

do Contrato de Programa (recurso municipal) e o valor total correspondente aos serviços efetivamente ofertados no período, evidenciando a produção assistencial executada. Ao final da apresentação, constatou-se a vantajosidade da prestação de serviços por meio do Micropolo Caparaó, demonstrando-se que o modelo regionalizado tem assegurado: maior acesso da população aos serviços especializados em local mais próximo ao município de origem; melhor aproveitamento e otimização dos recursos públicos; maior facilidade no encaminhamento para serviços de maior complexidade; fortalecimento da organização e do planejamento regional, adaptados às necessidades específicas da microrregião; possibilidade de oferta de serviços mais direcionados às áreas de maior demanda; geração de economia de escala, com ampliação da capacidade assistencial. Na sequência, o tema foi colocado em discussão, sendo oportunizada a análise individual por cada Secretário Municipal em relação aos dados de seu respectivo município. Após as considerações, o relatório apresentado foi aprovado por unanimidade pelo colegiado. Não havendo outros assuntos a tratar, o Coordenador do Colegiado de Gestores do Micropolo Caparaó, Sr. Emerson Gomes Alves, declarou encerrada a reunião às 14 horas e 45 minutos, e eu, Juliana de Paula, Gerente da Unidade Saúde Fácil, lavei a presente ata, que vai assinada por mim, pelo Coordenador do Colegiado de Gestores do Micropolo Caparaó e pela Coordenadora de Assistência em Saúde, ficando os demais presentes registrados por meio da lista de presença.

Juliana de Paula
Gerente da Unidade de Atendimento Especializado
Polo Caparaó - Saúde Fácil em Guaçuí

Emerson Gomes Alves
Coordenador do Colegiado de Gestores do Micropolo Caparaó

Fabiana Tavares Lima Martins
Coordenadora de Assistência em Saúde
Protocolo 1766333

Deliberação

ATA Nº. 01/2026 DA REUNIÃO ORDINÁRIA DA ASSEMBLEIA GERAL DO CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO SUL - CIM POLO SUL

Aos vinte e sete (27) dias do mês de março (03) do ano de dois mil e vinte e seis (2026), às nove horas e trinta minutos (09:30h), em segunda convocação, realizou-se a reunião ordinária da Assembleia Geral do Consórcio Público da Região Polo Sul, realizada por meio de videoconferência, tendo como participantes os prefeitos dos municípios consorciados, os secretários municipais, munidos com a devida procuração, e os demais convidados, os quais participaram da videoconferência por meio de acesso liberado pelo administrativo do consórcio, tendo a reunião o objetivo de deliberar sobre os assuntos constantes da ordem do dia. O Presidente do CIM POLO SUL, Sr. Gedson Brandão Paulino, Prefeito do Município de Iconha/ES, deu abertura à reunião, cumprimentando e agradecendo a presença de todos os participantes. Em seguida, comemorou

com os demais prefeitos a informação recebida de que os móveis doados pelo Governo do Estado do Espírito Santo, para a renovação e estruturação das bases descentralizadas do SAMU da região sul, já estão chegando no Município de Iconha/ES. Comunicou, ainda, que a entrega desses bens aos municípios consorciados ocorrerá no dia **14 de abril de 2026 (terça-feira)**. Destacou que cada município deverá se organizar previamente para realizar a retirada dos móveis na data informada, sendo necessário o envio de veículo adequado para o transporte dos móveis e equipamentos. Em seguida, passou a palavra à Superintendente Administrativa e Financeira do CIM POLO SUL, para que procedesse com a leitura da Ata 07 da reunião da Assembleia Geral realizada no dia 19/12/2025, 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. 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 3º Quadrimestre do ano de 2025 referente ao CIM POLO SUL, SAÚDE FÁCIL, FARMÁCIA CIDADÃO e SAMU 192 e deliberação sobre o encaminhamento ao Tribunal de Contas do Estado do Espírito Santo:** Foi realizada pela superintendente do CIM POLO SUL, Srª Katiuscia Scarpini Pavão, a leitura do Parecer nº 01/2026, datado em 17/03/2026, o qual julgou pela regularidade das contas apreciadas referente ao terceiro quadrimestre do exercício financeiro de 2025, com ressalvas, e recomendou à Assembleia Geral a aprovação da prestação de contas do período analisado (CIM POLO SUL, Saúde Fácil, Farmácia Cidadã e Samu 192). A Assembleia Geral acompanhou a leitura do referido parecer, e após os devidos esclarecimentos, o assunto foi colocado em votação, e por unanimidade, a Assembleia Geral acompanhou o parecer do Conselho Fiscal, julgando regular a prestação de contas referente ao terceiro quadrimestre do exercício financeiro de 2025, passando o parecer do conselho fiscal a integrar a presente ata como Anexo I. **Item 02 - Apreciação do relatório de situação dos contratos de rateio referentes ao exercício financeiro de 2026:** Foi apresentado o relatório detalhado sobre a situação de celebração e repasses financeiros dos contratos de rateio, referentes ao exercício financeiro de 2026. Ressaltou-se a necessidade urgente de que os municípios que ainda não formalizaram a assinatura do referido contrato providenciem sua regularização o quanto antes, bem como realizem os repasses financeiros devidos. Tal medida é essencial para garantir o pleno funcionamento das atividades do CIM POLO SUL, evitando prejuízos ao consórcio e à prestação de serviços aos municípios integrantes. Foi ressaltado que o prazo final para o cumprimento integral das obrigações contratuais é 31/07/2026. Foi ressaltado que o não cumprimento dentro desse período, poderá acarretar no bloqueio dos serviços ofertados pelo Consórcio ao município consorciado em situação de inadimplência. Após os devidos esclarecimentos, o relatório e as providências

propostas foram aprovados por unanimidade, e ainda, autorizado, que a Superintendência do consórcio envie ofícios de notificação aos municípios consorciados inadimplentes, concedendo um prazo de 20 (vinte) dias úteis, contados da data de recebimento do ofício, para a regularização da assinatura e repasses financeiros do Contrato de Rateio/2026, sob pena de bloqueio dos serviços.

Item 03 - Apreciação do relatório de situação dos contratos de programa/prestação de serviços referentes ao exercício financeiro de 2026 (serviços de saúde, serviços de Medicina e Segurança do Trabalho, Preparo e Distribuição de Alimentação, sistema de gestão e consultorias e Serviços Médicos):

Foi apresentado o relatório detalhado sobre a situação dos contratos de programa, sendo eles: serviços de saúde, serviços de Medicina e Segurança do Trabalho, Preparo e Distribuição de Alimentação, sistema de gestão e consultorias e Serviços Médicos, referentes ao exercício financeiro de 2026, destacando-se a situação específica de cada município consorciado no que diz respeito à assinatura dos contratos e aos repasses financeiros. Durante a apresentação, enfatizou-se a importância de que cada município acompanhe de perto o saldo disponível e providencie, com a devida celeridade, tanto a assinatura do contrato quanto aos repasses financeiros necessários ao cumprimento dos mesmos. O cumprimento dessas obrigações é essencial para evitar impactos negativos no agendamento dos serviços de saúde nos municípios consorciados e na continuidade dos serviços prestados aos municípios consorciados. Foi registrado ainda que alguns municípios consorciados encontram-se em situação de inadimplência no tocante aos repasses financeiros dos contratos de Medicina e Segurança do Trabalho, Preparo e Distribuição de Alimentação, sendo esclarecido que o presidente do CIM POLO SUL já encaminhou notificações aos mesmos, porém, até o presente momento esses municípios não tomaram as devidas providências quanto a regularização junto ao consórcio. Após os devidos esclarecimentos, o relatório apresentado foi aprovado por unanimidade, e ainda que, caso as pendências financeiras e contratuais não sejam regularizadas, fica autorizado que sejam ajuizadas ações de cobrança dos municípios que encontram-se em situação de inadimplência quanto aos repasses financeiros referentes aos contratos de Medicina e Segurança do Trabalho, Preparo e Distribuição de Alimentação, visando evitar o endividamento deste consórcio público.

Item 04 - Apreciação da proposta de inclusão na tabela do CIM POLO SUL do serviço de equoterapia, conforme ofício de solicitações dos municípios consorciados: A Superintendente do CIM POLO SUL, Sr^a Katiuscia Scarpini Pavão, informou aos presentes que o Consórcio recebeu ofícios encaminhados por municípios consorciados, solicitando a inclusão do serviço de equoterapia. Foi apresentado o levantamento de valores praticados na região apresentado pela empresa contratada responsável pelas prestações de serviços da tabela de valores do CIM POLO SUL, e após os devidos esclarecimentos, a proposta foi submetida à apreciação da Assembleia. Colocada em discussão, a matéria foi aprovada por unanimidade, ficando instituída a inclusão do serviço de equoterapia na tabela do CIM POLO SUL, no valor de R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais), passando a integrar a tabela do CIM POLO SUL conforme Anexo II que

integra a presente Ata. **Item 05 - Apreciação da proposta de incineração de documentos do CIM POLO SUL prescrito devido decurso do tempo:**

Foi informado que há, no arquivo do Consórcio, um volume significativo de documentos que já prescreveu o período exigido do guarda dos referidos documentos, ou seja, guarda não se mostra mais exigível ou necessária. Destacou que a medida de incineração tem como objetivo otimizar o uso do espaço físico, além de promover a eliminação segura de papéis que não mais se submetem à fiscalização dos órgãos de controle. Esclareceu, ainda, que todo o procedimento observará as normas legais e os cuidados pertinentes, inclusive com a contratação de empresa especializada, de modo a garantir a correta destinação dos documentos. Após os esclarecimentos prestados, a proposta foi submetida à apreciação, sendo a mesma aprovada por unanimidade, e ainda, autorizado ao Presidente do consórcio a tomar as devidas providências para a contratação de empresa especializada para a incineração dos documentos prescritos do CIM POLO SUL.

Item 06 - Apreciação do extrato da conta recursos do COVID: A Superintendente do CIM POLO SUL informou aos presentes que o Consórcio Público possui uma conta corrente/aplicação específica vinculada a recursos da COVID-19, a qual foi aberta à época da pandemia, destinada ao recebimento de valores para custeio de procedimentos relacionados ao atendimento da população no período da pandemia e pós pandemia. Relatou que, ao longo dos anos, foi acumulado, com os juros da aplicação financeira, o montante de R\$ 197.577,22 (cento e noventa e sete mil, quinhentos e setenta e sete reais vinte e dois centavos). Destacou, ainda que, devido ao tempo transcorrido, há dificuldade em identificar se o saldo existente corresponde a recursos originários remanescentes de municípios consorciados ou apenas a rendimentos da aplicação financeira do valor principal recebido à época da pandemia. Após os devidos esclarecimentos, a matéria foi colocada em discussão, e aprovada por unanimidade, o encaminhamento de ofício aos municípios consorciados, para que verifiquem, junto aos seus setores contábeis, a existência de lançamentos provenientes de recursos COVID, destinados a este Consórcio Público. Foi aprovado ainda, que as informações apuradas deverão ser apresentadas na próxima reunião da Assembleia Geral, para posterior deliberação quanto à destinação do referido recurso.

Item 07 - Apreciação do relatório da Câmara de Compras Compartilhadas e Contratações: Na oportunidade, o Diretor da Câmara Setorial de Compras Compartilhadas e Contratações apresentou o relatório referente aos últimos processos licitatórios realizados pelo consórcio, cujos objetos são: PE nº. 001/2026 - Implantação de Unidades Temáticas e Serviços Integrados Sazonais (Ata nº. 003/2026 - Viver Eventos e Serviços Ltda.); PE nº. 002/2026 - Disponibilidade Temporária de Solução Integrada de Bens e Serviços de Apoio à Realização de Atos e Atividades Públicas, de Natureza Institucional, Cultural e Comemorativa em espaço Público (Ata nº. 005/2026 - DM Eventos Ltda.). Foi ressaltado que esses procedimentos foram configurados como Compras e Contratações Compartilhadas, sendo que o quantitativo destinado a cada ente consorciado foi obtido por meio de estudos realizados pela equipe de trabalho do ente consorcial, baseado na série histórica de eventos realizados pelos municípios, e que estes dados foram extraídos de banco de dados

oficiais. De igual modo, informou que no PE nº. 011/2025 - Aquisição de Uniformes Escolares, o quantitativo também se deu com base no número de matriculados no ano letivo de 2025, acrescido de uma reserva técnica de 10% (dez por cento) para suprir possível aumento do número de alunos e necessidade de reposição durante o ano letivo. Destacou ainda, que nesse cenário, nenhum ente consorciado é obrigado a fazer a compra e ou contratação, devendo fazê-lo caso adote política pública em ofertar uniforme aos alunos da rede municipal de ensino. Foi esclarecido que tal modelo de licitação compartilhado foi objeto de apreciação e aprovação em assembleia anteriormente realizada, entretanto, apresentou a proposta de revogação das deliberações anteriores, ou seja, que o procedimento de licitação compartilhada com lastro em dados oficiais e estudos realizados não mais seja mais utilizado por este consórcio público. Os certames a serem realizados, obrigatoriamente deverão passar por manifestação expressa do interesse de participação do Ente Consorciado, que deverá indicar o quantitativo correspondente, e se não houver manifestação por parte do município, o mesmo deixará de figurar como órgão participante na licitação compartilhada a ser realizada. Neste contexto, caso queiram utilizar-se da Ata de Registro de Preços que será gerada, deverá ser por meio de adesão. Tal medida, visa dar tranquilidade e transparência aos entes Consorciados acerca dos trabalhos realizados pela Câmara Setorial de Compras Compartilhadas. Destacou ainda, os procedimentos de Inexigibilidade de Licitação nºs. 001/2026 - Assessoria Tributária Operacional, com escopo de Recuperação de Créditos Inscritos em Dívida Ativa dos Entes Consorciados, sendo ajustado o percentual de 16% (dezesseis por cento) em caso de êxito (Ata nº. 002/2026 - Jacqueline de Paula Barbosa Sociedade de Advogados); e 002/2026 - Totens de Segurança, com o escopo de promover monitoramento de segurança em pontos estratégicos nos municípios consorciados (Ata nº. 004/2026 - Helper Tecnologia e Segurança S/A.). Quanto ao PE nº. 006/2025 - Locação de Impressoras, informa que tramita no Tribunal de Justiça - Comarca de Mimoso/ES, Ação Cautelar que decidiu por suspender o certame, e ainda, que o último andamento do processo registra que está concluso para o Juiz manifestar-se quanto a manutenção ou não da decisão cautelar proferida, que a decisão deverá ocorrer nos próximos dias. Após os devidos esclarecimentos o relatório foi aprovado por unanimidade, sendo aprovado também por unanimidade a proposta apresentada de revogação das deliberações anteriores no tocante a autorização concedida para a realização de licitação compartilhada com base em estudos e em dados oficiais, ou seja, que o procedimento de licitação compartilhada com lastro em dados oficiais e estudos realizados não mais seja mais utilizado por este consórcio público. **Item 08 - Apreciação da proposta de contratação de empresa especializada no desenvolvimento, implementação e manutenção de aplicativo de atendimento ao cliente por meio de chatbot, conforme ofício de solicitações dos municípios consorciados:** Foi informado a todos que alguns municípios consorciados encaminharam ofícios com solicitação de abertura de processo licitatório para contratação de empresa especializada no desenvolvimento, implementação e manutenção de

chatbot. Após os devidos esclarecimentos, foi aprovado por unanimidade, que a demanda seja encaminhada ao setor de compras compartilhadas para a devida abertura do processo licitatório. **Item 09 - Apreciação dos relatórios de indicadores do SAMU 192 período de janeiro de 2025 a 20 de março de 2026:** Foram apresentados os números de atendimentos realizados no período de janeiro de 2025 a 20 de março de 2026, totalizando aproximadamente 23.348 atendimentos, incluindo clínicas (12.499), traumas (8.029), obstétricas (569) e psiquiátricos (2.251), evidenciando a relevância do serviço para a assistência pré-hospitalar de urgência e emergência nos municípios consorciados e, após os devidos esclarecimentos, o relatório foi aprovado por unanimidade. **Item 10 - Apreciação do relatório de situação dos contratos de programa do projeto SAMU 192, referente ao exercício financeiro de 2026 e repasses financeiros:** A Superintendente do CIM Polo Sul relatou que o projeto SAMU192 na região sul, vem apresentando dificuldades financeiras devido à ausência de formalização dos contratos de programa por parte de alguns municípios consorciados. Ressaltou que essa pendência compromete o equilíbrio financeiro, a sustentabilidade e a continuidade dos serviços prestados à população. Após os devidos esclarecimentos, deliberou-se pela necessidade de adoção de medidas imediatas, sendo aprovada por unanimidade, a notificação dos municípios que ainda não formalizaram o contrato, concedendo-se o prazo de 07 (sete) dias úteis, contados da data de recebimento da notificação para a devida regularização. **Item 11 - Apreciação do relatório financeiro do projeto SAMU192:** Foi reafirmado que o programa SAMU 192 é estruturado a partir de um modelo de cofinanciamento tripartite, envolvendo recursos das esferas federal, estadual e municipal. Embora as bases já estejam devidamente habilitadas e recebam os repasses provenientes da União e do Estado, destacou-se que tais valores, por si só, não são suficientes para garantir a plena manutenção das atividades, tornando indispensável a participação financeira dos municípios consorciados. Nesse contexto, foi ressaltado que os dois municípios que recebem diretamente o repasse federal precisam dar maior celeridade ao encaminhamento desses recursos ao Consórcio, a fim de evitar atrasos nos pagamentos e assegurar a continuidade regular dos serviços prestados à população. Foi informado ainda que foram tomadas as devidas providências desde o ano passado, incluindo o envio dos ofícios nºs 015/2025, 167/2025 e 176/2025 e diversas reuniões contatos por telefone com a Secretaria de Estado da Saúde (SESA), para abordar assunto sobre o déficit do SAMU da região sul e a falta de reajuste do IPCA desde agosto de 2024, e do repasse dos valores da habilitação das bases descentralizadas e viaturas do SAMU referente a 09 meses de 2024, ou seja, do período de fevereiro a outubro de 2024. O déficit financeiro é um problema que afeta aos quatro consórcios públicos do estado que realizam a gestão do SAMU em 55 municípios do Espírito Santo, que estão há quase dois anos sem reajuste por parte do Governo do Estado. Após dos devidos esclarecimentos, o relatório foi aprovado por unanimidade, autorizando ao presidente a formalizar ao governo do Estado ofício pedindo a adoção das providências cabíveis e demais ações necessárias a publicação de portaria de cofinanciamento que retome o equilíbrio econômico financeiro da gestão do SAMU na região

sul. Item 12 - Apreciação da proposta de contratação temporária, de um profissional de farmácia por 30 (trinta) dias, para cobertura de férias da farmacêutica do projeto SAMU192:

A Superintendente apresentou a necessidade de autorização para a contratação temporária de um profissional da área farmacêutica pelo período de 30 (trinta) dias, com o objetivo de assegurar a continuidade dos serviços durante o período de férias da farmacêutica atualmente responsável pelo projeto, que já se encontra com férias vencidas. Destacou-se que a medida é essencial para evitar qualquer prejuízo ao funcionamento regular das atividades, garantindo a assistência adequada e ininterrupta no âmbito do SAMU 192. Após os esclarecimentos, a proposta foi submetida à apreciação, sendo aprovada por unanimidade. **Item 13 - Apreciação da proposta da alteração da nomenclatura do emprego público de confiança de Supervisor Assistencial para Enfermeiro Assistencial:**

Foi apresentada à Assembleia a proposta de alteração da nomenclatura do emprego público de confiança atualmente denominado "Supervisor Assistencial", para "Enfermeiro Assistencial". Após os devidos esclarecimentos e considerações, a Assembleia Geral deliberou pela manutenção da nomenclatura atual "Supervisor Assistencial", tendo em vista que "Enfermeiro Assistencial" constitui cargo de carreira, enquanto a função em questão necessita permanecer à disposição do projeto SAMU 192. Deliberou-se, ainda, pela manutenção de apenas um cargo de "Supervisor Assistencial", com a consequente extinção do outro existente. **Item 14 - Ratificação dos Itens 5.1: Apreciação fluxograma de atendimentos SAMU 192 e 5.3: Encaminhamento OF/SESA/ASSERAS/GEREH/NERUE Nº. 269/2025 da ATA Nº. 07/2025 da Reunião Ordinária da Assembleia Geral:**

A Superintendente do CIM POLO SUL, Srª Katiuscia Scarpini, iniciou o assunto apresentando a proposta de ratificação dos Itens 5.1 e 5.3 constantes da ATA Nº. 07/2025 da Reunião Ordinária da Assembleia Geral, referente aos esclarecimentos acerca do fluxograma de atendimentos dos serviços do SAMU 192, e envio de ofícios aos municípios informando que a responsabilidade pelo deslocamento das viaturas (VTRs) é exclusivamente 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, a proposta apresentada de ratificação das decisões e envio aos municípios consorciados foi aprovada por unanimidade. **Item 15 - Outros Assuntos: Item 15.1 - Apreciação da solicitação da Secretária de Saúde de Cachoeiro de Itapemirim sobre proposta de procuração única:**

A Secretária de Saúde do Município de Cachoeiro de Itapemirim Srª Renata Fiório, fez uso da palavra e esclareceu aos presentes que, para cada reunião realizada, há a necessidade de formalização de procuração específica a ser assinada pelo Chefe do Poder Executivo

Municipal, o que tem ocasionado retrabalho administrativo. Diante disso, apresentou proposta no sentido de adoção de instrumento de procuração outorgado pelo prefeito com validade anual, no qual conste, de forma expressa, sua aplicabilidade para representação nas reuniões em que o Prefeito Municipal não puder se fazer presente. Submetida à apreciação dos presentes, e após os devidos esclarecimentos, a proposta apresentada foi colocada em votação, sendo aprovada por unanimidade, nos termos apresentados. **Item 15.2 - Proposta de Emenda Parlamentar para o Micropolo Caparaó:**

O Secretário Municipal de Saúde de Ibitirama informou aos presentes acerca da destinação de recursos oriundos de emendas parlamentares federais, conforme Ofício nº 88/2026 do Gabinete do Senador Fabiano Contrato, no qual consta que será repassada ao Consórcio Público da Região Polo Sul - CIM Polo Sul para o Projeto Saúde Fácil - Micropolo Caparaó, totalizando o valor de R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais), sendo R\$ 657.000,00 (seiscentos e cinquenta e sete mil reais) destinados ao custeio dos serviços de assistência ambulatorial (MAC) e R\$ 343.000,00 (trezentos e quarenta e três mil reais) destinados a investimentos na atenção especializada à saúde, voltados à aquisição de equipamentos. Na ocasião, informou ainda, que o Fundo Municipal de Saúde de Ibitirama disponibilizou o valor de R\$ 400.000,00 (quatrocentos mil reais), referente ao teto MAC, com a finalidade de viabilizar a execução das ações por meio do Consórcio. Contudo, ressaltou que os demais municípios integrantes do Micropolo Caparaó não manifestaram a disponibilidade de teto MAC para a complementação do valor necessário e diante desse cenário, esclareceu que, em razão da insuficiência de teto MAC para execução integral do recurso previsto, o montante de R\$ 257.000,00 (duzentos e cinquenta e sete mil reais) poderá deixar de ser utilizado, ocasionando a perda desse valor. Os presentes tomaram ciência da situação. Após amplo debate foi aprovado por unanimidade a adoção de providências voltadas a conscientização dos gestores quanto à importância da articulação regional e institucional entre os entes consorciados, com vistas à viabilização do pleno aproveitamento dos recursos disponíveis e ao fortalecimento das ações e serviços de saúde ofertados pelo Consórcio. **Item 15 - Outros Assuntos: Item 15.3 - Apreciação da proposta de criação de mais um emprego público de confiança de enfermeiro NEP e Enfermeiro RT e Coordenador Assistencial para o SAMU192:**

A superintendente do CIM POLO SUL apresentou a necessidade de ampliação do quadro funcional do SAMU 192. Após ampla discussão, foi aprovado por unanimidade que, após o ajuste financeiro por meio da SESA e a regularização do reequilíbrio financeiro, o presidente fica autorizado a proceder com a contratação de mais 01 (um) Enfermeiro NEP profissional com comprovada experiência em gestão da saúde, educação em saúde, urgência e emergência, com formação de nível superior em área de Enfermagem, acrescido de especialização em gestão em saúde pública, urgência e emergência e/ou educação em saúde com carga horária de 40 horas e salário mensal de R\$ 5.326,51 e, mais 01 (um) Enfermeiro RT profissional com comprovada experiência em urgência e emergência, com formação de nível superior em área de Enfermagem, acrescido de especialização urgência e emergência com carga horária de 40 horas e salário mensal de R\$ 5.326,51

e, a criação de um emprego público de Confiança Coordenador Assistencial, profissional com comprovada experiência em gestão da saúde, urgência e emergência, com formação de nível superior em área da enfermagem, acrescido de especialização em gestão em saúde pública e urgência e emergência com carga horária de 40 horas e salário mensal de R\$ 5.717,81 para atuação no Projeto SAMU 192. **Item 15 - Outros Assuntos:**
Item 15.4 - Apreciação da proposta de criação de gratificação para os empregados do CIM POLO SUL: A Superintendente do CIM Polo Sul, Sra. Katiuscia Scarpini Pavão, apresentou aos presentes que o empregado Alan Rodrigues Gonçalves, gerente financeiro do CIM Polo Sul, encontra-se, juntamente com a mesma, à frente do SAMU 192. Considerando que o referido empregado está acumulando funções, foi levada à Assembleia a proposta de concessão de gratificação. Após os devidos esclarecimentos, a proposta foi aprovada por unanimidade, autorizando a publicação de portaria de gratificação, com aplicação de um percentual de 8,12% ao empregado. Nada mais havendo a tratar, o presidente do consórcio, Sr. Gedson Brandão Paulino, prefeito de Iconha, declarou encerrada a reunião às 10h45min, e eu, Katiuscia Scarpini Pavão, Superintendente Administrativa e Financeira, lavrei a presente Ata que vai assinada por mim e pelo presidente do CIM POLO SUL.

Gedson Brandão Paulino
Presidente do CIM POLO SUL

Katiuscia Scarpini Pavão
Superintendente Administrativa e Financeira do CIM POLO SUL

George Macedo Vieira
Diretor de Compras Compartilhadas e Contratações do CIM POLO SUL

Juliana de Paula
Gerente do Projeto Saúde Fácil

ANEXO I **CONSELHO FISCAL DO CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO** **POLO SUL - CIM POLO SUL/ES**

PARECER Nº 01 DE 17 DE MARÇO DE 2026

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 17 (dezessete) de março de 2026, por meio de webconferência, com a finalidade de apreciar a Prestação de Contas referente ao terceiro 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 27 de fevereiro de 2026, 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 setembro a dezembro 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 Contabilidade Ltda, responsável pelos serviços contábeis do CIM POLO SUL, e pela Gerente Administrativa, Srª Natalia Gomes de Souza, acerca das contas do período em análise, os membros do Conselho Fiscal deliberaram pela regularidade com ressalva das contas apresentadas referentes ao terceiro quadrimestre do exercício financeiro de 2025, haja vista relatório de repasses previstos x realizados com duplicidade de dados, à falta de transparência no relatório contábil de lançamentos extraorçamentários, ambos com ticket abertos para solução das pendências e, pagamento de uma multa no INSS da empresa horto central o qual será aberto processo administrativo para apuração do ocorrido e eventual devolução ao erário. Dessa forma, o Conselho Fiscal recomenda a aprovação com ressalva da referida prestação de contas pela Assembleia Geral do CIM POLO SUL/ES. Mimoso do Sul - ES, 17 de março de 2026.

Srª Flavia Zanardi
 Presidente do Conselho Fiscal
 Secretária de Saúde de Apiacá/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 27/03/2026**

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 MEDICA	R\$ 50,00
11	DERMATOLOGIA	R\$ 50,00
12	ENDOCRINOLOGISTA	R\$ 50,00
13	GASTROENTEROLOGISTA	R\$ 50,00
14	GERIATRIA	R\$ 50,00
15	GINECOLOGIA	R\$ 50,00
16	HEMATOLOGISTA	R\$ 60,00
17	HOMEOPATIA	R\$ 50,00
18	MEDICINA DO TRABALHO	R\$ 50,00
19	NEFROLOGIA	R\$ 50,00
20	NEUROLOGIA	R\$ 60,00
21	NEUROPEDIATRA	R\$ 60,00
22	OBSTETRICA	R\$ 50,00
23	ONCOLOGISTA	R\$ 50,00
24	OFTALMOLOGISTA COM EXAME DE FUNDO DE OLHO	R\$ 50,00
25	ORTOPEDIA	R\$ 50,00
26	OTORRINOLARINGOLOGISTA	R\$ 50,00
27	PEDIATRIA	R\$ 50,00
28	PNEUMOLOGISTA	R\$ 50,00
29	PSQUIATRIA	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 MEDICA	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	OF TALMOLOGISTA 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 (MAXIMO 2)	R\$ 95,03
4	CONSULTA DE ATM	R\$ 90,20
Nº	D - DIAGNÓSTICO EM OF TALMOLOGIA	
1	ANGIOGRAFIA FLUORESCENTE	R\$ 185,00
2	BIOMETRIA ULTRASSONICA (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	ECOBIOMETRIA	R\$ 50,00
7	ECOGRAFIA OU ULTRASSON DO OLHO	R\$ 40,50
8	TONOMETRIA OU PRESSAO OCULAR	R\$ 2,50
9	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CORNEA	R\$ 60,00
10	OCT - TOMOGRAFIA COERENCIA OPTICA	R\$ 200,00
11	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA / 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 - DIAGNOSTICO 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 MAMARIA	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 (BILATERAL)	R\$ 960,00
4	CINTILOGRAFIA DIRETA	R\$ 250,00
5	CINTILOGRAFIA FIGADO E BAÇO	R\$ 440,00

6	CINTILOGRAFIA FIGADO E VIAS BILIARES	R\$ 480,00
7	CINTILOGRAFIA INDIRETA	R\$ 400,00
8	CINTILOGRAFIA OSSEA (CORPO INTEIRO COM OU SEM FLUXO SANGUINIO)	R\$ 416,00
9	CINTILOGRAFIA PARA TESTE DE HELICOBACTER PYLORI COM C14	R\$ 480,00
10	CINTILOGRAFIA PARATIREOIDES	R\$ 800,00
11	CINTILOGRAFIA PULMAO POR INALAÇÃO (MINIMO 2 PORÇÕES)	R\$ 480,00
12	CINTILOGRAFIA PULMAO POR PERFUSÃO (MINIMO 4 PORÇÕES)	R\$ 560,00
13	CINTILOGRAFIA RENAL DMSA-ESTÁTICA/ DINAMICA/ RENOGRAMA	R\$ 1.040,00
14	CINTILOGRAFIA TIREOIDE	R\$ 304,00
15	CINTILOGRAFIA TESTICO E BOLSA ESCROTAL	R\$ 400,00
16	CINTILOGRAFIA MIOCARDICA REPOUSO/ESFORÇO (SPECT)	R\$ 1.120,00
17	CINTILOGRAFIA ESOFAGICO COM ESVAZIAMENTO GASTRICO	R\$ 376,00
18	CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE HEMORRAGIAS NÃO ATIVAS	R\$ 480,00
19	CINTILOGRAFIA COM PERFUSÃO CEREBRAL COM TALIO	R\$ 1.440,00
20	PESQUISA DE METASTASE DO CORPO TOTAL	R\$ 340,00
21	LINFOCINTILOGRAFIA	R\$ 240,00
Nº	G - DIAGNÓSTICO EM GINECOLOGIA	
1	COLPOSCOPIA	R\$ 65,00
2	COLPOSCOPIA + BIOPSIA	R\$ 73,50
Nº	H - DIAGNÓSTICO EM PNEUMOLOGIA	
1	BRONCOSCOPIA + 180,00 SERVIÇO DE ANESTESIA	R\$ 880,00
2	PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA C/ BRONCODILATADOR	R\$ 100,00
Nº	I - ANESTESIOLOGIA	
1	ANESTESIA GERAL E REGIONAL (SERVIÇO DE ANESTESIA)	R\$ 180,00
Nº	J - TESTES ALERGICOS	
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-ILIACA	R\$ 30,00
12	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	R\$ 30,00
13	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL (OMBRO)	R\$ 30,00
14	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	R\$ 25,00
15	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO EXTERNO	R\$ 30,00
16	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	R\$ 25,00
17	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	R\$ 25,00
18	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (TORNOZELO)	R\$ 25,00
19	RADIOGRAFIA DE BACIA	R\$ 35,00
20	RADIOGRAFIA DE BRAÇO	R\$ 30,00
21	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO	R\$ 30,00
22	RADIOGRAFIA DE CAVUM	R\$ 30,00
23	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	R\$ 30,00
24	RADIOGRAFIA CLISTER OPACO	R\$ 35,00
25	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL	R\$ 30,00
26	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	R\$ 35,00
27	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL)	R\$ 30,00
28	RADIOGRAFIA DE COLUNA DORSAL	R\$ 35,00
29	RADIOGRAFIA DE COLUNA DORSAL (AP + LAT + OBLIQUAS)	R\$ 35,00
30	RADIOGRAFIA DE COLUNA DORSAL (AP E LAT)	R\$ 30,00
31	RADIOGRAFIA DE COLUNA DORSO - LOMBAR AP-LAT (TORACICA)	R\$ 35,00
32	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBAR	R\$ 40,00
33	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBAR (PA E PERFIL)	R\$ 40,00
34	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBAR DINAMICA	R\$ 40,00
35	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBAR OBLIQUA	R\$ 45,00
36	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (AP + LAT + OBLIQUAS)	R\$ 40,00
37	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (AP E LAT)	R\$ 35,00
38	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (FM + MN + LAT + OBLIQUAS)	R\$ 35,00
39	RADIOGRAFIA DE COSTELA	R\$ 30,00
40	RADIOGRAFIA DE COSTELA (HEMITORAX)	R\$ 28,00
41	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R\$ 30,00
42	RADIOGRAFIA DE COXA	R\$ 30,00
43	RADIOGRAFIA DE CRANIO	R\$ 30,00
44	RADIOGRAFIA DE CRANIO (AP + LATERAL)	R\$ 30,00
45	RADIOGRAFIA DE CRANIO (AP + PERFIL + BRETTON)	R\$ 30,00
46	RADIOGRAFIA DE CRANIO (OBLIQUA + BRETTON HIRTZ)	R\$ 30,00
47	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	R\$ 35,00
48	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	R\$ 25,00

49	RADIOGRAFIA DE FEMUR	R\$ 30,00
50	RADIOGRAFIA DE MÃO, PUNHO (PARA DETERMINAÇÃO DE IDADE OSSEA)	R\$ 30,00
51	RADIOGRAFIA DE JOELHO	R\$ 30,00
52	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU ROTULA (AP + LATERAL + AXIAL)	R\$ 30,00
53	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL + AXIAL)	R\$ 30,00
54	RADIOGRAFIA DE MÃO	R\$ 30,00
55	RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO (P/ DETERMINAÇÃO DE IDADE OSSEA)	R\$ 30,00
56	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE	R\$ 35,00
57	RADIOGRAFIA DE MAXILAR INFERIOR (PA + OBLIQUA)	R\$ 23,00
58	RADIOGRAFIA DE OMBRO (AP+ PERFIL + ROTACOES)	R\$ 35,00
59	RADIOGRAFIA DE OMBRO (ARTICULAÇÃO ACROMIO/CLAVICULAR/OMOPLATA/ESCAPULO UMERAL)	R\$ 30,00
60	RADIOGRAFIA DE OMBRO OU OMOPLATA	R\$ 30,00
61	RADIOGRAFIA DE ORBITAS BILATERAL (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	R\$ 30,00
62	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (AP + LAT / FN + MN + LAT)	R\$ 30,00
63	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE NARIZ TORCIDO (FN + MN + LATERAL)	R\$ 30,00
64	RADIOGRAFIA DE PE (PODACTILOS)	R\$ 30,00
65	RADIOGRAFIA DE PUNHO	R\$ 30,00
66	RADIOGRAFIA DE QUADRIL	R\$ 30,00
67	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIX	R\$ 30,00
68	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + PERFIL + HIRTZ)	R\$ 35,00
69	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN)	R\$ 30,00
70	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE E CAVUM	R\$ 35,00
71	RADIOGRAFIA DE SELA TURCICA (PA + LATERAL + BRETTON)	R\$ 30,00
72	RADIOGRAFIA DE TORAX	R\$ 25,00
73	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-ORDORTICA)	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 UMIRO	R\$ 30,00
81	RADIOGRAFIA ESCANOMETRIA	R\$ 30,00
82	RADIOGRAFIA PANORAMICA DA COLUNA LOMBAR	R\$ 100,00
83	RADIOGRAFIA PANORAMICA DA COLUNA APERFIL	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 - DIAGNOSTICO 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 GASTROESOFAGICO	R\$ 80,00
5	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	R\$ 250,00
6	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN COM DOPPLER COLORIDO	R\$ 105,00
7	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN DE COMPO FECHADO	R\$ 460,00
8	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 100,00
9	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN INFERIOR	R\$ 100,00
10	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 130,00
11	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO (VIAS URINARIAS)	R\$ 130,00
12	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 200,00
13	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER	R\$ 200,00
14	ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)	R\$ 45,00
15	ULTRASSONOGRAFIA DE MAMA	R\$ 120,00
16	ULTRASSONOGRAFIA DE MUSCULO ESQUELETICO E ARTICULACAO (COTOVELO, OMBRO, PUNHO, MÃO, QUADRIL, JOELHO, TORNOZELO, PE)	R\$ 100,00
17	ULTRASSONOGRAFIA DE PETROPERINOMIO (GRANDES VASOS)	R\$ 50,00
18	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL)	R\$ 130,00
19	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 60,00
20	ULTRASSONOGRAFIA DE PUNÇÃO DE COLEÇÕES SUPERFICIAIS	R\$ 85,00
21	ULTRASSONOGRAFIA TRANSRETAL	R\$ 50,00
22	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE	R\$ 55,00
23	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE COM DOPPLER COLORIDO	R\$ 120,00
24	ULTRASSONOGRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	R\$ 50,00
25	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER CARÓTIDAS	R\$ 100,00
26	ULTRASSONOGRAFIA ENDOVAGINAL C/DOPPLERFLUXOMETRIA	R\$ 90,00
27	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	R\$ 130,00
28	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO (POR FETO)	R\$ 250,00
29	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA MORFOLOGICA FETAL (POR FETO)	R\$ 250,00
30	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA GEMELAR	R\$ 50,00
31	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA TRANSLUSCÊNCIA NUCAL	R\$ 190,00
32	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA 1º TRIMESTRE	R\$ 200,00
33	ULTRASSONOGRAFIA DO OLHO	R\$ 45,00
34	ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	R\$ 100,00
35	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL COM CONTROLE DE OVULACAO	R\$ 90,00

36	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL OU ENDOVAGINAL	R\$ 110,00
37	ULTRASSONOGRAFIA VIAS BILIARES	R\$ 55,00
38	ULTRASSONOGRAFIA DE CAROTIDAS E VERTEBRAIS	R\$ 170,00
39	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO ARTERIAL (CADA MEMBRO)	R\$ 165,00
40	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DAS ARTERIAS RENAIAS	R\$ 115,00
41	ULTRASSONOGRAFIA HEMITORAX	R\$ 40,00
42	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA C/ PERFIL BIOF. FETAL	R\$ 70,00
43	ULTRASSONOGRAFIA PELVICA CONTROLE DE OVULACAO	R\$ 80,00
44	DOPPLER COLORIDO VENOSO DO MMI	R\$ 125,00
Nº	M - DIAGNOSTICO POR TOMOGRAFIA	
1	TOMOGRAFIA APARELHO URINARIO	R\$ 420,00
2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COXO FEMURAL	R\$ 190,00
3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA FACE	R\$ 180,00
4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 160,00
5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR (COM CONTRASTE)	R\$ 210,00
6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 420,00
7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ANTEBRACOS APENDICULARES	R\$ 190,00
8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES	R\$ 200,00
9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE BRACO (APENDICULARES UNILATERAL)	R\$ 190,00
10	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL / DORSAL / LOMBAR	R\$ 190,00
11	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COTOVELO	R\$ 200,00
12	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COXA	R\$ 200,00
13	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FARINGE E LARINGE	R\$ 200,00
14	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE JOELHO (ARTICULACAO)	R\$ 200,00
15	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MANDIBULA (TEMPOROMANDIBULARES)	R\$ 190,00
16	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MÃOS (APENDICULARES)	R\$ 190,00
17	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTOIDES OU OUIDOS	R\$ 190,00
18	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE OMBROS	R\$ 200,00
19	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ORBITAS (COM CONTRASTE)	R\$ 170,00
20	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ORBITAS (SEM CONTRASTE)	R\$ 120,00
21	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PE (APENDICULARES)	R\$ 190,00
22	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA	R\$ 160,00
23	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA (COM CONTRASTE)	R\$ 210,00
24	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PERNAS (APENDICULARES)	R\$ 190,00
25	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO	R\$ 190,00
26	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO (COM CONTRASTE)	R\$ 210,00
27	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PUNHOS	R\$ 200,00
28	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES	R\$ 190,00
29	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEIOS DA FACE	R\$ 170,00
30	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA (COM CONTRASTE)	R\$ 180,00
31	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA (SEM CONTRASTE)	R\$ 120,00
32	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TIREOIDE	R\$ 190,00
33	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	R\$ 160,00
34	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX (COM CONTRASTE)	R\$ 210,00
35	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DINAMICA (RECONSTRUCAO)	R\$ 190,00
36	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO (COM CONTRASTE)	R\$ 180,00
37	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO (SEM CONTRASTE)	R\$ 120,00
38	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA OLHO OU OCULAR	R\$ 120,00
39	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PARTES MOLES	R\$ 154,00
40	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SACRO-ILIACA	R\$ 180,00
41	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA TEMPOROMANDIBULAR	R\$ 200,00
42	ANGIOTOMOGRAFIA DE PELVE	R\$ 410,00
43	ANGIOTOMOGRAFIA DE ABDOMEN	R\$ 550,00
44	ANGIOTOMOGRAFIA DE CRANIO	R\$ 410,00
45	ANGIOTOMOGRAFIA DE TORAX	R\$ 510,00
46	ANGIOTOMOGRAFIA DAS ARTERIAS CORONARIAS	R\$ 1.362,50
Nº	N - DIAGNOSTICO 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
2	ECOCARDIOGRAMA DOPPLER VERTEBRAIS E CAROTIDAS	R\$ 155,00
4	ECOCARDIOGRAMA FETAL	R\$ 330,00
5	ECOCARDIOGRAMA INFANTIL	R\$ 215,00
6	ECOCARDIOGRAMA FARMACOLOGICO	R\$ 400,00
7	ECOCARDIOGRAMA SOB STRESS	R\$ 500,00
8	TESTE DE ESFORÇO / TESTE ERGOMETRICO	R\$ 150,00
9	VENTRICULOGRAFIA REPOUSO E ESFORÇO (CORAÇÃO)	R\$ 450,00
10	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	R\$ 105,00
11	MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL - MAPA (24 HORAS)	R\$ 110,00
12	TILT TESTE	R\$ 250,00
Nº	P - GASTROENTEROLOGIA E PROCTOLOGIA	
1	COLONOSCOPIA	R\$ 500,00
2	COLONOSCOPIA COM ANESTESIA	R\$ 590,00
3	ECOENDOSCOPIA ALTA	R\$ 2.700,00
4	ECOENDOSCOPIABAIXA	R\$ 2.700,00
5	ECOENDOSCOPIA POR PUNÇÃO POR AGULHA	R\$ 4.500,00
6	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	R\$ 200,00
7	ENDOSCOPIA DIGESTIVA COM ANESTESIA	R\$ 350,00
8	ESOFAGOSCOPIA C/ DILATAÇÃO	R\$ 200,00
9	ESOFAGOMETRIA	R\$ 200,00
10	GASTRODUODENOSCOPIA	R\$ 150,00
11	POLIECTOMIA ENDOSCÓPICA	R\$ 350,00
12	PH METRIA	R\$ 200,00
13	REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO (TRATAMENTO CIRURGIÃO GASTRO-ESOFÁGICO)	R\$ 250,00
14	RETOSIGMOIDOSCOPIA FLEXIVEL OU RIGIDA	R\$ 150,00
Nº	Q - NEUROLOGIA	
1	ELETROENCEFALOGRAMA	R\$ 100,00
2	ELETROENCEFALOGRAMA COM SEDAÇÃO	R\$ 350,00
3	ELETROENCEFALOGRAMA COM MAPEAMENTO	R\$ 180,00
4	ELETROENCEFALOGRAFIA 01 (UM MEMBRO)	R\$ 200,00
5	ELETROENCEFALOGRAFIA 02 (DOIS MEMBROS)	R\$ 313,00
6	POLISOMNOGRAFIA	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 URODINÂMICO MASCULINO	R\$ 400,00
6	ESTUDO RENAL DINÂMICO COME SEM DIURETICO (DTPA)	R\$ 200,00
7	URETROCISTOGRAFIA	R\$ 130,00
Nº	S - OTORRINOLARINGOLOGIA E FONOAUDIOLOGIA	
1	AUDIOMETRIA	R\$ 105,00
2	AUDIOMETRIA COMPLETA ADULTO/INFANTIL	R\$ 105,00
3	AUDIOMETRIA COMPORTAMENTAL	R\$ 60,00
4	AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL	R\$ 105,00

5	IMPEDANCIOMETRIA	R\$ 60,00
6	NASOFINOLONINGOSCOPIA	R\$ 80,00
7	BERA	R\$ 200,00
8	VIDEO NASOFIBROSCOPIA	R\$ 80,00
9	VIDEOLARINGOSCOPIA	R\$ 75,00
10	VIDEOLARINGOSCOPIA E NASAL FLEXIVEL	R\$ 80,00
11	TERAPIA DE REABILITAÇÃO AUDITIVA	R\$ 40,00
12	VECTOELETRONISTAGMOGRAFIA	R\$ 105,00
13	EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS (TESTE DA ORELHINHA)	R\$ 130,00
Nº	T - SESSÕES DE FISIOTERAPIA	
1	SESSÃO DE FISIOTERAPIA NEUROLÓGICA	R\$ 20,00
2	SESSÃO DE FISIOTERAPIA ORTOPÉDICO/ TRAUMATOLÓGICO RESPIRATÓRIA/ REUMATOLÓGICA	R\$ 20,00
3	SESSÃO DE FISIOTERAPIA RPG	R\$ 26,75
5	HIDROTERAPIA	R\$ 130,00
6	SESSÃO DE FISIOTERAPIA DE REFORÇO DO ACOALHO PÉLVICO	R\$ 87,50
7	TERAPIA OCUPACIONAL	R\$ 20,00
8	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/POS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS	R\$ 20,00
9	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS	R\$ 20,00
10	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NEONATO	R\$ 20,00
11	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS	R\$ 20,00
12	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE ONCOLÓGICO CLÍNICO	R\$ 20,00
13	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA	R\$ 20,00
14	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS C/ COMPROMETIMENTO SISTÊMICO	R\$ 20,00
15	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS	R\$ 20,00
16	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 20,00
17	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 20,00
18	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	R\$ 20,00
19	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/POS-CIRURGIA CARDIOVASCULAR	R\$ 20,00
20	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	R\$ 20,00
21	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS	R\$ 20,00
22	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	R\$ 20,00
23	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO- ESQUELÉTICAS C/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 20,00
24	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO- CINÉTICO- FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 20,00
25	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO- CINÉTICO- FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 20,00
26	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR	R\$ 20,00
27	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO	R\$ 20,00
28	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/POS-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA	R\$ 20,00
29	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO	R\$ 20,00
30	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE GRANDE QUEIMADO	R\$ 20,00
31	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM 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
3	EQUOTERAPIA	R\$ 250,00
Nº	V - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E AMBULATORIAIS	
1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERIGIO	R\$ 750,00
2	EXERESSE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PALPEBRA 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 incluídos no procedimento os seguintes serviços: • Consulta com anestesiologista; • Consulta pré-cirúrgica; • Facoemulsificação com implante de Lente Intra Ocular Rígida ou Dobrável; • Procedimento cirúrgico (Com acompanhamento de anestesiologista).	R\$ 1.300,00
Nº	V.2- FACECTOMIA - Unilateral - sem implante de lente;	
2	Deverão ser incluídos no procedimento os seguintes serviços: • Consulta com anestesiologista; • Consulta pré-cirúrgica; • Facectomia sem implante de Lente intra ocular; • Procedimento cirúrgico (Com acompanhamento de anestesiologista).	R\$ 1.250,00
Nº	V.3- FACECTOMIA - Unilateral - com implante de lente;	

3	Deverão ser incluídos 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 CIRÚRGICA E ANESTESIA (SE NECESSÁRIO), INTERNAÇÃO DE ATÉ 72HS, CASO HAJA COMPLICAÇÃO O HOSPITAL DEVE ACOMPANHAR O PACIENTE QUANTAS VEZES FOR NECESSÁRIO. NÃO INCLUI RISCO CIRÚRGICO.		
Nº	DESCRIÇÃO	
1	APENDICECTOMIA	R\$ 829,24
2	BARTOLINECTOMIA (achei Marsupialização de glândula de bartolin)	R\$ 449,36
3	COLEDOCOMIA COM OU SEM COLECISTECTOMIA	R\$ 1.234,82
4	FISTULECTOMIA OU FISTULOTOMIA ANAL	R\$ 508,24
5	HEMORROIDECTOMIA	R\$ 631,88
6	COLECISTECTOMIA	R\$ 1.391,54
7	COLECISTECTOMIA A VIDEO	R\$ 1.386,10
8	COLPOPERINEOPLASTIA ANT E POST	R\$ 944,86
9	CURETAGEM POS ABORTO	R\$ 359,24
10	CURETAGEM SEMIOTICA (achei c/ou s/ dilatação do colo do útero)	R\$ 334,84
11	POSTECTOMIA	R\$ 876,48
12	ORQUIOPEXIA UNILATERAL	R\$ 720,14
13	OOFORECTOMIA UNILATERAL OU BILATERAL	R\$ 1.019,72
14	MIOMECTOMIA	R\$ 1.057,88
15	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	R\$ 869,98
16	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA BILATERAL	R\$ 1.119,74
17	HERNIOPLASTIA INGUINAL BILATERAL	R\$ 852,04
18	HERNIOPLASTIA INCISIONAL BILATERAL	R\$ 1.079,84
19	HERNIOPLASTIA CRURAL BILATERAL	R\$ 852,04
20	HERNIOPLASTIA CRURAL UNILATERAL	R\$ 891,02
21	HERNIOPLASTIA INGUINAL UNILATERAL	R\$ 891,02
22	HERNIOPLASTIA INCISIONAL UNILATERAL	R\$ 1.079,84
23	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA UNILATERAL (obs não fala se é uni ou bilateral)	R\$ 1.119,74
24	HISTERECTOMIA TOTAL	R\$ 1.268,06
25	SALPINGECTOMIA (LAQUEADURA TUBARIA)	R\$ 931,18
26	HIPERTROFIA PEQUENOS LABIOS (achei com nome de tratamento na frente)	R\$ 238,70
27	EXERESE DE CISTO EPIDIDIMO	R\$ 492,18
28	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA HIDROCELE	R\$ 513,94
29	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA CISTOCELE	R\$ 745,08
30	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA VARICOCELE	R\$ 515,12
31	TRATAMENTO DE VARIZES UNILATERAL (CADA PERNA)	R\$ 966,74
32	VASECTOMIA	R\$ 612,94
33	PARTO CESARIA ENFERMARIA	R\$ 1.091,46
34	PARTO NORMAL	R\$ 886,80
35	EXERESE DE CISTO TIREOGLOSSO	R\$ 960,12
*Parto cesárea e normal inclui pediatria		
W.1 - CIRURGIA ORTOPEDICA ELETIVA (MÃO) INCLUINDO: CIRURGIÃO, AUXILIAR DE CIRURGIA, ANESTESISTA, CONSULTA PRÉ E PÓS CIRÚRGICA E ANESTESIA (SE NECESSÁRIO), INTERNAÇÃO DE ATÉ 72HS, CASO HAJA COMPLICAÇÃO O HOSPITAL DEVE ACOMPANHAR O PACIENTE QUANTAS VEZES FOR NECESSÁRIO. NÃO INCLUI RISCO CIRÚRGICO.		
Nº	DESCRIÇÃO	
1	ABSCESSE MÃO E DEDOS	R\$ 446,62
2	ABSCESSE 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 CIRÚRGICA E ANESTESIA (SE NECESSÁRIO), INTERNAÇÃO DE ATÉ 72HS, CASO HAJA COMPLICAÇÃO O HOSPITAL DEVE ACOMPANHAR O PACIENTE QUANTAS VEZES FOR NECESSÁRIO. NÃO INCLUI RISCO CIRÚRGICO.		
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 CIRÚRGICA E ANESTESIA (SE NECESSÁRIO), INTERNAÇÃO DE ATÉ 72HS, CASO HAJA COMPLICAÇÃO O HOSPITAL DEVE ACOMPANHAR O PACIENTE QUANTAS VEZES FOR NECESSÁRIO. NÃO INCLUI RISCO CIRÚRGICO.		

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 CIRÚRGICA E ANESTESIA (SE NECESSÁRIO), INTERNAÇÃO DE ATÉ 72HS, CASO HAJA COMPLICAÇÃO O HOSPITAL DEVE ACOMPANHAR O PACIENTE QUANTAS VEZES FOR NECESSÁRIO. NÃO INCLUI RISCO CIRÚRGICO.		
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 CIRÚRGICA E ANESTESIA (SE NECESSÁRIO), INTERNAÇÃO DE ATÉ 72HS, CASO HAJA COMPLICAÇÃO O HOSPITAL DEVE ACOMPANHAR O PACIENTE QUANTAS VEZES FOR NECESSÁRIO. NÃO INCLUI RISCO CIRÚRGICO.		
Nº	DESCRIÇÃO	
1	AMPUTAÇÃO DE DEDO (CADA)	R\$ 676,06
2	CISTOS SINOVIAIS	R\$ 182,98
3	RECONSTRUÇÃO TENDAO DE AQUILES	R\$ 411,82
*Com material incluso		
Nº X- SERVIÇOS DE OFTALMOLOGIA MÓVEL		
1	CONSULTA MEDICA 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 DIARIA/ 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 OCULOS: 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- Amação acetato e lente.	R\$ 353,50
02	LOTE Nº 02 - SEM OCULOS: 01- Triagem; 02- Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico); 03- Consulta médica em atenção especializada - Oftalmologista; 04- Administração de medicamentos na atenção especial; 05- Tonometria; 06- Fundoscopia; 07- Potencial de acuidade visual; 08- Auto refratômetro;	R\$ 190,17
Nº Y - PROCEDIMENTOS EM PERIODONTIA (GENGIVA)		
01	ENXERTO GENGIVAL	R\$ 211,35
02	GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE)	R\$ 189,34
03	GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE);	R\$ 160,01
04	TRATAMENTO CIRURGICO 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 ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR; COM 2 RAIOS X (INICIAL E FINAL)	R\$ 275,31
12	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE C/3 OU MAIS RAÍZES; COM 2 RAIOS X (INICIAL E FINAL)	R\$ 367,35
13	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR; COM 2 RAIOS X (INICIAL E FINAL)	R\$ 209,99
14	SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR.	R\$ 142,79
15	REMOÇÃO DE NÚCLEO INTRARRADICULAR	R\$ 158,35
16	REMOÇÃO DE TRABALHO PROTÉTICO	R\$ 86,25
17	REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO INTRACANAL	R\$ 150,26
18	PULPOTOMIA EM DENTE DECIDUO	R\$ 103,75
19	TRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE DECIDUO	R\$ 139,25
20	CAPEAMENTO PULPAR DIRETO/INDIRETO	R\$ 59,47
Nº	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 OSTEOSSÍNTESE;	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 CÁLCULO DE GLÂNDULA SALIVAR;	R\$ 175,93
30	EXERESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO ODONTOGÊNICO;	R\$ 167,93
31	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA INTRA/ EXTRA-ORAL;	R\$ 197,00
32	SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR	R\$ 197,00
33	DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS;	R\$ 84,37
34	EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR;	R\$ 266,59
35	EXCISÃO E SUTURA DE LESAÃO NA BOCA;	R\$ 266,59
36	EXCISÃO EM CUNHA DO LÁBIO;	R\$ 167,92
37	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DOS OSSOS DA FACE;	R\$ 265,38
38	RETIRADA DE MEIOS DE FIXAÇÃO MAXILOMANDIBULAR	R\$ 136,00
39	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA OROSINUSAL/ ORO-NASAL	R\$ 235,50
40	APICECTOMIA S/ OBTURAÇÃO RETROGRADA;	R\$ 210,37
41	APICECTOMIA C/ OU S/ OBTURAÇÃO RETROGRADA;	R\$ 250,12
42	APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO ORAL (POR SEXTANTE);	R\$ 270,11
43	ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA INTRABUCAL;	R\$ 154,75
44	EXODONTIA MÚLTIPLA C/ ALVEOLO-PLÁSTIA POR SEXTANTE;	R\$ 174,86
45	MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS;	R\$ 167,92
46	REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO);	R\$ 236,98
47	REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO); COM 2 RAIOS X (INICIAL E FINAL)	R\$ 276,60
48	REMOÇÃO DE TÓRUS E EXOSTOSES;	R\$ 165,05
49	TRATAMENTO CIRÚRGICO P/ TRACIONAMENTO DENTAL	R\$ 210,00
50	EXODONTIA SIMPLES DE DENTE DECIDUO	R\$ 53,36
51	EXODONTIA SIMPLES DE DENTE PERMANENTE	R\$ 86,06
52	EXODONTIA A RETALHO	R\$ 101,10
53	EXODONTIA RESTO RADICULAR	R\$ 98,77
54	FRENECTOMIA/FRENOTOMIA LABIAL OU LINGUAL	R\$ 115,50
55	TRATAMENTO DE ALVEOLITE	R\$ 59,70
56	ULOTOMIA/ULECTOMIA	R\$ 56,87
57	AUMENTO DE COROA CLÍNICA (POR ELEMENTO DENTAL)	R\$ 170,32
58	COLAGEM DE FRAGMENTO DENTÁRIO (POR ELEMENTO DENTAL)	R\$ 86,23
59	REDUÇÃO SIMPLES DE LUXAÇÃO DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR	R\$ 106,92
60	CONTROLE DE HEMORRAGIA COM OU SEM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	R\$ 65,55
61	REMOÇÃO DE CUNHA PROXIMAL OU DISTAL	R\$ 118,05
62	REMOÇÃO DE DENTE EXTRA-NUMERÁRIO	R\$ 123,17
63	TRATAMENTO DE NEURALGIAS FACIAIS	R\$ 51,58
64	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORONASAL/ ORO SINUSIAL	R\$ 150,00
65	CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES	R\$ 45,00
66	CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR	R\$ 110,00
67	CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR	R\$ 94,41
68	CURETAGEM PERIAPICAL	R\$ 89,40
69	ODONTOSECÇÃO/ RADIECTOMIA/ 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 FUNDIDO (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	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM GRAMPOS BILATERAL	R\$ 590,83
84	PROTESE TOTAL EM ACRÍLICO	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 CLÍNICO	
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 AMALGAMA DE PRATA UMA FACE	R\$ 86,40
102	RESTAURAÇÃO DE AMALGAMA DE PRATA DUAS FACES	R\$ 100,00
103	RESTAURAÇÃO DE AMALGAMA DE PRATA TRÊS FACES	R\$ 118,40
104	AJUSTE OCLUSAL POR DESGASTE SELETIVO/POR ACRESCIMO	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 INCLUIDA)	R\$ 57,66
112	CONTROLE DE BIOFILME	R\$ 56,32
113	APLICAÇÃO DE SELANTES DE FÓSSULAS E FISSURAS (POR DENTE)	R\$ 39,44
114	APLICAÇÃO DE VERNIZ FLUORETADO (POR SESSÃO)	R\$ 32,70
115	APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (2 ARCADAS)	R\$ 60,90
Nº	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 RADIOGRÁFICO (PERIAPICAL COMPLETA)	R\$ 117,68
Nº	Z - EXAMES LABORATORIAIS	
1	ACIDO FOLICO	R\$ 13,00
2	ACIDEZ TITULÁVEL NO LEITE HUMANO (DORNIC)	R\$ 3,04
3	ACIDO URICO LÍQUIDO NO SINOVIAL 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 GLADINA IGA	R\$ 30,40
11	ANTI-BETA 2 GLICOPROTEÍNA IgG/IgM	R\$ 125,00
12	ANTI Ccp (anti-citilina)	R\$ 50,00
13	ANTI COAGULANTE LÚPICO	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 UREIA	R\$ 3,51
35	CLEARANCE OSMOLAR	R\$ 3,51
36	COAGULOGRAMA	R\$ 13,50
37	CONTAGEM DE ADDIS	R\$ 2,04
38	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	R\$ 15,00
39	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	R\$ 15,00
40	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	R\$ 15,00
41	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 2,73
42	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$ 2,73
43	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89
44	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89
45	CULTURA FEZES + TSA	R\$ 16,00
46	CULTURA FUNGOS + TSA	R\$ 70,00
47	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$ 5,62
48	CULTURA DO LEITE HUMANO (POS-PASTEURIZAÇÃO)	R\$ 5,62
49	CULTURA P/ HERPESVIRUS	R\$ 4,33
50	CULTURA PARA BAAR	R\$ 5,63
51	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	R\$ 10,25
52	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	R\$ 4,19
53	DETECCAO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)	R\$ 65,00
54	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	R\$ 96,00
55	DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 8,80
56	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM DEFICIENCIA DE BIOTINIDASE	R\$ 66,00
57	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)	R\$ 66,00
58	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HIPERPLASIA ADRENAL CONGENITA	R\$ 66,00
59	DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)	R\$ 66,00
60	DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS	R\$ 10,65
61	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	R\$ 6,00
62	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 180,00
63	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 160,00
64	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 160,00
65	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	R\$ 9,25
66	DETERMINACAO DE CREMATOCRITO NO LEITE HUMANO ORDENHADO	R\$ 1,53
67	DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS	R\$ 15,65
68	DETERMINACAO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR	R\$ 2,73
69	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	R\$ 3,63
70	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (5 DOSAGENS)	R\$ 6,55
71	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)	R\$ 3,68
72	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	R\$ 10,00
73	DETERMINACAO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)	R\$ 2,73
74	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	R\$ 2,83
75	DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 6,56
76	DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE	R\$ 12,54
77	DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE	R\$ 3,70
78	DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE	R\$ 3,51
79	DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3	R\$ 12,54
80	DETERMINACAO DE SULFO-HEMOGLOBINA	R\$ 2,73
81	DETERMINACAO DE T3 REVERSO	R\$ 14,69
82	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	R\$ 2,73
83	DETERMINACAO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	R\$ 2,73
84	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	R\$ 9,00
85	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO-DUKE	R\$ 2,73
86	DETERMINACAO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS	R\$ 5,79
87	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA	R\$ 2,85
88	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$ 5,77
89	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 2,73
90	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSedIMENTACAO (VHS)	R\$ 2,73
91	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,37
92	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 9,25
93	DIMERO D	R\$ 40,00
94	DOSAGEM DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SANGUE EM PAPEL DE FILTRO	R\$ 5,50
95	DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO	R\$ 17,16
96	DOSAGEM DE 17-HIDROXI PROGESTERONA EM PAPEL DE FILTRO	R\$ 8,00
97	DOSAGEM DE 17-ALFA-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 ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	R\$ 6,72
104	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	R\$ 2,01
105	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	R\$ 2,06

106	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	R\$ 2,23
107	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	R\$ 3,68
108	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	R\$ 2,04
109	DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$ 1,85
110	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	R\$ 15,65
111	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO	R\$ 9,00
112	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R\$ 14,12
113	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	R\$ 3,51
114	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	R\$ 2,01
115	DOSAGEM DE ALDOLASE	R\$ 3,68
116	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	R\$ 11,89
117	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	R\$ 3,68
118	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	R\$ 3,68
119	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	R\$ 3,68
120	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R\$ 15,06
121	DOSAGEM DE ALUMINIO	R\$ 27,50
122	DOSAGEM DE ANTICORPO ANTILUPICO	R\$ 40,00
123	DOSAGEM DE AMILASE	R\$ 2,25
124	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	R\$ 10,00
125	DOSAGEM DE AMONIA	R\$ 3,51
126	DOSAGEM DE AMP CICLICO	R\$ 12,01
127	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	R\$ 11,53
128	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	R\$ 10,00
129	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	R\$ 4,11
130	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINASE RECOMBINANTE HUMANO IGA	R\$ 18,55
131	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	R\$ 10,00
132	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$ 16,42
133	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	R\$ 6,48
134	DOSAGEM DE BARBITURATOS	R\$ 13,13
135	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	R\$ 13,48
136	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	R\$ 13,55
137	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$ 2,01
138	DOSAGEM DE CADMIO	R\$ 6,55
139	DOSAGEM DE CALCIO	R\$ 1,85
140	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	R\$ 3,51
141	DOSAGEM DE CALCITONINA	R\$ 14,38
142	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	R\$ 17,53
143	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	R\$ 4,11
144	DOSAGEM DE CAROTENO	R\$ 2,01
145	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	R\$ 3,68
146	DOSAGEM DE CHUMBO	R\$ 8,83
147	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	R\$ 58,61
148	DOSAGEM DE CITRATO	R\$ 2,01
149	DOSAGEM DE CLORETO	R\$ 1,85
150	DOSAGEM DE CLORETO NO SUOR	R\$ 150,00
151	DOSAGEM DE COBRE	R\$ 3,51
152	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$ 3,51
153	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$ 3,51
154	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$ 1,85
155	DOSAGEM DE COLINESTERASE	R\$ 3,68
156	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$ 17,16
157	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	R\$ 17,16
158	DOSAGEM DE CORTISOL	R\$ 9,86
159	DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 1,85
160	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 1,89
161	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 3,68
162	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$ 4,12
163	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	R\$ 2,83
164	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$ 11,25
165	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	R\$ 3,51
166	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	R\$ 3,51
167	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	R\$ 3,68
168	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	R\$ 3,68
169	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	R\$ 8,97
170	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R\$ 11,71
171	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	R\$ 1,65
172	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$ 10,15
173	DOSAGEM DE ESTRIOL	R\$ 11,55
174	DOSAGEM DE ESTRONA	R\$ 11,12
175	DOSAGEM DE ETOSUXIMIDA	R\$ 15,65
176	DOSAGEM DE FATOR II	R\$ 5,31
177	DOSAGEM DE FATOR IX	R\$ 7,61
178	DOSAGEM DE FATOR V	R\$ 4,73
179	DOSAGEM DE FATOR VII	R\$ 8,09
180	DOSAGEM DE FATOR VIII	R\$ 6,63
181	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	R\$ 15,00
182	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	R\$ 18,91

183	DOSAGEM DE FATOR X	R\$ 6,66
184	DOSAGEM DE FATOR XI	R\$ 9,11
185	DOSAGEM DE FATOR XII	R\$ 10,51
186	DOSAGEM DE FATOR XIII	R\$ 6,66
187	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 5,50
188	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4	R\$ 12,10
189	DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECCAO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA	R\$ 20,90
190	DOSAGEM DE FENITOINA	R\$ 35,22
191	DOSAGEM DE FENOL	R\$ 2,05
192	DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 15,59
193	DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$ 3,51
194	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	R\$ 4,60
195	DOSAGEM DE FOLATO	R\$ 15,65
196	DOSAGEM DE FORMALDEIDO	R\$ 3,51
197	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA NO ESPERMA	R\$ 2,01
198	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	R\$ 2,01
199	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 2,01
200	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	R\$ 2,01
201	DOSAGEM DE FOSFORO	R\$ 1,85
202	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	R\$ 2,01
203	DOSAGEM DE FRUTOSE	R\$ 2,01
204	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	R\$ 2,01
205	DOSAGEM DE GALACTOSE	R\$ 3,51
206	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 3,51
207	DOSAGEM DE GASTRINA	R\$ 14,15
208	DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 1,85
209	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
210	DOSAGEM DE GLICOSE-&FOSFATO DESIDROGENASE	R\$ 3,68
211	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	R\$ 15,35
212	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$ 18,00
213	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	R\$ 3,04
214	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	R\$ 3,68
215	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$ 1,53
216	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 370C	R 2,73
217	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	R\$ 2,73
218	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 7,86
219	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	R\$ 2,73
220	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	R\$ 3,68
221	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	R\$ 10,21
222	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$ 7,89
223	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 8,97
224	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$ 8,96
225	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R\$ 17,16
226	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$ 9,25
227	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$ 17,16
228	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	R\$ 9,25
229	DOSAGEM DE INSULINA	R\$ 10,17
230	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	R\$ 3,51
231	DOSAGEM DE LACTATO	R\$ 3,68
232	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	R\$ 3,51
233	DOSAGEM DE LIPASE	R\$ 2,25
234	DOSAGEM DE LITIO	R\$ 2,25
235	DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$ 2,01
236	DOSAGEM DE MERCURIO	R\$ 2,04
237	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	R\$ 10,00
238	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	R\$ 4,11
239	DOSAGEM DE METOTREXATO	R\$ 10,00
240	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 8,12
241	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	R\$ 2,01
242	DOSAGEM DE HOMOCISTEINA NO SANGUE	R\$ 50,00
243	DOSAGEM DE OXALATO	R\$ 3,68
244	DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$ 43,13
245	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R\$ 15,35
246	DOSAGEM DE PIRUVATO	R\$ 3,68
247	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	R\$ 4,11
248	DOSAGEM DE PORFIRINAS	R\$ 3,51
249	DOSAGEM DE POTASSIO	R\$ 1,85
250	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$ 10,22
251	DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$ 10,15
252	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 2,83
253	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$ 2,04
254	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
255	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	R\$ 1,40
256	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$ 1,85
257	DOSAGEM DE QUINDINA	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 CA 125	R\$ 13,35
285	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	R\$ 3,04
286	DOSAGEM QUANTITATIVA DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SORO	R\$ 137,00
287	ELETOFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 5,41
288	ELETOFORESE DE LIPOPROTEINAS	R\$ 3,68
289	ELETOFORESE DE PROTEINAS	R\$ 4,42
290	ELETOFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR	R\$ 5,23
291	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	R\$ 2,73
292	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 6,56
293	ESPLENOGRAMA	R\$ 5,79
294	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	R\$ 1,89
295	EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)	R\$ 2,80
296	EXAME PARASITOLÓGICO (MIF)	R\$ 6,00
297	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	R\$ 3,70
298	FALCIZAÇÃO (TESTE AFOIÇAMENTO)	R\$ 4,50
299	FATOR V DE LEIDEN	R\$ 123,00
300	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	R\$ 10,65
301	FIBRINOGENO	R\$ 20,00
302	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE)	R\$ 22,00
303	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 298,48
304	HEMATOCRITO	R\$ 1,53
305	HEMOCULTURA	R\$ 11,49
306	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 4,11
307	HERPES IGG	R\$ 40,00
308	HERPES IGM	R\$ 40,00
309	HOMOCISTEINA	R\$ 2,04
310	INDICE DE SATURACAO 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 GLICÍDIOS URINÁRIOS POR CROMATOGRAFIA (CAMADA DELGADA)	R\$ 3,70
315	IMUNOELETOFORESE DE PROTEINAS	R\$ 17,16
316	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R\$ 80,00
317	LISTERIOSE	R\$ 17,80
318	LEUCOGRAMA	R\$ 2,73
319	MICOLOGICO DIRETO DE LESÃO	R\$ 21,00
320	MIELOGRAMA	R\$ 5,79
321	MUTACAO DE GENE MTHFR T A1298C	R\$ 128,00
322	MUTACAO DE GENE MTHFR C677T	R\$ 171,00
323	MUTACAO DE GENE PROTROMBINA	R\$ 115,00
324	P-ANCA	R\$ 55,00
325	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	R\$ 4,33
326	PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA)	R\$ 3,70
327	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	R\$ 2,04
328	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	R\$ 3,70
329	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	R\$ 10,00
330	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	R\$ 10,00
331	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	R\$ 9,25
332	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	R\$ 10,00
333	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	R\$ 9,25
334	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	R\$ 3,70
335	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	R\$ 5,83
336	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLOURESCENCIA)	R\$ 10,00

337	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL	R\$ 17,16
338	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$ 8,67
339	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS	R\$ 9,25
340	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	R\$ 10,00
341	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	R\$ 9,70
342	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	R\$ 9,70
343	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTISTREPTOLISINA O (ASLO)	R\$ 2,83
344	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	R\$ 10,00
345	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	R\$ 10,00
346	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	R\$ 17,16
347	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	R\$ 85,00
348	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R\$ 10,00
349	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R\$ 22,00
350	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILHOTA DE LANGERHANS	R\$ 10,00
351	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	R\$ 17,16
352	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	R\$ 4,10
353	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	R\$ 5,50
354	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R\$ 17,16
355	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	R\$ 17,16
356	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	R\$ 17,16
357	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	R\$ 17,16
358	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO (FAN)	R\$ 17,16
359	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	R\$ 17,16
360	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	R\$ 10,00
361	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	R\$ 17,16
362	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	R\$ 5,74
363	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$ 17,16
364	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$ 18,55
365	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	R\$ 18,55
366	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R\$ 17,16
367	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$ 18,55
368	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	R\$ 18,55
369	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	R\$ 7,78
370	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII	R\$ 9,71
371	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$ 18,55
372	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	R\$ 18,55
373	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	R\$ 9,25
374	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCIDIOIDES BRASILIENSIS	R\$ 4,10
375	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINICIAL RESPIRATORIO	R\$ 18,55
376	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	R\$ 17,16
377	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 2,83
378	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,00
379	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	R\$ 9,25
380	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$ 16,97
381	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 9,25
382	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R\$ 30,00
383	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55
384	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16
385	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 17,16
386	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 17,16
387	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES 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 ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)	R\$ 4,80
423	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	R\$ 4,33
424	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	R\$ 4,10
425	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1,37
426	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	R\$ 2,04
427	PESQUISA DE FILARIA	R\$ 2,73
428	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	R\$ 2,04
429	PESQUISA DE FUNGOS	R\$ 4,19
430	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	R\$ 3,36
432	PESQUISA DE GORDURA FECAL	R\$ 1,65
432	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	R\$ 2,80
433	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	R\$ 4,33
434	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	R\$ 2,73
435	PESQUISA DE HIV-1 POR 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 PORFOBILINOGENIO NA URINA	R\$ 2,04
448	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	R\$ 4,44
449	PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
450	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	R\$ 10,25
451	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 7,00
452	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	R\$ 1,65
453	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	R\$ 2,04
454	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	R\$ 5,04
455	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	R\$ 2,73
456	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	R\$ 1,65
457	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	R\$ 1,65
458	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLOURESCENCIA)	R\$ 10,00
459	PESQUISA DE REFLUXO	R\$ 65,00
460	PROVA 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	QUANTIFICACAO/AMPLIFICACAO 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 AGREGAÇÃO DE PLAQUETAS	R\$ 12,00
490	TESTE DE CLEMENTS	R\$ 1,89
491	TESTE DE ESTÍMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	R\$ 12,01
492	TESTE DE ESTÍMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	R\$ 12,01
493	TESTE DE ESTÍMULO DE LH E FSH APOS GONADORELINA	R\$ 12,01
494	TESTE DE ESTÍMULO DO HGH APOS GLUCAGON	R\$ 12,01
495	TESTE DE GASTROACIDOGRAFIA - SECREÇÃO BASAL P/60 EM 4 AMOSTRAS	R\$ 4,69
496	TESTE DE HAM (HEMOLISE ÁCIDA)	R\$ 2,73
497	TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GÁSTRICO	R\$ 4,69
498	TESTE DE SUPRESSÃO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	R\$ 12,01
499	TESTE DE SUPRESSÃO DO HGH APOS GLICOSE	R\$ 12,01
500	TESTE DE TOLERÂNCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTE ORAIS	R\$ 6,55
501	TESTE DE VDRL P/ DETECÇÃO DE SÍFILIS	R\$ 2,83
502	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$ 2,73
503	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS	R\$ 20,00
504	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS	R\$ 18,00
505	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R\$ 2,73
506	TESTE P/ INVESTIGAÇÃO DO DIABETES INSIPIDUS	R\$ 8,43
507	TESTE RT - PCR	R\$ 250,00
508	TESTE DE SUOR	R\$ 20,00
509	TITULAÇÃO 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/ DETECÇÃO DE SÍFILIS 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 CITOPATOLÓGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA	R\$ 13,72
02	IMUNOHISTOQUÍMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS	R\$ 500,00
03	EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CERVICO-VAGINAL)	R\$ 20,96
04	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM LÂMINA DE PAAF ATÉ 5 LÂMINAS	R\$ 40,00

**TABELA DE PREÇOS SERVIÇOS MÉDICOS - CIM POLO SUL -2018
- COM ALTERAÇÕES APROVADAS NA REUNIÃO ORDINÁRIA DA
ASSEMBLEIA GERAL, DO DIA 27/03/2026**

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

01	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - UNIDADE ITAOCA	12 HORAS	R\$ 900,00
02	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA	12 HORAS	R\$ 1.100,00
03	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FINAL DE SEMANA	12 HORAS	R\$ 1.200,00
04	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA/COORDENAÇÃO	12 HORAS	R\$ 1.250,00
05	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FINAL DE SEMANA/COORDENAÇÃO	12 HORAS	R\$ 1.350,00
06	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00
07	SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 63,66
08	SERVIÇO/ATIVIDADE DE SUPERVISÃO MÉDICA POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA/GENERALISTA	HORA	R\$ 140,00

TABELA 03 - JERÔNIMO MONTEIRO

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

TABELA 04 - VARGEM ALTA

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

TABELA 05 - DIVINO DE SÃO LOURENÇO

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

TABELA 06 - DORES DO RIO PRETO

Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
----	-----------	-------------------	---------------

01	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00
02	SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 63,14
TABELA 07 - ATÍLIO VIVÁQUA			
Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
01	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00
TABELA 08 - MUQUI			
Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
01	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAIS MÉDICOS ESPECIALISTA - PLANTÕES SOBREAVISO	MENSAL	R\$ 5.000,00
02	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAIS MÉDICOS GENERALISTA- CLINICA MÉDICA	HORA	R\$ 140,00
03	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAIS MÉDICOS GENERALISTA - COORDENADOR CLÍNICO	HORA	R\$ 140,00
04	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA DIURNO/NOTURNO	12 HORAS	R\$ 900,00
05	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00
06	SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 63,14
TABELA 09 - BOM JESUS DO NORTE			
Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
01	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAIS MÉDICOS GENERALISTA	12 HORAS	R\$ 750,00
02	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAIS MÉDICOS ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00
03	SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 63,14
04	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIREÇÃO CLINICA	12 HORAS	R\$ 1.000,00
TABELA 10 - IBITIRAMA			
Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO

01	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA DIURNO/ NOTURNO	12 HORAS	R\$ 800,00
02	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FINAL DE SEMANA DIURNO/ NOTURNO	12 HORAS	R\$ 850,00
03	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00
TABELA 11 - SÃO JOSÉ DO CALÇADO			
Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
01	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00
TABELA 12 - MIMOSO DO SUL			
Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
01	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00
02	SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 63,14
03	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA DIURNO	12 HORAS	R\$ 1.200,00
04	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA NOTURNO	12 HORAS	R\$ 1.400,00
05	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FINAL DE SEMANA DIURNO	12 HORAS	R\$ 1.400,00
06	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FINAL DE SEMANA NOTURNO	12 HORAS	R\$ 1.800,00
TABELA 13 - PRESIDENTE KENNEDY			
Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
01	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA DIURNO	12 HORAS	R\$ 1.200,00
02	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA NOTURNO	12 HORAS	R\$ 1.250,00
03	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FINAL DE SEMANA DIURNO	12 HORAS	R\$ 1.250,00
04	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FINAL DE SEMANA NOTURNO	12 HORAS	R\$ 1.300,00

05	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 160,00
06	SERVIÇO DE SUPERVISÃO MÉDICA POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA/ GENERALISTA	HORA	R\$ 140,00
07	SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 63,14
08	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO CLÍNICO	HORA	R\$ 100,00
09	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - COORDENAÇÃO	12 HORAS	R\$ 1.150,00

TABELA 14 - GUAÇUÍ

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

TABELA 15 - CASTELO

Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
01	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA DIURNO	12 HORAS	R\$ 1.000,00
02	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA NOTURNO	12 HORAS	R\$ 1.100,00
03	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FINAL DE SEMANA DIURNO	12 HORAS	R\$ 1.100,00
04	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FINAL DE SEMANA NOTURNO	12 HORAS	R\$ 1.200,00
05	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00
06	SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 63,14

07	SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO 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	VALOR LÍQUIDO
01	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00
02	SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 63,14

TABELA 17 - MUNIZ FREIRE

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

TABELA 18 - IJUNA

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

TABELA 20 - ICONHA

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

03	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FINAL DE SEMANA DIURNO	12 HORAS	R\$1.100,00
04	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FINAL DE SEMANA NOTURNO	12 HORAS	R\$1.200,00
05	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$140,00
06	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 95,00
07	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO COORDENADOR	HORA	R\$140,00
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

Protocolo 1765853

Portaria

PORTARIA CIM POLO SUL Nº 16 - R DE 10 DE ABRIL DE 2026.

DISPÕE SOBRE PONTO FACULTATIVO NO CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLO SUL CIM POLO SUL NO DIA 20 DE ABRIL DE 2026, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

O Presidente do CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLO SUL, o Sr. Gedson Brandão Paulino, Prefeito Municipal de Iconha/ES, no uso de suas atribuições legais, que lhe confere Contrato de Consórcio Público e Estatuto do CIM POLO SUL;

CONSIDERANDO decreto municipal nº 037/2026 do município de Mimoso do Sul datado em 09 de abril de 2026, o qual estabelece ponto facultativo no dia que se menciona;

CONSIDERANDO que no dia 21 de abril de 2026 é feriado nacional em homenagem a Tiradentes, conforme previsto na legislação Federal vigente;

CONSIDERANDO que a sede do CIM POLO SUL segue feriados e pontos facultativos do Município de Mimoso do Sul/ES sedo do CIM POLO SUL.

RESOLVE:

Art. 1º. Fica estabelecido ponto facultativo no dia 20 de abril de 2026.

Art. 2º. Não haverá prejuízo na remuneração dos empregados públicos, bem como não haverá necessidade de compensação de horas.

Art. 3º. Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogam-se as disposições em contrário.

Mimoso do Sul, 10 de Abril de 2026.

Gedson Brandão Paulino
Presidente do CIM POLOS SUL

Protocolo 1766802

Contrato

RESUMO DO CONTRATO Nº 011/2026
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 1026/2025
PREGÃO ELETRÔNICO Nº. 017/2025
ID/CIDADES Nº. 2025.501C2600006.01.0019

Contratante: CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLO SUL - CIM POLO SUL

Contratada: ALL SOLUTIONS MEDICAL PRODUTOS MÉDICOS HOSPITALARES LTDA

Objeto: AQUISIÇÃO DE MATERIAL MÉDICO HOSPILATAR, visando atendimento ao projeto SAMU 192 do CIM POLO SUL, nas condições estabelecidas no presente Contrato.

VALOR TOTAL: R\$ 186.000,00 (cento e oitenta e seis mil reais).

Dotação Orçamentária:

01 - CIM POLO SUL - CONSÓRCIO PÚBLICO POLO SUL
01 - CIM POLO SUL - CONSÓRCIO PÚBLICO POLO SUL
2.004 - GESTÃO ASSOCIADA DOS SERVIÇO DO SAMU
Elemento Despesa: 3.3.90.30.00.00 - MATERIAL DE CONSUMO
Subelemento Despesa: 3.3.90.30.09.00.00 - MATERIAL FARMACO-LÓGICO
Fonte de Recursos: 1880.0000 - RECURSOS PRÓPRIOS

Vigência: 12 (doze) meses a contar da data de assinatura do Contrato.

Data da Assinatura: 10/04/2026

Gedson Brandão Paulino
Presidente do CIM POLO SUL

Protocolo 1766321

RESUMO DO CONTRATO Nº 012/2026
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 1026/2025
PREGÃO ELETRÔNICO Nº. 017/2025
ID/CIDADES Nº. 2025.501C2600006.01.0019

Contratante: CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLO SUL - CIM POLO SUL

Contratada: COFARMINAS COMÉRCIO DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS LTDA

Objeto: AQUISIÇÃO DE MATERIAL MÉDICO HOSPILATAR, visando atendimento ao projeto SAMU 192 do CIM POLO SUL, nas condições estabelecidas no presente Contrato.