

Consórcio Público da Região Pólo Sul do Espírito Santo - CIM Pólo Sul -**Deliberação****ATA Nº. 01/2025 DA REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DA ASSEMBLEIA GERAL DO CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO SUL – CIM POLO SUL**

Aos trinta e um (31) dias do mês de janeiro (01) do ano de dois mil e vinte e cinco (2025), às oito horas (08:00h), realizou-se a Reunião Extraordinária da Assembleia Geral do Consórcio Público da Região Polo Sul, via webconferência, tendo como participantes os prefeitos dos municípios consorciados, os secretários municipais de saúde, munidos com a devida procuração, e os demais convidados, os quais participaram da webconferência por meio de acesso liberado pelo administrativo do consórcio, tendo a reunião o objetivo de deliberar sobre os assuntos constantes da ordem do dia. O Presidente do CIM POLO SUL, Sr. Gedson Brandão Paulino, prefeito de Iconha/ES, deu abertura a reunião agradecendo a participação de todos, em seguida, passou a palavra à Superintendente Administrativa e Financeira do CIM POLO SUL, para que procedesse com a leitura da Ata 06 da reunião da Assembleia Geral realizada no dia 19/12/2024, a qual foi publicada no Diário Oficial dos municípios - DOM/ES e encaminhada a todos os municípios consorciados por e-mail, ficando à disposição de todos os municípios consorciados, sendo a mesma aprovada por unanimidade sem ressalvas. Ato seguinte passou para a votação e deliberação dos assuntos constantes da Ordem do Dia, com a inclusão de outros assuntos, os quais passam a integrar a ordem do dia de acordo com a sua apreciação e votação. Iniciada a apreciação dos assuntos constantes da Ordem do Dia, foram prestados os devidos esclarecimentos durante o processo de discussão, e em seguida, foram tomadas as seguintes deliberações: **Item 01 - Apreciação do pedido de ingresso do Município de Guarapari/ES:** Foi apresentado o OF Nº 022/2025 do município de Guarapari/ES, assinado pelo Chefe do Poder Executivo Municipal, no qual solicita o ingresso do município de Guarapari/ES no CIM POLO SUL como ente consorciado. Foi ressaltada a importância do ingresso do município de Guarapari/ES, tendo em vista que isso proporcionará a este Consórcio Público alcançar uma maior escala populacional necessária a ampliar e melhorar a realização de licitações compartilhadas para a aquisição de bens, produtos e ou para a contratação de serviços, em atendimento às demandas dos municípios consorciados. E destacou ainda, que quanto maior o número de municípios consorciados menor é o valor com o qual cada município contribui anualmente para o funcionamento do consórcio. Após os devidos esclarecimentos, encerrada a discussão do assunto, foi aprovado por unanimidade o ingresso do município de Guarapari/ES no CIM POLO SUL, com a isenção do pagamento do valor da cota de ingresso, sob a condição de que o referido município apresente a lei municipal que estenda à aquele município os direitos e obrigações dos entes consorciados constantes do Protocolo de Intenções firmado, convertido em Contrato de Consórcio Público do CIM POLO SUL, e ainda, que a referida lei municipal, no padrão adotado pelos demais municípios consorciados, autorize ao prefeito de Guarapari/ES a adotar as providências cabíveis para o efetivo ingresso desse município no CIM POLO SUL, inclusive no aspecto das adequações orçamentárias necessárias. E ainda, que a decisão desta Assembleia geral seja oficiada pelo presidente do CIM POLO SUL ao prefeito do município de Guarapari/ES. **Item 02 - Apreciação da proposta**

de alteração da portaria de diárias do CIM POLO SUL: A superintendente do CIM POLO SUL apresentou aos presentes a necessidade de atualização da portaria que regulamenta o pagamento de diárias, destacando que os valores estabelecidos permanecem inalterados desde o ano de 2012. Ressaltou-se que, em consonância com a prática já adotada por outros consórcios públicos no Estado do Espírito Santo, é fundamental incluir o pagamento de diárias para o presidente e o vice-presidente deste consórcio público, sempre que houver viagem para tratar de demandas institucionais do CIM POLO SUL. Após os devidos esclarecimentos a proposta foi aprovada por unanimidade, passando o valor das diárias a vigorar com os valores constantes da tabela que integra a presente ata como anexo I, a partir da data da publicação de portaria do presidente regulamentando o assunto em questão. **Item 03 - Apreciação da proposta de alteração da estrutura administrativa do CIM POLO SUL:** O presidente do CIM POLO SUL apresentou a necessidade de reestruturação administrativa do consórcio, ressaltando que, diante de sua transformação em consórcio público multifinalitário, e, de seu constante crescimento, faz-se imprescindível a adequação do quadro de pessoal para garantir maior eficiência e agilidade nos processos administrativos, execução de projetos e na realização de licitações compartilhadas. No contexto dessa reestruturação, foi informado que atualmente a totalidade dos serviços jurídicos vinham sendo prestados por pessoa jurídica contratada, sendo necessário a inclusão na estrutura administrativa deste consórcio público de emprego público de confiança de assessoria jurídica objetivando ao atendimento à crescente demanda do CIM POLO SUL, sendo proposto a criação do emprego público de Confiança de Assessor Jurídico do CIM POLO SUL, com carga horária de 20 (vinte) horas semanais e salário mensal de R\$ 7.350,00 (sete mil, trezentos e cinquenta reais), garantindo maior disponibilidade para atender às demandas jurídicas deste consórcio público. Além disso, destacou-se a necessidade de inclusão na estrutura administrativa deste consórcio público de emprego público de confiança de Assessor de Relações Institucionais, com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais e salário mensal de R\$ 7.350,00 (sete mil, trezentos e cinquenta reais), o qual será responsável por manter constante contato com os municípios consorciados, fazendo a interlocução destes com a equipe e com o presidente do CIM POLO SUL, facilitando a tramitação de demandas e processos administrativos de interesses dos municípios consorciados em atendimento às demandas da população e da gestão municipal. Após os devidos esclarecimentos foram aprovadas as seguintes deliberações: **a)** a criação do emprego público de confiança de Assessor Jurídico do CIM POLO SUL com carga horária de 20 (vinte) horas semanais, profissional com formação em direito, registrado na Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e salário mensal de R\$ 7.350,00 (sete mil, trezentos e cinquenta reais); **b)** a criação do emprego público de confiança de Assessor de Relações Institucionais do CIM POLO SUL com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais, profissional com formação em nível superior e salário mensal de R\$ 7.350,00 (sete mil, trezentos e cinquenta reais); **c)** autorizar o presidente a adotar as devidas providências para viabilizar as referidas contratações, de livre nomeação e de livre exoneração, incluindo, se necessário, realizar alterações no orçamento aprovado para o exercício financeiro de 2025. **Item 04 - Apreciação da proposta de abertura do Chamamento**

Público para credenciamento de laboratórios: A Superintendente do CIM POLO SUL informou que os municípios de Mimoso do Sul/ES e Jerônimo Monteiro/ES manifestaram formalmente quanto à solicitação de abertura de um chamamento público para credenciamento de laboratórios pelo CIM POLO SUL visando atender ao conjunto de municípios de consorciados. A proposta apresentada foi amplamente debatida e esclarecida durante o processo de discussão. Após os devidos esclarecimentos foram aprovados por unanimidade as seguintes deliberações em relação a proposta apresentada: **a)** autorizar a abertura de chamamento público visando o credenciamento de laboratórios, com o objetivo de ampliar a oferta de serviços laboratoriais à população dos municípios consorciados e garantir maior acessibilidade e eficiência no atendimento às demandas existentes; **b)** autorizar a inclusão no chamamento público do credenciamento de instituições filantrópicas; **c)** autorizar que o chamamento público e respectivo credenciamento permaneça aberto durante o ano de 2025, possibilitando atrair maior número de laboratórios e evitar o custo do retrabalho da publicação de novos editais para o credenciamento de serviços laboratoriais já constantes da Tabela do CIM POLO SUL; **d)** que os municípios encaminhem ao CIM POLO SUL, até às 12:00hs do dia 03/02/2025, relação dos procedimentos que encontram-se com valores inferiores ao praticado no mercado e que não compõe a TVSP do CIM POLO SUL para que seja realizada pesquisa de preços, para atualização dos valores dos Procedimentos do CIM POLO SUL; **e)** após realização da pesquisa de preços, que seja encaminhada a Câmara Setorial de Saúde do CIM POLO SUL, para aprovação dos valores e posterior publicação da TVSP - Tabela de Valores de Serviços e Procedimentos de Saúde do CIM POLO SUL.

Item 05 - Apreciação da proposta de inclusão na tabela de serviços médicos do CIM POLO SUL do município de Cachoeiro e Iconha: A Superintendente do CIM POLO SUL apresentou a proposta de solicitação feita pelos municípios de Cachoeiro de Itapemirim e Iconha, por meio de ofícios encaminhados a este consórcio público, de inclusão e alteração de serviços médicos e respectivos valores na tabela de serviços médicos pertinentes aos municípios em questão. Após os devidos esclarecimentos a proposta foi aprovada por unanimidade, passando a Tabela de Serviços Médicos a vigor com as alterações e inclusões que integra a presente ata como Anexo III.

Item 06 - Apreciação da proposta de inclusão na tabela de serviços médicos do CIM POLO SUL do SAMU 192: Foi aprovado por unanimidade que este item seja retirado da pauta.

Item 07 - Apreciação da proposta de instituição do Colegiado de Gestores do Micropolo Caparaó: Foi esclarecido aos presentes que a Câmara Setorial de Saúde, composta pelos secretários municipais de saúde dos municípios consorciados, em sua última reunião realizada neste mês de janeiro de 2025, aprovou recomendação de instituição do Colegiado de Gestores do Micropolo Caparaó, que será composto pelos secretários municipais de saúde do Micropolo Caparaó, pela gerência e pela coordenação da Unidade Saúde Fácil. O Colegiado de Gestores do Micropolo Caparaó terá como principal finalidade fortalecer a gestão regionalizada e a prestação de serviços à população do Caparaó Capixaba, promovendo maior integração entre os 12 municípios que compõem o Micropolo Caparaó. E ainda, evitar a convocação de Gestores municipais para deliberação de pauta que não é afeta ao Micro Polo a que pertence. Após amplo debate e os devidos esclarecimentos,

foram aprovados por unanimidade homologar as seguintes deliberações adotadas pela Câmara Setorial de Saúde: a instituição do Colegiado de Gestores do Micropolo Caparaó, composto pelos secretários municipais de saúde do Micropolo Caparaó, o qual se reunirá ordinariamente uma vez a cada trimestre, e extraordinariamente sempre que necessário, devendo as convocações serem realizadas com 04 dias úteis de antecedência, com a diretoria composta por um coordenador e um subcoordenador e um secretário, com mandato de 1 (um) ano, sendo a primeira diretoria eleita para mandato até 31/12/2025 na forma a seguir composta: Coordenador - Emerson Gomes Alves (Secretário Municipal de Saúde de Alegre); Subcoordenador - Ariádia Bebiane Provetti Jacinto (Secretária Municipal de Saúde de Lúna) e Secretária - Alessandra da Paz Siqueira Carvalho (Secretária Municipal de Saúde de Dolores do Rio Preto). Sendo ainda deliberado que, inicialmente, as reuniões do colegiado aconteçam sempre uma semana antes da reunião da CIR-SUL, em uma quinta-feira no horário de 09:00 horas.

Item 08 - Apreciação da proposta de substituição na carteira de serviços da Saúde Fácil de Guaçuí de consulta especializada de “pediatria” por “reumatologia”: Foi apresentada a nova portaria da Secretaria de Estado da Saúde – SESA, portaria nº 205-R, de 23 de dezembro de 2024, que define metodologia para repasse financeiro aos Micro Polos de Saúde, para custeio da Assistência Ambulatorial Especializada no Estado do Espírito Santo, através da carteira de serviços que compõem os Micro Polos de Saúde, por região e Níveis de Assistência, conforme Resolução CIB-SUS-ES Nº109/2022, e anexos II e III, da referida portaria. De acordo com a portaria citada, o Micropolo Caparaó possui em sua carteira de serviços 16 especialidades que atingem o valor de repasse de 6,30, pago atualmente, para 10,00 per capta (oferta mínima de 16 especialidades), de forma que a pediatria que está no nível I, considerada de responsabilidade municipal, deverá então ser substituída na carteira de serviços da Unidade Saúde Fácil. Foi demonstrado que após análise da série histórica dos atendimentos da referida especialidade no ano de 2024, foi constatado que a mesma está impraticável, uma vez que somou apenas 83 consultas presenciais no ano, sendo o item usado somente para troca de itens quando necessário. Diante do exposto foi apresentada a proposta da troca do item pela especialidade reumatologia que hoje possui uma demanda grande autorizada no sistema Mv soul para os municípios do Micropolo Caparaó. A proposta possibilita um atendimento regionalizado evitando que estes pacientes se desloquem para outros serviços de referência. Após amplo debate e os devidos esclarecimentos foi aprovada por unanimidade à troca do item “pediatria” por “reumatologia” na carteira de serviços da Unidade Saúde Fácil.

Item 09 - Outros Assuntos: 9.1 - Apreciação de proposta de abertura de licitações compartilhadas em atendimento às demandas dos municípios consorciados: O Presidente do CIM POLO SUL apresentou um relatório das licitações aprovadas na última assembleia e também as propostas referentes a novas solicitações de abertura de licitações compartilhadas encaminhadas pelos municípios consorciados. Foi ressaltado a importância das licitações compartilhadas como forma de garantir maior eficiência, economicidade e transparência na gestão dos recursos públicos e atender às demandas apresentadas de maneira coletiva, possibilitando melhores condições comerciais e operacionais aos municípios consorciados, haja vista alcançar, no modelo de governança regional, a escala

e escopo adequados para atrair maior número de empresas interessadas nos certames publicados. Foi informado ainda que para andamento dos processos licitatórios no modelo de governança regional, se faz necessário envio das informações dos municípios referentes ao objeto a ser licitado, tendo o mesmo o prazo de até 08 (oito) dias úteis para encaminhamento das informações, caso não ocorra o envio no prazo estipulado, o município consorciado não será incluído como órgão participante da licitação. Após amplo debate do assunto e os devidos esclarecimentos, foi aprovado por unanimidade a abertura dos seguintes processos licitatórios e/ou adesão de ata registro de preços para os seguintes objetos de interesse dos municípios consorciados: Serviços de Hidroterapia; Locação de tablets, destinados ao uso dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Endemias (ACE) e outros; Locação e manutenção preventiva e corretiva de aparelhos de ar-condicionado; Aquisição de ferramentas, utensílios (para serviços de capina, varrição, jardinagem, roçagem, poda de árvores, corte de árvore, caiação de meio fio, coleta de lixo entre outros); Aquisição Eventual de Bombonas Plásticas de 200 litros para utilização de lixeiras; Aquisição Eventual de Equipamentos de Proteção Individual - EPI - Para servidores Motoristas de máquinas pesadas, coveiros, Auxiliares de Limpeza Pública, prestadores de serviços de varrição, capina, caiação, jardinagem, roçagem, poda de árvores, corte de árvore, caiação de meio fio, coleta de lixo; Contratação de Empresa Especializada em coleta de Resíduos Sólidos Urbanos: Caminhão compactador com motorista e coletores; Aquisição de Pneus, Óleo e peças para frotas; Rastreamento/ monitoramento de frotas; Rastreamento Transporte Escolar; Locação e manutenção de impressoras multifuncional preto/ branca e colorida; Locação de veículos leves e pesados; serviços de manutenção de frota leve e pesada; contratação de empresa especializada em reforma e/ou ampliação predial; contratação de empresa especializada em serviços de limpeza predial; contratação de empresa especializada em fornecimento de massa asfáltica e emulsão; aquisição de cesta básica; contratação de empresa especializada em serviços de limpeza urbana (serviços de capina, varrição, jardinagem, roçagem, poda de árvores, corte de árvore, entre outros); Projetos de Arquitetura e Engenharia; Aquisição Kit Material Escolar; Aquisição de Uniformes; Aquisição de mobiliários; Contratação de Empresa Especializada em serviço de instalação, recuperação, manutenção de pavimento não asfáltico (tipos: paviéis, paralelepípedo e bloco sextavado) com materiais; Credenciamento de clínicas de reabilitação; Digitalização de Processos; contratação de empresa especializada em serviços de concretagem; contratação de empresa especializada em serviços de instalação de energia solar; Fornecimento de Marmitex; sistema de gerenciamento de ata registro de preço para utilização deste consórcio público e dos municípios consorciados.

9.2 – Apreciação da proposta de revogação da deliberação constante do item 7.9 da ata da reunião do dia 21 de junho de 2024: A Superintendente do CIM POLO SUL esclareceu quanto a necessidade de revogação da deliberação adotada, constante do item 7.9 da ata de 21 de junho de 2024, tendo em vista a ausência de documentos comprobatórios dos fatos e com base na Súmula 473 do Supremo Tribunal Federal (STF), a qual dispõe que: *"A administração pode anular seus próprios atos, quando eivados de vícios que os tornam ilegais, porque deles não se originam direitos; ou revogá-los, por*

motivo de conveniência ou oportunidade, respeitados os direitos adquiridos, e ressalvada, em todos os casos, a apreciação judicial." Após os devidos esclarecimentos, foi aprovado por unanimidade a revogação da deliberação constante do item 7.9 da ata de 21 de junho de 2024. Nada mais havendo a tratar, o presidente Gedson Brandão Paulino, prefeito de Iconha, declarou encerrada a reunião às 09h45min, e eu, Katiuscia Scarpini Pavão, Superintendente Administrativa e Financeira, lavrei a presente Ata que vai assinada por mim, pela Gerente da Saúde Fácil e, pelo presidente do CIM POLO SUL.

Gedson Brandão Paulino
Presidente do CIM POLO SUL

Katiuscia Scarpini Pavão
Superintendente Administrativa e Financeira do CIM POLO SUL.

Juliana de Paula
Gerente da Saúde Fácil

ANEXO I

EMPREGADOS CIM POLO SUL
Viagens dentro do Estado/ES que durar acima de 6hrs
R\$ 100,00
Viagens dentro do Estado/ES com pernoite
R\$ 200,000
Viagens para fora do Estado
R\$ 300,00
PRESIDENTE E VICE PRESIDENTE DO CIM POLO SUL
Viagens dentro do Estado/ES que durar acima de 6hrs

R\$ 200,00
Viagens dentro do Estado/ES com pernoite
R\$ 850,00
Viagens para fora do Estado
R\$ 1.340,00

ANEXO II**TVSP - Tabela de Valores de Serviços e Procedimentos 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	VALOR

	ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) EM ODONTOLOGIA	
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 Córnea	R\$ 60,00
10	OCT – TOMOGRAFIA COERENCIA OPTICA	R\$ 200,00
11	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA / CORNEANA	R\$ 60,00
12	PAM – TESTE ACUIDADE VISUAL	R\$ 27,00
13	MAPEAMENTO DE RETINA OU FUNDO DO OLHO	R\$ 43,20
14	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA	R\$ 84,50
15	RETINOGRAFIA COLORIDA POR OLHO	R\$ 39,88
16	CURVA TENSIONAL	R\$ 60,00
17	DACRIOCISTOGRAFIA (VIAS LACRIMAIS)	R\$ 130,00
Nº	E - DIAGNÓSTICO POR BIOPSIA	VALOR
1	ASPIRAÇÃO PULMONAR	R\$ 220,00

2	BIOPSIA DE MAMA	R\$ 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 ULTRASSONOGRAFIA TRANSRETAL	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 (BILARERAL)	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 MIOCARDICA REPOUSO/ESFORÇO (SPECT)	R\$ 1.120,00
17	CINTILOGRAFIA ESOFAGICO COM ESVAZIAMENTO GASTRICO	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	ANESTEGIA 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	R\$ 100,00

	AP/PERFIL	
03	RADIOGRAFIA DA FACE	R\$ 35,00
04	RADIOGRAFIA ABDOME	R\$ 25,00
05	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP E PERFIL)	R\$ 45,00
06	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP)	R\$ 40,00
07	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO	R\$ 40,00
08	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	R\$ 25,00
09	RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO-MALAR	R\$ 25,00
10	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	R\$ 30,00
11	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO BACIA SACRO-ILIACA	R\$ 30,00
12	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	R\$ 30,00
13	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL (OMBRO)	R\$ 30,00
14	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	R\$ 25,00
15	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO EXTERNO	R\$ 30,00
16	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	R\$ 25,00
17	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	R\$ 25,00
18	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (TORNOZELO)	R\$ 25,00
19	RADIOGRAFIA DE BACIA	R\$ 35,00
20	RADIOGRAFIA DE BRAÇO	R\$ 30,00
21	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO	R\$ 30,00
22	RADIOGRAFIA DE CAVUM	R\$ 30,00
23	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	R\$ 30,00
24	RADIOGRAFIA CLISTER OPACO	R\$ 35,00
25	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL	R\$ 30,00
26	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	R\$ 35,00
27	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL)	R\$ 30,00
28	RADIOGRAFIA DE COLUNA DORSAL	R\$ 35,00
29	RADIOGRAFIA DE COLUNA DORSAL (AP + LAT + OBLIQUAS)	R\$ 35,00

30	RADIOGRAFIA DE COLUNA DORSAL (AP E LAT)	R\$ 30,00
31	RADIOGRAFIA DE COLUNA DORSO – LOMBAR AP-LAT (TORACICA)	R\$ 35,00
32	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBAR	R\$ 40,00
33	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBAR (PA E PERFIL)	R\$ 40,00
34	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBAR DINAMICA	R\$ 40,00
35	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBAR OBLIQUA	R\$ 45,00
36	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (AP + LAT + OBLIQUAS)	R\$ 40,00
37	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (AP E LAT)	R\$ 35,00
38	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (FM + MN + LAT + OBLIQUAS)	R\$ 35,00
39	RADIOGRAFIA DE COSTELA	R\$ 30,00
40	RADIOGRAFIA DE COSTELA (HEMITORAX)	R\$ 28,00
41	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R\$ 30,00
42	RADIOGRAFIA DE COXA	R\$ 30,00
43	RADIOGRAFIA DE CRANIO	R\$ 30,00
44	RADIOGRAFIA DE CRANIO (AP + LATERAL)	R\$ 30,00
45	RADIOGRAFIA DE CRANIO (AP + PERFIL + BRETTON)	R\$ 30,00
46	RADIOGRAFIA DE CRANIO (OBLIQUA + BRETTON HIRTZ)	R\$ 30,00
47	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	R\$ 35,00
48	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	R\$ 25,00
49	RADIOGRAFIA DE FEMUR	R\$ 30,00
50	RADIOGRAFIA DE MÃO, PUNHO (PARA DETERMINAÇÃO DE IDADE OSSEA)	R\$ 30,00
51	RADIOGRAFIA DE JOELHO	R\$ 30,00
52	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU ROTULA (AP + LATERAL + AXIAL)	R\$ 30,00
53	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL + AXIAL)	R\$ 30,00
54	RADIOGRAFIA DE MAO	R\$ 30,00
55	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	R\$ 30,00
56	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE	R\$ 35,00
57	RADIOGRAFIA DE MAXILAR INFERIOR (PA + OBLIQUA)	R\$ 23,00

58	RADIOGRAFIA DE OMBRO (AP+ PERFIL + ROTACOES)	R\$ 35,00
59	RADIOGRAFIA DE OMBRO (ARTICULAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR/OMOPLATA/ESCAPULO UMERAL)	R\$ 30,00
60	RADIOGRAFIA DE OMBRO OU OMOPLATA	R\$ 30,00
61	RADIOGRAFIA DE ORBITAS BILATERAL(PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	R\$ 30,00
62	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (AP + LAT / FN + MN + LAT)	R\$ 30,00
63	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE NARIZ TORCIDO (FN + MN + LATERAL)	R\$ 30,00
64	RADIOGRAFIA DE PE (PODACTILOS)	R\$ 30,00
65	RADIOGRAFIA DE PUNHO	R\$ 30,00
66	RADIOGRAFIA DE QUADRIL	R\$ 30,00
67	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIX	R\$ 30,00
68	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + PERFIL + HIRTZ)	R\$ 35,00
69	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN)	R\$ 30,00
70	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE E CAVUM	R\$ 35,00
71	RADIOGRAFIA DE SELA TURCICA (PA + LATERAL + BRETTON)	R\$ 30,00
72	RADIOGRAFIA DE TORAX	R\$ 25,00
73	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDOTICA)	R\$ 25,00
74	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 30,00
75	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL)	R\$ 35,00
76	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	R\$ 30,00
77	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	R\$ 25,00
78	RADIOGRAFIA DE TORNOZELO	R\$ 30,00
79	RADIOGRAFIA DE TRANSITO DELGADO COM CONTRASTE	R\$ 120,00
80	RADIOGRAFIA DE 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	ULTRASSONOGRAMA DE PARTES MOLES	R\$100,00
02	ULTRASSONOGRAMA TRANSVAGINAL COM DOPPLER	R\$ 95,00
03	ULTRASSONOGRAMA DOPPLER COLORIDO VENOSO (CADA MEMBRO)	R\$ 115,00
04	ULTRASSONOGRAMA ABDOMINAL P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTROESOFÁGICO	R\$ 80,00
05	ULTRASSONOGRAMA TRANSFONTANELA	R\$ 250,00
06	ULTRASSONOGRAMA DE ABDOMEN COM DOPPLER COLORIDO	R\$ 105,00
07	ULTRASSONOGRAMA DE ABDOMEN DE CAMPO FECHADO	R\$ 460,00
08	ULTRASSONOGRAMA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 100,00
09	ULTRASSONOGRAMA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 100,00
10	ULTRASSONOGRAMA DE APARELHO URINARIO	R\$ 70,00
11	ULTRASSONOGRAMA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 65,00
12	ULTRASSONOGRAMA DE BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER	R\$ 85,00
13	ULTRASSONOGRAMA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)	R\$ 45,00
14	ULTRASSONOGRAMA DE MAMA	R\$ 60,00
15	ULTRASSONOGRAMA DE MAMA POR PUNÇÃO	R\$ 100,00
16	ULTRASSONOGRAMA DE MUSCULO ESQUELETICO E ARTICULACAO (COTOVELO,OMBRO, PUNHO, MAO, QUADRIL, JOELHO, TORNOZELO E PE)	R\$ 100,00
17	ULTRASSONOGRAMA DE PETROPERINOMIO (GRANDES VASOS)	R\$ 50,00
18	ULTRASSONOGRAMA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL)	R\$ 65,00
19	ULTRASSONOGRAMA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 60,00
20	ULTRASSONOGRAMA DE PUNÇAO DE COLEÇÕES SUPERFICIAIS	R\$ 85,00
21	ULTRASSONOGRAMA TRANSRETAL	R\$ 50,00
22	ULTRASSONOGRAMA DE TIREOIDE	R\$ 55,00
23	ULTRASSONOGRAMA DE TIREOIDE COM DOPPLER COLORIDO	R\$ 120,00

24	ULTRASSONOGRRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	R\$ 50,00
25	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER CARÓTIDAS	R\$ 100,00
26	ULTRASSONOGRRAFIA ENDOVAGINAL C/DOPPLERFLUXOMETRIA	R\$ 90,00
27	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA	R\$ 65,00
28	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO (POR FETO)	R\$ 100,00
29	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA MORFOLOGICA FETAL (POR FETO)	R\$ 100,00
30	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA GEMELAR	R\$ 50,00
31	ULTRASSONOGRRAFIA DO OLHO	R\$ 45,00
32	ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	R\$ 45,00
33	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSLUCENCIA NUCAL	R\$ 100,00
34	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL COM CONTROLE DE OVULACAO	R\$ 90,00
35	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL OU ENDOVAGINAL	R\$ 55,00
36	ULTRASSONOGRRAFIA 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 RENAI	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 (APENDICULARE UNILATERAL)	R\$ 190,00
10	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL / DORSAL LOMBAR	R\$ 190,00
11	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COTOVELOS	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 MANDIBUL (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

	CONTRASTE)	
32	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TIREOIDE	R\$ 190,00
33	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	R\$ 160,00
34	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX (COM CONTRASTE)	R\$ 210,00
35	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DINAMICA (RECONSTRUCAO)	R\$ 190,00
36	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO (COM CONTRASTE)	R\$ 180,00
37	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO (SEM CONTRASTE)	R\$ 120,00
38	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA OLHO OU OCULAR	R\$ 120,00
39	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PARTES MOLES	R\$ 154,00
40	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SACRO-ILIACA	R\$ 180,00
41	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA TEMPOROMANDIBULAR	R\$ 200,00
42	ANGIOTOMOGRAFIA DE PELVE	R\$ 410,00
43	ANGIOTOMOGRAFIA DE ABDOMEN	R\$ 550,00
44	ANGIOTOMOGRAFIA DE CRANIO	R\$ 410,00
45	ANGIOTOMOGRAFIA DE TORAX	R\$ 510,00
46	ANGIOTOMOGRAFIA DAS ARTÉRIAS CORONÁRIAS	R\$ 1.362,50
Nº	N - DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	VALOR
01	RESSONANCIA COMPUTADORIZADA DE CRANIO (COM ESPECTROSCOPIA)	R\$ 550,00
02	RESSONANCIA MAGNETICA	R\$ 350,00
03	RESSONANCIA MAGNETICA (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
	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 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 (CORÇÃO)	R\$ 450,00
10	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	R\$ 105,00
11	MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL – MAPA (2 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	ECOENDOSCOPIABAIXA	R\$ 2.700,00
05	ECOENDOSCOPIA POR PUNÇÃO POR AGULHA	R\$ 4.500,00
06	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	R\$ 200,00
07	ENDOSCOPIA DIGESTIVA COM ANESTESIA	R\$ 350,00
08	ESOFAGOSCOPIA C/ DILATAÇÃO	R\$ 200,00
09	ESOFAGOMETRIA	R\$ 200,00
10	GASTRODUODENOSCOPIA	R\$ 150,00
11	POLIPECTOMIA ENDOSCÓPICA	R\$ 350,00
12	PH METRIA	R\$ 200,00
13	REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO (TRATAMENTO CIRURGIÃO GASTRO-ESOFÁGICO)	R\$ 250,00
14	RETOSSIGMOIDOSCOPIAFLEXIVEL OU RIGIDA	R\$ 150,00
Nº	Q - NEUROLOGIA	VALOR
01	ELETROENCEFALOGRAMA	R\$ 100,00
02	ELETROENCEFALOGRAMA COM SEDAÇÃO	R\$ 350,00
03	ELETROENCEFALOGRAMA 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	VECTEOELETRONISTAGMOGRAFIA	R\$ 105,00
13	EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS (TESTE DA ORELHINHA)	R\$ 130,00
Nº	T - SESSÕES DE FISIOTERAPIA	VALOR
01	SESSÃO DE FISIOTERAPIA NEUROLÓGICA	R\$ 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	R\$ 20,00

	UROGINECOLÓGICAS	
10	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NEONATO	R\$ 20,00
11	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADO 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	R\$ 20,00
15	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS	R\$ 20,00
16	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 20,00
17	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 20,00
18	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	R\$ 20,00
19	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS-CIRURGIA CARDIOVASCULAR	R\$ 20,00
20	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	R\$ 20,00
21	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS	R\$ 20,00
22	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	R\$ 20,00
23	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MUSCULO-ESQUELÉTICAS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 20,00
24	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 20,00

25	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 20,00
26	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DE DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR	R\$ 20,00
27	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM COMPROMETIMENTO COGNITIVO	R\$ 20,00
28	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA	R\$ 20,00
29	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO	R\$ 20,00
30	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE GRANDE QUEIMADO	R\$ 20,00
31	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SEQUÊLAS POR QUEIMADURAS (MÉDIO E GRANDE QUEIMADOS)	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 CORONA RADICULAR POR SEXTANTE	R\$ 94,16
Nº	U.1 - PROCEDIMENTOS EM ENDODONTIA (CANAL)	VALOR
08	TRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR COM 2 RAIO 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	R\$ 195,13

	UNIRRADICULAR; COM 2 RAIOS X (INICIAL E FINAL)	
11	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR; COM 2 RAIOS X (INICIAL E FINAL)	R\$ 275,31
12	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE C/ 3 OU MAIS RAÍZES; COM 2 RAIOS X (INICIAL E FINAL)	R\$ 367,35
13	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR; COM 2 RAIOS X (INICIAL E FINAL)	R\$ 209,99
14	SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR.	R\$ 142,79
15	REMOÇÃO DE NÚCLEO INTRARRADICULAR	R\$ 158,35
16	REMOÇÃO DE TRABALHO PROTÉTICO	R\$ 86,25
17	REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO INTRACANAL	R\$ 150,26
18	PULPOTOMIA EM DENTE DECIDUO	R\$ 103,75
19	TRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE DECIDUO	R\$ 139,25
20	CAPEAMENTO PULPAR DIRETO/INDIRETO	R\$ 59,47
Nº	U.2 - PROCEDIMENTO CIRURGICO	VALOR
21	BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR;	R\$ 100,07
22	BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE;	R\$ 126,32
23	BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA;	R\$ 100,07
24	CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM;	R\$ 156,13
25	OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVEOLO DENTÁRIAS;	R\$ 125,45
26	REDUÇÃO DE FRATURA ALVEOLO-DENTÁRIA SEM OSTEOSSÍNTESE;	R\$ 201,37
27	RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA/ DENTÁRIA;	R\$ 299,00
28	RECONSTRUÇÃO PARCIAL DO LÁBIO TRAUMATIZADO;	R\$ 156,07
29	EXCISÃO DE CÁLCULO DE GLÂNDULA SALIVAR;	R\$ 175,93
30	EXERESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO ODONTOGÊNICO;	R\$ 167,93
31	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA INTRA/ EXTRA-ORAL;	R\$ 197,00
32	SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR	R\$ 197,00
33	DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS;	R\$ 84,37
34	EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR;	R\$ 266,59

35	EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA;	R\$ 266,59
36	EXCISÃO EM CUNHA DO LÁBIO;	R\$ 167,92
37	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DOS OSSOS DA FACE;	R\$ 265,38
38	RETIRADA DE MEIOS DE FIXAÇÃO MAXILOMANDIBULAR	R\$ 136,00
39	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA OROSINUSAL/ ORO-NASAL	R\$ 235,50
40	APICECTOMIA S/ OBTURAÇÃO RETROGRADA;	R\$ 210,37
41	APICECTOMIA C/ OU S/ OBTURAÇÃO RETROGRADA;	R\$ 250,12
42	APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO ORAL (POR SEXTANTE);	R\$ 270,11
43	ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA INTRABUCAL;	R\$ 154,75
44	EXODONTIA MULTIPLA C/ ALVEOLO-PLASTIA POR SEXTANTE;	R\$ 174,86
45	MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS;	R\$ 167,92
46	REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO);	R\$ 236,98
47	REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO); COM 2 RAIO X INICIAL E FINAL)	R\$ 276,60
48	REMOÇÃO DE TÓRUS E EXOSTOSES;	R\$ 165,05
49	TRATAMENTO CIRÚRGICO P/ TRACIONAMENTO DENTAL	R\$ 210,00
50	EXODONTIA SIMPLES DE DENTE DECIDUO	R\$ 53,36
51	EXODONTIA SIMPLES DE DENTE PERMANENTE	R\$ 86,06
52	EXODONTIA A RETALHO	R\$ 101,10
53	EXODONTIA RESTO RADICULAR	R\$ 98,77
54	FRENECTOMIA/FRENOTOMIA LABIAL OU LINGUAL	R\$ 115,50
55	TRATAMENTO DE ALVEOLITE	R\$ 59,70
56	ULOTOMIA/ULECTOMIA	R\$ 56,87
57	AUMENTO DE COROA 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 TEMPOROMANDIBULAR	R\$ 106,92
60	CONTROLE DE HEMORRAGIA COM OU SEM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	R\$ 65,55

61	REMOÇÃO DE CUNHA PROXIMAL OU DISTAL	R\$ 118,05
62	REMOÇÃO DE DENTE EXTRA-NUMERÁRIO	R\$ 123,17
63	TRATAMENTO DE NEURALGIAS 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 PROTETICOS (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R\$ 61,43
81	COROA TOTAL EM ARTGLASS (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R\$ 413,25
82	PROTESE PARCIAL REMOVIVEL PROVISÓRIA EM ACRÍLICO COM OU SEM GRAMPOS	R\$ 252,80
83	PR40ÓTESE PARCIAL REMOVIVEL COM GRAMPOS BILATERAL	R\$ 590,83
84	PROTESE TOTAL EM ACRILICO	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 CLINICO	VALOR
98	RESTAURAÇÃO DE RESINA COMPOSTA FOTOPOLIMERIZÁVEL UMA FACE	R\$ 100,00
99	RESTAURAÇÃO DE RESINA COMPOSTA FOTOPOLIMERIZÁVEL DUAS FACES	R\$ 124,00
100	RESTAURAÇÃO DE RESINA COMPOSTA FOTOPOLIMERIZÁVEL 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 FISSULAS (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 RADIOGRAFICO (PERIAPICAL COMPLETA)	R\$ 117,68
Nº	V - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E AMBULATORIAIS	VALOR
01	TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO	R\$ 750,00
02	EXERESSE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PALPEBRA SUPERCILIOS	R\$ 300,00
03	CAPSULOTOMIA A YAG LASER	R\$ 189,00
04	FOTOCOAGULACAO A LASER	R\$ 185,00
05	ELETROCAUTERIZAÇÃO DO COLO UTERINO	R\$ 57,50
	V.1 - FACOEMULSIFICAÇÃO - Unilateral - com implante de lente;	
01	Deverão ser inclusos no procedimento os seguintes serviços: Consulta com anestesiologista; Consulta pré-cirúrgica; Facoemulsificação com implante de Lente Intra Ocular Rígida ou Dobrável; Procedimento cirúrgico (Com acompanhamento de anestesiologista).	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 anestesista; Consulta pré-cirúrgica; Facectomia sem implante de Lente intra ocular; Procedimento cirúrgico (Com acompanhamento de anestesista).	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 anestesista; Consulta pré-cirúrgica; Facectomia com implante de Lente Intra Ocular; Procedimento cirúrgico (Com acompanhamento de anestesista).	R\$ 1.300,00 Unilateral
W - CIRURGIA GERAL ELETIVA		
INCLUINDO: CIRURGIÃO, AUXILIAR DE CIRURGIA, ANESTESISTA, CONSULTA PRÉ E PÓS CIRURGICA 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	COLEDOMIA 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 o 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 n frente)	R\$ 238,70
27	EXERESE DE CISTO EPIDIDIMO	R\$ 492,18
28	TRATAMENTO CIRURGICO DA HIDROCELE	R\$ 513,94
29	TRATAMENTO CIRURGICO DA CISTOCELE	R\$ 745,08
30	TRATAMENTO CIRURGICO DA VARICOCELE	R\$ 515,12
31	TRATAMENTO DE VARIZES UNILATERAL (CADA PERNA)	R\$ 966,74
32	VASECTOMIA	R\$ 612,94
33	PARTO CESARIA ENFERMARIA	R\$ 1.091,46
34	PARTO NORMAL	R\$ 886,80
35	EXERESE DE CISTO TIREOGLOSSO	R\$ 960,12

*Parto cesárea e normal inclui pediatra

W.1 - CIRURGIA ORTOPEDICA ELETIVA (MÃO)

INCLUINDO: CIRURGIÃO, AUXILIAR DE CIRURGIA, ANESTESISTA, CONSULTA PRÉ E PÓS CIRURGICA ANESTESICA (SENECESSÁRIO), INTERNAÇÃO DE ATÉ 72HS, CASO HAJA COMPLICAÇÃO O HOSPITA

DEVE ACOMPANHAR O PACIENTE QUANTAS VEZES FOR NECESSÁRIO. NÃO INCLUI RISCO CIRURGICO

Nº	DESCRIÇÃO	VALOR
01	ABSCESSO MÃO E DEDOS	R\$ 446,62
02	ABSCESSO DEDO	R\$ 446,62
03	AMPUTAÇÃO DE DEDO(CADA)	R\$ 488,60
04	RESSECÇÃO APONEUROSE PALMAR(DOENÇA DUPUYTREM)	R\$ 445,90
05	ARTRODESE INTERFALANGEANA(CADA)	R\$ 427,58
06	CAPSULECTOMIAS PEQUENAS ARTICULAÇÕES	R\$ 284,12
07	REGULARIZAÇÃO DE COTO DE AMPUTAÇÃO DEDOS (CADA)	R\$ 454,04
08	DEDO EM GATILHO(CADA)	R\$ 956,60
09	DEDO EM MARTELO(CADA)	R\$ 536,80
10	CISTO SINOVIAL DORSAL	R\$ 182,98
11	CISTO SINOVIAL VOLAR	R\$ 182,98
12	SINDROME DO TUNEL DO CARPO	R\$ 695,24
	*Com material incluso	

W.2 - CIRURGIA ORTOPEDICA ELETIVA (OMBRO)

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

QUANTAS VEZES FOR NECESSÁRIO. NÃO INCLUI RISCO CIRURGICO.

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

X - EXAMES LABORATORIAIS

Nº	DESCRIÇÃO	VALOR
1	ACIDO FÓLICO	R\$ 13,00
2	ACIDEZ TITULÁVEL NO LEITE HUMANO (DORNIC)	R\$ 3,04
3	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
4	ADENOGRAMA	R\$ 5,79

5	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URIN	R\$ 3,70
6	ANTIBIOGRAMA	R\$ 4,98
7	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	R\$ 13,33
8	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	R\$ 13,33
9	ANTIGLIADINA IGA	R\$ 30,40
10	ANTI-BETA 2 GLICOPROTEINA IgG/IgM	R\$ 125,00
11	ANTI Ccp	R\$ 105,61
12	ANTI COAGULANTE LUPICO	R\$ 110,00
13	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	R\$ 4,20
14	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	R\$ 4,20
15	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	R\$ 4,20
16	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	R\$ 2,80
17	BNP	R\$ 27,00
18	CALCIURIA 24HS	R\$ 8,37
19	CHAGAS IGG	R\$ 15,00
20	CHAGAS IGM	R\$ 15,00
21	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	R\$ 4,33
22	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	R\$ 4,33
23	CITOQUIMICA HEMATOLOGICA	R\$ 6,48
24	CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 3,51
25	CLEARANCE DE FOSFATO	R\$ 3,51
26	CLEARANCE DE UREIA	R\$ 3,51
27	CLEARANCE OSMOLAR	R\$ 3,51
28	COAGULOGRAMA	R\$ 13,50
29	CONTAGEM DE ADDIS	R\$ 2,04
30	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	R\$ 15,00
31	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	R\$ 15,00
32	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	R\$ 15,00
33	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 2,73

34	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$ 2,73
35	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89
36	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89
37	CULTURA FEZES + TSA	R\$ 16,00
38	CULTURA FUNGOS + TSA	R\$ 70,00
39	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$ 5,62
40	CULTURA DO LEITE HUMANO (POS-PASTEURIZAÇÃO)	R\$ 5,62
41	CULTURA P/ HERPESVIRUS	R\$ 4,33
42	CULTURA PARA BAAR	R\$ 5,63
43	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	R\$ 10,25
44	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	R\$ 4,19
45	DETECCAO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)	R\$ 65,00
46	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	R\$ 96,00
47	DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 8,80
48	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDAS	R\$ 66,00
49	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HEMOGLOBINOPATIA (CONFIRMATORIO)	R\$ 66,00
50	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM HIPERPLASIA ADRENA CONGÊNITA	R\$ 66,00
51	DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)	R\$ 66,00
52	DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS	R\$ 10,65
53	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	R\$ 2,01
54	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 180,00
55	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADE CORIONICAS(C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 160,00
56	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 160,00
57	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	R\$ 9,25
58	DETERMINAÇÃO DE CREMATÓCRITO NO LEITE HUMANO ORDENHADO	R\$ 1,53

59	DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS	R\$ 15,65
60	DETERMINACAO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR	R\$ 2,73
61	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	R\$ 3,63
62	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (5 DOSAGENS)	R\$ 6,55
63	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (5 DOSAGENS)	R\$ 3,68
64	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	R\$ 10,00
65	DETERMINACAO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)	R\$ 2,73
66	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	R\$ 2,83
67	DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA ESFINGOMIELINA NOLIIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 6,56
68	DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE	R\$ 12,54
69	DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE	R\$ 3,70
70	DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE	R\$ 3,51
71	DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3	R\$ 12,54
72	DETERMINACAO DE SULFO-HEMOGLOBINA	R\$ 2,73
73	DETERMINACAO DE T3 REVERSO	R\$ 14,69
74	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	R\$ 2,73
75	DETERMINACAO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	R\$ 2,73
76	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	R\$ 9,00
77	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	R\$ 2,73
78	DETERMINACAO DE TEMPO DE SOBREVIVENCIA DE HEMACIAS	R\$ 5,79
79	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA	R\$ 2,85
80	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTPATIVADA)	R\$ 5,77
81	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 2,73
82	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTACAO (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 AMINOGLICOSIDEOS	R\$ 10,00
117	DOSAGEM DE AMONIA	R\$ 3,51
118	DOSAGEM DE AMP CICLICO	R\$ 12,01
119	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	R\$ 11,53
120	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	R\$ 10,00
121	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	R\$ 4,11
122	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAIS RECOMBINANTE HUMANO IGA	R\$ 18,55
123	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	R\$ 10,00
124	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$ 16,42
125	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	R\$ 6,48
126	DOSAGEM DE BARBITURATOS	R\$ 13,13
127	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	R\$ 13,48
128	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	R\$ 13,55
129	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$ 2,01
130	DOSAGEM DE CADMIO	R\$ 6,55
131	DOSAGEM DE CALCIO	R\$ 1,85
132	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	R\$ 3,51
133	DOSAGEM DE CALCITONINA	R\$ 14,38
134	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	R\$ 17,53
135	DOSAGEM DE 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 LATICA	R\$ 3,68
160	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	R\$ 3,68
161	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	R\$ 8,97
162	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R\$ 11,71
163	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	R\$ 1,65
164	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$ 10,15
165	DOSAGEM DE ESTRIOL	R\$ 11,55
166	DOSAGEM DE ESTRONA	R\$ 11,12
167	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA	R\$ 15,65
168	DOSAGEM DE FATOR II	R\$ 5,31

169	DOSAGEM DE FATOR IX	R\$ 7,61
170	DOSAGEM DE FATOR V	R\$ 4,73
171	DOSAGEM DE FATOR VII	R\$ 8,09
172	DOSAGEM DE FATOR VIII	R\$ 6,63
173	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	R\$ 15,00
174	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	R\$ 18,91
175	DOSAGEM DE FATOR X	R\$ 6,66
176	DOSAGEM DE FATOR XI	R\$ 9,11
177	DOSAGEM DE FATOR XII	R\$ 10,51
178	DOSAGEM DE FATOR XIII	R\$ 6,66
179	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 5,50
180	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4	R\$ 12,10
181	DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECCAO DA VARIANTE D 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 ÁCIDA 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, BET HCG)	R\$ 7,85
205	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	R\$ 3,04
206	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	R\$ 3,68
207	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$ 1,53
208	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC	R 2,73
209	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	R\$ 2,73
210	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 7,86
211	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	R\$ 2,73
212	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	R\$ 3,68
213	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	R\$ 10,21
214	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$ 7,89
215	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 8,97
216	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$ 8,96
217	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R\$ 17,16
218	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$ 9,25
219	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$ 17,16
220	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	R\$ 9,25
221	DOSAGEM DE INSULINA	R\$ 10,17
222	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	R\$ 3,51
223	DOSAGEM DE LACTATO	R\$ 3,68
224	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	R\$ 3,51

225	DOSAGEM DE LIPASE	R\$ 2,25
226	DOSAGEM DE LITIO	R\$ 2,25
227	DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$ 2,01
228	DOSAGEM DE MERCURIO	R\$ 2,04
229	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	R\$ 10,00
230	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	R\$ 4,11
231	DOSAGEM DE METOTREXATO	R\$ 10,00
232	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 8,12
233	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	R\$ 2,01
234	DOSAGEM DE HOMOCISTEINA NO SANGUE	R\$ 50,00
235	DOSAGEM DE OXALATO	R\$ 3,68
236	DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$ 43,13
237	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R\$ 15,35
238	DOSAGEM DE PIRUVATO	R\$ 3,68
239	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	R\$ 4,11
240	DOSAGEM DE PORFIRINAS	R\$ 3,51
241	DOSAGEM DE POTASSIO	R\$ 1,85
242	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$ 10,22
243	DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$ 10,15
244	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 2,83
245	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$ 2,04
246	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
247	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	R\$ 1,40
248	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$ 1,85
249	DOSAGEM DE QUINIDINA	R\$ 10,00
250	DOSAGEM DE RENINA	R\$ 13,19
251	DOSAGEM DE SALICILATOS	R\$ 2,01
252	DOSAGEM DE SODIO	R\$ 1,85
253	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	R\$ 15,35

254	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	R\$ 13,11
255	DOSAGEM DE SULFATOS	R\$ 3,51
256	DOSAGEM DE TEOFILINA	R\$ 15,65
257	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$ 10,43
258	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 13,11
259	DOSAGEM DE TIOCIANATO	R\$ 3,68
260	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$ 15,35
261	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$ 8,76
262	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 11,60
263	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$ 2,01
264	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$ 2,01
265	DOSAGEM DE TRACOLIMUS	R\$ 190,00
266	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$ 4,12
267	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$ 3,51
268	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 8,71
269	DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA	R\$ 5,50
270	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	R\$ 3,51
271	DOSAGEM DE TROPONINA	R\$ 9,00
272	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 13,20
273	DOSAGEM DE UREIA	R\$ 1,85
274	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$ 15,24
275	DOSAGEM DE ZINCO	R\$ 15,65
276	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	R\$ 13,35
277	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	R\$ 3,04
278	DOSAGEM QUANTITATIVA DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DESORO	R\$ 137,00
279	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 5,41
280	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	R\$ 3,68
281	ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 4,42

282	ELETROFORESE 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 D CELULAS	R\$ 1,89
287	EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)	R\$ 2,80
288	EXAME PARASITOLÓGICO (MIF)	R\$ 6,00
289	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	R\$ 3,70
290	FALCIZAÇÃO (TESTE AFOIÇAMENTO)	R\$ 4,50
291	FATOR V DE LEIDEN	R\$ 123,00
292	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	R\$ 10,65
293	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE)	R\$ 15,65
294	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 298,48
295	HEMATOCRITO	R\$ 1,53
296	HEMOCULTURA	R\$ 11,49
297	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 4,11
298	HERPES IGG	R\$ 40,00
299	HERPES IGM	R\$ 40,00
300	HOMOCISTEINA	R\$ 2,04
301	INDICE DE SATURAÇÃO DE TRANSFERRINA	R\$ 16,34
302	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	R\$ 5,63
303	IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL D HEMACIAS	R\$ 10,65
304	IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	R\$ 1,65
305	IDENTIFICAÇÃO DE GLICÍDIOS URINÁRIOS POR CROMATOGRAFI (CAMADADELGADA)	R\$ 3,70
306	IMUNOELETROFORESE 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 ANTICARDIOLIPINA	R\$ 10,00
320	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	R\$ 10,00
321	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	R\$ 9,25
322	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	R\$ 10,00
323	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	R\$ 9,25
324	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	R\$ 3,70
325	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	R\$ 5,83
326	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (PO IMUNOFLUORESCENCIA)	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 ANTIEQUINOCOCOS	R\$ 9,25
330	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	R\$ 10,00
331	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	R\$ 9,70
332	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	R\$ 9,70
333	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	R\$ 2,83
334	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	R\$ 10,00
335	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	R\$ 10,00

336	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	R\$ 17,16
337	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	R\$ 85,00
338	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R\$ 10,00
339	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R\$ 18,55
340	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	R\$ 10,00
341	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	R\$ 17,16
342	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	R\$ 4,10
343	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	R\$ 5,50
344	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R\$ 17,16
345	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	R\$ 17,16
346	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	R\$ 17,16
347	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	R\$ 17,16
348	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO (FAN)	R\$ 17,16
349	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	R\$ 17,16
350	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	R\$ 10,00
351	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	R\$ 17,16
352	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	R\$ 5,74
353	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$ 17,16
354	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$ 18,55
355	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	R\$ 18,55
356	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R\$ 17,16
357	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE D VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$ 18,55
358	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS D HEPATITE B (ANTI-HBE)	R\$ 18,55
359	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	R\$ 7,78
360	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII	R\$ 9,71
361	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$ 18,55
362	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	R\$ 18,55

363	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	R\$ 9,25
364	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS	R\$ 4,10
365	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCICIA RESPIRATORIO	R\$ 18,55
366	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	R\$ 17,16
367	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN BARR	R\$ 2,83
368	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,00
369	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	R\$ 9,25
370	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$ 16,97
371	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 9,25
372	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R\$ 30,00
373	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV IGG)	R\$ 18,55
374	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16
375	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 17,16
376	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 17,16
377	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 17,16
378	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	R\$ 18,55
379	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,61
380	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	R\$ 10,00
381	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$ 18,55
382	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 9,25
383	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$ 18,55
384	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R\$ 20,00

385	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV IGG)	R\$ 18,55
386	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16
387	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 17,16
388	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 17,16
389	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 17,16
390	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO	R\$ 5,79
391	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC	R\$ 5,79
392	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO	R\$ 5,79
393	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R\$ 13,35
394	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE (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 IMUNOFLOURESCENCIA)	R\$ 10,00
448	PESQUISA DE REFLUXO	R\$ 65,00
449	PROVA CONFIRMATÓRIA DA PRESENÇA DE MICRO-ORGANISMO COLIFORMES	R\$ 5,62
450	PROVA DA D-XILOSE	R\$ 3,68
451	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	R\$ 4,11
452	PROVA DE DILUICAO (URINA)	R\$ 2,04
453	PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)	R\$ 9,70
454	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	R\$ 2,73
455	PROVA DO LACO	R\$ 2,73
456	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)	R\$ 1,89
457	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	R\$ 1,89
458	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	R\$ 1,77
459	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	R\$ 1,77
460	PROTEINA C FUNCIONAL	R\$ 75,00
461	PROTEINAS S	R\$ 115,00
462	PROTEINA S LIVRE	R\$ 161,63
463	PSA LIVRE/TOTAL	R\$ 20,00
464	PTH - PARATORMONIO	R\$ 30,00
465	QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1	R\$ 18,00
466	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 168,48

467	QUANTIFICAÇÃO/AMPLIFICAÇÃO DO HER-2	R\$ 120,00
468	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	R\$ 2,73
469	REACAO DE HEMAGLUTINACAO (TPHA) P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 4,10
470	REACAO DE MONTENEGRO ID	R\$ 2,83
471	REACAO DE PANDY	R\$ 1,89
472	REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
473	RT-PCR PARA CITOMEGALOVIRUS	R\$ 326,00
474	SHBG	R\$ 15,00
475	T3 LIVRE	R\$ 15,00
476	TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS	R\$12,00
477	TESTE DE CLEMENTS	R\$ 1,89
478	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	R\$ 12,01
479	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	R\$ 12,01
480	TESTE DE ESTIMULO DE LH E FSH APOS GONADORRELINA	R\$ 12,01
481	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	R\$ 12,01
482	TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL P/60 EM AMOSTRAS	R\$ 4,69
483	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	R\$ 2,73
484	TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO	R\$ 4,69
485	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	R\$ 12,01
486	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE	R\$ 12,01
487	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTE ORAIS	R\$ 6,55
488	TESTE DE VDRL P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$ 2,83
489	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$ 2,73
490	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00
491	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00
492	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R\$ 2,73
493	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	R\$ 8,43
494	TESTE RT – PCR	R\$ 250,00

495	TESTE DE SUOR	R\$ 20,00
496	TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	R\$ 5,79
497	TIG (IMUNOLÓGICO GRAVIDEZ)	R\$ 7,50
498	TOTG	R\$ 25,70
499	TOTL	R\$ 33,37
500	VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE	R\$ 2,83
501	PESQUISA DE FUNGOS	R\$ 4,19
X.1 - EXAMES DE CITÓLOGIA E PATÓLOGIA		
Nº	DESCRIÇÃO	VALOR
01	EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA	R\$ 13,72
02	IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R\$ 131,52
03	EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CERVICO-VAGINAL)	R\$ 20,96
04	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM LAMINA DE PAAF ATÉ 5 LAMINAS	R\$ 40,00
Nº	Y- SERVIÇOS DE OFTALMOLOGIA MÓVEL	VALOR
01	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA COM EXAM DE FUNDO DE OLHO E TONOMETRIA	R\$ 40,00
02	ANGIOGRAFIA/RETINOGRAFIA FLUORESCENTE	R\$ 185,00
03	BIOMETRIA ULTRASSONICA (MONOCULAR)	R\$ 54,00
04	CAMPO VISUAL OU CAMPIMETRIA (MONO)	R\$ 60,00
05	CERATOSCOPIA MONO	R\$ 70,00
06	CIRURGIA DE PTERÍGIO	R\$ 700,00
07	CURVA TENSIONAL DIÁRIA/ BI	R\$ 60,00
08	ECOGRAFIA/ULTRASSONOGRAMA	R\$ 40,50
09	MAPEAMENTO DE RETINA OU FUNDO DE OLHO/ MONO	R\$ 43,20
10	MICROSCOPIA ESPECULAR DA CORNEA/MONO	R\$ 85,00
11	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA/CORNEANA	R\$ 60,00
12	RETINOGRAFIA COLORIDA POR OLHO	R\$ 40,00
Nº	Z- UNIDADE MÓVEL E FIXA TEMPORÁRIA PARA PRESTAÇÃO D 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 31/01/2025
TABELA 01 - ALEGRE

Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR 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

TABELA 02 – CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM

Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
01	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA -UNIDADE ITAOCA	12 HORAS	R\$ 900,00
02	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA	12 HORAS	R\$ 1.100,00
03	SERVIÇO/ATIVIDADES 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\$ 63,66
08	SERVIÇO/ATIVIDADE DE SUPERVISÃO MÉDICA POR PROFISSIONAL MEDICO ESPECIALISTA/GENERALISTA	HORA	R\$ 140,00

TABELA 03 – JERÔNIMO MONTEIRO

Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR 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	VALOR 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	VALOR 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	VALOR 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 VIVÁCQUA			
Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
01	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00
TABELA 08 – MUQUI			
Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR 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	VALOR 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	VALOR 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	VALOR LÍQUIDO
01	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00
TABELA 12 – MIMOSO DO SUL			
Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR 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	VALOR 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 CLINICO	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	VALOR 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	VALOR 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 CLINICO – DIA DE SEMANA DIURNO	HORA	R\$ 100,00
08	SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO CLINICO – 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	VALOR 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	VALOR LÍQUIDO
01	SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 63,14

TABELA 18 – IÚNA

Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
01	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO CLINICO	HORA	R\$100,00
02	SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$140,00

TABELA 19 - SAMU 192

Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
01	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTÃO MÉDICO SAMU	12 HORAS	R\$ 1.050,00
02	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTÃO MÉDICO SAMU – RESPONSÁVEL TÉCNICO (RT)	12 HORAS	R\$ 1.050,00

TABELA 20 - ICONHA

Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR 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/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 95,00
07	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO COORDENADOR	HORA	R\$140,00

ANEXO I

TABELA DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO CIM POLO SUL- 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\$)
TERAPEUTA OCUPACIONAL	Plantão 08 horas diurno	200,00
TERAPEUTA OCUPACIONAL	Plantão 12 horas diurno	330,00
TERAPEUTA 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	VALOR (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	VALOR (R\$)
PSICÓLOGO	Plantão 08 horas diurno	200,00
PSICÓLOGO	Plantão 12 horas diurno	330,00
PSICÓLOGO	Hora adicional	40,00
ESPECIALIDADE	SERVIÇO	VALOR (R\$)
FONOAUDIÓLOGO	Plantão 08 horas diurno	200,00
FONOAUDIÓLOGO	Plantão 12 horas diurno	330,00
FONOAUDIÓLOGO	Hora adicional	40,00
ESPECIALIDADE	SERVIÇO	VALOR (R\$)
PSICOPEDAGOGO	Plantão 08 horas diurno	200,00
PSICOPEDAGOGO	Plantão 12 horas diurno	330,00
PSICOPEDAGOGO	Hora adicional	40,00
ESPECIALIDADE	SERVIÇO	VALOR (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	VALOR (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	VALOR (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	VALOR (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	VALOR (R\$)
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	Plantão 08 horas diurno	100,00
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	Plantão 12 horas diurno	165,00
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	Plantão 12 horas noturno	200,00
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	Hora adicional	20,00
ESPECIALIDADE	SERVIÇO	VALOR (R\$)
TÉCNICO RAIO-X	Plantão 08 horas diurno	100,00
TÉCNICO RAIO-X	Plantão 12 horas diurno	165,00
TÉCNICO RAIO-X	Plantão 12 horas noturno	200,00
TÉCNICO RAIO-X	Hora adicional	20,00