações	R\$ 1,85	562
36	02.02.01.063-5	Dosagem de Sódio	R\$ 1,85	6.250
37	02.02.01.064-3	Dosagem de Transaminase Glutamico-Oxalacetica (TGO)	R\$ 2,01	9.500
38	02.02.01.065-1	Dosagem de Transaminase Glutamico-Piruvica (TGP)	R\$ 2,01	9.500
39	02.02.01.066-0	Dosagem de Transferrina	R\$ 4,12	150
40	02.02.01.067-8	Dosagem de Triglicérides	R\$ 3,51	26.250
41	02.02.01.069-4	Dosagem de Uréia	R\$ 1,85	20.000
42	02.02.01.070-8	Dosagem de Vitamina B12	R\$ 15,24	900
43	02.02.01.072-4	Eletroforese de Proteínas	R\$ 4,42	75
44	02.02.01.073-2	Gasometria (PH PCO2 PO2 Bicarbonato AS2 / Excesso ou Deficit Base)	R\$ 15,65	187
45	02.02.01.075-9	Teste de Tolerância a Insulina / Hipoglicemiantes Orais	R\$ 63,00	15
46	02.02.01.076-7	Dosagem de 25 Hidroxivitamina D	R\$ 55,00	15
47	02.02.02.002-9	Contagem de Plaquetas	R\$ 2,73	6.875
48	02.02.02.003-7	Contagem de Reticulócitos	R\$ 2,73	250
49	02.02.02.007-0	Determinação de Tempo de Coagulação	R\$ 2,73	1.500
50	02.02.02.009-6	Determinação de Tempo de Sangramento -Duke	R\$ 2,73	1.500
51	02.02.02.012-6	Determinação de Tempo de Trombina	R\$ 2,85	15
52	02.02.02.013-4	Determinação de Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTP Ativada)	R\$ 5,77	1.500
53	02.02.02.014-2	Determinação de Tempo e Atividade da Protrombina (TAP)	R\$ 2,73	3.375
54	02.02.02.015-0	Determinação de Velocidade de Hemossedimentação (VHS)	R\$ 2,73	2.375
55	02.02.02.024-0	Dosagem de Fator Von Willebrand (Antígeno)	R\$ 73,55	10
56	02.02.02.029-0	Dosagem de Fibrinogênio	R\$ 4,60	15
57	02.02.02.030-4	Dosagem de Hemoglobina	R\$ 1,53	15
58	02.02.02.033-9	Dosagem de Hemossiderina	R\$ 46,57	10
59	02.02.02.035-5	Eletroforese de Hemoglobina	R\$ 23,74	10
60	02.02.02.036-3	Eritrograma (Eritrócitos, Hemoglobina, Hematócrito)	R\$ 2,73	15
61	02.02.02.037-1	Hematócrito	R\$ 1,53	15
62	02.02.02.038-0	Hemograma Completo	R\$ 4,11	38.750
63	02.02.02.039-8	Leucograma	R\$ 2,73	15
64	02.02.02.043-6	Pesquisa de Filaria	R\$ 2,73	15
65	02.02.02.044-4	Pesquisa de Hemoglobina S	R\$ 2,73	15
66	02.02.02.048-7	Prova de Consumo de Protrombina	R\$ 4,11	15
67	02.02.02.049-5	Prova de Retração do Coágulo	R\$ 2,78	15

68	02.02.02.050-9	Prova do Laço	R\$ 2,73	15
69	02.02.03.002-4	Contagem de Linfócitos CD4 / CD8	R\$ 80,00	10
70	02.02.03.003-2	Contagem de Linfócitos T Totais	R\$ 56,61	10
71	02.02.03.005-9	Deteção de RNA do Vírus da Hepatite C (Qualitativo)	R\$ 200,00	15
72	02.02.03.007-5	Determinação de Fator Reumatóide	R\$ 2,83	2.250
73	02.02.03.008-3	Determinação Quantitativa de Proteína C Reativa	R\$ 220,00	30
74	02.02.03.009-1	Dosagem de Alfa-Fetoproteína	R\$ 20,45	10
75	02.02.03.010-5	Dosagem de Antígeno Prostático Específico (PSA)	R\$ 16,42	8.125
76	02.02.03.012-1	Dosagem de Complemento C3	R\$ 17,16	60
77	02.02.03.013-0	Dosagem de complemento C4	R\$ 17,16	60
78	02.02.03.016-4	Dosagem de Imunoglobulina E (IGE)	R\$ 9,25	187
79	02.02.03.020-2	Dosagem de Proteína C Reativa	R\$ 2,83	3.000
80	02.02.03.020-2	Genotipagem de Vírus da Hepatite C	R\$ 298,48	30
81	02.02.03.025-3	Pesquisa de Anticorpo IGG Anticardiolipina	R\$ 29,52	10
82	02.02.03.026-1	Pesquisa de Anticorpo IGM Anticardiolipina	R\$ 29,52	10
83	02.02.03.027-0	Pesquisa de Anticorpos Anti-DNA	R\$ 30,00	60
84	02.02.03.029-6	Pesquisa de Anticorpos Anti-HIV-1 (Western Blot)	R\$ 85,00	15
85	02.02.03.030-0	Pesquisa de Anticorpos Anti-HIV-1 + HIV-2 (Elisa)	R\$ 10,00	3.375
86	02.02.03.032-6	Pesquisa de Anticorpos Anti-Ribonucleoproteína (RNP)	R\$ 30,00	15
87	02.02.03.034-2	Pesquisa de Anticorpos Anti-SM	R\$ 16,67	10
88	02.02.03.035-0	Pesquisa de Anticorpos Anti-SS-A (RO)	R\$ 22,64	10
89	02.02.03.036-9	Pesquisa de Anticorpos Anti-SS-B (LA)	R\$ 22,64	10
90	02.02.03.040-7	Pesquisa de Anticorpos Antibrucelas	R\$ 3,70	15
91	02.02.03.046-6	Pesquisa de Anticorpos Antiespermatozóides	R\$ 9,70	15
92	02.02.03.047-4	Pesquisa de Anticorpos Antiestreptolisina O (ASLO)	R\$ 2,83	1.500
93	02.02.03.055-5	Pesquisa de Anticorpos Antimicrosomas	R\$ 20,45	15
94	02.02.03.059-8	Pesquisa de Anticorpos Antinúcleo (FAN)	R\$ 17,16	1.500
95	02.02.03.062-8	Pesquisa de Anticorpos Antitireoglobulina	R\$ 22,00	15
96	02.02.03.063-6	Pesquisa de Anticorpos Contra Antígeno de Superfície do Vírus da Hepatite B (Anti-HBS)	R\$ 18,55	15
97	02.02.03.064-4	Pesquisa de Anticorpos Contra Antígeno E do Vírus da Hepatite B (Anti-HBE)	R\$ 18,55	15
98	02.02.03.067-9	Pesquisa de Anticorpos Contra o Vírus da Hepatite C (Anti-HCV)	R\$ 18,55	1.750
99	02.02.03.071-7	Pesquisa de Anticorpos e/ou Antígeno do Vírus Sincicial Respiratório	R\$ 190,50	5
100	02.02.03.073-3	Pesquisa de Anticorpos Heterofilos Contra o Vírus Epstein-Barr	R\$ 2,83	62
101	02.02.03.074-1	Pesquisa de Anticorpos IGG Anticitomegalovírus	R\$ 11,00	82
102	02.02.03.076-8	Pesquisa de Anticorpos IGG Antitoxoplasma	R\$ 16,97	2.125

103	02.02.03.077-6	Pesquisa de Anticorpos IGG / IGM Antitrypanosoma Cruzi	R\$ 9,25	200
104	02.02.03.078-4	Pesquisa de Anticorpos IGG e IGM Contra Antígeno Central do Vírus da Hepatite B (Anti-HBC-Total)	R\$ 18,55	15
105	02.02.03.080-6	Pesquisa de Anticorpos IGG Contra o Vírus da Hepatite A (HAV-IGG)	R\$ 18,55	150
106	02.02.03.081-4	Pesquisa de Anticorpos IGG Contra o Vírus da Rubéola	R\$ 17,16	60
107	02.02.03.085-7	Pesquisa de Anticorpos IGM Anticitomegalovírus	R\$ 11,61	60
108	02.02.03.087-3	Pesquisa de Anticorpos IGM Antitoxoplasma	R\$ 18,55	2.250
109	02.02.03.089-0	Pesquisa de Anticorpos IGM Contra Antígeno Central do Vírus da Hepatite B (Anti-HBC-IGM)	R\$ 18,55	15
110	02.02.03.091-1	Pesquisa de Anticorpos IGM Contra o Vírus da Hepatite A (HAV-IGG)	R\$ 18,55	120
111	02.02.03.092-0	Pesquisa de Anticorpos IGM Contra o Vírus da Rubéola	R\$ 17,16	75
112	02.02.03.093-8	Pesquisa de Anticorpos IGM Contra o Vírus da Varicela-Herpes Zoster	R\$ 27,65	15
113	02.02.03.094-6	Pesquisa de Anticorpos IGM Contra o Vírus Epstein-Barr	R\$ 26,68	15
114	02.02.03.096-2	Pesquisa de Antígeno Carcinoembrionário (CEA)	R\$ 13,35	75
115	02.02.03.097-0	Pesquisa de Antígeno de Superfície do Vírus da Hepatite B (HBSAG)	R\$ 18,55	3125
116	02.02.03.098-9	Pesquisa de Antígeno e do Vírus da Hepatite B (HBE-AG)	R\$ 18,55	45
117	02.02.03.100-4	Pesquisa de Crioglobulinas	R\$ 8,29	10
118	02.02.03.101-2	Pesquisa de Fator Reumatóide (Waalser-Rose)	R\$ 10,68	15
119	02.02.03.103-9	Pesquisa de Imunoglobulina E (IGE) Alergeno-Específica	R\$ 35,00	50
120	02.02.03.104-7	Pesquisa de Trypanosoma Cruzi (Por Imunofluorescência)	R\$ 10,00	450
121	02.02.03.109-8	Teste Treponêmico p/ Detecção de Sífilis	R\$ 20,84	15
122	02.02.03.111-0	Teste Não Treponêmico P/ Detecção de Sífilis	R\$ 2,83	3.000
123	02.02.03.112-8	Teste FTA-ABS IGG P/ Diagnóstico da Sífilis	R\$ 10,00	90
124	02.02.03.113-6	Teste FTA-ABS IGM P/ Diagnóstico da Sífilis	R\$ 10,00	80
125	02.02.03.117-9	Teste Não Treponêmico P/ Detecção de Sífilis em Gestantes	R\$ 9,81	1.250
126	02.02.03.120-9	Dosagem de Troponina	R\$ 32,00	150
127	02.02.03.121-7	Dosagem do Antígeno CA 125	R\$ 23,03	20
128	02.02.03.126-8	Pesquisa de Anticorpos Anti-HTLV-1 (Western-Blot)	R\$ 32,25	15
129	02.02.04.009-7	Pesquisa de Leucócitos nas Fezes	R\$ 1,65	30
130	02.02.04.012-7	Pesquisa de Ovos e Cistos de Parasitas	R\$ 1,65	10.125
131	02.02.04.014-3	Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes	R\$ 1,65	3.000
132	02.02.05.001-7	Análise de Caracteres Físicos, Elementos e Sedimento na Urina	R\$ 3,70	33.750
133	02.02.05.003-3	Clearance de Creatinina	R\$ 3,51	1.200
134	02.02.05.004-1	Clearance de Uréia	R\$ 3,51	15
135	02.02.05.008-4	Dosagem de Citrato	R\$ 2,01	150
136	02.02.05.009-2	Dosagem de Microalbumina na Urina	R\$ 8,12	900

137	02.02.05.011-4	Dosagem de Proteínas (Urina de 24 Horas)	R\$ 2,04	1.250
138	02.02.06.003-9	Determinação de T3 Reverso	R\$ 14,69	15
139	02.02.06.004-7	Dosagem de 17-Alfa-Hidroxiprogesterona	R\$ 52,50	150
140	02.02.06.007-1	Dosagem de Ácido 5-Hidroxi-Indol-Acético (Serotonina)	R\$ 29,26	10
141	02.02.06.008-0	Dosagem de Adrenocorticotrófico (ACTH)	R\$ 23,56	10
142	02.02.06.009-8	Dosagem de Aldosterona	R\$ 20,56	10
143	02.02.06.012-8	Dosagem de Calcitonina	R\$ 30,00	10
144	02.02.06.013-6	Dosagem de Cortisol	R\$ 16,11	87
145	02.02.06.014-4	Dosagem de Deidroepiandrosterona (DHEA)	R\$ 17,85	20
146	02.02.06.016-0	Dosagem de Estradiol	R\$ 10,15	800
147	02.02.06.018-7	Dosagem de Estrona	R\$ 11,12	30
148	02.02.06.020-9	Dosagem de Globulina Transportadora de Tiroxina	R\$ 15,35	15
149	02.02.06.021-7	Dosagem de Gonadotrofina Coriônica Humana (HCG, BETA HCG)	R\$ 7,85	3.000
150	02.02.06.022-5	Dosagem de Hormônio de Crescimento (HGH)	R\$ 10,21	30
151	02.02.06.023-3	Dosagem de Hormônio Folículo-Estimulante (FSH)	R\$ 7,89	1.500
152	02.02.06.024-1	Dosagem de Hormônio Luteinizante (LH)	R\$ 8,97	900
153	02.02.06.025-0	Dosagem de Hormônio Tireoestimulante (TSH)	R\$ 8,96	25.000
154	02.02.06.026-8	Dosagem de Insulina	R\$ 23,03	262
155	02.02.06.027-6	Dosagem de Paratormônio	R\$ 43,13	175
156	02.02.06.028-4	Dosagem de Peptídeo C	R\$ 23,03	20
157	02.02.06.029-2	Dosagem de Progesterona	R\$ 10,22	300
158	02.02.06.030-6	Dosagem de Prolactina	R\$ 10,15	800
159	02.02.06.032-2	Dosagem de Somatomedina C (IGF1)	R\$ 15,35	75
160	02.02.06.033-0	Dosagem de Sulfato de Hidroepiandrosterona (DHEAS)	R\$ 16,55	20
161	02.02.06.034-9	Dosagem de Testosterona	R\$ 10,43	450
162	02.02.06.035-7	Dosagem de Testosterona Livre	R\$ 13,11	1.200
163	02.02.06.036-5	Dosagem de Tireoglobulina	R\$ 15,35	45
164	02.02.06.037-3	Dosagem de Tiroxina (T4)	R\$ 8,76	375
165	02.02.06.038-1	Dosagem de Tiroxina Livre (T4 Livre)	R\$ 11,60	15.625
166	02.02.06.039-0	Dosagem de Triiodotironina (T3)	R\$ 8,71	1.200
167	02.02.07.005-0	Dosagem de Ácido Valproico	R\$ 15,65	75
168	02.02.07.008-5	Dosagem de Alumínio	R\$ 27,50	15
169	02.02.07.010-7	Dosagem de Anfetaminas	R\$ 32,48	15
170	02.02.07.012-3	Dosagem de Barbituratos	R\$ 13,13	62
171	02.02.07.013-1	Dosagem de Benzodiazepínicos	R\$ 37,43	15
172	02.02.07.015-8	Dosagem de Carbamazepina	R\$ 17,53	75

173	02.02.07.019-0	Dosagem de Cobre	R\$ 15,94	15
174	02.02.07.020-4	Dosagem de Digitálicos (Digoxina, Digitoxina)	R\$ 59,37	10
175	02.02.07.022-0	Dosagem de Fenitoína	R\$ 35,22	15
176	02.02.07.025-5	Dosagem de Lítio	R\$ 2,25	150
177	02.02.07.035-2	Dosagem de Zinco	R\$ 40,00	175
178	02.02.08.001-3	Antibiograma	R\$ 4,98	6.875
179	02.02.08.004-8	Baciloscopia Direta P/ BAAR Tuberculose (Diagnóstica)	R\$ 4,20	450
180	02.02.08.005-6	Baciloscopia Direta P/ BAAR (Hanseníase)	R\$ 4,20	45
181	02.02.08.007-2	Bacterioscopia (GRAM)	R\$ 2,80	45
182	02.02.08.008-0	Cultura de Bactérias P/ Identificação	R\$ 5,62	525
183	02.02.08.012-9	Cultura para Bactérias Anaeróbicas	R\$ 50,00	10
184	02.02.08.013-7	Cultura para Identificação de Fungos	R\$ 4,19	45
185	02.02.08.014-5	Exame Microbiológico a Fresco (Direto)	R\$ 2,80	450
186	02.02.08.016-1	Identificação Automatizada de Microorganismos – Uro-cultura	R\$ 5,63	9.375
187	02.02.08.021-8	Pesquisa de Helicobacter Pylori	R\$ 19,00	50
188	02.02.09.026-4	Pesquisa de Espermatozóides (Após Vasectomia)	R\$ 4,80	30
189	02.02.09.030-2	Prova do Látex p/ Pesquisa do Fator Reumatóide	R\$ 25,00	10
190	02.02.12.002-3	Determinação Direta e Reversa de Grupo ABO	R\$ 1,37	1.500
191	02.02.12.008-2	Pesquisa de Fator RH (Inclui D Fraco)	R\$ 1,37	1.500
192	02.02.12.009-0	Teste Indireto de Antiglobulina Humana (TIA)	R\$ 2,73	300
193	02.03.01.001-9	Exame Citopatológico Cérvico-Vaginal / Microflora	R\$ 12,00	6.250
194	02.03.01.003-5	Exame de Citologia (Exceto Cérvico-Vaginal)	R\$ 12,00	37
195	02.03.02.002-2	Exame Anátomo-Patológico do Colo Uterino – Peça Cirúrgica	R\$ 43,21	45
196	02.03.02.003-0	Exame Anátomo-Patológico p/ Congelamento / Parafina por peça Cirúrgica ou por Biópsia (Exceto Colo Uterino e Mama)	R\$ 24,00	1.225
197	02.03.02.007-3	Exame Anátomo-Patológico de Mama – Peça Cirúrgica	R\$ 43,21	250
198	02.11.04.003-7	Exame Microbiológico Fresco do Conteúdo Cérvico-Vaginal	R\$ 2,80	15
199	99.02.02.000-1	Tolerância à Lactose	R\$ 40,00	150
200	99.02.02.000-2	CA 15-3	R\$ 30,00	150
201	99.02.02.000-3	Anticorpo Anti-Receptor de TSH (TRAB)	R\$ 47,00	150
202	99.02.02.000-4	Dismorfismo Eritrocitário	R\$ 15,00	150
203	99.02.02.000-5	Relação Proteína / Creatinina Urinária	R\$ 18,00	150
204	99.02.02.000-6	ANCA (Anticorpos Anticitoplasma de Neutrófilo) P-Anca, C-Anca	R\$ 54,00	150
205	99.02.02.000-7	Anti-Jo 1	R\$ 35,00	150
206	99.02.02.000-8	Anti-CCP	R\$ 83,00	150
207	99.02.02.001-2	Anticoagulante Lúpico	R\$ 49,00	30

208	99.02.02.001-6	Anti-Gliadina – IGA	R\$ 53,00	50
209	99.02.02.001-7	Anti-Gliadina – IGG	R\$ 51,00	50
210	99.04.01.000-3	Determinação Qualitativa de Proteína C Reativa	R\$ 220,00	30

RAIO X				
Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Qtd.
1	02.04.01.003-9	Radiografia Bilateral de Órbitas (PA + Oblíquas + HIRTZ)	R\$ 8,38	15
2	02.04.01.005-5	Radiografia de Articulação Têmporo-Mandibular Bilateral	R\$ 8,35	30
3	02.04.01.006-3	Radiografia de Cavum (Lateral + HIRTZ)	R\$ 6,88	825
4	02.04.01.007-1	Radiografia de Crânio (PA + Lateral + Oblíqua / Bretton + HIRTZ)	R\$ 9,15	15
5	02.04.01.008-0	Radiografia de Crânio (PA + Lateral)	R\$ 7,52	300
6	02.04.01.009-8	Radiografia de Laringe	R\$ 5,74	15
7	02.04.01.011-0	Radiografia de Maxilar (PA + Oblíqua)	R\$ 7,20	15
8	02.04.01.012-8	Radiografia de Ossos da Face (MN + Lateral + HIRTZ)	R\$ 8,38	30
9	02.04.01.014-4	Radiografia de Seios da Face (FN + MN + Lateral + HIRTZ)	R\$ 7,32	1.500
10	02.04.02.004-2	Radiografia de Coluna Cervical (AP + lateral + TO / Flexão)	R\$ 8,33	4.500
11	02.04.02.005-0	Radiografia de Coluna Cervical Funcional / Dinâmica	R\$ 10,29	15
12	02.04.02.006-9	Radiografia de Coluna Lombo-Sacra	R\$ 10,96	6.000
13	02.04.02.007-7	Radiografia de Coluna Lombo-Sacra (c/ Oblíquas)	R\$ 14,90	45
14	02.04.02.009-3	Radiografia de Coluna Torácica (AP + Lateral)	R\$ 9,16	2.375
15	02.04.02.010-7	Radiografia de Coluna Tóraco-Lombar	R\$ 9,73	1.050
16	02.04.02.012-3	Radiografia de Região Sacro-Coccígea	R\$ 7,80	75
17	02.04.03.004-8	Marcação Pré-Cirúrgica de Lesão Não Palpável de Mama Associada a Mamografia	R\$ 102,50	12
18	02.04.03.007-2	Radiografia de Costelas (por Hemitórax)	R\$ 8,37	15
19	02.04.03.008-0	Radiografia de Esôfago	R\$ 191,75	18
20	02.04.03.009-9	Radiografia de Esterno	R\$ 7,98	30
21	02.04.03.015-3	Radiografia de Tórax (PA e Perfil)	R\$ 9,50	3.000
22	02.04.03.017-0	Radiografia de Tórax (PA)	R\$ 6,88	1.550
23	02.04.04.001-9	Radiografia de Antebraço	R\$ 6,42	90
24	02.04.04.003-5	Radiografia de Articulação Escápulo-Umeral	R\$ 7,40	500
25	02.04.04.005-1	Radiografia de Braço	R\$ 7,77	90
26	02.04.04.006-0	Radiografia de Clavícula	R\$ 7,40	45
27	02.04.04.007-8	Radiografia de Cotovelo	R\$ 6,49	300

28	02.04.04.008-6	Radiografia de Dedos da Mão	R\$ 5,62	475
29	02.04.04.009-4	Radiografia de Mão	R\$ 6,30	1.500
30	02.04.04.011-6	Radiografia de Escápula / Ombro (Três Posições)	R\$ 7,98	450
31	02.04.04.012-4	Radiografia de Punho (AP + Lateral + Oblíqua)	R\$ 6,91	600
32	02.04.05.001-4	Clister com Duplo Contraste (Enema)	R\$ 224,47	15
33	02.04.05.006-5	Histerossalpingografia	R\$ 70,14	12
34	02.04.05.012-0	Radiografia de Abdomen Agudo (Mínimo de 3 Incidências)	R\$ 15,30	30
35	02.04.05.013-8	Radiografia de Abdomen Simples (AP)	R\$ 7,17	525
36	02.04.05.015-4	Radiografia de Intestino Delgado (Trânsito)	R\$ 181,75	12
37	02.04.05.017-0	Uretrocistografia	R\$ 52,11	60
38	02.04.05.018-9	Urografia Venosa	R\$ 57,40	450
39	02.04.06.002-8	Densitometria Óssea Duo-Energética de Coluna (Vértebras Lumbares e/ou Fêmur)	R\$ 75,00	450
40	02.04.06.003-6	Escanometria	R\$ 37,18	45
41	02.04.06.006-0	Radiografia de Articulação Coxo-Femoral	R\$ 7,77	1.500
42	02.04.06.007-9	Radiografia de Articulação Sacro-Ilíaca	R\$ 7,77	60
43	02.04.06.008-7	Radiografia de Articulação Tibio-Társica	R\$ 6,50	900
44	02.04.06.009-5	Radiografia de Bacia	R\$ 7,77	1.250
45	02.04.06.010-9	Radiografia de Calcâneo	R\$ 6,50	1.550
46	02.04.06.011-7	Radiografia de Coxa	R\$ 8,94	300
47	02.04.06.012-5	Radiografia de Joelho (AP + Lateral)	R\$ 6,78	5.375
48	02.04.06.015-0	Radiografia de Pé / Dedos do Pé	R\$ 6,78	1.250
49	02.04.06.016-8	Radiografia de Perna	R\$ 8,94	450
50	99.02.04.000-2	Seriografia	R\$ 400,00	6

ULTRASSONOGRAFIA				
Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Qtd.
1	02.05.01.004-0	Ultrassonografia Doppler Colorido de Vasos	R\$ 100,00	3.000
2	02.05.01.005-9	Ultrassonografia Doppler de Fluxo Obstétrico	R\$ 100,00	30
3	02.05.02.003-8	Ultrassonografia de Abdomen Superior	R\$ 38,50	687
4	02.05.02.004-6	Ultrassonografia de Abdomen Total	R\$ 38,50	2.250
5	02.05.02.005-4	Ultrassonografia de Aparelho Urinário	R\$ 38,50	2.250
6	02.05.02.006-2	Ultrassonografia de Articulação	R\$ 49,00	30.000
7	02.05.02.007-0	Ultrassonografia de Bolsa Escrotal	R\$ 38,50	150
8	02.05.02.008-9	Ultrassonografia de Globo Ocular / Órbita (Monocular)	R\$ 38,50	60
9	02.05.02.009-7	Ultrassonografia Mamária Bilateral	R\$ 38,50	2.250

10	02.05.02.010-0	Ultrassonografia de Próstata por Via Abdominal	R\$ 38,50	300
11	02.05.02.011-9	Ultrassonografia de Próstata (Via Transretal)	R\$ 38,50	15
12	02.05.02.012-7	Ultrassonografia de Tireóide	R\$ 38,50	375
13	02.05.02.013-5	Ultrassonografia de Tórax (Extracardiaca)	R\$ 38,50	15
14	02.05.02.014-3	Ultrassonografia Obstétrica	R\$ 38,50	1.750
15	02.05.02.015-1	Ultrassonografia Obstétrica c/ Doppler Colorido e Pulsado	R\$ 100,00	81
16	02.05.02.016-0	Ultrassonografia Pélvica (Ginecológica)	R\$ 38,50	375
17	02.05.02.017-8	Ultrassonografia Transfontanela	R\$ 38,50	15
18	02.05.02.018-6	Ultrassonografia Transvaginal	R\$ 38,50	3.000
19	99.02.05.000-1	Ultrassonografia de Carótidas	R\$ 89,90	375
20	99.02.05.000-2	Ultrassonografia Obstétrica Morfológica	R\$ 100,00	800
21	99.02.05.000-3	Ultrassonografia de Região Cervical	R\$ 38,50	150
22	99.02.05.000-4	Ultrassonografia Obstétrica c/ Translucência Nucal	R\$ 38,50	800
23	99.02.05.000-5	Ultrassonografia de Partes Moles	R\$ 38,50	60
24	99.02.05.000-6	Ultrassonografia Gemelar	R\$ 70,00	15
25	99.02.05.000-9	Ultrassonografia de Articulação de Quadril (Infantil)	R\$ 49,00	14

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA				
Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Qtd.
1	02.07.01.001-3	Angiorressonância Cerebral	R\$ 420,00	25
2	02.07.01.002-1	Ressonância Magnética de Articulação Têmporo-Mandibular (Bilateral)	R\$ 420,00	15
3	02.07.01.003-0	Ressonância Magnética de Coluna Cervical / Pescoço	R\$ 319,00	200
4	02.07.01.004-8	Ressonância Magnética de Coluna Lombo-Sacra	R\$ 319,00	500
5	02.07.01.005-6	Ressonância Magnética de Coluna Torácica	R\$ 319,00	75
6	02.07.01.006-4	Ressonância Magnética de Crânio	R\$ 319,00	250
7	02.07.01.007-2	Ressonância Magnética de Sela Túrcica	R\$ 319,00	30
8	02.07.02.001-9	Ressonância Magnética de Coração / Aorta c/ Cine	R\$ 600,00	12
9	02.07.02.002-7	Ressonância Magnética de Membro Superior (Unilateral)	R\$ 319,00	120
10	02.07.02.003-5	Ressonância Magnética de Tórax	R\$ 319,00	15
11	02.07.03.001-4	Ressonância Magnética de Abdomen Superior	R\$ 420,00	90
12	02.07.03.002-2	Ressonância Magnética de Bacia / Pelve / Abdomen Inferior	R\$ 420,00	90
13	02.07.03.003-0	Ressonância Magnética de Membro Inferior (Unilateral)	R\$ 319,00	450
14	02.07.03.004-9	Ressonância Magnética de Vias Biliares / Colangiorressonância	R\$ 319,00	15
15	99.02.07.000-1	Angiorressonância (Inclui Pescoço, Abdomen, Tórax e qualquer outro segmento)	R\$ 420,00	30

16	99.02.07.000-2	Angiorressonância de Aorta (Inclui Torácica, Abdominal e qualquer outro segmento)	R\$ 600,00	15
17	99.02.07.000-3	Artro Ressonância (Inclui a Punção Articular)	R\$ 500,00	15
18	99.02.07.000-4	Ressonância Magnética com Anestesia Geral	R\$ 1.180,00	15

TOMOGRAFIA				
Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Qtd.
1	02.06.01.001-0	Tomografia Computadorizada de Coluna Cervical c/ ou s/ Contraste	R\$ 86,76	250
2	02.06.01.002-8	Tomografia Computadorizada de Coluna Lombo-Sacra c/ ou s/ Contraste	R\$ 101,10	250
3	02.06.01.003-6	Tomografia Computadorizada de Coluna Torácica c/ ou s/ Contraste	R\$ 86,76	250
4	02.06.01.004-4	Tomografia Computadorizada de Face / Seios da Face / Articulações Têmporo-Mandibulares	R\$ 86,75	250
5	02.06.01.005-2	Tomografia Computadorizada do Pescoço	R\$ 86,75	250
6	02.06.01.006-0	Tomografia Computadorizada de Sela Túrcica	R\$ 97,44	62
7	02.06.01.007-9	Tomografia Computadorizada do Crânio	R\$ 97,44	250
8	02.06.02.001-5	Tomografia Computadorizada de Articulações de Membro Superior	R\$ 86,75	125
9	02.06.02.002-3	Tomografia Computadorizada de Segmentos Apendiculares – (Braço, Antebraço, Mão, Coxa, Perna, Pé)	R\$ 86,75	250
10	02.06.02.003-1	Tomografia Computadorizada de Tórax	R\$ 136,41	250
11	02.06.03.001-0	Tomografia Computadorizada de Abdomen Superior	R\$ 138,63	250
12	02.06.03.002-9	Tomografia Computadorizada de Articulações de Membro Inferior	R\$ 86,75	125
13	02.06.03.003-7	Tomografia Computadorizada de Pelve / Bacia / Abdomen Inferior	R\$ 138,63	250
14	99.02.069.000-1	Angiotomografia	R\$ 600,00	12

CARDIOLOGIA				
Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Qtd.
1	02.05.01.002-4	Ecocardiografia Transesofágica	R\$ 600,00	12
2	02.05.01.003-2	Ecocardiografia Transtorácica	R\$ 89,19	3.500
3	02.11.02.001-0	Cateterismo Cardíaco	R\$ 800,00	315
4	02.11.02.003-6	Eletrocardiograma	R\$ 6,20	7.500
5	02.11.02.004-4	Monitoramento pelo Sistema Holter 24 hs (3 canais)	R\$ 125,00	1.200
6	02.11.02.005-2	Monitoramento Ambulatorial de Pressão Arterial	R\$ 70,00	500
7	02.11.02.006-0	Teste de Esforço / Teste Ergométrico	R\$ 90,00	1.200
8	03.09.04.001-9	Avaliação de Marcapasso	R\$ 70,00	40

OFTALMOLOGIA				
Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Qtd.
1	02.04.01.001-2	Dacriocistografia	R\$ 76,40	12
2	02.05.02.002-0	Paquimetria Ultrassônica (Monocular)	R\$ 45,00	30
3	02.08.09.002-9	Cintilografia de Glândula Lacrimal (Dracriocintilografia)	R\$ 370,00	12
4	02.11.06.001-1	Biometria Ultrassônica (Monocular)	R\$ 92,00	37
5	02.11.06.002-0	Biomicroscopia de Fundo de Olho	R\$ 12,34	1.750
6	02.11.06.003-8	Campimetria Computadorizada ou Manual com Gráfico	R\$ 100,00	150
7	02.11.06.005-4	Ceratometria	R\$ 6,74	37
8	02.11.06.006-2	Curva Diária de Pressão Ocular CDPO (Mínimo 3 Medidas)	R\$ 10,11	12
9	02.11.06.011-9	Gonioscopia (Binocular)	R\$ 6,74	6
10	02.11.06.012-7	Mapeamento de Retina (Monocular)	R\$ 22,50	60
11	02.11.06.014-3	Microscopia Especular de Córnea	R\$ 140,00	37
12	02.11.06.017-8	Retinografia Colorida Binocular	R\$ 200,00	90
13	02.11.06.018-6	Retinografia Fluorescente Binocular	R\$ 120,00	90
14	02.11.06.020-8	Teste de Provocação de Glaucoma	R\$ 6,74	12
15	02.11.06.021-6	Teste de Schirmer	R\$ 3,37	12
16	02.11.06.022-4	Teste de Visão de Cores	R\$ 3,37	12
17	02.11.06.024-0	Teste p/ Adaptação de Lente de Contato	R\$ 27,00	4
18	02.11.06.026-7	Topografia Computadorizada de Córnea (Binocular)	R\$ 100,00	75
19	03.03.05.003-9	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma Binocular (1ª Linha)	R\$ 18,66	125
20	03.03.05.004-7	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma Binocular (2ª Linha)	R\$ 79,38	125
21	03.03.05.005-5	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma Binocular (3ª Linha)	R\$ 127,98	125
22	03.03.05.006-3	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma Monocular (1ª Linha)	R\$ 12,44	125
23	03.03.05.007-1	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma Monocular (2ª Linha)	R\$ 52,92	125
24	03.03.05.008-0	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma Monocular (3ª Linha)	R\$ 85,33	125
25	03.03.05.009-8	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma com Dispensação de Acetazolamida Monocular ou Binocular	R\$ 93,10	125
26	03.03.05.010-1	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma com Dispensação de Pilocarpina Monocular	R\$ 8,93	125
27	03.03.05.011-0	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma com Dispensação de Pilocarpina Binocular	R\$ 13,39	125
28	03.03.05.015-2	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma – 1ª Linha Associada à 2ª Linha – Monocular	R\$ 65,36	125
29	03.03.05.016-0	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma – 1ª Linha Associada à 2ª Linha – Binocular	R\$ 98,04	125
30	03.03.05.017-9	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma – 1ª Linha Associada à 3ª Linha – Monocular	R\$ 97,77	125
31	03.03.05.018-7	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma – 1ª Linha Associada à 3ª Linha – Binocular	R\$ 146,64	125

32	03.03.05.019-5	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma – 2ª Linha Associada à 3ª Linha – Monocular	R\$ 138,25	125
33	03.03.05.020-9	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma – 2ª Linha Associada à 3ª Linha – Binocular	R\$ 207,36	125
34	03.03.05.021-7	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma Monocular – Associação de 1ª, 2ª e 3ª Linhas	R\$ 150,69	125
35	03.03.05.022-5	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma Binocular – Associação de 1ª, 2ª e 3ª Linhas	R\$ 226,02	125
36	04.05.01.001-0	Correção Cirúrgica de Entrópio e Ectrópio	R\$ 382,84	30
37	04.05.01.003-6	Dacriocistorrinostomia	R\$ 491,70	20
38	04.05.01.004-4	Drenagem de Abscesso de Pálpebra	R\$ 22,93	12
39	04.05.01.006-0	Epilação de Cílios	R\$ 22,93	12
40	04.05.01.007-9	Exerese de Calázio e Outras Pequenas Lesões da Pálpebra e Supercílios (Unilateral)	R\$ 240,00	80
41	04.05.01.012-5	Reconstituição Parcial de Pálpebra com Tarsorrafia	R\$ 259,20	12
42	04.05.01.016-8	Sondagem de Vias Lacrimais (Unilateral)	R\$ 45,00	12
43	04.05.01.017-6	Sutura de Pálpebras	R\$ 82,28	15
44	04.05.01.019-2	Tratamento Cirúrgico de Triquíase c/ ou s/ Enxerto	R\$ 159,37	12
45	04.05.02.001-5	Correção Cirúrgica de Estrabismo (Acima de 2 Músculos)	R\$ 1.539,76	40
46	04.05.02.002-3	Correção Cirúrgica de Estrabismo (Até de 2 Músculos)	R\$ 1.120,74	40
47	04.05.03.004-5	Fotocoagulação à Laser	R\$ 180,00	300
48	04.05.03.005-3	Injeção Intra-Vítreo	R\$ 500,00	862
49	04.05.03.007-0	Retinopexia c/ Introflexão Escleral	R\$ 1.429,60	10
50	04.05.03.013-4	Vitrectomia Anterior	R\$ 912,16	15
51	04.05.03.014-2	Vitrectomia Posterior (Contempla: Consulta c/ Retinólogo / US por Olho / Retinografia Simples e/ou Fluorescente / OCT / Inclui Honorários Médicos / Medicamentos / Materiais / Taxas	R\$ 5.000,00	30
52	04.05.03.019-3	Pan-Fotocoagulação de Retina à Laser (Por Olho)	R\$ 600,00	15
53	04.05.04.010-5	Explante de Lente Intra Ocular	R\$ 1.181,94	10
54	04.05.04.019-9	Tratamento Cirúrgico de Xantelasma	R\$ 116,42	12
55	04.05.04.020-2	Tratamento de Ptose Palpebral	R\$ 323,34	12
56	04.05.04.021-0	Reposicionamento de Lente Intraocular	R\$ 668,40	12
57	04.05.05.002-0	Capsulotomia a Yag Laser	R\$ 175,00	150
58	04.05.05.006-2	Correção de Astigmatismo Secundário	R\$ 70,00	12
59	04.05.05.007-0	Correção Cirúrgica de Hérnia de Íris	R\$ 336,96	12
60	04.05.05.008-9	Exerese de Tumor de Conjuntiva	R\$ 85,00	15
61	04.05.05.009-7	Facectomia c/ Implante de Lente Intra-Ocular	R\$ 531,60	20
62	04.05.05.010-0	Facectomia s/ Implante de Lente Intra-Ocular	R\$ 483,60	20
63	04.05.05.011-9	Facoemulsificação c/ Implante de Lente Intra-Ocular Rígida	R\$ 651,60	12
64	04.05.05.013-5	Implante de Prótese Anti-Glaucomatosa	R\$ 499,20	12

65	04.05.05.015-1	Implante Secundário de Lente Intra-Ocular – LIO	R\$ 1.739,76	10
66	04.05.05.016-0	Injeção Subconjuntival / Subtenoniana	R\$ 8,24	12
67	04.05.05.017-8	Iridectomia Cirúrgica	R\$ 140,00	12
68	04.05.05.020-8	Paracentese de Câmara Anterior	R\$ 106,96	12
69	04.05.05.021-6	Recobrimento Conjuntival	R\$ 98,44	12
70	04.05.05.024-0	Retirada de Corpo Estranho Da Câmara Anterior do Olho	R\$ 150,00	12
71	04.05.05.025-9	Retirada de Corpo Estranho da Córnea	R\$ 56,00	120
72	04.05.05.030-5	Sutura de Córnea	R\$ 213,92	12
73	04.05.05.032-1	Trabeculectomia	R\$ 513,34	30
74	04.05.05.036-4	Tratamento Cirúrgico de Pterígio	R\$ 209,70	100
75	04.05.05.037-2	Facoemulsificação c/ Implante de Lente Intra-Ocular Dobrável	R\$ 771,60	300
76	99.02.06.000-2	Tomografia de Coerência Óptica	R\$ 180,00	100
77	99.02.11.000-6	Ceratoscopia Computadorizada	R\$ 100,00	12
78	99.02.11.000-8	Papilografia	R\$ 200,00	5
79	99.04.05.000-1	Plásticas Conjuntivas / Oculares	R\$ 335,72	37
80	99.04.05.000-2	Fixação Escleral de Lente Intra-Ocular	R\$ 120,00	12
81	03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada (Oftalmologia – Inclui: Refração / Tonometria / Fundoscopia)	R\$ 35,00	10.000
82	03.01.01.007-2	Retorno Médico em Atenção Especializada (Oftalmologia – Inclui: Refração / Tonometria / Fundoscopia)	R\$ 20,00	5.000

GINECOLOGIA				
Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Qtd.
1	02.01.01.050-0	Biópsia de Vagina	R\$ 30,00	18
2	02.01.01.051-8	Biópsia / Punção de Vulva	R\$ 30,00	15
3	02.01.01.056-9	Biópsia / Exerese de Nódulo de Mama	R\$ 150,00	12
4	02.01.01.066-6	Biópsia do Colo Uterino	R\$ 30,00	15
5	02.11.04.002-9	Colposcopia ou Vulvosscopia	R\$ 56,00	300
6	03.09.03.004-8	Criocauterização / Eletrocoagulação de Colo de Útero	R\$ 30,00	240
7	04.09.06.008-9	Excisão Tipo 1 do Colo Uterino (CAF)	R\$ 150,00	12
8	04.09.07.012-2	Drenagem de Glândula Bartholin / Skene	R\$ 12,97	12
9	04.09.07.016-5	Extirpação de Lesão de Vulva / Périneo (Por Eletrocoagulação ou Fulguração)	R\$ 56,00	15
10	04.09.07.017-3	Extração de Corpo Estranho da Vagina	R\$ 27,00	12
11	04.10.01.001-4	Drenagem de Abscesso de Mama	R\$ 30,00	12
12	04.10.01.002-2	Esvaziamento Percutâneo de Cisto Mamário	R\$ 20,74	12

DIAGNÓSTICO / PROCEDIMENTOS POR ENDOSCOPIA

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Qtd.
1	02.09.01.002-9	Colonoscopia (Coloscopia)	R\$ 325,00	900
2	02.09.01.003-7	Esofagogastroduodenoscopia	R\$ 168,75	2.000
3	02.09.01.005-3	Retossigmoidoscopia	R\$ 100,00	90
4	02.09.04.001-7	Broncoscopia (Broncofibroscopia)	R\$ 150,00	25
5	02.09.04.004-1	Videolaringoscopia	R\$ 120,00	450
6	03.03.07.001-3	Dilatação de Esôfago c/ Ogivas sob Visão Endoscópica (Por Sessão)	R\$ 125,00	30
7	04.07.01.024-6	Retirada de Corpo Estranho do Tubo Digestivo por Endoscopia	R\$ 137,50	12
8	04.07.01.025-4	Retirada de Pólipo do Tubo Digestivo por Endoscopia	R\$ 250,00	150
9	04.07.02.039-0	Retirada de Corpo Estranho / Pólipos do Reto / Colo Sigmóide	R\$ 250,00	30
10	04.17.01.006-0	Sedação	R\$ 150,00	100
11	99.02.09.000-2	Rinoscopia (Obrigatório CD ou DVD do resultado)	R\$ 150,00	500
12	99.02.09.000-6	Nasofibrolaringoscopia (Obrigatório CD ou DVD do resultado)	R\$ 200,00	75
13	99.04.07.000-1	Esclerose de Varizes Esofágicas	R\$ 125,00	10
14	99.04.07.000-2	Mucosectomia	R\$ 532,12	10
15	99.04.07.000-4	Ligadura Elástica de Varizes de Esôfago	R\$ 225,00	10

OTORRINOLARINGOLOGIA / FONOAUDIOLOGIA

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Qtd.
1	02.11.07.004-1	Audiometria Tonal Limiar (Via Aérea / Óssea)	R\$ 50,00	1.200
2	02.11.07.014-9	Emissões Otoacústicas Evocadas p/ Triagem Auditiva	R\$ 140,00	12
3	02.11.07.026-2	Potencial Evocado Auditivo de Curta Média e longa Latência	R\$ 90,00	12
4	02.11.07.035-1	Testes Vestibulares / Otoneurológicos	R\$ 180,00	6
5	04.04.01.027-0	Remoção de Cerúmen de Conduto Auditivo Externo Uni/ Bilateral	R\$ 5,63	450
6	04.04.01.031-8	Retirada de Corpo Estranho de Ouvido / Faringe / Laringe / Nariz	R\$ 26,42	15

NEUROLOGIA

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Qtd.
1	02.11.05.003-2	Eletroencefalograma em Sono Induzido c/ ou s/ Medicamento (EEG)	R\$ 50,00	1.500

2	02.11.05.004-0	Eletroencefalograma em Vigília e Sono Espontâneo c/ ou s/ Fotoestímulo (EEG)	R\$ 37,00	75
3	02.11.05.005-9	Eletroencefalograma Quantitativo c/ Mapeamento (EEG)	R\$ 200,00	18
4	02.11.05.008-3	Eletroneuromiografia (ENMG)	R\$ 280,00	87
5	02.11.05.010-5	Polissonografia c/ ou s/ CPAP	R\$ 500,00	46

OUTROS PROCEDIMENTOS				
Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Qtd.
1	02.01.01.002-0	Biópsia / Punção de Tumor Superficial da Pele	R\$ 80,00	206
2	02.01.01.004-6	Biópsia de Ânus e Canal Anal	R\$ 18,46	15
3	02.01.01.022-4	Biópsia de Gânglio Linfático	R\$ 46,19	12
4	02.01.01.047-0	Biópsia de Tireóide ou Paratireóide – PAAF	R\$ 23,73	12
5	02.01.01.054-2	Biópsia Percutânea Orientada por Tomografia Computadorizada / Ultrassonografia / Ressonância Magnética / Raio X	R\$ 97,00	173
6	02.11.08.005-5	Espirometria ou Prova de Função Pulmonar Completa com Broncodilatador	R\$ 80,00	245
7	02.11.09.001-8	Avaliação Urodinâmica Completa	R\$ 400,00	300
8	03.03.07.003-0	Remoção Manual de Fecaloma	R\$ 25,00	12
9	04.01.01.001-5	Curativo Grau II c/ ou s/ Debridamento	R\$ 32,40	12
10	04.01.01.003-1	Drenagem de Abscesso	R\$ 56,00	15
11	04.01.01.004-0	Eletrocoagulação de Lesão Cutânea	R\$ 27,00	2.000
12	04.01.01.005-8	Excisão de Lesão e/ou Sutura de Ferimento da Pele, Anexos e Mucosas	R\$ 56,00	175
13	04.01.01.007-4	Exerese de Tumor de Pele e Anexos / Cisto Sebáceo / Lipoma	R\$ 56,00	300
14	04.01.01.008-2	Frenectomia	R\$ 110,00	12
15	04.01.01.009-0	Fulguração / Cauterização de Lesões Cutâneas	R\$ 27,00	120
16	04.01.01.010-4	Incisão e Drenagem de Abscesso	R\$ 27,00	60
17	04.01.01.011-2	Retirada de Corpo Estranho Subcutâneo	R\$ 11,84	18
18	04.01.02.017-7	Cirurgia de Unha (Cantoplastia)	R\$ 80,00	12
19	04.06.02.013-2	Excisão e Sutura de Hemangioma	R\$ 29,86	37
20	04.06.02.014-0	Excisão e Sutura de Linfangioma / Nevus	R\$ 29,86	252
21	04.06.02.029-9	Linfadenectomia Superficial	R\$ 16,92	12
22	04.07.02.031-4	Ligadura Elástica de Hemorróidas (Sessão)	R\$ 14,77	45
23	04.07.04.019-6	Paracentese Abdominal	R\$ 12,27	12
24	04.08.06.065-4	Tratamento Cirúrgico de Polidactilia Não Articulada	R\$ 28,42	12
25	04.09.02.006-0	Meatotomia Endoscópica	R\$ 34,10	12
26	04.09.04.006-1	Exerese de Cisto de Bolsa Escrotal	R\$ 56,00	12
27	04.09.05.005-9	Liberação / Plastia de Prepúcio	R\$ 13,54	12

28	04.09.05.006-7	Plástica de Freio Balano-Prepucial	R\$ 34,10	12
29	04.13.04.001-1	Autonomização de Retalho	R\$ 31,28	12
30	04.15.04.004-3	Debridamento de Úlcera / Necrose	R\$ 29,86	15
31	99.02.09.000-1	Manometria Anorretal	R\$ 400,00	12
32	99.02.11.000-9	pHmetria Esofágica	R\$ 400,00	50
33	99.02.11.001-0	Manometria Esofágica	R\$ 400,00	50

CONSULTAS E PLANTÕES				
Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Qtd.
1	03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada	R\$ 35,00	50.000
2	03.01.01.007-2	Retorno Médico em Atenção Especializada	R\$ 20,00	50.000
3	03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada – Fora do Domicílio	R\$ 80,00	1.500
4	-	Hora Plantão Clínico Meio de Semana (07:00 às 13:00 / 13:00 às 19:00 / 19:00 às 00:00 / 19:00 às 07:00)	R\$ 112,90	-
5	-	Hora Plantão Clínico Final de Semana (07:00 às 13:00 / 13:00 às 19:00 / 19:00 às 00:00 / 19:00 às 07:00)	R\$ 135,50	-
6	-	Hora Plantão Pediatra Meio de Semana (07:00 às 13:00 / 13:00 às 19:00 / 19:00 às 00:00 / 19:00 às 07:00)	R\$ 135,50	-
7	-	Hora Plantão Pediatra Final de Semana (07:00 às 13:00 / 13:00 às 19:00 / 19:00 às 00:00 / 19:00 às 07:00)	R\$ 169,40	-
8	-	Hora Plantão CLÍNICO Meio de Semana <u>FERIADO</u> (07:00 às 13:00 / 13:00 às 19:00 / 19:00 às 00:00 / 19:00 às 07:00)	R\$ 225,80	-
9	-	Hora Plantão CLÍNICO Final de Semana <u>FERIADO</u> (07:00 às 13:00 / 13:00 às 19:00 / 19:00 às 00:00 / 19:00 às 07:00)	R\$ 271,00	-
10	-	Hora Plantão PEDIATRA Meio de Semana <u>FERIADO</u> (07:00 às 13:00 / 13:00 às 19:00 / 19:00 às 00:00 / 19:00 às 07:00)	R\$ 271,00	-
11	-	Hora Plantão PEDIATRA Final de Semana <u>FERIADO</u> (07:00 às 13:00 / 13:00 às 19:00 / 19:00 às 00:00 / 19:00 às 07:00)	R\$ 338,80	-