

**TVSP - Tabela de Valores de Serviços e Procedimentos de Saúde do CIM POLO SUL, aprovada na
reunião Extraordinária da Câmara Setorial de Saúde do dia 17/03/2025**

Nº	A - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM:	VALOR
1	ACUPUNTURISTA	R\$ 50,00
2	ALERGISTA	R\$ 50,00
3	ANGIOLOGIA	R\$ 50,00
4	ANESTESISTA	R\$ 100,00
5	CARDIOLOGIA	R\$ 50,00
6	CARDIOLOGIA COM RISCO CIRURGICO	R\$ 100,00
7	CARDIOLOGIA PEDIATRA	R\$ 60,00
8	CIRURGIA GERAL	R\$ 50,00
9	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	OBSTETRICA	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:	
1	ACUPUNTURISTA	R\$ 45,00
2	ALERGISTA	R\$ 45,00
3	ANGIOLOGIA	R\$ 45,00
4	ANESTESISTA	R\$ 45,00
5	CARDIOLOGIA	R\$ 45,00
6	CARDIOLOGIA COM RISCO CIRURGICO	R\$ 45,00
7	CARDIOLOGIA PEDIATRA	R\$ 45,00
8	CIRURGIA GERAL	R\$ 45,00
9	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:	
1	FONOAUDIOLOGIA	R\$ 40,00
2	FISIOTERAPEUTA	R\$ 40,00
3	NUTRICIONISTA	R\$ 40,00
4	PSICOLOGIA	R\$ 40,00
Nº	C - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) EM ODONTOLOGIA:	
1	CONSULTA DE URGENCIA E EMERGENCIA (NOTURNA/FINAL DE SEMANA E FERIADOS)	R\$ 70,80
2	CONSULTA DE CONDICIONAMENTO PEDIATRICO (MÁXIMO DE 2)	R\$ 69,43
3	CONSULTA DE CONDIONAMENTO DE PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS ADULTO E PEDIATRICO (MÁXIMO 2)	R\$ 95,03
4	CONSULTA DE ATM	R\$ 90,20
Nº	D - DIAGNÓSTICO EM OFTALMOLOGIA	
1	ANGIOGRAFIA FLUORESCENTE	R\$ 185,00
2	BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)	R\$ 54,00
3	CAMPO VISUAL OU CAMPIMETRIA	R\$ 60,00
4	POTENCIAL ACUIDADE VISUAL	R\$ 27,00
5	GONIOSCOPIA	R\$ 43,20
6	ECOBIMETRIA	R\$ 50,00
7	ECOGRAFIA OU ULTRASSON DO OLHO	R\$ 40,50
8	TONOMETRIA OU PRESSAO OCULAR	R\$ 2,50
9	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	
1	ASPIRAÇÃO PULMONAR	R\$ 220,00
2	BIOPSIA DE MAMA	R\$ 250,00
3	BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES	R\$ 250,00
4	BIOPSIA DO COLO UTERINO	R\$ 250,00
5	BIOPSIA DE PROSTATA (GUIADA POR ULTRASSONOGRAFIA TRANS-RETAL	R\$ 250,00
6	BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE (PAAF)	R\$ 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	
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 (MINIMO 2 PORÇÕES)	R\$ 480,00
12	CINTILOGRAFIA PULMÃO POR PERFUSÃO (MINIMO 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	R\$ 1.440,00
20	PESQUISA DE METASTASE DO CORPO TOTAL	R\$ 340,00
21	LINFOCINTILOGRAFIA	R\$ 240,00
Nº	G - DIAGNÓSTICO EM GINECOLOGIA	
1	COLPOSCOPIA	R\$ 65,00
2	COLPOSCOPIA + BIOPSIA	R\$ 73,50
Nº	H - DIAGNÓSTICO EM PNEUMOLOGIA	
1	BRONCOSCOPIA + 180,00 SERVIÇO DE ANESTESIA	R\$ 880,00
2	PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA C/ BRONCODILATADOR	R\$ 100,00
Nº	I - ANESTESIOLOGIA	
1	ANESTESIA GERAL E REGIONAL (SERVIÇO DE ANESTESIA)	R\$ 180,00
Nº	J - TESTES ALÉRGICOS	
1	TESTE ALIMENTAR	R\$ 100,00
2	TESTE DE CONTATO	R\$ 120,00

3	TESTE INALANTE	R\$ 70,00
Nº	K - DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA	
1	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	R\$ 450,00
2	RADIOGRAFIA COLUNA VERTEBRAL / TOTAL P ESCOLIOSE PANORAMICA AP/PERFIL	R\$ 100,00
3	RADIOGRAFIA DA FACE	R\$ 35,00
4	RADIOGRAFIA ABDOME	R\$ 25,00
5	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP E PERFIL)	R\$ 45,00
6	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP)	R\$ 40,00
7	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO	R\$ 40,00
8	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	R\$ 25,00
9	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 + PERFill + 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-LORDORTICA)	R\$ 25,00
74	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 30,00
75	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL)	R\$ 35,00
76	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	R\$ 30,00
77	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	R\$ 25,00
78	RADIOGRAFIA DE TORNOZELO	R\$ 30,00
79	RADIOGRAFIA DE TRANSITO DELGADO COM CONTRASTE	R\$ 120,00
80	RADIOGRAFIA DE UMERO	R\$ 30,00
81	RADIOGRAFIA ESCANOMETRIA	R\$ 30,00
82	RADIOGRAFIA PANORAMICA DA COLUNA LOMBAR	R\$ 100,00
83	RADIOGRAFIA PANORAMICA DA COLUNA AP/PERFIL	R\$ 85,00
84	RADIOGRAFIA PARA ESCOLIOSE DINAMICA	R\$ 40,00
85	MAMOGRAFIA UNILATERAL	R\$ 45,00
86	MAMOGRAFIA BILATERAL	R\$ 90,00
87	DENSITOMETRIA OSSEA	R\$ 70,00
Nº L - DIAGNÓSTICO POR ULTRA-SONOGRAFIA		
1	ULTRASSONOGRAMA DE PARTES MOLES	R\$ 100,00
2	ULTRASSONOGRAMA TRANSVAGINAL COM DOPPLER	R\$ 95,00
3	ULTRASSONOGRAMA DOPPLER COLORIDO VENOSO (CADA MEMBRO)	R\$ 115,00
4	ULTRASSONOGRAMA ABDOMINAL P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTROESOFÁGICO	R\$ 80,00
5	ULTRASSONOGRAMA TRANSFONTANELA	R\$ 250,00
6	ULTRASSONOGRAMA DE ABDOMEN COM DOPPLER COLORIDO	R\$ 105,00
7	ULTRASSONOGRAMA DE ABDOMEN DE COMPO FECHADO	R\$ 460,00
8	ULTRASSONOGRAMA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 100,00

9	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN INFERIOR	R\$ 100,00
10	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 130,00
11	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINARIO (VIAS URINÁRIAS)	R\$ 130,00
12	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 200,00
13	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER	R\$ 200,00
14	ULTRASSONOGRRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)	R\$ 45,00
15	ULTRASSONOGRRAFIA DE MAMA	R\$ 120,00
16	ULTRASSONOGRRAFIA DE MUSCULO ESQUELETICO E ARTICULACAO (COTOVELO,OMBRO, PUNHO, MAO, QUADRIL, JOELHO, TORNOZELO, PE)	R\$ 100,00
17	ULTRASSONOGRRAFIA DE PETROPERINOMIO (GRANDES VASOS)	R\$ 50,00
18	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL)	R\$ 130,00
19	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 60,00
20	ULTRASSONOGRRAFIA DE PUNÇÃO DE COLEÇÕES SUPERFICIAIS	R\$ 85,00
21	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSRETAL	R\$ 50,00
22	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE	R\$ 55,00
23	ULTRASSONOGRRAFIA 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\$ 130,00
28	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO (POR FETO)	R\$ 250,00
29	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA MORFOLOGICA FETAL (POR FETO)	R\$ 250,00
30	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA GEMELAR	R\$ 50,00
31	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA TRANSLUSCÊNCIA NUCAL	R\$ 190,00
32	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA 1º TRIMESTRE	R\$ 200,00
33	ULTRASSONOGRRAFIA DO OLHO	R\$ 45,00
34	ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	R\$ 100,00
35	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL COM CONTROLE DE OVULACAO	R\$ 90,00
36	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL OU ENDOVAGINAL	R\$ 110,00
37	ULTRASSONOGRRAFIA VIAS BILIARES	R\$ 55,00
38	ULTRASSONOGRRAFIA DE CAROTIDAS E VERTEBRAIS	R\$ 170,00
39	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO ARTERIAL (CADA MEMBRO)	R\$ 165,00
40	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DAS ARTÉRIAS RENAIIS	R\$ 115,00
41	ULTRASSONOGRRAFIA HEMITORAX	R\$ 40,00
42	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA C/ PERFIL BIOF. FETAL	R\$ 70,00
43	ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA CONTROLE DE OVULAÇÃO	R\$ 80,00
44	DOPPLER COLORIDO VENOSO DO MMI	R\$ 125,00
Nº	M - DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA	
1	TOMOGRAFIA APARELHO URINARIO	R\$ 420,00
2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COXO FEMURAL	R\$ 190,00
3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA FACE	R\$ 180,00
4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 160,00
5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR (COM CONTRASTE)	R\$ 210,00
6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 420,00
7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ANTEBRACOS APENDICULARES	R\$ 190,00
8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES	R\$ 200,00
9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE BRACO (APENDICULARES UNILATERAL)	R\$ 190,00
10	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL / DORSAL / LOMBAR	R\$ 190,00

11	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COTOVELO	R\$ 200,00
12	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COXA	R\$ 200,00
13	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FARINGE E LARINGE	R\$ 200,00
14	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE JOELHO (ARTICULACAO)	R\$ 200,00
15	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MANDIBULA (TEMPOROMANDIBULARES)	R\$ 190,00
16	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MAOS (APENDICULARES)	R\$ 190,00
17	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTOIDES OU OUVIDOS	R\$ 190,00
18	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE OMBROS	R\$ 200,00
19	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ORBITAS (COM CONTRASTE)	R\$ 170,00
20	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ORBITAS (SEM CONTRASTE)	R\$ 120,00
21	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PE (APENDICULARES)	R\$ 190,00
22	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA	R\$ 160,00
23	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA (COM CONTRASTE)	R\$ 210,00
24	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PERNAS (APENDICULARES)	R\$ 190,00
25	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO	R\$ 190,00
26	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO (COM CONTRASTE)	R\$ 210,00
27	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PUNHOS	R\$ 200,00
28	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES	R\$ 190,00
29	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEIOS DA FACE	R\$ 170,00
30	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA (COM CONTRASTE)	R\$ 180,00
31	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA (SEM CONTRASTE)	R\$ 120,00
32	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TIREOIDE	R\$ 190,00
33	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	R\$ 160,00
34	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX (COM CONTRASTE)	R\$ 210,00
35	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DINAMICA (RECONSTRUCAO)	R\$ 190,00
36	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO (COM CONTRASTE)	R\$ 180,00
37	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO (SEM CONTRASTE)	R\$ 120,00
38	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA OLHO OU OCULAR	R\$ 120,00
39	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PARTES MOLES	R\$ 154,00
40	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SACRO-ILIACA	R\$ 180,00
41	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA 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	
1	RESSONANCIA COMPUTADORIZADA DE CRANIO (COM ESPECTROSCOPIA)	R\$ 550,00
2	RESSONANCIA MAGNETICA	R\$ 350,00
3	RESSONANCIA MAGNETICA (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
4	RESSONANCIA MAGNETICA DA MAMA (CADA MAMA)	R\$ 350,00
5	RESSONANCIA MAGNETICA DA MAMA BILATERAL (COM CONTRASTE)	R\$ 750,00
6	RESSONANCIA MAGNETICA DA MAMA COM ESTUDO DINAMICO	R\$ 350,00
7	RESSONANCIA MAGNETICA DA MAMA UNILATERAL (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
8	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
9	RESSONANCIA MAGNETICA DE ANTI-BRACO (UNILATERAL)	R\$ 350,00
10	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA E PELVE (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
11	RESSONANCIA MAGNETICA DE BRACO (UNILATERAL)	R\$ 350,00
12	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA	R\$ 350,00
13	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL	R\$ 350,00

14	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
15	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBAR	R\$ 350,00
16	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBAR (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
17	RESSONANCIA MAGNETICA DE COTOVELO (UNILATERAL)	R\$ 350,00
18	RESSONANCIA MAGNETICA DE COXA (UNILATERAL)	R\$ 350,00
19	RESSONANCIA MAGNETICA DE COXA FEMORAL (UNILATERAL)	R\$ 350,00
20	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	R\$ 400,00
21	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
22	RESSONANCIA MAGNETICA DE JOELHO UNILATERAL	R\$ 350,00
23	RESSONANCIA MAGNETICA DE MAO UNILATERAL	R\$ 350,00
24	RESSONANCIA MAGNETICA DE OMBRO (UNILATERAL)	R\$ 350,00
25	RESSONANCIA MAGNETICA DE ORBITAS (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
26	RESSONANCIA MAGNETICA DE PE (UNILATERAL)	R\$ 350,00
27	RESSONANCIA MAGNETICA DE PERNA (UNILATERAL)	R\$ 350,00
28	RESSONANCIA MAGNETICA DE PUNHO	R\$ 350,00
29	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL	R\$ 350,00
30	RESSONANCIA MAGNETICA DA PROSTATA ENDO-RETAL	R\$ 400,00
31	RESSONANCIA MAGNETICA DA PROSTATA ENDO-RETAL + ESPECTROSCOPIA DA PROSTATA	R\$ 400,00
32	RESSONANCIA MAGNETICA DO CORAÇÃO PARA ISQUEMIA E VIABILIDADE MIOCARDICA	R\$ 460,00
33	RESSONANCIA MAGNETICA MORFOLOGICA E FUNCIONAL DO CORAÇÃO	R\$ 400,00
34	RESSONANCIA MAGNETICA DE QUADRIL (BILATERAL)	R\$ 350,00
35	RESSONANCIA MAGNETICA DE SEIOS DA FACE OU FACE (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
36	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
37	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
38	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORNOZELO (UNILATERAL)	R\$ 350,00
39	RESSONANCIA MAGNETICA MASTOIDE/OUVIDOS BILATERAL (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
40	RESSONANCIA MAGNETICA PESCOÇO (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
41	RESSONANCIA MAGNETICA PLENO BRAQUIAL (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
42	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (ATM) COM CONTRASTE	R\$ 400,00
43	ANGIORESSONANCIA ABDOME	R\$ 400,00
44	ANGIORESSONANCIA CRANIO	R\$ 460,00
45	COLANGIO RESSONANCIA CRANIO	R\$ 400,00
46	ORTO TORÁCICA CRANIO	R\$ 400,00
Nº	O - CARDIOLOGIA	
1	ECOCARDIOGRAMA	R\$ 155,00
2	ECOCARDIOGRAMA DOPPLER CARÓTIDAS	R\$ 150,00
3	ECOCARDIOGRAMA DOPPLER VERTEBRAIS E CAROTIDAS	R\$ 155,00
4	ECOCARDIOGRAMA FETAL	R\$ 330,00
5	ECOCARDIOGRAMA INFANTIL	R\$ 215,00
6	ECOCARDIOGRAMA FARMACOLOGICO	R\$ 400,00
7	ECOCARDIOGRAMA SOB STRESS	R\$ 500,00
8	TESTE DE ESFORÇO / TESTE ERGOMETRICO	R\$ 150,00
9	VENTRICULOGRAFIA REPOUSO E ESFORÇO (CORAÇÃO)	R\$ 450,00
10	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	R\$ 105,00
11	MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL – MAPA (24 HORAS)	R\$ 110,00
12	TILT TESTE	R\$ 250,00

Nº	P - GASTROENTEROLOGIA E PROCTOLOGIA	
1	COLONOSCOPIA	R\$ 500,00
2	COLONOSCOPIA COM ANESTESIA	R\$ 590,00
3	ECOENDOSCOPIA ALTA	R\$ 2.700,00
4	ECOENDOSCOPIABAIXA	R\$ 2.700,00
5	ECOENDOSCOPIA POR PUNÇÃO POR AGULHA	R\$ 4.500,00
6	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	R\$ 200,00
7	ENDOSCOPIA DIGESTIVA COM ANESTESIA	R\$ 350,00
8	ESOFAGOSCOPIA C/ DILATAÇÃO	R\$ 200,00
9	ESOFAGOMETRIA	R\$ 200,00
10	GASTRODUODENOSCOPIA	R\$ 150,00
11	POLIPECTOMIA ENDOSCÓPICA	R\$ 350,00
12	PH METRIA	R\$ 200,00
13	REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO (TRATAMENTO CIRURGIÃO GASTRO-ESOFÁGICO)	R\$ 250,00
14	RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXIVEL OU RIGIDA	R\$ 150,00
Nº	Q - NEUROLOGIA	
1	ELETROENCEFALOGRAMA	R\$ 100,00
2	ELETROENCEFALOGRAMA COM SEDAÇÃO	R\$ 350,00
3	ELETROENCEFALOGRAMA COM MAPEAMENTO	R\$ 180,00
4	ELETRONEUROMIOGRAFIA 01 (UM MEMBRO)	R\$ 200,00
5	ELETRONEUROMIOGRAFIA 02 (DOIS MEMBROS)	R\$ 313,00
6	POLISSONOGRAFIA	R\$ 400,00
Nº	R - UROLOGIA	
1	URODINÂMICA COMPLETA	R\$ 130,00
2	UROGRAFIA ESCRETORA	R\$ 280,00
3	UROFLUXOMETRIA	R\$ 85,00
4	CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA	R\$ 400,00
5	ESTUDO URODINAMICO MASCULINO	R\$ 400,00
6	ESTUDO RENAL DINÂMICO COME SEM DIURETICO (DTPA)	R\$ 200,00
7	URETROCISTOGRAFIA	R\$ 130,00
Nº	S - OTORRINOLARINGOLOGIA E FONOAUDIOLOGIA	
1	AUDIOMETRIA	R\$ 105,00
2	AUDIOMETRIA COMPLETA ADULTO/INFANTIL	R\$ 105,00
3	AUDIOMETRIA COMPORTAMENTAL	R\$ 60,00
4	AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL	R\$ 105,00
5	IMPEDANCIOMETRIA	R\$ 60,00
6	NASOFINOLONINGOSCOPIA	R\$ 80,00
7	BERA	R\$ 200,00
8	VIDEO NASOFIBROSCOPIA	R\$ 80,00
9	VIDEOLARINGOSCOPIA	R\$ 75,00
10	VIDEOLARINGOSCOPIA E NASAL FLEXIVEL	R\$ 80,00
11	TERAPIA DE REABILITAÇÃO AUDITIVA	R\$ 40,00
12	VECTOELETRONISTAGMOGRAFIA	R\$ 105,00
13	EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS (TESTE DA ORELHINHA)	R\$ 130,00
Nº	T - SESSÕES DE FISIOTERAPIA	
1	SESSÃO DE FISIOTERAPIA NEUROLÓGICA	R\$ 20,00
2	SESSÃO DE FISIOTERAPIA ORTOPÉDICO/ TRAUMATOLÓGICO RESPIRATÓRIA/ REUMATOLÓGICA	R\$ 20,00
3	SESSÃO DE FISIOTERAPIA RPG	R\$ 26,75
5	HIDROTERAPIA	R\$ 130,00

6	SESSÃO DE FISIOTERAPIA DE REFORÇO DO ACOALHO PÉLVICO	R\$ 87,50
7	TERAPIA OCUPACIONAL	R\$ 20,00
8	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS	R\$ 20,00
9	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS	R\$ 20,00
10	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NEONATO	R\$ 20,00
11	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS	R\$ 20,00
12	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE ONCOLÓGICO CLÍNICO	R\$ 20,00
13	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA	R\$ 20,00
14	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS C/ COMPROMETIMENTO SISTÊMICO	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- ESQUELETICAS C/ COMPLICAÇÕES SISTEMICAS	R\$ 20,00
24	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO- CINÉTICOFUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 20,00
25	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO- CINÉTICOFUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 20,00
26	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR	R\$ 20,00
27	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ 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 SEQÜELAS POR QUEIMADURAS (MÉDIO E GRANDE QUEIMADOS)	R\$ 20,00
Nº	T.1 - OUTRAS SESSÕES	
1	SESSÃO HIPERBARICA	R\$ 220,00
2	DOSE TERAPEUTICA DE IODO	R\$ 750,00
Nº	V - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E AMBULATORIAIS	
1	TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO	R\$ 750,00

2	EXERESSE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PALBEBRA E SUPERCILIOS	R\$ 300,00
3	CAPSULOTOMIA A YAG LASER	R\$ 189,00
4	FOTOCOAGULACAO A LASER	R\$ 185,00
5	ELETRICAUTERIZAÇÃO DO COLO UTERINO	R\$ 57,50
V.1 - FACOEMULSIFICAÇÃO - Unilateral - com implante de lente;		
1	Deverão ser inclusos no procedimento os seguintes serviços: • Consulta com anestesista; • Consulta pré-cirúrgica; • Faciemulsificação com implante de Lente Intra Ocular Rígida ou Dobrável; • Procedimento cirúrgico (Com acompanhamento de anestesista).	R\$ 1.300,00
Nº V.2- FACECTOMIA - Unilateral - sem implante de lente;		
2	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
Nº V.3- FACECTOMIA - Unilateral - com implante de lente;		
3	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
W - CIRURGIA GERAL ELETIVA INCLUINDO: CIRURGIÃO, AUXILIAR DE CIRURGIA, ANESTESISTA, CONSULTA PRÉ E PÓS CIRURGICA E ANESTESICA (SE NECESSÁRIO), INTERNAÇÃO DE ATÉ 72HS, CASO HAJA COMPLICAÇÃO O HOSPITAL DEVE ACOMPANHAR O PACIENTE QUANTAS VEZES FOR NECESSÁRIO. NÃO INCLUI RISCO CIRURGICO		
Nº	DESCRIÇÃO	
1	APENDICECTOMIA	R\$ 829,24
2	BARTOLINECTOMIA (achei Marsupialização de glândula de bartolin)	R\$ 449,36
3	COLEDOCOMIA COM OU SEM COLECISTECTOMIA	R\$ 1.234,82
4	FISTULECTOMIA OU FISTULOTOMIA ANAL	R\$ 508,24
5	HEMORROIDECTOMIA	R\$ 631,88
6	COLECISTECTOMIA	R\$ 1.391,54
7	COLECISTECTOMIA A VIDEO	R\$ 1.386,10
8	COLPOPERINEOPLASTIA ANT E POST	R\$ 944,86
9	CURETAGEM POS ABORTO	R\$ 359,24
10	CURETAGEM SEMIOTICA (achei c/ou s/ dilatação do colo do útero)	R\$ 334,84
11	POSTECTOMIA	R\$ 876,48
12	ORQUIOPEXIA UNILATERAL	R\$ 720,14
13	OOFORECTOMIA UNILATERAL OU BILATERAL	R\$ 1.019,72
14	MIOMECTOMIA	R\$ 1.057,88
15	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	R\$ 869,98
16	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA BILATERAL	R\$ 1.119,74
17	HERNIOPLASTIA INGUINAL BILATERAL	R\$ 852,04
18	HERNIOPLASTIA INCISIONAL BILATERAL	R\$ 1.079,84
19	HERNIOPLASTIA CRURAL BILATERAL	R\$ 852,04
20	HERNIOPLASTIA CRURAL UNILATERAL	R\$ 891,02

21	HERNIOPLASTIA INGUINAL UNILATERAL	R\$ 891,02
22	HERNIOPLASTIA INCISIONAL UNILATERAL	R\$ 1.079,84
23	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA UNILATERAL (obs não fala se é uni ou bilateral)	R\$ 1.119,74
24	HISTERECTOMIA TOTAL	R\$ 1.268,06
25	SALPINGECTOMIA (LAQUEADURA TUBARIA)	R\$ 931,18
26	HIPERTROFIA PEQUENOS LABIOS (achei com nome de tratamento na frente)	R\$ 238,70
27	EXERESE DE CISTO EPIDIDIMO	R\$ 492,18
28	TRATAMENTO CIRURGICO DA HIDROCELE	R\$ 513,94
29	TRATAMENTO CIRURGICO DA CISTOCELE	R\$ 745,08
30	TRATAMENTO CIRURGICO DA VARICOCELE	R\$ 515,12
31	TRATAMENTO DE VARIZES UNILATERAL (CADA PERNA)	R\$ 966,74
32	VASECTOMIA	R\$ 612,94
33	PARTO CESARIA ENFERMARIA	R\$ 1.091,46
34	PARTO NORMAL	R\$ 886,80
35	EXERESE DE CISTO TIREOGLOSSO	R\$ 960,12
*Parto cesárea e normal inclui pediatra		
W.1 - CIRURGIA ORTOPEDICA ELETIVA (MÃO) INCLUINDO: CIRURGIÃO, AUXILIAR DE CIRURGIA, ANESTESISTA, CONSULTA PRÉ E PÓS CIRURGICA E ANESTESICA (SE NECESSÁRIO), INTERNAÇÃO DE ATÉ 72HS, CASO HAJA COMPLICAÇÃO O HOSPITAL DEVE ACOMPANHAR O PACIENTE QUANTAS VEZES FOR NECESSÁRIO. NÃO INCLUI RISCO CIRURGICO.		
Nº	DESCRIÇÃO	
1	ABSCESSO MÃO E DEDOS	R\$ 446,62
2	ABSCESSO DEDO	R\$ 446,62
3	AMPUTAÇÃO DE DEDO(CADA)	R\$ 488,60
4	RESSECÇÃO APONEUROSE PALMAR(DOENÇA DUPUYTREM)	R\$ 445,90
5	ARTRODESE INTERFALANGEANA(CADA)	R\$ 427,58
6	CAPSULECTOMIAS PEQUENAS ARTICULAÇÕES	R\$ 284,12
7	REGULARIZAÇÃO DE COTO DE AMPUTAÇÃO DEDOS (CADA)	R\$ 454,04
8	DEDO EM GATILHO(CADA)	R\$ 956,60
9	DEDO EM MARTELO(CADA)	R\$ 536,80
10	CISTO SINOVIAl DORSAL	R\$ 182,98
11	CISTO SINOVIAl VOLAR	R\$ 182,98
12	SINDROME DO TUNEL DO CARPO	R\$ 695,24
	*Com material incluso	
W.2 - CIRURGIA ORTOPEDICA ELETIVA (OMBRO) INCLUINDO: CIRURGIÃO, AUXILIAR DE CIRURGIA, ANESTESISTA, CONSULTA PRÉ E PÓS CIRURGICA E ANESTESICA (SE NECESSÁRIO), INTERNAÇÃO DE ATÉ 72HS, CASO HAJA COMPLICAÇÃO O HOSPITAL DEVE ACOMPANHAR O PACIENTE QUANTAS VEZES FOR NECESSÁRIO. NÃO INCLUI RISCO CIRURGICO.		
Nº	DESCRIÇÃO	
1	BURSECTOMIAS	R\$ 484,10
2	TENODESE CABO LONGO DO BICEPS	R\$ 408,18
3	INFILTRAÇÕES	R\$ 61,38
	*Com material incluso	
W.3 - CIRURGIA ORTOPEDICA ELETIVA (COTOVELO) INCLUINDO: CIRURGIÃO, AUXILIAR DE CIRURGIA, ANESTESISTA, CONSULTA PRÉ E PÓS CIRURGICA E ANESTESICA (SE NECESSÁRIO), INTERNAÇÃO DE ATÉ 72HS, CASO HAJA COMPLICAÇÃO O HOSPITAL DEVE ACOMPANHAR O PACIENTE QUANTAS VEZES FOR NECESSÁRIO. NÃO INCLUI RISCO CIRURGICO.		

Nº	DESCRIÇÃO	
1	INFILTRAÇÕES	R\$ 61,38
	*Com material incluso	
W.4 - CIRURGIA ORTOPEDICA ELETIVA (JOELHO) INCLUINDO: CIRURGIÃO, AUXILIAR DE CIRURGIA, ANESTESISTA, CONSULTA PRÉ E PÓS CIRURGICA E ANESTESICA (SE NECESSÁRIO), INTERNAÇÃO DE ATÉ 72HS, CASO HAJA COMPLICAÇÃO O HOSPITAL DEVE ACOMPANHAR O PACIENTE QUANTAS VEZES FOR NECESSÁRIO. NÃO INCLUI RISCO CIRURGICO.		
Nº	DESCRIÇÃO	
1	INFILTRAÇÕES	R\$ 61,38
2	REPARO CIRURGICO TENDAO PATELAR	R\$ 3.204,36
3	REPARO CIRURGICO TENDAO QUADRICEPS	R\$ 3.204,36
4	SINOVECTOMIA ARTROSCOPICA	R\$ 61,38
	*Com material incluso	
W.5 - CIRURGIA ORTOPEDICA ELETIVA (PÉ) INCLUINDO: CIRURGIÃO, AUXILIAR DE CIRURGIA, ANESTESISTA, CONSULTA PRÉ E PÓS CIRURGICA E ANESTESICA (SE NECESSÁRIO), INTERNAÇÃO DE ATÉ 72HS, CASO HAJA COMPLICAÇÃO O HOSPITAL DEVE ACOMPANHAR O PACIENTE QUANTAS VEZES FOR NECESSÁRIO. NÃO INCLUI RISCO CIRURGICO.		
Nº	DESCRIÇÃO	
1	AMPUTAÇÃO DE DEDO (CADA)	R\$ 676,06
2	CISTOS SINOVIAS	R\$ 182,98
3	RECONSTRUÇÃO TENDAO DE AQUILES	R\$ 411,82
	*Com material incluso	
Nº	X- SERVIÇOS DE OFTALMOLOGIA MÓVEL	
1	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA COM EXAME DE FUNDO DE OLHO E TONOMETRIA	R\$ 40,00
2	ANGIOGRAFIA/RETINOGRAFIA FLUORESCENTE	R\$ 185,00
3	BIOMETRIA ULTRASSONICA (MONOCULAR)	R\$ 54,00
4	CAMPO VISUAL OU CAMPIMETRIA (MONO)	R\$ 60,00
5	CERATOSCOPIA MONO	R\$ 70,00
6	CIRURGIA DE PTERÍGIO	R\$ 700,00
7	CURVA TENSIONAL DIÁRIA/ BI	R\$ 60,00
8	ECOGRAFIA/ULTRASSONOGRAMA	R\$ 40,50
9	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	X.1- UNIDADE MÓVEL E FIXA TEMPORÁRIA PARA PRESTAÇÃO DE PACOTE DE SERVIÇOS EM OFTALMOLOGIA	VALOR
01	LOTE Nº 01 - COM ÓCULOS: 1- Triagem; 2- Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico); 3- Consulta médica em atenção especializada – Oftalmologista; 4- Administração de medicamentos na atenção especial; 5- Tonometria; 6- Fundoscopia;	R\$ 353,50

	7- Potencial de acuidade visual;	
	8- Auto refratômetro;	
	9- Armação acetato e lente.	
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
Nº	Y - PROCEDIMENTOS EM PERIODONTIA (GENGIVA)	
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 SUPRAGENIVAL POR SEXTANTE	R\$ 73,00
06	RASPAGEM SUBIGENIVAL POR SEXTANTE	R\$ 103,76
07	RASPAGEM CORONO RADICULAR POR SEXTANTE	R\$ 94,16
Nº	Y.1 - PROCEDIMENTOS EM ENDODONTIA (CANAL)	
08	TRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR; COM 2 RAIOS X (INICIAL E FINAL)	R\$ 253,81
09	TRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE C/ TRÊS OU MAIS RAÍZES; COM 2 RAIOS X (INICIAL E FINAL)	R\$ 309,83
10	TRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR; COM 2 RAIOS X (INICIAL E FINAL)	R\$ 195,13
11	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR; COM 2 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	SELAAMENTO 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	Y.2 - PROCEDIMENTO CIRÚRGICO	
21	BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR;	R\$ 100,07
22	BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE;	R\$ 126,32
23	BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA;	R\$ 100,07

24	CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM;	R\$ 156,13
25	OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVEOLO DENTÁRIAS;	R\$ 125,45
26	REDUÇÃO DE FRATURA ALVEOLO-DENTÁRIA SEM OSTEOSSÍNTESE;	R\$ 201,37
27	RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA/ DENTÁRIA;	R\$ 299,00
28	RECONSTRUÇÃO PARCIAL DO LÁBIO TRAUMATIZADO;	R\$ 156,07
29	EXCISÃO DE CÁLCULO DE GLÂNDULA SALIVAR;	R\$175,93
30	EXERESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO ODONTOGÊNICO;	R\$ 167,93
31	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA INTRA/ EXTRA-ORAL;	R\$ 197,00
32	SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR	R\$ 197,00
33	DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS;	R\$ 84,37
34	EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR;	R\$ 266,59
35	EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA;	R\$ 266,59
36	EXCISÃO EM CUNHA DO LÁBIO;	R\$ 167,92
37	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DOS OSSOS DA FACE;	R\$ 265,38
38	RETIRADA DE MEIOS DE FIXAÇÃO MAXILOMANDIBULAR	R\$ 136,00
39	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA OROSINUSAL/ ORO-NASAL	R\$ 235,50
40	APICECTOMIA S/ OBTURAÇÃO RETROGRADA;	R\$ 210,37
41	APICECTOMIA C/ OU S/ OBTURAÇÃO RETROGRADA;	R\$ 250,12
42	APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO ORAL (POR SEXTANTE);	R\$ 270,11
43	ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA INTRABUCAL;	R\$ 154,75
44	EXODONTIA MULTIPLA C/ ALVEOLO-PLASTIA POR SEXTANTE;	R\$ 174,86
45	MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS;	R\$ 167,92
46	REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO);	R\$ 236,98
47	REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO); COM 2 RAIOS X (INICIAL E FINAL)	R\$ 276,60
48	REMOÇÃO DE TÓRUS E EXOSTOSES;	R\$ 165,05
49	TRATAMENTO CIRÚRGICO P/ TRACIONAMENTO DENTAL	R\$ 210,00
50	EXODONTIA SIMPLES DE DENTE DECIDUO	R\$ 53,36
51	EXODONTIA SIMPLES DE DENTE PERMANENTE	R\$ 86,06
52	EXODONTIA A RETALHO	R\$ 101,10
53	EXODONTIA RESTO RADICULAR	R\$ 98,77
54	FRENECTOMIA/FRENOTOMIA LABIAL OU LINGUAL	R\$ 115,50
55	TRATAMENTO DE ALVEOLITE	R\$ 59,70
56	ULOTOMIA/ULECTOMIA	R\$ 56,87
57	AUMENTO DE COROA CLÍNICA (POR ELEMENTO DENTAL)	R\$ 170,32
58	COLAGEM DE FRAGMENTO DENTÁRIO (POR ELEMENTO DENTAL)	R\$ 86,23
59	REDUÇÃO SIMPLES DE LUXAÇÃO DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR	R\$ 106,92
60	CONTROLE DE HEMORRAGIA COM OU SEM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	R\$ 65,55
61	REMOÇÃO DE CUNHA PROXIMAL OU DISTAL	R\$ 118,05
62	REMOÇÃO DE DENTE EXTRA-NUMERÁRIO	R\$ 123,17
63	TRATAMENTO DE NEURALGIAS FACIAIS	R\$ 51,58
64	CORREÇÃO CIRÚRGICA 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	Y.3 - PROCEDIMENTO PROTESE	
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	Y.4 - PROCEDIMENTO EM ORTODONTIA	
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	Y.5 - PROCEDIMENTO CLINICO	
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	Y.6 - PROCEDIMENTO EM ODONTOPEDIATRIA/PREVENÇÃO	
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	Y.7 - PROCEDIMENTO RADIOLOGICO	
116	RADIOGRAFIA PERIAPICAL OU INTERPROXIMAL	R\$ 10,79
117	RADIOGRAFIA OCLUSAL	R\$ 30,92
118	RADIOGRAFIA DA ATM	R\$ 56,85
119	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	R\$ 48,62
120	LEVANTAMENTO RADIOGRAFICO (PERIAPICAL COMPLETA)	R\$ 117,68
Nº	Z - EXAMES LABORATORIAIS	
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	ALÉRGICO ESPECIFICO	R\$ 20,00
6	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$ 3,70
7	ANTIBIOGRAMA	R\$ 4,98
8	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	R\$ 13,33
9	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	R\$ 13,33
10	ANTIGLIADINA IGA	R\$ 30,40
11	ANTI-BETA 2 GLICOPROTEINA IgG/IgM	R\$ 125,00
12	ANTI Ccp (anti-citulina)	R\$ 50,00
13	ANTI COAGULANTE LUPICO	R\$ 110,00
14	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	R\$ 4,20
15	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	R\$ 4,20
16	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	R\$ 4,20
17	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	R\$ 2,80
18	BNP	R\$ 120,00
19	C-ANCA	R\$ 55,00
20	CA-15	R\$ 19,00
21	CA-19	R\$ 19,00
22	CALCIURIA 24HS	R\$ 8,37
23	CALPROCTINA FECAL	R\$ 125,00
24	CAPROTEINA	R\$ 120,00
25	CAPROCULTURA	R\$ 31,00
26	CHAGAS IGG	R\$ 15,00
27	CHAGAS IGM	R\$ 15,00
28	CHIKUNGUNHA	R\$ 210,00
29	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	R\$ 4,33
30	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	R\$ 4,33
31	CITOQUIMICA HEMATOLOGICA	R\$ 6,48
32	CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 3,51
33	CLEARANCE DE FOSFATO	R\$ 3,51
34	CLEARANCE DE UREIA	R\$ 3,51
35	CLEARANCE OSMOLAR	R\$ 3,51
36	COAGULOGRAMA	R\$ 13,50

37	CONTAGEM DE ADDIS	R\$ 2,04
38	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	R\$ 15,00
39	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	R\$ 15,00
40	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	R\$ 15,00
41	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 2,73
42	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$ 2,73
43	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89
44	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89
45	CULTURA FEZES + TSA	R\$ 16,00
46	CULTURA FUNGOS + TSA	R\$ 70,00
47	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$ 5,62
48	CULTURA DO LEITE HUMANO (POS-PASTEURIZAÇÃO)	R\$ 5,62
49	CULTURA P/ HERPESVIRUS	R\$ 4,33
50	CULTURA PARA BAAR	R\$ 5,63
51	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	R\$ 10,25
52	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	R\$ 4,19
53	DETECCAO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)	R\$ 65,00
54	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	R\$ 96,00
55	DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 8,80
56	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE	R\$ 66,00
57	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)	R\$ 66,00
58	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA	R\$ 66,00
59	DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)	R\$ 66,00
60	DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS	R\$ 10,65
61	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	R\$ 6,00
62	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 180,00
63	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS(C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 160,00
64	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 160,00
65	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	R\$ 9,25
66	DETERMINAÇÃO DE CREMATÓCRITO NO LEITE HUMANO ORDENHADO	R\$ 1,53
67	DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS	R\$ 15,65
68	DETERMINACAO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR	R\$ 2,73
69	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	R\$ 3,63
70	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (5 DOSAGENS)	R\$ 6,55
71	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)	R\$ 3,68
72	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	R\$ 10,00
73	DETERMINACAO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)	R\$ 2,73
74	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	R\$ 2,83
75	DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NOLIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 6,56
76	DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE	R\$ 12,54
77	DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE	R\$ 3,70
78	DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE	R\$ 3,51
79	DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3	R\$ 12,54

80	DETERMINACAO DE SULFO-HEMOGLOBINA	R\$ 2,73
81	DETERMINACAO DE T3 REVERSO	R\$ 14,69
82	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	R\$ 2,73
83	DETERMINACAO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	R\$ 2,73
84	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	R\$ 9,00
85	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	R\$ 2,73
86	DETERMINACAO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS	R\$ 5,79
87	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA	R\$ 2,85
88	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$ 5,77
89	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 2,73
90	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTACAO (VHS)	R\$ 2,73
91	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,37
92	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 9,25
93	DIMERO D	R\$ 40,00
94	DOSAGEM DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SANGUE EM PAPEL DE FILTRO	R\$ 5,50
95	DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO	R\$ 17,16
96	DOSAGEM DE 17 HIDROXI PROGESTERONA EM PAPEL DE FILTRO	R\$ 8,00
97	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	R\$ 10,20
98	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	R\$ 6,72
99	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	R\$ 6,72
100	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$ 15,24
101	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	R\$ 3,51
102	DOSAGEM DE ACETONA	R\$ 1,85
103	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	R\$ 6,72
104	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	R\$ 2,01
105	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	R\$ 2,06
106	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	R\$ 2,23
107	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	R\$ 3,68
108	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	R\$ 2,04
109	DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$ 1,85
110	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	R\$ 15,65
111	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO	R\$ 9,00
112	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R\$ 14,12
113	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	R\$ 3,51
114	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	R\$ 2,01
115	DOSAGEM DE ALDOLASE	R\$ 3,68
116	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	R\$ 11,89
117	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	R\$ 3,68
118	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	R\$ 3,68
119	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	R\$ 3,68
120	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R\$ 15,06
121	DOSAGEM DE ALUMINIO	R\$ 27,50
122	DOSAGEM DE ANTICORPO ANTILÚPICO	R\$ 40,00
123	DOSAGEM DE AMILASE	R\$ 2,25
124	DOSAGEM DE AMINOGLICOSÍDEOS	R\$ 10,00
125	DOSAGEM DE AMONIA	R\$ 3,51
126	DOSAGEM DE AMP CICLICO	R\$ 12,01

127	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	R\$ 11,53
128	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	R\$ 10,00
129	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	R\$ 4,11
130	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINASE RECOMBINANTE HUMANO IGA	R\$ 18,55
131	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	R\$ 10,00
132	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$ 16,42
133	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	R\$ 6,48
134	DOSAGEM DE BARBITURATOS	R\$ 13,13
135	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	R\$ 13,48
136	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	R\$ 13,55
137	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$ 2,01
138	DOSAGEM DE CADMIO	R\$ 6,55
139	DOSAGEM DE CALCIO	R\$ 1,85
140	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	R\$ 3,51
141	DOSAGEM DE CALCITONINA	R\$ 14,38
142	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	R\$ 17,53
143	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	R\$ 4,11
144	DOSAGEM DE CAROTENO	R\$ 2,01
145	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	R\$ 3,68
146	DOSAGEM DE CHUMBO	R\$ 8,83
147	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	R\$ 58,61
148	DOSAGEM DE CITRATO	R\$ 2,01
149	DOSAGEM DE CLORETO	R\$ 1,85
150	DOSAGEM DE CLORETO NO SUOR	R\$ 150,00
151	DOSAGEM DE COBRE	R\$ 3,51
152	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$ 3,51
153	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$ 3,51
154	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$ 1,85
155	DOSAGEM DE COLINESTERASE	R\$ 3,68
156	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$ 17,16
157	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	R\$ 17,16
158	DOSAGEM DE CORTISOL	R\$ 9,86
159	DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 1,85
160	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 1,89
161	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 3,68
162	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$ 4,12
163	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	R\$ 2,83
164	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$ 11,25
165	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	R\$ 3,51
166	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	R\$ 3,51
167	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	R\$ 3,68
168	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	R\$ 3,68
169	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	R\$ 8,97
170	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R\$ 11,71
171	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	R\$ 1,65
172	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$ 10,15
173	DOSAGEM DE ESTRIOL	R\$ 11,55
174	DOSAGEM DE ESTRONA	R\$ 11,12

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

223	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 8,97
224	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$ 8,96
225	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R\$ 17,16
226	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$ 9,25
227	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$ 17,16
228	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	R\$ 9,25
229	DOSAGEM DE INSULINA	R\$ 10,17
230	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	R\$ 3,51
231	DOSAGEM DE LACTATO	R\$ 3,68
232	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	R\$ 3,51
233	DOSAGEM DE LIPASE	R\$ 2,25
234	DOSAGEM DE LITIO	R\$ 2,25
235	DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$ 2,01
236	DOSAGEM DE MERCURIO	R\$ 2,04
237	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	R\$ 10,00
238	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	R\$ 4,11
239	DOSAGEM DE METOTREXATO	R\$ 10,00
240	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 8,12
241	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	R\$ 2,01
242	DOSAGEM DE HOMOCISTEINA NO SANGUE	R\$ 50,00
243	DOSAGEM DE OXALATO	R\$ 3,68
244	DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$ 43,13
245	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R\$ 15,35
246	DOSAGEM DE PIRUVATO	R\$ 3,68
247	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	R\$ 4,11
248	DOSAGEM DE PORFIRINAS	R\$ 3,51
249	DOSAGEM DE POTASSIO	R\$ 1,85
250	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$ 10,22
251	DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$ 10,15
252	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 2,83
253	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$ 2,04
254	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
255	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	R\$ 1,40
256	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$ 1,85
257	DOSAGEM DE QUINIDINA	R\$ 10,00
258	DOSAGEM DE RENINA	R\$ 13,19
259	DOSAGEM DE SALICILATOS	R\$ 2,01
260	DOSAGEM DE SODIO	R\$ 1,85
261	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	R\$ 15,35
262	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	R\$ 13,11
263	DOSAGEM DE SULFATOS	R\$ 3,51
264	DOSAGEM DE TEOFILINA	R\$ 15,65
265	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$ 10,43
266	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 13,11
267	DOSAGEM DE TIOCIANATO	R\$ 3,68
268	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$ 15,35
269	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$ 8,76
270	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 11,60
271	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$ 2,01

272	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$ 2,01
273	DOSAGEM DE TRACOLIMUS	R\$ 170,00
274	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$ 4,12
275	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$ 3,51
276	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 8,71
277	DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA	R\$ 5,50
278	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	R\$ 3,51
279	DOSAGEM DE TROPONINA	R\$ 9,00
280	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 13,20
281	DOSAGEM DE UREIA	R\$ 1,85
282	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$ 15,24
283	DOSAGEM DE ZINCO	R\$ 15,65
284	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	R\$ 13,35
285	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	R\$ 3,04
286	DOSAGEM QUANTITATIVA DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DESORO	R\$ 137,00
287	ELETOFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 5,41
288	ELETOFORESE DE LIPOPROTEINAS	R\$ 3,68
289	ELETOFORESE DE PROTEINAS	R\$ 4,42
290	ELETOFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR	R\$ 5,23
291	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	R\$ 2,73
292	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 6,56
293	ESPLENOGRAMA	R\$ 5,79
294	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	R\$ 1,89
295	EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)	R\$ 2,80
296	EXAME PARASITOLÓGICO (MIF)	R\$ 6,00
297	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	R\$ 3,70
298	FALCIZAÇÃO (TESTE AFOIÇAMENTO)	R\$ 4,50
299	FATOR V DE LEIDEN	R\$ 123,00
300	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	R\$ 10,65
301	FIBRINOGENO	R\$ 20,00
302	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE)	R\$ 22,00
303	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 298,48
304	HEMATOCRITO	R\$ 1,53
305	HEMOCULTURA	R\$ 11,49
306	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 4,11
307	HERPES IGG	R\$ 40,00
308	HERPES IGM	R\$ 40,00
309	HOMOCISTEINA	R\$ 2,04
310	INDICE DE SATURAÇÃO DE TRANSFERRINA	R\$ 5,00
311	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	R\$ 5,63
312	IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS	R\$ 10,65
313	IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	R\$ 1,65
314	IDENTIFICAÇÃO DE GLICÍDIOS URINÁRIOS POR CROMATOGRAFIA (CAMADA DELGADA)	R\$ 3,70
315	IMUNOELETOFORESE DE PROTEINAS	R\$ 17,16
316	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R\$ 80,00
317	LISTERIOSE	R\$ 17,80

318	LEUCOGRAMA	R\$ 2,73
319	MICOLOGICO DIRETO DE LESÃO	R\$ 21,00
320	MIELOGRAMA	R\$ 5,79
321	MUTAÇÃO DE GENE MTHFRT A1298C	R\$ 128,00
322	MUTAÇÃO DE GENE MTHFR C677T	R\$ 171,00
323	MUTAÇÃO DE GENE PROTROMBINA	R\$ 115,00
324	P-ANCA	R\$ 55,00
325	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	R\$ 4,33
326	PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA)	R\$ 3,70
327	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	R\$ 2,04
328	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	R\$ 3,70
329	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	R\$ 10,00
330	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	R\$ 10,00
331	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	R\$ 9,25
332	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	R\$ 10,00
333	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	R\$ 9,25
334	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	R\$ 3,70
335	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	R\$ 5,83
336	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	R\$ 10,00
337	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL	R\$ 17,16
338	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$ 8,67
339	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS	R\$ 9,25
340	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	R\$ 10,00
341	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	R\$ 9,70
342	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	R\$ 9,70
343	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTISTREPTOLISINA O (ASLO)	R\$ 2,83
344	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	R\$ 10,00
345	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	R\$ 10,00
346	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	R\$ 17,16
347	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	R\$ 85,00
348	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R\$ 10,00
349	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R\$ 22,00
350	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	R\$ 10,00
351	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	R\$ 17,16
352	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	R\$ 4,10
353	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	R\$ 5,50
354	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R\$ 17,16
355	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	R\$ 17,16
356	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	R\$ 17,16
357	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	R\$ 17,16
358	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO (FAN)	R\$ 17,16
359	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	R\$ 17,16
360	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	R\$ 10,00
361	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	R\$ 17,16
362	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	R\$ 5,74
363	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$ 17,16
364	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$ 18,55
365	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	R\$ 18,55
366	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R\$ 17,16

367	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$ 18,55
368	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	R\$ 18,55
369	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	R\$ 7,78
370	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII	R\$ 9,71
371	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$ 18,55
372	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	R\$ 18,55
373	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	R\$ 9,25
374	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS	R\$ 4,10
375	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCIAL RESPIRATORIO	R\$ 18,55
376	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	R\$ 17,16
377	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 2,83
378	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,00
379	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	R\$ 9,25
380	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$ 16,97
381	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 9,25
382	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R\$ 30,00
383	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55
384	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16
385	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 17,16
386	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 17,16
387	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 17,16
388	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	R\$ 18,55
389	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,61
390	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	R\$ 10,00
391	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$ 18,55
392	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 9,25
393	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$ 18,55
394	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R\$ 20,00
395	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55
396	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16
397	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 17,16
398	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 17,16
399	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 17,16
400	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO	R\$ 5,79
401	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC	R\$ 5,79
402	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO	R\$ 5,79
403	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R\$ 13,35
404	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$ 18,55
405	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	R\$ 18,55
406	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	R\$ 25,00

407	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	R\$ 2,80
408	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA	R\$ 2,04
409	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	R\$ 2,40
410	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	R\$ 1,89
411	PESQUISA DE CELULAS LE	R\$ 4,11
412	PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS	R\$ 1,89
413	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	R\$ 2,04
414	PESQUISA DE CLAMIDIA (POR CAPTURA HIBRIDA)	R\$ 60,00
415	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	R\$ 2,04
416	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	R\$ 2,73
417	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	R\$ 2,83
418	PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA	R\$ 1,89
419	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	R\$ 1,65
420	PESQUISA DE EOSINOFILOS	R\$ 1,65
421	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	R\$ 3,70
422	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)	R\$ 4,80
423	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	R\$ 4,33
424	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	R\$ 4,10
425	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1,37
426	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	R\$ 2,04
427	PESQUISA DE FILARIA	R\$ 2,73
428	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	R\$ 2,04
429	PESQUISA DE FUNGOS	R\$ 4,19
430	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	R\$ 3,36
432	PESQUISA DE GORDURA FECAL	R\$ 1,65
432	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	R\$ 2,80
433	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	R\$ 4,33
434	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	R\$ 2,73
435	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA	R\$ 10,00
436	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	R\$ 2,04
437	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	R\$ 9,25
438	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	R\$ 2,04
439	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	R\$ 1,65
440	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	R\$ 2,80
441	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	R\$ 1,65
442	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	R\$ 1,65
443	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	R\$ 12,15
444	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	R\$ 3,70
445	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO MUCOSA)	R\$ 1,65
446	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$ 1,65
447	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	R\$ 2,04
448	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	R\$ 4,44
449	PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
450	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	R\$ 10,25
451	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 7,00
452	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	R\$ 1,65
453	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	R\$ 2,04
454	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	R\$ 5,04
455	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	R\$ 2,73

456	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	R\$ 1,65
457	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	R\$ 1,65
458	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLOURESCENCIA)	R\$ 10,00
459	PESQUISA DE REFLUXO	R\$ 65,00
460	PROVA CONFIRMATÓRIA DA PRESENÇA DE MICRO-ORGANISMOS COLIFORMES	R\$ 5,62
461	PROVA DA D-XIOSE	R\$ 3,68
462	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	R\$ 4,11
463	PROVA DE DILUICAO (URINA)	R\$ 2,04
464	PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)	R\$ 9,70
465	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	R\$ 2,73
466	PROVA DO LACO	R\$ 2,73
467	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)	R\$ 1,89
468	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	R\$ 1,89
469	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	R\$ 1,77
470	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	R\$ 1,77
471	PROTEINA C FUNCIONAL	R\$ 75,00
472	PROTEINAS S	R\$ 115,00
473	PROTEINA S LIVRE	R\$ 161,63
474	PSA LIVRE/TOTAL	R\$ 20,00
475	PTH - PARATORMONIO	R\$ 30,00
476	QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1	R\$ 18,00
477	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 168,48
478	QUANTIFICAÇÃO/AMPLIFICAÇÃO DO HER-2	R\$ 120,00
479	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	R\$ 2,73
480	REACAO DE HEMAGLUTINACAO (TPHA) P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 4,10
481	REACAO DE MONTENEGRO ID	R\$ 2,83
482	REACAO DE PANDY	R\$ 1,89
483	REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
484	SOROLOGIA PARA DENGUE	R\$ 40,00
485	RT-PCR PARA CITOMEGALOVIRUS	R\$ 326,00
486	SHBG	R\$ 15,00
487	T3 LIVRE	R\$ 15,00
488	TESTE ALÉRGICO	R\$ 17,00
489	TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS	R\$12,00
490	TESTE DE CLEMENTS	R\$ 1,89
491	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	R\$ 12,01
492	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	R\$ 12,01
493	TESTE DE ESTIMULO DE LH E FSH APOS GONADORRELINA	R\$ 12,01
494	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	R\$ 12,01
495	TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL P/60 EM 4 AMOSTRAS	R\$ 4,69
496	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	R\$ 2,73
497	TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO	R\$ 4,69
498	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	R\$ 12,01
499	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE	R\$ 12,01
500	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS	R\$ 6,55
501	TESTE DE VDRL P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$ 2,83
502	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$ 2,73

503	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 20,00
504	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 18,00
505	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R\$ 2,73
506	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	R\$ 8,43
507	TESTE RT – PCR	R\$ 250,00
508	TESTE DE SUOR	R\$ 20,00
509	TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	R\$ 5,79
510	TIG (IMUNOLÓGICO GRAVIDEZ)	R\$ 7,50
511	TOTG	R\$ 25,70
512	TOTL	R\$ 33,37
513	TOXICOLÓGICO	R\$ 100,00
514	VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE	R\$ 2,83
515	VITAMINA A	R\$ 54,00
516	VITAMINA B	R\$ 89,00
517	VITAMINA C	R\$ 50,00
518	VITAMINA E	R\$ 57,00
519	VITAMINA K	R\$ 180,00
520	ZICA	R\$ 216,00
Nº	Z.1 - EXAMES DE CITÓLOGIA E PATÓLOGIA	
01	EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA	R\$ 13,72
02	IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS	R\$ 500,00
03	EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CERVICO-VAGINAL)	R\$ 20,96
04	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM LAMINA DE PAAF ATÉ 5 LAMINAS	R\$ 40,00

TABELA DE PREÇOS SERVIÇOS MÉDICOS - CIM POLO SUL -2018 – COM ALTERAÇÕES APROVADAS EM 17/03/2025

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	VALOR
----	-----------	------------	-------

		MEDIDA	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	R4 140,00

TABELA 11 – SÃO JOSÉ DO CALÇADO

Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
01	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA/ GENERALISTA	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	12 HORAS	R\$ 1.400,00

	GENERALISTA – FINAL DE SEMANA DIURNO		
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	12 HORAS	R\$ 1.200,00

	GENERALISTA – FINAL DE SEMANA NOTURNO		
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