

Alterado pelo Decreto Municipal nº 5869/2021;

DECRETO MUNICIPAL Nº 5837

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

MARCELO DE MORAIS, Prefeito do Município de São Sebastião do Paraíso, no uso de suas atribuições legais;

CONSIDERANDO a Norma Operacional Básica – NOB 01/96, que 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 o disposto nos artigos 1140 a 1142, da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de Setembro de 2017 que trata da Tabela diferenciada para remuneração de serviços assistenciais de saúde - Origem Portaria n.º 1606/GM em 11 de setembro de 2001;

CONSIDERANDO especialmente o disposto no art. 1140 da norma supracitada, que define que Estados, Distrito Federal e Municípios que adotarem tabela diferenciada para remuneração de serviços de saúde deverão, para efeito de complementação financeira, deverão 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 do Conselho Municipal de Saúde, através da Resolução SMS/CMS 0001/2021, de 06.04.2021, a qual promove a aprovação de alterações de valores na tabela municipal de exames, consultas e procedimentos.

DECRETA:

Art. 1º– Fica atualizada, na forma do Anexo Único, a nova Tabela de Consultas, Plantões, Exames, Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares, a qual possui como base de cálculo o valor da Tabela SUS, bem como índices praticados pelo município.

Parágrafo Único. O Anexo Único constante deste Decreto constará do código do procedimento inscrito no SUS, a descrição completa do procedimento e o valor a ser pago, tudo conforme aprovação 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 este seja inscrito na tabela do SUS.

Art. 3º– A estrutura da Tabela será dividida da seguinte forma: Exames Laboratoriais; Raio-X; Ultrassonografia; Tomografia; Ressonância Magnética; Cardiologia; Oftalmologia; Ginecologia; Diagnóstico / Procedimentos por endoscopia; Otorrinolaringologia / Fonoaudiologia; Neurologia; Outros procedimentos; e Consultas e Plantões.

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

Art. 5º– Os valores descritos na Tabela poderão sofrer reajustes desde que analisados e validados pela equipe de Regulação Controle de Avaliação – RCA do município e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde – CMS.

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, especialmente o Decreto Municipal nº 4909/2017, este decreto entrará em vigor após sua publicação.

Prefeitura Municipal de São Sebastião do Paraíso, 29 de abril de 2021.

MARCELO DE MORAIS
Prefeito Municipal

ANEXO ÚNICO – DECRETO MUNICIPAL Nº 5837

Tabela de Exames, Consultas, Procedimentos e Plantões – Secretaria Municipal de Saúde

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
Oftalmologia.....	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-Antitripsina	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 Creatinina	R\$ 1,85	25.000
1 - 17	02.02.01.032-5	Dosagem de Creatinofosfoquinase (CPK)	R\$ 3,68	1.875
1 - 18	02.02.01.033-3	Dosagem de Creatinofosfoquinase Fração MB	R\$ 4,12	45
1 - 19	02.02.01.036-8	Dosagem de Desidrogenase Láctica (DHL)	R\$ 3,68	15
1 - 20	02.02.01.038-4	Dosagem de Ferritina	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

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
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
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-Oxalacética (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 Reticulócitos	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 Tromboplastina Parcial Ativada (TTP Ativada)	R\$ 5,77	1.500
1 - 54	02.02.02.014-2	Determinação de Tempo e Atividade 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 (Antígeno)	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 Filária	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 Anticoagulante 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 Hepatite C (Qualitativo)	R\$ 200,00	15
1 - 75	02.02.03.007-5	Determinação de Fator Reumatóide	R\$ 2,83	2.250

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
1 - 76	02.02.03.008-3	Determinação Quantitativa de Proteína C Reativa	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 Antígeno Prostático 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 Reativa	R\$ 2,83	3.000
1 - 83	02.02.03.021-0	Genotipagem de Vírus da Hepatite C	R\$ 298,48	30
1 - 84	02.02.03.025-3	Pesquisa de Anticorpo IGG Anticardiolipina	R\$ 29,52	10
1 - 85	02.02.03.026-1	Pesquisa de Anticorpo IGM Anticardiolipina	R\$ 29,52	10
1 - 86	02.02.03.027-0	Pesquisa de Anticorpos Anti-DNA	R\$ 30,00	60
1 - 87	02.02.03.029-6	Pesquisa de Anticorpos Anti-HIV-1 (Western Blot)	R\$ 85,00	15
1 - 88	02.02.03.030-0	Pesquisa de Anticorpos Anti-HIV-1 + HIV-2 (Elisa)	R\$ 10,00	3.375
1 - 89	02.02.03.032-6	Pesquisa de Anticorpos Anti-Ribonucleoproteína (RNP)	R\$ 30,00	15
1 - 90	02.02.03.034-2	Pesquisa de Anticorpos Anti-SM	R\$ 16,67	10
1 - 91	02.02.03.035-0	Pesquisa de Anticorpos Anti-SS-A (RO)	R\$ 22,64	10
1 - 92	02.02.03.036-9	Pesquisa de Anticorpos Anti-SS-B (LA)	R\$ 22,64	10
1 - 93	02.02.03.040-7	Pesquisa de Anticorpos Antibrucelas	R\$ 3,70	15
1 - 94	02.02.03.046-6	Pesquisa de Anticorpos Antiespermatozóides	R\$ 9,70	15
1 - 95	02.02.03.047-4	Pesquisa de Anticorpos Antiestreptolisina O (ASLO)	R\$ 2,83	1.500
1 - 96	02.02.03.055-5	Pesquisa de Anticorpos Antimicrosomas	R\$ 20,45	15
1 - 97	02.02.03.059-8	Pesquisa de Anticorpos Antinúcleo (FAN)	R\$ 17,16	1.500
1 - 98	02.02.03.062-8	Pesquisa de Anticorpos Antitireoglobulina	R\$ 22,00	15
1 - 99	02.02.03.063-6	Pesquisa de Anticorpos Contra Antígeno de Superfície do Vírus da Hepatite B (Anti-HBS)	R\$ 18,55	15
1 - 100	02.02.03.064-4	Pesquisa de Anticorpos Contra Antígeno E do Vírus da Hepatite B (Anti-HBE)	R\$ 18,55	15
1 - 101	02.02.03.067-9	Pesquisa de Anticorpos Contra o Vírus da Hepatite C (Anti-HCV)	R\$ 18,55	1.750
1 - 102	02.02.03.070-9	Pesquisa de Anticorpos Contra Paracoccidoides Brasiliensis	R\$ 4,10	12
1 - 103	02.02.03.071-7	Pesquisa de Anticorpos e/ou Antígeno do Vírus Sincicial Respiratório	R\$ 190,50	5
1 - 104	02.02.03.073-3	Pesquisa de Anticorpos Heterófilos Contra o Vírus Epstein-Barr	R\$ 2,83	62
1 - 105	02.02.03.074-1	Pesquisa de Anticorpos IGG Anticitomegalovírus	R\$ 11,00	82
1 - 106	02.02.03.076-8	Pesquisa de Anticorpos IGG Antitoxoplasma	R\$ 16,97	2.125
1 - 107	02.02.03.077-6	Pesquisa de Anticorpos IGG Antitrypanosoma Cruzi	R\$ 9,25	200
1 - 108	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
1 - 109	02.02.03.079-2	Pesquisa de Anticorpos IGG Contra o Arbovírus	R\$ 30,00	12
1 - 110	02.02.03.080-6	Pesquisa de Anticorpos IGG Contra o Vírus da Hepatite A (HAV-IGG)	R\$ 18,55	150
1 - 111	02.02.03.081-4	Pesquisa de Anticorpos IGG Contra o Vírus da Rubéola	R\$ 17,16	60
1 - 112	02.02.03.085-7	Pesquisa de Anticorpos IGM Anticitomegalovírus	R\$ 11,61	60
1 - 113	02.02.03.087-3	Pesquisa de Anticorpos IGM Antitoxoplasma	R\$ 18,55	2.250
1 - 114	02.02.03.088-1	Pesquisa de Anticorpos IGM Antitrypanosoma Cruzi	R\$ 9,25	200
1 - 115	02.02.03.089-0	Pesquisa de Anticorpos IGM Contra Antígeno Central do Vírus da Hepatite B (Anti-HBC-IGM)	R\$ 18,55	15
1 - 116	02.02.03.090-3	Pesquisa de Anticorpos IGM Contra o Arbovírus	R\$ 22,00	15.000
1 - 117	02.02.03.091-1	Pesquisa de Anticorpos IGM Contra o Vírus da Hepatite A (HAV-IGG)	R\$ 18,55	120
1 - 118	02.02.03.092-0	Pesquisa de Anticorpos IGM Contra o Vírus da Rubéola	R\$ 17,16	75
1 - 119	02.02.03.093-8	Pesquisa de Anticorpos IGM Contra o Vírus da Varicela-Herpes Zoster	R\$ 27,65	15
1 - 120	02.02.03.094-6	Pesquisa de Anticorpos IGM Contra o Vírus Epstein-Barr	R\$ 26,68	15
1 - 121	02.02.03.096-2	Pesquisa de Antígeno Carcinoembrionário (CEA)	R\$ 13,35	75
1 - 122	02.02.03.097-0	Pesquisa de Antígeno de Superfície do Vírus da Hepatite B	R\$ 18,55	3.125

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
		(HBSAG)		
1 - 123	02.02.03.098-9	Pesquisa de Antígeno E do Vírus da Hepatite B (HBEAG)	R\$ 18,55	45
1 - 124	02.02.03.100-4	Pesquisa de Crioglobulinas	R\$ 8,29	10
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/ Diagnóstico da Sífilis	R\$ 10,00	90
1 - 131	02.02.03.113-6	Teste FTA-ABS IGM P/ Diagnóstico 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 Anticorpos Antitransglutaminase 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 Antígeno CA 125	R\$ 23,03	20
1 - 136	02.02.03.126-8	Pesquisa de Anticorpos Anti-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 Creatinina	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-Acético (Serotonina)	R\$ 29,26	10
1 - 149	02.02.06.008-0	Dosagem de Adrenocorticotrófico (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 Cortisol	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-Estimulante (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 Tireoestimulante (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 Peptídeo 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 Prolactina	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

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
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
1 - 174	02.02.06.039-0	Dosagem de Triiodotironina (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 Lítio	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	Antibiograma	R\$ 4,98	6.875
1 - 187	02.02.08.004-8	Baciloscopia Direta P/ BAAR Tuberculose (Diagnóstica)	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/ Identificação	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 Identificação 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	Identificação Automatizada 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 Espermatozoides (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 Antiglobulina Humana (TIA)	R\$ 2,73	300
1 - 201	02.03.01.001-9	Exame Citopatológico Cérvico-Vaginal / Microflora	R\$ 13,72	6.250
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	3.000
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	Anticorpo Anti-Receptor de TSH (TRAB)	R\$ 47,00	150
1 - 211	99.02.02.000-5	Relação Proteína / Creatinina Urinária	R\$ 18,00	150
1 - 212	99.02.02.000-6	ANCA (Anticorpos Anticitoplasma de Neutrófilo) P-Anca, C-Anca	R\$ 54,00	150
1 - 213	99.02.02.000-7	Anti-Jo 1	R\$ 35,00	150
1 - 214	99.02.02.000-8	Anti-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	Anti-Gliadina – IGA	R\$ 53,00	50
1 - 217	99.02.02.001-7	Anti-Gliadina – IGG	R\$ 51,00	50
1 - 218	99.02.02.002-0	Teste de Avidéz para Toxoplasmose	R\$ 90,00	12
1 - 219	99.04.01.000-3	Determinação Qualitativa de Proteína C Reativa	R\$ 220,00	30

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 / Bretton + 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\$ 75,00	450
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
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

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Qtd.
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

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\$ 100,00	3.000
3 - 2	02.05.01.004-0	Ultrassonografia de Carótidas	R\$ 89,90	375
3 - 3	02.05.01.005-9	Ultrassonografia Doppler de Fluxo Obstétrico	R\$ 100,00	30
3 - 4	02.05.02.003-8	Ultrassonografia de Abdomen Superior	R\$ 38,50	687
3 - 5	02.05.02.004-6	Ultrassonografia de Abdomen Total	R\$ 38,50	2.250
3 - 6	02.05.02.005-4	Ultrassonografia de Aparelho Urinário	R\$ 38,50	2.250
3 - 7	02.05.02.006-2	Ultrassonografia de Articulação / Articulação de Quadril (Infantil)	R\$ 49,00	30.000
3 - 8	02.05.02.006-2	Ultrassonografia de Região Cervical Posterior ou Partes Moles	R\$ 38,50	210
3 - 9	02.05.02.007-0	Ultrassonografia de Bolsa Escrotal	R\$ 38,50	150
3 - 10	02.05.02.008-9	Ultrassonografia de Globo Ocular / Órbita (Monocular)	R\$ 38,50	60
3 - 11	02.05.02.009-7	Ultrassonografia Mamária Bilateral	R\$ 38,50	2.250
3 - 12	02.05.02.010-0	Ultrassonografia de Próstata por Via Abdominal	R\$ 38,50	300
3 - 13	02.05.02.011-9	Ultrassonografia de Próstata (Via Transretal)	R\$ 38,50	15
3 - 14	02.05.02.012-7	Ultrassonografia de Tireóide ou Região Cervical Anterior	R\$ 38,50	375
3 - 15	02.05.02.013-5	Ultrassonografia de Tórax (Extracardiaca)	R\$ 38,50	15
3 - 16	02.05.02.014-3	Ultrassonografia Obstétrica ou Obstétrico com Translucência Nucal	R\$ 38,50	1.750
3 - 17	02.05.02.014-3	Ultrassonografia Obstétrica Morfológica	R\$ 100,00	800
3 - 18	02.05.02.014-3	Ultrassonografia Gemelar	R\$ 70,00	15
3 - 19	02.05.02.015-1	Ultrassonografia Obstétrica c/ Doppler Colorido e Pulsado	R\$ 100,00	81
3 - 20	02.05.02.016-0	Ultrassonografia Pélvica (Ginecológica)	R\$ 38,50	375
3 - 21	02.05.02.017-8	Ultrassonografia Transfontanela	R\$ 38,50	15
3 - 22	02.05.02.018-6	Ultrassonografia Transvaginal	R\$ 38,50	3.000

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\$ 39,60	3.000
4 - 2	02.05.01.004-0	Ultrassonografia de Carótidas	R\$ 39,60	375
4 - 3	02.05.01.005-9	Ultrassonografia Doppler de Fluxo Obstétrico	R\$ 42,90	30
4 - 4	02.05.02.003-8	Ultrassonografia de Abdomen Superior	R\$ 24,20	687
4 - 5	02.05.02.004-6	Ultrassonografia de Abdomen Total	R\$ 37,95	2.250
4 - 6	02.05.02.005-4	Ultrassonografia de Aparelho Urinário	R\$ 24,20	2.250
4 - 7	02.05.02.006-2	Ultrassonografia de Articulação / Articulação de Quadril (Infantil)	R\$ 24,20	30.000
4 - 8	02.05.02.006-2	Ultrassonografia de Região Cervical Posterior ou Partes Moles	R\$ 24,20	210
4 - 9	02.05.02.007-0	Ultrassonografia de Bolsa Escrotal	R\$ 24,20	150
4 - 10	02.05.02.008-9	Ultrassonografia de Globo Ocular / Órbita (Monocular)	R\$ 24,20	60
4 - 11	02.05.02.009-7	Ultrassonografia Mamária Bilateral	R\$ 24,20	2.250
4 - 12	02.05.02.010-0	Ultrassonografia de Próstata por Via Abdominal	R\$ 24,20	300
4 - 13	02.05.02.011-9	Ultrassonografia de Próstata (Via Transretal)	R\$ 24,20	15
4 - 14	02.05.02.012-7	Ultrassonografia de Tireóide ou Região Cervical Anterior	R\$ 24,20	375

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
4 - 15	02.05.02.013-5	Ultrassonografia de Tórax (Extracardiaca)	R\$ 24,20	15
4 - 16	02.05.02.014-3	Ultrassonografia Obstétrica ou Obstétrico com Translucência Nucal	R\$ 24,20	1.750
4 - 17	02.05.02.014-3	Ultrassonografia Obstétrica Morfológica	R\$ 24,20	800
4 - 18	02.05.02.014-3	Ultrassonografia Gemelar	R\$ 24,20	15
4 - 19	02.05.02.015-1	Ultrassonografia Obstétrica c/ Doppler Colorido e Pulsado	R\$ 39,60	81
4 - 20	02.05.02.016-0	Ultrassonografia Pélvica (Ginecológica)	R\$ 24,20	375
4 - 21	02.05.02.017-8	Ultrassonografia Transfontanela	R\$ 24,20	15
4 - 22	02.05.02.018-6	Ultrassonografia Transvaginal	R\$ 24,20	3.000

QUADRO 5 – RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
5 - 1	02.07.01.001-3	Angiorressonância Cerebral	R\$ 420,00	25
5 - 2	02.07.01.002-1	Ressonância Magnética de Articulação Têmporo-Mandibular (Bilateral)	R\$ 420,00	15
5 - 3	02.07.01.003-0	Ressonância Magnética de Coluna Cervical / Pescoço	R\$ 319,00	200
5 - 4	02.07.01.004-8	Ressonância Magnética de Coluna Lombo-Sacra	R\$ 319,00	500
5 - 5	02.07.01.005-6	Ressonância Magnética de Coluna Torácica	R\$ 319,00	75
5 - 6	02.07.01.006-4	Ressonância Magnética de Crânio	R\$ 319,00	250
5 - 7	02.07.01.007-2	Ressonância Magnética de Sela Túrcica	R\$ 319,00	30
5 - 8	02.07.02.001-9	Ressonância Magnética de Coração / Aorta c/ Cine	R\$ 600,00	12
5 - 9	02.07.02.002-7	Ressonância Magnética de Membro Superior (Unilateral)	R\$ 319,00	120
5 - 10	02.07.02.003-5	Ressonância Magnética de Tórax	R\$ 319,00	15
5 - 11	02.07.03.001-4	Ressonância Magnética de Abdomen Superior	R\$ 420,00	90
5 - 12	02.07.03.002-2	Ressonância Magnética de Bacia / Pelve / Abdomen Inferior	R\$ 420,00	90
5 - 13	02.07.03.003-0	Ressonância Magnética de Membro Inferior (Unilateral)	R\$ 319,00	450
5 - 14	02.07.03.004-9	Ressonância Magnética de Vias Biliares / Colangiorressonância	R\$ 319,00	15
5 - 15	99.02.07.000-1	Angiorressonância (Inclui Pescoço, Abdome, Tórax e qualquer outro segmento)	R\$ 420,00	30
5 - 16	99.02.07.000-2	Angiorressonância de Aorta (Inclui Torácica, Abdominal e qualquer outro segmento)	R\$ 600,00	15
5 - 17	99.02.07.000-3	Artro Ressonância (Inclui a Punção Articular)	R\$ 500,00	15
5 - 18	99.02.07.000-4	Ressonância Magnética com Anestesia Geral	R\$ 1.180,00	15

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 / Articulações 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 Articulações 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 Articulações 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\$ 89,19	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

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\$ 45,00	30
8 - 3	02.08.09.002-9	Cintilografia de Glândula Lacrimal (Dracriocintilografia)	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	1.750
8 - 6	02.11.06.003-8	Campimetria Computadorizada ou Manual com Gráfico	R\$ 100,00	150
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	60
8 - 12	02.11.06.014-3	Microscopia Espelular de Córnea	R\$ 140,00	37
8 - 13	02.11.06.017-8	Retinografia Colorida Binocular	R\$ 70,00	90
8 - 14	02.11.06.018-6	Retinografia Fluorescente Binocular	R\$ 200,00	90
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	10.00
8 - 21	02.11.06.026-7	Topografia Computadorizada de Córnea (Binocular)	R\$ 100,00	75
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\$ 180,00	100
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	R\$ 93,10	125

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
		Acetazolamida Monocular ou Binocular		
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 Ectrópico	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	12
8 - 47	04.05.01.007-9	Exerese 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 Triquiase 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	40
8 - 53	04.05.02.002-3	Correção Cirúrgica de Estrabismo (Até de 2 Músculos)	R\$ 1.120,74	40
8 - 54	04.05.03.004-5	Fotocoagulação à Laser	R\$ 180,00	300
8 - 55	04.05.03.005-3	Injeção Intra-Vítrea	R\$ 500,00	862
8 - 56	04.05.03.007-0	Retinopexia 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/ Retinólogo / US por Olho / Retinografia 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 Retina 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\$ 175,00	150
8 - 65	04.05.05.006-2	Correção de Astigmatismo 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 Conjuntiva	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 Anti-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 Subconjuntival / Subtenoniana	R\$ 8,24	12
8 - 74	04.05.05.017-8	Iridectomia Cirúrgica	R\$ 297,46	12

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
8 - 75	04.05.05.020-8	Paracentese de Câmara Anterior	R\$ 106,96	12
8 - 76	04.05.05.021-6	Recobrimento Conjuntival	R\$ 172,27	12
8 - 77	04.05.05.022-4	Reconstituição de Fórnix Conjuntival	R\$ 436,44	12
8 - 78	04.05.05.024-0	Retirada de Corpo Estranho Da Câmara Anterior do Olho	R\$ 335,72	12
8 - 79	04.05.05.025-9	Retirada de Corpo Estranho da Córnea	R\$ 56,00	120
8 - 80	04.05.05.028-3	Substituição de Lente Intra-Ocular	R\$ 544,88	12
8 - 81	04.05.05.029-1	Sutura de Conjuntiva	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\$ 209,55	100
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	18
9 - 2	02.01.01.051-8	Biópsia / Punção de Vulva	R\$ 30,00	15
9 - 3	02.01.01.056-9	Biópsia / Exerese de Nódulo de Mama	R\$ 150,00	12
9 - 4	02.01.01.066-6	Biópsia do Colo Uterino	R\$ 30,00	15
9 - 5	02.11.04.002-9	Colposcopia ou Vulvosopia	R\$ 56,00	300
9 - 6	03.09.03.004-8	Criocauterização / Eletrocoagulação de Colo de Útero	R\$ 30,00	240
9 - 7	04.09.06.008-9	Excisão Tipo 1 do Colo Uterino (CAF)	R\$ 150,00	80
9 - 8	04.09.06.009-7	Exerese de Pólipo de Útero	R\$ 22,62	80
9 - 9	04.09.07.012-2	Drenagem de Glândula Bartholin / Skene	R\$ 12,97	12
9 - 10	04.09.07.016-5	Extirpação de Lesão de Vulva / Períneo (Por Eletrocoagulação ou Fulguração)	R\$ 56,00	15
9 - 11	04.09.07.017-3	Extração de Corpo Estranho da Vagina	R\$ 27,00	12
9 - 12	04.10.01.001-4	Drenagem de Abscesso de Mama	R\$ 30,00	12
9 - 13	04.10.01.002-2	Esvaziamento Percutâneo de Cisto Mamário	R\$ 20,74	12

QUADRO 10 – DIAGNÓSTICO / PROCEDIMENTOS POR ENDOSCOPIA

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Qtd.
1 - 1	02.09.01.002-9	Colonoscopia (Coloscopia)	R\$ 325,00	900
1 - 2	02.09.01.003-7	Esofagogastroduodenoscopia	R\$ 168,75	2.000
1 - 3	02.09.01.005-3	Retossigmoidoscopia	R\$ 100,00	90
1 - 4	02.09.04.001-7	Broncoscopia (Broncofibroscopia)	R\$ 1.000,00	25
1 - 5	02.09.04.004-1	Videolaringoscopia	R\$ 120,00	450
1 - 6	03.03.07.001-3	Dilatação de Esôfago c/ Ogivas sob Visão Endoscópica (Por Sessão)	R\$ 1.000,00	30
1 - 7	04.07.01.024-6	Retirada de Corpo Estranho do Tubo Digestivo por Endoscopia	R\$ 137,50	12
1 - 8	04.07.01.025-4	Retirada de Pólipo do Tubo Digestivo por Endoscopia	R\$ 250,00	150
1 - 9	04.07.01.031-9	Tratamento Esclerosante/ Ligadura Elástica de Lesão Hemorrágica do Aparelho Digestivo	R\$ 225,00	10
1 - 10	04.07.01.032-7	Tratamento Esclerosante de Lesões não Hemorrágicas do Aparelho Digestivo Incluindo Ligadura Elástica	R\$ 125,00	10
1 - 11	04.07.02.039-0	Retirada de Corpo Estranho / Pólipos do Reto / Colo Sigmóide	R\$ 250,00	30
1 - 12	04.07.03.025-5	Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica Terapêutica	R\$ 8.000,00	12
1 - 13	04.17.01.006-0	Sedação	R\$ 150,00	100
1 - 14	99.02.09.000-2	Rinoscopia (Obrigatório CD ou DVD do resultado)	R\$ 150,00	500

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Qtd.
1 - 15	99.02.09.000-6	Nasofibrolaringoscopia (Obrigatório CD ou DVD do resultado)	R\$ 200,00	75
1 - 16	99.04.07.000-2	Mucosectomia	R\$ 532,12	10
1 - 17	99.90.00.012-4	Clipe Metálico - Endoscópico / Colonoscópico	R\$ 950,00	12

QUADRO 11 – OTORRINOLARINGOLOGIA / FONOAUDIOLOGIA

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
11 - 1	02.11.07.004-1	Audiometria Tonal Limiar (Via Aérea / Ósea)	R\$ 50,00	1.200
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\$ 90,00	12
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

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/ Fotoestímulo (EEG)	R\$ 37,00	75
12 - 3	02.11.05.005-9	Eletroencefalograma Quantitativo c/ Mapeamento (EEG)	R\$ 200,00	18
12 - 4	02.11.05.008-3	Eletroneuromiografia (ENMG) – Por Membro	R\$ 350,00	87
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\$ 170,00	25
12 - 7	03.01.01.007-2	Retorno de 2 Meses após Aplicação Botulínica	R\$ 120,00	25
12 - 8	99.20.10.314-0	Aplicação Botulínica (Pacote de Aplicação – Inclui todos os Segmentos / Membros do Corpo e Materiais)	R\$ 220,00	25

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	206
13 - 2	02.01.01.004-6	Biópsia de Ânus e Canal Anal	R\$ 18,46	15
13 - 3	02.01.01.019-4	Biópsia de Faringe / Laringe	R\$ 19,06	12
13 - 4	02.01.01.022-4	Biópsia de Gânglio Linfático	R\$ 46,19	12
13 - 5	02.01.01.041-0	Biópsia de Próstata	R\$ 944,00	120
13 - 6	02.01.01.047-0	Biópsia de Tireóide ou Paratireóide – PAAF	R\$ 23,73	12
13 - 7	02.01.01.054-2	Biópsia Percutânea Orientada por Tomografia Computadorizada / Ultrassonografia / Ressonância Magnética / Raio X	R\$ 97,00	173
13 - 8	02.11.08.005-5	Espirometria ou Prova de Função Pulmonar Completa com Broncodilatador	R\$ 94,00	245
13 - 9	02.11.09.001-8	Avaliação Urodinâmica Completa	R\$ 400,00	300
13 - 10	03.09.07.001-5	Tratamento Esclerosante não Estético de Varizes dos Membros Inferiores (Unilateral)	R\$ 300,78	12
13 - 11	03.09.07.002-3	Tratamento Esclerosante não Estético de Varizes dos Membros Inferiores (Bilateral)	R\$ 392,62	12
13 - 12	04.01.01.004-0	Eletrocoagulação de Lesão Cutânea	R\$ 27,00	2.000
13 - 13	04.01.01.005-8	Excisão de Lesão e/ou Sutura de Ferimento da Pele, Anexos e Mucosas	R\$ 56,00	175
13 - 14	04.01.01.007-4	Exereses de Tumor de Pele e Anexos / Cisto Sebáceo / Lipoma	R\$ 56,00	300

Nº	Código	Nome	Valor Chamamento	Quant.
13 - 15	04.01.01.009-0	Fulguração / Cauterização Química de Lesões Cutâneas	R\$ 27,00	120
13 - 16	04.01.01.010-4	Incisão e Drenagem de Abscesso	R\$ 27,00	60
13 - 17	04.01.01.011-2	Retirada de Corpo Estranho Subcutâneo	R\$ 11,84	18
13 - 18	04.01.01.012-0	Retirada de Lesão por Shaving	R\$ 19,79	175
13 - 19	04.01.02.017-7	Cirurgia de Unha (Cantoplastia)	R\$ 80,00	12
13 - 20	04.06.02.013-2	Excisão e Sutura de Hemangioma	R\$ 29,86	37
13 - 21	04.06.02.014-0	Excisão e Sutura de Linfangioma / Nevus	R\$ 29,86	252
13 - 22	04.06.02.029-9	Linfadenectomia Superficial	R\$ 16,92	12
13 - 23	04.07.02.031-4	Ligadura Elástica de Hemorróidas (Sessão)	R\$ 14,77	45
13 - 24	04.07.04.019-6	Paracentese Abdominal	R\$ 12,27	12
13 - 25	04.08.06.021-2	Ressecção de Cisto Sinovial	R\$ 28,42	12
13 - 26	04.08.06.065-4	Tratamento Cirúrgico de Polidactilia Não Articulada	R\$ 28,42	12
13 - 27	04.09.01.059-6	Ureterolitotripsia Transureteroscópica Flexível à Laser - Unilateral	R\$ 9.110,00	12
13 - 28	04.09.01.059-6	Ureterolitotripsia Transureteroscópica Flexível à Laser – Bilateral	R\$ 10.130,00	12
13 - 29	04.09.01.059-6	Ureterolitotripsia Transureteroscópica Rígida – Uni/Bilateral	R\$ 6.916,00	12
13 - 30	04.09.01.059-6	Ureterolitotripsia Transureteroscópica Rígida à Laser – Uni/Bilateral	R\$ 7.916,00	12
13 - 31	04.09.02.006-0	Meatotomia Endoscópica Simples	R\$ 34,10	12
13 - 32	04.09.04.006-1	Exerese de Cisto de Bolsa Escrotal	R\$ 56,00	12
13 - 33	04.09.04.024-0	Vasectomia – Ambulatorial	R\$ 650,00	1.000
13 - 34	04.09.05.005-9	Liberção / Plastia de Prepúcio	R\$ 13,54	12
13 - 35	04.09.05.006-7	Plástica de Freio Balano-Prepucial	R\$ 34,10	12
13 - 36	04.13.04.001-1	Autonomização de Retalho	R\$ 31,28	12
13 - 37	04.15.04.004-3	Debridamento de Úlcera / Necrose	R\$ 29,86	15
13 - 38	99.02.09.000-1	Manometria Anorretal	R\$ 400,00	12
13 - 39	99.02.11.000-9	pHmetria Esofágica	R\$ 400,00	50
13 - 40	99.02.11.001-0	Manometria Esofágica	R\$ 400,00	50

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 Dentista – Traumatologista Bucocomaxilofacial	R\$ 45,00	120
14 - 2	03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada	R\$ 45,00	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	-

