

Aditivo

RESUMO DO 1º TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 042/2022.

Contratante: CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLINORTE.

Contratada : CLINICA DE PROTESE DENTARIA ALLIANCE EIRELI.

Processo Administrativo: nº 222/2022 de 16/03/2022.

Com fundamento no item 7.1 da Cláusula Sétima - Da Vigência do Termo de Contrato Administrativo

para Prestação de Serviços Complementares de Saúde nº 042/2022.

O presente instrumento tem por finalidade a prorrogação da vigência do Contrato por mais 12 (doze) meses, a partir da data de seu vencimento. As Partes ratificam as demais cláusulas e condições do Contrato, não alteradas expressamente pelo presente Termo Aditivo, permanecendo vigentes e inalterados.

Data de Assinatura: 31/03/2023

Alessandro Broedel Torezani

Presidente do CIM Polinorte

Protocolo 1058804

Consórcio Público da Região Pólo Sul do Espírito Santo - CIM Pólo Sul -

Deliberação

REPUBLICAÇÃO DE TODA ATA Nº 02/2023 REUNIÃO DA EXTRAORDINÁRIA DA CÂMARA SETORIAL DE SAÚDE DO CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLO SUL - CIM POLO SUL, POR TER SIDO PUBLICADA POR FALTA DE ANEXO

Aos dezesseis (16) dias do mês de março do ano de dois mil e vinte e três, às 11:30 horas, na Superintendência Regional de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim, realizou-se a Reunião Extraordinária da Câmara Setorial de Saúde do Consórcio Público da Região Polo Sul, estando presentes os secretários (as) municipais de saúde dos municípios consorciados, tendo a reunião o objetivo de deliberar sobre os assuntos constantes da ordem do dia. O Coordenador da Câmara Setorial de Saúde do CIM POLO SUL, Sr. Márcio Ribeiro procedeu a abertura agradecendo a participação de todos os presentes e após, procedeu com a leitura da ata nº. 01 de 31 de janeiro de 2023, sendo aprovada por todos presentes sem ressalvas. Em seguida, procedeu a leitura da pauta passando para a votação e deliberação dos assuntos constante da ordem do dia, foi prestado os devidos esclarecimentos durante o processo de discussão e, em seguida, tomadas as seguintes deliberações:

Item 1- Adequações das Bases descentralizadas do SAMU 192: A Diretora Executiva, Srª. Katiuscia Scarpini Pavão, informou que o Consórcio CIM POLO SUL é o conjunto de municípios consorciados e que, enquanto diretoria e equipe não delibera nem decide e, sim cumpre deliberações do colegiado de prefeitos e da Câmara Setorial de Saúde. Informou que foram realizadas reuniões presenciais com a maioria dos prefeitos, restando somente os prefeitos de Cachoeiro de Itapemirim/ES, Itapemirim/ES, Itarana/ES e Mimoso do Sul/ES e, realizada reuniões com os (as) secretários (as) de saúde, restando somente a Secretária Municipal de Saúde do município consorciado de Itarana, com a finalidade de que o Consórcio orientasse aos municípios da importância de sanar as inadequações das bases descentralizadas do SAMU 192, para que receba a visita do Ministério da Saúde nos próximos meses, visando a aprovação das bases para o processo de habilitação e qualificação. Esclareceu ainda sobre o termo de ciência que os municípios estão assinando junto ao Consórcio CIM POLO SUL, tomando conhecimento de todas as orientações pertinentes as melhorias que devem realizar em suas bases locais para atender as adequações, conforme o manual arquitetônico utilizado para a construção e adaptação das bases descentralizadas do SAMU 192, sendo entregue a todos o relatório assistencial das inconsistências de suas bases. Importante esclarecer que enquanto diretoria e equipe somos parceiros dos municípios, e que aprovação de bases descentralizadas é de competência da Superintendência Regional de Saúde e, nessa parceria nos comprometemos em conduzir o processo de trabalho em conjunto, haja vista, termo de adesão dos municípios assinado junto a Secretaria de Estado de Saúde, importante reforçar que as bases descentralizadas que não estiverem de acordo com o referido termo de adesão assinado, não serão habilitadas nem qualificadas, após todas informações e esclarecimentos foi aprovado por unanimidade. **Item 2- Solicitação no envio das informações constante da tabela de serviços médicos, em caráter de urgência para a realização do processo licitatório:** A Diretora Executiva do CIM POLO SUL, Srª. Katiuscia Scarpini Pavão, solicitou em caráter de urgência a todos os municípios o envio das informações referente aos quantitativos dos plantões médicos para realização do processo licitatório, haja vista, ser um serviço de caráter continuado, informou ainda que foi solicitado diversas vezes via e-mail nos dias 28/02/23, 07/03/23, 13/03/2023 e 14/03/23 e, contatos telefônicos, faltam enviar as informações solicitadas os municípios de Alegre/ES, Atílio Vivacqua/ES, Alfredo Chaves, Divino de São Lourenço/ES, Dolores do Rio Preto/ES, Guaçuí/ES, Ibitirama/ES, Iconha/ES, Irupí/ES, Itapemirim/ES, Itarana/ES, Iúna/ES, Marataízes/ES, Muniz Freire/ES, Rio Novo do Sul/ES e São José do Calçado/ES devem encaminhar até data limite de 20/03/2023 (segunda-feira), caso não seja encaminhada as informações, não serão contemplados pelo referido processo licitatório, aqueles que ainda tiverem dúvidas, a equipe do CIM POLO SUL está a disposição, após todos esclarecimentos foi aprovado por todos os presentes.

Item 3- Solicitação do município de Mimoso do Sul, OFÍCIO/PMMS/SEMUS/GABINETE Nº. 039/2023, inclusão de serviços médicos e alteração de valores: Foi lido o OFÍCIO/PMMS/SEMUS/GABINETE Nº. 039/2023, datado em 15 de março de 2023, do município de Mimoso do Sul/ES, o qual solicita que seja incluído a tabela de preço de serviços médicos do CIM POLO SUL, os seguintes serviços médicos, SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA/DIURNO - 12 HORAS - R\$ 1.200,00 (um mil e, duzentos reais), SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA/NOTURNO - 12 HORAS - R\$ 1.400,00 (um mil e, quatrocentos reais), SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FIM DE SEMANA/DIURNO - 12 HORAS - R\$ 1.400,00 (um mil e, quatrocentos reais) e, SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FIM DE SEMANA/NOTURNO - 12 HORAS - R\$ 1.800,00 (um mil e, oitocentos reais). Após ampla discussão e os devidos esclarecimentos, foi aprovado por unanimidade a inclusão dos referidos serviços e valores solicitado pelo município de Mimoso do Sul/ES, a qual passa a integrar a presente ata como anexo único e, que deverá ser publicada com a alteração aprovada nesta. **Item 4- Assinatura e repasses financeiros referente ao Contrato de Rateio 2023:** Foi informado a necessidade da assinatura e repasses financeiros referente ao Contrato de Rateio 2023 sob pena de bloqueio dos serviços de saúde, haja vista estarmos no meio do mês de março/2023, necessidade ainda, do cumprimento das obrigações deste Consórcio com as despesas de custeio da sede do CIM POLO SUL e a responsabilidade ser solidária a todos os municípios consorciados, sendo o relatório aprovado por todos. Nada mais havendo a tratar, o coordenador declarou encerrada a reunião às 13 horas, e eu, Katiuscia Scarpini Pavão, Diretora Executiva do CIM POLO SUL, lavrei a presente ata que vai assinada por mim, pelo coordenador e subcoordenadora da Câmara Setorial de Saúde do Consórcio Público da Região Polo Sul.

Márcio Ribeiro Costa
Coordenador da Câmara Setorial de Saúde do CIM POLO SUL

Sandra Lupim
Subcoordenadora da Câmara Setorial de Saúde do CIM POLO SUL

Katiuscia Scarpini Pavão
Diretora Executiva CIM POLO SUL

ANEXO ÚNICO

TVSP - Tabela de Valores de Serviços e Procedimentos de Saúde do CIM POLO SUL
Vigência a partir de 16/03/2022 - Reunião da Assembleia Geral e Câmara Setorial de Saúde do CIM POLO SUL

Nº	A - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM:	VALOR
01	ACUPUNTURISTA	R\$ 50,00
02	ALERGISTA	R\$ 50,00
03	ANGIOLOGIA	R\$ 50,00
04	ANESTESISTA	R\$ 100,00
05	CARDIOLOGIA	R\$ 50,00
06	CARDIOLOGIA COM RISCO CIRURGICO	R\$ 100,00
07	CARDIOLOGIA PEDIATRA	R\$ 60,00
08	CIRURGIA GERAL	R\$ 50,00
09	CLINICO GERAL	R\$ 50,00
10	CLINICA MÉDICA	R\$ 50,00
11	DERMATOLOGIA	R\$ 50,00
12	ENDOCRINOLOGISTA	R\$ 50,00
13	GASTROENTEROLOGISTA	R\$ 50,00
14	GERIATRIA	R\$ 50,00
15	GINECOLOGIA	R\$ 50,00
16	HEMATOLOGISTA	R\$ 60,00
17	HOMEOPATIA	R\$ 50,00
18	MEDICINA DO TRABALHO	R\$ 50,00
19	NEFROLOGIA	R\$ 50,00
20	NEUROLOGIA	R\$ 60,00
21	NEUROPEDIATRA	R\$ 60,00
22	OBSTETRICIA	R\$ 50,00
23	ONCOLOGISTA	R\$ 50,00
24	OFTALMOLOGISTA COM EXAME DE FUNDO DE OLHO	R\$ 50,00
25	ORTOPEDIA	R\$ 50,00
26	OTORRINOLARINGOLOGISTA	R\$ 50,00
27	PEDIATRIA	R\$ 50,00
28	PNEUMOLOGISTA	R\$ 50,00
29	PSIQUIATRIA	R\$ 60,00
30	PROCTOLOGISTA	R\$ 60,00
31	REUMATOLOGIA	R\$ 50,00
32	UROLOGIA	R\$ 50,00
Nº	B - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR MEIO DE TELEMEDICINA EM:	VALOR
01	ACUPUNTURISTA	R\$ 45,00
02	ALERGISTA	R\$ 45,00
03	ANGIOLOGIA	R\$ 45,00
04	ANESTESISTA	R\$ 45,00
05	CARDIOLOGIA	R\$ 45,00
06	CARDIOLOGIA COM RISCO CIRURGICO	R\$ 45,00
07	CARDIOLOGIA PEDIATRA	R\$ 45,00

08	CIRURGIA GERAL	R\$ 45,00
09	CLINICO GERAL	R\$ 45,00
10	CLINICA MÉDICA	R\$ 45,00
11	DERMATOLOGIA	R\$ 45,00
12	ENDOCRINOLOGISTA	R\$ 45,00
13	GASTROENTEROLOGISTA	R\$ 45,00
14	GERIATRIA	R\$ 45,00
15	GINECOLOGIA	R\$ 45,00
16	HEMATOLOGISTA	R\$ 45,00
17	HOMEOPATIA	R\$ 45,00
18	MEDICINA DO TRABALHO	R\$ 45,00
19	NEFROLOGIA	R\$ 45,00
20	NEUROLOGIA	R\$ 45,00
21	NEUROPEDIATRIA	R\$ 45,00
22	OBSTETRICIA	R\$ 45,00
23	ONCOLOGISTA	R\$ 45,00
24	OFTALMOLOGISTA COM EXAME DE FUNDO DE OLHO	R\$ 45,00
25	ORTOPEDIA	R\$ 45,00
26	OTORRINOLARINGOLOGISTA	R\$ 45,00
27	PEDIATRIA	R\$ 45,00
28	PNEUMOLOGISTA	R\$ 45,00
29	PSIQUIATRIA	R\$ 45,00
30	PROCTOLOGISTA	R\$ 45,00
31	REUMATOLOGIA	R\$ 45,00
32	UROLOGIA	R\$ 45,00
Nº	C - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) EM:	VALOR
01	FONOAUDIOLOGIA	R\$ 40,00
02	FISIOTERAPEUTA	R\$ 40,00
03	NUTRICIONISTA	R\$ 40,00
04	PSICOLOGIA	R\$ 40,00
Nº	C.1- CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) EM ODONTOLOGIA	VALOR
01	CONSULTA DE URGENCIA E EMERGENCIA (NOTURNA/FINAL DE SEMANA E FERIADOS)	70,80
02	CONSULTA DE CONDICIONAMENTO PEDIATRICO (MÁXIMO DE 2)	69,43
03	CONSULTA DE CONDICIONAMENTO DE PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS ALDULTO E PEDIATRICO (MÁXIMO 2)	95,03
04	CONSULTA DE ATM	90,20
Nº	D - DIAGNÓSTICO EM OFTALMOLOGIA	VALOR
01	ANGIOGRAFIA FLUORESCENTE	R\$ 185,00
02	BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)	R\$ 54,00
03	CAMPO VISUAL OU CAMPIMETRIA	R\$ 60,00
04	POTENCIAL ACUIDADE VISUAL	R\$ 27,00
05	GONIOSCOPIA	R\$ 43,20
06	ECOBIMETRIA	R\$ 50,00
07	ECOGRAFIA OU ULTRASSON DO OLHO	R\$ 40,50
08	TONOMETRIA OU PRESSAO OCULAR	R\$ 2,50
09	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Córnea	R\$ 60,00
10	OCT - TOMOGRAFIA COERENCIA OPTICA	R\$ 200,00
11	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA / CORNEANA	R\$ 60,00
12	PAM - TESTE ACUIDADE VISUAL	R\$ 27,00
13	MAPEAMENTO DE RETINA OU FUNDO DO OLHO	R\$ 43,20
14	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA	R\$ 84,50
15	RETINOGRAFIA COLORIDA POR OLHO	R\$ 39,88

16	CURVA TENSIONAL	R\$ 60,00
17	DACRIOCISTOGRAFIA (VIAS LACRIMAIS)	R\$ 130,00
Nº	E - DIAGNÓSTICO POR BIOPSIA	VALOR
1	ASPIRAÇÃO PULMONAR	R\$ 220,00
2	BIOPSIA DE MAMA	R\$ 250,00
3	BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES	R\$ 250,00
4	BIOPSIA DO COLO UTERINO	R\$ 250,00
5	BIOPSIA DE PROSTATA (GUIADA POR ULTRASSONOGRAFIA TRANS-RETAL	R\$ 250,00
6	BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE (PAAF)	R\$ 120,00
7	BIOPSIA DE FIGADO POR PUNÇÃO	R\$ 200,00
8	ESTEROTAXIA	R\$ 150,00
9	CONIZAÇÃO (CAF)	R\$ 250,00
10	CORE BIOPSIA/ POR MAMOGRAFIA	R\$ 250,00
11	COREBIOPSIA/ POR ULTRASSON MAMÁRIA	R\$ 250,00
12	BIOPSIA MAIS PESQUISA HPV	R\$ 99,39
13	BIOPSIA MAIS PESQUISA H.PILORY	R\$ 99,39
14	BIOPSIA SIMPLES	R\$ 83,25
15	BIOPSIA SIMPLES PEÇA ADICIONAL	R\$ 77,00
Nº	F - DIAGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO	VALOR
1	CINTILOGRAFIA C/ GALIO	R\$ 550,00
2	CINTILOGRAFIA CEREBRAL COM FLUXO SANGUINIO	R\$ 230,00
3	CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)	R\$ 480,00
4	CINTILOGRAFIA DIRETA	R\$ 250,00
5	CINTILOGRAFIA FIGADO E BAÇO	R\$ 260,00
6	CINTILOGRAFIA FIGADO EVIAS BILIARES	R\$ 270,00
7	CINTILOGRAFIA INDIRETA	R\$ 250,00
8	CINTILOGRAFIA OSSEA (CORPO INTEIRO COM OU SEM FLUXO SANGUINIO)	R\$ 260,00
9	CINTILOGRAFIA PARA TESTE DE HELICOBACTER PYLORI COM C14	R\$ 200,00
10	CINTILOGRAFIA PARATIREOIDES	R\$ 370,00
11	CINTILOGRAFIA PULMÃO POR INALAÇÃO	R\$ 250,00
12	CINTILOGRAFIA PULMÃO POR PERFUSÃO	R\$ 250,00
13	CINTILOGRAFIA RENAL DMSA-ESTÁTICA/ DINAMICA/ RENOGRAMA	R\$ 250,00
14	CINTILOGRAFIA TIREOIDE	R\$ 150,00
15	CINTILOGRAFIA TESTICO E BOLSA ESCROTAL	R\$ 220,00
16	CINTILOGRAFIA MIOCARDICA REPOUSO/ESFORÇO (SPECT)	R\$ 750,00
17	CINTILOGRAFIA ESOFAGICO COM ESVAZIAMENTO GASTRICO	R\$ 250,00
18	CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE HEMORRAGIAS NÃO ATIVAS	R\$ 330,00
19	CINTILOGRAFIA COM PERFUSÃO CEREBRAL COM TALIO	R\$ 650,00
20	PESQUISA DE METASTASE DO CORPO TOTAL	R\$ 340,00
21	LINFOCINTILOGRAFIA	R\$ 240,00
Nº	G - DIAGNÓSTICO EM GINECOLOGIA	VALOR
01	COLPOSCOPIA	R\$ 65,00
02	COLPOSCOPIA + BIOPSIA	R\$ 73,50
Nº	H - DIAGNÓSTICO EM PNEUMOLOGIA	VALOR
01	BRONCOSCOPIA + 180,00 SERVIÇO DE ANESTESIA	R\$ 880,00
02	PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA C/ BRONCODILATADOR (ESPIROMETRIA)	R\$ 75,00
Nº	I - ANESTESIOLOGIA	VALOR
01	ANESTESIA GERAL E REGIONAL (SERVIÇO DE ANESTESIA)	R\$ 180,00
Nº	J - TESTES ALÉRGICOS	VALOR
01	TESTE ALIMENTAR	R\$ 100,00
02	TESTE DE CONTATO	R\$ 120,00
03	TESTE INALANTE	R\$ 70,00
Nº	K - DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA	VALOR
01	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	R\$ 120,00

02	RADIOGRAFIA COLUNA VERTEBRAL / TOTAL P ESCOLIOSE PANORAMICA AP/PERFIL	R\$ 100,00
03	RADIOGRAFIA DA FACE	R\$ 35,00
04	RADIOGRAFIA ABDOME	R\$ 25,00
05	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP E PERFIL)	R\$ 45,00
06	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP)	R\$ 40,00
07	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO	R\$ 40,00
08	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	R\$ 25,00
09	RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO-MALAR	R\$ 25,00
10	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	R\$ 30,00
11	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO BACIA SACRO-ILIACA	R\$ 30,00
12	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	R\$ 30,00
13	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL (OMBRO)	R\$ 30,00
14	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	R\$ 25,00
15	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO EXTERNO	R\$ 30,00
16	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	R\$ 25,00
17	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	R\$ 25,00
18	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (TORNOZELO)	R\$ 25,00
19	RADIOGRAFIA DE BACIA	R\$ 35,00
20	RADIOGRAFIA DE BRAÇO	R\$ 30,00
21	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO	R\$ 30,00
22	RADIOGRAFIA DE CAVUM	R\$ 30,00
23	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	R\$ 30,00
24	RADIOGRAFIA CLISTER OPACO	R\$ 35,00
25	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL	R\$ 30,00
26	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	R\$ 35,00
27	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL)	R\$ 30,00
28	RADIOGRAFIA DE COLUNA DORSAL	R\$ 35,00
29	RADIOGRAFIA DE COLUNA DORSAL (AP + LAT + OBLIQUAS)	R\$ 35,00
30	RADIOGRAFIA DE COLUNA DORSAL (AP E LAT)	R\$ 30,00
31	RADIOGRAFIA DE COLUNA DORSO - LOMBAR AP-LAT (TORACICA)	R\$ 35,00
32	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBAR	R\$ 40,00
33	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBAR (PA E PERFIL)	R\$ 40,00
34	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBAR DINAMICA	R\$ 40,00
35	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBAR OBLIQUA	R\$ 45,00
36	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (AP + LAT + OBLIQUAS)	R\$ 40,00
37	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (AP E LAT)	R\$ 35,00
38	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (FM + MN + LAT + OBLIQUAS)	R\$ 35,00
39	RADIOGRAFIA DE COSTELA	R\$ 30,00
40	RADIOGRAFIA DE COSTELA (HEMITORAX)	R\$ 28,00
41	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R\$ 30,00
42	RADIOGRAFIA DE COXA	R\$ 30,00
43	RADIOGRAFIA DE CRANIO	R\$ 30,00
44	RADIOGRAFIA DE CRANIO (AP + LATERAL)	R\$ 30,00
45	RADIOGRAFIA DE CRANIO (AP + PERFIL + BRETTON)	R\$ 30,00
46	RADIOGRAFIA DE CRANIO (OBLIQUA + BRETTON HIRTZ)	R\$ 30,00
47	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	R\$ 35,00
48	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	R\$ 25,00
49	RADIOGRAFIA DE FEMUR	R\$ 30,00
50	RADIOGRAFIA DE MÃO, PUNHO (PARA DETERMINAÇÃO DE IDADE OSSEA)	R\$ 30,00
51	RADIOGRAFIA DE JOELHO	R\$ 30,00
52	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU ROTULA (AP + LATERAL + AXIAL)	R\$ 30,00
53	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL + AXIAL)	R\$ 30,00
54	RADIOGRAFIA DE MAO	R\$ 30,00

55	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	R\$ 30,00
56	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE	R\$ 35,00
57	RADIOGRAFIA DE MAXILAR INFERIOR (PA + OBLIQUA)	R\$ 23,00
58	RADIOGRAFIA DE OMBRO (AP+ PERFIL + ROTACOES)	R\$ 35,00
59	RADIOGRAFIA DE OMBRO (ARTICULAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR/OMOPLATA/ESCAPULO UMERAL)	R\$ 30,00
60	RADIOGRAFIA DE OMBRO OU OMOPLATA	R\$ 30,00
61	RADIOGRAFIA DE ORBITAS BILATERAL(PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	R\$ 30,00
62	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (AP + LAT / FN + MN + LAT)	R\$ 30,00
63	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE NARIZ TORCIDO (FN + MN + LATERAL)	R\$ 30,00
64	RADIOGRAFIA DE PE (PODACTILOS)	R\$ 30,00
65	RADIOGRAFIA DE PUNHO	R\$ 30,00
66	RADIOGRAFIA DE QUADRIL	R\$ 30,00
67	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIX	R\$ 30,00
68	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + PERFIL + HIRTZ)	R\$ 35,00
69	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN)	R\$ 30,00
70	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE E CAVUM	R\$ 35,00
71	RADIOGRAFIA DE SELA TURCICA (PA + LATERAL + BRETTON)	R\$ 30,00
72	RADIOGRAFIA DE TORAX	R\$ 25,00
73	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDOTICA)	R\$ 25,00
74	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 30,00
75	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL)	R\$ 35,00
76	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	R\$ 30,00
77	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	R\$ 25,00
78	RADIOGRAFIA DE TORNOZELO	R\$ 30,00
79	RADIOGRAFIA DE TRANSITO DELGADO COM CONTRASTE	R\$ 120,00
80	RADIOGRAFIA DE UMERO	R\$ 30,00
81	RADIOGRAFIA ESCANOMETRIA	R\$ 30,00
82	RADIOGRAFIA PANORAMICA DA COLUNA LOMBAR	R\$ 100,00
83	RADIOGRAFIA PANORAMICA DA COLUNA AP/PERFIL	R\$ 85,00
84	RADIOGRAFIA PARA ESCOLIOSE DINAMICA	R\$ 40,00
85	MAMOGRAFIA UNILATERAL	R\$ 45,00
86	MAMOGRAFIA BILATERAL	R\$ 90,00
87	DENSITOMETRIA OSSEA	R\$ 70,00
Nº	L - DIAGNÓSTICO POR ULTRA-SONOGRAFIA	VALOR
01	ULTRASSONOGRAFIA DE PARTES MOLES	R\$ 60,00
02	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL COM DOPPLER	R\$ 95,00
03	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO VENOSO (CADA MEMBRO)	R\$ 115,00
04	ULTRASSONOGRAFIA ABDOMINAL P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTROESOFÁGICO	R\$ 80,00
05	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	R\$ 60,00
06	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN COM DOPPLER COLORIDO	R\$ 105,00
07	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 65,00
08	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 65,00
09	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO	R\$ 70,00
10	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 65,00
11	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER	R\$ 85,00
12	ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)	R\$ 45,00
13	ULTRASSONOGRAFIA DE MAMA	R\$ 60,00
14	ULTRASSONOGRAFIA DE MUSCULO ESQUELETICO E ARTICULACAO (COTOVELO, OMBRO, PUNHO, MAO, QUADRIL, JOELHO, TORNOZELO, PE)	R\$ 60,00
15	ULTRASSONOGRAFIA DE PETROPERINOMIO (GRANDES VASOS)	R\$ 50,00
16	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL)	R\$ 65,00
17	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 60,00
18	ULTRASSONOGRAFIA DE PUNÇÃO DE COLEÇÕES SUPERFICIAIS	R\$ 85,00

19	ULTRASSONOGRAFIA TRANSRETAL	R\$ 50,00
20	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE	R\$ 55,00
21	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE COM DOPPLER COLORIDO	R\$ 120,00
22	ULTRASSONOGRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	R\$ 50,00
23	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER CARÓTIDAS	R\$ 100,00
24	ULTRASSONOGRAFIA ENDOVAGINAL C/DOPPLERFLUXOMETRIA	R\$ 90,00
25	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	R\$ 65,00
26	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO (POR FETO)	R\$ 100,00
27	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA MORFOLOGICA FETAL (POR FETO)	R\$ 100,00
28	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA GEMELAR	R\$ 50,00
29	ULTRASSONOGRAFIA DO OLHO	R\$ 45,00
30	ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	R\$ 45,00
31	ULTRASSONOGRAFIA TRANSLUCENCIA NUCAL	R\$ 100,00
32	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL COM CONTROLE DE OVULACAO	R\$ 90,00
33	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL OU ENDOVAGINAL	R\$ 55,00
34	ULTRASSONOGRAFIA VIAS BILIARES	R\$ 55,00
35	ULTRASSONOGRAFIA DE CAROTIDAS E VERTEBRAIS	R\$ 170,00
36	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO ARTERIAL (CADA MEMBRO)	R\$ 165,00
37	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DAS ARTÉRIAS RENAIIS	R\$ 115,00
38	ULTRASSONOGRAFIA HEMITORAX	R\$ 40,00
39	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA C/ PERFIL BIOF. FETAL	R\$ 70,00
40	ULTRASSONOGRAFIA PELVICA CONTROLE DE OVULAÇÃO	R\$ 80,00
41	DOPPLER COLORIDO VENOSO DO MMI	R\$ 125,00
Nº	M - DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA	VALOR
01	TOMOGRAFIA APARELHO URINARIO	R\$ 420,00
02	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COXO FEMURAL	R\$ 190,00
03	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA FACE	R\$ 180,00
04	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 160,00
05	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR (COM CONTRASTE)	R\$ 210,00
06	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 420,00
07	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ANTEBRACOS APENDICULARES	R\$ 190,00
08	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES	R\$ 200,00
09	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE BRACO (APENDICULARES UNILATERAL)	R\$ 190,00
10	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL / DORSAL / LOMBAR	R\$ 190,00
11	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COTOVELO	R\$ 200,00
12	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COXA	R\$ 200,00
13	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FARINGE E LARINGE	R\$ 200,00
14	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE JOELHO (ARTICULACAO)	R\$ 200,00
15	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MANDIBULA (TEMPOROMANDIBULARES)	R\$ 190,00
16	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MAOS (APENDICULARES)	R\$ 190,00
17	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTOIDES OU OUVIDOS	R\$ 190,00
18	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE OMBROS	R\$ 200,00
19	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ORBITAS (COM CONTRASTE)	R\$ 170,00
20	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ORBITAS (SEM CONTRASTE)	R\$ 120,00
21	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PE (APENDICULARES)	R\$ 190,00
22	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA	R\$ 160,00
23	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA (COM CONTRASTE)	R\$ 210,00
24	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PERNAS (APENDICULARES)	R\$ 190,00
25	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO	R\$ 190,00
26	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOCO (COM CONTRASTE)	R\$ 210,00
27	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PUNHOS	R\$ 200,00

28	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES	R\$ 190,00
29	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEIOS DA FACE	R\$ 170,00
30	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA (COM CONTRASTE)	R\$ 180,00
31	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA (SEM CONTRASTE)	R\$ 120,00
32	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TIREOIDE	R\$ 190,00
33	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	R\$ 160,00
34	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX (COM CONTRASTE)	R\$ 210,00
35	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DINAMICA (RECONSTRUCAO)	R\$ 190,00
36	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO (COM CONTRASTE)	R\$ 180,00
37	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO (SEM CONTRASTE)	R\$ 120,00
38	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA OLHO OU OCULAR	R\$ 120,00
39	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PARTES MOLES	R\$ 154,00
40	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SACRO-ILIACA	R\$ 180,00
41	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA TEMPOROMANDIBULAR	R\$ 200,00
42	ANGIOTOMOGRAFIA DE PELVE	R\$ 410,00
43	ANGIOTOMOGRAFIA DE ABDOMEN	R\$ 550,00
44	ANGIOTOMOGRAFIA DE CRANIO	R\$ 410,00
45	ANGIOTOMOGRAFIA DE TORAX	R\$ 510,00
46	ANGIOTOMOGRAFIA DAS ARTÉRIAS CORONÁRIAS	R\$ 1.362,50
Nº	N - DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	VALOR
01	RESSONANCIA COMPUTADORIZADA DE CRANIO (COM ESPECTROSCOPIA)	R\$ 550,00
02	RESSONANCIA MAGNETICA	R\$ 350,00
03	RESSONANCIA MAGNETICA (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
04	RESSONANCIA MAGNETICA DA MAMA (CADA MAMA)	R\$ 350,00
05	RESSONANCIA MAGNETICA DA MAMA BILATERAL (COM CONTRASTE)	R\$ 750,00
06	RESSONANCIA MAGNETICA DA MAMA COM ESTUDO DINAMICO	R\$ 350,00
07	RESSONANCIA MAGNETICA DA MAMA UNILATERAL (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
08	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
09	RESSONANCIA MAGNETICA DE ANTI-BRACO (UNILATERAL)	R\$ 350,00
10	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA E PELVE (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
11	RESSONANCIA MAGNETICA DE BRACO (UNILATERAL)	R\$ 350,00
12	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA	R\$ 350,00
13	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL	R\$ 350,00
14	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
15	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBAR	R\$ 350,00
16	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBAR (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
17	RESSONANCIA MAGNETICA DE COTOVELO (UNILATERAL)	R\$ 350,00
18	RESSONANCIA MAGNETICA DE COXA (UNILATERAL)	R\$ 350,00
19	RESSONANCIA MAGNETICA DE COXA FEMORAL (UNILATERAL)	R\$ 350,00
20	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	R\$ 400,00
21	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
22	RESSONANCIA MAGNETICA DE JOELHO UNILATERAL	R\$ 350,00
23	RESSONANCIA MAGNETICA DE MAO UNILATERAL	R\$ 350,00
24	RESSONANCIA MAGNETICA DE OMBRO (UNILATERAL)	R\$ 350,00
25	RESSONANCIA MAGNETICA DE ORBITAS (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
26	RESSONANCIA MAGNETICA DE PE (UNILATERAL)	R\$ 350,00
27	RESSONANCIA MAGNETICA DE PERNA (UNILATERAL)	R\$ 350,00
28	RESSONANCIA MAGNETICA DE PUNHO	R\$ 350,00
29	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL	R\$ 350,00
30	RESSONANCIA MAGNETICA DA PROSTATA ENDO-RETAL	R\$ 350,00
31	RESSONANCIA MAGNETICA DA PROSTATA ENDO-RETAL + ESPECTROSCOPIA DA PROSTATA	R\$ 350,00
32	RESSONANCIA MAGNETICA DO CORAÇÃO PARA ISQUEMIA E VIABILIDADE MIOCARDICA	R\$ 450,00
33	RESSONANCIA MAGNETICA MORFOLOGICA E FUNCIONAL DO CORAÇÃO	R\$ 400,00

34	RESSONANCIA MAGNETICA DE QUADRIL (BILATERAL)	R\$ 350,00
35	RESSONANCIA MAGNETICA DE SEIOS DA FACE OU FACE (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
36	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
37	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
38	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORNOZELO (UNILATERAL)	R\$ 350,00
39	RESSONANCIA MAGNETICA MASTOIDE/OUVIDOS BILATERAL (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
40	RESSONANCIA MAGNETICA PESCOÇO (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
41	RESSONANCIA MAGNETICA PLENO BRAQUIAL (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
42	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (ATM) COM CONTRASTE	R\$ 400,00
43	ANGIORESSONANCIA ABDOME	R\$ 400,00
44	ANGIORESSONANCIA CRANIO	R\$ 460,00
45	COLANGIO RESSONANCIA CRANIO	R\$ 400,00
46	ORTO TORÁCICA CRANIO	R\$ 400,00
Nº	O - CARDIOLOGIA	VALOR
01	ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 20,00
02	ECOCARDIOGRAMA	R\$ 155,00
03	ECOCARDIOGRAMA DOPPLER CARÓTIDAS	R\$ 150,00
04	ECOCARDIOGRAMA DOPPLER VERTEBRAIS E CAROTIDAS	R\$ 155,00
05	ECOCARDIOGRAMA FETAL	R\$ 330,00
06	ECOCARDIOGRAMA INFANTIL	R\$ 215,00
07	ECOCARDIOGRAMA FARMACOLOGICO	R\$ 400,00
08	ECOCARDIOGRAMA SOB STRESS	R\$ 500,00
09	TESTE DE ESFORÇO / TESTE ERGOMETRICO	R\$ 110,00
10	VENTRICULOGRAFIA REPOUSO E ESFORÇO (CORACÃO)	R\$ 450,00
11	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	R\$ 105,00
12	MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL - MAPA (24 HORAS)	R\$ 105,00
13	TILT TESTE	R\$ 250,00
Nº	P - GASTROENTEROLOGIA E PROCTOLOGIA	VALOR
01	COLONOSCOPIA	R\$ 500,00
02	COLONOSCOPIA COM ANESTESIA	R\$ 590,00
03	ECOENDOSCOPIA ALTA	R\$ 2.700,00
04	ECOENDOSCOPIABAIXA	R\$ 2.700,00
05	ECOENDOSCOPIA POR PUNÇÃO POR AGULHA	R\$ 4.500,00
06	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	R\$ 200,00
07	ENDOSCOPIA DIGESTIVA COM ANESTESIA	R\$ 350,00
08	ESOFAGOSCOPIA C/ DILATAÇÃO	R\$ 200,00
09	ESOFAGOMETRIA	R\$ 200,00
10	GASTRODUODENOSCOPIA	R\$ 150,00
11	POLIPLECTOMIA ENDOSCÓPICA	R\$ 350,00
12	PH METRIA	R\$ 200,00
13	REFLUXO GASTRO-ESOFAGICO (TRATAMENTO CIRURGIAO GASTRO-ESOFAGICO)	R\$ 250,00
14	RETOSSIGMOIDOSCOPIAFLEXIVEL OU RIGIDA	R\$ 150,00
Nº	Q - NEUROLOGIA	VALOR
01	ELETROENCEFALOGRAMA	R\$ 100,00
02	ELETROENCEFALOGRAMA COM MAPEAMENTO	R\$ 180,00
03	ELETRONEUROMIOGRAFIA 01 (UM MEMBRO)	R\$ 200,00
04	ELETRONEUROMIOGRAFIA 02 (DOIS MEMBROS)	R\$ 313,00
05	POLISSONOGRAMA	R\$ 400,00
Nº	R - UROLOGIA	VALOR
01	URODINÂMICA COMPLETA	R\$ 130,00
02	UROGRAFIA ESCRETORA	R\$ 280,00
03	UROFLUXOMETRIA	R\$ 85,00

04	CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA	R\$ 310,00
05	ESTUDO URODINAMICO MASCULINO	R\$ 250,00
06	ESTUDO RENAL DINÂMICO COME SEM DIURETICO (DTPA)	R\$ 200,00
07	URETROCISTOGRAFIA	R\$ 130,00
Nº	S - OTORRINOLARINGOLOGIA E FONOAUDIOLOGIA	VALOR
01	AUDIOMETRIA	R\$ 60,00
02	AUDIOMETRIA COMPLETA ADULTO/INFANTIL	R\$ 60,00
03	AUDIOMETRIA COMPORTAMENTAL	R\$ 60,00
04	AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL	R\$ 60,00
05	IMPEDANCIOMETRIA	R\$ 60,00
06	NASOFINOLONINGOSCOPIA	R\$ 80,00
07	BERA	R\$ 200,00
08	VIDEO NASOFIBROSCOPIA	R\$ 80,00
09	VIDEOLARINGOSCOPIA	R\$ 75,00
10	VIDEOLARINGOSCOPIA E NASAL FLEXIVEL	R\$ 80,00
11	TERAPIA DE REABILITAÇÃO AUDITIVA	R\$ 40,00
12	VECTEOELETRONISTAGMOGRAFIA	R\$ 105,00
13	EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS (TESTE DA ORELHINHA)	R\$ 130,00
Nº	T - SESSÕES DE FISIOTERAPIA	VALOR
01	SESSÃO DE FISIOTERAPIA NEUROLÓGICA	R\$ 12,00
02	SESSÃO DE FISIOTERAPIA ORTOPÉDICO/ TRAUMATOLÓGICO RESPIRATÓRIA/ REUMATOLÓGICA	R\$ 12,00
03	SESSÃO DE FISIOTERAPIA RPG	R\$ 12,00
04	SESSÃO DE ACUPUNTURA	R\$ 12,00
05	HIDROTERAPIA	R\$ 12,00
06	SESSÃO DE FISIOTERAPIA DE REFORÇO DO ACOALHO PÉLVICO	R\$ 12,00
07	TERAPIA OCUPACIONAL	R\$ 12,00
08	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS	R\$ 12,00
09	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS	R\$ 12,00
10	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NEONATO	R\$ 12,00
11	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS	R\$ 12,00
12	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE ONCOLÓGICO CLÍNICO	R\$ 12,00
13	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA	R\$ 12,00
14	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS C/ COMPROMETIMENTO SISTÊMICO	R\$ 12,00
15	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS	R\$ 12,00
16	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 12,00
17	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 12,00
18	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	R\$ 12,00
19	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS-CIRURGIA CARDIOVASCULAR	R\$ 12,00
20	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	R\$ 12,00
21	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS	R\$ 12,00
22	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	R\$ 12,00
23	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MUSCULO- ESQUELETICAS C/ COMPLICAÇÕES SISTEMICAS	R\$ 12,00

24	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICOFUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 12,00
25	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICOFUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 12,00
26	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR	R\$ 12,00
27	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO	R\$ 12,00
28	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA	R\$ 12,00
29	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO	R\$ 12,00
30	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE GRANDE QUEIMADO	R\$ 12,00
31	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SEQÜELAS POR QUEIMADURAS (MÉDIO E GRANDE QUEIMADOS)	R\$ 12,00
Nº	T.1 - OUTRAS SESSÕES	VALOR
01	SESSÃO HIPERBARICA	R\$ 220,00
02	DOSE TERAPEUTICA DE IODO	R\$ 750,00
Nº	U - PROCEDIMENTOS EM PERIODONTIA (GENGIVA)	VALOR
01	ENXERTO GENGIVAL	R\$ 211,35
02	GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE)	R\$189,34
03	GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE);	R\$ 160,01
04	TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE).	R\$ 155,50
05	RASPAGEM SUPRAGENGIVAL POR SEXTANTE	R\$ 73,00
06	RASPAGEM SUBIGENGIVAL POR SEXTANTE	R\$ 103,76
07	RASPAGEM CORONO RADICULAR POR SEXTANTE	R\$ 94,16
Nº	U.1 - PROCEDIMENTOS EM ENDODONTIA (CANAL)	VALOR
08	TRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR; COM 2 RAO X (IINICIAL E FINAL)	R\$ 253,81
09	TRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE C/ TRÊS OU MAIS RAÍZES; COM 2 RAIOS X (INICIAL E FINAL)	R\$ 309,83
10	TRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR; COM 2 RAIOS X (INICIAL E FINAL)	R\$ 195,13
11	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR; COM 2 RAO X (INICIAL E FINAL)	R\$ 275,31
12	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE C/ 3 OU MAIS RAÍZES; COM 2 RAO X (INICIAL E FINAL)	R\$ 367,35
13	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR; COM 2 RAO X (INICIAL E FINAL)	R\$ 209,99
14	SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR.	R\$ 142,79
15	REMOÇÃO DE NUCLEO INTRARRADICULAR	R\$ 158,35
16	REMOÇÃO DE TRABALHO PROTETICO	R\$ 86,25
17	REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO INTRACANAL	R\$ 150,26
18	PULPOTOMIA EM DENTE DECIDUO	R\$ 103,75
19	TRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE DECIDUO	R\$ 139,25
20	CAPEAMENTO PULPAR DIRETO/INDIRETO	R\$ 59,47
Nº	U.2 - PROCEDIMENTO CIRURGICO	VALOR
21	BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR;	R\$ 100,07
22	BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE;	R\$ 126,32
23	BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA;	R\$ 100,07
24	CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM;	R\$ 156,13
25	OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVEOLO DENTÁRIAS;	R\$ 125,45
26	REDUÇÃO DE FRATURA ALVEOLO-DENTÁRIA SEM OSTEOSSÍNTESE;	R\$ 201,37
27	RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA/ DENTÁRIA;	R\$ 299,00
28	RECONSTRUÇÃO PARCIAL DO LÁBIO TRAUMATIZADO;	R\$ 156,07
29	EXCISÃO DE CÁLCULO DE GLÂNDULA SALIVAR;	R\$175,93
30	EXERESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO ODONTOGÊNICO;	R\$ 167,93
31	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA INTRA/ EXTRA-ORAL;	R\$ 197,00
32	SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR	R\$ 197,00

33	DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS;	R\$ 84,37
34	EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR;	R\$ 266,59
35	EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA;	R\$ 266,59
36	EXCISÃO EM CUNHA DO LÁBIO;	R\$ 167,92
37	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DOS OSSOS DA FACE;	R\$ 265,38
38	RETIRADA DE MEIOS DE FIXAÇÃO MAXILOMANDIBULAR	R\$ 136,00
39	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA OROSINUSAL/ ORO-NASAL	R\$ 235,50
40	APICECTOMIA S/ OBTURAÇÃO RETROGRADA;	R\$ 210,37
41	APICECTOMIA C/ OU S/ OBTURAÇÃO RETROGRADA;	R\$ 250,12
42	APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO ORAL (POR SEXTANTE);	R\$ 270,11
43	ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA INTRABUCAL;	R\$ 154,75
44	EXODONTIA MULTIPLA C/ ALVEOLO-PLASTIA POR SEXTANTE;	R\$ 174,86
45	MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS;	R\$ 167,92
46	REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO);	R\$ 236,98
47	REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO); COM 2 RAIOS X (INICIAL E FINAL)	R\$ 276,60
48	REMOÇÃO DE TÓRUS E EXOSTOSES;	R\$ 165,05
49	TRATAMENTO CIRÚRGICO P/ TRACIONAMENTO DENTAL	R\$ 210,00
50	EXODONTIA SIMPLES DE DENTE DECIDUO	R\$ 53,36
51	EXODONTIA SIMPLES DE DENTE PERMANENTE	R\$ 86,06
52	EXODONTIA A RETALHO	R\$ 101,10
53	EXODONTIA RESTO RADICULAR	R\$ 98,77
54	FRENECTOMIA/FRENOTOMIA LABIAL OU LINGUAL	R\$ 115,50
55	TRATAMENTO DE ALVEOLITE	R\$ 59,70
56	ULOTOMIA/ULECTOMIA	R\$ 56,87
57	AUMENTO DE COROA CLÍNICA (POR ELEMENTO DENTAL)	R\$ 170,32
58	COLAGEM DE FRAGMENTO DENTÁRIO (POR ELEMENTO DENTAL)	R\$ 86,23
59	REDUÇÃO SIMPLES DE LUXAÇÃO DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR	R\$ 106,92
60	CONTROLE DE HEMORRAGIA COM OU SEM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	R\$ 65,55
61	REMOÇÃO DE CUNHA PROXIMAL OU DISTAL	R\$ 118,05
62	REMOÇÃO DE DENTE EXTRA-NUMERÁRIO	R\$ 123,17
Nº	U.3 - PROCEDIMENTO PROTESE	VALOR
63	RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R\$ 340,47
64	RESTAURAÇÃO EM CERÂMICA PURA (INLAY/ ONLAY) (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R\$ 432,34
65	NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R\$ 151,40
66	NÚCLEO DE PREENCHIMENTO (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R\$ 99,30
67	COROA PROVISÓRIA COM PINO (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R\$ 110,50
68	COROA PRÓVISÓRIA SEM PINO (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R\$ 110,50
69	COROA TOTAL EM CERÂMICA PURA (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R\$ 519,88
70	COROA TOTAL METALO-CERÂMICA (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R\$ 492,00
71	COROA TOTAL METÁLICA (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R\$ 260,47
72	FACETA EM CERÂMICA PURA (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R\$ 411,72
73	RECIMENTAÇÃO DE TRABALHOS PROTÉTICOS (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R\$ 61,43
74	COROA TOTAL EM ARTGLASS (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R\$ 413,25
75	PROTESE PARCIAL REMOVÍVEL PROVISÓRIA EM ACRÍLICO COM OU SEM GRAMPOS	R\$ 252,80
76	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM GRAMPOS BILATERAL	R\$ 590,83
77	PROTESE TOTAL EM ACRÍLICO	R\$ 563,83
Nº	U.4 - PROCEDIMENTO EM ORTODONTIA	VALOR
78	BIONATOR/BIONATOR FECHADO	R\$ 264,80
79	ALÇAS-BANDA	R\$ 200,00
80	PLANAS SIMPLES (ESPANSOR À PARTE)	R\$ 264,80
81	FRANKEL I, II, IV	R\$ 299,20
82	TRATAMENTO CORRETIVO (MANUTENÇÃO)	R\$ 122,17

83	PLACA DE CONTENÇÃO	R\$ 154,20
84	PLACA DE HAWLEY	R\$ 98,80
85	PLACA LÁBIO-ATIVA	R\$ 200,80
86	PLACA DE HAWLEY COM EXPANSOR	R\$ 132,80
87	ARCO LINGUAL/BARRA TRANSPALATINA	R\$ 147,60
88	BIMLER TIPO A,B,C	R\$ 264,80
89	GRADE PALATINA FIXA	R\$ 146,80
90	BOTÃO DE NANCE	R\$ 147,60
Nº	U.5 - PROCEDIMENTO CLINICO	VALOR
91	RESTAURAÇÃO DE RESINA COMPOSTA FOTOPOLIMERIZÁVEL UMA FACE	R\$ 100,00
92	RESTAURAÇÃO DE RESINA COMPOSTA FOTOPOLIMERIZÁVEL DUAS FACES	R\$ 124,00
93	RESTAURAÇÃO DE RESINA COMPOSTA FOTOPOLIMERIZÁVEL TRÊS FACES	R\$ 152,00
94	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA DE PRATA UMA FACE	R\$ 86,40
95	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA DE PRATA DUAS FACES	R\$ 100,00
96	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA DE PRATA TRÊS FACES	R\$ 118,40
97	AJUSTE OCLUSAL POR DESGASTE SELETIVO/POR ACRÉSCIMO	R\$ 84,03
98	FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL	R\$ 141,00
99	COROA DE AÇO (DENTE DECIDUO)	R\$ 145,41
100	RESTAURAÇÃO EM IONOMERO DE VIDRO-UMA FACE	R\$ 56,70
101	RESTAURAÇÃO EM IONOMERO DE VIDRO-DUAS FACES	R\$ 64,22
102	RESTAURAÇÃO EM IONOMERO DE VIDRO-TRÊS OU MAIS FACES	R\$ 66,77
Nº	U.6 - PROCEDIMENTO EM ODONTOPEDIATRIA/PREVENÇÃO	VALOR
103	PROFILAXIA	R\$ 57,00
104	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (COM PROFILAXIA E ATIVIDADE EDUCATIVA INCLUÍDA)	R\$ 57,66
105	CONTROLE DE BIOFILME	R\$ 56,32
106	APLICAÇÃO DE SELANTES DE FÓSSULAS E FISSULAS (POR DENTE)	R\$ 39,44
107	APLICAÇÃO DE VERNIZ FLUORETADO (POR SESSÃO)	R\$ 32,70
108	APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (2 ARCADAS)	R\$ 60,90
Nº	U.7 - PROCEDIMENTO RADIOLOGICO	VALOR
109	RADIOGRAFIA PERIAPICAL OU INTERPROXIMAL	R\$ 10,79
110	RADIOGRAFIA OCLUSAL	R\$ 30,92
111	RADIOGRAFIA DA ATM	R\$ 56,85
112	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	R\$ 48,62
113	LEVANTAMENTO RADIOGRAFICO (PERIAPICAL COMPLETA)	R\$ 117,68
Nº	V - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E AMBULATORIAIS	VALOR
01	TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO	R\$ 750,00
02	CAUTERIZACAO DE COLO UTERINO	R\$ 60,00
03	EXERESSE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PALBEBRA E SUPERCILIOS	R\$ 300,00
04	CAPSULOTOMIA A YAG LASER	R\$ 189,00
05	FOTOCOAGULACAO A LASER	R\$ 185,00
06	ELETROCAUTERIZAÇÃO DO COLO UTERINO	R\$ 30,00
	V.1 - FACOEMULSIFICAÇÃO - Unilateral - com implante de lente;	
01	Deverão ser inclusos no procedimento os seguintes serviços: • Consulta com anestesiista; • Consulta pré-cirurgica; • Facoemulsificação com implante de Lente Intra Ocular Rígida ou Dobrável; • Procedimento cirúrgico (Com acompanhamento de anestesiista).	R\$ 1.300,00 Unilateral
Nº	V.2- FACECTOMIA - Unilateral - sem implante de lente;	VALOR
02	Deverão ser inclusos no procedimento os seguintes serviços: • Consulta com anestesiista; • Consulta pré-cirurgica; • Facectomia sem implante de Lente intra ocular; • Procedimento cirúrgico (Com acompanhamento de anestesiista).	R\$ 1.250,00 Unilateral

Nº	V.3- FACECTOMIA - Unilateral - com implante de lente;	VALOR
03	Deverão ser inclusos no procedimento os seguintes serviços: • Consulta com anestesiologista; • Consulta pré-cirúrgica; • Facectomia com implante de Lente Intra Ocular; • Procedimento cirúrgico (Com acompanhamento de anestesiologista).	R\$ 1.300,00 Unilateral

W - CIRURGIA GERAL ELETIVA

INCLUINDO: CIRURGIÃO, AUXILIAR DE CIRURGIA, ANESTESISTA, CONSULTA PRÉ E PÓS CIRURGICA E ANESTESICA (SE NECESSÁRIO), INTERNAÇÃO DE ATÉ 72HS, CASO HAJA COMPLICAÇÃO O HOSPITAL DEVE ACOMPANHAR O PACIENTE QUANTAS VEZES FOR NECESSÁRIO. NÃO INCLUI RISCO CIRURGICO.

Nº	DESCRIÇÃO	VALOR
01	APENDICECTOMIA	R\$ 829,24
02	BARTOLINECTOMIA (achei Marsupialização de glândula de bartolin)	R\$ 449,36
03	COLEDOCOMIA COM OU SEM COLECISTECTOMIA	R\$ 1.234,82
04	FISTULECTOMIA OU FISTULOTOMIA ANAL	R\$ 508,24
05	HEMORROIDECTOMIA	R\$ 631,88
06	COLECISTECTOMIA	R\$ 1.391,54
07	COLECISTECTOMIA A VIDEO	R\$ 1.386,10
08	COLPOPERINEOPLASTIA ANT E POST	R\$ 944,86
09	CURETAGEM POS ABORTO	R\$ 359,24
10	CURETAGEM SEMIOTICA (achei c/ou s/ dilatação do colo do útero)	R\$ 334,84
11	POSTECTOMIA	R\$ 876,48
12	ORQUIOPEXIA UNILATERAL	R\$ 720,14
13	OOFORECTOMIA UNILATERAL OU BILATERAL	R\$ 1.019,72
14	MIOMECTOMIA	R\$ 1.057,88
15	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	R\$ 869,98
16	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA BILATERAL	R\$ 1.119,74
17	HERNIOPLASTIA INGUINAL BILATERAL	R\$ 852,04
18	HERNIOPLASTIA INCISIONAL BILATERAL	R\$ 1.079,84
19	HERNIOPLASTIA CRURAL BILATERAL	R\$ 852,04
20	HERNIOPLASTIA CRURAL UNILATERAL	R\$ 891,02
21	HERNIOPLASTIA INGUINAL UNILATERAL	R\$ 891,02
22	HERNIOPLASTIA INCISIONAL UNILATERAL	R\$ 1.079,84
23	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA UNILATERAL (obs não fala se é uni ou bilateral)	R\$ 1.119,74
24	HISTERECTOMIA TOTAL	R\$ 1.268,06
25	SALPINGECTOMIA (LAQUEADURA TUBARIA)	R\$ 931,18
26	HIPERTROFIA PEQUENOS LABIOS (achei com nome de tratamento na frente)	R\$ 238,70
27	EXERESE DE CISTO EPIDIDIMO	R\$ 492,18
28	TRATAMENTO CIRURGICO DA HIDROCELE	R\$ 513,94
29	TRATAMENTO CIRURGICO DA CISTOCELE	R\$ 745,08
30	TRATAMENTO CIRURGICO DA VARICOCELE	R\$ 515,12
31	TRATAMENTO DE VARIZES UNILATERAL (CADA PERNA)	R\$ 966,74
32	VASECTOMIA	R\$ 612,94
33	PARTO CESARIA ENFERMARIA	R\$ 1.091,46
34	PARTO NORMAL	R\$ 886,80
35	EXERESE DE CISTO TIREOGLOSSO	R\$ 960,12

*Parto cesárea e normal inclui pediatra

W.1 - CIRURGIA ORTOPEDICA ELETIVA (MÃO)

INCLUINDO: CIRURGIÃO, AUXILIAR DE CIRURGIA, ANESTESISTA, CONSULTA PRÉ E PÓS CIRURGICA E ANESTESICA (SE NECESSÁRIO), INTERNAÇÃO DE ATÉ 72HS, CASO HAJA COMPLICAÇÃO O HOSPITAL DEVE ACOMPANHAR O PACIENTE QUANTAS VEZES FOR NECESSÁRIO. NÃO INCLUI RISCO CIRURGICO.

Nº	DESCRIÇÃO	VALOR
01	ABSCESSO MÃO E DEDOS	R\$ 446,62
02	ABSCESSO DEDO	R\$ 446,62

03	AMPUTAÇÃO DE DEDO(CADA)	R\$ 488,60
04	RESSECÇÃO APONEUROSE PALMAR(DOENÇA DUPUYTREM)	R\$ 445,90
05	ARTRODESE INTERFALANGEANA(CADA)	R\$ 427,58
06	CAPSULECTOMIAS PEQUENAS ARTICULAÇÕES	R\$ 284,12
07	REGULARIZAÇÃO DE COTO DE AMPUTAÇÃO DEDOS (CADA)	R\$ 454,04
08	DEDO EM GATILHO(CADA)	R\$ 956,60
09	DEDO EM MARTELO(CADA)	R\$ 536,80
10	CISTO SINOVIAL DORSAL	R\$ 182,98
11	CISTO SINOVIAL VOLAR	R\$ 182,98
12	SINDROME DO TUNEL DO CARPO	R\$ 695,24
	*Com material incluso	

W.2 - CIRURGIA ORTOPEDICA ELETIVA (OMBRO)

INCLUINDO: CIRURGIÃO, AUXILIAR DE CIRURGIA, ANESTESISTA, CONSULTA PRÉ E PÓS CIRURGICA E ANESTESICA (SE NECESSÁRIO), INTERNAÇÃO DE ATÉ 72HS, CASO HAJA COMPLICAÇÃO O HOSPITAL DEVE ACOMPANHAR O PACIENTE QUANTAS VEZES FOR NECESSÁRIO. NÃO INCLUI RISCO CIRURGICO.

Nº	DESCRIÇÃO	VALOR
01	BURSECTOMIAS	R\$ 484,10
02	TENODESE CABO LONGO DO BICEPS	R\$ 408,18
03	INFILTRAÇÕES	R\$ 61,38
	*Com material incluso	

W.3 - CIRURGIA ORTOPEDICA ELETIVA (COTOVELO)

INCLUINDO: CIRURGIÃO, AUXILIAR DE CIRURGIA, ANESTESISTA, CONSULTA PRÉ E PÓS CIRURGICA E ANESTESICA (SE NECESSÁRIO), INTERNAÇÃO DE ATÉ 72HS, CASO HAJA COMPLICAÇÃO O HOSPITAL DEVE ACOMPANHAR O PACIENTE QUANTAS VEZES FOR NECESSÁRIO. NÃO INCLUI RISCO CIRURGICO.

Nº	DESCRIÇÃO	VALOR
01	INFILTRAÇÕES	R\$ 61,38
	*Com material incluso	

W.4 - CIRURGIA ORTOPEDICA ELETIVA (JOELHO)

INCLUINDO: CIRURGIÃO, AUXILIAR DE CIRURGIA, ANESTESISTA, CONSULTA PRÉ E PÓS CIRURGICA E ANESTESICA (SE NECESSÁRIO), INTERNAÇÃO DE ATÉ 72HS, CASO HAJA COMPLICAÇÃO O HOSPITAL DEVE ACOMPANHAR O PACIENTE QUANTAS VEZES FOR NECESSÁRIO. NÃO INCLUI RISCO CIRURGICO.

Nº	DESCRIÇÃO	VALOR
01	INFILTRAÇÕES	R\$ 61,38
02	REPARO CIRURGICO TENDAO PATELAR	R\$ 3.204,36
03	REPARO CIRURGICO TENDAO QUADRICEPS	R\$ 3.204,36
04	SINOVECTOMIA ARTROSCOPICA	R\$ 61,38
	*Com material incluso	

W.5 - CIRURGIA ORTOPEDICA ELETIVA (PÉ)

INCLUINDO: CIRURGIÃO, AUXILIAR DE CIRURGIA, ANESTESISTA, CONSULTA PRÉ E PÓS CIRURGICA E ANESTESICA (SE NECESSÁRIO), INTERNAÇÃO DE ATÉ 72HS, CASO HAJA COMPLICAÇÃO O HOSPITAL DEVE ACOMPANHAR O PACIENTE

QUANTAS VEZES FOR NECESSÁRIO. NÃO INCLUI RISCO CIRURGICO.

Nº	DESCRIÇÃO	VALOR
01	AMPUTAÇÃO DE DEDO (CADA)	R\$ 676,06
02	CISTOS SINOVIAS	R\$ 182,98
03	RECONSTRUÇÃO TENDAO DE AQUILES	R\$ 411,82
	*Com material incluso	

X - EXAMES LABORATORIAIS

Nº	DESCRIÇÃO	VALOR
1	ACIDO FÓLICO	R\$ 13,00
2	ACIDEZ TITULÁVEL NO LEITE HUMANO (DORNIC)	R\$ 3,04
3	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
4	ADENOGRAMA	R\$ 5,79
5	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$ 3,70
6	ANTIBIOGRAMA	R\$ 4,98

7	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	R\$ 13,33
8	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	R\$ 13,33
9	ANTI GLIADINA IGA	R\$ 30,40
10	ANTI-BETA 2 GLICOPROTEINA IgG/IgM	R\$ 125,00
11	ANTI Ccp	R\$ 105,61
12	ANTI COAGULANTE LUPICO	R\$ 110,00
13	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	R\$ 4,20
14	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	R\$ 4,20
15	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	R\$ 4,20
16	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	R\$ 2,80
17	BNP	R\$ 27,00
18	CALCIURIA 24HS	R\$ 8,37
19	CHAGAS IGG	R\$ 15,00
20	CHAGAS IGM	R\$ 15,00
21	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	R\$ 4,33
22	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	R\$ 4,33
23	CITOQUIMICA HEMATOLOGICA	R\$ 6,48
24	CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 3,51
25	CLEARANCE DE FOSFATO	R\$ 3,51
26	CLEARANCE DE UREIA	R\$ 3,51
27	CLEARANCE OSMOLAR	R\$ 3,51
28	COAGULOGRAMA	R\$ 13,50
29	CONTAGEM DE ADDIS	R\$ 2,04
30	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	R\$ 15,00
31	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	R\$ 15,00
32	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	R\$ 15,00
33	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 2,73
34	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$ 2,73
35	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89
36	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89
37	CULTURA FEZES + TSA	R\$ 16,00
38	CULTURA FUNGOS + TSA	R\$ 70,00
39	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$ 5,62
40	CULTURA DO LEITE HUMANO (POS-PASTEURIZAÇÃO)	R\$ 5,62
41	CULTURA P/ HERPESVIRUS	R\$ 4,33
42	CULTURA PARA BAAR	R\$ 5,63
43	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	R\$ 10,25
44	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	R\$ 4,19
45	DETECCAO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)	R\$ 65,00
46	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	R\$ 96,00
47	DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 8,80
48	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM DEFICIENCIA DE BIOTINIDASE	R\$ 66,00
49	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)	R\$ 66,00
50	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HIPERPLASIA ADRENAL CONGENITA	R\$ 66,00
51	DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)	R\$ 66,00
52	DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS	R\$ 10,65
53	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	R\$ 2,01
54	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 180,00
55	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 160,00
56	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 160,00
57	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	R\$ 9,25
58	DETERMINACAO DE CREMATÓCRITO NOLEITE HUMANO ORDENHADO	R\$ 1,53

59	DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS	R\$ 15,65
60	DETERMINACAO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR	R\$ 2,73
61	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	R\$ 3,63
62	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (5 DOSAGENS)	R\$ 6,55
63	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)	R\$ 3,68
64	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	R\$ 10,00
65	DETERMINACAO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)	R\$ 2,73
66	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	R\$ 2,83
67	DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 6,56
68	DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE	R\$ 12,54
69	DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE	R\$ 3,70
70	DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE	R\$ 3,51
71	DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3	R\$ 12,54
72	DETERMINACAO DE SULFO-HEMOGLOBINA	R\$ 2,73
73	DETERMINACAO DE T3 REVERSO	R\$ 14,69
74	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	R\$ 2,73
75	DETERMINACAO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	R\$ 2,73
76	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	R\$ 9,00
77	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	R\$ 2,73
78	DETERMINACAO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS	R\$ 5,79
79	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA	R\$ 2,85
80	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$ 5,77
81	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 2,73
82	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTACAO (VHS)	R\$ 2,73
83	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,37
84	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 9,25
85	DIMERO D	R\$ 102,07
86	DOSAGEM DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SANGUE EM PAPEL DE FILTRO	R\$ 5,50
87	DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO	R\$ 17,16
88	DOSAGEM DE 17 HIDROXI PROGESTERONA EM PAPEL DE FILTRO	R\$ 8,00
89	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	R\$ 10,20
90	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	R\$ 6,72
91	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	R\$ 6,72
92	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$ 15,24
93	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	R\$ 3,51
94	DOSAGEM DE ACETONA	R\$ 1,85
95	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	R\$ 6,72
96	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	R\$ 2,01
97	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	R\$ 2,06
98	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	R\$ 2,23
99	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	R\$ 3,68
100	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	R\$ 2,04
101	DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$ 1,85
102	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	R\$ 15,65
103	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO	R\$ 9,00
104	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R\$ 14,12
105	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	R\$ 3,51
106	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	R\$ 2,01
107	DOSAGEM DE ALDOLASE	R\$ 3,68
108	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	R\$ 11,89
109	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	R\$ 3,68
110	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	R\$ 3,68
111	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	R\$ 3,68

112	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R\$ 15,06
113	DOSAGEM DE ALUMINIO	R\$ 27,50
114	DOSAGEM DE ANTICORPO ANTILÚPICO	R\$ 40,00
115	DOSAGEM DE AMILASE	R\$ 2,25
116	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	R\$ 10,00
117	DOSAGEM DE AMONIA	R\$ 3,51
118	DOSAGEM DE AMP CICLICO	R\$ 12,01
119	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	R\$ 11,53
120	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	R\$ 10,00
121	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	R\$ 4,11
122	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA	R\$ 18,55
123	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	R\$ 10,00
124	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$ 16,42
125	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	R\$ 6,48
126	DOSAGEM DE BARBITURATOS	R\$ 13,13
127	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	R\$ 13,48
128	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	R\$ 13,55
129	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$ 2,01
130	DOSAGEM DE CADMIO	R\$ 6,55
131	DOSAGEM DE CALCIO	R\$ 1,85
132	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	R\$ 3,51
133	DOSAGEM DE CALCITONINA	R\$ 14,38
134	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	R\$ 17,53
135	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	R\$ 4,11
136	DOSAGEM DE CAROTENO	R\$ 2,01
137	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	R\$ 3,68
138	DOSAGEM DE CHUMBO	R\$ 8,83
139	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	R\$ 58,61
140	DOSAGEM DE CITRATO	R\$ 2,01
141	DOSAGEM DE CLORETO	R\$ 1,85
142	DOSAGEM DE CLORETO NO SUOR	R\$ 150,00
143	DOSAGEM DE COBRE	R\$ 3,51
144	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$ 3,51
145	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$ 3,51
146	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$ 1,85
147	DOSAGEM DE COLINESTERASE	R\$ 3,68
148	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$ 17,16
149	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	R\$ 17,16
150	DOSAGEM DE CORTISOL	R\$ 9,86
151	DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 1,85
152	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 1,89
153	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 3,68
154	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$ 4,12
155	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	R\$ 2,83
156	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$ 11,25
157	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	R\$ 3,51
158	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	R\$ 3,51
159	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	R\$ 3,68
160	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	R\$ 3,68
161	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	R\$ 8,97
162	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R\$ 11,71
163	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	R\$ 1,65
164	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$ 10,15
165	DOSAGEM DE ESTRIOL	R\$ 11,55

166	DOSAGEM DE ESTRONA	R\$ 11,12
167	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA	R\$ 15,65
168	DOSAGEM DE FATOR II	R\$ 5,31
169	DOSAGEM DE FATOR IX	R\$ 7,61
170	DOSAGEM DE FATOR V	R\$ 4,73
171	DOSAGEM DE FATOR VII	R\$ 8,09
172	DOSAGEM DE FATOR VIII	R\$ 6,63
173	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	R\$ 15,00
174	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	R\$ 18,91
175	DOSAGEM DE FATOR X	R\$ 6,66
176	DOSAGEM DE FATOR XI	R\$ 9,11
177	DOSAGEM DE FATOR XII	R\$ 10,51
178	DOSAGEM DE FATOR XIII	R\$ 6,66
179	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 5,50
180	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4	R\$ 12,10
181	DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECCAO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA	R\$ 20,90
182	DOSAGEM DE FENITOINA	R\$ 35,22
183	DOSAGEM DE FENOL	R\$ 2,05
184	DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 15,59
185	DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$ 3,51
186	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	R\$ 4,60
187	DOSAGEM DE FOLATO	R\$ 15,65
188	DOSAGEM DE FORMALDEIDO	R\$ 3,51
189	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA NO ESPERMA	R\$ 2,01
190	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	R\$ 2,01
191	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 2,01
192	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	R\$ 2,01
193	DOSAGEM DE FOSFORO	R\$ 1,85
194	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	R\$ 2,01
195	DOSAGEM DE FRUTOSE	R\$ 2,01
196	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	R\$ 2,01
197	DOSAGEM DE GALACTOSE	R\$ 3,51
198	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 3,51
199	DOSAGEM DE GASTRINA	R\$ 14,15
200	DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 1,85
201	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
202	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	R\$ 3,68
203	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	R\$ 15,35
204	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$ 7,85
205	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	R\$ 3,04
206	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	R\$ 3,68
207	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$ 1,53
208	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC	R 2,73
209	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	R\$ 2,73
210	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 7,86
211	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	R\$ 2,73
212	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	R\$ 3,68
213	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	R\$ 10,21
214	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$ 7,89
215	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 8,97
216	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$ 8,96
217	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R\$ 17,16
218	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$ 9,25

219	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$ 17,16
220	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	R\$ 9,25
221	DOSAGEM DE INSULINA	R\$ 10,17
222	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	R\$ 3,51
223	DOSAGEM DE LACTATO	R\$ 3,68
224	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	R\$ 3,51
225	DOSAGEM DE LIPASE	R\$ 2,25
226	DOSAGEM DE LITIO	R\$ 2,25
227	DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$ 2,01
228	DOSAGEM DE MERCURIO	R\$ 2,04
229	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	R\$ 10,00
230	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	R\$ 4,11
231	DOSAGEM DE METOTREXATO	R\$ 10,00
232	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 8,12
233	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	R\$ 2,01
234	DOSAGEM DE HOMOCISTEINA NO SANGUE	R\$ 50,00
235	DOSAGEM DE OXALATO	R\$ 3,68
236	DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$ 43,13
237	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R\$ 15,35
238	DOSAGEM DE PIRUVATO	R\$ 3,68
239	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	R\$ 4,11
240	DOSAGEM DE PORFIRINAS	R\$ 3,51
241	DOSAGEM DE POTASSIO	R\$ 1,85
242	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$ 10,22
243	DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$ 10,15
244	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 2,83
245	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$ 2,04
246	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
247	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	R\$ 1,40
248	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$ 1,85
249	DOSAGEM DE QUINIDINA	R\$ 10,00
250	DOSAGEM DE RENINA	R\$ 13,19
251	DOSAGEM DE SALICILATOS	R\$ 2,01
252	DOSAGEM DE SODIO	R\$ 1,85
253	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	R\$ 15,35
254	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	R\$ 13,11
255	DOSAGEM DE SULFATOS	R\$ 3,51
256	DOSAGEM DE TEOFILINA	R\$ 15,65
257	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$ 10,43
258	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 13,11
259	DOSAGEM DE TIOCIANATO	R\$ 3,68
260	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$ 15,35
261	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$ 8,76
262	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 11,60
263	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$ 2,01
264	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$ 2,01
265	DOSAGEM DE TRACOLIMUS	R\$ 190,00
266	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$ 4,12
267	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$ 3,51

268	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 8,71
269	DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA	R\$ 5,50
270	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	R\$ 3,51
271	DOSAGEM DE TROPONINA	R\$ 9,00
272	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 13,20
273	DOSAGEM DE UREIA	R\$ 1,85
274	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$ 15,24
275	DOSAGEM DE ZINCO	R\$ 15,65
276	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	R\$ 13,35
277	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	R\$ 3,04
278	DOSAGEM QUANTITATIVA DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SORO	R\$ 137,00
279	ELETOFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 5,41
280	ELETOFORESE DE LIPOPROTEINAS	R\$ 3,68
281	ELETOFORESE DE PROTEINAS	R\$ 4,42
282	ELETOFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR	R\$ 5,23
283	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	R\$ 2,73
284	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 6,56
285	ESPLENOGRAMA	R\$ 5,79
286	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	R\$ 1,89
287	EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)	R\$ 2,80
288	EXAME PARASITOLÓGICO (MIF)	R\$ 6,00
289	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	R\$ 3,70
290	FALCIZAÇÃO (TESTE AFOIÇAMENTO)	R\$ 4,50
291	FATOR V DE LEIDEN	R\$ 123,00
292	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	R\$ 10,65
293	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE)	R\$ 15,65
294	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 298,48
295	HEMATOCRITO	R\$ 1,53
296	HEMOCULTURA	R\$ 11,49
297	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 4,11
298	HERPES IGG	R\$ 40,00
299	HERPES IGM	R\$ 40,00
300	HOMOCISTEINA	R\$ 2,04
301	INDICE DE SATURAÇÃO DE TRANSFERRINA	R\$ 16,34
302	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	R\$ 5,63
303	IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS	R\$ 10,65
304	IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	R\$ 1,65
305	IDENTIFICAÇÃO DE GLICÍDIOS URINÁRIOS POR CROMATOGRAFIA (CAMADA DELGADA)	R\$ 3,70
306	IMUNOELETOFORESE DE PROTEINAS	R\$ 17,16
307	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R\$ 80,00
308	LISTERIOSE	R\$ 17,80
309	LEUCOGRAMA	R\$ 2,73
310	MICOLOGICO DIRETO DE LESÃO	R\$ 21,00
311	MIELOGRAMA	R\$ 5,79
312	MUTAÇÃO DE GENE MTHFR A1298C	R\$ 128,00
313	MUTAÇÃO DE GENE MTHFR C677T	R\$ 171,00
314	MUTAÇÃO DE GENE PROTROMBINA	R\$ 115,00
315	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	R\$ 4,33
316	PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA)	R\$ 3,70
317	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	R\$ 2,04
318	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	R\$ 3,70
319	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	R\$ 10,00

320	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	R\$ 10,00
321	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	R\$ 9,25
322	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	R\$ 10,00
323	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	R\$ 9,25
324	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	R\$ 3,70
325	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	R\$ 5,83
326	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLOURESCENCIA)	R\$ 10,00
327	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEZ SUPRARENAL	R\$ 17,16
328	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$ 8,67
329	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS	R\$ 9,25
330	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	R\$ 10,00
331	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	R\$ 9,70
332	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	R\$ 9,70
333	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	R\$ 2,83
334	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	R\$ 10,00
335	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	R\$ 10,00
336	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	R\$ 17,16
337	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	R\$ 85,00
338	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R\$ 10,00
339	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R\$ 18,55
340	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	R\$ 10,00
341	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	R\$ 17,16
342	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	R\$ 4,10
343	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	R\$ 5,50
344	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R\$ 17,16
345	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	R\$ 17,16
346	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	R\$ 17,16
347	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	R\$ 17,16
348	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO (FAN)	R\$ 17,16
349	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	R\$ 17,16
350	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	R\$ 10,00
351	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	R\$ 17,16
352	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	R\$ 5,74
353	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$ 17,16
354	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$ 18,55
355	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	R\$ 18,55
356	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R\$ 17,16
357	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$ 18,55
358	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	R\$ 18,55
359	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	R\$ 7,78
360	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII	R\$ 9,71
361	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$ 18,55
362	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	R\$ 18,55
363	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	R\$ 9,25
364	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS	R\$ 4,10
365	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO	R\$ 18,55
366	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	R\$ 17,16
367	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 2,83
368	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,00
369	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	R\$ 9,25
370	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$ 16,97
371	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 9,25

372	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R\$ 30,00
373	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55
374	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16
375	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 17,16
376	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 17,16
377	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 17,16
378	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	R\$ 18,55
379	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,61
380	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	R\$ 10,00
381	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$ 18,55
382	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 9,25
383	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$ 18,55
384	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R\$ 20,00
385	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55
386	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16
387	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 17,16
388	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 17,16
389	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 17,16
390	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO	R\$ 5,79
391	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC	R\$ 5,79
392	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO	R\$ 5,79
393	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R\$ 13,35
394	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$ 18,55
395	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	R\$ 18,55
396	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	R\$ 25,00
397	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	R\$ 2,80
398	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA	R\$ 2,04
399	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	R\$ 2,40
400	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	R\$ 1,89
401	PESQUISA DE CELULAS LE	R\$ 4,11
402	PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS	R\$ 1,89
403	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	R\$ 2,04
404	PESQUISA DE CLAMIDIA (POR CAPTURA HIBRIDA)	R\$ 60,00
405	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	R\$ 2,04
406	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	R\$ 2,73
407	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	R\$ 2,83
408	PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA	R\$ 1,89
409	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	R\$ 1,65
410	PESQUISA DE EOSINOFILOS	R\$ 1,65
411	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	R\$ 3,70
412	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)	R\$ 4,80
413	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	R\$ 4,33
414	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	R\$ 4,10
415	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1,37
416	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	R\$ 2,04
417	PESQUISA DE FILARIA	R\$ 2,73
418	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	R\$ 2,04
419	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	R\$ 3,36
420	PESQUISA DE GORDURA FECAL	R\$ 1,65

421	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	R\$ 2,80
422	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	R\$ 4,33
423	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	R\$ 2,73
424	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA	R\$ 10,00
425	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	R\$ 2,04
426	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	R\$ 9,25
427	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	R\$ 2,04
428	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	R\$ 1,65
429	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	R\$ 2,80
430	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	R\$ 1,65
431	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	R\$ 1,65
432	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	R\$ 12,15
433	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	R\$ 3,70
434	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO MUCOSA)	R\$ 1,65
435	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$ 1,65
436	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	R\$ 2,04
437	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	R\$ 4,44
438	PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
439	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	R\$ 10,25
440	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 1,65
441	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	R\$ 1,65
442	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	R\$ 2,04
443	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	R\$ 5,04
444	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	R\$ 2,73
445	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	R\$ 1,65
446	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	R\$ 1,65
447	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	R\$ 10,00
448	PESQUISA DE REFLUXO	R\$ 65,00
449	PROVA CONFIRMATÓRIA DA PRESENÇA DE MICRO-ORGANISMOS COLIFORMES	R\$ 5,62
450	PROVA DA D-XILOSE	R\$ 3,68
451	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	R\$ 4,11
452	PROVA DE DILUICAO (URINA)	R\$ 2,04
453	PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)	R\$ 9,70
454	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	R\$ 2,73
455	PROVA DO LACO	R\$ 2,73
456	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)	R\$ 1,89
457	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	R\$ 1,89
458	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	R\$ 1,77
459	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	R\$ 1,77
460	PROTEINA C FUNCIONAL	R\$ 75,00
461	PROTEINAS S	R\$ 115,00
462	PROTEINA S LIVRE	R\$ 161,63
463	PSA LIVRE/TOTAL	R\$ 20,00
464	PTH - PARATORMONIO	R\$ 30,00
465	QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1	R\$ 18,00
466	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 168,48
467	QUANTIFICAÇÃO/AMPLIFICAÇÃO DO HER-2	R\$ 120,00
468	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	R\$ 2,73
469	REACAO DE HEMAGLUTINACAO (TPHA) P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 4,10
470	REACAO DE MONTENEGRO ID	R\$ 2,83
471	REACAO DE PANDY	R\$ 1,89
472	REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
473	RT-PCR PARA CITOMEGALOVIRUS	R\$ 326,00
474	SHBG	R\$ 15,00

475	T3 LIVRE	R\$ 15,00
476	TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS	R\$12,00
477	TESTE DE CLEMENTS	R\$ 1,89
478	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	R\$ 12,01
479	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	R\$ 12,01
480	TESTE DE ESTIMULO DE LH E FSH APOS GONADORRELINA	R\$ 12,01
481	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	R\$ 12,01
482	TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL P/60 EM 4 AMOSTRAS	R\$ 4,69
483	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	R\$ 2,73
484	TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO	R\$ 4,69
485	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	R\$ 12,01
486	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE	R\$ 12,01
487	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTE ORAIS	R\$ 6,55
488	TESTE DE VDRL P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$ 2,83
489	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$ 2,73
490	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00
491	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00
492	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R\$ 2,73
493	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	R\$ 8,43
494	TESTE RT - PCR	R\$ 250,00
495	TESTE DE SUOR	R\$ 20,00
496	TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	R\$ 5,79
497	TIG (IMUNOLÓGICO GRAVIDEZ)	R\$ 7,50
498	TOTG	R\$ 25,70
499	TOTL	R\$ 33,37
500	VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE	R\$ 2,83
501	PESQUISA DE FUNGOS	R\$ 4,19

X.1 - EXAMES DE CITÓLOGIA E PATÓLOGIA

Nº	DESCRIÇÃO	VALOR
01	EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA	R\$ 13,72
02	IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R\$ 131,52
03	EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CERVICO-VAGINAL)	R\$ 20,96
04	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM LAMINA DE PAAF ATÉ 5 LAMINAS	R\$ 40,00
Nº	Y- SERVIÇOS DE OFTALMOLOGIA MÓVEL	VALOR
01	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA COM EXAME DE FUNDO DE OLHO E TONOMETRIA	R\$ 40,00
02	ANGIOGRAFIA/RETINOGRAFIA FLUORESCENTE	R\$ 185,00
03	BIOMETRIA ULTRASSONICA (MONOCULAR)	R\$ 54,00
04	CAMPO VISUAL OU CAMPIMETRIA (MONO)	R\$ 60,00
05	CERATOSCOPIA MONO	R\$ 70,00
06	CIRURGIA DE PTERÍGIO	R\$ 700,00
07	CURVA TENSIONAL DIÁRIA/ BI	R\$ 60,00
08	ECOGRAFIA/ULTRASSONOGRAMA	R\$ 40,50
09	MAPEAMENTO DE RETINA OU FUNDO DE OLHO/ MONO	R\$ 43,20
10	MICROSCOPIA ESPECULAR DA CORNEA/MONO	R\$ 85,00
11	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA/CORNEANA	R\$ 60,00
12	RETINOGRAFIA COLORIDA POR OLHO	R\$ 40,00

TABELA DE PREÇOS SERVIÇOS MÉDICOS - CIM POLO SUL -2018 – COM ALTERAÇÕES**APROVADAS EM 16/03/2023****TABELA 01 - ALEGRE**

DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA/DIURNO	12 HORAS	R\$1.000,00

SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA/NOTURNO	12 HORAS	R\$1.100,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA/DIURNO	12 HORAS	R\$1.100,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FIM DE SEMANA/NOTURNO	12 HORAS	R\$1.200,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$140,00
TABELA 02 – CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM		
DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA -UNIDADE ITAOCA	12 HORAS	R\$ 900,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA	12 HORAS	R\$ 1.100,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FIM DE SEMANA	12 HORAS	R\$ 1.200,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA/COORDENAÇÃO	12 HORAS	R\$ 1.250,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FIM DE SEMANA/COORDENAÇÃO	12 HORAS	R\$ 1.350,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00
SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 91,66
TABELA 03 – JERÔNIMO MONTEIRO		
DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00
SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 63,14
TABELA 04 – VARGEM ALTA		
DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00
SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 63,14
TABELA 05 – DIVINO DE SÃO LOURENÇO		
DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00
SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 63,14
TABELA 06 – DORES DO RIO PRETO		
DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00
SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 63,14
TABELA 07 – ATÍLIO VIVÁQUA		
DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00
TABELA 08 – MUQUI		
DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAIS MÉDICOS ESPECIALISTA - PLANTÕES SOBREAVISO	MENSAL	R\$ 5.000,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAIS MÉDICOS GENERALISTA- CLÍNICA MÉDICA	HORA	R\$ 140,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAIS	HORA	R\$ 140,00

MÉDICOS GENERALISTA - COORDENADOR CLÍNICO		
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA/DIURNO/NOTURNO	12 HORAS	R\$ 900,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00
SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 63,14
TABELA 09 - BOM JESUS DO NORTE		
DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAIS MÉDICOS GENERALISTA	12 HORAS	R\$ 750,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAIS MÉDICOS ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00
SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 63,14
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIREÇÃO CLÍNICA	12 HORAS	R\$ 1.000,00
TABELA 10 - IBITIRAMA		
DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA/DIURNO/NOTURNO	12 HORAS	R\$ 800,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FIM DE SEMANA/DIURNO/NOTURNO	12 HORAS	R\$ 850,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00
TABELA 11 - SÃO JOSÉ DO CALÇADO		
DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - COORDENADOR CLÍNICO	HORA	R\$ 140,00
TABELA 12 - MIMOSO DO SUL		
DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00
SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 63,14
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA/DIURNO	12 HORAS	R\$ 1.200,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA/NOTURNO	12 HORAS	R\$ 1.400,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FIM DE SEMANA/DIURNO	12 HORAS	R\$ 1.400,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FIM DE SEMANA/NOTURNO	12 HORAS	R\$ 1.800,00
TABELA 13 - PRESIDENTE KENNEDY		
DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA/DIURNO	12 HORAS	R\$ 1.200,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA/NOTURNO	12 HORAS	R\$ 1.250,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FIM DE SEMANA/DIURNO	12 HORAS	R\$ 1.250,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FINAL DE SEMANA/NOTURNO	12 HORAS	R\$ 1.300,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 160,00
SERVIÇO DE SUPERVISÃO MÉDICA POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA/GENERALISTA	HORA	R\$ 140,00
SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 63,14
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO CLÍNICO	HORA	R\$ 100,00

SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - COORDENAÇÃO	12 HORAS	R\$ 1.150,00
TABELA 14 - GUAÇUÍ		
DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA/DIURNO	12 HORAS	R\$ 1.000,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA/NOTURNO	12 HORAS	R\$ 1.100,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FIM DE SEMANA/DIURNO	12 HORAS	R\$ 1.100,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FINAL DE SEMANA/NOTURNO	12 HORAS	R\$ 1.200,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00
TABELA 15 - CASTELO		
DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA/DIURNO	12 HORAS	R\$ 1.000,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA/NOTURNO	12 HORAS	R\$ 1.100,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FIM DE SEMANA/DIURNO	12 HORAS	R\$ 1.100,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FINAL DE SEMANA/NOTURNO	12 HORAS	R\$ 1.200,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00
SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 63,14
SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO CLINICO - DIA DE SEMANA/DIURNO	HORA	R\$ 100,00
SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO CLINICO - FIM DE SEMANA/DIURNO	HORA	R\$ 110,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - COORDENAÇÃO	12 HORAS	R\$ 1.150,00
TABELA 16 - APIACÁ		
DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00
SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 63,14
TABELA 17 - MUNIZ FREIRE		
DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 63,14
TABELA 18 - IUNA		
DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO CLINICO	HORA	R\$100,00
SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$140,00