


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

(Integrante do Decreto Municipal nº 5.837 de 29/04/2021)

**QUADROS**

Exames Laboratoriais.....	1
Raio-X.....	2
Ultrassonografias(Realização em sede própria).....	3
Ultrassonografias (Realizações no Ambulatório Municipal com Equipamento do Município).....	4
Tomografias.....	5
Ressonâncias Magnética.....	6
Cardiologia.....	7
Ofalmologia.....	8
Ginecologia.....	9
Diagnóstico / Procedimentos por endoscopia.....	10
Otorrinolaringologia / Fonoaudiologia.....	11
Neurologia.....	12
Outros Procedimentos.....	13
Consultas e Plantões.....	14

**QUADRO 1 – EXAMES LABORATORIAIS**

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
1 - 1	02.02.01.002-3	Determinação de Capacidade de Fixação do Ferro	R\$ 2,01	375
1 - 2	02.02.01.004-0	Determinação de Curva Glicêmica (2 Dosagens)	R\$ 3,63	1.375
1 - 3	02.02.01.007-4	Determinação de Curva Glicêmica Clássica (5 Dosagens)	R\$ 10,00	45
1 - 4	02.02.01.012-0	Dosagem de Ácido Úrico	R\$ 1,85	16.875
1 - 5	02.02.01.013-9	Dosagem de Ácido Vanilmandélico	R\$ 18,90	15
1 - 6	02.02.01.015-5	Dosagem de Alfa-1-An tripsina	R\$ 14,41	15
1 - 7	02.02.01.016-3	Dosagem de Alfa-1-Glicoproteína Ácida	R\$ 12,70	200
1 - 8	02.02.01.018-0	Dosagem de Amilase	R\$ 2,25	1.250
1 - 9	02.02.01.020-1	Dosagem de Bilirrubina Total e Frações	R\$ 4,00	30
1 - 10	02.02.01.021-0	Dosagem de Cálcio	R\$ 1,85	2.375
1 - 11	02.02.01.022-8	Dosagem de Cálcio Ionizável	R\$ 3,51	125
1 - 12	02.02.01.026-0	Dosagem de Cloreto	R\$ 1,85	187
1 - 13	02.02.01.027-9	Dosagem de Colesterol HDL	R\$ 3,51	2.375
1 - 14	02.02.01.028-7	Dosagem de Colesterol LDL	R\$ 3,51	5.625
1 - 15	02.02.01.029-5	Dosagem de Colesterol Total	R\$ 1,85	38.750
1 - 16	02.02.01.031-7	Dosagem de Crea nina	R\$ 1,85	25.000
1 - 17	02.02.01.032-5	Dosagem de Crea nofosfoquinase (CPK)	R\$ 3,68	1.875
1 - 18	02.02.01.033-3	Dosagem de Crea nofosfoquinase Fração MB	R\$ 4,12	45
1 - 19	02.02.01.036-8	Dosagem de Desidrogenase Lá ca (DHL)	R\$ 3,68	15
1 - 20	02.02.01.038-4	Dosagem de Ferri na	R\$ 15,59	1.250
1 - 21	02.02.01.039-2	Dosagem de Ferro Sérico	R\$ 3,51	1.250
1 - 22	02.02.01.040-6	Dosagem de Folato	R\$ 15,65	300
1 - 23	02.02.01.041-4	Dosagem de Fosfatase Ácida Total	R\$ 2,01	30
1 - 24	02.02.01.042-2	Dosagem de Fosfatase Alcalina	R\$ 2,01	1.875
1 - 25	02.02.01.043-0	Dosagem de Fósforo	R\$ 1,85	450
1 - 26	02.02.01.046-5	Dosagem de Gama-Glutamil-Transferase (Gama GT)	R\$ 3,51	3.750
1 - 27	02.02.01.047-3	Dosagem de Glicose	R\$ 1,85	37.500



Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
1 - 28	02.02.01.050-3	Dosagem de Hemoglobina Glicosilada	R\$ 7,86	6.250
1 - 29	02.02.01.053-8	Dosagem de Lactato	R\$ 11,63	15
1 - 30	02.02.01.055-4	Dosagem de Lipase	R\$ 2,25	450
1 - 31	02.02.01.056-2	Dosagem de Magnésio	R\$ 2,01	1.500
1 - 32	02.02.01.057-0	Dosagem de Muco-Proteínas	R\$ 2,01	45
1 - 33	02.02.01.060-0	Dosagem de Potássio	R\$ 1,85	6.250
1 - 34	02.02.01.061-9	Dosagem de Proteínas Totais	R\$ 1,40	100
1 - 35	02.02.01.062-7	Dosagem de Proteínas Totais e Frações	R\$ 1,85	562
1 - 36	02.02.01.063-5	Dosagem de Sódio	R\$ 1,85	6.250
1 - 37	02.02.01.064-3	Dosagem de Transaminase Glutâmico-Oxalacé ca (TGO)	R\$ 2,01	9.500
1 - 38	02.02.01.065-1	Dosagem de Transaminase Glutâmico-Pirúvica (TGP)	R\$ 2,01	9.500
1 - 39	02.02.01.066-0	Dosagem de Transferrina	R\$ 4,12	150
1 - 40	02.02.01.067-8	Dosagem de Triglicerídeos	R\$ 3,51	26.250
1 - 41	02.02.01.069-4	Dosagem de Uréia	R\$ 1,85	20.000
1 - 42	02.02.01.070-8	Dosagem de Vitamina B12	R\$ 15,24	900
1 - 43	02.02.01.072-4	Eletroforese de Proteínas	R\$ 4,42	75
1 - 44	02.02.01.073-2	Gasometria (PH PCO2 PO2 Bicarbonato AS2 / Excesso ou Deficit Base)	R\$ 15,65	187
1 - 45	02.02.01.075-9	Teste de Tolerância a Insulina / Hipoglicemiantes Oraís	R\$ 63,00	15
1 - 46	02.02.01.076-7	Dosagem de 25 Hidroxivitamina D	R\$ 55,00	15
1 - 47	02.02.02.002-9	Contagem de Plaquetas	R\$ 2,73	6.875
1 - 48	02.02.02.003-7	Contagem de Re culócitos	R\$ 2,73	250
1 - 49	02.02.02.005-3	Determinação de Enzimas Eritrocitárias (Cada)	R\$ 2,73	12
1 - 50	02.02.02.007-0	Determinação de Tempo de Coagulação	R\$ 2,73	1.500
1 - 51	02.02.02.009-6	Determinação de Tempo de Sangramento -Duke	R\$ 2,73	1.500
1 - 52	02.02.02.012-6	Determinação de Tempo de Trombina	R\$ 2,85	15
1 - 53	02.02.02.013-4	Determinação de Tempo de Tromboplas na Parcial A vada (TTP A vada)	R\$ 5,77	1.500
1 - 54	02.02.02.014-2	Determinação de Tempo e A vidade da Protrombina (TAP)	R\$ 2,73	3.375
1 - 55	02.02.02.015-0	Determinação de Velocidade de Hemossedimentação (VHS)	R\$ 2,73	2.375
1 - 56	02.02.02.024-0	Dosagem de Fator Von Willebrand (An geno)	R\$ 73,55	10
1 - 57	02.02.02.029-0	Dosagem de Fibrinogênio	R\$ 4,60	15
1 - 58	02.02.02.030-4	Dosagem de Hemoglobina	R\$ 1,53	15
1 - 59	02.02.02.033-9	Dosagem de Hemossiderina	R\$ 46,57	10
1 - 60	02.02.02.035-5	Eletroforese de Hemoglobina	R\$ 23,74	10
1 - 61	02.02.02.036-3	Eritrograma (Eritrócitos, Hemoglobina, Hematócrito)	R\$ 2,73	15
1 - 62	02.02.02.037-1	Hematócrito	R\$ 1,53	15
1 - 63	02.02.02.038-0	Hemograma Completo	R\$ 4,11	38.750
1 - 64	02.02.02.039-8	Leucograma	R\$ 2,73	15



1 - 65	02.02.02.043-6	Pesquisa de Filaria	R\$ 2,73	15
1 - 66	02.02.02.044-4	Pesquisa de Hemoglobina S	R\$ 2,73	15
1 - 67	02.02.02.048-7	Prova de Consumo de Protrombina	R\$ 4,11	15
1 - 68	02.02.02.049-5	Prova de Retração do Coágulo	R\$ 2,78	15
1 - 69	02.02.02.050-9	Prova do Laço	R\$ 2,73	15
1 - 70	02.02.02.051-7	Rastreo p/ Deficiência de Enzimas Eritrocitárias	R\$ 15,00	150
1 - 71	02.02.02.057-6	Pesquisa de An coagulante Lúpico	R\$ 110,00	30
1 - 72	02.02.03.002-4	Contagem de Linfócitos CD4 / CD8	R\$ 80,00	10
1 - 73	02.02.03.003-2	Contagem de Linfócitos T Totais	R\$ 56,61	10
1 - 74	02.02.03.005-9	Deteção de RNA do Vírus da Hepa te C (Qualita vo)	R\$ 200,00	15
1 - 75	02.02.03.007-5	Determinação de Fator Reumatóide	R\$ 2,83	2.250
1 - 76	02.02.03.008-3	Determinação Quan ta va de Proteína C Rea va	R\$ 220,00	30
1 - 77	02.02.03.009-1	Dosagem de Alfa-Fetoproteína	R\$ 20,45	10
1 - 78	02.02.03.010-5	Dosagem de An geno Prostá co Específico (PSA)	R\$ 16,42	8.125
1 - 79	02.02.03.012-1	Dosagem de Complemento C3	R\$ 17,16	60
1 - 80	02.02.03.013-0	Dosagem de Complemento C4	R\$ 17,16	60
1 - 81	02.02.03.016-4	Dosagem de Imunoglobulina E (IGE)	R\$ 9,25	187
1 - 82	02.02.03.020-2	Dosagem de Proteína C Rea va	R\$ 2,83	3.000
1 - 83	02.02.03.021-0	Geno pagem de Vírus da Hepa te C	R\$ 298,48	30
1 - 84	02.02.03.025-3	Pesquisa de An corpo IGG An cardiolipina	R\$ 29,52	10
1 - 85	02.02.03.026-1	Pesquisa de An corpo IGM An cardiolipina	R\$ 29,52	10
1 - 86	02.02.03.027-0	Pesquisa de An corpos An -DNA	R\$ 30,00	60
1 - 87	02.02.03.029-6	Pesquisa de An corpos An -HIV-1 (Western Blot)	R\$ 85,00	15
1 - 88	02.02.03.030-0	Pesquisa de An corpos An -HIV-1 + HIV-2 (Elisa)	R\$ 10,00	3.375
1 - 89	02.02.03.032-6	Pesquisa de An corpos An -Ribonucleoproteína (RNP)	R\$ 30,00	15
1 - 90	02.02.03.034-2	Pesquisa de An corpos An -SM	R\$ 16,67	10
1 - 91	02.02.03.035-0	Pesquisa de An corpos An -SS-A (RO)	R\$ 22,64	10
1 - 92	02.02.03.036-9	Pesquisa de An corpos An -SS-B (LA)	R\$ 22,64	10
1 - 93	02.02.03.040-7	Pesquisa de An corpos An brucelas	R\$ 3,70	15
1 - 94	02.02.03.046-6	Pesquisa de An corpos An espermatozóides	R\$ 9,70	15
1 - 95	02.02.03.047-4	Pesquisa de An corpos An estreptolisina O (ASLO)	R\$ 2,83	1.500
1 - 96	02.02.03.055-5	Pesquisa de An corpos An microssomas	R\$ 20,45	15
1 - 97	02.02.03.059-8	Pesquisa de An corpos An núcleo (FAN)	R\$ 17,16	1.500
1 - 98	02.02.03.062-8	Pesquisa de An corpos An reoglobulina	R\$ 22,00	15
1 - 99	02.02.03.063-6	Pesquisa de An corpos Contra An geno de Super cie do Vírus da Hepa te B (An -HBS)	R\$ 18,55	15
1 - 100	02.02.03.064-4	Pesquisa de An corpos Contra An geno E do Vírus da Hepa te B (An -HBE)	R\$ 18,55	15
1 - 101	02.02.03.067-9	Pesquisa de An corpos Contra o Vírus da Hepa te C (An -HCV)	R\$ 18,55	1.750
1 - 102	02.02.03.070-9	Pesquisa de An corpos Contra Paracoccidioides Brasiliensis	R\$ 4,10	12
1 - 103	02.02.03.071-7	Pesquisa de An corpos e/ou An geno do Vírus Sincicial Respiratório	R\$ 190,50	5
1 - 104	02.02.03.073-3	Pesquisa de An corpos Heterófilos Contra o Vírus Epstein-Barr	R\$ 2,83	62
1 - 105	02.02.03.074-1	Pesquisa de An corpos IGG An citomegalovírus	R\$ 11,00	82
1 - 106	02.02.03.076-8	Pesquisa de An corpos IGG An toxoplasma	R\$ 16,97	2.125
1 - 107	02.02.03.077-6	Pesquisa de An corpos IGG An trypanosoma Cruzi	R\$ 9,25	200
1 - 108	02.02.03.078-4	Pesquisa de An corpos IGG e IGM Contra An geno Central do Vírus da Hepa te B (An -HBC-Total)	R\$ 18,55	15
1 - 109	02.02.03.079-2	Pesquisa de An corpos IGG Contra o Arbovírus	R\$ 30,00	12
1 - 110	02.02.03.080-6	Pesquisa de An corpos IGG Contra o Vírus da Hepa te A (HAV-IGG)	R\$ 18,55	150
1 - 111	02.02.03.081-4	Pesquisa de An corpos IGG Contra o Vírus da Rubéola	R\$ 17,16	60
1 - 112	02.02.03.085-7	Pesquisa de An corpos IGM An citomegalovírus	R\$ 11,61	60
1 - 113	02.02.03.087-3	Pesquisa de An corpos IGM An toxoplasma	R\$ 18,55	2.250
1 - 114	02.02.03.088-1	Pesquisa de An corpos IGM An trypanosoma Cruzi	R\$ 9,25	200
1 - 115	02.02.03.089-0	Pesquisa de An corpos IGM Contra An geno Central do Vírus da Hepa te B (An -HBC-IGM)	R\$ 18,55	15
1 - 116	02.02.03.090-3	Pesquisa de An corpos IGM Contra o Arbovírus	R\$ 22,00	15.000



1 - 117	02.02.03.091-1	Pesquisa de An corpos IGM Contra o Vírus da Hepa te A (HAV-IGG)	R\$ 18,55	120
1 - 118	02.02.03.092-0	Pesquisa de An corpos IGM Contra o Vírus da Rubéola	R\$ 17,16	75
1 - 119	02.02.03.093-8	Pesquisa de An corpos IGM Contra o Vírus da Varicela-Herpes Zoster	R\$ 27,65	15
1 - 120	02.02.03.094-6	Pesquisa de An corpos IGM Contra o Vírus Epstein-Barr	R\$ 26,68	15
1 - 121	02.02.03.096-2	Pesquisa de An geno Carcinoembrionário (CEA)	R\$ 13,35	75
1 - 122	02.02.03.097-0	Pesquisa de An geno de Super cie do Vírus da Hepa te B (HBSAG)	R\$ 18,55	3.125
1 - 123	02.02.03.098-9	Pesquisa de An geno E do Vírus da Hepa te B (HBEAG)	R\$ 18,55	45
1 - 124	02.02.03.100-4	Pesquisa de Crioglobulinas	R\$ 8,29	10



Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
1 - 125	02.02.03.101-2	Pesquisa de Fator Reumatóide (Waler-Rose)	R\$ 10,68	15
1 - 126	02.02.03.103-9	Pesquisa de Imunoglobulina E (IGE) Alergeno-Específica	R\$ 35,00	50
1 - 127	02.02.03.104-7	Pesquisa de Trypanosoma Cruzi (Por Imunofluorescência)	R\$ 10,00	450
1 - 128	02.02.03.109-8	Teste Treponêmico p/ Detecção de Sífilis	R\$ 20,84	15
1 - 129	02.02.03.111-0	Teste Não Treponêmico P/ Detecção de Sífilis	R\$ 2,83	3.000
1 - 130	02.02.03.112-8	Teste FTA-ABS IGG P/ Diagnós co da Sífilis	R\$ 10,00	90
1 - 131	02.02.03.113-6	Teste FTA-ABS IGM P/ Diagnós co da Sífilis	R\$ 10,00	80
1 - 132	02.02.03.117-9	Teste Não Treponêmico P/ Detecção de Sífilis em Gestantes	R\$ 9,81	1.250
1 - 133	02.02.03.118-7	Dosagem de An corpos An transglutaminaise Recombinante Humano IGA	R\$ 18,55	12
1 - 134	02.02.03.120-9	Dosagem de Troponina	R\$ 32,00	150
1 - 135	02.02.03.121-7	Dosagem do An geno CA 125	R\$ 23,03	20
1 - 136	02.02.03.126-8	Pesquisa de An corpos An -HTLV-1 (Western-Blot)	R\$ 85,00	15
1 - 137	02.02.04.009-7	Pesquisa de Leucócitos nas Fezes	R\$ 1,65	30
1 - 138	02.02.04.012-7	Pesquisa de Ovos e Cistos de Parasitas	R\$ 1,65	10.125
1 - 139	02.02.04.014-3	Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes	R\$ 1,65	3.000
1 - 140	02.02.05.001-7	Análise de Caracteres Físicos, Elementos e Sedimento da Urina	R\$ 3,70	33.750
1 - 141	02.02.05.002-5	Clearance de Crea nina	R\$ 3,51	1.200
1 - 142	02.02.05.004-1	Clearance de Uréia	R\$ 3,51	15
1 - 143	02.02.05.008-4	Dosagem de Citrato	R\$ 2,01	150
1 - 144	02.02.05.009-2	Dosagem de Microalbumina na Urina	R\$ 8,12	900
1 - 145	02.02.05.011-4	Dosagem de Proteínas (Urina de 24 Horas)	R\$ 2,04	1.250
1 - 146	02.02.06.003-9	Determinação de T3 Reverso	R\$ 14,69	15
1 - 147	02.02.06.004-7	Dosagem de 17-Alfa-Hidroxiprogesterona	R\$ 52,50	150
1 - 148	02.02.06.007-1	Dosagem de Ácido 5-Hidroxi-Indol-Acé co (Serotonina)	R\$ 29,26	10
1 - 149	02.02.06.008-0	Dosagem de Adrenocor cotrófico (ACTH)	R\$ 23,56	10
1 - 150	02.02.06.009-8	Dosagem de Aldosterona	R\$ 20,56	10
1 - 151	02.02.06.012-8	Dosagem de Calcitonina	R\$ 30,00	10
1 - 152	02.02.06.013-6	Dosagem de Cor sol	R\$ 16,11	87
1 - 153	02.02.06.014-4	Dosagem de Deidroepiandrosterona (DHEA)	R\$ 17,85	20
1 - 154	02.02.06.016-0	Dosagem de Estradiol	R\$ 10,15	800
1 - 155	02.02.06.018-7	Dosagem de Estrona	R\$ 11,12	30
1 - 156	02.02.06.020-9	Dosagem de Globulina Transportadora de Tiroxina	R\$ 15,35	15
1 - 157	02.02.06.021-7	Dosagem de Gonadotrofina Coriônica Humana (HCG, BETA HCG)	R\$ 7,85	3.000
1 - 158	02.02.06.022-5	Dosagem de Hormônio de Crescimento (HGH)	R\$ 10,21	30
1 - 159	02.02.06.023-3	Dosagem de Hormônio Folículo-Es mulante (FSH)	R\$ 7,89	1.500
1 - 160	02.02.06.024-1	Dosagem de Hormônio Luteinizante (LH)	R\$ 8,97	900
1 - 161	02.02.06.025-0	Dosagem de Hormônio Tireoes mulante (TSH)	R\$ 8,96	25.000
1 - 162	02.02.06.026-8	Dosagem de Insulina	R\$ 23,03	262
1 - 163	02.02.06.027-6	Dosagem de Paratormônio	R\$ 43,13	175
1 - 164	02.02.06.028-4	Dosagem de Pep deo C	R\$ 23,03	20
1 - 165	02.02.06.029-2	Dosagem de Progesterona	R\$ 10,22	300
1 - 166	02.02.06.030-6	Dosagem de Prolac na	R\$ 10,15	800
1 - 167	02.02.06.032-2	Dosagem de Somatomedina C (IGF1)	R\$ 15,35	75
1 - 168	02.02.06.033-0	Dosagem de Sulfato de Hidroepiandrosterona (DHEAS)	R\$ 16,55	20
1 - 169	02.02.06.034-9	Dosagem de Testosterona	R\$ 10,43	450
1 - 170	02.02.06.035-7	Dosagem de Testosterona Livre	R\$ 13,11	1.200
1 - 171	02.02.06.036-5	Dosagem de Tireoglobulina	R\$ 15,35	45
1 - 172	02.02.06.037-3	Dosagem de Tiroxina (T4)	R\$ 8,76	375
1 - 173	02.02.06.038-1	Dosagem de Tiroxina Livre (T4 Livre)	R\$ 11,60	15.625



Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
1 - 174	02.02.06.039-0	Dosagem de Triiodo ronina (T3)	R\$ 8,71	1.200
1 - 175	02.02.07.005-0	Dosagem de Ácido Valproico	R\$ 15,65	75
1 - 176	02.02.07.008-5	Dosagem de Alumínio	R\$ 27,50	15
1 - 177	02.02.07.010-7	Dosagem de Anfetaminas	R\$ 32,48	15
1 - 178	02.02.07.012-3	Dosagem de Barbituratos	R\$ 13,13	62
1 - 179	02.02.07.013-1	Dosagem de Benzodiazepínicos	R\$ 37,43	15
1 - 180	02.02.07.015-8	Dosagem de Carbamazepina	R\$ 17,53	75
1 - 181	02.02.07.019-0	Dosagem de Cobre	R\$ 15,94	15
1 - 182	02.02.07.020-4	Dosagem de Digitálicos (Digoxina, Digitoxina)	R\$ 59,37	10
1 - 183	02.02.07.022-0	Dosagem de Fenitoína	R\$ 35,22	15
1 - 184	02.02.07.025-5	Dosagem de Lí o	R\$ 2,25	150
1 - 185	02.02.07.035-2	Dosagem de Zinco	R\$ 40,00	175
1 - 186	02.02.08.001-3	An biograma	R\$ 4,98	6.875
1 - 187	02.02.08.004-8	Baciloscopia Direta P/ BAAR Tuberculose (Diagnós ca)	R\$ 4,20	450
1 - 188	02.02.08.005-6	Baciloscopia Direta P/ BAAR (Hanseníase)	R\$ 4,20	45
1 - 189	02.02.08.007-2	Bacterioscopia (GRAM)	R\$ 2,80	45
1 - 190	02.02.08.008-0	Cultura de Bactérias P/ Iden ficação	R\$ 5,62	525
1 - 191	02.02.08.012-9	Cultura para Bactérias Anaeróbicas	R\$ 50,00	10
1 - 192	02.02.08.013-7	Cultura para Iden ficação de Fungos	R\$ 4,19	45
1 - 193	02.02.08.014-5	Exame Microbiológico a Fresco (Direto)	R\$ 2,80	450
1 - 194	02.02.08.016-1	Iden ficação Automa zada de Microorganismos – Urocultura	R\$ 5,63	9.375
1 - 195	02.02.08.021-8	Pesquisa de Helicobacter Pylori	R\$ 19,00	50
1 - 196	02.02.09.026-4	Pesquisa de Espermatozóides (Após Vasectomia)	R\$ 4,80	30
1 - 197	02.02.09.030-2	Prova do Látex p/ Pesquisa do Fator Reumatóide	R\$ 25,00	10
1 - 198	02.02.12.002-3	Determinação Direta e Reversa de Grupo ABO	R\$ 1,37	1.500
1 - 199	02.02.12.008-2	Pesquisa de Fator RH (Inclui D Fraco)	R\$ 1,37	1.500
1 - 200	02.02.12.009-0	Teste Indireto de An globulina Humana (TIA)	R\$ 2,73	300
1 - 201	02.03.01.001-9	Exame Citopatológico Cérvico-Vaginal / Microflora	R\$ 13,72	3.000
1 - 202	02.03.01.003-5	Exame de Citologia (Exceto Cérvico-Vaginal)	R\$ 20,96	37
1 - 203	02.03.01.008-6	Exame Citopatológico Cérvico-Vaginal Rastreamento	R\$ 14,37	6.250
1 - 204	02.03.02.002-2	Exame Anátomo-Patológico do Colo Uterino – Peça Cirúrgica	R\$ 61,77	45
1 - 205	02.03.02.003-0	Exame Anátomo-Patológico p/ Congelamento / Parafina por Peça Cirúrgica ou por Biópsia (Exceto Colo Uterino e Mama)	R\$ 40,78	1.225
1 - 206	02.03.02.007-3	Exame Anátomo-Patológico de Mama – Peça Cirúrgica	R\$ 61,77	250
1 - 207	02.11.04.003-7	Exame Microbiológico Fresco do Conteúdo Cérvico-Vaginal	R\$ 2,80	15
1 - 208	99.02.02.000-1	Tolerância à Lactose	R\$ 40,00	150
1 - 209	99.02.02.000-2	CA 15-3	R\$ 30,00	150
1 - 210	99.02.02.000-3	An corpo An -Receptor de TSH (TRAB)	R\$ 47,00	150
1 - 211	99.02.02.000-5	Relação Proteína / Crea nina Urinária	R\$ 18,00	150
1 - 212	99.02.02.000-6	ANCA (An corpos An citoplasma de Neutrófilo) P-Anca, C-Anca	R\$ 54,00	150
1 - 213	99.02.02.000-7	An -Jo 1	R\$ 35,00	150
1 - 214	99.02.02.000-8	An -CCP	R\$ 83,00	150
1 - 215	99.02.02.001-0	CA 19-9	R\$ 30,00	12
1 - 216	99.02.02.001-6	An -Gliadina – IGA	R\$ 53,00	50
1 - 217	99.02.02.001-7	An -Gliadina – IGG	R\$ 51,00	50
1 - 218	99.02.02.002-0	Teste de Aidez para Toxoplasmose	R\$ 90,00	12
1 - 219	99.04.01.000-3	Determinação Qualita va de Proteína C Rea va	R\$ 220,00	30
1 - 220	02.02.03.071-7	Pesquisa de anticorpos e/ou antígeno do vírus sincicial respiratório	R\$ 74,80	1.000
1 - 221	02.11.08.002-0	Gasometria Venosa	R\$15,65	300


**QUADRO 2 – RAIOS-X**

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Qtd.
2 - 1	02.04.01.003-9	Radiografia Bilateral de Órbitas (PA + Oblíquas + HIRTZ)	R\$ 8,38	15
2 - 2	02.04.01.005-5	Radiografia de Articulação Têmporo-Mandibular Bilateral	R\$ 8,38	30
2 - 3	02.04.01.006-3	Radiografia de Cavum (Lateral + HIRTZ)	R\$ 6,88	825
2 - 4	02.04.01.007-1	Radiografia de Crânio (PA + Lateral + Oblíqua / Benton + HIRTZ)	R\$ 9,15	15
2 - 5	02.04.01.008-0	Radiografia de Crânio (PA + Lateral)	R\$ 7,52	300
2 - 6	02.04.01.009-8	Radiografia de Laringe	R\$ 5,74	15
2 - 7	02.04.01.011-0	Radiografia de Maxilar (PA + Oblíqua)	R\$ 7,20	15
2 - 8	02.04.01.012-8	Radiografia de Ossos da Face (MN + Lateral + HIRTZ)	R\$ 8,38	30
2 - 9	02.04.01.014-4	Radiografia de Seios da Face (FN + MN + Lateral + HIRTZ)	R\$ 7,32	1.500
2 - 10	02.04.02.004-2	Radiografia de Coluna Cervical (AP + lateral + TO / Flexão)	R\$ 8,19	4.500
2 - 11	02.04.02.005-0	Radiografia de Coluna Cervical Funcional / Dinâmica	R\$ 10,29	15
2 - 12	02.04.02.006-9	Radiografia de Coluna Lombo-Sacra	R\$ 10,96	6.000
2 - 13	02.04.02.007-7	Radiografia de Coluna Lombo-Sacra (c/ Oblíquas)	R\$ 14,90	45
2 - 14	02.04.02.009-3	Radiografia de Coluna Torácica (AP + Lateral)	R\$ 9,16	2.375
2 - 15	02.04.02.010-7	Radiografia de Coluna Tóraco-Lombar	R\$ 9,73	1.050
2 - 16	02.04.02.012-3	Radiografia de Região Sacro-Coccígea	R\$ 7,80	75
2 - 17	02.04.03.007-2	Radiografia de Costelas (por Hemitórax)	R\$ 8,37	15
2 - 18	02.04.03.008-0	Radiografia de Esôfago	R\$ 191,75	18
2 - 19	02.04.03.009-9	Radiografia de Esterno	R\$ 7,98	30
2 - 20	02.04.03.015-3	Radiografia de Tórax (PA e Perfil)	R\$ 9,50	3.000
2 - 21	02.04.03.017-0	Radiografia de Tórax (PA)	R\$ 6,88	1.550
2 - 22	02.04.04.001-9	Radiografia de Antebraço	R\$ 6,42	90
2 - 23	02.04.04.003-5	Radiografia de Articulação Escápulo-Umeral	R\$ 7,40	500
2 - 24	02.04.04.005-1	Radiografia de Braço	R\$ 7,77	90
2 - 25	02.04.04.006-0	Radiografia de Clavícula	R\$ 7,40	45
2 - 26	02.04.04.007-8	Radiografia de Cotovelo	R\$ 6,49	300
2 - 27	02.04.04.008-6	Radiografia de Dedos da Mão	R\$ 5,62	475
2 - 28	02.04.04.009-4	Radiografia de Mão	R\$ 6,30	1.500
2 - 29	02.04.04.011-6	Radiografia de Escápula / Ombro (Três Posições)	R\$ 7,98	450
2 - 30	02.04.04.012-4	Radiografia de Punho (AP + Lateral + Oblíqua)	R\$ 6,91	600
2 - 31	02.04.05.001-4	Clister com Duplo Contraste	R\$ 224,47	15
2 - 32	02.04.05.006-5	Histerossalpingografia	R\$ 365,00	12
2 - 33	02.04.05.012-0	Radiografia de Abdomen Agudo (Mínimo de 3 Incidências)	R\$ 15,30	30
2 - 34	02.04.05.013-8	Radiografia de Abdomen Simples (AP)	R\$ 7,17	525
2 - 35	02.04.05.014-6	Radiografia de Estômago e Duodeno	R\$ 35,22	12
2 - 36	02.04.05.015-4	Radiografia de Intestino Delgado (Trânsito)	R\$ 181,75	12
2 - 37	02.04.05.017-0	Uretrocistografia	R\$ 52,11	60
2 - 38	02.04.05.018-9	Urografia Venosa	R\$ 57,40	450
2 - 39	02.04.06.002-8	Densitometria Óssea Duo-Energética de Coluna (Vértebras Lombares e/ou Fêmur)	R\$ 110,00	900
2 - 40	02.04.06.003-6	Escanometria	R\$ 37,18	45
2 - 41	02.04.06.006-0	Radiografia de Articulação Coxo-Femoral	R\$ 7,77	1.500
2 - 42	02.04.06.007-9	Radiografia de Articulação Sacro-Iliaca	R\$ 7,77	60
2 - 43	02.04.06.008-7	Radiografia de Articulação Tíbio-Társica	R\$ 6,50	900
2 - 44	02.04.06.009-5	Radiografia de Bacia	R\$ 7,77	1.250
2 - 45	02.04.06.010-9	Radiografia de Calcâneo	R\$ 6,50	1.550
2 - 46	02.04.06.011-7	Radiografia de Coxa	R\$ 8,94	300



Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Qtd.
2 - 47	02.04.06.012-5	Radiografia de Joelho (AP + Lateral)	R\$ 6,78	5.375
2 - 48	02.04.06.013-3	Radiografia de Joelho ou Patela (AP + Lateral + Axial)	R\$ 7,16	100
2 - 49	02.04.06.014-1	Radiografia de Joelho ou Patela (AP + Lateral + Oblíqua + 3 Axiais)	R\$ 9,29	100
2 - 50	02.04.06.015-0	Radiografia de Pé / Dedos do Pé	R\$ 6,78	1.250
2 - 51	02.04.06.016-8	Radiografia de Perna	R\$ 8,94	450
2 - 52	02.04.06.017-6	Radiografia Panorâmica de Membros Inferiores	R\$ 9,29	12
2 - 53	99.02.04.000-2	Seriografia	R\$ 400,00	6
<b>2 - 54</b>	<b>02.04.01.017-9</b>	<b>Radiografia Panorâmica</b>	<b>R\$ 45,00</b>	<b>840</b>

**QUADRO 3 – ULTRASSONOGRAFIA (Realizações em sede própria)**

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
3 - 1	02.05.01.004-0	Ultrassonografia Doppler Colorido de Vasos	R\$ 120,00	6.000
3 - 2	02.05.01.004-0	Ultrassonografia de Carótidas	R\$ 120,00	375
3 - 3	02.05.01.005-9	Ultrassonografia Doppler de Fluxo Obstétrico	R\$ 142,50	300
3 - 4	02.05.02.003-8	Ultrassonografia de Abdomen Superior	R\$ 65,00	1374
3 - 5	02.05.02.004-6	Ultrassonografia de Abdomen Total	R\$ 65,00	6.750
3 - 6	02.05.02.005-4	Ultrassonografia de Aparelho Urinário	R\$ 65,00	6.750
3 - 7	02.05.02.006-2	Ultrassonografia de Articulação / Articulação de Quadril (Infan I)	R\$ 65,00	30.000
3 - 8	02.05.02.006-2	Ultrassonografia de Região Cervical Posterior ou Partes Moles	R\$ 65,00	630
3 - 9	02.05.02.007-0	Ultrassonografia de Bolsa Escrotal	R\$ 65,00	450
3 - 10	02.05.02.008-9	Ultrassonografia de Globo Ocular / Órbita (Monocular)	R\$ 65,00	180
3 - 11	02.05.02.009-7	Ultrassonografia Mamária Bilateral	R\$ 65,00	6.750
3 - 12	02.05.02.010-0	Ultrassonografia de Próstata por Via Abdominal	R\$ 65,00	900
3 - 13	02.05.02.011-9	Ultrassonografia de Próstata (Via Transretal)	R\$ 65,00	15
3 - 14	02.05.02.012-7	Ultrassonografia de Tireóide ou Região Cervical Anterior	R\$ 65,00	1125
3 - 15	02.05.02.013-5	Ultrassonografia de Tórax (Extracardiaca)	R\$ 65,00	45
3 - 16	02.05.02.014-3	Ultrassonografia Obstétrica ou Obstétrico com Translucência Nucal	R\$ 65,00	5.250
3 - 17	02.05.02.014-3	Ultrassonografia Obstétrica Morfológica	R\$ 124,20	2.400
3 - 18	02.05.02.014-3	Ultrassonografia Gemelar	R\$ 120,00	45
3 - 19	02.05.02.015-1	Ultrassonografia Obstétrica c/ Doppler Colorido e Pulsado	R\$ 120,00	345
3 - 20	02.05.02.016-0	Ultrassonografia Pélvica (Ginecológica)	R\$ 140,00	1.125
3 - 21	02.05.02.017-8	Ultrassonografia Transfontanela	R\$ 65,00	45
3 - 22	02.05.02.018-6	Ultrassonografia Transvaginal	R\$ 65,00	9.000
3 - 23	02.05.01.005-9	Ultrassonografia Doppler de Fluxo Obstétrico ( gemelar)	R\$ 185,40	300
3 - 24	02.05.02.015-1	Ultrassonografia Obstétrica c/ Doppler Colorido e Pulsado ( gemelar)	R\$ 159,60	345




**QUADRO 4 – ULTRASSONOGRAFIA (Realizações no Ambulatório Municipal com Equipamento do Município)**

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
4 - 1	02.05.01.004-0	Ultrassonografia Doppler Colorido de Vasos	R\$ 120,00	6.000
4 - 2	02.05.01.004-0	Ultrassonografia de Carótidas	R\$ 120,00	375
4 - 3	02.05.01.005-9	Ultrassonografia Doppler de Fluxo Obstétrico	R\$ 120,00	300
4 - 4	02.05.02.003-8	Ultrassonografia de Abdomen Superior	R\$ 65,00	1374
4 - 5	02.05.02.004-6	Ultrassonografia de Abdomen Total	R\$ 65,00	6.750
4 - 6	02.05.02.005-4	Ultrassonografia de Aparelho Urinário	R\$ 65,00	6.750
4 - 7	02.05.02.006-2	Ultrassonografia de Articulação / Articulação de Quadril ( Infan t )	R\$ 65,00	30.000
4 - 8	02.05.02.006-2	Ultrassonografia de Região Cervical Posterior ou Partes Moles	R\$ 65,00	630
4 - 9	02.05.02.007-0	Ultrassonografia de Bolsa Escrotal	R\$ 65,00	450
4 - 10	02.05.02.008-9	Ultrassonografia de Globo Ocular / Órbita (Monocular)	R\$ 65,00	180
4 - 11	02.05.02.009-7	Ultrassonografia Mamária Bilateral	R\$ 65,00	6.750
4 - 12	02.05.02.010-0	Ultrassonografia de Próstata por Via Abdominal	R\$ 65,00	900
4 - 13	02.05.02.011-9	Ultrassonografia de Próstata (Via Transretal)	R\$ 65,00	45
4 - 14	02.05.02.012-7	Ultrassonografia de Tireóide ou Região Cervical Anterior	R\$ 65,00	1125
4 - 15	02.05.02.013-5	Ultrassonografia de Tórax (Extracardiaca)	R\$ 65,00	45
4 - 16	02.05.02.014-3	Ultrassonografia Obstétrica ou Obstétrico com Translucência Nucal	R\$ 65,00	5.250
4 - 17	02.05.02.014-3	Ultrassonografia Obstétrica Morfológica	R\$ 120,00	2.400
4 - 18	02.05.02.014-3	Ultrassonografia Gemelar	R\$ 120,00	15
4 - 19	02.05.02.015-1	Ultrassonografia Obstétrica c/ Doppler Colorido e Pulsado	R\$ 140,00	345
4 - 20	02.05.02.016-0	Ultrassonografia Pélvica (Ginecológica)	R\$ 65,00	1.125
4 - 21	02.05.02.017-8	Ultrassonografia Transfontanela	R\$ 65,00	45
4 - 22	02.05.02.018-6	Ultrassonografia Transvaginal	R\$ 65,00	9.000
4 - 23	02.05.01.005-9	Ultrassonografia Doppler de Fluxo Obstétrico ( gemelar )	R\$ 182,40	300
4 - 24	02.05.02.015-1	Ultrassonografia Obstétrica c/ Doppler Colorido e Pulsado ( gemelar )	R\$ 159,60	345

**QUADRO 5 – RESSONÂNCIA MAGNÉTICA**

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
5 - 1	02.07.01.001-3	Angiorressonância Cerebral	R\$ 550,00	25
5 - 2	02.07.01.002-1	Ressonância Magné ca de Ar culação Têmporo-Mandibular (Bilateral)	R\$ 550,00	15
5 - 3	02.07.01.003-0	Ressonância Magné ca de Coluna Cervical / Pescoço	R\$ 550,00	200
5 - 4	02.07.01.004-8	Ressonância Magné ca de Coluna Lombo-Sacra	R\$ 550,00	500
5 - 5	02.07.01.005-6	Ressonância Magné ca de Coluna Torácica	R\$ 550,00	75
5 - 6	02.07.01.006-4	Ressonância Magné ca de Crânio	R\$ 550,00	500
5 - 7	02.07.01.007-2	Ressonância Magné ca de Sela Túrcica	R\$ 550,00	60
5 - 8	02.07.02.001-9	Ressonância Magné ca de Coração / Aorta c/ Cine	R\$ 888,00	21
5 - 9	02.07.02.002-7	Ressonância Magné ca de Membro Superior (Unilateral)	R\$ 550,00	240
5 - 10	02.07.02.003-5	Ressonância Magné ca de Tórax	R\$ 550,00	30
5 - 11	02.07.03.001-4	Ressonância Magné ca de Abdomen Superior	R\$ 550,00	180
5 - 12	02.07.03.002-2	Ressonância Magné ca de Bacia / Pelve / Abdomen Inferior	R\$ 550,00	180
5 - 13	02.07.03.003-0	Ressonância Magné ca de Membro Inferior (Unilateral)	R\$ 550,00	900
5 - 14	02.07.03.004-9	Ressonância Magné ca de Vias Biliares / Colangiressonância	R\$ 550,00	15
5 - 15	99.02.07.000-1	Angiorressonância (Inclui Pescoço, Abdome, Tórax e qualquer outro segmento)	R\$ 550,00	30
5 - 16	99.02.07.000-2	Angiorressonância de Aorta (Inclui Torácica, Abdominal e qualquer outro segmento)	R\$ 550,00	15
5 - 17	99.02.07.000-3	Artro Ressonância (Inclui a Punção Ar cular)	R\$ 500,00	30
5 - 18	99.02.07.000-4	Ressonância Magné ca com Anestesia Geral	R\$ 1.180,00	30
5-19	02.07.03.005-7	Ressonância Magnética Multiparamétrica da Próstata Magné ca	R\$ 846,66	48

**QUADRO 6 – TOMOGRAFIA**

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
6 - 1	02.06.01.001-0	Tomografia Computadorizada de Coluna Cervical c/ ou s/ Contrate	R\$ 86,76	250
6 - 2	02.06.01.002-8	Tomografia Computadorizada de Coluna Lombo-Sacra c/ ou s/ Contraste	R\$ 101,10	250
6 - 3	02.06.01.003-6	Tomografia Computadorizada de Coluna Torácica c/ ou s/ Contraste	R\$ 86,76	250
6 - 4	02.06.01.004-4	Tomografia Computadorizada de Face / Seios da Face / Ar culações Têmporo-Mandibulares	R\$ 86,75	250
6 - 5	02.06.01.005-2	Tomografia Computadorizada do Pescoço	R\$ 86,75	250
6 - 6	02.06.01.006-0	Tomografia Computadorizada de Sela Túrcica	R\$ 97,44	62
6 - 7	02.06.01.007-9	Tomografia Computadorizada do Crânio	R\$ 97,44	250
6 - 8	02.06.02.001-5	Tomografia Computadorizada de Ar culações de Membro Superior	R\$ 86,75	125
6 - 9	02.06.02.002-3	Tomografia Computadorizada de Segmentos Apendiculares – (Braço, Antebraço, Mão, Coxa, Perna, Pé)	R\$ 86,75	250
6 - 10	02.06.02.003-1	Tomografia Computadorizada de Tórax	R\$ 136,41	250
6 - 11	02.06.03.001-0	Tomografia Computadorizada de Abdomen Superior	R\$ 138,63	250
6 - 12	02.06.03.002-9	Tomografia Computadorizada de Ar culações de Membro Inferior	R\$ 86,75	125
6 - 13	02.06.03.003-7	Tomografia Computadorizada de Pelve / Bacia / Abdomen Inferior	R\$ 138,63	250
6 - 14	99.02.06.900-0	Angiotomografia	R\$ 600,00	12

**QUADRO 7 – CARDIOLOGIA**

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
7 - 1	02.05.01.002-4	Ecocardiografia Transesofágica	R\$ 600,00	12
7 - 2	02.05.01.003-2	Ecocardiografia Transtorácica	R\$ 160,00	3.500
7 - 3	02.05.01.003-2	Ecocardiograma Fetal	R\$ 378,00	12
7 - 4	02.11.02.001-0	Cateterismo Cardíaco	R\$ 800,00	315
7 - 5	02.11.02.003-6	Eletrocardiograma	R\$ 7,06	7.500
7 - 6	02.11.02.004-4	Monitoramento pelo Sistema Holter 24 hs (3 canais)	R\$ 125,00	1.200
7 - 7	02.11.02.005-2	Monitoramento Ambulatorial de Pressão Arterial	R\$ 70,00	500
7 - 8	02.11.02.006-0	Teste de Esforço / Teste Ergométrico	R\$ 135,00	1.200
7 - 9	03.01.13.001-9	Avaliação Clínica e Eletrônica de Dispositivo Elétrico Cardíaco Implantável	R\$ 70,00	40
7 - 10	02.05.01.003-2	Ecocardiografia Transtorácica ( realizado no Ambulatório Municipal)	R\$ 130,00	3.500
7 - 11	02.11.02.004-4	Monitoramento pelo Sistema Holter 24 hs (3 canais) ( realizado no Ambulatório Municipal)	R\$ 95,00	1.200
7 - 12	02.11.02.005-2	Monitoramento Ambulatorial de Pressão Arterial ( realizado no Ambulatório Municipal)	R\$ 40,00	500
7 - 13	02.11.02.006-0	Teste de Esforço / Teste Ergométrico ( realizado no Ambulatório Municipal)	R\$ 105,00	1.200

**QUADRO 8 - OFTALMOLOGIA**

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
8 - 1	02.04.01.001-2	Dacriocistografia	R\$ 76,40	12
8 - 2	02.05.02.002-0	Paquimetria Ultrassônica (Monocular)	R\$ 53,00	745
8 - 3	02.08.09.002-9	Cintilografia de Glândula Lacrimal (Dracriocin lografia)	R\$ 370,00	12
8 - 4	02.11.06.001-1	Biometria Ultrassônica (Monocular)	R\$ 92,00	37
8 - 5	02.11.06.002-0	Biomicroscopia de Fundo de Olho	R\$ 12,34	5.250
8 - 6	02.11.06.003-8	Campimetria Computadorizada ou Manual com Gráfico	R\$ 100,00	300
8 - 7	02.11.06.005-4	Ceratometria	R\$ 6,74	37
8 - 8	02.11.06.006-2	Curva Diária de Pressão Ocular CDPO (Mínimo 3 Medidas)	R\$ 10,11	12
8 - 9	02.11.06.010-0	Fundoscopia	R\$ 3,37	10.000
8 - 10	02.11.06.011-9	Gonioscopia (Binocular)	R\$ 6,74	6
8 - 11	02.11.06.012-7	Mapeamento de Retina (Monocular)	R\$ 24,24	1.500
8 - 12	02.11.06.014-3	Microscopia Especular de Córnea	R\$ 140,00	37



8 - 13	02.11.06.017-8	Retinografia Colorida Binocular	R\$ 110,00	90
--------	----------------	---------------------------------	------------	----



Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
8 - 14	02.11.06.018-6	Retinografia Fluorescente Binocular	R\$ 200,00	180
8 - 15	02.11.06.020-8	Teste de Provocação de Glaucoma	R\$ 6,74	12
8 - 16	02.11.06.021-6	Teste de Schirmer	R\$ 3,37	12
8 - 17	02.11.06.022-4	Teste de Visão de Cores	R\$ 3,37	12
8 - 18	02.11.06.023-2	Teste Ortóptico (Binocular)	R\$ 12,34	12
8 - 19	02.11.06.024-0	Teste p/ Adaptação de Lente de Contato	R\$ 27,00	4
8 - 20	02.11.06.025-9	Tonometria	R\$ 3,37	3.000
8 - 21	02.11.06.026-7	Topografia Computadorizada de Córnea (Binocular)	R\$ 130,00	200
8 - 22	02.11.06.027-5	Triagem Oftalmológica	R\$ 45,00	10.000
8 - 23	02.11.06.028-3	Tomografia de Coerência Óptica (Binocular)	R\$ 250,00	300
8 - 24	03.01.01.010-2	Consulta para Diagnóstico / Reavaliação de Glaucoma (Inclui Tonometria, Fundoscopia e Campimetria)	R\$ 57,74	125
8 - 25	03.03.05.001-2	Acompanhamento e Avaliação de Glaucoma por Fundoscopia e Tonometria	R\$ 17,74	125
8 - 26	03.03.05.003-9	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma Binocular (1ª Linha)	R\$ 18,66	125
8 - 27	03.03.05.004-7	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma Binocular (2ª Linha)	R\$ 79,38	125
8 - 28	03.03.05.005-5	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma Binocular (3ª Linha)	R\$ 127,98	125
8 - 29	03.03.05.006-3	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma Monocular (1ª Linha)	R\$ 12,44	125
8 - 30	03.03.05.007-1	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma Monocular (2ª Linha)	R\$ 52,92	125
8 - 31	03.03.05.008-0	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma Monocular (3ª Linha)	R\$ 85,33	125
8 - 32	03.03.05.009-8	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma com Dispensação de Acetazolamida Monocular ou Binocular	R\$ 93,10	125
8 - 33	03.03.05.010-1	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma com Dispensação de Pilocarpina Monocular	R\$ 8,93	125
8 - 34	03.03.05.011-0	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma com Dispensação de Pilocarpina Binocular	R\$ 13,39	125
8 - 35	03.03.05.015-2	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma – 1ª Linha Associada à 2ª Linha – Monocular	R\$ 65,36	125
8 - 36	03.03.05.016-0	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma – 1ª Linha Associada à 2ª Linha – Binocular	R\$ 98,04	125
8 - 37	03.03.05.017-9	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma – 1ª Linha Associada à 3ª Linha – Monocular	R\$ 97,77	125
8 - 38	03.03.05.018-7	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma – 1ª Linha Associada à 3ª Linha – Binocular	R\$ 146,64	125
8 - 39	03.03.05.019-5	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma – 2ª Linha Associada à 3ª Linha – Monocular	R\$ 138,25	125
8 - 40	03.03.05.020-9	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma – 2ª Linha Associada à 3ª Linha – Binocular	R\$ 207,36	125
8 - 41	03.03.05.021-7	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma Monocular – Associação de 1ª, 2ª e 3ª Linhas	R\$ 150,69	125
8 - 42	03.03.05.022-5	Tratamento Oftalmológico de Paciente c/ Glaucoma Binocular – Associação de 1ª, 2ª e 3ª Linhas	R\$ 226,02	125
8 - 43	04.05.01.001-0	Correção Cirúrgica de Entropião e Ectropião	R\$ 382,84	30
8 - 44	04.05.01.003-6	Dacriocistorrinostomia	R\$ 681,87	20
8 - 45	04.05.01.004-4	Drenagem de Abscesso de Pálpebra	R\$ 22,93	12
8 - 46	04.05.01.006-0	Epilação de Cílios	R\$ 22,93	24
8 - 47	04.05.01.007-9	Exereses de Calázio e Outras Pequenas Lesões da Pálpebra e Supercílios (Unilateral)	R\$ 85,00	80
8 - 48	04.05.01.012-5	Reconstituição Parcial de Pálpebra com Tarsorrafia	R\$ 311,04	12
8 - 49	04.05.01.016-8	Sondagem de Vias Lacrimais (Unilateral)	R\$ 45,00	12
8 - 50	04.05.01.017-6	Sutura de Pálpebras	R\$ 143,99	15
8 - 51	04.05.01.019-2	Tratamento Cirúrgico de Triquíase c/ ou s/ Enxerto	R\$ 278,90	12
8 - 52	04.05.02.001-5	Correção Cirúrgica de Estrabismo (Acima de 2 Músculos)	R\$ 1.539,76	90
8 - 53	04.05.02.002-3	Correção Cirúrgica de Estrabismo (Até de 2 Músculos)	R\$ 1.120,74	90
8 - 54	04.05.03.004-5	Fotocoagulação à Laser	R\$ 180,00	350



Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
8 - 55	04.05.03.005-3	Injeção Intra-Vítrea	R\$ 500,00	862
8 - 56	04.05.03.007-0	Re nopexia c/ Introflexão Escleral	R\$ 1.429,60	10
8 - 57	04.05.03.013-4	Vitrectomia Anterior	R\$ 912,16	15
8 - 58	04.05.03.014-2	Vitrectomia Posterior (Contempla: Consulta c/ Re nólogo / US por Olho / Re nografia Simples e/ou Fluorescente / OCT / Inclui Honorários Médicos / Medicamentos / Materiais / Taxas	R\$ 5.000,00	30
8 - 59	04.05.03.019-3	Pan-Fotocoagulação de Re na à Laser (Por Olho)	R\$ 600,00	15
8 - 60	04.05.04.010-5	Explante de Lente Intra Ocular	R\$ 1.181,94	10
8 - 61	04.05.04.019-9	Tratamento Cirúrgico de Xantelasma	R\$ 116,42	12
8 - 62	04.05.04.020-2	Tratamento de Ptose Palpebral	R\$ 449,44	12
8 - 63	04.05.04.021-0	Reposicionamento de Lente Intraocular	R\$ 668,40	12
8 - 64	04.05.05.002-0	Capsulotomia a Yag Laser	R\$ 240,00	450
8 - 65	04.05.05.006-2	Correção de As gma smo Secundário	R\$ 70,00	12
8 - 66	04.05.05.007-0	Correção Cirúrgica de Hérnia de Íris	R\$ 336,96	12
8 - 67	04.05.05.008-9	Exerese de Tumor de Conjun va	R\$ 82,28	15
8 - 68	04.05.05.009-7	Facectomia c/ Implante de Lente Intra-Ocular	R\$ 531,60	20
8 - 69	04.05.05.010-0	Facectomia s/ Implante de Lente Intra-Ocular	R\$ 483,60	20
8 - 70	04.05.05.011-9	Facoemulsificação c/ Implante de Lente Intra-Ocular Rígida	R\$ 651,60	12
8 - 71	04.05.05.013-5	Implante de Prótese An -Glaucomatosa	R\$ 873,61	12
8 - 72	04.05.05.015-1	Implante Secundário de Lente Intra-Ocular – LIO	R\$ 1.739,76	10
8 - 73	04.05.05.016-0	Injeção Subconjun val / Subtenoniana	R\$ 8,24	12
8 - 74	04.05.05.017-8	Iridectomia Cirúrgica	R\$ 297,46	12
8 - 75	04.05.05.020-8	Paracentese de Câmara Anterior	R\$ 106,96	12
8 - 76	04.05.05.021-6	Recobrimento Conjun val	R\$ 172,27	12
8 - 77	04.05.05.022-4	Recons tuição de Fórnix Conjun val	R\$ 436,44	12
8 - 78	04.05.05.024-0	Re rada de Corpo Estranho Da Câmara Anterior do Olho	R\$ 335,72	12
8 - 79	04.05.05.025-9	Re rada de Corpo Estranho da Córnea	R\$ 56,00	120
8 - 80	04.05.05.028-3	Subs tuição de Lente Intra-Ocular	R\$ 544,88	12
8 - 81	04.05.05.029-1	Sutura de Conjun va	R\$ 82,28	12
8 - 82	04.05.05.030-5	Sutura de Córnea	R\$ 213,92	12
8 - 83	04.05.05.032-1	Trabeculectomia	R\$ 898,35	30
8 - 84	04.05.05.036-4	Tratamento Cirúrgico de Pterígio	R\$ 432,40	300
8 - 85	04.05.05.037-2	Facoemulsificação c/ Implante de Lente Intra-Ocular Dobrável	R\$ 771,60	300
8 - 86	99.02.11.000-6	Ceratoscopia Computadorizada	R\$ 100,00	12
8 - 87	99.02.11.000-8	Papilografia	R\$ 200,00	5

### QUADRO 9 – GINECOLOGIA

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Qtd.
9 - 1	02.01.01.050-0	Biópsia / Punção de Vagina	R\$ 30,00	36
9 - 2	02.01.01.051-8	Biópsia / Punção de Vulva	R\$ 30,00	30
9 - 3	02.01.01.056-9	Biópsia / Exerese de Nódulo de Mama	R\$ 150,00	24
9 - 4	02.01.01.066-6	Biópsia do Colo Uterino	R\$ 30,00	180
9 - 5	02.11.04.002-9	Colposcopia ou Vulvoscopia	R\$ 56,00	600
9 - 6	03.09.03.004-8	Criocauterização / Eletrocoagulação de Colo de Útero	R\$ 30,00	480
9 - 7	04.09.06.008-9	Excisão Tipo 1 do Colo Uterino (CAF)	R\$ 150,00	160
9 - 8	04.09.06.009-7	Exerese de Pólipo de Útero	R\$ 22,62	160
9 - 9	04.09.07.012-2	Drenagem de Glândula Bartholin / Skene	R\$ 12,97	24
9 - 10	04.09.07.016-5	Extirpação de Lesão de Vulva / Périneo (Por Eletrocoagulação ou Fulguração)	R\$ 56,00	30
9 - 11	04.09.07.017-3	Extração de Corpo Estranho da Vagina	R\$ 27,00	24



Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Qtd.
9 - 12	04.10.01.001-4	Drenagem de Abscesso de Mama	R\$ 30,00	24
9 - 13	04.10.01.002-2	Esvaziamento Percutâneo de Cisto Mamário	R\$ 20,74	24
9- 14	03.01.04.014-1	Inserção do Dispositivo Intra-Uterino ( DIU)	R\$ 120,00	1.000
9- 15	03.01.04.015-0	Retirada do Dispositivo Intra-Uterino (DIU)	R\$ 50,00	1.200
9- 16	04.09.06.030-5	Excisão Tipo II do Colo Uterino	R\$ 150,00	80
9- 17	02.01.01.056-9	Biópsia / Exerese de Nódulo de Mama (realização em sede própria)	R\$ 250,00	24
9- 18	02.11.04.004-5	Histeroscopia ( diagnóstica)	R\$ 1.700	160
9- 19	02.01.01.060-7	Punção de mama por agulha grossa	R\$ 726,00	100
9- 20	02.01.01.058-5	Punção aspirativa de mama por agulha fina	R\$ 502,95	100
9- 21	3.01.04.017-6	Inserção do implante subdérmico liberador de etonogestrel	R\$ 200,00	150

**QUADRO 10 – DIAGNÓSTICO / PROCEDIMENTOS POR ENDOSCOPIA**

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Qtd.
10 - 1	02.09.01.002-9	Colonoscopia (Coloscopia)	R\$ 638,00	1800
10 - 2	02.09.01.003-7	Esofagogastroduodenoscopia	R\$ 246,00	2.000
10 - 3	02.09.01.005-3	Retossigmoidoscopia	R\$ 222,00	90
10 - 4	02.09.04.001-7	Broncoscopia (Broncofibroscopia)	R\$ 1.000,00	25
10 - 5	02.09.04.004-1	Videolaringoscopia	R\$ 120,00	450
10 - 6	03.03.07.001-3	Dilatação de Esôfago c/ Ogivas sob Visão Endoscópica (Por Sessão)	R\$ 1.000,00	30
10 - 7	04.07.01.024-6	Retirada de Corpo Estranho do Tubo Digestivo por Endoscopia	R\$ 137,50	12
10 - 8	04.07.01.025-4	Retirada de Pólipo do Tubo Digestivo por Endoscopia	R\$ 253,00	150
10 - 9	04.07.01.031-9	Tratamento Esclerosante/ Ligadura Elástica de Lesão Hemorrágica do Aparelho Digestivo	R\$ 225,00	10
10 - 10	04.07.01.032-7	Tratamento Esclerosante de Lesões não Hemorrágicas do Aparelho Digestivo Incluindo Ligadura Elástica	R\$ 125,00	10
10- 11	04.07.02.039-0	Retirada de Corpo Estranho / Pólipos do Reto / Colo Sigmóide	R\$ 277,00	600
10 - 12	04.07.03.025-5	Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica Terapêutica	R\$ 8.000,00	12
10 - 13	04.17.01.006-0	Sedação	R\$ 170,00	350
10 - 14	99.02.09.000-2	Rinoscopia (Obrigatório CD ou DVD do resultado)	R\$ 150,00	500
10 - 15	99.02.09.000-6	Nasofibrolaringoscopia (Obrigatório CD ou DVD do resultado)	R\$ 200,00	300
10 - 16	99.04.07.000-2	Mucosectomia	R\$ 541,00	60
10 - 17	99.90.00.012-4	Clipe Metálico - Endoscópico / Colonoscópico	R\$ 950,00	12

**QUADRO 11 – OTORRINOLARINGOLOGIA / FONOAUDIOLOGIA**

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Qtd.
11 - 1	02.11.07.004-1	Audiometria Tonal Limiar (Via Aérea / Óssea)	R\$ 50,00	1200
11 - 2	02.11.07.014-9	Emissões Otoacústicas Evocadas p/ Triagem Auditiva (Teste da Orelhinha)	R\$ 15,00	600
11 - 3	02.11.07.015-7	Estudo de Emissões Otoacústicas Evocadas Transitórias e Produtos de Distorção (EOA)	R\$ 46,88	200
11 - 4	02.11.07.020-3	Imitanciometria	R\$ 23,00	1.200
11 - 5	02.11.07.026-2	Potencial Evocado Auditivo de Curta Média e Longa Latência	R\$ 400,00	30
11 - 6	02.11.07.034-3	Teste de Processamento Auditivo	R\$ 9,36	12
11 - 7	02.11.07.035-1	Testes Vestibulares / Otoneurológicos	R\$ 180,00	6
11 - 8	04.04.01.027-0	Remoção de Cerúmen de Conduto Auditivo Externo Uni/ Bilateral	R\$ 5,63	450
11 - 9	04.04.01.031-8	Retirada de Corpo Estranho de Ouvido / Faringe / Laringe / Nariz	R\$ 26,42	15
11- 10	04.04.01.001-6	Adenoidectomia	R\$1.448,63	50
11- 11	04.04.01.002-4	Amigdalectomia	R\$1.303,00	20
11- 12	04.04.01.003-2	Amigdalectomia c/ Adenoidectomia	R\$1.410,27	200
11- 13	04.04.01.010-5	Estapedectomia	R\$2596,91	50
11- 14	04.04.01.021-0	Mastoidectomia radical	R\$2.879,96	50
11- 15	04.04.01.032-6	Sinusotomia bilateral	R\$1.452,34	50



11- 16	04.04.01.033-4	Sinusotomia esfenoidal	R\$1.556,43	50
11- 17	04.04.01.035-0	Timpanoplas a	R\$2.393,53	50
11- 18	04.04.01.048-2	Septoplastia para correção de desvio	R\$1.096,11	50
11- 19	04.04.01.052-0	Septoplasria reparadora não estética	R\$978,13	50
11- 20	04.04.04.022-9	Mastoidectomia Subtotal	R\$1.922,43	50
11 - 21	02.11.07.002-5	Audiometria de reforço visual ( via aérea/ óssea)	R\$ 50,00	1200
11 - 22	02.11.07.021-1	Logoaudiometria ( LDV-LRF)	R\$ 55,00	1200
11- 23	04.04.01.036-9	Timpanotomia p/ Tubo de Ventilação	R\$227,36	150
11- 24	04.04.01.005-9	Drenagem de Abscesso Faríngeo	R\$150,00	150
11- 25	04.04.01.007-5	Drenagem de Furúnculo no Conduto Auditivo Externo	R\$10,00	150
11- 26	02.11.07.026-2	Potencial Evocado Auditivo de Curta, Média e Longa Latência – Com Sedação	R\$1.500,00	200


**QUADRO 12 - NEUROLOGIA**

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
12 - 1	02.11.05.003-2	Eletroencefalograma em Sono Induzido c/ ou s/ Medicamento (EEG)	R\$ 50,00	1.500
12 - 2	02.11.05.004-0	Eletroencefalograma em Vigília e Sono Espontâneo c/ ou s/ Fotes mulo (EEG)	R\$ 37,00	450
12 - 3	02.11.05.005-9	Eletroencefalograma Quan ta vo c/ Mapeamento (EEG)	R\$ 200,00	200
12 - 4	02.11.05.008-3	Eletroneuromiografia (ENMG) – Por Membro	R\$ 350,00	348
12 - 5	02.11.05.010-5	Polissonografia c/ ou s/ CPAP	R\$ 600,00	46
12 - 6	03.01.01.007-2	Primeira avaliação - Novos Casos com Indicação de Aplicação Botulínica	R\$ 230,00	150
12 - 7	03.01.01.007-2	Retorno de 2 Meses após Aplicação Botulínica	R\$ 180,00	150
12 - 8	99.20.10.314-0	Aplicação Botulínica (Pacote de Aplicação – Inclui todos os Segmentos / Membros do Corpo e Materiais)	R\$ 280,00	150

**QUADRO 13 – OUTROS PROCEDIMENTOS**

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
13 - 1	02.01.01.002-0	Biópsia / Punção de Tumor Superficial da Pele	R\$ 80,00	412
13 - 2	02.01.01.004-6	Biópsia de Ânus e Canal Anal	R\$ 18,46	30
13 - 3	02.01.01.019-4	Biópsia de Faringe / Laringe	R\$ 19,06	24
13 - 4	02.01.01.022-4	Biópsia de Gânglio Linfá co	R\$ 46,19	24
13 - 5	02.01.01.041-0	Biópsia de Próstata	R\$ 680,00	240
13 - 6	02.01.01.047-0	Biópsia de Tireóide ou Paratireóide – PAAF ( inclui a ultrassonografia)	R\$ 193,00	24
13 - 7	02.01.01.054-2	Biópsia Percutânea Orientada por Tomografia Computadorizada / Ultrassonografia / Ressonância Magnética / Raio X	R\$ 97,00	346
13 - 8	02.11.08.005-5	Espirometria ou Prova de Função Pulmonar Completa com Broncodilatador	R\$ 118,00	980
13 - 9	02.11.09.001-8	Avaliação Urodinâmica Completa	R\$ 400,00	600
13 - 10	03.09.07.001-5	Tratamento Esclerosante não Esté co de Varizes dos Membros Inferiores (Unilateral)	R\$ 300,78	24
13 - 11	03.09.07.002-3	Tratamento Esclerosante não Esté co de Varizes dos Membros Inferiores (Bilateral)	R\$ 392,62	24
13 - 12	04.01.01.004-0	Eletrocoagulação de Lesão Cutânea	R\$ 27,00	4.000
13 - 13	04.01.01.005-8	Excisão de Lesão e/ou Sutura de Ferimento da Pele, Anexos e Mucosas	R\$ 56,00	350
13 - 14	04.01.01.007-4	Exerese de Tumor de Pele e Anexos / Cisto Sebáceo / Lipoma	R\$ 56,00	600
13 - 15	04.01.01.009-0	Fulguração / Cauterização Química de Lesões Cutâneas	R\$ 27,00	240
13 - 16	04.01.01.010-4	Incisão e Drenagem de Abscesso	R\$ 27,00	120
13 - 17	04.01.01.011-2	Re rada de Corpo Estranho Subcutâneo	R\$ 11,84	36
13 - 18	04.01.01.012-0	Re rada de Lesão por Shaving	R\$ 19,79	350
13 - 19	04.01.02.017-7	Cirurgia de Unha (Cantoplas a)	R\$ 80,00	24
13 - 20	04.06.02.013-2	Excisão e Sutura de Hemangioma	R\$ 29,86	74
13 - 21	04.06.02.014-0	Excisão e Sutura de Linfangioma / Nevus	R\$ 29,86	504
13 - 22	04.06.02.029-9	Linfadenectomia Superficial	R\$ 16,92	24
13 - 23	04.07.02.031-4	Ligadura Elás ca de Hemorróidas (Sessão)	R\$ 14,77	90
13 - 24	04.07.04.019-6	Paracentese Abdominal	R\$ 12,27	24
13 - 25	04.08.06.021-2	Ressecção de Cisto Sinovial	R\$ 28,42	24
13 - 26	04.08.06.065-4	Tratamento Cirúrgico de Polidac lia Não Ar culada	R\$ 28,42	24
13 - 27	04.09.01.059-6	Ureterolitotripsia Transureteroscópica Flexível à Laser - Unilateral	R\$ 9.110,00	24
13 - 28	04.09.01.059-6	Ureterolitotripsia Transureteroscópica Flexível à Laser – Bilateral	R\$ 10.130,00	24
13 - 29	04.09.01.059-6	Ureterolitotripsia Transureteroscópica Rígida – Uni/Bilateral	R\$ 6.916,00	24





Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
13 - 30	04.09.01.059-6	Ureterolitotripsia Transureteroscópica Rígida à Laser – Uni/Bilateral	R\$ 7.916,00	24
13 - 31	04.09.02.006-0	Meatotomia Endoscópica Simples	R\$ 34,10	24
13 - 32	04.09.04.006-1	Exeresse de Cisto de Bolsa Escrotal	R\$ 56,00	24
13 - 33	04.09.04.024-0	Vasectomia – Ambulatorial	R\$ 650,00	2.000
13 - 34	04.09.05.005-9	Liberação / Plástica de Prepúcio	R\$ 13,54	24
13 - 35	04.09.05.006-7	Plástica de Freio Balano-Prepucial	R\$ 34,10	24
13 - 36	04.13.04.001-1	Autonomização de Retalho	R\$ 31,28	24
13 - 37	04.15.04.004-3	Debridamento de Úlcera / Necrose	R\$ 29,86	30
13 - 38	99.02.09.000-1	Manometria Anorretal	R\$ 400,00	24
13 - 39	99.02.11.000-9	pHmetria Esofágica	R\$ 400,00	100
13 - 40	99.02.11.001-0	Manometria Esofágica	R\$ 400,00	100
13- 41	99.99.00.003-2	Preparo hospitalar para colonoscopia (não inclui o manitol)	R\$ 400	1.000
13- 42	03.01.04.018-4	Retirada do implante subdérmico liberador de etonogestrel	R\$ 11,84	200
13- 43	04.09.05.008-3	Postectomia	R\$ 650,00	140
13 - 44	02.01.01.041-0	Biópsia de Próstata (realização em sede própria)	R\$780,00	240
13 - 45	02.01.01.047-0	Biópsia de Tireóide ou Paratireóide – PAAF (realização em sede própria)	R\$250,00	240
13 - 46	04.01.01.008-2	Frenectomia/Frenotomia	R\$800,00	24
13 - 47	04.03.05.008-1	Neurotomia Percutânea de Nervos Periféricos por Agentes Químicos	R\$18,85	500

#### QUADRO 14 – CONSULTAS E PLANTÕES

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
14 - 1	03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior – Cirurgião Den sta – Traumatologista Bucomaxilofacial	R\$ 45,00	120
14 - 2	03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada	R\$ 60,00	50.000
14 - 3	03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada – Fora do Domicílio	R\$ 80,00	1.500
14 - 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	-
14 - 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	-
14 - 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	-
14 - 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	-
14 - 8	-	Hora Plantão CLÍNICO Meio de Semana, feriado, 24 e 31 de dezembro (07:00 às 13:00 / 13:00 às 19:00 / 19:00 às 00:00 / 19:00 às 07:00)	R\$ 225,80	-
14 - 9	-	Hora Plantão CLÍNICO Final de Semana, feriado, 24 e 31 de dezembro (07:00 às 13:00 / 13:00 às 19:00 / 19:00 às 00:00 / 19:00 às 07:00)	R\$ 271,00	-
14 - 10	-	Hora Plantão PEDIATRA Meio de Semana, feriado, 24 e 31 de dezembro (07:00 às 13:00 / 13:00 às 19:00 / 19:00 às 00:00 / 19:00 às 07:00)	R\$ 271,00	-
14 - 11	-	Hora Plantão PEDIATRA Final de Semana, feriado, 24 e 31 de dezembro (07:00 às 13:00 / 13:00 às 19:00 / 19:00 às 00:00 / 19:00 às 07:00)	R\$ 338,80	-
14 - 12	03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada- Mastologista	R\$ 150,00	120
14 - 13	03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada- Hematologista	R\$ 100,00	400
14 - 14	01.01.01.002-8	Atividade Educativa / Orientação em Grupo na Atenção Especializada	R\$240,00	150

\* \* \*



**QUADRO 15 – DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA**

<b>Nº</b>	<b>Código</b>	<b>Nome</b>	<b>Valor Chamamento</b>	<b>Quant.</b>
15 - 1	02.10.01.007-0	ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO	R\$ 1.100,00	84
15 - 2	02.10.01.013-4	ARTERIOGRAFIA SELETIVA DE CAROTIDA	R\$ 1.500,00	96
15 - 3	02.10.01.009-6	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE DOENCA ARTERIOSCLEROTICA AORTO-ILIACA E DISTAL	R\$ 1.150,00	60