Contratada: ELLEDIANA ANDRADE SERVIÇOS MEDICOS LTDA, CNPJ 67.695.855/0001-55.
Objeto: O objeto do presente Termo de Credenciamento é a prestação de serviços de saúde constantes do Anexo I do Edital de chamamento Público n°01/2026.
Vigência: 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data de sua assinatura.
Data de Assinatura: 03 de agosto de 2026.

Luciano Roncetti Pimenta
Presidente do Consórcio Público da Região Sudoeste Serrana - CIM PEDRA AZUL
Contratante

Elleddiana de Oliveira Andrade
Elleddiana Andrade Serviços Médicos Ltda
Contratada

Protocolo 1843047

RESUMO DE TERMO DE CREDENCIAMENTO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE Nº 106/**2026 ORIUNDO DO CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2026 - CIM PEDRA AZUL.**
Contratante: Consórcio Público da Região Sudoeste Serrana - CIM PEDRA AZUL, **CNPJ** Nº 02.760.004/0001-01
Contratada: MANHONI LIMA SERVIÇOS MEIDCOS LTDA, CNPJ 65.981.860/0001-07.
Objeto: O objeto do presente Termo de Credenciamento é a prestação de serviços de saúde constantes do Anexo I do Edital de chamamento Público n°01/2026.
Vigência: 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data de sua assinatura.
Data de Assinatura: 03 de agosto de 2026.

Luciano Roncetti Pimenta
Presidente do Consórcio Público da Região Sudoeste Serrana - CIM PEDRA AZUL
Contratante

Amanda Manhoni Lima
Manhoni Lima Serviços Médicos Ltda
Contratada

Protocolo 1843053

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

Deliberação

ATA Nº 03/2026 REUNIÃO DA ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA DO CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO POLO SUL - CIM POLO SUL

Aos dezesseis (16) dias do mês de julho (07) do ano de dois mil e vinte e seis (2026), às nove e trinta horas (09:30h) em segunda convocação, conforme preconiza o Contrato de Consórcio Público, na sede do CIM POLO SUL no município de Mimoso do Sul/ES, realizou-se a Reunião Extraordinária da Assembleia Geral do Consórcio Público da Região Polo Sul, estando presentes prefeitos, vice prefeitos, secretários (as) municipais de saúde dos municípios consorciados que vieram com procuração, tendo a reunião o objetivo de deliberar sobre os assuntos constantes da ordem do dia. O Presidente do Consórcio, 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, passou a palavra à Superintendente Administrativa e Financeira do CIM POLO SUL, Sra. Katiuscia Scarpini Pavão, para que procedesse com a leitura da Ata 02 da reunião da Assembleia Geral realizada no dia 09/07/2026, 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 presente ata. Iniciada a apreciação dos assuntos constantes da Ordem do Dia, foram prestados os devidos esclarecimentos durante o processo de discussão, e em seguida, foram tomadas as seguintes deliberações: **Item 01 - Apreciação da prestação de Contas do 1º Quadrimestre do ano de 2026 do CIM POLO SUL, SAÚDE FÁCIL, FARMÁCIA CIDADÃ e SAMU 192:** Foi realizada pela superintendente do CIM POLO SUL, Srª Katiuscia Scarpini Pavão, a leitura do Parecer nº 02/2026, datado de 23/06/2026, o qual julgou pela regularidade das contas apreciadas referente ao primeiro quadrimestre do exercício financeiro de 2026, e recomendou à Assembleia Geral a aprovação da prestação de contas do período analisado referente ao CIM POLO SUL, Saúde Fácil, Farmácia Cidadã e ao 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 as prestações de contas referentes ao primeiro quadrimestre do exercício financeiro de 2026, passando o parecer do conselho fiscal a integrar a presente ata como Anexo I. **Item 02- Eleição dos membros que integram a Diretoria do CIM POLO SUL, para biênio 2027/2028, a saber: Presidente, Vice-Presidente:** Na forma prevista no Contrato de Consórcio Público e Estatuto do Consórcio, diante da existência de chapa única inscrita, colocado em votação realizou-se por unanimidade a eleição de sua nova diretoria, deliberando pela prorrogação do mandato da atual diretoria por mais 02 anos (biênio 2027/2028), ficando assim composta:
- **Presidente:** Eleito o Prefeito do município de Iconha/ES;
- **Vice Presidente**: Eleito o Prefeito do município de Alegre/ES.
Item 03 - Eleição dos membros do Conselho de Administração do CIM POLO SUL para biênio 2027/2028: Na forma prevista no Contrato de Consórcio Público e Estatuto do Consórcio, diante da existência de chapa única inscrita, colocado em votação realizou-se por unanimidade a eleição do Conselho de Administração, para mandato de 02 anos (biênio 2027/2028), ficando assim composto pelos prefeitos dos municípios de:
- **Presidente:** Município consorciado de Iconha/ES;
- **Vice Presidente**: Município consorciado de Alegre/ES;
- **Membro:** Município consorciado de Jerônimo Monteiro;
- **Membro:** Municipio Consorciado Mimoso do Sul/ES.

Item 04 - Eleição dos membros que integram o Conselho Fiscal do CIM POLO SUL para o biênio 2027/2028: Na forma prevista no Contrato de Consórcio Público e Estatuto do Consórcio, diante da existência de chapa única inscrita, colocado em votação realizou-se por unanimidade a eleição dos membros e diretoria do Conselho Fiscal, para biênio 2027/2028, ficando assim composto:
- **Presidente:** Secretário (a) de Saúde do município de Apiacá/ES;
- **Vice Presidente:** Secretário (a) de Saúde do município de Iconha/ES;
- **Primeiro Secretário:** servidor (a) público do município de Dores do Rio Preto/ES;
- **Segundo Secretário:** servidor (a) público do município de Alegre/ES;
- **Vogais:** contador (a) do município de Iconha/ES;
- **Membro da sociedade civil**: município de Mimoso do Sul/ES**.**

Item 05 - Eleição da Diretoria da Câmara Setorial de Saúde do CIM POLO SUL para mandato no ano de 2027 a saber: Coordenador e Subcoordenador: Na forma prevista no Contrato de Consórcio Público e Estatuto do Consórcio, colocado em votação realizou-se por unanimidade a eleição da Câmara Setorial de Saúde, ficando assim composta:
- **Coordenador:** Secretário (a) de Saúde do município de Alegre/ES;
- **Subcoordenador**: Secretário (a) de Saúde do município de Mimoso do Sul/ES.

Item 06 - Eleição da Diretoria da Câmara Setorial de Compras Compartilhadas e Contratações do CIM POLO SUL para mandato no ano de 2027 a saber: Coordenador e Subcoordenador: Na forma prevista no Contrato de Consórcio Público e Estatuto do Consórcio, diante da existência de chapa única inscrita, colocado em votação realizou-se por unanimidade a eleição da Câmara Setorial de Compras Compartilhadas e Contratações, ficando assim composta:
- **Coordenador:** Secretário (a) de Administração do município de Iconha/ES;
- **Subcoordenador**: Secretário (a) de Administração do município de Presidente Kennedy/ES;

Item 07 - Eleição da Diretoria da Câmara Setorial de Defesa Civil e Desastres Naturais do CIM POLO SUL para mandato no ano de 2025 a saber: Coordenador e Subcoordenador: Na forma prevista no Contrato de Consórcio Público e Estatuto do Consórcio, diante da existência de chapa única inscrita, colocado em votação realizou-se por unanimidade a eleição da Câmara Setorial de Defesa Civil e Desastres Naturais, ficando assim composta:
- **Coordenador:** Secretário (a) de Defesa Civil do município de Bom Jesus do Norte/ES;
- **Subcoordenador**: Superintendente de Defesa Civil do município de Alegre/ES.

Item 08 - Outros Assuntos: Item 8.1 - Apreciação da proposta de inclusão de aplicação de contraste na Tabela de Valores de Serviços e Procedimentos de Saúde - TVSPS do CIM POLO SUL: A Superintendente do CIM POLO SUL, Sra. Katiuscia Scarpini Pavão, informou aos presentes que alguns municípios consorciados têm enfrentado dificuldades na realização de exames que necessitam da utilização de contraste. Esclareceu que essa necessidade, em muitos casos, somente é identificada quando o paciente já se encontra na clínica para a realização do procedimento. Ressaltou, ainda, que a Tabela de Valores de Serviços e Procedimentos de Saúde (TVSPS) do CIM POLO SUL não contempla a opção de aplicação de contraste para determinados exames, motivo pelo qual foi proposta a inclusão desse procedimento. Em seguida, foi apreciada a proposta de inclusão do procedimento de Aplicação de Contraste na Tabela de Valores de Serviços e Procedimentos de Saúde (TVSPS) do CIM POLO SUL. Após amplo debate e diante de todas as informações e esclarecimentos prestados foi aprovado por unanimidade a inclusão do procedimento de Aplicação de Contraste na TVSPS no valor de R$ 100,00, passando a integrar a tabela do CIM POLO SUL conforme Anexo II que integra a presente Ata. **Item 08.2 - Apreciação do relatório referente a proposta de regularização do Saldo Remanescente dos Recursos da COVID-19:** Conforme deliberação da Assembleia Geral do Consórcio Público da Região Polo Sul - CIM POLO SUL, realizada no dia 27 de março de 2026, foi realizado um levantamento junto a contabilidade e, por meio do sistema de gestão módulo consórcio, para apuração do saldo financeiro remanescente dos Recursos da COVID-19 em conta bancária deste consórcio**.** Após as verificações, constatou-se que, do saldo atual da conta, no valor de R$ 32,00 pertence ao Município de Vargem Alta e R$ 1,02 pertence ao Município de Bom Jesus do Norte. Em relação ao saldo remanescente, foi verificado que as despesas custeadas com recursos da COVID-19 foram, à época, pagas por meio da conta do contrato programa e, após os devidos esclarecimentos foi aprovado por unanimidade que seja devolvido os recursos financeiros acima mencionados aos respectivos municípios consorciados acima referidos, e o valor pago equivocadamente a conta corrende do contrato de programa seja devolvido e também realizado a transferência do rendimento para conta de rendimentos do CIM POLO SUL. **Item 08.3 - Apreciação da proposta de implantação do Projeto de Assistência em Saúde:** Foi apresentada à Assembleia a proposta de implantação de um projeto voltado à assistência em saúde mental. A Superintendência informou que recebeu a visita de médicos psiquiatras que manifestaram interesse em desenvolver a iniciativa em parceria com o Consórcio. O projeto, ainda em fase de estruturação, tem como finalidade ampliar a oferta de atendimento a pacientes que necessitam de internação psiquiátrica, incluindo aqueles encaminhados em cumprimento a determinações judiciais. Após as discussões, a proposta foi aprovada por unanimidade, ficando deliberado o encaminhamento da proposta em discussão à Câmara Setorial de Saúde, outorgando competência para a deliberação sobre a proposta de implantação de um projeto voltado à assistência em saúde mental e sua inclusão na TVSPS do CIM POLO SUL. **Item 08.4 - Apreciação da proposta de implantação do Projeto para a população idosa:** O Prefeito de Atílio Vivacqua, Hélio Humberto Lima Filho, destacou a importância da elaboração de projetos voltados à população idosa, ressaltando as dificuldades enfrentadas pelo município na contratação de instituições de acolhimento e casas de apoio para atendimento dessa demanda. A proposta foi colocada em votação sendo aprovado que a equipe do consórcio mantenha diálogo com os municípios para levantamento da real demanda existente e com o encaminhamento das demandas pelas secretarias municipais competentes, apresente na próxima reunião da assembleia geral proposta de projeto que possa ser desenvolvido e implantado em

parceria com os órgãos do governo estadual. **Item 08.5 - Apreciação da proposta de implantação de Projeto voltado para animais de rua:** Os Prefeitos dos Municípios de Jerônimo Monteiro, São José do Calçado e de Alegre manifestaram preocupação com o crescente número de animais soltos nas vias públicas, especialmente cavalos e cães, situação que tem ocasionado acidentes de trânsito, mordeduras e outros riscos à população. Ressaltaram que o problema já configura uma questão de saúde pública, tendo em vista, inclusive, o potencial de transmissão de zoonoses por animais domésticos. Diante das manifestações, o Presidente do CIM POLO SUL, Gedson Brandão Paulino, assumiu o compromisso de levar a demanda ao Secretário de Estado do Meio Ambiente, bem como buscar apoio junto aos Governos Estadual e Federal para a construção de soluções voltadas ao enfrentamento dessa problemática. Colocado em votação, por unanimidade foi autorizado outorgar competência ao presidente do CIM POLO SUL para tratar deste assunto junto aos órgãos dos governos estadual e federal, na defesa de interesses dos municípios consorciados. **Item 08.6 - Apreciação da proposta de contratação de empresa para o Descartes de Resíduos Sólidos (aterros sanitários):** Os Prefeitos apresentoram pauta referente à destinação e ao descarte de resíduos sólidos em aterros sanitários. Durante a discussão, foi proposta a realização de estudo de valores de Aterro Regional de Tratamento de Resíduos Sólidos Urbanos e de Resíduos de Serviços de Saúde no Rio de Janeiro e no Espírito Santo, com o objetivo de avaliar a viabilidade de uma contratação por meio do Consórcio para a destinação final adequada de RSU e de RSS dos municípios consorciados, verificando se os valores ofertados seriam mais vantajosos do que aqueles praticados em contratações realizadas individualmente pelos municípios. Os Prefeitos dos Municípios de Alegre, Dores do Rio Preto, Bom Jesus do Norte e São José do Calçado manifestaram interesse no tema e, após ampla discussão e debate do assunto, sendo colocado em votação, por unanimidade aprovou-se a comissão formada pelos Prefeitos dos Municípios de Alegre, Dores do Rio Preto, Bom Jesus do Norte e São José do Calçado, a qual ficará responsável juntamento com o presidente do CIM POLO SUL por agendar reuniões, a fim de discutir o interesse dos municípios na contratação consorciada e analisar a viabilidade técnica e econômica da proposta. Nada mais havendo a tratar, o presidente do consórcio, Sr. Gedson Brandão Paulino, prefeito de Iconha, declarou encerrada a reunião às 11h35min, 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

ANEXO I

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

PARECER Nº 02 DE 23 DE JUNHO 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 23 (vinte e três) de junho de 2026, por meio de webconferência, com a finalidade de apreciar a Prestação de Contas referente ao primeiro quadrimestre de 2026 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 11 de junho 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 janeiro a abril de 2026, 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. Durante a reunião foram apreciados os apontamentos apresentados pelos membros do Conselho Fiscal, especialmente quanto à inadimplência de alguns entes consorciados em relação aos Contratos de Rateio e ao aumento do faturamento dos laboratórios credenciados. Os esclarecimentos prestados pela Gerência Administrativa e pela Contabilidade demonstraram que os municípios inadimplentes já foram devidamente notificados para regularização dos débitos, com prazo estabelecido até 31 de julho de 2026, e que o faturamento dos laboratórios decorre exclusivamente da demanda e dos agendamentos realizados pelos municípios consorciados. Após os devidos esclarecimentos os membros do Conselho Fiscal deliberaram por unanimidade pela regularidade das contas apresentadas referentes ao primeiro quadrimestre do exercício financeiro de 2026, Dessa forma, o Conselho Fiscal recomenda a aprovação da referida prestação de contas pela Assembleia Geral do CIM POLO SUL/ES.
Mimoso do Sul - ES, 23 de junho de 2026.

Srª Flavia Zanardi
Presidente do Conselho Fiscal
Secretária de Saúde de Apiacá/ES

ANEXO II

TVSPS - Tabela de Valores de Serviços e Procedimentos de Saúde do CIM POLO SUL, aprovada na Reunião Extraordinária da Assembleia Geral, do dia 16/07/2026

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 MÉDICA	R$ 50,00
11	DERMATOLOGIA	R$ 50,00
12	ENDOCRINOLOGISTA	R$ 50,00
13	GASTROENTEROLOGISTA	R$ 50,00
14	GERIATRIA	R$ 50,00

15	GINECOLOGIA	R$ 50,00
16	HEMATOLOGISTA	R$ 60,00
17	HOMEOPATIA	R$ 50,00
18	MEDICINA DO TRABALHO	R$ 50,00
19	NEFROLOGIA	R$ 50,00
20	NEUROLOGIA	R$ 60,00
21	NEUROPEDIATRA	R$ 60,00
22	OBSTETRICIA	R$ 50,00
23	ONCOLOGISTA	R$ 50,00
24	OFTALMOLOGISTA COM EXAME DE FUNDO DE OLHO	R$ 50,00
25	ORTOPEDIA	R$ 50,00
26	OTORRINOLARINGOLOGISTA	R$ 50,00
27	PEDIATRIA	R$ 50,00
28	PNEUMOLOGISTA	R$ 50,00
29	PSIQUIATRIA	R$ 60,00
30	PROCTOLOGISTA	R$ 60,00
31	REUMATOLOGIA	R$ 60,00
32	UROLOGIA	R$ 60,00
Nº	A.1 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR MEIO DE TELEMEDICINA EM:	
1	ACUPUNTURISTA	R$ 45,00
2	ALERGISTA	R$ 45,00
3	ANGIOLOGIA	R$ 45,00
4	ANESTESISTA	R$ 45,00
5	CARDIOLOGIA	R$ 45,00
6	CARDIOLOGIA COM RISCO CIRURGICO	R$ 45,00
7	CARDIOLOGIA PEDIATRA	R$ 45,00
8	CIRURGIA GERAL	R$ 45,00
9	CLINICO GERAL	R$ 45,00
10	CLINICA MÉDICA	R$ 45,00
11	DERMATOLOGIA	R$ 45,00
12	ENDOCRINOLOGISTA	R$ 45,00
13	GASTROENTEROLOGISTA	R$ 45,00
14	GERIATRIA	R$ 45,00
15	GINECOLOGIA	R$ 45,00
16	HEMATOLOGISTA	R$ 45,00
17	HOMEOPATIA	R$ 45,00
18	MEDICINA DO TRABALHO	R$ 45,00
19	NEFROLOGIA	R$ 45,00
20	NEUROLOGIA	R$ 45,00
21	NEUROPEDIATRA	R$ 45,00
22	OBSTETRICIA	R$ 45,00
23	ONCOLOGISTA	R$ 45,00
24	OFTALMOLOGISTA COM EXAME DE FUNDO DE OLHO	R$ 45,00
25	ORTOPEDIA	R$ 45,00
26	OTORRINOLARINGOLOGISTA	R$ 45,00
27	PEDIATRIA	R$ 45,00
28	PNEUMOLOGISTA	R$ 45,00
29	PSIQUIATRIA	R$ 45,00
30	PROCTOLOGISTA	R$ 45,00
31	REUMATOLOGIA	R$ 45,00
32	UROLOGIA	R$ 45,00
Nº	A.2 - 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	A.3 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) EM ODONTOLOGIA:	
1	CONSULTA DE URGENCIA E EMERGENCIA (NOTURNA/FINAL DE SEMANA E FERIADOS)	R$ 70,80
2	CONSULTA DE CONDICIONAMENTO PEDIATRICO (MÁXIMO DE 2)	R$ 69,43
3	CONSULTA DE CONDIONAMENTO DE PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS ADULTO E PEDIATRICO (MÁXIMO 2)	R$ 95,03
4	CONSULTA DE ATM	R$ 90,20
Nº	B - DIAGNÓSTICO EM OFTALMOLOGIA	
1	ANGIOGRAFIA FLUORESCENTE	R$ 185,00
2	BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)	R$ 54,00
3	CAMPO VISUAL OU CAMPIMETRIA	R$ 60,00
4	POTENCIAL ACUIDADE VISUAL	R$ 27,00
5	GONIOSCOPIA	R$ 43,20
6	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 CÓRNEA	R$ 60,00
10	OCT - TOMOGRAFIA COERENCIA OPTICA	R$ 200,00
11	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA / CORNEANA	R$ 60,00
12	PAM - TESTE ACUIDADE VISUAL	R$ 27,00
13	MAPEAMENTO DE RETINA OU FUNDO DO OLHO	R$ 43,20
14	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA	R$ 84,50
15	RETINOGRAFIA COLORIDA POR OLHO	R$ 39,88
16	CURVA TENSIONAL	R$ 60,00
17	DACRIOCISTOGRAFIA (VIAS LACRIMAIS)	R$ 130,00
Nº	C - DIAGNÓSTICO POR BIOPSIA	
1	ASPIRAÇÃO PULMONAR	R$ 220,00
2	BIOPSIA DE MAMA	R$ 250,00
3	BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES	R$ 250,00
4	BIOPSIA DO COLO UTERINO	R$ 250,00
5	BIOPSIA DE PROSTATA (GUIADA POR ULTRASSONOGRAFIA TRANS-RETAL	R$ 250,00
6	BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE (PAAF)	R$ 145,00
7	BIOPSIA DE FIGADO POR PUNÇÃO	R$ 200,00
8	ESTEROTAXIA	R$ 150,00
9	CONIZAÇÃO (CAF)	R$ 250,00
10	CORE BIOPSIA/ POR MAMOGRAFIA	R$ 250,00
11	COREBIOPSIA/ POR ULTRASSON MAMÁRIA	R$ 250,00
12	BIOPSIA MAIS PESQUISA HPV	R$ 99,39
13	BIOPSIA MAIS PESQUISA H.PILORY	R$ 99,39
14	BIOPSIA SIMPLES	R$ 83,25
15	BIOPSIA SIMPLES PEÇA ADICIONAL	R$ 77,00
Nº	D - DIAGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO	
1	CINTILOGRAFIA C/ GALIO	R$ 1.280,00
2	CINTILOGRAFIA CEREBRAL COM FLUXO SANGUINIO	R$ 416,00
3	CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILARERAL)	R$ 960,00
4	CINTILOGRAFIA DIRETA	R$ 250,00
5	CINTILOGRAFIA FIGADO E BAÇO	R$ 440,00
6	CINTILOGRAFIA FIGADO E VIAS BILIARES	R$ 480,00
7	CINTILOGRAFIA INDIRETA	R$ 400,00
8	CINTILOGRAFIA OSSEA (CORPO INTEIRO COM OU SEM FLUXO SANGUINIO)	R$ 416,00
9	CINTILOGRAFIA PARA TESTE DE HELICOBACTER PYLORI COM C14	R$ 480,00
10	CINTILOGRAFIA PARATIREOIDES	R$ 800,00
11	CINTILOGRAFIA PULMÃO POR INALAÇÃO (MINIMO 2 PORÇÕES)	R$ 480,00
12	CINTILOGRAFIA PULMÃO POR PERFUSÃO (MINIMO 4 PORÇÕES)	R$ 560,00
13	CINTILOGRAFIA RENAL DMSA-ESTÁTICA/ DINAMICA/ RENOGRAMA	R$ 1.040,00
14	CINTILOGRAFIA TIREOIDE	R$ 304,00
15	CINTILOGRAFIA TESTICO E BOLSA ESCROTAL	R$ 400,00
16	CINTILOGRAFIA MIOCARDICA REPOUSO/ESFORÇO (SPECT)	R$ 1.120,00
17	CINTILOGRAFIA ESOFAGICO COM ESVAZIAMENTO GASTRICO	R$ 376,00
18	CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE HEMORRAGIAS NÃO ATIVAS	R$ 480,00
19	CINTILOGRAFIA COM PERFUSÃO CEREBRAL COM TALIO	R$ 1.440,00
20	PESQUISA DE METASTASE DO CORPO TOTAL	R$ 340,00
21	LINFOCINTILOGRAFIA	R$ 240,00
Nº	E - DIAGNÓSTICO EM GINECOLOGIA	
1	COLPOSCOPIA	R$ 65,00
2	COLPOSCOPIA + BIOPSIA	R$ 73,50
Nº	F - 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	G - PROCEDIMENTOS COMPLEMENTARES	
1	ANESTEGIA GERAL E REGIONAL (SERVIÇO DE ANESTESIA)	R$ 180,00
2	APLICAÇÃO DE CONTRASTE	R$ 100,00
Nº	H - TESTES ALÉRGICOS	
1	TESTE ALIMENTAR	R$ 100,00
2	TESTE DE CONTATO	R$ 120,00
3	TESTE INALANTE	R$ 70,00
Nº	I - DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA	
1	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	R$ 450,00
2	RADIOGRAFIA COLUNA VERTEBRAL / TOTAL P ESCOLIOSE PANORAMICA AP/PERFIL	R$ 100,00
3	RADIOGRAFIA DA FACE	R$ 35,00
4	RADIOGRAFIA ABDOME	R$ 25,00
5	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP E PERFIL)	R$ 45,00
6	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP)	R$ 40,00
7	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO	R$ 40,00
8	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	R$ 25,00
9	RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO-MALAR	R$ 25,00
10	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	R$ 30,00
11	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO BACIA SACRO-ILIACA	R$ 30,00
12	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	R$ 30,00
13	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL (OMBRO)	R$ 30,00
14	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	R$ 25,00
15	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO EXTERNO	R$ 30,00
16	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	R$ 25,00
17	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	R$ 25,00
18	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (TORNOZELO)	R$ 25,00
19	RADIOGRAFIA DE BACIA	R$ 35,00
20	RADIOGRAFIA DE BRAÇO	R$ 30,00

21	RADIOGRAFIA DE CALCANEO	R$ 30,00
22	RADIOGRAFIA DE CAVUM	R$ 30,00
23	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	R$ 30,00
24	RADIOGRAFIA CLISTER OPACO	R$ 35,00
25	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL	R$ 30,00
26	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	R$ 35,00
27	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL)	R$ 30,00
28	RADIOGRAFIA DE COLUNA DORSAL	R$ 35,00
29	RADIOGRAFIA DE COLUNA DORSAL (AP + LAT + OBLIQUAS)	R$ 35,00
30	RADIOGRAFIA DE COLUNA DORSAL (AP E LAT)	R$ 30,00
31	RADIOGRAFIA DE COLUNA DORSO - LOMBAR AP-LAT (TORACICA)	R$ 35,00
32	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBAR	R$ 40,00
33	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBAR (PA E PERFIL)	R$ 40,00
34	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBAR DINAMICA	R$ 40,00
35	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBAR OBLIQUA	R$ 45,00
36	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (AP + LAT + OBLIQUAS)	R$ 40,00
37	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (AP E LAT)	R$ 35,00
38	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (FM + MN + LAT + OBLIQUAS)	R$ 35,00
39	RADIOGRAFIA DE COSTELA	R$ 30,00
40	RADIOGRAFIA DE COSTELA (HEMITORAX)	R$ 28,00
41	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R$ 30,00
42	RADIOGRAFIA DE COXA	R$ 30,00
43	RADIOGRAFIA DE CRANIO	R$ 30,00
44	RADIOGRAFIA DE CRANIO (AP + LATERAL)	R$ 30,00
45	RADIOGRAFIA DE CRANIO (AP + PERFIL + BRETTON)	R$ 30,00
46	RADIOGRAFIA DE CRANIO (OBLIQUA + BRETTON HIRTZ)	R$ 30,00
47	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	R$ 35,00
48	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	R$ 25,00
49	RADIOGRAFIA DE FEMUR	R$ 30,00
50	RADIOGRAFIA DE MÃO, PUNHO (PARA DETERMINAÇÃO DE IDADE OSSEA)	R$ 30,00
51	RADIOGRAFIA DE JOELHO	R$ 30,00
52	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU ROTULA (AP + LATERAL + AXIAL)	R$ 30,00
53	RADIOGRAFIA DE JOELHO(AP + LATERAL + AXIAL)	R$ 30,00
54	RADIOGRAFIA DE MAO	R$ 30,00
55	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	R$ 30,00
56	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE	R$ 35,00
57	RADIOGRAFIA DE MAXILAR INFERIOR (PA + OBLIQUA)	R$ 23,00
58	RADIOGRAFIA DE OMBRO (AP+ PERFIL + ROTACOES)	R$ 35,00
59	RADIOGRAFIA DE OMBRO (ARTICULAÇÃO ACROMIO/CLAVICULAR/ OMOPLATA/ESCAPULO UMERAL)	R$ 30,00
60	RADIOGRAFIA DE OMBRO OU OMOPLATA	R$ 30,00
61	RADIOGRAFIA DE ORBITAS BILATERAL(PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	R$ 30,00
62	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (AP + LAT / FN + MN + LAT)	R$ 30,00
63	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE NARIZ TORCIDO (FN + MN + LATERAL)	R$ 30,00
64	RADIOGRAFIA DE PE (PODACTILOS)	R$ 30,00
65	RADIOGRAFIA DE PUNHO	R$ 30,00
66	RADIOGRAFIA DE QUADRIL	R$ 30,00
67	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIX	R$ 30,00
68	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + PERFILL + HIRTZ)	R$ 35,00
69	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN)	R$ 30,00
70	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE E CAVUM	R$ 35,00
71	RADIOGRAFIA DE SELA TURCICA (PA + LATERAL + BRETTON)	R$ 30,00
72	RADIOGRAFIA DE TORAX	R$ 25,00
73	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA)	R$ 25,00
74	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	R$ 30,00
75	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL)	R$ 35,00
76	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	R$ 30,00
77	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	R$ 25,00
78	RADIOGRAFIA DE TORNOZELO	R$ 30,00
79	RADIOGRAFIA DE TRANSITO DELGADO COM CONTRASTE	R$ 120,00
80	RADIOGRAFIA DE UMERO	R$ 30,00
81	RADIOGRAFIA ESCANOMETRIA	R$ 30,00
82	RADIOGRAFIA PANORAMICA DA COLUNA LOMBAR	R$ 100,00
83	RADIOGRAFIA PANORAMICA DA COLUNA AP/PERFIL	R$ 85,00
84	RADIOGRAFIA PARA ESCOLIOSE DINAMICA	R$ 40,00
85	MAMOGRAFIA UNILATERAL	R$ 45,00
86	MAMOGRAFIA BILATERAL	R$ 90,00
87	DENSITOMETRIA OSSEA	R$ 70,00
Nº	J - DIAGNÓSTICO POR ULTRA-SONOGRAFIA	
1	ULTRASSONOGRAFIA DE PARTES MOLES	R$ 100,00
2	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL COM DOPPLER	R$ 95,00
3	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO VENOSO (CADA MEMBRO)	R$ 115,00
4	ULTRASSONOGRAFIA ABDOMINAL P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO	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 URINÁRIAS)	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, MAO, 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 PUNÇAO DE COLEÇOES 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 ARTÉRIAS RENAIS	R$ 115,00
41	ULTRASSONOGRAFIA HEMITORAX	R$ 40,00
42	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA C/ PERFIL BIOF. FETAL	R$ 70,00
43	ULTRASSONOGRAFIA PELVICA CONTROLE DE OVULAÇÃO	R$ 80,00
44	DOPPLER COLORIDO VENOSO DO MMI	R$ 125,00
Nº	K - DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA	
1	TOMOGRAFIA APARELHO URINARIO	R$ 420,00
2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COXO FEMURAL	R$ 190,00
3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA FACE	R$ 180,00
4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	R$ 160,00
5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR (COM CONTRASTE)	R$ 210,00
6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN TOTAL	R$ 420,00
7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ANTEBRACOS APENDICULARES	R$ 190,00
8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES	R$ 200,00
9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE BRACO (APENDICULARES UNILATERAL)	R$ 190,00
10	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL / DORSAL / LOMBAR	R$ 190,00
11	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COTOVELOS	R$ 200,00
12	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COXA	R$ 200,00
13	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FARINGE E LARINGE	R$ 200,00
14	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE JOELHO (ARTICULACAO)	R$ 200,00
15	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MANDIBULA (TEMPOROMANDI-BULARES)	R$ 190,00
16	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MAOS (APENDICULARES)	R$ 190,00
17	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTOIDES OU OUVIDOS	R$ 190,00
18	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE OMBROS	R$ 200,00
19	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ORBITAS (COM CONTRASTE)	R$ 170,00
20	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ORBITAS (SEM CONTRASTE)	R$ 120,00
21	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PE (APENDICULARES)	R$ 190,00
22	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA	R$ 160,00
23	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA (COM CONTRASTE)	R$ 210,00
24	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PERNAS (APENDICULARES)	R$ 190,00
25	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO	R$ 190,00
26	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOCO (COM CONTRASTE)	R$ 210,00
27	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PUNHOS	R$ 200,00
28	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES	R$ 190,00
29	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEIOS DA FACE	R$ 170,00
30	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA (COM CONTRASTE)	R$ 180,00
31	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA (SEM CONTRASTE)	R$ 120,00
32	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TIREOIDE	R$ 190,00
33	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	R$ 160,00
34	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX (COM CONTRASTE)	R$ 210,00
35	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DINAMICA (RECONSTRUCAO)	R$ 190,00

36	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO (COM CONTRASTE)	R$ 180,00
37	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO (SEM CONTRASTE)	R$ 120,00
38	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA OLHO OU OCULAR	R$ 120,00
39	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PARTES MOLES	R$ 154,00
40	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SACRO-ILIACA	R$ 180,00
41	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA TEMPOROMANDIBULAR	R$ 200,00
42	ANGIOTOMOGRAFIADE PELVE	R$ 410,00
43	ANGIOTOMOGRAFIA DE ABDOMEN	R$ 550,00
44	ANGIOTOMOGRAFIA DE CRANIO	R$ 410,00
45	ANGIOTOMOGRAFIA DE TORAX	R$ 510,00
46	ANGIOTOMOGRAFIA DAS ARTÉRIAS CORONÁRIAS	R$ 1.362,50
Nº	L - DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	
1	RESSONANCIA COMPUTADORIZADA DE CRANIO (COM ESPECTROS-COPIA)	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 + ESPECTROS-COPIA 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	M - CARDIOLOGIA	
1	ELETROCARDIOGRAMA	R$ 20,00
2	ECOCARDIOGRAMA	R$ 155,00
2	ECOCARDIOGRAMA DOPPLER CARÓTIDAS	R$ 150,00
3	ECOCARDIOGRAMA DOPPLER VERTEBRAIS E CAROTIDAS	R$ 155,00
4	ECOCARDIOGRAMA FETAL	R$ 330,00
5	ECOCARDIOGRAMA INFANTIL	R$ 215,00
6	ECOCARDIOGRAMA FARMACOLOGICO	R$ 400,00
7	ECOCARDIOGRAMA SOB STRESS	R$ 500,00
8	TESTE DE ESFORCO / 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	N - 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/ DILATACAO	R$ 200,00
9	ESOFAGOMETRIA	R$ 200,00
10	GASTRODUODENOSCOPIA	R$ 150,00
11	POLIPECTOMIA ENDOSCÓPICA	R$ 350,00
12	PH METRIA	R$ 200,00
13	REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO (TRATAMENTO CIRURGIÃO GASTRO--ESOFÁGICO)	R$ 250,00
14	RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXIVEL OU RIGIDA	R$ 150,00
Nº	O - NEUROLOGIA	
1	ELETROENCEFALOGRAMA	R$ 100,00
2	ELETROENCEFALOGRAMA COM SEDAÇÃO	R$ 350,00
3	ELETROENCEFALOGRAMA COM MAPEAMENTO	R$ 180,00
4	ELETRONEUROMIOGRAFIA 01 (UM MEMBRO)	R$ 200,00
5	ELETRONEUROMIOGRAFIA 02 (DOIS MEMBROS)	R$ 313,00
6	POLISSONOGRAFIA	R$ 400,00
Nº	P - UROLOGIA	
1	URODINÂMICA COMPLETA	R$ 130,00
2	UROGRAFIA ESCRETORA	R$ 280,00
3	UROFLUXOMETRIA	R$ 85,00
4	CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA	R$ 400,00
5	ESTUDO URODINAMICO MASCULINO	R$ 400,00
6	ESTUDO RENAL DINÂMICO COME SEM DIURETICO (DTPA)	R$ 200,00
7	URETROCISTOGRAFIA	R$ 130,00
Nº	Q - OTORRINOLARINGOLOGIA E FONOAUDIOLOGIA	
1	AUDIOMETRIA	R$ 105,00
2	AUDIOMETRIA COMPLETA ADULTO/INFANTIL	R$ 105,00
3	AUDIOMETRIA COMPORTAMENTAL	R$ 60,00
4	AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL	R$ 105,00
5	IMPEDANCIOMETRIA	R$ 60,00
6	NASOFINOLONINGOSCOPIA	R$ 80,00
7	BERA	R$ 200,00
8	VIDEO NASOFIBROSCOPIA	R$ 80,00
9	VIDEOLARINGOSCOPIA	R$ 75,00
10	VIDEOLARINGOSCOPIA E NASAL FLEXIVEL	R$ 80,00
11	TERAPIA DE REABILITAÇÃO AUDITIVA	R$ 40,00
12	VECTEOELETRONISTAGMOGRAFIA	R$ 105,00
13	EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS (TESTE DA ORELHINHA)	R$ 130,00
Nº	R - SESSÕES DE FISIOTERAPIA	
1	SESSÃO DE FISIOTERAPIA NEUROLÓGICA	R$ 20,00
2	SESSÃO DE FISIOTERAPIA ORTOPÉDICO/ TRAUMATOLÓGICO RESPIRATÓRIA/ REUMATOLÓGICA	R$ 20,00
3	SESSÃO DE FISIOTERAPIA RPG	R$ 26,75
5	HIDROTERAPIA	R$ 130,00
6	SESSÃO DE FISIOTERAPIA DE REFORÇO DO ACOALHO PÉLVICO	R$ 87,50
7	TERAPIA OCUPACIONAL	R$ 20,00
8	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS	R$ 20,00
9	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS	R$ 20,00
10	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NEONATO	R$ 20,00
11	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS	R$ 20,00
12	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE ONCOLÓGICO CLÍNICO	R$ 20,00
13	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA	R$ 20,00
14	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS C/ COMPROMETIMENTO SISTÊMICO	R$ 20,00
15	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS	R$ 20,00
16	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R$ 20,00
17	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R$ 20,00
18	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	R$ 20,00
19	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS-CIRURGIA CARDIOVASCULAR	R$ 20,00
20	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	R$ 20,00

21	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS--OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS	R$ 20,00
22	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	R$ 20,00
23	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS--OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MUSCULO- ESQUELETICAS C/ COMPLICAÇÕES SISTEMICAS	R$ 20,00
24	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO- CINÉTICOFUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R$ 20,00
25	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO- CINÉTICOFUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R$ 20,00
26	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVI-MENTO NEURO MOTOR	R$ 20,00
27	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMEN-TO COGNITIVO	R$ 20,00
28	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS-OPERA-TÓRIO DE NEUROCIRURGIA	R$ 20,00
29	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO	R$ 20,00
30	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE GRANDE QUEIMADO	R$ 20,00
31	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SEQÜELAS POR QUEIMADURAS (MÉDIO E GRANDE QUEIMADOS)	R$ 20,00
Nº	R.1 - OUTRAS SESSÕES	
1	SESSÃO HIPERBARICA	R$ 220,00
2	DOSE TERAPEUTICA DE IODO	R$ 750,00
3	EQUOTERAPIA	R$ 250,00
Nº	S - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E AMBULATORIAIS	
1	TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO	R$ 750,00
2	EXERESSE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PALBEBRA E SUPERCILIOS	R$ 300,00
3	CAPSULOTOMIA A YAG LASER	R$ 189,00
4	FOTOCOAGULACAO A LASER	R$ 185,00
5	ELETROCAUTERIZAÇÃO DO COLO UTERINO	R$ 57,50
Nº	S.1 - FACOEMULSIFICAÇÃO - Unilateral - com implante de lente;	
1	Deverão ser inclusos no procedimento os seguintes serviços: • Consulta com anestesista; • Consulta pré-cirurgica; • Facoemulsificação com implante de Lente Intra Ocular Rigida ou Dobrável; • Procedimento cirúrgico (Com acompanhamento de anestesista).	R$ 1.300,00
Nº	S.2- FACECTOMIA - Unilateral - sem implante de lente;	
2	Deverão ser inclusos no procedimento os seguintes serviços: • Consulta com anestesista; • Consulta pré-cirurgica; • Facectomia sem implante de Lente intra ocular; • Procedimento cirúrgico (Com acompanhamento de anestesista).	R$ 1.250,00
Nº	S.3- FACECTOMIA - Unilateral - com implante de lente;	
3	Deverão ser inclusos no procedimento os seguintes serviços: • Consulta com anestesista; • Consulta pré-cirurgica; • Facectomia com implante de Lente Intra Ocular; • Procedimento cirúrgico (Com acompanhamento de anestesista).	R$ 1.300,00

T - CIRURGIA GERAL ELETIVA
INCLUINDO: CIRURGIÃO, AUXILIAR DE CIRURGIA, ANESTESISTA, CONSULTA PRÉ E PÓS CIRURGICA E ANESTESICA (SE NECESSÁRIO), INTERNAÇÃO DE ATÉ 72HS, CASO HAJA COMPLICAÇÃO O HOSPITAL DEVE ACOMPANHAR O PACIENTE QUANTAS VEZES FOR NECESSÁRIO. NÃO INCLUI RISCO CIRURGICO

Nº	DESCRIÇÃO	
1	APENDICECTOMIA	R$ 829,24
2	BARTOLINECTOMIA (achei Marsupialização de glândula de bartolin)	R$ 449,36
3	COLEDOCOMIA COM OU SEM COLECISTECTOMIA	R$ 1.234,82
4	FISTULECTOMIA OU FISTULOTOMIA ANAL	R$ 508,24
5	HEMORROIDECTOMIA	R$ 631,88
6	COLECISTECTOMIA	R$ 1.391,54
7	COLECISTECTOMIA A VIDEO	R$ 1.386,10
8	COLPOPERINEOPLASTIA ANT E POST	R$ 944,86
9	CURETAGEM POS ABORTO	R$ 359,24
10	CURETAGEM SEMIOTICA (achei c/ou s/ dilatação do colo do útero)	R$ 334,84
11	POSTECTOMIA	R$ 876,48
12	ORQUIOPEXIA UNILATERAL	R$ 720,14
13	OOFORECTOMIA UNILATERAL OU BILATERAL	R$ 1.019,72
14	MIOMECTOMIA	R$ 1.057,88
15	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	R$ 869,98
16	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA BILATERAL	R$ 1.119,74
17	HERNIOPLASTIA INGUINAL BILATERAL	R$ 852,04
18	HERNIOPLASTIA INCISIONAL BILATERAL	R$ 1.079,84
19	HERNIOPLASTIA CRURAL BILATERAL	R$ 852,04
20	HERNIOPLASTIA CRURAL UNILATERAL	R$ 891,02
21	HERNIOPLASTIA INGUINAL UNILATERAL	R$ 891,02
22	HERNIOPLASTIA INCISIONAL UNILATERAL	R$ 1.079,84
23	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA UNILATERAL (obs não fala se é uni ou bilateral)	R$ 1.119,74
24	HISTERECTOMIA TOTAL	R$ 1.268,06
25	SALPINGECTOMIA (LAQUEADURA TUBARIA)	R$ 931,18
26	HIPERTROFIA PEQUENOS LABIOS (achei com nome de tratamento na frente)	R$ 238,70
27	EXERESE DE CISTO EPIDIDIMO	R$ 492,18
28	TRATAMENTO CIRURGICO DA HIDROCELE	R$ 513,94
29	TRATAMENTO CIRURGICO DA CISTOCELE	R$ 745,08
30	TRATAMENTO CIRURGICO DA VARICOCELE	R$ 515,12
31	TRATAMENTO DE VARIZES UNILATERAL (CADA PERNA)	R$ 966,74
32	VASECTOMIA	R$ 612,94
33	PARTO CESARIA ENFERMARIA	R$ 1.091,46
34	PARTO NORMAL	R$ 886,80
35	EXERESE DE CISTO TIREOGLOSSO	R$ 960,12
*Parto cesárea e normal inclui pediatra		

T.1 - CIRURGIA ORTOPEDICA ELETIVA (MÃO)
INCLUINDO: CIRURGIÃO, AUXILIAR DE CIRURGIA, ANESTESISTA, CONSULTA PRÉ E PÓS CIRURGICA E ANESTESICA (SE NECESSÁRIO), INTERNAÇÃO DE ATÉ 72HS, CASO HAJA COMPLICAÇÃO O HOSPITAL DEVE ACOMPANHAR O PACIENTE QUANTAS VEZES FOR NECESSÁRIO. NÃO INCLUI RISCO CIRURGICO.

Nº	DESCRIÇÃO	
1	ABSCESSO MÃO E DEDOS	R$ 446,62
2	ABSCESSO DEDO	R$ 446,62
3	AMPUTAÇAO DE DEDO(CADA)	R$ 488,60
4	RESSECÇAO APONEUROSE PALMAR(DOENÇA DUPUYTREM)	R$ 445,90
5	ARTRODESE INTERFALANGEANA(CADA)	R$ 427,58
6	CAPSULECTOMIAS PEQUENAS ARTICULAÇÕES	R$ 284,12
7	REGULARIZAÇAO 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	

T.2 - CIRURGIA ORTOPEDICA ELETIVA (OMBRO)
INCLUINDO: CIRURGIÃO, AUXILIAR DE CIRURGIA, ANESTESISTA, CONSULTA PRÉ E PÓS CIRURGICA E ANESTESICA (SE NECESSÁRIO), INTERNAÇÃO DE ATÉ 72HS, CASO HAJA COMPLICAÇÃO O HOSPITAL DEVE ACOMPANHAR O PACIENTE QUANTAS VEZES FOR NECESSÁRIO. NÃO INCLUI RISCO CIRURGICO.

Nº	DESCRIÇÃO	
1	BURSECTOMIAS	R$ 484,10
2	TENODESE CABO LONGO DO BICEPS	R$ 408,18
3	INFILTRAÇÕES	R$ 61,38
	*Com material incluso	

T.3 - CIRURGIA ORTOPEDICA ELETIVA (COTOVELO)
INCLUINDO: CIRURGIÃO, AUXILIAR DE CIRURGIA, ANESTESISTA, CONSULTA PRÉ E PÓS CIRURGICA E ANESTESICA (SE NECESSÁRIO), INTERNAÇÃO DE ATÉ 72HS, CASO HAJA COMPLICAÇÃO O HOSPITAL DEVE ACOMPANHAR O PACIENTE QUANTAS VEZES FOR NECESSÁRIO. NÃO INCLUI RISCO CIRURGICO.

Nº	DESCRIÇÃO	
1	INFILTRAÇÕES	R$ 61,38
	*Com material incluso	

T.4 - CIRURGIA ORTOPEDICA ELETIVA (JOELHO)
INCLUINDO: CIRURGIÃO, AUXILIAR DE CIRURGIA, ANESTESISTA, CONSULTA PRÉ E PÓS CIRURGICA E ANESTESICA (SE NECESSÁRIO), INTERNAÇÃO DE ATÉ 72HS, CASO HAJA COMPLICAÇÃO O HOSPITAL DEVE ACOMPANHAR O PACIENTE QUANTAS VEZES FOR NECESSÁRIO. NÃO INCLUI RISCO CIRURGICO.

Nº	DESCRIÇÃO	
1	INFILTRAÇOES	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	

T.5 - CIRURGIA ORTOPEDICA ELETIVA (PÉ)
INCLUINDO: CIRURGIÃO, AUXILIAR DE CIRURGIA, ANESTESISTA, CONSULTA PRÉ E PÓS CIRURGICA E ANESTESICA (SE NECESSÁRIO), INTERNAÇÃO DE ATÉ 72HS, CASO HAJA COMPLICAÇÃO O HOSPITAL DEVE ACOMPANHAR O PACIENTE
QUANTAS VEZES FOR NECESSÁRIO. NÃO INCLUI RISCO CIRURGICO.

Nº	DESCRIÇÃO	
1	AMPUTAÇAO DE DEDO (CADA)	R$ 676,06
2	CISTOS SINOVIAS	R$ 182,98
3	RECOSNTRUÇAO TENDAO DE AQUILES	R$ 411,82
	*Com material incluso	
Nº	U- SERVIÇOS DE OFTALMOLOGIA MÓVEL	
1	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA COM EXAME DE FUNDO DE OLHO E TONOMETRIA	R$ 40,00
2	ANGIOGRAFIA/RETINOGRAFIA FLUORESCENTE	R$ 185,00
3	BIOMETRIA ULTRASSONICA (MONOCULAR)	R$ 54,00
4	CAMPO VISUAL OU CAMPIMETRIA (MONO)	R$ 60,00
5	CERATOSCOPIA MONO	R$ 70,00
6	CIRURGIA DE PTERÍGIO	R$ 700,00
7	CURVA TENSIONAL DIÁRIA/ BI	R$ 60,00
8	ECOGRAFIA/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
	V - SERVIÇO ITINERANTE	
Nº	V.1- UNIDADE MÓVEL E FIXA TEMPORÁRIA PARA PRESTAÇÃO DE PACOTE DE SERVIÇOS EM OFTALMOLOGIA	VALOR
01	LOTE Nº 01 - COM ÓCULOS: 1- Triagem; 2- Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico); 3- Consulta médica em atenção especializada - Oftalmologista; 4- Administração de medicamentos na atenção especial; 5- Tonometria; 6- Fundoscopia; 7- Potencial de acuidade visual; 8- Auto refratômetro; 9- Armação acetato e lente.	R$ 329,00
02	LOTE Nº 02 - SEM ÓCULOS: 01- Triagem; 02- Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico); 03- Consulta médica em atenção especializada - Oftalmologista; 04- Administração de medicamentos na atenção especial; 05- Tonometria; 06- Fundoscopia; 07- Potencial de acuidade visual; 08- Auto refratômetro;	R$ 179,00
Nº	V.2 - CARRETA DA MULHER E DEMAIS ESPECIALIDADES	
ITEM	LOTE 01 - ESPECIFICAÇÕES PACOTE BÁSICO DE ULTRASSONOGRAFIA	VALOR(R$)
01	TRIAGEM, SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS, EXAME ULTRASSONOGRAFIA COM LAUDO E MATERIAL PENSIL. OBS: PARA ESSE LOTE SERÁ COBRADO EM DOBRO O SEGUNDO EXAME DE ULTRASSONOGRAFIA SIMPLES ASSOCIADO Á PEDIDO DE DOPPLER E SOLICITAÇÃO DE MAMA E EXILA JUNTOS.	R$ 140,00
	TOTAL	R$140,00
ITEM	LOTE 02 - ESPECIFICAÇÕES PACOTE BÁSICO DE MAMOGRAFIA	VALOR(R$)
01	TRIAGEM, SERVIÇOS TÉCNICOS ESPECIALIZADOS, EXAMES DE MAMOGRAFIA BILATERAL COM LAUDO DO EXAME POR MÉDICO ESPECIALIZADO	R$ 150,00
	TOTAL	R$ 150,00
ITEM	LOTE 03 - ESPECIFICAÇÕES CONSULTA ESPECIALIZADA NIVEL 1	VALOR(R$)
01	TRIAGEM	R$ 7,50
02	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADAS NIVEL 1 (ANGIOLOGIA E/OU CARDIOLOGIA, CLÍNICO, CIRURGIA GERAL, COLOPROCTOLOGIA, DERMATOLOGIA, GASTROENTEROLOGIA, MASTOLOGIA, ORTOPEDIA, OTORRINOLARINGOLOGIA, PEDIATRIA, UROLOGIA, GINECOLOGISTA)	R$100,00
	TOTAL	R$107,50
ITEM	LOTE 04 - ESPECIFICAÇÕES CONSULTA ESPECIALIZADA NIVEL 1	VALOR(R$)
01	TRIAGEM	R$ 7,50
02	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADAS NIVEL 2 (ANESTESIOLOGIA E/OU CIRURGIÃO PEDIATRICO, ENDOCRINOLOGIA, GERIATRIA, HEMATOLOGIA, INFECTOLOGIA, NEFROLOGIA, NEUROLOGIA INFANTIL, NEUROCIRURGIA, NEUROLOGIA, PNEUMOLOGIA, PSIQUIATRIA, PSQUIATRIA INFANTIL, REUMATOLOGIA)	R$135,00
	TOTAL	R$142,50
Nº	W - PROCEDIMENTOS EM PERIODONTIA (GENGIVA)	
01	ENXERTO GENGIVAL	R$ 211,35
02	GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE)	R$189,34
03	GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE);	R$ 160,01
04	TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE).	R$ 155,50
05	RASPAGEM SUPRAGENGIVAL POR SEXTANTE	R$ 73,00
06	RASPAGEM SUBIGENGIVAL POR SEXTANTE	R$ 103,76
07	RASPAGEM CORONO RADICULAR POR SEXTANTE	R$ 94,16
Nº	W.1 - PROCEDIMENTOS EM ENDODONTIA (CANAL)	
08	TRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR; COM 2 RAIO X (IINICIAL E FINAL)	R$ 253,81
09	TRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE C/ TRÊS OU MAIS RAÍZES; COM 2 RAIOS X (INICIAL E FINAL)	R$ 309,83
10	TRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR; COM 2 RAIOS X (INICIAL E FINAL)	R$ 195,13
11	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR; COM 2 RAIO X (INICIAL E FINAL)	R$ 275,31
12	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE C/ 3 OU MAIS RAÍZES; COM 2 RAIO X (INICIAL E FINAL)	R$ 367,35
13	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR; COM 2 RAIO X (INICIAL E FINAL)	R$ 209,99
14	SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR.	R$ 142,79
15	REMOÇÃO DE NUCLEO INTRARRADICULAR	R$ 158,35
16	REMOÇÃO DE TRABALHO PROTETICO	R$ 86,25
17	REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO INTRACANAL	R$ 150,26
18	PULPOTOMIA EM DENTE DECIDUO	R$ 103,75
19	TRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE DECIDUO	R$ 139,25
20	CAPEAMENTO PULPAR DIRETO/INDIRETO	R$ 59,47
Nº	W.2 - PROCEDIMENTO CIRUGICO	
21	BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR;	R$ 100,07
22	BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE;	R$ 126,32
23	BIÓPSIA DOS TECÍDOS MOLES DA BOCA;	R$ 100,07
24	CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM;	R$ 156,13
25	OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVEOLO DENTÁRIAS;	R$ 125,45
26	REDUÇÃO DE FRATURA ALVEOLO-DENTÁRIA SEM OSTEOSSÍNTESE;	R$ 201,37
27	RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA/ DENTÁRIA;	R$ 299,00
28	RECONSTRUÇÃO PARCIAL DO LÁBIO TRAUMATIZADO;	R$ 156,07
29	EXCISÃO DE CÁLCULO DE GLÂNDULA SALIVAR;	R$175,93
30	EXERESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO ODONTOGÊNICO;	R$ 167,93
31	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA INTRA/ EXTRA-ORAL;	R$ 197,00
32	SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR	R$ 197,00
33	DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS;	R$ 84,37
34	EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR;	R$ 266,59
35	EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA;	R$ 266,59
36	EXCISÃO EM CUNHA DO LÁBIO;	R$ 167,92
37	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DOS OSSOS DA FACE;	R$ 265,38
38	RETIRADA DE MEIOS DE FIXAÇÃO MAXILOMANDIBULAR	R$ 136,00
39	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA OROSINUSAL/ ORO-NASAL	R$ 235,50
40	APICECTOMIA S/ OBTURAÇÃO RETROGRADA;	R$ 210,37
41	APICECTOMIA C/ OU S/ OBTURAÇÃO RETROGRADA;	R$ 250,12
42	APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO ORAL (POR SEXTANTE);	R$ 270,11
43	ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA INTRABUCAL;	R$ 154,75
44	EXODONTIA MULTÍPLA C/ ALVEOLO-PLASTIA POR SEXTANTE;	R$ 174,86
45	MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS;	R$ 167,92
46	REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO);	R$ 236,98
47	REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO); COM 2 RAIO X (INICIAL E FINAL)	R$ 276,60
48	REMOÇÃO DE TORUS E EXOSTOSES;	R$ 165,05
49	TRATAMENTO CIRÚRGICO P/ TRACIONAMENTO DENTAL	R$ 210,00
50	EXODONTIA SIMPLES DE DENTE DECÍDUO	R$ 53,36
51	EXODONTIA SIMPLES DE DENTE PERMANENTE	R$ 86,06
52	EXODONTIA A RETALHO	R$ 101,10
53	EXODONTIA RESTO RADICULAR	R$ 98,77
54	FRENECTOMIA/FRENOTOMIA LABIAL OU LINGUAL	R$ 115,50
55	TRATAMENTO DE ALVEOLITE	R$ 59,70
56	ULOTOMIA/ULECTOMIA	R$ 56,87
57	AUMENTO DE COROA CLINICA (POR ELEMENTO DENTAL)	R$ 170,32
58	COLAGEM DE FRAGMENTO DENTÁRIO (POR ELEMENTO DENTAL)	R$ 86,23
59	REDUÇÃO SIMPLES DE LUXAÇÃO DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR	R$ 106,92
60	CONTROLE DE HEMORRAGIA COM OU SEM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTATICO EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	R$ 65,55
61	REMOÇÃO DE CUNHA PROXIMAL OU DISTAL	R$ 118,05
62	REMOÇÃO DE DENTE EXTRA-NUMERÁRIO	R$ 123,17
63	TRATAMENTO DE NEVRALGIAS FACIAIS	R$ 51,58
64	CORREÇÃO CIRURGICA DE FÍSTULA ORONASAL/ ORO SINUSIAL	R$ 150,00
65	CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES	R$ 45,00
66	CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR	R$ 110,00
67	CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR	R$ 94,41
68	CURETAGEM PERIAPICAL	R$ 89,40
69	ODONTOSECÇÃO/ RADILECTOMIA/ TUNELIZAÇÃO	R$ 180,00
Nº	W.3 - PROCEDIMENTO PROTESE	
70	RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R$ 340,47
71	RESTAURAÇÃO EM CERÂMICA PURA (INLAY/ ONLAY) (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R$ 432,34
72	NÚCLEO METÁLICO FUNDICO (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R$ 151,40
73	NÚCLEO DE PREENCHIMENTO (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R$ 99,30
74	COROA PROVISÓRIA COM PINO (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R$ 110,50
75	COROA PROVISÓRIA SEM PINO (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R$ 110,50
76	COROA TOTAL EM CERÂMICA PURA (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R$ 519,88
77	COROA TOTAL METALO-CERÂMICA (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R$ 492,00
78	COROA TOTAL METÁLICA (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R$ 260,47
79	FACETA EM CERÂMICA PURA (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R$ 411,72
80	RECIMENTAÇÃO DE TRABALHOS PROTETICOS (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R$ 61,43
81	COROA TOTAL EM ARTGLASS (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R$ 413,25
82	PROTESE PARCIAL REMOVIVEL PROVISÓRIA EM ACRÍLICO COM OU SEM GRAMPOS	R$ 252,80
83	PR40ÓTESE PARCIAL REMOVIVEL COM GRAMPOS BILATERAL	R$ 590,83
84	PROTESE TOTAL EM ACRILICO	R$ 563,83
Nº	W.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	W.5 - PROCEDIMENTO CLINICO	
98	RESTAURAÇÃO DE RESINA COMPOSTA FOTOPOLIMERIZÁVEL UMA FACE	R$ 100,00
99	RESTAURAÇÃO DE RESINA COMPOSTA FOTOPOLIMERIZÁVEL DUAS FACES	R$ 124,00
100	RESTAURAÇÃO DE RESINA COMPOSTA FOTOPOLIMERIZÁVEL TRÊS FACES	R$ 152,00
101	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA DE PRATA UMA FACE	R$ 86,40
102	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA DE PRATA DUAS FACES	R$ 100,00
103	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA DE PRATA TRÊS FACES	R$ 118,40
104	AJUSTE OCLUSAL POR DESGASTE SELETIVO/POR ACRÉSCIMO	R$ 84,03
105	FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL	R$ 141,00
106	COROA DE AÇO (DENTE DECIDUO)	R$ 145,41
107	RESTAURAÇÃO EM IONOMERO DE VIDRO-UMA FACE	R$ 56,70
108	RESTAURAÇÃO EM IONOMERO DE VIDRO-DUAS FACES	R$ 64,22
109	RESTAURAÇÃO EM IONOMERO DE VIDRO-TRÊS OU MAIS FACES	R$ 66,77
Nº	W.6 - PROCEDIMENTO EM ODONTOPEDIATRIA/PREVENÇÃO	
110	PROFILAXIA	R$ 57,00
111	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (COM PROFILAXIA E ATIVIDADE EDUCATIVA INCLUÍDA)	R$ 57,66
112	CONTROLE DE BIOFILME	R$ 56,32
113	APLICAÇÃO DE SELANTES DE FÓSSULAS E FISSULAS (POR DENTE)	R$ 39,44
114	APLICAÇÃO DE VERNIZ FLUORETADO (POR SESSÃO)	R$ 32,70
115	APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (2 ARCADAS)	R$ 60,90
Nº	W.7 - PROCEDIMENTO RADIOLOGICO	
116	RADIOGRAFIA PERIAPICAL OU INTERPROXIMAL	R$ 10,79
117	RADIOGRAFIA OCLUSAL	R$ 30,92
118	RADIOGRAFIA DA ATM	R$ 56,85
119	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	R$ 48,62
120	LEVANTAMENTO RADIOGRAFICO (PERIAPICAL COMPLETA)	R$ 117,68
Nº	X - EXAMES LABORATORIAIS	
1	ACIDO FÓLICO	R$ 13,00
2	ACIDEZ TITULÁVEL NO LEITE HUMANO (DORNIC)	R$ 3,04
3	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	R$ 1,89
4	ADENOGRAMA	R$ 5,79
5	ALÉRGICO ESPECIFICO	R$ 20,00
6	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R$ 3,70
7	ANTIBIOGRAMA	R$ 4,98
8	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	R$ 13,33
9	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	R$ 13,33
10	ANTIGLIADINA IGA	R$ 30,40
11	ANTI-BETA 2 GLICOPROTEINA IgG/IgM	R$ 125,00
12	ANTI Ccp (anti-citulina)	R$ 50,00
13	ANTI COAGULANTE LUPICO	R$ 110,00
14	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	R$ 4,20
15	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	R$ 4,20
16	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	R$ 4,20
17	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	R$ 2,80
18	BNP	R$ 120,00
19	C-ANCA	R$ 55,00
20	CA-15	R$ 19,00
21	CA-19	R$ 19,00
22	CALCIURIA 24HS	R$ 8,37
23	CALPROCTINA FECAL	R$ 125,00
24	CAPROTEINA	R$ 120,00
25	CAPROCULTURA	R$ 31,00
26	CHAGAS IGG	R$ 15,00
27	CHAGAS IGM	R$ 15,00
28	CHIKUNGUNHA	R$ 210,00
29	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	R$ 4,33
30	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	R$ 4,33
31	CITOQUIMICA HEMATOLOGICA	R$ 6,48
32	CLEARANCE DE CREATININA	R$ 3,51
33	CLEARANCE DE FOSFATO	R$ 3,51
34	CLEARANCE DE UREIA	R$ 3,51
35	CLEARANCE OSMOLAR	R$ 3,51

36	COAGULOGRAMA	R$ 13,50
37	CONTAGEM DE ADDIS	R$ 2,04
38	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	R$ 15,00
39	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	R$ 15,00
40	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	R$ 15,00
41	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R$ 2,73
42	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R$ 2,73
43	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R$ 1,89
44	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R$ 1,89
45	CULTURA FEZES + TSA	R$ 16,00
46	CULTURA FUNGOS + TSA	R$ 70,00
47	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R$ 5,62
48	CULTURA DO LEITE HUMANO (POS-PASTEURIZAÇÃO)	R$ 5,62
49	CULTURA P/ HERPESVIRUS	R$ 4,33
50	CULTURA PARA BAAR	R$ 5,63
51	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	R$ 10,25
52	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	R$ 4,19
53	DETECCAO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)	R$ 65,00
54	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	R$ 96,00
55	DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)	R$ 8,80
56	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE	R$ 66,00
57	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)	R$ 66,00
58	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA	R$ 66,00
59	DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)	R$ 66,00
60	DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS	R$ 10,65
61	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	R$ 6,00
62	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R$ 180,00
63	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS)	R$ 160,00
64	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R$ 160,00
65	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	R$ 9,25
66	DETERMINAÇÃO DE CREMATÓCRITO NOLEITE 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 - ESFINGOMIE-LINA 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 DE17 HIDROXI PROGESTERONA EM PAPEL DE FILTRO	R$ 8,00
97	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	R$ 10,20
98	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	R$ 6,72
99	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	R$ 6,72
100	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R$ 15,24
101	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	R$ 3,51
102	DOSAGEM DE ACETONA	R$ 1,85
103	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	R$ 6,72

104	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	R$ 2,01
105	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	R$ 2,06
106	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	R$ 2,23
107	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	R$ 3,68
108	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	R$ 2,04
109	DOSAGEM DE ACIDO URICO	R$ 1,85
110	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	R$ 15,65
111	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO	R$ 9,00
112	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R$ 14,12
113	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	R$ 3,51
114	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	R$ 2,01
115	DOSAGEM DE ALDOLASE	R$ 3,68
116	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	R$ 11,89
117	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	R$ 3,68
118	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	R$ 3,68
119	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	R$ 3,68
120	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R$ 15,06
121	DOSAGEM DE ALUMINIO	R$ 27,50
122	DOSAGEM DE ANTICORPO ANTILÚPICO	R$ 40,00
123	DOSAGEM DE AMILASE	R$ 2,25
124	DOSAGEM DE 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 ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA	R$ 18,55
131	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	R$ 10,00
132	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R$ 16,42
133	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	R$ 6,48
134	DOSAGEM DE BARBITURATOS	R$ 13,13
135	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	R$ 13,48
136	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	R$ 13,55
137	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R$ 2,01
138	DOSAGEM DE CADMIO	R$ 6,55
139	DOSAGEM DE CALCIO	R$ 1,85
140	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	R$ 3,51
141	DOSAGEM DE CALCITONINA	R$ 14,38
142	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	R$ 17,53
143	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	R$ 4,11
144	DOSAGEM DE CAROTENO	R$ 2,01
145	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	R$ 3,68
146	DOSAGEM DE CHUMBO	R$ 8,83
147	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	R$ 58,61
148	DOSAGEM DE CITRATO	R$ 2,01
149	DOSAGEM DE CLORETO	R$ 1,85
150	DOSAGEM DE CLORETO NO SUOR	R$ 150,00
151	DOSAGEM DE COBRE	R$ 3,51
152	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R$ 3,51
153	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R$ 3,51
154	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R$ 1,85
155	DOSAGEM DE COLINESTERASE	R$ 3,68
156	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R$ 17,16
157	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	R$ 17,16
158	DOSAGEM DE CORTISOL	R$ 9,86
159	DOSAGEM DE CREATININA	R$ 1,85
160	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R$ 1,89
161	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R$ 3,68
162	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R$ 4,12
163	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	R$ 2,83
164	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R$ 11,25
165	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	R$ 3,51
166	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	R$ 3,51
167	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	R$ 3,68
168	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	R$ 3,68
169	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	R$ 8,97
170	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R$ 11,71
171	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	R$ 1,65
172	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R$ 10,15
173	DOSAGEM DE ESTRIOL	R$ 11,55
174	DOSAGEM DE ESTRONA	R$ 11,12
175	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA	R$ 15,65
176	DOSAGEM DE FATOR II	R$ 5,31
177	DOSAGEM DE FATOR IX	R$ 7,61
178	DOSAGEM DE FATOR V	R$ 4,73
179	DOSAGEM DE FATOR VII	R$ 8,09
180	DOSAGEM DE FATOR VIII	R$ 6,63
181	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	R$ 15,00
182	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	R$ 18,91
183	DOSAGEM DE FATOR X	R$ 6,66
184	DOSAGEM DE FATOR XI	R$ 9,11
185	DOSAGEM DE FATOR XII	R$ 10,51
186	DOSAGEM DE FATOR XIII	R$ 6,66
187	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	R$ 5,50
188	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4	R$ 12,10
189	DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECCAO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA	R$ 20,90
190	DOSAGEM DE FENITOINA	R$ 35,22
191	DOSAGEM DE FENOL	R$ 2,05
192	DOSAGEM DE FERRITINA	R$ 15,59
193	DOSAGEM DE FERRO SERICO	R$ 3,51
194	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	R$ 4,60
195	DOSAGEM DE FOLATO	R$ 15,65
196	DOSAGEM DE FORMALDEIDO	R$ 3,51
197	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA	R$ 2,01
198	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	R$ 2,01
199	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R$ 2,01
200	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	R$ 2,01
201	DOSAGEM DE FOSFORO	R$ 1,85
202	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	R$ 2,01
203	DOSAGEM DE FRUTOSE	R$ 2,01
204	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	R$ 2,01
205	DOSAGEM DE GALACTOSE	R$ 3,51
206	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R$ 3,51
207	DOSAGEM DE GASTRINA	R$ 14,15
208	DOSAGEM DE GLICOSE	R$ 1,85
209	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R$ 1,89
210	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	R$ 3,68
211	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	R$ 15,35
212	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R$ 18,00
213	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	R$ 3,04
214	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	R$ 3,68
215	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R$ 1,53
216	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC	R 2,73
217	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	R$ 2,73
218	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R$ 7,86
219	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	R$ 2,73
220	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	R$ 3,68
221	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	R$ 10,21
222	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R$ 7,89
223	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R$ 8,97
224	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R$ 8,96
225	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R$ 17,16
226	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R$ 9,25
227	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R$ 17,16
228	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	R$ 9,25
229	DOSAGEM DE INSULINA	R$ 10,17
230	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	R$ 3,51
231	DOSAGEM DE LACTATO	R$ 3,68
232	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	R$ 3,51
233	DOSAGEM DE LIPASE	R$ 2,25
234	DOSAGEM DE LITIO	R$ 2,25
235	DOSAGEM DE MAGNESIO	R$ 2,01
236	DOSAGEM DE MERCURIO	R$ 2,04
237	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	R$ 10,00
238	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	R$ 4,11
239	DOSAGEM DE METOTREXATO	R$ 10,00
240	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R$ 8,12
241	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	R$ 2,01
242	DOSAGEM DE HOMOCISTEINA NO SANGUE	R$ 50,00
243	DOSAGEM DE OXALATO	R$ 3,68
244	DOSAGEM DE PARATORMONIO	R$ 43,13
245	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R$ 15,35
246	DOSAGEM DE PIRUVATO	R$ 3,68
247	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	R$ 4,11
248	DOSAGEM DE PORFIRINAS	R$ 3,51
249	DOSAGEM DE POTASSIO	R$ 1,85
250	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R$ 10,22
251	DOSAGEM DE PROLACTINA	R$ 10,15
252	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R$ 2,83
253	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R$ 2,04
254	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R$ 1,89
255	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	R$ 1,40
256	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R$ 1,85
257	DOSAGEM DE QUINIDINA	R$ 10,00
258	DOSAGEM DE RENINA	R$ 13,19
259	DOSAGEM DE SALICILATOS	R$ 2,01
260	DOSAGEM DE SODIO	R$ 1,85
261	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	R$ 15,35

262	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	R$ 13,11
263	DOSAGEM DE SULFATOS	R$ 3,51
264	DOSAGEM DE TEOFILINA	R$ 15,65
265	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R$ 10,43
266	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R$ 13,11
267	DOSAGEM DE TIOCIANATO	R$ 3,68
268	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R$ 15,35
269	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R$ 8,76
270	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R$ 11,60
271	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R$ 2,01
272	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R$ 2,01
273	DOSAGEM DE TRACOLIMUS	R$ 170,00
274	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R$ 4,12
275	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R$ 3,51
276	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R$ 8,71
277	DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA	R$ 5,50
278	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	R$ 3,51
279	DOSAGEM DE TROPONINA	R$ 9,00
280	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	R$ 13,20
281	DOSAGEM DE UREIA	R$ 1,85
282	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R$ 15,24
283	DOSAGEM DE ZINCO	R$ 15,65
284	DOSAGEM DOANTIGENOCA 125	R$ 13,35
285	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	R$ 3,04
286	DOSAGEM QUANTITATIVA DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SORO	R$ 137,00
287	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R$ 5,41
288	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	R$ 3,68
289	ELETROFORESE DE PROTEINAS	R$ 4,42
290	ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ 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	FIBRONOGENO	R$ 20,00
302	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE)	R$ 22,00
303	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	R$ 298,48
304	HEMATOCRITO	R$ 1,53
305	HEMOCULTURA	R$ 11,49
306	HEMOGRAMA COMPLETO	R$ 4,11
307	HERPES IGG	R$ 40,00
308	HERPES IGM	R$ 40,00
309	HOMOCISTEINA	R$ 2,04
310	INDICE DE SATURAÇÃO DE TRANSFERRINA	R$ 5,00
311	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	R$ 5,63
312	IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS	R$ 10,65
313	IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	R$ 1,65
314	IDENTIFICAÇÃO DE GLICÍDIOS URINÁRIOS POR CROMATOGRAFIA (CAMADA DELGADA)	R$ 3,70
315	IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS	R$ 17,16
316	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R$ 80,00
317	LISTERIOSE	R$ 17,80
318	LEUCOGRAMA	R$ 2,73
319	MICOLOGICO DIRETO DE LESÃO	R$ 21,00
320	MIELOGRAMA	R$ 5,79
321	MUTAÇÃO DE GENE MTHFRT A1298C	R$ 128,00
322	MUTAÇÃO DE GENE MTHFR C677T	R$ 171,00
323	MUTAÇÃO DE GENE PROTROMBINA	R$ 115,00
324	P-ANCA	R$ 55,00
325	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	R$ 4,33
326	PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA)	R$ 3,70
327	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	R$ 2,04
328	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	R$ 3,70
329	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	R$ 10,00
330	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	R$ 10,00
331	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	R$ 9,25
332	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	R$ 10,00
333	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	R$ 9,25
334	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	R$ 3,70
335	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	R$ 5,83
336	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	R$ 10,00
337	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL	R$ 17,16
338	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R$ 8,67
339	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS	R$ 9,25
340	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	R$ 10,00
341	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	R$ 9,70
342	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	R$ 9,70
343	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	R$ 2,83
344	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	R$ 10,00
345	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	R$ 10,00
346	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	R$ 17,16
347	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	R$ 85,00
348	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R$ 10,00
349	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R$ 22,00
350	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	R$ 10,00
351	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	R$ 17,16
352	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	R$ 4,10
353	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	R$ 5,50
354	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R$ 17,16
355	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	R$ 17,16
356	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	R$ 17,16
357	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	R$ 17,16
358	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO (FAN)	R$ 17,16
359	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	R$ 17,16
360	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	R$ 10,00
361	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	R$ 17,16
362	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	R$ 5,74
363	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R$ 17,16
364	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R$ 18,55
365	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	R$ 18,55
366	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R$ 17,16
367	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R$ 18,55
368	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI- HBE)	R$ 18,55
369	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	R$ 7,78
370	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII	R$ 9,71
371	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R$ 18,55
372	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	R$ 18,55
373	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	R$ 9,25
374	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS	R$ 4,10
375	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO	R$ 18,55
376	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	R$ 17,16
377	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R$ 2,83
378	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R$ 11,00
379	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	R$ 9,25
380	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R$ 16,97
381	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R$ 9,25
382	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R$ 30,00
383	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R$ 18,55
384	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R$ 17,16
385	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA--HERPES ZOSTER	R$ 17,16
386	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R$ 17,16
387	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R$ 17,16
388	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	R$ 18,55
389	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R$ 11,61
390	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	R$ 10,00
391	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R$ 18,55
392	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R$ 9,25
393	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R$ 18,55
394	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R$ 20,00
395	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R$ 18,55
396	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R$ 17,16
397	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA--HERPES ZOSTER	R$ 17,16
398	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R$ 17,16
399	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R$ 17,16

400	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO	R$ 5,79
401	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC	R$ 5,79
402	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO	R$ 5,79
403	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R$ 13,35
404	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R$ 18,55
405	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	R$ 18,55
406	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	R$ 25,00
407	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	R$ 2,80
408	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA	R$ 2,04
409	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	R$ 2,40
410	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	R$ 1,89
411	PESQUISA DE CELULAS LE	R$ 4,11
412	PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS	R$ 1,89
413	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	R$ 2,04
414	PESQUISA DE CLAMIDIA (POR CAPTURA HIBRIDA)	R$ 60,00
415	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	R$ 2,04
416	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	R$ 2,73
417	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	R$ 2,83
418	PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA	R$ 1,89
419	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	R$ 1,65
420	PESQUISA DE EOSINOFILOS	R$ 1,65
421	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	R$ 3,70
422	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)	R$ 4,80
423	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	R$ 4,33
424	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	R$ 4,10
425	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R$ 1,37
426	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	R$ 2,04
427	PESQUISA DE FILARIA	R$ 2,73
428	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	R$ 2,04
429	PESQUISA DE FUNGOS	R$ 4,19
430	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	R$ 3,36
432	PESQUISA DE GORDURA FECAL	R$ 1,65
432	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	R$ 2,80
433	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	R$ 4,33
434	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	R$ 2,73
435	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA	R$ 10,00
436	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	R$ 2,04
437	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	R$ 9,25
438	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	R$ 2,04
439	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	R$ 1,65
440	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	R$ 2,80
441	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	R$ 1,65
442	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	R$ 1,65
443	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	R$ 12,15
444	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	R$ 3,70
445	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO MUCOSA)	R$ 1,65
446	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R$ 1,65
447	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	R$ 2,04
448	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	R$ 4,44
449	PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R$ 1,89
450	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	R$ 10,25
451	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R$ 7,00
452	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	R$ 1,65
453	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	R$ 2,04
454	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	R$ 5,04
455	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	R$ 2,73
456	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	R$ 1,65
457	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	R$ 1,65
458	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	R$ 10,00
459	PESQUISA DE REFLUXO	R$ 65,00
460	PROVA CONFIRMATÓRIA DA PRESENÇA DE MICRO-ORGANISMOS COLIFORMES	R$ 5,62
461	PROVA DA D-XILOSE	R$ 3,68
462	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	R$ 4,11
463	PROVA DE DILUICAO (URINA)	R$ 2,04
464	PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)	R$ 9,70
465	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	R$ 2,73
466	PROVA DO LACO	R$ 2,73
467	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)	R$ 1,89
468	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	R$ 1,89
469	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	R$ 1,77
470	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	R$ 1,77
471	PROTEINA C FUNCIONAL	R$ 75,00
472	PROTEINAS S	R$ 115,00
473	PROTEINA S LIVRE	R$ 161,63
474	PSA LIVRE/TOTAL	R$ 20,00
475	PTH - PARATORMONIO	R$ 30,00
476	QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1	R$ 18,00
477	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	R$ 168,48
478	QUANTIFICAÇÃO/AMPLIFICAÇÃO DO HER-2	R$ 120,00
479	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	R$ 2,73
480	REACAO DE HEMAGLUTINACAO (TPHA) P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R$ 4,10
481	REACAO DE MONTENEGRO ID	R$ 2,83
482	REACAO DE PANDY	R$ 1,89
483	REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R$ 1,89
484	SOROLOGIA PARA DENGUE	R$ 40,00
485	RT-PCR PARA CITOMEGALOVIRUS	R$ 326,00
486	SHBG	R$ 15,00
487	T3 LIVRE	R$ 15,00
488	TESTE ALÉRGICO	R$ 17,00
489	TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS	R$12,00
490	TESTE DE CLEMENTS	R$ 1,89
491	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	R$ 12,01
492	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	R$ 12,01
493	TESTE DE ESTIMULO DE LH E FSH APOS GONADORRELINA	R$ 12,01
494	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	R$ 12,01
495	TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL P/60 EM 4 AMOSTRAS	R$ 4,69
496	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	R$ 2,73
497	TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO	R$ 4,69
498	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	R$ 12,01
499	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE	R$ 12,01
500	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS	R$ 6,55
501	TESTE DE VDRL P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R$ 2,83
502	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R$ 2,73
503	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R$ 20,00
504	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R$ 18,00
505	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R$ 2,73
506	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	R$ 8,43
507	TESTE RT - PCR	R$ 250,00
508	TESTE DE SUOR	R$ 20,00
509	TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	R$ 5,79
510	TIG (IMUNOLÓGICO GRAVIDEZ)	R$ 7,50
511	TOTG	R$ 25,70
512	TOTL	R$ 33,37
513	TOXICOLÓGICO	R$ 100,00
514	VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE	R$ 2,83
515	VITAMINA A	R$ 54,00
516	VITAMINA B	R$ 89,00
517	VITAMINA C	R$ 50,00
518	VITAMINA E	R$ 57,00
519	VITAMINA K	R$ 180,00
520	ZICA	R$ 216,00
Nº	Z.1 - EXAMES DE CITÓLOGIA E PATÓLOGIA	
01	EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA	R$ 13,72
02	IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS	R$ 500,00
03	EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CERVICO-VAGINAL)	R$ 20,96
04	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM LAMINA DE PAAF ATÉ 5 LAMINAS	R$ 40,00

TABELA DE PREÇOS SERVIÇOS MÉDICOS - CIM POLO SUL -2018 - COM ALTERAÇÕES APROVADAS NA REUNIÃO EX-TRAORDINÁRIA DA ASSEMBLEIA GERAL, DO DIA 16/07/2026			
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 MEDICO ESPECIALISTA/ GENERALISTA	HORA	R$ 140,00
TABELA 03 - JERÔNIMO MONTEIRO			
Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
01	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R$ 140,00
02	SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R$ 63,14
	TABELA 04 - VARGEM ALTA		
Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
01	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R$ 140,00
02	SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R$ 63,14
TABELA 05 - DIVINO DE SÃO LOURENÇO			
Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
01	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R$ 140,00
02	SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R$ 63,14
TABELA 06 - DORES DO RIO PRETO			
Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
01	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R$ 140,00
02	SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R$ 63,14
TABELA 07 - ATÍLIO VIVÁCQUA			
Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
01	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R$ 140,00
TABELA 08 - MUQUI			
Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
01	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PRO-FISSIONAIS MÉDICOS ESPECIALISTA - PLANTÕES SOBREAVISO	MENSAL	R$ 5.000,00
02	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PRO-FISSIONAIS 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 PRO-FISSIONAIS MÉDICOS GENERALISTA	12 HORAS	R$ 750,00
02	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PRO-FISSIONAIS MÉDICOS ESPECIALISTA	HORA	R$ 140,00
03	SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R$ 63,14
04	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIREÇÃO CLINICA	12 HORAS	R$ 1.000,00
TABELA 10 - IBITIRAMA			
Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
01	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA DIURNO/ NOTURNO	12 HORAS	R$ 800,00
02	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FINAL DE SEMANA DIURNO/ NOTURNO	12 HORAS	R$ 850,00
03	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R4 140,00
TABELA 11 - SÃO JOSÉ DO CALÇADO			
Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
01	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R$ 140,00
TABELA 12 - MIMOSO DO SUL			
Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
01	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R$ 140,00
02	SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R$ 63,14
03	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA DIURNO	12 HORAS	R$ 1.200,00
04	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA NOTURNO	12 HORAS	R$ 1.400,00
05	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FINAL DE SEMANA DIURNO	12 HORAS	R$ 1.400,00
06	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FINAL DE SEMANA NOTURNO	12 HORAS	R$ 1.800,00
TABELA 13 - PRESIDENTE KENNEDY			
Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
01	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA DIURNO	12 HORAS	R$ 1.200,00
02	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA NOTURNO	12 HORAS	R$ 1.250,00
03	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FINAL DE SEMANA DIURNO	12 HORAS	R$ 1.250,00
04	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FINAL DE SEMANA NOTURNO	12 HORAS	R$ 1.300,00
05	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R$ 160,00
06	SERVIÇO DE SUPERVISÃO MÉDICA POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA/ GENERALISTA	HORA	R$ 140,00
07	SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R$ 63,14
08	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO CLINICO	HORA	R$ 100,00
09	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - COORDENAÇÃO	12 HORAS	R$ 1.150,00
TABELA 14 - GUAÇUÍ			
Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
01	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA DIURNO	12 HORAS	R$ 1.000,00

02	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA NOTURNO	12 HORAS	R$ 1.100,00
03	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FIM DE SEMANA DIURNO	12 HORAS	R$ 1.100,00
04	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FINAL DE SEMANA NOTURNO	12 HORAS	R$ 1.200,00
05	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R$ 140,00
TABELA 15 - CASTELO			
Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
01	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA DIURNO	12 HORAS	R$ 1.000,00
02	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA NOTURNO	12 HORAS	R$ 1.100,00
03	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FINAL DE SEMANA DIURNO	12 HORAS	R$ 1.100,00
04	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FINAL DE SEMANA NOTURNO	12 HORAS	R$ 1.200,00
05	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R$ 140,00
06	SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R$ 63,14
07	SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO CLINICO - DIA DE SEMANA DIURNO	HORA	R$ 100,00
08	SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO CLINICO - FIM DE SEMANA DIURNO	HORA	R$ 110,00
09	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - COORDENAÇÃO	12 HORAS	R$ 1.150,00
TABELA 16 - APIACÁ			
Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
01	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R$ 140,00
02	SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R$ 63,14
TABELA 17 - MUNIZ FREIRE			
Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
01	SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R$ 63,14
TABELA 18 -IÚNA			
Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
01	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO CLINICO	HORA	R$100,00
02	SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R$140,00
TABELA 19 - SAMU 192			
Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
01	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTÃO MÉDICO SAMU	12 HORAS	R$ 1.050,00
02	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTÃO MÉDICO SAMU - RESPONSÁVEL TÉCNICO (RT)	12 HORAS	R$ 1.050,00
TABELA 20 - ICONHA			
Nº	DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
01	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA DIURNO	12 HORAS	R$1.000,00
02	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA NOTURNO	12 HORAS	R$1.100,00
03	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FINAL DE SEMANA DIURNO	12 HORAS	R$1.100,00
04	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FINAL DE SEMANA NOTURNO	12 HORAS	R$1.200,00
05	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R$140,00
06	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R$ 95,00

07	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO COORDENADOR	HORA	R$140,00
08	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA DIA FESTIVO	12 HORAS	R$ 1.500,00
09	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA DIA FESTIVO	12 HORAS	R$ 1.650,00
10	SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA FESTIVO	HORA	R$ 140,00

Protocolo 1843348

Portaria

ATA Nº 03/2026 DO COLEGIADO DE GESTORES DO MICROPOLO CAPARAÓ.

Aos dezessete (17) dias do mês de junho do ano de dois mil e vinte e seis, às nove horas (09h00), no Auditório Auditório do Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS, localizado no município de Ibitirama - ES, realizou-se a reunião do Colegiado de Gestores do Micropolo Caparaó e da Câmara Setorial de Saúde do CIM POLO SUL, com a presença dos Secretários Municipais de Saúde, da Gerente da Unidade Saúde Fácil, da Coordenadora de Assistência em Saúde da Unidade Saúde Fácil, bem como de demais técnicos e servidores públicos, conforme lista de presença devidamente assinada. A reunião teve como objetivo deliberar sobre os assuntos constantes da ordem do dia. O Coordenador da Câmara Setorial de Saúde, Sr. Emerson Gomes Alves, Secretário Municipal de Saúde de Alegre, deu abertura aos trabalhos agradecendo a presença e a participação de todos os presentes. Em seguida, passou a palavra ao Secretário Municipal de Saúde de Ibitirama, que cumprimentou os participantes, deu as boas-vindas aos gestores e demais presentes, e destacou a satisfação e a honra do município em sediar a reunião. Na sequencia, passou a palavra à Gerente da Unidade Saúde Fácil, Sra. Juliana de Paula, que cumprimentou a todos e procedeu à leitura da ordem do dia, conforme proposta encaminhada na convocação. Dando início à apreciação, votação e deliberação dos assuntos em pauta, após os esclarecimentos prestados, foram tomadas as seguintes deliberações: **Item 01 - Votação para eleição do vice Coordenador do Colegiado de Gestores do Micropolo Caparaó:** Foi colocada em pauta a votação para eleição do Vice-Coordenador do Colegiado de Gestores do Micropolo Caparaó, considerando a vacância do cargo em razão da saída da então Vice-Coordenadora, Secretária Municipal de Saúde de Irupi, Hevelly Eduarda Furtado Silva de Oliveira. Registrou-se a manifestação de interesse do Secretário Municipal de Saúde de Divino de São Lourenço, Natan Silva Peixoto, para o exercício da função. Havendo candidatura única inscrita, procedeu-se à votação entre os gestores presentes, sendo por unanimidade pelos membros presentes a eleição de Natan Silva Peixoto, Secretário Municipal de Saúde de Divino de São Lourenço, como Vice-Coordenador do Colegiado de Gestores do Micropolo Caparaó até o final do mandato da atual gestão. **Item 02 -Fluxo de agendamentos:** Considerando que o fluxo de agendamentos já havia sido previamente pactuado em reunião entre os Técnicos Municipais de Referência da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Regulação, o tema foi apresentado ao Colegiado para ciência e ratificação. Esclareceu-se que a medida se faz necessária em razão da gestão das filas de espera no sistema MV, uma vez que existem pacientes com solicitações antigas que permanecem aguardando atendimento. Dessa forma, busca-se garantir maior equidade no acesso aos serviços, transparência na gestão das filas e a priorização dos pacientes conforme os critérios de classificação de risco e tempo de espera registrados no sistema. Ficou estabelecido que, no período compreendido entre os dias 20 e 30/31 de cada mês, serão realizados exclusivamente os agendamentos das solicitações que se encontrarem na situação "Autorizada" no sistema MV. Durante esse período, os próprios Técnicos Municipais de Referência da APS e da Regulação deverão acompanhar e monitorar os agendamentos realizados, verificando a necessidade de substituição de pacientes que, porventura, já tenham tido sua demanda resolvida por outro meio, desistido do atendimento ou não possuam mais indicação para a consulta ou procedimento. Nessas situações, as vagas deverão ser imediatamente disponibilizadas para outros pacientes da fila de espera, respeitando-se a prioridade clínica e o tempo de espera. As demandas remanescentes e demais tratativas relacionadas aos agendamentos deverão ser encaminhadas à Regulação do Micropolo Caparaó a partir do primeiro dia útil do mês subsequente, quando será retomado o fluxo regular de agendamentos e ajustes nas agendas. O fluxo de agendamentos foi ratificado e aprovado por unanimidade pelos gestores presentes. **Item 03 - Exames de Holter e MAPA:** Em razão do aumento da oferta dos exames de Holter e MAPA, foi reforçada a importância da observância pelos gestores e servidores da organização do fluxo de utilização e devolução dos equipamentos, bem como da orientação prévia aos pacientes quanto ao seu uso correto. Destacou-se que os aparelhos devem ser devolvidos rigorosamente no dia e horário agendados, garantindo a continuidade da programação assistencial e a plena utilização da capacidade instalada. Foi enfatizada, ainda, a necessidade de reforço nas orientações aos pacientes quanto aos cuidados durante o período de uso dos equipamentos, considerando a recorrência de devoluções com danos, como cabos cortados e outros prejuízos físicos que comprometem o funcionamento dos aparelhos e reduzem sua disponibilidade para os atendimentos subsequentes. Após ampla discussão, os Secretários Municipais propuseram que a Unidade Saúde Fácil elabore um fluxo específico de comunicação, de forma que, mesmo com o acesso dos municípios à agenda e a entrega do comprovante de agendamento ao paciente, seja formalmente informado ao município o momento em que o paciente comparecer à Unidade para instalação do aparelho, com o respectivo horário de início do exame. Tal medida visa fortalecer o monitoramento durante o período de utilização, aprimorar o acompanhamento dos casos e contribuir para a preservação dos equipamentos e a redução