

de Regulação para atualização do quadro clínico, solicitação de condutas (J15) e ajustes de recursos, se necessário.

8. Definição de Destino: O Médico Regulador coordena com a Rede de Urgência e Emergência (RUE) o destino do paciente, baseando-se no perfil clínico e na disponibilidade de leitos informada.

9. Transporte e Transferência de Cuidado: Condução do paciente ao destino definido, com passagem organizada das informações clínicas à equipe receptora e confirmação formal do recebimento.

10. Prontidão da Equipe: Consolidação do prontuário (registro J14/J15), marcação de indicadores de tempo, reposição de insumos e sinalização de "área livre" para novo atendimento.

CAPÍTULO III - DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 4º. As atribuições de Supervisão Assistencial anteriormente vinculadas as Supervisoras Assistenciais do Consórcio CIM Polo Sul ficam suprimidas, permanecendo apenas as supervisões Médica, de Enfermagem e Logística.

Art. 5º. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando todas as disposições em contrário.

Mimoso do Sul - ES, 29 de Dezembro de 2025.

Gedson Brandão Paulino

Presidente do CIM Polo Sul

Protocolo 1699033

Deliberação

ATA Nº. 07/2025 DA REUNIÃO ORDINÁRIA DA ASSEMBLEIA GERAL DO CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO SUL - CIM POLO SUL

Aos dezenove (19) dias do mês de dezembro (12) do ano de dois mil e vinte e cinco (2025), às onze horas (11:30h), no Racho do Chapéu em Iconha/ES, em segunda convocação, realizou-se a reunião ordinária da Assembleia Geral do Consórcio Público da Região Polo Sul, tendo como participantes os prefeitos dos municípios consorciados, secretários de saúde, administração e demais representantes municipais munidos com a devida procuração, 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 municipal 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 apreciação da Ata 06 da reunião da Assembleia Geral realizada no dia 05/08/2025, 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 da prestação de Contas do 1º e 2º Quadrimestre**

do ano de 2025 do CIM POLO SUL, SAÚDE FÁCIL, FARMÁCIA CIDADÃO e SAMU 192: A Superintendente Administrativa e Financeira do CIM POLO SUL, Sra. Katiuscia Scarpini Pavão, procedeu com a leitura do parecer do Conselho Fiscal, referente à prestação de contas do 1º e 2º quadrimestre de 2025 do CIM POLO SUL, SAÚDE FÁCIL/FARMÁCIA CIDADÃO e SAMU 192, o qual foi aprovado por unanimidade e o mesmo integra a presente Ata como Anexo I. **Item 02 - Apreciação das minutas dos contratos de rateio, programa, prestação de serviços e SAMU192 ad referendum:** Foi informado que as minutas do contrato de rateio, contrato de programa e contrato de prestação de serviços para o exercício 2026, foram enviadas, *ad referendum*, de forma antecipada a presente reunião, tendo em vista os prazos para tramitação dos processos nos municípios consorciados. Após os devidos esclarecimentos as minutas padronizadas do contrato de rateio, contrato de programa e contrato de prestação de serviços do CIM POLO SUL para o exercício 2026 foram aprovadas por unanimidade. **Item 03 - Apreciação do OFÍCIO SEMUS Nº 217/2025, assunto: Solicitação de Inclusão na Tabela de Preços de Serviços Médicos de Iconha/ES:** Foi apresentado a todos quanto à solicitação de inclusão de serviços na tabela de preços de serviços médicos de Iconha, através do OFÍCIO SEMUS Nº 217/2025. Durante a apreciação, foi esclarecido que cada município consorciado é responsável pelos valores dos serviços médicos, considerando a gestão individual de seus respectivos recursos. Após os devidos esclarecimentos, aprovada por unanimidade, deliberando-se a inclusão dos seguintes serviços: Serviço/Atividades realizadas por profissional médico generalista - Dia Festivo Diurno - 12 horas - R\$ 1.500,00, Serviço/Atividades realizadas por profissional médico generalista - Dia Festivo Noturno - 12 horas - R\$ 1.650,00 e Serviço/Atividades realizadas por profissional médico generalista - Dia Festivo - Hora - R\$ 140,00, compondo a presente ata como Anexo II. **Item 04 - Apreciação de relatório da Câmara Setorial de Compras Compartilhadas e Contratações:** Foi apresentado pela Superintendente Administrativa e Financeira do CIM POLO SUL, Srª Katiuscia Scarpini, o relatório atualizado contendo as licitações já concluídas e disponíveis para adesão/utilização pelos municípios consorciados, sendo aprovado por todos. **Item 05 - Apreciação dos relatórios de indicadores do SAMU 192:** Por meio de um vídeo Institucional foi apresentado os principais pontos referentes à avaliação de 1 (um) ano de gestão do SAMU 192 CIM Polo Sul, demonstrando os avanços alcançados no período, destacando, inicialmente, os números de atendimentos realizados, totalizando aproximadamente 19.000 (dezenove mil) ocorrências, evidenciando a relevância do serviço para a assistência pré-hospitalar de urgência e emergência nos municípios consorciados. Na sequência, foi apresentado os projetos institucionais desenvolvidos, com destaque para a criação do projeto "Samuzinho na Escola", voltado à educação em saúde e à conscientização de crianças e adolescentes sobre primeiros socorros e o uso adequado do serviço de urgência. Também foi ressaltada a implementação do projeto "SAMU na Comunidade", que tem como objetivo aproximar o serviço da população, promovendo ações educativas, preventivas e de orientação sobre atendimentos de urgência e emergência. Durante a apresentação, foi

ênfatisado ainda melhorias nos processos administrativos, operacionais e assistenciais, bem como o fortalecimento das práticas de transparência na administração do projeto, garantindo maior controle, eficiência e responsabilidade na aplicação dos recursos públicos, após a gestão direta dos serviços do SAMU 192 assumidos pelo CIM POLO SUL, sendo tomadas a seguir as seguintes deliberações: **Item 5.1: Apreciação fluxograma de atendimentos SAMU 192:** A Superintendente do CIM POLO SUL, Sr^a Katiúscia Scarpini, fez uso da palavra para esclarecer acerca do fluxograma de atendimentos dos serviços do SAMU 192, informando que a responsabilidade pelo deslocamento das viaturas (VTRs) é exclusiva da Central de Regulação, não competindo à equipe técnica do CIM POLO SUL, tampouco à sua gerência, qualquer ingerência ou poder deliberativo quanto à definição ou autorização dessas demandas. Esclareceu, ainda, que as solicitações de transferências primárias e secundárias são de responsabilidade dos médicos plantonistas das unidades de referência, em conjunto com os médicos reguladores da Central de Regulação, serviço este sob responsabilidade da Santa Casa de Misericórdia de Vitória/ES, contratualizada pela Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo - SESA. Após os devidos esclarecimentos, foi aprovado que o CIM POLO SUL proceda à publicação de Resolução específica para formalização do fluxograma referenciado de atendimentos do SAMU 192; **Item 5.2: Extinção de Cargo de Gerência e Alteração de nomenclatura do cargo de coordenador operacional:** Foi informado aos presentes acerca da necessidade de extinção do cargo de Gerente do Projeto SAMU 192, tendo em vista a redução de despesas com a folha de pagamento, observando-se os princípios da economicidade e da eficiência administrativa. Na mesma oportunidade, foi apresentada a proposta de alteração da nomenclatura do cargo de Coordenador Operacional para Coordenador Operacional e Administrativo, permanecendo inalterados o salário e a carga horária, nos mesmos parâmetros do cargo de Coordenador já previsto no organograma do CIM POLO SUL, sendo aprovado por unanimidade. **Item 5.3: Encaminhamento OF/SESA/ASSERAS/GEREH/NERUE Nº. 269/2025:** Foi dado conhecimento aos presentes acerca do Ofício OF/SESA/ASSERAS/GEREH/NERUE nº 269/2025, recebido por este Consórcio, cujo assunto trata de esclarecimentos sobre as demandas de solicitação de ambulância do SAMU 192 para atendimento de eventos particulares ou municipais. Ficou deliberado que a equipe técnica do CIM POLO SUL ficará responsável pelo encaminhamento do referido ofício aos municípios consorciados, para ampla ciência e observância das orientações nele contidas, sendo aprovado por todos. Nada mais havendo a tratar no âmbito deste item da pauta, foi concedida a palavra ao Sr. Gleikison Barbosa, Subsecretário Estadual de Contratualização, no qual foi destacada a relevância estratégica do projeto para todo o sul do Estado, enfatizando seu impacto positivo na ampliação e qualificação da assistência em urgência e emergência. Na oportunidade, o Subsecretário manifestou apoio integral à iniciativa, reafirmando o compromisso do Governo do Estado e informando, ainda, a previsão de entrega de 04 (quatro) novas ambulâncias a partir do mês de janeiro, como forma de fortalecimento da rede regional do SAMU 192, gerido através do CIM POLO SUL. **Item 06 - Apreciação da**

Ratificação da repactuação do valor de R\$ 8,00 per capita Contrato de Programa Micropolo Caparaó referente ao exercício de 2026: Procedeu-se à apreciação da ratificação pelos prefeitos municipais da repactuação do valor de R\$ 8,00 (oito reais) per capita, referente ao Contrato de Programa do Micropolo Caparaó, para o exercício de 2026, com base na deliberação da Reunião do Colegiado de Gestores do Micropolo Caparaó, realizada em 17 de julho de 2025, e em conformidade com a Resolução CIR-SUL nº 037/2025, de 02 de dezembro de 2025. Na ocasião, a Gerente da Unidade, Sra. Juliana de Paula, ressaltou que a proposta foi fundamentada na análise dos valores atualmente praticados e na necessidade de sua atualização. A proposta considerou a demanda existente, o crescimento dos custos operacionais, bem como a necessidade de adoção de estratégias para a adequação financeira e orçamentária do Micropolo Caparaó, com foco na priorização dos serviços essenciais dentro do limite do recurso disponível, além da possibilidade de ampliação da oferta de serviços para o exercício de 2026. Após ampla discussão entre os membros presentes, foi aprovada por unanimidade a repactuação do valor per capita, passando do montante de R\$ 6,30 (seis reais e trinta centavos), já executado, para R\$ 8,00 (oito reais) per capita, para o Contrato de Programa a ser celebrado entre os municípios do Micropolo Caparaó e o CIM POLO SUL/SAÚDE FÁCIL, referente ao exercício de 2026. **Item 6.1 - Três anos do Micropolo Caparaó:** A Gerente do Micropolo Caparaó, Sr^a Juliana de Paula, destacou que ao longo de seus três anos de atuação, o Micropolo Caparaó consolidou-se como uma importante estratégia regional de fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde, promovendo a ampliação do acesso, a qualificação dos serviços e a otimização dos recursos públicos. Nesse período, o Micropolo foi selecionado para apresentar a "Experiência do Microssistema de Saúde Caparaó", evidenciando as boas práticas desenvolvidas na região e os resultados alcançados na organização da atenção à saúde no congresso Internacional da Rede Unida. Os investimentos realizados totalizaram recursos provenientes das três esferas de governo, sendo R\$ 8.056.219,93 (oito milhões, cinquenta e seis mil, duzentos e dezenove reais e noventa e três centavos) oriundos da Secretaria de Estado da Saúde (SESA), R\$ 2.889.209,82 (dois milhões, oitocentos e oitenta e nove mil, duzentos e nove reais e oitenta e dois centavos) provenientes dos municípios consorciados e R\$ 3.814.869,99 (três milhões, oitocentos e quatorze mil, oitocentos e sessenta e nove reais e noventa e nove centavos) de recursos federais, demonstrando o compromisso compartilhado com o fortalecimento do Micropolo. Como resultado desses investimentos, foram ofertados 97.327 (noventa e sete mil e trezentos e vinte e sete) procedimentos, incluindo 41.568 (quarenta e um mil e quinhentos e sessenta e oito) consultas e 55.759 (cinquenta e cinco mil e setecentos e cinquenta e nove) exames, ampliando de forma significativa a resolutividade e a assistência especializada à população dos municípios integrantes. No âmbito da governança e da organização regional, destaca-se a implantação do Grupo Técnico de Referências Municipais e do Colegiado de Gestores do Micropolo Caparaó, instâncias fundamentais para o planejamento, a pactuação e o acompanhamento das ações desenvolvidas. Ressalta-se, ainda, que os municípios

que compõem o Micropolo Caparaó apresentaram, nos últimos meses, a menor taxa de absenteísmo, refletindo a eficiência da regulação, o compromisso da gestão e a adesão dos usuários aos serviços ofertados. Diante dos resultados alcançados, o Micropolo Caparaó consolidou-se como referência estadual em Micropolos de Saúde, tornando-se um case de sucesso na organização regional da atenção à saúde. **Item 07 - Outros Assuntos: Item 7.1: Aprovação de abono natalino vale alimentação ad referendum:** Foi submetida à apreciação da Assembleia Geral a ratificação da aprovação ad referendum do Presidente, referente à concessão de abono natalino, creditado de forma excepcional no vale-alimentação dos empregados do Consórcio. A decisão foi formalizada por meio da PORTARIA CIM POLO SUL Nº. 47 - R DE 16 DE DEZEMBRO DE 2025 expedida pela Presidência, devidamente publicada, considerando a necessidade de garantir a tempestividade do benefício em razão do período de final de exercício e recesso administrativo, bem como a existência de disponibilidade orçamentária e financeira. Após os esclarecimentos apresentados, foi aprovado por unanimidade. **Item 7.2: Ratificação da utilização IRPF conforme deliberações anteriores:** Procedeu-se à ratificação das deliberações anteriormente aprovadas quanto à utilização dos valores relativos ao Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF) incidente sobre a folha de pagamento, os quais permanecerão como receita do CIM POLO SUL, sendo aplicados conforme as deliberações e aprovações ocorridas nas reuniões realizadas em 30 de janeiro de 2024 e 21 de junho de 2024, observada a reversão dos valores de acordo com o desconto individual correspondente. **Item 7.3: Apreciação do relatório dos contratos de prestação de serviços/programa:** A Superintendente do CIM POLO SUL procedeu à apresentação do relatório dos contratos de programa referentes aos serviços de merenda escolar, medicina do trabalho, sistema de gestão (RG System) e SAMU 192, no qual foram demonstrados os débitos existentes por parte dos municípios consorciados. Foi informado que o Presidente do CIM POLO SUL adotou as providências cabíveis, tendo realizado as devidas notificações aos entes inadimplentes, com vistas à regularização dos valores pendentes. Destacou-se, ainda, a preocupação da Superintendência quanto ao fato de que a não quitação dos débitos poderá acarretar o encerramento do exercício financeiro de 2025 com restos a pagar, sendo tais obrigações de responsabilidade solidária dos entes consorciados, nos termos da legislação aplicável. **Item 7.4: Inclusão do procedimento eletrocardiograma na TVSP do CIM POLO SUL:** Foi informado aos presentes acerca do pedido de retorno do procedimento de eletrocardiograma no âmbito da TVSP do CIM POLO SUL, com valor unitário fixado em R\$ 20,00 (vinte reais), conforme valores anteriormente praticados, sendo aprovada por unanimidade, compondo a presente ata como Anexo II. **Item 7.5: Resolução Perdas Salarias:** Foi apresentado a resolução 02/2024 da Assembleia Geral que Autoriza as perdas salariais dos empregados do CIM POLO SUL, REDE CUIDAR, FARMÁCIA CIDADÃ E SAMU 192 do Consórcio Público da Região Polo Sul - CIM POLO SUL bem como dispõe sobre outras providências, sendo apreciada e ratificada por

todos quanto a fixação do mês de Janeiro de cada ano, a data base para reposições das perdas salariais no percentual do índice de preço ao consumidor amplo - IPCA, para o exercício financeiro 2026. **Item 7.6: Apreciação da proposta do calendário de reuniões dos órgãos colegiados do CIM POLO SUL para o ano de 2026:** Foi apresentada a proposta do calendário de reuniões dos órgãos colegiados do CIM POLO SUL para o ano de 2026. Após os devidos esclarecimentos, a proposta apresentada de calendário de reuniões para o ano de 2026 foi aprovada por unanimidade o qual integra a presente ata como Anexo III. Nada mais havendo a tratar, o presidente do consórcio, Sr. Gedson Brandão Paulino, prefeito de Iconha, declarou encerrada a reunião às 13h05min, e eu, Kátiuscia Scarpini Pavão, Superintendente Administrativa e Financeira, lavrei a presente Ata que vai assinada por mim, pelo presidente do CIM POLO SUL, pela gerente do projeto Saúde Fácil.

Gedson Brandão Paulino
Presidente do CIM POLO SUL

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

Juliana De Paula
Gerente de Projeto Saúde Fácil
ANEXO I

CONSELHO FISCAL DO CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLO SUL - CIM POLO SUL/ES
PARECER Nº 02 DE 16 DE OUTUBRO DE 2025

O Conselho Fiscal do Consórcio Público da Região Polo Sul - CIM POLO SUL/ES, no cumprimento de suas atribuições previstas no Estatuto do Consórcio, reuniu-se no dia 16 (dezesseis) de outubro de 2025, por meio de webconferência, com a finalidade de apreciar a Prestação de Contas referente ao primeiro e segundo quadrimestres de 2025 do CIM POLO SUL, SAÚDE FÁCIL/FARMÁCIA CIDADÃ e SAMU 192. As referidas prestações de contas foram encaminhadas a todos os membros do Conselho Fiscal no dia 03 de outubro de 2025, por meio eletrônico, possibilitando a análise prévia e a realização da reunião de forma virtual. Foram anexados à documentação os relatórios contábeis, os relatórios de repasses previstos x realizados referentes aos Contratos de Rateio dos 25 (vinte e cinco) municípios consorciados do período de janeiro a agosto de 2025, o relatório gerencial do faturamento mensal dos prestadores de saúde x municípios consorciados, as notas fiscais de todos os prestadores de serviços do período analisado, bem como os resumos das folhas de pagamento de todos os empregados do CIM POLO SUL, SAÚDE FÁCIL/FARMÁCIA CIDADÃ e SAMU 192. Após os devidos esclarecimentos prestados pelo Sr. Wissam Mariano Jadalla, representante da empresa WM Jadalla Contabilidade Ltda., responsável pelos serviços contábeis do CIM POLO SUL, e pelo Gerente Financeiro, Sr. Alan Rodrigues Gonçalves, acerca das contas do período em análise, os membros do Conselho Fiscal deliberaram pela regularidade das contas apresentadas, referentes ao primeiro e segundo quadrimestres do exercício financeiro de

2025. Dessa forma, o Conselho Fiscal recomenda a aprovação da referida prestação de contas pela Assembleia Geral do CIM POLO SUL/ES.

Mimoso do Sul - ES, 16 de outubro de 2025.

Sr Roclison Gonçalves Costa

Vice Presidente do Conselho Fiscal

Secretário de Saúde de Iconha/ES

ANEXO II

TVSP - Tabela de Valores de Serviços e Procedimentos de Saúde do CIM POLO SUL, aprovada na Reunião Ordinária da Assembleia Geral, do dia 19/12/2025

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	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:	
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 (MAXIMO DE 2)	R\$ 69,43
3	CONSULTA DE CONDICIONAMENTO DE PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS ADULTO E PEDIATRICO (MÁXIMO 2)	R\$ 95,03
4	CONSULTA DE ATM	R\$ 90,20
Nº	D - DIAGNOSTICO 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 CÔRNEA	R\$ 60,00
10	OCT - TOMOGRAFIA COERENCIA OPTICA	R \$ 200,00
11	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA / CORNEANA	R\$ 60,00
12	PAM - TESTE ACUIDADE VISUAL	R\$ 27,00
13	MAPEAMENTO DE RETINA OU FUNDO DO OLHO	R\$ 43,20
14	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA	R\$ 84,50
15	RETINOGRAFIA COLORIDA POR OLHO	R\$ 39,88
16	CURVA TENSIONAL	R\$ 60,00
17	DACRIOCISTOGRAFIA (VIAS LACRIMAIS)	R \$ 130,00
Nº	E - DIAGNÓSTICO POR BIOPSIA	
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 DIRET	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	BRONCOSCÓPIA + 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 ARCADEA ZIGOMATICO-MALAR	R \$	25,00
10	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	R \$	30,00
11	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO BACIA SACRO-ILACA	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 ACRÓMIO/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 UMEMO	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	ULTRASSONOGRAFIA DE PARTES MOLES	R \$	100,00
2	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL COM DOPPLER	R \$	95,00
3	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO VENOSO (CADA MEMBRO)	R \$	115,00
4	ULTRASSONOGRAFIA ABDOMINAL P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTROESOFÁGICO	R \$	80,00
5	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	R \$	250,00

6	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN COM DOPPLER COLORIDO	R \$	105,00
7	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN DE COMPO FECHADO	R \$	460,00
8	ULTRASSONOGRRAFIA 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 PUNÇAO 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 ARTERIAS 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 COTOVELOIS	R \$	200,00
12	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COXA	R \$	200,00
13	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FARINGE E LARINGE	R \$	200,00
14	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE JOELHO (ARTICULACAO)	R \$	200,00
15	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MANDIBULA (TEMPOROMANDIBULARES)	R \$	190,00
16	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MAOS (APENDICULARES)	R \$	190,00
17	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTOIDES OU OUVIDOS	R \$	190,00
18	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE OMBROS	R \$	200,00
19	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ORBITAS (COM CONTRASTE)	R \$	170,00
20	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ORBITAS (SEM CONTRASTE)	R \$	120,00
21	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PE (APENDICULARES)	R \$	190,00
22	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA	R \$	160,00
23	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA (COM CONTRASTE)	R \$	210,00
24	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PERNAS (APENDICULARES)	R \$	190,00
25	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO	R \$	190,00
26	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOCO (COM CONTRASTE)	R \$	210,00
27	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PUNHOS	R \$	200,00
28	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES	R \$	190,00
29	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEIOS DA FACE	R \$	170,00
30	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA (COM CONTRASTE)	R \$	180,00
31	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA (SEM CONTRASTE)	R \$	120,00
32	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TIREOIDE	R \$	190,00
33	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	R \$	160,00
34	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX (COM CONTRASTE)	R \$	210,00
35	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DINAMICA (RECONSTRUCAO)	R \$	190,00
36	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO (COM CONTRASTE)	R \$	180,00
37	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO (SEM CONTRASTE)	R \$	120,00
38	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA OLHO OU OCULAR	R \$	120,00
39	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PARTES MOLES	R \$	154,00
40	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SACRO-ILIACA	R \$	180,00
41	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA TEMPOROMANDIBULAR	R \$	200,00
42	ANGIOTOMOGRAFIA DE PELVE	R \$	410,00
43	ANGIOTOMOGRAFIA DE ABDOMEN	R \$	550,00
44	ANGIOTOMOGRAFIA DE CRANIO	R \$	410,00

45	ANGIOTOMOGRAFIA DE TORAX	R \$	510,00
46	ANGIOTOMOGRAFIA DAS ARTÉRIAS CORONÁRIAS	R \$	1.362,50
Nº N - DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA			
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	ELETROCARDIOGRAMA	R \$	20,00
2	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	ECOENDOSCOPIA BAIXA	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	ELETOENCEFALOGRAMA	R \$	100,00
2	ELETOENCEFALOGRAMA COM SEDAÇÃO	R \$	350,00
3	ELETOENCEFALOGRAMA COM MAPEAMENTO	R \$	180,00
4	ELETRONEUROMIOGRAFIA 01 (UM MEMBRO)	R \$	200,00
5	ELETRONEUROMIOGRAFIA 02 (DOIS MEMBROS)	R \$	313,00
6	POLISSONOGRAMA	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	VECTEOELETRONISTAGMOGRAFIA	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 FISIOTERAPÉUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS	R\$ 20,00	
9	ATENDIMENTO FISIOTERAPÉUTICO EM PACIENTES C/ DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS	R\$ 20,00	
10	ATENDIMENTO FISIOTERAPÉUTICO EM PACIENTE NEONATO	R\$ 20,00	
11	ATENDIMENTO FISIOTERAPÉUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS	R\$ 20,00	
12	ATENDIMENTO FISIOTERAPÉUTICO EM PACIENTE ONCOLÓGICO CLÍNICO	R\$ 20,00	
13	ATENDIMENTO FISIOTERAPÉUTICO EM PACIENTE NO PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA	R\$ 20,00	
14	ATENDIMENTO FISIOTERAPÉUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS C/ COMPROMETIMENTO SISTÊMICO	R\$ 20,00	
15	ATENDIMENTO FISIOTERAPÉUTICO EM PACIENTE COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS	R\$ 20,00	
16	ATENDIMENTO FISIOTERAPÉUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 20,00	
17	ATENDIMENTO FISIOTERAPÉUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 20,00	
18	ATENDIMENTO FISIOTERAPÉUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	R\$ 20,00	
19	ATENDIMENTO FISIOTERAPÉUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS-CIRURGIA CARDIOVASCULAR	R\$ 20,00	

20	ATENDIMENTO FISIOTERAPÉUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	R\$ 20,00	
21	ATENDIMENTO FISIOTERAPÉUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS	R\$ 20,00	
22	ATENDIMENTO FISIOTERAPÉUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	R\$ 20,00	
23	ATENDIMENTO FISIOTERAPÉUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO- ESQUELÉTICAS C/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 20,00	
24	ATENDIMENTO FISIOTERAPÉUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO- CINÉTICOFUN- CIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 20,00	
25	ATENDIMENTO FISIOTERAPÉUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO- CINÉTICOFUN- CIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 20,00	
26	ATENDIMENTO FISIOTERAPÉUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR	R\$ 20,00	
27	ATENDIMENTO FISIOTERAPÉUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO	R\$ 20,00	
28	ATENDIMENTO FISIOTERAPÉUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS-OPERATÓRIO DE NEUROCH- RURGIA	R\$ 20,00	
29	ATENDIMENTO FISIOTERAPÉUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO	R\$ 20,00	
30	ATENDIMENTO FISIOTERAPÉUTICO EM PACIENTE GRANDE QUEIMADO	R\$ 20,00	
31	ATENDIMENTO FISIOTERAPÉUTICO EM PACIENTE COM SEQUELAS 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 PALMBREBA E SUPERCILIOS	R \$	300,00
3	CAPSULOTOMIA A YAG LASER	R \$	189,00
4	FOTOCOAGULACAO A LASER	R \$	185,00
5	ELETROCAUTERIZAÇÃO 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; • Facoemulsificação 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	OOFORRECTOMIA 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 PTERIGIO	R \$	700,00
7	CURVA TENSIONAL DIÁRIA/ BI	R \$	60,00
8	ECOGRAFIA/ULTRASSONOGRAFIA	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:	R \$	353,50
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.		

02	LOTE Nº 02 - SEM ÓCULOS:	R	\$
01-	Triagem;	190,17	
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;		
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 RAIZES; 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 ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR; COM 2 RAIOS X (INICIAL E FINAL)	R	\$
		275,31	
12	RETRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE C/ 3 OU MAIS RAIZES; COM 2 RAIOS X (INICIAL E FINAL)	R	\$
		367,35	
13	RETRATAMENTO ENDODONTICO 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 NUCLEO INTRARRADICULAR	R	\$
		158,35	
16	REMOÇÃO DE TRABALHO PROTETICO	R\$ 86,25	
17	REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO INTRACANAL	R	\$
		150,26	
18	PULPOTOMIA EM DENTE DECIDUO	R	\$
		103,75	
19	TRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE DECIDUO	R	\$
		139,25	
20	CAPEAMENTO PULPAR DIRETO/INDIRETO	R\$ 59,47	
Nº	Y.2 - PROCEDIMENTO CIRURGICO		
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 OSTEOSSINTESE;	R	\$
		201,37	
27	RETIRADA DE MATERIAL DE SINTESE ÓSSEA/ DENTÁRIA;	R	\$
		299,00	
28	RECONSTRUÇÃO PARCIAL DO LÁBIO TRAUMATIZADO;	R	\$
		156,07	
29	EXCISÃO DE CALCULO 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 VESTIBULO 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 CLINICA (POR ELEMENTO DENTAL)	R	\$
		170,32	
58	COLAGEM DE FRAGMENTO DENTÁRIO (POR ELEMENTO DENTAL)	R\$ 86,23	
59	REDUÇÃO SIMPLES DE LUXAÇÃO DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR	R	\$
		106,92	
60	CONTROLE DE HEMORRAGIA COM OU SEM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTATICO EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	R\$ 65,55	
61	REMOÇÃO DE CUNHA PROXIMAL OU DISTAL	R	\$
		118,05	
62	REMOÇÃO DE DENTE EXTRA-NUMERÁRIO	R	\$
		123,17	
63	TRATAMENTO DE 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	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 PROVISÓRIA SEM PINO (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R	\$
		110,50	
76	COROA TOTAL EM CERÂMICA PURA (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R	\$
		519,88	
77	COROA TOTAL METALO-CERÂMICA (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R	\$
		492,00	
78	COROA TOTAL METÁLICA (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R	\$
		260,47	

79	FACETA EM CERÂMICA PURA (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R \$	411,72
80	RECIMENTAÇÃO DE TRABALHOS PROTÉTICOS (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R\$	61,43
81	COROA TOTAL EM ARTGLASS (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R \$	413,25
82	PROTESE PARCIAL REMOVÍVEL PROVISÓRIA EM ACRÍLICO COM OU SEM GRAMPOS	R \$	252,80
83	PR40ÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL 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 FLUÓR (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	ÁCIDO FÓLICO	R\$	13,00
2	ACIDEZ TITULÁVEL NO LEITE HUMANO (DORNIC)	R\$	3,04
3	ÁCIDO ÚRICO LÍQUIDO NO SINOVAL E DERRAMES	R\$	1,89

4	ADENOGRAMA	R\$	5,79
5	ALÉRGICO ESPECÍFICO	R\$	20,00
6	ANÁLISE DE CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$	3,70
7	ANTIBIOGRAMA	R\$	4,98
8	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRAÇÃO INIBITÓRIA MÍNIMA	R\$	13,33
9	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRAÇÃO INIBITÓRIA MÍNIMA	R\$	13,33
10	ANTI GLIADINA IGA	R\$	30,40
11	ANTI-BETA 2 GLICOPROTEÍNA 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	CALCIÚRIA 24HS	R\$	8,37
23	CALPROCTINA FECAL	R \$	125,00
24	CAPROTEÍNA	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/ CLAMÍDIA	R\$	4,33
30	CITOLOGIA P/ HERPESVÍRUS	R\$	4,33
31	CITOQUÍMICA HEMATOLOGICA	R\$	6,48
32	CLEARANCE DE CREATININA	R\$	3,51
33	CLEARANCE DE FOSFATO	R\$	3,51
34	CLEARANCE DE URÉIA	R\$	3,51
35	CLEARANCE OSMOLAR	R\$	3,51
36	COAGULOGRAMA	R\$	13,50
37	CONTAGEM DE ADDIS	R\$	2,04
38	CONTAGEM DE LINFÓCITOS B	R\$	15,00
39	CONTAGEM DE LINFÓCITOS CD4/CD8	R\$	15,00
40	CONTAGEM DE LINFÓCITOS T TOTAIS	R\$	15,00
41	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$	2,73
42	CONTAGEM DE RETICULÓCITOS	R\$	2,73
43	CONTAGEM ESPECÍFICA 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 BACTÉRIAS P/ IDENTIFICAÇÃO	R\$	5,62
48	CULTURA DO LEITE HUMANO (POS-PASTEURIZAÇÃO)	R\$	5,62
49	CULTURA P/ HERPESVÍRUS	R\$	4,33
50	CULTURA PARA BAAR	R\$	5,63
51	CULTURA PARA BACTÉRIAS ANAERÓBICAS	R\$	10,25
52	CULTURA PARA IDENTIFICAÇÃO DE FUNGOS	R\$	4,19
53	DETECÇÃO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)	R\$	65,00
54	DETECÇÃO DE RNA DO VÍRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	R\$	96,00
55	DETECÇÃO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNÓSTICO TARDIO)	R\$	8,80
56	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE	R\$	66,00
57	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)	R\$	66,00
58	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA	R\$	66,00
59	DETECÇÃO MOLECULAR EM FIBROSE CÍSTICA (CONFIRMATORIO)	R\$	66,00
60	DETERMINAÇÃO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETÁRIOS	R\$	10,65
61	DETERMINAÇÃO DE CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO	R\$	6,00
62	DETERMINAÇÃO DE CARIÓTIPO EM CULTURA DE LONGA DURAÇÃO (C/ TÉCNICA DE BANDAS)	R \$	180,00
63	DETERMINAÇÃO DE CARIÓTIPO EM MEDULA ÓSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TÉCNICA DE BANDAS)	R \$	160,00
64	DETERMINAÇÃO DE CARIÓTIPO EM SANGUE PERIFÉRICO (C/ TÉCNICA DE BANDAS)	R \$	160,00
65	DETERMINAÇÃO DE COMPLEMENTO (CH50)	R\$	9,25
66	DETERMINAÇÃO DE CREMATÓCRITO NO LEITE HUMANO ORDENHADO	R\$	1,53
67	DETERMINAÇÃO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOÁCIDOS	R\$	15,65
68	DETERMINAÇÃO DE CURVA DE RESISTÊNCIA GLOBULAR	R\$	2,73
69	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA (2 DOSAGENS)	R\$	3,63
70	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA C/ INDUÇÃO POR CORTISONA (5 DOSAGENS)	R\$	6,55
71	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA C/ INDUÇÃO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)	R\$	3,68

72	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA CLÁSSICA (5 DOSAGENS)	R\$ 10,00
73	DETERMINAÇÃO DE ENZIMAS ERITROCITÁRIAS (CADA)	R\$ 2,73
74	DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATOIDE	R\$ 2,83
75	DETERMINAÇÃO DE FOSFOLÍPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LÍQUIDO AMNIÓTICO	R\$ 6,56
76	DETERMINAÇÃO DE ÍNDICE DE TIROXINA LIVRE	R\$ 12,54
77	DETERMINAÇÃO DE OSMOLALIDADE	R\$ 3,70
78	DETERMINAÇÃO DE OSMOLARIDADE	R\$ 3,51
79	DETERMINAÇÃO DE RETENÇÃO DE T3	R\$ 12,54
80	DETERMINAÇÃO DE SULFO-HEMOGLOBINA	R\$ 2,73
81	DETERMINAÇÃO DE T3 REVERSO	R\$ 14,69
82	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	R\$ 2,73
83	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	R\$ 2,73
84	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	R\$ 9,00
85	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	R\$ 2,73
86	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS	R\$ 5,79
87	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA	R\$ 2,85
88	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$ 5,77
89	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 2,73
90	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSÉDIMENTAÇÃO (VHS)	R\$ 2,73
91	DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,37
92	DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA	R\$ 9,25
93	DÍMERO 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-HIDROXI PROGESTERONA	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 ÁCIDO 5-HIDROXI-ÍNDOL-ACÉTICO (SEROTONINA)	R\$ 6,72
104	DOSAGEM DE ÁCIDO ASCORBICO	R\$ 2,01
105	DOSAGEM DE ÁCIDO DELTA-AMINOLEVULÍNICO	R\$ 2,06
106	DOSAGEM DE ÁCIDO HIPÚRICO	R\$ 2,23
107	DOSAGEM DE ÁCIDO MANDELICO	R\$ 3,68
108	DOSAGEM DE ÁCIDO METIL-HIPÚRICO	R\$ 2,04
109	DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO	R\$ 1,85
110	DOSAGEM DE ÁCIDO VALPROICO	R\$ 15,65
111	DOSAGEM DE ÁCIDO VANILMANDELICO	R\$ 9,00
112	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTRÓFICO (ACTH)	R\$ 14,12
113	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	R\$ 3,51
114	DOSAGEM DE ALCÓOL ETILICO	R\$ 2,01
115	DOSAGEM DE ALDOLASE	R\$ 3,68
116	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	R\$ 11,89
117	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRÍPSINA	R\$ 3,68
118	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEÍNA ÁCIDA	R\$ 3,68
119	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	R\$ 3,68
120	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEÍNA	R\$ 15,06
121	DOSAGEM DE ALUMÍNIO	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 CÍCLICO	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 TRICÍCLICOS	R\$ 10,00
132	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA)	R\$ 16,42
133	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	R\$ 6,48
134	DOSAGEM DE BARBITURATOS	R\$ 13,13
135	DOSAGEM DE BENZODIAZEPÍNICOS	R\$ 13,48
136	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	R\$ 13,55
137	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES	R\$ 2,01
138	DOSAGEM DE CÁDmio	R\$ 6,55
139	DOSAGEM DE CÁLCIO	R\$ 1,85
140	DOSAGEM DE CÁLCIO 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 LÍQUIDO AMNIÓTICO	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-HIDROXIBUTÍRICA	R\$ 3,51
166	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTÂMICA	R\$ 3,51
167	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA	R\$ 3,68
168	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	R\$ 3,68
169	DOSAGEM DE DIGITÁLICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	R\$ 8,97
170	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R\$ 11,71
171	DOSAGEM DE ESTERCIBILINOGENIO 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 ETOSUXÍMIDA	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 / DIAGNÓSTICO TARDIO)	R\$ 5,50
188	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4	R\$ 12,10
189	DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECÇÃO 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 SÉRICO	R\$ 3,51
194	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	R\$ 4,60
195	DOSAGEM DE FOLATO	R\$ 15,65
196	DOSAGEM DE FORMALDEÍDO	R\$ 3,51
197	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA	R\$ 2,01
198	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA 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 FRAÇÃO PROSTÁTICA DA FOSFATASE ÁCIDA	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 LÍQUIDO 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 CORIÓNICAS HUMANAS (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 HEMOSSÍDERINA	R\$ 2,73
220	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	R\$ 3,68
221	DOSAGEM DE HORMÔNIO DE CRESCIMENTO (HGH)	R\$ 10,21
222	DOSAGEM DE HORMÔNIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$ 7,89
223	DOSAGEM DE HORMÔNIO 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 ANTIGENO 125	R\$ 13,35
285	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	R\$ 3,04
286	DOSAGEM QUANTITATIVA DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SORO	R \$ 137,00
287	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 5,41
288	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	R\$ 3,68
289	ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 4,42
290	ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRAÇÃO 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 MICROBIOLÓGICO 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 AFOÇAMENTO)	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	IDENTIFICACAO DE GLICIDIOS URINARIOS 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 MTHFR 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	PESQUISA 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 ANTICORTEZ 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 ANTIESTREPTOLISINA 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 ANTIHLIOTA 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 ANTIINUCLEO (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 CONTA 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 SIMPLIS	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 SIMPLIS	R\$ 17,16
400	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO	R\$ 5,79
401	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 370C	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 ESPERMATOZOIDEOS (APOS VASECTOMIA)	R\$ 4,80
423	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	R\$ 4,33
424	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALE-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 IMUNOFLOURESCENCIA	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 PORFIBILINOGENIO 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 TRIPANOSOMA	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 CONFIRMATORIA DA PRESENÇA DE MICRO-ORGANISMOS COLIFORMES	R\$ 5,62
461	PROVA DA D-XILOSE	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/ DETECCAO 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 CITOLOGIA E PATOLOGIA	
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 NA REUNIÃO ORDINÁRIA DA ASSEMBLEIA GERAL, DO DIA 19/12/2025

TABELA 01 - ALEGRE

Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	V A L O R LÍQUIDO
01	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA DIURNO	12 HORAS	R\$1.000,00
02	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA NOTURNO	12 HORAS	R\$1.100,00
03	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FINAL DE SEMANA DIURNO	12 HORAS	R\$1.100,00
04	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FINAL DE SEMANA NOTURNO	12 HORAS	R\$1.200,00
05	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$140,00

TABELA 02 - CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM

Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	V A L O R 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 MÉDICO ESPECIALISTA/GENERALISTA	HORA	R\$ 140,00

TABELA 03 - JERÔNIMO MONTEIRO

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

TABELA 04 - VARGEM ALTA

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

TABELA 05 - DIVINO DE SÃO LOURENÇO

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

TABELA 06 - DORES DO RIO PRETO

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

TABELA 07 - ATÍLIO VIVÁQUA

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

TABELA 08 - MUQUI

Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	V A L O R LÍQUIDO
01	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAIS MÉDICOS ESPECIALISTA - PLANTÕES SOBREAVISO	MENSAL	R\$ 5.000,00
02	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAIS MÉDICOS GENERALISTA-CLÍNICA MÉDICA	HORA	R\$ 140,00
03	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAIS MÉDICOS GENERALISTA - COORDENADOR CLÍNICO	HORA	R\$ 140,00

04	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA DIURNO/NOTURNO	12 HORAS	R\$ 900,00
05	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00
06	SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 63,14

TABELA 09 - BOM JESUS DO NORTE

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

TABELA 10 - IBITIRAMA

Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	V A L O R LÍQUIDO
01	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA DIURNO/ NOTURNO	12 HORAS	R\$ 800,00
02	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FINAL DE SEMANA DIURNO/ NOTURNO	12 HORAS	R\$ 850,00
03	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R4 140,00

TABELA 11 - SÃO JOSÉ DO CALÇADO

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

TABELA 12 - MIMOSO DO SUL

Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	V A L O R LÍQUIDO
01	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00
02	SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 63,14
03	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA DIURNO	12 HORAS	R\$ 1.200,00
04	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA NOTURNO	12 HORAS	R\$ 1.400,00

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

TABELA 13 - PRESIDENTE KENNEDY

Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	V A L O R LÍQUIDO
01	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA DIURNO	12 HORAS	R\$ 1.200,00
02	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA NOTURNO	12 HORAS	R\$ 1.250,00
03	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FINAL DE SEMANA DIURNO	12 HORAS	R\$ 1.250,00
04	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FINAL DE SEMANA NOTURNO	12 HORAS	R\$ 1.300,00
05	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 160,00
06	SERVIÇO DE SUPERVISÃO MÉDICA POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA/ GENERALISTA	HORA	R\$ 140,00
07	SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 63,14
08	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO 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	V A L O R LÍQUIDO
01	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA DIURNO	12 HORAS	R\$ 1.000,00
02	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA NOTURNO	12 HORAS	R\$ 1.100,00
03	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FIM DE SEMANA DIURNO	12 HORAS	R\$ 1.100,00
04	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FINAL DE SEMANA NOTURNO	12 HORAS	R\$ 1.200,00
05	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00

TABELA 15 - CASTELO			
Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	V A L O R LÍQUIDO
01	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA DIURNO	12 HORAS	R\$ 1.000,00
02	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA NOTURNO	12 HORAS	R\$ 1.100,00
03	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FINAL DE SEMANA DIURNO	12 HORAS	R\$ 1.100,00
04	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FINAL DE SEMANA NOTURNO	12 HORAS	R\$ 1.200,00
05	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00
06	SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 63,14
07	SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO CLÍNICO - DIA DE SEMANA DIURNO	HORA	R\$ 100,00
08	SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO CLÍNICO - FIM DE SEMANA DIURNO	HORA	R\$ 110,00
09	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - COORDENAÇÃO	12 HORAS	R\$ 1.150,00

TABELA 16 - APIACÁ			
Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	V A L O R LÍQUIDO
01	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00
02	SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 63,14

TABELA 17 - MUNIZ FREIRE			
Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	V A L O R LÍQUIDO
01	SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 63,14

TABELA 18 - IÚNA			
Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	V A L O R LÍQUIDO
01	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO CLÍNICO	HORA	R\$100,00
02	SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$140,00

TABELA 19 - SAMU 192			
Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	V A L O R 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	V A L O R LÍQUIDO
01	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA DIURNO	12 HORAS	R\$1.000,00
02	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA NOTURNO	12 HORAS	R\$1.100,00
03	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FINAL DE SEMANA DIURNO	12 HORAS	R\$1.100,00
04	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FINAL DE SEMANA NOTURNO	12 HORAS	R\$1.200,00
05	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$140,00
06	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 95,00
07	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO COORDENADOR	HORA	R\$140,00
08	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	12 HORAS	R\$ 1.500,00
09	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	12 HORAS	R\$ 1.650,00
10	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA FESTIVO	HORA	R\$ 140,00

ANEXO III

CALENÁRIO DE REUNIÕES PARA O ANO DE 2026 CIM POLO SUL			
ASSEMBLEIA GERAL ORDINÁRIA	CONSELHO FISCAL	CÂMARA SETORIAL DE SAÚDE	CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
26/03/2026 Terça-feira 9h	12/03/2026 Terça-Feira 9h	26/03/2026 Terça-feira 9h	06/08/2026 Quinta-Feira 9h
21/07/2026 Terça-feira 9h	16/07/2026 Quinta-Feira 9h	21/07/2026 Terça-feira 9h	12/11/2026 Quinta-Feira 9h
24/11/2026 Terça-feira 9h	19/11/2025 Quinta-feira 9h	24/11/2025 Terça-feira 9h	