

Objeto: **REGISTRO DE PREÇOS PARA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO HIDROELETROLÍTICO I (SOROS).**

Ibiraçu/ES, 21/03/2024.

JOICE NUNES BUFON

Pregoeira

Protocolo 1287686

Convocação

AVISO DE PESQUISA DE PREÇO

O Consórcio Público da Região Polinorte - CIM Polinorte do Estado do Espírito Santo, através do Setor de Compras Compartilhadas, **CONVOCA** todos os interessados no respectivo ramo de atividade para que apresentem, até o dia **22 DE MARÇO DE 2024, PROPOSTA DE PREÇO**, referente ao **SERVIÇO DE IÇAMENTO, RETIRADA, TRANSPORTE, REALOCAÇÃO E EMPILHAMENTO DE 4 CONTAINERS.**

CASO A QUANTIDADE PRETENDIDA DE ORÇAMENTO SEJA ALCANÇADA ANTES DO PRAZO ESTIPULADO, O PROCESSO SERÁ ENCERRADO PARA COTAÇÃO.

A empresa interessada deverá solicitar o Termo de Referência no e-mail: cotacaocimpolinorte@gmail.com / cotacao@cimpolinorte.es.gov.br.

Ibiraçu/ES, 19 de março de 2024.

MISSLEIDE BARBOZA

Oficial Administrativo do Compras Compartilhadas

Protocolo 1286324

AVISO DE PESQUISA DE PREÇO

O Consórcio Público da Região Polinorte - CIM Polinorte do Estado do Espírito Santo, através do Setor de Compras Compartilhadas, **CONVOCA** todos os interessados no respectivo ramo de atividade para que apresentem, até o dia **26 DE MARÇO DE 2024, PROPOSTA DE PREÇO**, referente a **AQUISIÇÃO DE CÂMARAS DE AR E PNEUS PARA VEÍCULOS LEVES.**

CASO A QUANTIDADE PRETENDIDA DE ORÇAMENTO SEJA ALCANÇADA ANTES DO PRAZO ESTIPULADO, O PROCESSO SERÁ ENCERRADO PARA COTAÇÃO.

A empresa interessada deverá solicitar o Termo de Referência no e-mail: cotacaocimpolinorte@gmail.com / cotacao@cimpolinorte.es.gov.br.

Ibiraçu/ES, 19 de março de 2024.

MISSLEIDE BARBOZA

Oficial Administrativo do Compras Compartilhadas

Protocolo 1286450

Termos

**RESUMO DE ATA DE REGISTRO DE PREÇOS
PREGÃO ELETRÔNICO Nº 057/2023.
PROCESSO ADM. Nº 3446/2023.
ID: 2023.501C2600003.02.0052.**

OBJETO: REGISTRO DE PREÇO PARA FUTURA E EVENTUAL AQUISIÇÃO DE UNIFORMES E TÊNIS ESCOLAR.

ARP Nº 038/2024 - UNISUL COMERCIO EIRELI ME (17.504.052/0001-06), no valor global de R\$ 22.049.731,40.

ARP Nº 039/2024 - ESTACA DO CONHECIMENTO COMERCIO DE CALÇADOS E CONFECÇÕES LTDA (09.255.998/0001-40), no valor global de R\$ 13.926.769,20.

VIGÊNCIA: 12 (doze) meses, a partir da data de publicação. Disponível: www.cimpolinorte.es.gov.br.

Ibiraçu/ES, 22 de Março de 2024.

ALESSANDRO BROEDEL TOREZANI

Presidente - CIM POLINORTE

Protocolo 1288280

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

Edital

AVISO DE LICITAÇÃO CREDENCIAMENTO Nº 01/2024 ID: 2024.501C2600006.17.0001

O Consórcio Público Região Polo Sul - CIM POLO SUL, torna público que realizará licitação, na modalidade "Credenciamento", em conformidade com o art. 74, IV, 79, I, para a **CREDENCIAMENTO DE EMPRESA(S) ESPECIALIZADA(S) EM PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM UNIDADE MÓVEL OU TEMPORÁRIA FIXA PARA CONSULTAS, EXAMES OFTALMOLÓGICOS E CONFEÇÃO DE ÓCULOS, VISANDO ATENDER AOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS AO CIM POLO SUL.**

INÍCIO ACOLHIMENTO DAS PROPOSTAS COMERCIAIS: 10/04/2024 às 9h:00min.

LIMITE ACOLHIMENTO DAS PROPOSTAS COMERCIAIS: 10/04/2025 às 17h:00min.

A íntegra do Edital se encontra disponível para download no sítio www.cimpolosul.es.gov.br.

Informações adicionais podem ser obtidas via e-mail licitacao@cimpolosul.es.gov.br, pelo Tel. (28) 3555-1990 e presencialmente.

Mimoso do Sul/ES, 21 de março de 2024.

João Otávio da Silva Malaquias

Agente de Contratação

Portaria nº 6-P

Protocolo 1288108

Deliberação

REPUBLICAÇÃO DA ATA Nº 01/2024 REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DA CÂMARA SETORIAL DE SAÚDE DO CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLO SUL - CIM POLO SUL

Aos cinco (05) dias do mês de março do ano de dois mil e vinte e quatro, às nove horas e trinta minutos (09:30h), na sede do CIM POLO SUL no município de Mimoso do Sul/ES, realizou-se a

Reunião 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. 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- Apreciação e deliberação dos valores e, inclusão dos procedimentos de saúde da TVSP - Tabela de Valores de Serviços e Procedimentos de Saúde do CIM POLO SUL:** Foi apresentada a planilha dos procedimentos de saúde contendo a inclusão e seus respectivos valores, considerando cotações realizadas, pela equipe administrativa do CIM POLO SUL, através de e-mails aos prestadores de serviços de saúde e valores constantes das tabelas de procedimentos dos Consórcios Públicos de Saúde do Estado do Espírito Santo. Durante o processo de discussão foi solicitado que todos os valores definidos pelo colegiado devem ser devidamente fundamento e justificado para realização do processo licitatório, uma vez que os respectivos valores foram reajustados com base em cotações. Após ampla discussão foi aprovada pela Câmara Setorial de Saúde a exclusão e inclusão dos procedimentos de saúde e seus respectivos valores que integram a presente ata como anexo I e, que procedam com a publicação da TVSP - tabela de valores de serviços e procedimentos de saúde do CIM POLO SUL atualizada que segue como anexo II desta ata, passando a mesma a vigor após finalização do novo processo licitatório. Aprovado ainda que o processo licitatório seja elaborado com cláusulas que garantam a execução da prestação de serviços, sob pena de advertência, multa e rescisão contratual. **Item 2- Andamento do processo de credenciamento de unidade móvel e fixa temporária para prestação de serviços em Oftalmologia:** Conforme solicitado por alguns municípios consorciados, foi informado a todo colegiado de secretários que o edital do processo licitatório está sendo finalizado pelo coordenador de compras compatilhadas e contratações para realização de consultas especializadas, procedimentos com finalidade diagnóstica na especialidade em Oftalmologia de forma complementar ao sistema único de saúde em unidade móvel e fixa temporária, equipada com todo o necessário para a adequada prestação de serviços, com fornecimento de mão de obra especializada, insumos e o que mais for necessário, oferecendo óculos a título gratuito para usuários da rede SUS, quando necessário, passando o mesmo a integrar a TVSP - tabela de valores de serviços e procedimentos de saúde do CIM POLO SUL, anexo II. Aprovado por todos. **Item 3 - Informações sobre a nova modelagem da prestação de serviços RG System, módulo municipal e assessorias:** Foi informado a todos que após o encaminhamento a assessoria jurídica e assessoria administrativa do CIM POLO SUL, caso seja possível será necessário mudança na forma de prestação de serviços RG System, haja vista que até o presente momento este consórcio público não emite nota fiscal aos municípios consorciados, o que é de praxe

nos contratos de prestação de serviços, sendo aprovado por unanimidade que após todo respaldo jurídico e administrativo que seja encaminhado ofício para os municípios consorciados com passo a passo da nova modelagem. **Item 4 - Informações para formalização do contrato de prestação de Serviços da Equipe multidisciplinar:** Conforme solicitado por alguns municípios consorciados, esteve presente na reunião o representante da empresa MASP Soluções e Saúde LTDA, Sr André Lima, explicando toda modelagem de contratação da prestação de serviços de assistência à saúde, de forma complementar, no formato de plantão/hora, em diversas áreas, em nível ambulatorial e hospitalar, constituída por equipe especializada com capacidade técnica, humana e tecnológica para atender as necessidades do Consórcio Público da Região Polo Sul (CIM POLO SUL/ES) e seus municípios consorciados, integrando TVSP - Tabela de Valores de Serviços e Procedimentos de Saúde do CIM POLO SUL, e após todo esclarecimento foi deliberado que os secretários estarão quando necessário solicitando a este consórcio minuta para formalização do referido contrato. **Item 5 - 5.1 - Outros assuntos: Solicitação de cronograma de execução dos processos licitatórios, contendo objeto e previsão de encerramento dos mesmos:** Foi solicitado pelos secretários de saúde que seja encaminhado a todos informações sobre os processos licitatórios em andamento e prazo de vigência. **Item 5.2- Solicitação de processo licitatório para locação de veículos com e sem motorista:** Foi solicitado pelo município de Muqui que seja realizado processo licitatório para locação de veículos e ambulâncias com e sem motorista para atender os municípios consorciados ao CIM POLO SUL e a sede do CIM POLO SUL/ Projetos, sendo aprovado por unanimidade. **Item 5.3 - Solicitação de viabilidade de processo licitatório transporte sanitário:** Foi solicitado pelos presentes que seja encaminhando a solicitação de transporte sanitários as Assessorias Administrativa e Jurídica do CIM POLO SUL para viabilidade da contratação, a referida solicitação foi aprovada por unanimidade. Nada mais havendo a tratar, o coordenador declarou encerrada a reunião às 11:30 horas e trinta minutos, e eu, Katiuscia Scarpini Pavão, Superintendente Administrativa e Financeira do CIM POLO SUL, lavrei a presente ata que vai assinada por mim, pelo coordenador 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

Katiuscia Scarpini Pavão
Diretora Executiva CIM POLO SUL

Anexo I

ITEM	PROCEDIMENTOS	V A L O R E S REAJUSTADO
01	AUDIOMETRIA	R\$ 105,00
02	AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL	R\$ 105,00
03	BIOPSIA DE MAMA	R\$ 145,00
04	BIOPSIAD E TIREOIDE OU PARATIREOIDE (PAAF)	R\$ 145,00

05	CINTILOGRAFIA CEREBREAL C/FLUXO SANGUINEO	R\$ 416,00
06	CINTILOGRAFIA C/ GALIO	R\$ 1.280,00
07	CINTILOGRAFIA DE MAMA	R\$ 960,00
08	CINTILOGRAFIA DE FÍGADO E BAÇO	R\$ 440,00
09	CINTILOGRAFIA DE FÍGADO E VIAS BILIARES	R\$ 480,00
10	CINTILOGRAFIA INDIRETA	R\$ 400,00
11	CINTILOGRAFIA ÓSSEA (CORPO INTEIRO C/ OU S/ FLUXO SANGUINEO)	R\$ 416,00
12	CINTILOGRAFIA PARA TESTE DE HELICOBACTER PYLORI	R\$ 480,00
13	CINTILOGRAFIA PARATIREÓIDES	R\$ 800,00
14	CINTILOGRAFIA PULMÃO POR INALAÇÃO (MÍNIMO 2 PROJEÇÕES)	R\$ 480,00
15	CINTILOGRAFIA PULMÃO POR PERFUSÃO (MÍNIMO 4 PROJEÇÕES)	R\$ 560,00
16	CINTILOGRAFIA RENAL DNSA-ESTÁTICA/DINÂMICA/RENOGRAMA	R\$ 1.040,00
17	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE	R\$ 304,00
18	CINTILOGRAFIA DE TESTÍCULO E BOLSA ESCROTAL	R\$ 400,00
19	CINTILOGRAFIA MIOCÁRDICA REPOUSO/ESFORÇO (SPECT)	R\$ 1.120,00
20	CINTILOGRAFIA ESOFÁGICA COM ESVAZIAMENTO GÁSTRICO	R\$ 376,00
21	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA NÃO ATIVA	R\$ 480,00
22	CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL C/ TALIO (SPCTO)	R\$ 1.440,00
23	CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA	R\$ 400,00
24	CONSULTA EM REUMATOLOGIA	R\$ 60,00
25	CONSULTA EM UROLOGIA	R\$ 60,00
26	ECOCARDIOGRAMA FETAL	R\$ 330,00
27	ELETROCAUTERIZAÇÃO DO COLO UTERINO	R\$ 57,50
28	ESPIROMETRIA	R\$ 100,00
29	ESTUDO URODINÂMICO MASCULINO	R\$ 400,00
30	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	R\$ 450,00
31	MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL - MAPA (24 HORAS)	R\$ 110,00
32	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DENTAL	R\$ 100,00
33	RESSONÂNCIA COM SEDAÇÃO ADULTO E INFANTIL	R\$ 800,00
34	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO CORAÇÃO PARA ISQUEMIA E VIABILIDADE MIOCÁRDICA	R\$ 460,00
35	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA PROSTATA ENDO-RETAL	R\$ 400,00
	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA PROSTATA ENDO-RETAL + ESPECTROSCOPIA DA PROSTATA	R\$ 400,00
36	SESSÃO DE FISIOTERAPIA NEUROLÓGICA	R\$ 20,00
37	SESSÃO DE FISIOTERAPIA ORTOPÉDICA/ TRAUMATOLÓGICA RESPIRATÓRIA/REUMATOLÓGICA	R\$ 20,00
38	SESSÃO DE FISIOTERAPIA RPG	R\$ 26,75
39	HIDROTERAPIA	R\$ 20,00
40	SESSÃO DE FISIOTERAPIA DE REFORÇO DO ASSOALHO PÉLVICO	R\$ 87,50
41	TERAPIA OCUPACIONAL	R\$ 20,00

42	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS	R\$ 20,00
43	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS	R\$ 20,00
44	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NEONATO	R\$ 20,00
45	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS	R\$ 20,00
46	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE ONCOLÓGICO CLÍNICO	R\$ 20,00
47	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA	R\$ 20,00
48	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS C/ COMPROMETIMENTO SISTÊMICO	R\$ 20,00
49	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS	R\$ 20,00
50	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 20,00
51	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 20,00
52	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	R\$ 20,00
53	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS-CIRURGIA CARDIOVASCULAR	R\$ 20,00
54	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	R\$ 20,00
55	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS	R\$ 20,00
56	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	R\$ 20,00
57	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MUSCULO-ESQUELÉTICAS C/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 20,00
58	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 20,00
59	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 20,00
60	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR	R\$ 20,00
61	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO	R\$ 20,00

62	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA	R\$ 20,00
63	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO	R\$ 20,00
64	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE GRANDE QUEIMADO	R\$ 20,00
65	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SEQUELAS POR QUEIMADURAS (MÉDIO E GRANDE QUEIMADOS)	R\$ 20,00
66	TESTE DE ESFORÇO / ERGOMETRICO	R\$ 150,00
67	ULTRASSONOGRRAFIA DE MUSCULO ESQUELETICO E ARTICULACAO (COTOVELO,OMBRO, PUNHO, MAO, QUADRIL, JOELHO, TORNOZELO, PE)	R\$ 100,00
68	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 100,00
	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 100,00
69	ULTRASSONOGRRAFIA DE MAMA POR PUNÇÃO	R\$ 100,00
70	ULTRASSONOGRRAFIA PARTES MOLES	R\$ 100,00
71	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA	R\$ 250,00
PROCEDIMENTOS INCLUIDOS DA TABELA		
01	ELETOENCEFALOGRAMA C/ SEDAÇÃO	R\$ 350,00
02	RESSONANCIA DE ABDOMEN DE CAMPO FECHADO	R\$ 460,00
03	SESSÃO DE FISIOTERAPIA BIO FEEDBACK	R\$ 100,00
PROCEDIMENTOS INCLUIDOS DA TABELA		
01	ACUPUNTURA	R\$ 12,00
02	CAUTERIZAÇÃO DE COLO UTERINO	R\$ 60,00
03	ELETOCARDIOGRAMA	R\$ 20,00

Anexo II

TVSP - Tabela de Valores de Serviços e Procedimentos de Saúde do CIM POLO SUL Vigência a partir processo licitatório do ano de 2024 - Reunião da 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\$ 60,00
32	UROLOGIA	R\$ 60,00
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	NEUROPEDIATRA	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 ADULTO 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 CÔRNEA	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\$ 145,00
3	BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES	R\$ 250,00
4	BIOPSIA DO COLO UTERINO	R\$ 250,00
5	BIOPSIA DE PROSTATA (GUIADA POR ULTRASSONOGRAMA TRANS-RETAL	R\$ 250,00
6	BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE (PAAF)	R\$ 145,00
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\$ 1.280,00
2	CINTILOGRAFIA CEREBRAL COM FLUXO SANGUINIO	R\$ 416,00
3	CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)	R\$ 960,00
4	CINTILOGRAFIA DIRETA	R\$ 250,00
5	CINTILOGRAFIA FIGADO E BAÇO	R\$ 440,00
6	CINTILOGRAFIA FIGADO E VIAS BILIARES	R\$ 480,00
7	CINTILOGRAFIA INDIRETA	R\$ 400,00
8	CINTILOGRAFIA OSSEA (CORPO INTEIRO COM OU SEM FLUXO SANGUINIO)	R\$ 416,00
9	CINTILOGRAFIA PARA TESTE DE HELICOBACTER PYLORI COM C14	R\$ 480,00
10	CINTILOGRAFIA PARATIREOIDES	R\$ 800,00
11	CINTILOGRAFIA PULMÃO POR INALAÇÃO (MÍNIMO 2 PORÇÕES)	R\$ 480,00
12	CINTILOGRAFIA PULMÃO POR PERFUSÃO (MÍNIMO 4 PORÇÕES)	R\$ 560,00
13	CINTILOGRAFIA RENAL DMSA-ESTÁTICA/ DINAMICA/ RENOGRAMA	R\$ 1.040,00
14	CINTILOGRAFIA TIREOIDE	R\$ 304,00
15	CINTILOGRAFIA TESTICO E BOLSA ESCROTAL	R\$ 400,00
16	CINTILOGRAFIA MIOCÁRDICA REPOUSO/ ESFORÇO (SPECT)	R\$ 1.120,00
17	CINTILOGRAFIA ESOFÁGICO COM ESVAZIAMENTO GÁSTRICO	R\$ 376,00

18	CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE HEMORRAGIAS NÃO ATIVAS	R\$ 480,00
19	CINTILOGRAFIA COM PERFUSÃO CEREBRAL COM TALIO (SPCTO)	R\$ 1.440,00
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\$ 100,00
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\$ 450,00
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-TARSI-CA	R\$ 25,00
18	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSI-CA (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 (PARA DETERMINAÇÃO 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 UMIERO	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\$100,00
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\$ 250,00
06	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN COM DOPPLER COLORIDO	R\$ 105,00
07	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN DE CAMPO FECHADO	R\$ 460,00
08	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 100,00
09	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 100,00
10	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO	R\$ 70,00
11	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 65,00
12	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER	R\$ 85,00
13	ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)	R\$ 45,00
14	ULTRASSONOGRAFIA DE MAMA	R\$ 60,00
15	ULTRASSONOGRAFIA DE MAMA POR PUNÇÃO	R\$ 100,00
16	ULTRASSONOGRAFIA DE MUSCULO ESQUELETICO E ARTICULACAO (COTOVELO, OMBRO, PUNHO, MAO, QUADRIL, JOELHO, TORNOZELO, PE)	R\$ 100,00
17	ULTRASSONOGRAFIA DE PETROPERINOMIO (GRANDES VASOS)	R\$ 50,00
18	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL)	R\$ 65,00
19	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 60,00
20	ULTRASSONOGRAFIA DE PUNÇÃO DE COLEÇÕES SUPERFICIAIS	R\$ 85,00
21	ULTRASSONOGRAFIA TRANSRETAL	R\$ 50,00
22	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE	R\$ 55,00
23	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE COM DOPPLER COLORIDO	R\$ 120,00
24	ULTRASSONOGRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	R\$ 50,00
25	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER CARÓTIDAS	R\$ 100,00
26	ULTRASSONOGRAFIA ENDOVAGINAL C/DOPPLERFLUXOMETRIA	R\$ 90,00
27	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	R\$ 65,00
28	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO (POR FETO)	R\$ 100,00
29	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA MORFOLOGICA FETAL (POR FETO)	R\$ 100,00
30	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA GEMELAR	R\$ 50,00
31	ULTRASSONOGRAFIA DO OLHO	R\$ 45,00
32	ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	R\$ 45,00
33	ULTRASSONOGRAFIA TRANSLUCENCIA NUCAL	R\$ 100,00
34	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL COM CONTROLE DE OVULACAO	R\$ 90,00
35	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL OU ENDOVAGINAL	R\$ 55,00
36	ULTRASSONOGRAFIA VIAS BILIARES	R\$ 55,00

37	ULTRASSONOGRRAFIA DE CAROTIDAS E VERTEBRAIS	R\$ 170,00
38	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO ARTERIAL (CADA MEMBRO)	R\$ 165,00
39	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DAS ARTÉRIAS RENAIAS	R\$ 115,00
40	ULTRASSONOGRRAFIA HEMITORAX	R\$ 40,00
41	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA C/ PERFIL BIOF. FETAL	R\$ 70,00
42	ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA CONTROLE DE OVULAÇÃO	R\$ 80,00
43	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 PESCOÇO (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 TEMPO-ROMANDIBULAR	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
	RESSONANCIA MAGNETICA COM SEDAÇÃO ADULTO E INFANTIL	R\$ 800,00
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\$ 400,00
31	RESSONANCIA MAGNETICA DA PROSTATA ENDO-RETAL + ESPECTROSCOPIA DA PROSTATA	R\$ 400,00
32	RESSONANCIA MAGNETICA DO CORAÇÃO PARA ISQUEMIA E VIABILIDADE MIOCARDICA	R\$ 460,00
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	ECOCARDIOGRAMA	R\$ 155,00
02	ECOCARDIOGRAMA DOPPLER CARÓTIDAS	R\$ 150,00
03	ECOCARDIOGRAMA DOPPLER VERTEBRAIS E CAROTIDAS	R\$ 155,00
04	ECOCARDIOGRAMA FETAL	R\$ 330,00
05	ECOCARDIOGRAMA INFANTIL	R\$ 215,00
06	ECOCARDIOGRAMA FARMACOLOGICO	R\$ 400,00
07	ECOCARDIOGRAMA SOB STRESS	R\$ 500,00
08	TESTE DE ESFORÇO / TESTE ERGOMETRICO	R\$ 150,00
09	VENTRICULOGRAFIA REPOUSO E ESFORÇO (CORAÇÃO)	R\$ 450,00
10	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	R\$ 105,00
11	MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL - MAPA (24 HORAS)	R\$ 110,00
12	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	ECOENDOSCOPIA BAIXA	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	POLIPECTOMIA ENDOSCÓPICA	R\$ 350,00
12	PH METRIA	R\$ 200,00
13	REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO (TRATAMENTO CIRURGIÃO GASTRO-ESOFÁGICO)	R\$ 250,00
14	RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXIVEL OU RIGIDA	R\$ 150,00
Nº	Q - NEUROLOGIA	VALOR
01	ELETOENCEFALOGRAMA	R\$ 100,00
02	ELETOENCEFALOGRAMA COM SEDAÇÃO	R\$ 350,00
03	ELETOENCEFALOGRAMA COM MAPEAMENTO	R\$ 180,00
04	ELETRONEUROMIOGRAFIA 01 (UM MEMBRO)	R\$ 200,00
05	ELETRONEUROMIOGRAFIA 02 (DOIS MEMBROS)	R\$ 313,00
06	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\$ 400,00
05	ESTUDO URODINAMICO MASCULINO	R\$ 400,00
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\$ 105,00
02	AUDIOMETRIA COMPLETA ADULTO/INFANTIL	R\$ 105,00
03	AUDIOMETRIA COMPORTAMENTAL	R\$ 60,00
04	AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL	R\$ 105,00
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	VECTOELETRONISTAGMOGRAFIA	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\$ 20,00
02	SESSÃO DE FISIOTERAPIA ORTOPÉDICO/TRAUMATOLÓGICO RESPIRATÓRIA/REUMATOLÓGICA	R\$ 20,00
03	SESSÃO DE FISIOTERAPIA RPG	R\$ 26,75
05	HIDROTERAPIA	R\$ 20,00
06	SESSÃO DE FISIOTERAPIA DE REFORÇO DO ACOALHO PÉLVICO	R\$ 87,50
07	TERAPIA OCUPACIONAL	R\$ 20,00
08	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS	R\$ 20,00
09	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS	R\$ 20,00
10	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NEONATO	R\$ 20,00
11	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS	R\$ 20,00
12	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE ONCOLÓGICO CLÍNICO	R\$ 20,00
13	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA	R\$ 20,00

14	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS C/ COMPROMETIMENTO SISTÊMICO	EM	R\$ 20,00
15	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS	EM	R\$ 20,00
16	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	EM	R\$ 20,00
17	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	EM	R\$ 20,00
18	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	EM	R\$ 20,00
19	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS-CIRURGIA CARDIOVASCULAR	EM	R\$ 20,00
20	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	NAS	R\$ 20,00
21	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS	EM	R\$ 20,00
22	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	NAS	R\$ 20,00
23	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MUSCULO- ESQUELETICAS C/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	EM	R\$ 20,00
24	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICOFUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	EM	R\$ 20,00
25	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICOFUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	EM	R\$ 20,00
26	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTONEURO MOTOR	NAS	R\$ 20,00
27	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO	EM	R\$ 20,00
28	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA	EM	R\$ 20,00
29	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO	EM	R\$ 20,00
30	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE GRANDE QUEIMADO	EM	R\$ 20,00
31	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SEQUELAS POR QUEIMADURAS (MÉDIO E GRANDE QUEIMADOS)	EM	R\$ 20,00
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 (INICIAL 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 OSTEOSÍNTESE;	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	EXERESÉ 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 MAXILO-MANDIBULAR	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	EXODONTIASIMPLESDE 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 CLINICA (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 HEMOSTATICO 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
63	TRATAMENTO DE NEVRALGIAS FACIAIS	R\$ 51,58
64	CORREÇÃO CIRURGICA DE FÍSTULA ORONASAL/ ORO SINUSIAL	R\$ 150,00
65	CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES	R\$ 45,00
66	CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR	R\$ 110,00
67	CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR	R\$ 94,41
68	CURETAGEM PERIAPICAL	R\$ 89,40
69	ODONTOSECÇÃO/ RADILECTOMIA/ TUNELIZAÇÃO	R\$ 180,00
Nº	U.3 - PROCEDIMENTO PROTESE	VALOR
70	RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R\$ 340,47
71	RESTAURAÇÃO EM CERÂMICA PURA (INLAY/ ONLAY) (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R\$ 432,34
72	NÚCLEO METÁLICO FUNDICO (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R\$ 151,40
73	NÚCLEO DE PREENCHIMENTO (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R\$ 99,30
74	COROA PROVISÓRIA COM PINO (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R\$ 110,50
75	COROA PRÓVISÓRIA SEM PINO (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R\$ 110,50
76	COROA TOTAL EM CERÂMICA PURA (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R\$ 519,88
77	COROA TOTAL METALO-CERÂMICA (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R\$ 492,00
78	COROA TOTAL METÁLICA (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R\$ 260,47
79	FACETA EM CERÂMICA PURA (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R\$ 411,72
80	RECIMENTAÇÃO DE TRABALHOS PROTÉTICOS (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R\$ 61,43
81	COROA TOTAL EM ARTGLASS (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R\$ 413,25
82	PROTESE PARCIAL REMOVÍVEL PROVISÓRIA EM ACRÍLICO COM OU SEM GRAMPOS	R\$ 252,80
83	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM GRAMPOS BILATERAL	R\$ 590,83
84	PROTESE TOTAL EM ACRÍLICO	R\$ 563,83
Nº	U.4 - PROCEDIMENTO EM ORTODONTIA	VALOR
85	BIONATOR/BIONATOR FECHADO	R\$ 264,80
86	ALÇAS-BANDA	R\$ 200,00

87	PLANAS SIMPLES (ESPANSOR À PARTE)	R\$ 264,80
88	FRANKEL I, II, IV	R\$ 299,20
89	TRATAMENTO CORRETIVO (MANUTENÇÃO)	R\$ 122,17
90	PLACA DE CONTENÇÃO	R\$ 154,20
91	PLACA DE HAWLEY	R\$ 98,80
92	PLACA LÁBIO-ATIVA	R\$ 200,80
93	PLACA DE HAWLEY COM EXPANSOR	R\$ 132,80
94	ARCO LINGUAL/BARRA TRANSPALATINA	R\$ 147,60
95	BIMLER TIPO A,B,C	R\$ 264,80
96	GRADE PALATINA FIXA	R\$ 146,80
97	BOTÃO DE NANCE	R\$ 147,60
Nº	U.5 - PROCEDIMENTO CLÍNICO	VALOR
98	RESTAURAÇÃO DE RESINA COMPOSTA FOTO-POLIMERIZÁVEL UMA FACE	R\$ 100,00
99	RESTAURAÇÃO DE RESINA COMPOSTA FOTO-POLIMERIZÁVEL DUAS FACES	R\$ 124,00
100	RESTAURAÇÃO DE RESINA COMPOSTA FOTO-POLIMERIZÁVEL TRÊS FACES	R\$ 152,00
101	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA DE PRATA UMA FACE	R\$ 86,40
102	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA DE PRATA DUAS FACES	R\$ 100,00
103	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA DE PRATA TRÊS FACES	R\$ 118,40
104	AJUSTE OCLUSAL POR DESGASTE SELETIVO/ POR ACRÉSCIMO	R\$ 84,03
105	FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL	R\$ 141,00
106	COROA DE AÇO (DENTE DECIDUO)	R\$ 145,41
107	RESTAURAÇÃO EM IONOMERO DE VIDRO-UMA FACE	R\$ 56,70
108	RESTAURAÇÃO EM IONOMERO DE VIDRO-DUAS FACES	R\$ 64,22
109	RESTAURAÇÃO EM IONOMERO DE VIDRO-TRÊS OU MAIS FACES	R\$ 66,77
Nº	U.6 - PROCEDIMENTO EM ODONTOPEDIATRIA/ PREVENÇÃO	VALOR
110	PROFILAXIA	R\$ 57,00
111	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (COM PROFILAXIA E ATIVIDADE EDUCATIVA INCLuíDA)	R\$ 57,66
112	CONTROLE DE BIOFILME	R\$ 56,32
113	APLICAÇÃO DE SELANTES DE FÓSSULAS E FISSURAS (POR DENTE)	R\$ 39,44
114	APLICAÇÃO DE VERNIZ FLUORETADO (POR SESSÃO)	R\$ 32,70
115	APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (2 ARCADAS)	R\$ 60,90
Nº	U.7 - PROCEDIMENTO RADIOLOGICO	VALOR
116	RADIOGRAFIA PERIAPICAL OU INTERPROXIMAL	R\$ 10,79
117	RADIOGRAFIA OCLUSAL	R\$ 30,92
118	RADIOGRAFIA DA ATM	R\$ 56,85
119	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DENTAL	R\$ 100,00
120	LEVANTAMENTO RADIOGRÁFICO (PERIAPICAL COMPLETA)	R\$ 117,68
Nº	V - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E AMBULATORIAIS	VALOR
01	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO	R\$ 750,00
02	EXERESSE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PALÉBREA E SUPERCÍLIOS	R\$ 300,00
03	CAPSULOTOMIA A YAG LASER	R\$ 189,00
04	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER	R\$ 185,00
05	ELETROCAUTERIZAÇÃO DO COLO UTERINO	R\$ 57,50
	V.1 - FAÇOEMULSIFICAÇÃO - Unilateral - com implante de lente;	

01	Deverão ser inclusos no procedimento os seguintes serviços: • Consulta com anestesiasta; • Consulta pré-cirúrgica; • Facemulsificação com implante de Lente Intra Ocular Rígida ou Dobrável; • Procedimento cirúrgico (Com acompanhamento de anestesiasta).	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 anestesiasta; • Consulta pré-cirúrgica; • Facectomia sem implante de Lente intra ocular; • Procedimento cirúrgico (Com acompanhamento de anestesiasta).	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 anestesiasta; • Consulta pré-cirúrgica; • Facectomia com implante de Lente Intra Ocular; • Procedimento cirúrgico (Com acompanhamento de anestesiasta).	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 pediatria		
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	ABSCCESSO MÃO E DEDOS	R\$ 446,62
02	ABSCCESSO 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 TENDÃO 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/ CONCENTRAÇÃO INIBITORIA MINIMA	R\$ 13,33
8	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRAÇÃO 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/ IDENTIFICAÇÃO	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 IDENTIFICAÇÃO DE FUNGOS	R\$ 4,19
45	DETECÇÃO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)	R\$ 65,00
46	DETECÇÃO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	R\$ 96,00
47	DETECÇÃO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 8,80
48	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE	R\$ 66,00
49	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)	R\$ 66,00
50	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA	R\$ 66,00
51	DETECÇÃO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)	R\$ 66,00
52	DETERMINAÇÃO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS	R\$ 10,65
53	DETERMINAÇÃO DE CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO	R\$ 2,01
54	DETERMINAÇÃO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURAÇÃO (C/ TÉCNICA DE BANDAS)	R\$ 180,00
55	DETERMINAÇÃO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TÉCNICA DE BANDAS)	R\$ 160,00
56	DETERMINAÇÃO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TÉCNICA DE BANDAS)	R\$ 160,00
57	DETERMINAÇÃO DE COMPLEMENTO (CH50)	R\$ 9,25
58	DETERMINAÇÃO DE CREMATÓCRITO NO LEITE HUMANO ORDENHADO	R\$ 1,53
59	DETERMINAÇÃO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS	R\$ 15,65
60	DETERMINAÇÃO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR	R\$ 2,73
61	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	R\$ 3,63
62	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUÇÃO POR CORTISONA (5 DOSAGENS)	R\$ 6,55
63	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUÇÃO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)	R\$ 3,68
64	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	R\$ 10,00
65	DETERMINAÇÃO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)	R\$ 2,73
66	DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATOIDE	R\$ 2,83
67	DETERMINAÇÃO DE FOSFOLIPÍDIOS RELAÇÃO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 6,56
68	DETERMINAÇÃO DE ÍNDICE DE TIROXINA LIVRE	R\$ 12,54
69	DETERMINAÇÃO DE OSMOLALIDADE	R\$ 3,70
70	DETERMINAÇÃO DE OSMOLARIDADE	R\$ 3,51
71	DETERMINAÇÃO DE RETENÇÃO DE T3	R\$ 12,54
72	DETERMINAÇÃO DE SULFO-HEMOGLOBINA	R\$ 2,73
73	DETERMINAÇÃO DE T3 REVERSO	R\$ 14,69
74	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	R\$ 2,73
75	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	R\$ 2,73
76	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	R\$ 9,00
77	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	R\$ 2,73
78	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SOBREVIVÊNCIA DE HEMACIAS	R\$ 5,79
79	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA	R\$ 2,85

80	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBO-PLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$ 5,77
81	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 2,73
82	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HE-MOSSEDIMENTACAO (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-HIDROXI PROGESTERONA	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 AMINOGLICOSÍDEOS	R\$ 10,00
117	DOSAGEM DE AMONIA	R\$ 3,51
118	DOSAGEM DE AMP CÍCLICO	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 ANTITRANSGLUTAMINASE RECOMBINANTE HUMANO IGA	R\$ 18,55
123	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS	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 BENZODIAZEPÍNICOS	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 CARBOXY-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 LÁTICA	R\$ 3,68
160	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA (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 DOANTÍGENOCA 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 MICRO- ORGANISMOS	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 MTHFRT 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 ANTICARDIO- LIPINA	R\$ 10,00
320	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIO- LIPINA	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 ANTICORTEX SUPRARENAL	R\$ 17,16
328	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$ 8,67
329	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOS	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 PARACOCCIDIODES 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 SIMPLIS	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 SIMPLIS	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 ERI-TROCITARIAS	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 GONADOTROPINA	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 / HIPO-GLICEMIANTE 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 MÉDICA 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/ULTRASSONOGRRAFIA	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
Nº	Z- UNIDADE MÓVEL E FIXA TEMPORÁRIA PARA PRESTAÇÃO DE PACOTE DE SERVIÇOS EM OFTALMOLOGIA	VALOR

01	LOTE Nº 01 - COM ÓCULOS: 1- Triagem; 2- Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico); 3- Consulta médica em atenção especializada - Oftalmologista; 4- Administração de medicamentos na atenção especial; 5- Tonometria; 6- Fundoscopia; 7- Potencial de acuidade visual; 8- Auto refratômetro; 9- Armação acetato e lente.	R\$ 353,50
02	LOTE Nº 02 - SEM ÓCULOS: 01- Triagem; 02- Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico); 03- Consulta médica em atenção especializada - Oftalmologista; 04- Administração de medicamentos na atenção especial; 05- Tonometria; 06- Fundoscopia; 07- Potencial de acuidade visual; 08- Auto refratômetro;	R\$ 190,17

TABELA DE PREÇOS SERVIÇOS MÉDICOS - CIM POLO SUL -2018 - COM ALTERAÇÕES APROVADAS EM 05/03/2024

TABELA 01 - ALEGRE

Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	V A L O R LÍQUIDO
01	S E R V I Ç O / A T I V I D A D E S REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA DIURNO	12 HORAS	R\$1.000,00
02	S E R V I Ç O / A T I V I D A D E S REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA NOTURNO	12 HORAS	R\$1.100,00
03	S E R V I Ç O / A T I V I D A D E S REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FINAL DE SEMANA DIURNO	12 HORAS	R\$1.100,00
04	S E R V I Ç O / A T I V I D A D E S REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FINAL DE SEMANA NOTURNO	12 HORAS	R\$1.200,00
08	S E R V I Ç O / A T I V I D A D E S REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$140,00

TABELA 02 - CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM

Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	V A L O R LÍQUIDO
01	S E R V I Ç O / A T I V I D A D E S REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA -UNIDADE ITAOCA	12 HORAS	R\$ 900,00
02	S E R V I Ç O / A T I V I D A D E S REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA	12 HORAS	R\$ 1.100,00
03	S E R V I Ç O / A T I V I D A D E S REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FINAL DE SEMANA	12 HORAS	R\$ 1.200,00

04	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA/COORDENAÇÃO	12 HORAS	R\$ 1.250,00
05	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FINAL DE SEMANA/COORDENAÇÃO	12 HORAS	R\$ 1.350,00
06	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00
07	SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 91,66

TABELA 03 - JERÔNIMO MONTEIRO

Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	V A L O R LÍQUIDO
01	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00
02	SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 63,14

TABELA 04 - VARGEM ALTA

Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	V A L O R LÍQUIDO
01	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00
02	SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 63,14

TABELA 05 - DIVINO DE SÃO LOURENÇO

Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	V A L O R LÍQUIDO
01	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00
02	SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 63,14

TABELA 06 - DORES DO RIO PRETO

Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	V A L O R LÍQUIDO
01	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00
02	SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 63,14

TABELA 07 - ATÍLIO VIVÁQUA

Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	V A L O R LÍQUIDO
01	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00

TABELA 08 - MUQUI

Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	V A L O R LÍQUIDO
01	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAIS MÉDICOS ESPECIALISTA - PLANTÕES SOBREAVISO	MENSAL	R\$ 5.000,00

02	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAIS MÉDICOS GENERALISTA-CLINICA MÉDICA	HORA	R\$ 140,00
03	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAIS MÉDICOS GENERALISTA - COORDENADOR CLÍNICO	HORA	R\$ 140,00
04	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA DIURNO/NOTURNO	12 HORAS	R\$ 900,00
05	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00
06	SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 63,14

TABELA 09 - BOM JESUS DO NORTE

Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	V A L O R LÍQUIDO
01	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAIS MÉDICOS GENERALISTA	12 HORAS	R\$ 750,00
02	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAIS MÉDICOS ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00
03	SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 63,14
04	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIREÇÃO CLINICA	12 HORAS	R\$ 1.000,00

TABELA 10 - IBITIRAMA

Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	V A L O R LÍQUIDO
01	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA DIURNO/ NOTURNO	12 HORAS	R\$ 800,00
02	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FINAL DE SEMANA DIURNO/ NOTURNO	12 HORAS	R\$ 850,00
03	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00

TABELA 11 - SÃO JOSÉ DO CALÇADO

Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	V A L O R LÍQUIDO
01	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00

TABELA 12 - MIMOSO DO SUL

Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	V A L O R LÍQUIDO
01	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00
02	SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 63,14

03	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA DIURNO	12 HORAS	R\$ 1.200,00
04	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA NOTURNO	12 HORAS	R\$ 1.400,00
05	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FINAL DE SEMANA DIURNO	12 HORAS	R\$ 1.400,00
06	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FINAL DE SEMANA NOTURNO	12 HORAS	R\$ 1.800,00

TABELA 13 - PRESIDENTE KENNEDY

Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	V A L O R LÍQUIDO
01	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA DIURNO	12 HORAS	R\$ 1.200,00
02	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA NOTURNO	12 HORAS	R\$ 1.250,00
03	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FINAL DE SEMANA DIURNO	12 HORAS	R\$ 1.250,00
04	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FINAL DE SEMANA NOTURNO	12 HORAS	R\$ 1.300,00
05	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 160,00
06	SERVIÇO DE SUPERVISÃO MÉDICA POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA/GENERALISTA	HORA	R\$ 140,00
07	SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 63,14
08	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO CLÍNICO	HORA	R\$ 100,00
09	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - COORDENAÇÃO	12 HORAS	R\$ 1.150,00

TABELA 14 - GUAÇUÍ

Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	V A L O R LÍQUIDO
01	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA DIURNO	12 HORAS	R\$ 1.000,00
02	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA NOTURNO	12 HORAS	R\$ 1.100,00

03	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FIM DE SEMANA DIURNO	12 HORAS	R\$ 1.100,00
04	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FINAL DE SEMANA NOTURNO	12 HORAS	R\$ 1.200,00
05	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00

TABELA 15 - CASTELO

Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	V A L O R LÍQUIDO
01	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA DIURNO	12 HORAS	R\$ 1.000,00
02	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA NOTURNO	12 HORAS	R\$ 1.100,00
03	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FINAL DE SEMANA DIURNO	12 HORAS	R\$ 1.100,00
04	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FINAL DE SEMANA NOTURNO	12 HORAS	R\$ 1.200,00
05	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00
06	SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 63,14
07	SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO CLÍNICO - DIA DE SEMANA DIURNO	HORA	R\$ 100,00
08	SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO CLÍNICO - FIM DE SEMANA DIURNO	HORA	R\$ 110,00
09	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - COORDENAÇÃO	12 HORAS	R\$ 1.150,00

TABELA 16 - APIACÁ

Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	V A L O R LÍQUIDO
01	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00
02	SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 63,14

TABELA 17 - MUNIZ FREIRE

Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	V A L O R LÍQUIDO
01	SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 63,14

TABELA 18 - IJUNA

Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	V A L O R LÍQUIDO
----	-----------	-------------------	-------------------

01	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO CLÍNICO	HORA	R\$100,00
02	SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$140,00

ANEXO I TABELA DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO CIMPOLoSUL- CARGOS/ESPECIALIDADES E VALORES LÍQUIDOS DE CADA PLANTÃO/HORA SEM INCLUSÃO DA TAXA DE ADMINISTRAÇÃO (VALOR A SER PAGO AO PROFISSIONAL)		
ESPECIALIDADE	SERVIÇO	VALOR (R\$)
ENFERMEIRO	Plantão 08 horas diurno	200,00
ENFERMEIRO	Plantão 12 horas diurno	330,00
ENFERMEIRO	Plantão 12 horas noturno	400,00
ENFERMEIRO	Hora adicional	40,00
ESPECIALIDADE	SERVIÇO	VALOR (R\$)
DENTISTA	Plantão 08 horas diurno	200,00
DENTISTA	Plantão 12 horas diurno	330,00
DENTISTA	Hora adicional	40,00
ESPECIALIDADE	SERVIÇO	VALOR (R\$)
FISIOTERAPEUTA	Plantão 08 horas diurno	200,00
FISIOTERAPEUTA	Plantão 12 horas diurno	330,00
FISIOTERAPEUTA	Hora adicional	40,00
ESPECIALIDADE	SERVIÇO	VALOR (R\$)
T E R A P E U T A OCUPACIONAL	Plantão 08 horas diurno	200,00
T E R A P E U T A OCUPACIONAL	Plantão 12 horas diurno	330,00
T E R A P E U T A OCUPACIONAL	Hora adicional	40,00
ESPECIALIDADE	SERVIÇO	VALOR (R\$)
BIOMÉDICO	Plantão 08 horas diurno	200,00
BIOMÉDICO	Plantão 12 horas diurno	330,00
BIOMÉDICO	Hora adicional	40,00
ESPECIALIDADE	SERVIÇO	VALOR (R\$)
NUTRICIONISTA	Plantão 08 horas diurno	200,00
NUTRICIONISTA	Plantão 12 horas diurno	330,00
NUTRICIONISTA	Hora adicional	40,00
ESPECIALIDADE	SERVIÇO	VALOR (R\$)
FARMACÊUTICO	Plantão 08 horas diurno	200,00
FARMACÊUTICO	Plantão 12 horas diurno	330,00
FARMACÊUTICO	Hora adicional	40,00

ESPECIALIDADE	SERVIÇO	V A L O R (R\$)
ASSISTENTE SOCIAL	Plantão 08 horas diurno	200,00
ASSISTENTE SOCIAL	Plantão 12 horas diurno	330,00
ASSISTENTE SOCIAL	Hora adicional	40,00
ESPECIALIDADE	SERVIÇO	V A L O R (R\$)
PSICÓLOGO	Plantão 08 horas diurno	200,00
PSICÓLOGO	Plantão 12 horas diurno	330,00
PSICÓLOGO	Hora adicional	40,00
ESPECIALIDADE	SERVIÇO	V A L O R (R\$)
FONOAUDIÓLOGO	Plantão 08 horas diurno	200,00
FONOAUDIÓLOGO	Plantão 12 horas diurno	330,00
FONOAUDIÓLOGO	Hora adicional	40,00
ESPECIALIDADE	SERVIÇO	V A L O R (R\$)
PSICOPEDAGOGO	Plantão 08 horas diurno	200,00
PSICOPEDAGOGO	Plantão 12 horas diurno	330,00
PSICOPEDAGOGO	Hora adicional	40,00
ESPECIALIDADE	SERVIÇO	V A L O R (R\$)
MÉD. VETERINÁRIO	Plantão 08 horas diurno	200,00
MÉD. VETERINÁRIO	Plantão 12 horas diurno	330,00
MÉD. VETERINÁRIO	Hora adicional	40,00
ESPECIALIDADE	SERVIÇO	V A L O R (R\$)
TÉCNICO ASB	Plantão 08 horas diurno	100,00
TÉCNICO ASB	Plantão 12 horas diurno	165,00
TÉCNICO ASB	Hora adicional	20,00
ESPECIALIDADE	SERVIÇO	V A L O R (R\$)
TÉCNICO LABORATÓRIO	Plantão 08 horas diurno	100,00
TÉCNICO LABORATÓRIO	Plantão 12 horas diurno	165,00
TÉCNICO LABORATÓRIO	Hora adicional	20,00
ESPECIALIDADE	SERVIÇO	V A L O R (R\$)
TÉCNICO FARMÁCIA	Plantão 08 horas diurno	100,00
TÉCNICO FARMÁCIA	Plantão 12 horas diurno	165,00
TÉCNICO FARMÁCIA	Hora adicional	20,00
ESPECIALIDADE	SERVIÇO	V A L O R (R\$)
TÉCNICO ENFERMAGEM DE	Plantão 08 horas diurno	100,00
TÉCNICO ENFERMAGEM DE	Plantão 12 horas diurno	165,00
TÉCNICO ENFERMAGEM DE	Plantão 12 horas noturno	200,00

TÉCNICO ENFERMAGEM	DE	Hora adicional	20,00
ESPECIALIDADE	SERVIÇO	V A L O R (R\$)	
TÉCNICO RAIOS-X	Plantão 08 horas diurno	100,00	
TÉCNICO RAIOS-X	Plantão 12 horas diurno	165,00	
TÉCNICO RAIOS-X	Plantão 12 horas noturno	200,00	
TÉCNICO RAIOS-X	Hora adicional	20,00	

Protocolo 1287999
**Consórcio Intermunicipal de Saneamento
Básico do Espírito Santo - CISABES**
Resolução
RESOLUÇÃO Nº 264, DE 20 DE MARÇO DE 2024.

Dispõe sobre a designação do agente de contratação e membros da equipe de apoio para o processamento de licitações de bens comuns, obras comuns e serviços comuns e da designação da comissão de contratação para o processamento de licitações de bens especiais, obras especiais e serviços especiais.

O PRESIDENTE DO CISABES, no uso de suas atribuições legais,

DECRETA:

Art. 1º Ficam designado como agente de contratação do Consórcio Intermunicipal de Saneamento Básico do Espírito Santo;

I - **Amanda Tresceno Freitas** - CPF 114.949.796-32; Auxiliar Administrativo do SAAE de Ibirapu-ES
Parágrafo único. Nas licitações processadas na modalidade de pregão, o agente de contratação será designado de pregoeiro.

Art. 2º Ficam designados como membros da equipe de apoio os seguintes servidores:

I - **Claudemir Oliosí Tose** - CPF 031.414.787-08; Agente de Contratação do SAAE de Iconha-ES
II - **Pedro Emilio Holz de Oliveira** - CPF 129.415.007-31, Assessor Jurídico SAAE de Iconha-ES;

Parágrafo único. Na ausência ou impossibilidade de atuação do agente de contratação, qualquer um dos membros da equipe de apoio poderá atuar como agente de contratação *ad hoc*.

Art. 3º O agente de contratação é o agente público com poderes para tomar decisões, acompanhar os trâmites das licitações que envolvam bens comuns, obras comuns e serviços comuns, dar impulso ao procedimento licitatório e executar quaisquer outras atividades necessárias ao bom andamento do certame até a homologação, possuindo, ainda, as seguintes atribuições:

I - auxiliar, quando solicitado, na elaboração dos atos da fase interna quando não colidirem com suas atribuições;

II - coordenar e conduzir os trabalhos da equipe de

apoio;

III - receber, examinar e decidir as impugnações e os pedidos de esclarecimentos ao edital e aos anexos;

IV - iniciar e conduzir a sessão pública da licitação;

V - receber e examinar as credenciais e proceder ao credenciamento dos interessados;

VI - receber e examinar a declaração dos licitantes dando ciência da regularidade quanto às condições de habilitação;

VII - verificar a conformidade da proposta em relação aos requisitos estabelecidos no edital;

VIII - coordenar a sessão pública e o envio de lances e propostas;

IX - verificar e julgar as condições de habilitação;

X - conduzir a etapa competitiva dos lances e propostas;

XI - sanear erros ou falhas que não alterem a substância das propostas, dos documentos de habilitação e sua validade jurídica e, se necessário, afastar licitantes em razão de vícios insanáveis;

XII - receber recursos, apreciar sua admissibilidade e, se não reconsiderar a decisão, encaminhá-los à autoridade competente;

XIII - proceder à classificação dos proponentes depois de encerrados os lances;

XIV - indicar a proposta ou o lance de menor preço e a sua aceitabilidade;

XV - indicar o vencedor do certame;

XVI - no caso de licitação presencial, receber os envelopes das propostas de preço e dos documentos de habilitação, proceder à abertura dos envelopes das propostas de preço, ao seu exame e à classificação dos proponentes;

XVII - negociar diretamente com o proponente para que seja obtido preço melhor;

XVIII - elaborar, em parceria com a equipe de apoio, a ata da sessão da licitação;

XIX - instruir e conduzir os procedimentos auxiliares e os procedimentos para contratação direta;

XX - encaminhar o processo licitatório, devidamente instruído, após a sua conclusão, às autoridades competentes para a homologação e contratação;

XXI - propor à autoridade competente a revogação ou a anulação da licitação;

XXII - propor à autoridade competente a abertura de procedimento administrativo para apuração de responsabilidade; e

XXIII - inserir os dados referentes ao procedimento licitatório e/ou à contratação direta no Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP), no site oficial da Administração na internet, e providenciar as publicações previstas em lei, quando não houver setor responsável por estas atribuições.

Art. 4º O agente de contratação poderá solicitar manifestação técnica da assessoria jurídica ou de outros setores do órgão ou da entidade, a fim de subsidiar sua decisão.

Art. 5º Caberá à equipe de apoio auxiliar o agente de contratação nas etapas do processo licitatório.

Art. 6º Ficam designados como membros da comissão de contratação os seguintes servidores:

I - **Amanda Tresceno Freitas** - CPF 114.949.796-32; Auxiliar Administrativo do SAAE de Ibirapu-ES, a quem competirá a Presidência;

2º Ficam designados como membros da equipe de apoio os seguintes servidores:

I - **Claudemir Oliosí Tose** - CPF 031.414.787-08;