

ANEXO IX - TABELA DE PROCEDIMENTOS CREDENCIAMENTO Nº 001/2023			ATUALIZADA EM 11/03/2024
CÓDIGO	GRUPO 03 - PROCEDIMENTOS CLINICOS (CONSULTAS ESPECIALIZADAS, FISIOTERAPIA E PLANTÕES MÉDICOS)	VALOR	
03.02.02.001-2	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS	R\$	18,00
03.02.03.002-6	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS	R\$	18,00
03.02.07.001-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO	R\$	18,00
03.02.07.003-6	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ SEQUELA DE QUEIMADURAS (MÉDIO E GRANDE QUEIMADO)	R\$	18,00
03.02.03.001-8	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS C/ COMPROMETIMENTO SISTÊMICO	R\$	18,00
03.02.02.002-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES ONCOLÓGICOS CLÍNICOS	R\$	18,00
03.02.06.003-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS NO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR	R\$	18,00
03.02.04.005-6	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	R\$	18,00
03.02.06.004-9	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO P/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO	R\$	18,00
03.02.01.002-5	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO P/ DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS	R\$	18,00
03.02.06.002-2	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO P/ DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICOS FUNCIONAIS C/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$	18,00
03.02.06.001-4	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO P/ DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICOS FUNCIONAIS S/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$	18,00
03.02.04.003-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO P/ TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	R\$	18,00
03.02.04.001-3	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO P/ TRANSTORNO RESPIRATÓRIO C/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$	18,00
03.02.04.002-1	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO P/ TRANSTORNO RESPIRATÓRIO S/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$	18,00
03.02.04.004-8	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO PRÉ/PÓS CIRURGIA CARDIOVASCULAR	R\$	18,00
03.02.01.001-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO PRÉ/PÓS CIRURGIA GINECOLÓGICA	R\$	18,00
03.02.02.003-9	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO PRÉ/PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA	R\$	18,00
03.02.06.005-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO PRÉ/PÓS OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA	R\$	18,00
03.02.05.001-9	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO PRÉ/PÓS OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS	R\$	18,00
03.01.08.020-8	ATENDIMENTO INDIVIDUAL DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	R\$	241,28
90.01.02.220-6	AVALIAÇÃO DIAGNOSTICA - EQUIPE MULTIDISCIPLINAR PARA IDENTIFICAR TRANSTORNO DE ESPECTRO AUTISTA (TEA) NA FAIXA ETARIA ENTRE 02 A 28 ANOS	R\$	1.640,00
90.01.02.345-0	CONSULTA - ASSISTENTE SOCIAL	R\$	35,78
90.01.01.421-0	CONSULTA - FISIOTERAPIA	R\$	18,00
90.01.01.417-0	CONSULTA - FONOAUDIOLOGO	R\$	35,00
90.01.01.418-0	CONSULTA - NUTRICIONISTA	R\$	29,00
90.01.01.419-0	CONSULTA - PSICOLOGO	R\$	31,25
90.01.01.420-0	CONSULTA - TERAPEUTA OCUPACIONAL	R\$	38,75
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA - ALERGIA E IMUNOLOGIA	R\$	55,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA - ANGIOLOGIA	R\$	55,00
03.01.01.006-4	CONSULTA MÉDICA - ATENÇÃO BÁSICA	R\$	45,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA - CARDIOLOGIA	R\$	55,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA - CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO	R\$	55,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA - CIRURGIA GERAL	R\$	55,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA - CIRURGIA VASCULAR	R\$	55,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA - DERMATOLOGIA	R\$	55,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA - ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA	R\$	55,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA - ESPECIALIZADA	R\$	55,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA - FISIATRIA	R\$	55,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA - GASTROENTEROLOGIA	R\$	55,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA - GERIATRIA	R\$	55,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA - HEMATOLOGIA	R\$	55,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA - INFECTOLOGIA	R\$	55,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA - MASTOLOGIA	R\$	55,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA - NEFROLOGIA	R\$	55,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA - NEUROCIRURGIA	R\$	55,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA - NEUROLOGIA	R\$	55,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA - OFTALMOGOGIA	R\$	55,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA - ORTOPEDIA	R\$	55,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA - ORTOPEDICA COM IMOBILIZAÇÃO PROVISÓRIA	R\$	55,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA - ORTORRINOLARINGOLOGIA	R\$	55,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA - PEDIATRIA/NEONATOLOGIA	R\$	55,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA - PNEUMOLOGIA	R\$	55,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA - PROCTOLOGIA	R\$	55,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA - REUMATOLOGIA	R\$	55,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA - TISIOLOGIA	R\$	55,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA - UROLOGIA	R\$	55,00
90.01.02.354-0	DIÁRIA DE INTERNAÇÃO PSIQUIATRICA	R\$	586,67
90.01.01.169-0	DIÁRIA DE UTI	R\$	950,00
90.01.02.195-3	DIÁRIA HOSPITALAR - 24H	R\$	228,50
90.01.01.369-0	SESSAO DE EQUOTERAPIA - 30 MINUTOS	R\$	90,00
03.09.07.001-5	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	R\$	600,56
CÓDIGO	PLANTÕES	VALOR	
90.01.02.333-0	PLANTÃO ENFERMAGEM - ATENÇÃO BÁSICA - DIURNO - 12 HORAS	R\$	350,64
90.01.02.331-0	PLANTÃO ENFERMAGEM - ATENÇÃO BÁSICA - DIURNO - POR HORA	R\$	29,22
90.01.02.334-0	PLANTÃO ENFERMAGEM - ATENÇÃO BÁSICA - NOTURNO - 12 HORAS	R\$	389,52
90.01.02.332-0	PLANTÃO ENFERMAGEM - ATENÇÃO BÁSICA - NOTURNO - POR HORA	R\$	32,46
90.01.02.337-0	PLANTÃO ENFERMAGEM - SAMU - DIURNO - 12 HORAS	R\$	389,76
90.01.02.335-0	PLANTÃO ENFERMAGEM - SAMU - DIURNO - POR HORA	R\$	32,48
90.01.02.338-0	PLANTÃO ENFERMAGEM - SAMU - NOTURNO - 12 HORAS	R\$	440,04
90.01.02.336-0	PLANTÃO ENFERMAGEM - SAMU - NOTURNO - POR HORA	R\$	36,67
90.01.02.329-0	PLANTÃO ENFERMAGEM - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - DIURNO - 12 HORAS	R\$	372,00
90.01.02.327-0	PLANTÃO ENFERMAGEM - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - DIURNO - POR HORA	R\$	31,00

90.01.02.330-0	PLANTÃO ENFERMAGEM - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - NOTURNO - 12 HORAS	R\$	413,00
90.01.02.328-0	PLANTÃO ENFERMAGEM - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - NOTURNO - POR HORA	R\$	34,45
90.01.02.225-0	PLANTÃO FISIOTERAPIA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E SEMI INTENSIVA - 6 HORAS	R\$	210,00
90.01.02.226-0	PLANTÃO FISIOTERAPIA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E SEMI INTENSIVA - POR HORA	R\$	35,00
90.01.02.341-0	PLANTÃO MÉDICO A DISTANCIA	R\$	55,00
90.01.02.323-0	PLANTÃO MÉDICO ATENÇÃO BÁSICA - 1/2 HORA	R\$	60,00
90.01.01.126-0	PLANTÃO MÉDICO ATENÇÃO BÁSICA - 10 HORAS	R\$	1.200,00
90.01.01.347-0	PLANTÃO MÉDICO ATENÇÃO BÁSICA - POR HORA	R\$	120,00
90.01.02.227-0	PLANTÃO MÉDICO ESPECIALIDADE ATENDIMENTO HOSPITALAR - 1/2 HORA	R\$	65,00
90.01.02.228-0	PLANTÃO MÉDICO ESPECIALIDADE ATENDIMENTO HOSPITALAR - POR HORA	R\$	130,00
90.01.02.339-0	PLANTÃO MÉDICO ESPECIALIDADE ATENDIMENTO HOSPITALAR FERIADO - 1/2 HORA	R\$	72,50
90.01.02.340-0	PLANTÃO MÉDICO ESPECIALIDADE ATENDIMENTO HOSPITALAR FERIADO - POR HORA	R\$	145,00
90.01.02.359-0	PLANTÃO MEDICO HOSPITALAR POR HORA - EMERGENCISTA	R\$	150,00
90.01.02.360-0	PLANTÃO MEDICO HOSPITALAR POR HORA - GINECOLOGIA E OBSTETRICIA	R\$	150,00
90.01.02.361-0	PLANTÃO MEDICO HOSPITALAR POR HORA - PEDIATRIA	R\$	150,00
90.01.01.383-0	PLANTÃO MÉDICO SAMU (SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA) - 1/2 HORA	R\$	58,25
90.01.01.125-0	PLANTÃO MÉDICO SAMU (SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA) - 12 HORAS	R\$	1.398,00
90.01.01.382-0	PLANTÃO MÉDICO SAMU (SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA) - POR HORA	R\$	116,50
90.01.02.324-0	PLANTÃO MÉDICO UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – (UTI 12 HORAS)	R\$	1.800,00
90.01.02.229-0	PLANTÃO MÉDICO URGENCIA E EMERGENCIA ATENDIMENTO HOSPITALAR - 1/2 HORA	R\$	65,00
90.01.01.329-0	PLANTÃO MÉDICO URGENCIA E EMERGENCIA ATENDIMENTO HOSPITALAR - 12 HORAS	R\$	1.560,00
90.01.02.342-0	PLANTÃO MÉDICO URGENCIA E EMERGENCIA ATENDIMENTO HOSPITALAR - FERIADO - 1/2 HORAS	R\$	72,50
90.01.02.343-0	PLANTÃO MÉDICO URGENCIA E EMERGENCIA ATENDIMENTO HOSPITALAR - FERIADO - 12 HORAS	R\$	1.740,00
90.01.02.344-0	PLANTÃO MÉDICO URGENCIA E EMERGENCIA ATENDIMENTO HOSPITALAR - FERIADO - POR HORA	R\$	145,00
90.01.02.325-0	PLANTÃO MÉDICO URGENCIA E EMERGENCIA ATENDIMENTO HOSPITALAR - POR HORA	R\$	130,00
90.01.02.353-0	PLANTÃO MULTIPROFISSIONAL ATENDIMENTO POR HORA - ASSISTENTE SOCIAL	R\$	25,85
90.01.02.352-0	PLANTÃO MULTIPROFISSIONAL ATENDIMENTO POR HORA - FISIOTERAPEUTA	R\$	34,29
90.01.02.348-0	PLANTÃO MULTIPROFISSIONAL ATENDIMENTO POR HORA - FONOAUDIOLOGO	R\$	28,72
90.01.02.350-0	PLANTÃO MULTIPROFISSIONAL ATENDIMENTO POR HORA - NUTRICIONISTA	R\$	32,02
90.01.02.351-0	PLANTÃO MULTIPROFISSIONAL ATENDIMENTO POR HORA - PSICOLOGO	R\$	28,56
90.01.02.347-0	PLANTÃO MULTIPROFISSIONAL ATENDIMENTO POR HORA - TERAPEUTA OCUPACIONAL	R\$	35,48
90.01.02.349-0	PLANTÃO ODONTOLOGICO - ATENDIMENTO P/HORA	R\$	52,02
90.01.01.127-0	PLANTÃO P.S.F. 40 HORAS SEMANAIS	R\$	19.200,00
CÓDIGO	MEDICINA DO TRABALHO	VALOR	
90.01.01.373-0	PERIODICO	R\$	24,66
90.01.01.375-0	PPP - PERFIL PROFISSIONAL PREVIDENCIARIO	R\$	31,66
90.01.01.374-0	RETORNO AO TRABALHO	R\$	45,00
90.01.01.384-1	TOXICOLOGICO	R\$	220,00
GRUPO 02 PROCEDIMENTOS DE DIAGNÓSTICO			
02.02.09.001-9	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	R\$	1,89
02.02.09.002-7	ADENOGRAMA	R\$	5,79
02.02.05.001-7	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$	3,70
02.02.08.001-3	ANTIBIOGRAMA	R\$	4,98
02.02.08.002-1	ANTIBIOGRAMA - TESTE DE SENSIBILIDADE C/ MIC - AUTOMAT - TSA	R\$	13,33
02.02.08.002-1	ANTIBIOGRAMA - TESTE DE SENSIBILIDADE C/ MIC - AUTOMAT - TSA 2	R\$	13,33
02.02.08.002-1	ANTIBIOGRAMA - TESTE DE SENSIBILIDADE C/ MIC - AUTOMAT - TSA 3	R\$	13,33
02.02.08.002-1	ANTIBIOGRAMA - TESTE DE SENSIBILIDADE C/ MIC - AUTOMAT - TSA 4	R\$	13,33
02.02.08.002-1	ANTIBIOGRAMA - TESTE DE SENSIBILIDADE C/ MIC - AUTOMAT - TSA 5	R\$	13,33
02.02.08.003-0	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	R\$	13,33
90.01.01.383-1	ANTIGENO NS1	R\$	40,00
02.02.08.005-6	BAAR. - BACILO ALCOOL ACIDO RESISTENTE - PESQUISA	R\$	4,20
02.02.08.005-6	BAAR. - BACILO ALCOOL ACIDO RESISTENTE - PESQUISA (2ª A)	R\$	4,20
02.02.08.005-6	BAAR. - BACILO ALCOOL ACIDO RESISTENTE - PESQUISA (3ª A)	R\$	4,20
02.02.08.006-4	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	R\$	4,20
02.02.08.004-8	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	R\$	4,20
02.02.08.007-2	BACTERIOSCOPIA	R\$	2,80
02.02.08.007-2	BACTERIOSCOPIA - 2ª AMOSTRA	R\$	2,80
02.02.08.007-2	BACTERIOSCOPIA - URINA	R\$	2,80
02.02.08.007-2	BACTERIOSCOPIA DE URINA	R\$	2,80
02.02.08.007-2	BACTERIOSCOPIA SECREÇÃO VAGINAL	R\$	2,80
90.01.01.426-0	BNP PEPTDEO NATRIURETICO	R\$	133,33
90.01.01.067-0	CA 125	R\$	12,80
90.01.01.068-0	CA 15.3	R\$	12,80
90.01.01.069-0	CA 19.9	R\$	12,80
90.01.01.304-0	CISTICERCOSE	R\$	5,83
02.02.09.003-5	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	R\$	4,33
02.02.09.004-3	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	R\$	4,33
02.02.02.001-0	CITOQUIMICA HEMATOLOGICA	R\$	6,48
90.01.01.381-1	CK-MB	R\$	25,00
02.02.05.002-5	CLEARANCE DE CREATININA	R\$	3,51
02.02.05.003-3	CLEARANCE DE FOSFATO	R\$	3,51
02.02.05.004-1	CLEARANCE DE UREIA	R\$	3,51
02.02.01.001-5	CLEARANCE OSMOLAR	R\$	3,51
02.02.05.005-0	CONTAGEM DE ADDIS	R\$	2,04
02.02.03.001-6	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	R\$	15,00

02.02.03.002-4	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	R\$	15,00
02.02.03.003-2	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	R\$	15,00
02.02.02.002-9	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$	2,73
02.02.02.003-7	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$	2,73
02.02.09.005-1	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R\$	1,89
02.02.09.006-0	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R\$	1,89
02.02.08.008-0	CULTURA BACTERIANA EM DIVERSOS MATERIAIS BIOLÓGICOS - CULT	R\$	5,62
02.02.08.008-0	CULTURA BACTERIANA EM DIVERSOS MATERIAIS BIOLÓGICOS - CULT 2	R\$	5,62
02.02.08.008-0	CULTURA BACTERIANA EM DIVERSOS MATERIAIS BIOLÓGICOS - CULT 3	R\$	5,62
02.02.08.008-0	CULTURA BACTERIANA EM DIVERSOS MATERIAIS BIOLÓGICOS - CULT 4	R\$	5,62
02.02.08.008-0	CULTURA BACTERIANA EM DIVERSOS MATERIAIS BIOLÓGICOS - CULT 5	R\$	5,62
02.02.08.009-9	CULTURA DO LEITE HUMANO/MATerno (POS-PASTEURIZACAO)	R\$	4,33
02.02.08.010-2	CULTURA P/ HERPESVIRUS	R\$	4,33
02.02.08.012-9	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	R\$	10,25
02.02.08.013-7	CULTURA PARA FUNGOS	R\$	4,19
02.02.08.013-7	CULTURA PARA FUNGOS - 2ª AMOSTRA	R\$	4,19
02.02.08.011-0	CULTURA PARA PESQUISA DE BAAR	R\$	5,63
02.02.08.011-0	CULTURA PARA PESQUISA DE BAAR - 2ª AMOSTRA	R\$	5,63
02.02.08.011-0	CULTURA PARA PESQUISA DE BAAR - 3ª AMOSTRA	R\$	5,63
90.01.01.002-9	CULTURA PARA PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS EM AMOSTRA DE SECREÇÃO PERIANAL E VAGINAL	R\$	25,00
02.02.03.103-9	D201 - IGE ESPECÍFICO PARA BLOMIA TROPICALIS	R\$	9,25
02.02.03.004-0	DETECCAO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)	R\$	65,00
02.02.03.005-9	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	R\$	96,00
02.02.11.001-0	DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO) - NEONATAL	R\$	8,80
02.02.11.013-3	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE	R\$	66,00
02.02.11.002-8	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO) - NEONATAL	R\$	66,00
02.02.11.012-5	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA - NEONATAL	R\$	66,00
02.02.11.003-6	DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO) - NEONATAL	R\$	66,00
90.01.02.224-10	DETECÇÃO QUALITATIVA DE CORONAVIRUS METODOLOGIA PCR	R\$	200,00
02.02.12.001-5	DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS	R\$	10,65
02.02.01.002-3	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	R\$	2,01
02.02.10.001-4	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$	32,48
02.02.10.002-2	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$	32,48
02.02.10.003-0	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$	32,48
02.02.03.006-7	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	R\$	9,25
02.02.01.003-1	DETERMINACAO DE CROMATOGRAPHIA DE AMINOACIDOS	R\$	15,65
02.02.02.004-5	DETERMINACAO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR	R\$	2,73
02.02.01.004-0	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	R\$	3,63
02.02.01.005-8	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (5 DOSAGENS)	R\$	6,55
02.02.01.006-6	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)	R\$	3,68
02.02.01.007-4	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	R\$	10,00
02.02.02.005-3	DETERMINACAO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)	R\$	2,73
02.02.03.007-5	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	R\$	2,83
02.02.09.007-8	DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$	6,56
02.02.06.001-2	DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE	R\$	12,54
02.02.05.006-8	DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE	R\$	3,70
02.02.01.008-2	DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE	R\$	3,51
02.02.06.002-0	DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3	R\$	12,54
02.02.02.006-1	DETERMINACAO DE SULFO-HEMOGLOBINA	R\$	2,73
02.02.06.003-9	DETERMINACAO DE T3 REVERSO	R\$	14,69
02.02.02.007-0	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	R\$	2,73
02.02.02.008-8	DETERMINACAO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	R\$	2,73
02.02.02.010-0	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	R\$	9,00
02.02.02.009-6	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO –DUKE	R\$	2,73
02.02.02.011-8	DETERMINACAO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS	R\$	5,79
02.02.02.012-6	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA	R\$	2,85
02.02.02.013-4	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$	5,77
02.02.02.014-2	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$	2,73
02.02.02.015-0	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTACAO (VHS)	R\$	2,73
02.02.12.002-3	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$	1,37
02.02.03.008-3	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	R\$	9,25
90.01.01.425-0	DIMERO D	R\$	90,00
02.02.11.010-9	DOSAGEM DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SANGUE EM PAPEL DE FILTRO - NEONATAL	R\$	5,50
02.02.03.119-5	DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO	R\$	17,16
02.02.11.009-5	DOSAGEM DE 17 HIDROXI PROGESTERONA EM PAPEL DE FILTRO - NEONATAL	R\$	8,00
02.02.06.004-7	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	R\$	10,20
02.02.06.005-5	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	R\$	6,72
02.02.06.006-3	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	R\$	6,72
02.02.01.076-7	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$	15,24
02.02.01.009-0	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	R\$	3,51
02.02.01.010-4	DOSAGEM DE ACETONA	R\$	1,85
02.02.06.007-1	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	R\$	6,72
02.02.01.011-2	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	R\$	2,01
02.02.07.001-8	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	R\$	2,06
02.02.07.002-6	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	R\$	2,23
02.02.07.003-4	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	R\$	3,68
02.02.07.004-2	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	R\$	2,04
02.02.01.012-0	DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$	1,85

02.02.07.005-0	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	R\$	15,65
02.02.01.013-9	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO	R\$	9,00
02.02.05.007-6	DOSAGEM DE ACUCARES/IDENTIFICAÇÃO DE GLICÍDIOS URINÁRIOS POR CROMATOGRAFIA	R\$	3,70
02.02.06.008-0	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R\$	14,12
02.02.07.006-9	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	R\$	3,51
02.02.07.007-7	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	R\$	2,01
02.02.01.014-7	DOSAGEM DE ALDOLASE	R\$	3,68
02.02.06.009-8	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	R\$	11,89
02.02.01.015-5	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	R\$	3,68
02.02.01.016-3	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	R\$	3,68
02.02.01.017-1	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	R\$	3,68
02.02.03.009-1	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R\$	15,06
02.02.07.008-5	DOSAGEM DE ALUMINIO	R\$	27,50
02.02.01.018-0	DOSAGEM DE AMILASE	R\$	2,25
02.02.07.009-3	DOSAGEM DE AMINOGLICOSÍDEOS	R\$	10,00
02.02.01.019-8	DOSAGEM DE AMONIA	R\$	3,51
02.02.06.010-1	DOSAGEM DE AMP CÍCLICO	R\$	12,01
02.02.06.011-0	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	R\$	11,53
02.02.07.010-7	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	R\$	10,00
02.02.03.128-4	DOSAGEM DE ANTI-BETA-2-GLICOPROTEÍNA I - IGG	R\$	147,25
02.02.03.129-2	DOSAGEM DE ANTI-BETA-2-GLICOPROTEÍNA I - IGM	R\$	142,50
02.02.02.016-9	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	R\$	4,11
02.02.03.118-7	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINASE RECOMBINANTE HUMANO IGA	R\$	18,55
02.02.07.011-5	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS	R\$	10,00
02.02.02.017-7	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	R\$	27,60
02.02.07.012-3	DOSAGEM DE BARBITURATOS	R\$	13,13
02.02.07.013-1	DOSAGEM DE BENZODIAZEPÍNICOS	R\$	13,48
02.02.03.011-3	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	R\$	13,55
02.02.01.020-1	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACÕES	R\$	2,01
02.02.07.014-0	DOSAGEM DE CADMIO	R\$	6,55
02.02.01.021-0	DOSAGEM DE CALCIO	R\$	1,85
02.02.01.022-8	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	R\$	3,51
02.02.06.012-8	DOSAGEM DE CALCITONINA	R\$	14,38
02.02.07.015-8	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	R\$	17,53
02.02.07.016-6	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	R\$	4,11
02.02.01.023-6	DOSAGEM DE CAROTENO	R\$	2,01
02.02.01.024-4	DOSAGEM DE CATECOLAMINAS PLASMÁTICAS	R\$	86,40
90.01.01.306-0	DOSAGEM DE CATECOLAMINAS URINÁRIAS	R\$	43,20
02.02.01.025-2	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	R\$	12,40
02.02.07.017-4	DOSAGEM DE CHUMBO	R\$	8,83
02.02.07.018-2	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	R\$	58,61
02.02.05.008-4	DOSAGEM DE CITRATO	R\$	2,01
02.02.01.026-0	DOSAGEM DE CLORETO	R\$	1,85
02.02.07.019-0	DOSAGEM DE COBRE	R\$	3,51
02.02.01.027-9	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$	3,51
02.02.01.028-7	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$	3,51
02.02.01.029-5	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$	1,85
02.02.01.030-9	DOSAGEM DE COLINESTERASE	R\$	3,68
02.02.03.012-1	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$	17,16
02.02.03.013-0	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	R\$	17,16
02.02.06.013-6	DOSAGEM DE CORTISOL	R\$	9,86
02.02.01.031-7	DOSAGEM DE CREATININA	R\$	1,85
02.02.09.008-6	DOSAGEM DE CREATININA NO LÍQUIDO AMNIOTICO	R\$	1,89
02.02.01.032-5	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$	3,68
02.02.01.033-3	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$	4,12
02.02.03.014-8	DOSAGEM DE CRIOA GLUTININA	R\$	2,83
02.02.06.014-4	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$	11,25
02.02.01.034-1	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	R\$	3,51
02.02.01.035-0	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	R\$	3,51
02.02.01.036-8	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	R\$	3,68
02.02.01.037-6	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	R\$	3,68
02.02.07.020-4	DOSAGEM DE DIGITALÍCOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	R\$	8,97
02.02.06.015-2	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R\$	11,71
90.01.01.428-0	DOSAGEM DE ERITROPOETINA	R\$	73,33
02.02.04.001-1	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	R\$	1,65
02.02.06.016-0	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$	10,15
02.02.06.017-9	DOSAGEM DE ESTRIOL	R\$	11,55
02.02.06.018-7	DOSAGEM DE ESTRONA	R\$	11,12
02.02.07.021-2	DOSAGEM DE ETOSUXÍMIDA	R\$	15,65
02.02.02.018-5	DOSAGEM DE FATOR II	R\$	5,31
02.02.02.019-3	DOSAGEM DE FATOR IX	R\$	7,61
02.02.02.020-7	DOSAGEM DE FATOR V	R\$	4,73
90.01.01.043-0	DOSAGEM DE FATOR V – LEIDEN	R\$	108,00
02.02.02.021-5	DOSAGEM DE FATOR VII	R\$	8,09
02.02.02.022-3	DOSAGEM DE FATOR VIII	R\$	6,63
02.02.02.023-1	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	R\$	15,00
02.02.02.024-0	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTÍGENO)	R\$	154,00
02.02.02.025-8	DOSAGEM DE FATOR X	R\$	6,66

02.02.02.026-6	DOSAGEM DE FATOR XI	R\$	9,11
02.02.02.027-4	DOSAGEM DE FATOR XII	R\$	10,51
02.02.02.028-2	DOSAGEM DE FATOR XIII	R\$	6,66
02.02.11.004-4	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO) - NEONATAL	R\$	5,50
02.02.11.005-2	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4 - NEONATAL	R\$	12,10
02.02.11.006-0	DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECCAO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA - NEONATAL	R\$	20,90
02.02.07.022-0	DOSAGEM DE FENITOINA	R\$	35,22
02.02.07.023-9	DOSAGEM DE FENOL	R\$	2,05
02.02.01.038-4	DOSAGEM DE FERRITINA	R\$	15,59
02.02.01.039-2	DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$	3,51
02.02.02.029-0	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	R\$	4,60
02.02.01.040-6	DOSAGEM DE FOLATO	R\$	15,65
02.02.07.024-7	DOSAGEM DE FORMALDEIDO	R\$	3,51
02.02.09.022-1	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA	R\$	2,01
02.02.01.041-4	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	R\$	2,01
02.02.01.042-2	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$	2,01
02.02.09.009-4	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	R\$	2,01
02.02.01.043-0	DOSAGEM DE FOSFORO	R\$	1,85
02.02.01.044-9	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	R\$	2,01
02.02.09.010-8	DOSAGEM DE FRUTOSE	R\$	2,01
02.02.09.011-6	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	R\$	2,01
02.02.01.045-7	DOSAGEM DE GALACTOSE	R\$	3,51
02.02.01.046-5	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$	3,51
02.02.06.019-5	DOSAGEM DE GASTRINA	R\$	14,15
02.02.09.012-4	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$	1,89
02.02.01.048-1	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	R\$	3,68
02.02.06.020-9	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	R\$	15,35
02.02.06.021-7	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$	7,85
02.02.04.002-0	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	R\$	3,04
02.02.01.049-0	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	R\$	3,68
02.02.02.030-4	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$	1,53
02.02.02.031-2	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC	R\$	2,73
02.02.02.032-0	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	R\$	2,73
02.02.01.050-3	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$	7,86
02.02.02.033-9	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	R\$	2,73
02.02.01.051-1	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	R\$	3,68
02.02.06.022-5	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	R\$	10,21
02.02.06.023-3	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$	7,89
02.02.06.024-1	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$	8,97
02.02.06.025-0	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$	8,96
02.02.03.015-6	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R\$	17,16
02.02.03.016-4	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$	9,25
02.02.03.018-0	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$	17,16
02.02.03.019-9	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	R\$	9,25
02.02.06.026-8	DOSAGEM DE INSULINA	R\$	10,17
02.02.01.052-0	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	R\$	3,51
02.02.01.053-8	DOSAGEM DE LACTATO	R\$	3,68
02.02.01.054-6	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	R\$	3,51
02.02.01.055-4	DOSAGEM DE LIPASE	R\$	2,25
02.02.07.025-5	DOSAGEM DE LITIO	R\$	2,25
02.02.01.056-2	DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$	2,01
02.02.07.026-3	DOSAGEM DE MERCURIO	R\$	2,04
02.02.07.028-0	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	R\$	10,00
02.02.07.027-1	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	R\$	4,11
02.02.07.029-8	DOSAGEM DE METOTREXATO	R\$	10,00
02.02.01.057-0	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	R\$	2,01
02.02.05.010-6	DOSAGEM DE OXALATO	R\$	3,68
02.02.06.027-6	DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$	43,13
02.02.06.028-4	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R\$	15,35
02.02.01.079-1	DOSAGEM DE PEPTÍDEOS NATRIURÉTICOS TIPO B (BNP E NT-PROBNP)	R\$	103,50
02.02.01.058-9	DOSAGEM DE PIRUVATO	R\$	3,68
02.02.02.034-7	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	R\$	4,11
02.02.01.059-7	DOSAGEM DE PORFIRINAS	R\$	3,51
02.02.01.060-0	DOSAGEM DE POTASSIO	R\$	1,85
02.02.06.029-2	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$	10,22
02.02.06.030-6	DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$	10,15
02.02.02.055-0	DOSAGEM DE PROTEINA C FUNCIONAL	R\$	77,50
02.02.03.020-2	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$	2,83
02.02.02.056-8	DOSAGEM DE PROTEINA S FUNCIONAL	R\$	144,00
02.02.09.013-2	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$	1,89
02.02.01.061-9	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	R\$	1,40
02.02.01.062-7	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$	1,85
02.02.07.030-1	DOSAGEM DE QUINIDINA	R\$	10,00
02.02.06.031-4	DOSAGEM DE RENINA	R\$	13,19
02.02.07.031-0	DOSAGEM DE SALICILATOS	R\$	2,01
02.02.01.063-5	DOSAGEM DE SODIO	R\$	1,85
02.02.06.032-2	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	R\$	15,35
02.02.06.033-0	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	R\$	13,11

02.02.07.032-8	DOSAGEM DE SULFATOS	R\$	3,51
90.01.02.346-0	DOSAGEM DE TACROLIMUS	R\$	100,00
02.02.07.033-6	DOSAGEM DE TEOFILINA	R\$	15,65
02.02.06.034-9	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$	10,43
02.02.06.035-7	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$	13,11
02.02.07.034-4	DOSAGEM DE TIOCIANATO	R\$	3,68
02.02.06.036-5	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$	15,35
02.02.06.037-3	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$	8,76
02.02.06.038-1	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$	11,60
02.02.01.064-3	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$	2,01
02.02.01.065-1	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$	2,01
02.02.01.066-0	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$	4,12
02.02.01.067-8	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$	3,51
02.02.06.039-0	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$	8,71
02.02.11.007-9	DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA - NEONATAL	R\$	5,50
02.02.01.068-6	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	R\$	3,51
02.02.03.120-9	DOSAGEM DE TROPONINA	R\$	9,00
02.02.11.008-7	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO) - NEONATAL	R\$	13,20
02.02.01.070-8	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$	15,24
02.02.07.035-2	DOSAGEM DE ZINCO	R\$	15,65
02.02.05.012-2	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	R\$	3,04
02.02.11.011-7	DOSAGEM QUANTITATIVA DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SORO - NEONATAL	R\$	137,00
02.02.03.103-9	E1 - RAST CASPA DE GATO	R\$	9,25
02.02.03.103-9	E5 - RAST CASPA DE CACHORRO	R\$	9,25
02.02.02.035-5	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$	5,41
02.02.01.071-6	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	R\$	3,68
02.02.01.072-4	ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$	4,42
02.02.09.015-9	ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR	R\$	5,23
02.02.02.036-3	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	R\$	2,73
02.02.09.016-7	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$	6,56
90.01.01.308-0	ESPERMOGRAMA	R\$	9,70
02.02.09.017-5	ESPLENOGRAMA	R\$	5,79
02.02.03.103-9	EX1 - RAST PÊLOS ANIMAIS	R\$	9,25
02.02.08.014-5	EXAME A FRESCO - FEZES	R\$	2,80
02.02.04.003-8	EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	R\$	3,04
02.02.09.018-3	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	R\$	1,89
02.02.08.014-5	EXAME MICOLÓGICO DIRETO - 2ª AMOSTRA	R\$	2,80
02.02.08.014-5	EXAME MICOLÓGICO DIRETO - 3ª AMOSTRA	R\$	2,80
02.02.08.014-5	EXAME MICOLÓGICO DIRETO (MICOSSES) 1ª AMOSTRA	R\$	2,80
02.02.08.014-5	EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO – SECREÇÃO VAGINAL	R\$	2,80
02.02.05.013-0	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	R\$	3,70
90.01.01.072-0	FAN	R\$	17,16
02.02.12.003-1	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH – HR	R\$	10,65
02.02.01.073-2	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE)	R\$	15,65
90.01.01.431-0	GENE JAK2 - ANÁLISE SOMÁTICA DO GENE	R\$	2.000,00
90.01.01.432-0	GENE JAK2 - PESQUISA DE MUTAÇÃO NO EXON 13	R\$	1.100,00
02.02.03.021-0	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	R\$	298,48
02.02.01.047-3	GLICOSE	R\$	1,85
02.02.01.047-3	GLICOSE PÓS PRANDIAL	R\$	1,85
02.02.02.037-1	HEMATOCRITO	R\$	1,53
02.02.08.015-3	HEMOCULTURA	R\$	11,49
02.02.02.038-0	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$	4,11
02.13.01.050-0	HIV – QUANTIFICAÇÃO DE ÁCIDO NUCLEICO – CARGA VIRAL	R\$	18,00
90.01.01.073-0	HOMOCISTEÍNA	R\$	35,30
02.02.08.016-1	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	R\$	5,63
02.02.12.004-0	IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS	R\$	10,65
02.02.04.004-6	IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	R\$	1,65
02.13.01.020-8	IDENTIFICAÇÃO DO VIRUS DA HEPATITE B POR PCR (QUANTITATIVO)	R\$	300,00
02.02.03.103-9	IGE ESPECIFICO - OVO OVOMUCÓIDE	R\$	9,25
02.02.03.103-9	IGE ESPECIFICO - OVOALBUMINA - (F232)	R\$	9,25
02.02.03.103-9	IGE ESPECÍFICO ÁCAROS - ACARUS SIRO - (D70)	R\$	9,25
02.02.03.103-9	IGE ESPECÍFICO ÁCAROS - DERMATOPHAGOIDES FARINAE (D2)	R\$	9,25
02.02.03.103-9	IGE ESPECÍFICO AMENDOIN - (F13)	R\$	9,25
02.02.03.103-9	IGE ESPECÍFICO CASEINA - (F78)	R\$	9,25
02.02.03.103-9	IGE ESPECÍFICO DERMATOPHAGOIDES MICROCERA (D3)	R\$	9,25
02.02.03.103-9	IGE ESPECÍFICO DERMATOPHAGOIDES PTERONYSSINUS (D1)	R\$	2,04
02.02.03.103-9	IGE ESPECÍFICO PARA ABACAXI -(F210)	R\$	9,25
02.02.03.103-9	IGE ESPECÍFICO PARA ALFA LACTOALBUMINA (F76)	R\$	9,25
02.02.03.103-9	IGE ESPECÍFICO PARA AVELÃ - (F17)	R\$	9,25
02.02.03.103-9	IGE ESPECIFICO PARA AZEITONA - (F342)	R\$	9,25
02.02.03.103-9	IGE ESPECÍFICO PARA BARATA DOMÉSTICA (I6)	R\$	9,25
02.02.03.103-9	IGE ESPECÍFICO PARA BETA LACTOGLOBULINA (F77)	R\$	9,25
02.02.03.103-9	IGE ESPECÍFICO PARA CACAU (F93)	R\$	9,25
02.02.03.103-9	IGE ESPECÍFICO PARA CAMARÃO (F24)	R\$	9,25
02.02.03.103-9	IGE ESPECÍFICO PARA CARNE DE PORCO (F26)	R\$	9,25
02.02.03.103-9	IGE ESPECÍFICO PARA CASTANHA DE CAJU - (F202)	R\$	9,25
02.02.03.103-9	IGE ESPECÍFICO PARA CASTANHA DO PARÁ (F18)	R\$	9,25
02.02.03.103-9	IGE ESPECÍFICO PARA CENOURA (F31)	R\$	9,25

02.02.03.103-9	IGE ESPECÍFICO PARA CLARA DE OVO (F1)	R\$	9,25
02.02.03.103-9	IGE ESPECÍFICO PARA CORANTE VERMELHO / CARMIM (F340)	R\$	9,25
02.02.03.103-9	IGE ESPECÍFICO PARA FORMIGA (I70)	R\$	9,25
02.02.03.103-9	IGE ESPECÍFICO PARA GEMA DE OVO (F75)	R\$	9,25
02.02.03.103-9	IGE ESPECÍFICO PARA GLUTEN (F79)	R\$	9,25
02.02.03.103-9	IGE ESPECÍFICO PARA GRÃO DE SOJA (F14)	R\$	9,25
02.02.03.103-9	IGE ESPECÍFICO PARA GREER LABS - (H1)	R\$	9,25
02.02.03.103-9	IGE ESPECÍFICO PARA LARANJA (F33)	R\$	9,25
02.02.03.103-9	IGE ESPECÍFICO PARA LEITE (F2)	R\$	9,25
02.02.03.103-9	IGE ESPECÍFICO PARA MORANGO - (F44)	R\$	9,25
02.02.03.103-9	IGE ESPECÍFICO PARA OVO - RAST (F245)	R\$	9,25
02.02.03.103-9	IGE ESPECÍFICO PARA TARTRAZINA / CORANTE AMARELO (C2)	R\$	9,25
02.02.03.103-9	IGE ESPECÍFICO PARA TOMATE (F25)	R\$	9,25
02.02.03.103-9	IGE ESPECÍFICO PARA TRIGO (F4)	R\$	9,25
02.02.03.103-9	IGE MÚLTIPLO PARA ALIMENTOS (FX5)	R\$	9,25
02.02.03.103-9	IGE MÚLTIPLO PARA CEREAIS (FX3)	R\$	9,25
02.02.03.103-9	IGE MÚLTIPLO PARA PÓLENS DE FLORES (WX5)	R\$	9,25
02.02.03.103-9	IGE PARA MOSQUITO COMUM (I71) - PERNILONGO	R\$	9,25
02.02.03.103-9	IGE RAST PAINEL GRAMÍNEAS (GX1)	R\$	9,25
02.02.03.103-9	IGE RAST PAINEL GRAMÍNEAS (GX2)	R\$	9,25
02.02.03.103-9	IGE RAST PAINEL POEIRA (HX2)	R\$	9,25
02.02.03.022-9	IMUNOELETROFORESE DE PROTEÍNAS	R\$	17,16
02.02.03.023-7	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R\$	80,00
02.02.02.039-8	LEUCOGRAMA	R\$	2,73
02.02.05.009-2	MICROALBUMINÚRIA - AMOSTRA ISOLADA	R\$	8,12
02.02.05.009-2	MICROALBUMINÚRIA - URINA 24 HORAS	R\$	8,12
02.02.09.019-1	MIELOGRAMA	R\$	5,79
90.01.01.429-0	MUTAÇÃO V617F	R\$	500,00
90.01.01.430-0	MUTAÇÃO V617F + GENE JAK2	R\$	500,00
02.02.04.012-7	PARASITOLÓGICO	R\$	1,65
02.02.04.012-7	PARASITOLÓGICO - SEGUNDA AMOSTRA	R\$	1,65
02.02.04.012-7	PARASITOLÓGICO - TERCEIRA AMOSTRA	R\$	1,65
02.02.05.014-9	PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA)	R\$	3,70
02.02.05.015-7	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	R\$	2,04
02.02.05.016-5	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	R\$	3,70
02.02.02.057-6	PESQUISA DE ANTICOAGULANTE LÚPICO	R\$	75,00
02.02.03.025-3	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	R\$	17,50
02.02.03.026-1	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	R\$	17,50
02.02.03.037-7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	R\$	9,25
02.02.03.038-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	R\$	10,00
02.02.03.039-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	R\$	110,00
02.02.03.040-7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	R\$	3,70
02.02.03.041-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	R\$	5,83
02.02.03.042-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLOURESCENCIA)	R\$	10,00
02.02.03.043-1	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEZ SUPRARENAL	R\$	17,16
02.02.03.027-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$	8,67
02.02.03.044-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS	R\$	9,25
02.02.03.045-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	R\$	10,00
02.02.03.046-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	R\$	9,70
02.02.09.021-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	R\$	9,70
02.02.03.047-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	R\$	2,83
02.02.03.048-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	R\$	10,00
02.02.03.050-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	R\$	10,00
02.02.03.028-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	R\$	17,16
02.02.03.029-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	R\$	85,00
02.02.03.030-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R\$	10,00
02.02.03.031-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R\$	18,55
02.02.03.051-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILHOTA DE LANGERHANS	R\$	10,00
02.02.03.052-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	R\$	17,16
02.02.03.053-9	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	R\$	4,10
02.02.03.054-7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	R\$	5,50
02.02.03.055-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R\$	17,16
02.02.03.056-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	R\$	17,16
02.02.03.057-1	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	R\$	17,16
02.02.03.058-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	R\$	17,16
02.02.03.059-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	R\$	17,16
02.02.03.060-1	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	R\$	17,16
02.02.03.061-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	R\$	10,00
02.02.03.032-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	R\$	17,16
02.02.03.033-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	R\$	5,74
02.02.03.034-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$	17,16
02.02.03.035-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$	18,55
02.02.03.036-9	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	R\$	18,55
02.02.03.062-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R\$	17,16
02.02.03.063-6	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$	18,55
02.02.03.064-4	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	R\$	18,55
02.02.03.065-2	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	R\$	7,78
02.02.03.066-0	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII	R\$	9,71

02.02.03.067-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$	18,55
02.02.03.068-7	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	R\$	18,55
02.02.03.069-5	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	R\$	9,25
02.02.03.070-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS (BLASTOMICOSE)	R\$	13,80
02.02.03.071-7	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCIAL RESPIRATORIO	R\$	18,55
02.02.03.072-5	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	R\$	17,16
02.02.03.073-3	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$	2,83
02.02.03.074-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$	11,00
02.02.03.075-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	R\$	9,25
02.02.03.076-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$	16,97
02.02.03.077-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$	9,25
02.02.03.078-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG)	R\$	18,55
02.02.03.079-2	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R\$	30,00
02.02.03.080-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$	18,55
02.02.03.081-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$	17,16
02.02.03.082-2	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$	17,16
02.02.03.083-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$	17,16
02.02.03.084-9	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLIS	R\$	17,16
02.02.03.085-7	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$	11,61
02.02.03.086-5	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	R\$	10,00
02.02.03.087-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$	18,55
02.02.03.088-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$	9,25
02.02.03.089-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$	18,55
02.02.03.090-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R\$	20,00
02.02.03.091-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$	18,55
02.02.03.092-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$	17,16
02.02.03.093-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$	17,16
02.02.03.094-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$	17,16
02.02.03.095-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLIS	R\$	17,16
02.02.12.005-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO	R\$	5,79
90.01.01.376-0	PESQUISA DE ANTICORPOS P/ MONONUCLEOSE	R\$	10,00
90.01.01.377-0	PESQUISA DE ANTICORPOS P/ MONONUCLEOSE IGG	R\$	50,00
90.01.01.378-0	PESQUISA DE ANTICORPOS P/ MONONUCLEOSE IGM	R\$	50,00
02.02.12.006-6	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC	R\$	5,79
02.02.12.007-4	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO	R\$	5,79
02.02.03.096-2	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R\$	13,35
02.02.03.097-0	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$	18,55
02.02.03.098-9	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	R\$	18,55
02.02.02.040-1	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	R\$	25,00
02.02.08.018-8	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	R\$	2,80
02.02.05.017-3	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA	R\$	2,04
90.01.01.309-0	PESQUISA DE BK NA URINA (3 AMOSTRAS)	R\$	36,00
02.02.05.018-1	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	R\$	2,40
02.02.09.023-0	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	R\$	1,89
02.02.02.041-0	PESQUISA DE CELULAS LE	R\$	4,11
02.02.09.024-8	PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS	R\$	1,89
02.02.05.019-0	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	R\$	2,04
02.02.03.099-7	PESQUISA DE CLAMIDIA (POR CAPTURA HIBRIDA)	R\$	60,00
02.02.05.020-3	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	R\$	2,04
02.02.02.042-8	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	R\$	2,73
02.02.03.100-4	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	R\$	2,83
02.02.09.025-6	PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA	R\$	1,89
02.02.04.005-4	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	R\$	1,65
02.02.04.006-2	PESQUISA DE EOSINOFILOS	R\$	1,65
02.02.05.021-1	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	R\$	3,70
02.02.09.026-4	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)	R\$	4,80
02.02.08.019-6	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	R\$	4,33
02.02.03.101-2	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	R\$	4,10
02.02.12.008-2	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$	1,37
02.02.05.022-0	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	R\$	2,04
02.02.02.043-6	PESQUISA DE FILARIA	R\$	2,73
02.02.05.023-8	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	R\$	2,04
02.02.05.024-6	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	R\$	3,36
02.02.04.007-0	PESQUISA DE GORDURA FECAL	R\$	1,65
02.02.08.020-0	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	R\$	2,80
02.02.08.021-8	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	R\$	4,33
90.01.01.049-0	PESQUISA DE HEMOCROMATOSE	R\$	216,00
02.02.02.044-4	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	R\$	2,73
02.02.03.102-0	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA	R\$	10,00
02.02.05.026-2	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	R\$	2,04
02.02.05.027-0	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	R\$	2,04
02.02.04.008-9	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	R\$	1,65
02.02.08.022-6	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	R\$	2,80
02.02.04.009-7	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	R\$	1,65
02.02.04.010-0	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	R\$	1,65
02.02.06.047-0	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	R\$	12,15
02.02.05.028-9	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	R\$	3,70
02.02.10.023-5	PESQUISA DE MUTAÇÃO DO GENE DA PROTROMBINA	R\$	172,50

02.02.04.011-9	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)	R\$	1,65
02.02.08.017-0	PESQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	R\$	4,33
02.02.05.029-7	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	R\$	2,04
02.02.05.030-0	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	R\$	4,44
02.02.09.027-2	PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$	1,89
02.02.04.013-5	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	R\$	10,25
02.02.04.015-1	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	R\$	1,65
02.02.05.031-9	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	R\$	2,04
02.02.08.023-4	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	R\$	5,04
02.02.02.046-0	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	R\$	2,73
02.02.04.016-0	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	R\$	1,65
02.02.04.017-8	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	R\$	1,65
02.02.03.104-7	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	R\$	10,00
90.01.01.422-0	PH DE FEZES	R\$	10,00
90.01.01.427-0	PRO BNP N TERMINAL	R\$	133,33
02.02.05.011-4	PROTEINÚRIA - AMOSTRA ISOLADA	R\$	2,04
02.02.05.011-4	PROTEINÚRIA - URINA 24 HORAS	R\$	2,04
02.02.01.074-0	PROVA DA D-XILOSE	R\$	3,68
02.02.02.047-9	PROVA DE COMPATIBILIDADE PRE-TRANSFUSIONAL (MEIOS SALINOS, ALBUMINOSO E COOMBS)	R\$	15,00
02.02.02.048-7	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	R\$	4,11
02.02.05.032-7	PROVA DE DILUICAO (URINA)	R\$	2,04
02.02.09.028-0	PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)	R\$	9,70
02.02.02.049-5	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	R\$	2,73
02.02.02.050-9	PROVA DO LACO	R\$	2,73
02.02.09.029-9	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS(SOROTIPOS A, B, C)	R\$	1,89
02.02.09.030-2	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	R\$	1,89
02.02.03.105-5	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	R\$	1,77
02.02.03.106-3	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	R\$	1,77
02.02.03.010-5	PSA LIVRE	R\$	16,42
02.02.03.010-5	PSA TOTAL	R\$	16,42
02.02.03.107-1	QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1	R\$	18,00
02.02.03.108-0	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	R\$	168,48
02.02.03.103-9	RAST EPITÉLIO DE ANIMAIS - (EX2)	R\$	9,25
02.02.03.103-9	RAST M80 - FUNGOS - ENTEROTOXINA A STAPHYLOCOCCUS	R\$	9,25
02.02.03.103-9	RAST PAINEL FUNGOS E LEVEDURAS (MX1)	R\$	9,25
02.02.03.103-9	RAST PARA FUNGOS E LEVEDURAS - (MX2)	R\$	9,25
02.02.03.103-9	RAST PARA PÔLENS DE FLORES (WX7)	R\$	9,25
02.02.03.103-9	RAST PEIXE E FRUTOS DO MAR - (FX2)	R\$	9,25
02.02.02.051-7	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	R\$	2,73
02.02.03.109-8	REACAO DE HEMAGLUTINACAO (TPHA) P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$	4,10
02.02.03.110-1	REACAO DE MONTENEGRO ID	R\$	2,83
02.02.09.031-0	REACAO DE PANDY	R\$	1,89
02.02.09.032-9	REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$	1,89
90.01.01.380-1	RETIRADA DE COLETA UPA	R\$	35,00
02.02.04.014-3	SANGUE OCULTO, PESQUISA - NAS FEZES	R\$	1,65
02.02.04.014-3	SANGUE OCULTO, PESQUISA DE (SEGUNDA AMOSTRA)	R\$	1,65
02.02.04.014-3	SANGUE OCULTO, PESQUISA DE (TERCEIRA AMOSTRA)	R\$	1,65
90.01.01.082-0	SECREÇÃO DE ABCESSO	R\$	11,84
90.01.01.083-0	SECREÇÃO DE FERIDA	R\$	11,84
90.01.01.084-0	SECREÇÃO URETRAL	R\$	11,84
90.01.01.085-0	SECREÇÃO VAGINAL	R\$	11,84
90.01.01311-0	SOROLOGIA PARA CHAGAS	R\$	75,00
02.02.02.052-5	TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS	R\$	12,00
02.02.09.033-7	TESTE DE CLEMENTS	R\$	1,89
02.02.06.040-3	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	R\$	12,01
02.02.06.041-1	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	R\$	12,01
02.02.06.042-0	TESTE DE ESTIMULO DE LH E FSH APOS GONADORRELINA	R\$	12,01
02.02.06.043-8	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	R\$	12,01
02.02.09.034-5	TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS	R\$	4,68
02.02.02.053-3	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	R\$	2,73
02.02.09.035-3	TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO	R\$	4,68
02.02.06.044-6	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	R\$	12,01
02.02.06.045-4	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE	R\$	12,01
02.02.01.075-9	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS	R\$	6,55
02.02.03.111-0	TESTE DE VDRL P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$	2,83
02.02.02.054-1	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$	2,73
02.02.03.112-8	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$	17,16
02.02.03.113-6	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$	10,00
02.02.12.009-0	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R\$	2,73
02.02.06.046-2	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	R\$	8,43
90.01.02.223-9	TESTE RAPIDO PARA DETECÇÃO DOS ANTICORPOS IGG E IGM DO CORONAVIRUS	R\$	60,00
90.01.02.326-0	TESTE RAPIDO POR ANTIGENO PCR	R\$	100,00
02.02.03.114-4	TESTES ALERGICOS DE CONTATO	R\$	1,77
02.02.03.115-2	TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA	R\$	1,77
02.02.12.010-4	TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	R\$	5,79
90.01.01.384-1	TOXICOLOGICO	R\$	220,00
90.01.01.423-0	TOXOPLASMOSE AVIDEZ	R\$	61,67
90.01.01.382-1	TROPONINA – EXAME LABORATORIAL CARDIOLOGICO	R\$	30,00

90.01.02.322-0	TROPONINA CARDIACA QUANTITATIVA	R\$	38,00
02.02.01.069-4	URÉIA	R\$	1,85
02.02.01.069-4	URÉIA PÓS DIÁLISE	R\$	1,85
90.01.01.086-0	UROCULTURA	R\$	3,70
02.02.03.117-9	VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE	R\$	2,83
90.01.01.424-0	X-FRAGIL	R\$	633,33
CÓDIGO	DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA	VALOR	
90.01.01.330-0	ANÁTOMO PATOLÓGICO	R\$	62,53
90.01.01.330-0	ANÁTOMO PATOLÓGICO 2ª AMOSTRA	R\$	62,53
90.01.01.330-0	ANÁTOMO PATOLÓGICO 3ª AMOSTRA	R\$	62,53
90.01.01.330-0	ANÁTOMO PATOLÓGICO 4ª AMOSTRA	R\$	62,53
90.01.01.330-0	ANÁTOMO PATOLÓGICO 5ª AMOSTRA	R\$	62,53
02.01.01.021-6	BIÓPSIA DE FÍGADO POR PUNÇÃO	R\$	142,30
02.01.01.030-5	BIÓPSIA DE MEDULA ÓSSEA A CÉU ABERTO	R\$	785,83
02.01.01.041-0	BIÓPSIA DE PRÓSTATA	R\$	300,00
02.01.01.043-7	BIÓPSIA DE RIM	R\$	656,31
02.01.01.003-8	BIÓPSIA DE TIREÓIDE	R\$	200,56
02.01.01.047-0	BIÓPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE (PAAF)	R\$	97,16
02.01.01.050-0	BIÓPSIA DE VAGINA	R\$	18,33
02.01.01.051-8	BIÓPSIA DE VULVA	R\$	18,33
02.01.01.066-6	BIÓPSIA DO COLO UTERINO	R\$	18,33
02.01.01.020-8	BIÓPSIA HEPÁTICA	R\$	296,39
02.01.01.002-0	BIÓPSIA/PUNÇÃO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE	R\$	14,10
02.01.02.003-3	COLETA DE MATERIAL P/ EXAME CITOPATOLOGICO DE COLO DE UTERO (COLETA DE PAPANICOLAU)	R\$	7,62
02.03.01.004-3	EXAME CITOPATOLOGICO DE MAMA	R\$	35,34
02.03.01.003-5	EXAME DE CITOLOGIA ONCÓTICA (EXCETO CERVICO-VAGINAL)	R\$	20,96
02.03.02.004-9	IMUNOHISTOQUÍMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R\$	131,52
90.01.01.433-0	IMUNOFENOTIPAGEM DE MEDULA ÓSSEA	R\$	1.203,33
02.01.01.058-5	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA	R\$	144,08
02.01.01.060-7	PUNCAO DE MAMA POR AGULHA GROSSA	R\$	300,00
CÓDIGO	EXAMES DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM/MEDICINA NUCLEAR/ENDOSCÓPICO	VALOR	
02.10.01.001-0	ANGIOGRAFIA CEREBRAL (4 VASOS)	R\$	179,46
02.10.01.102-9	ANGIOGRAFIA DE ARCO AORTICO	R\$	179,46
90.01.01.401-0	ANGIORESSONANCIA ARTERIAL DE ABDOMEM SUPRIOR	R\$	379,00
90.01.01.409-0	ANGIORESSONANCIA ARTERIAL DE AORTA TORÁCICA	R\$	380,00
90.01.01.402-0	ANGIORESSONANCIA ARTERIAL DE CRANIO	R\$	380,00
90.01.01.403-0	ANGIORESSONANCIA ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR	R\$	379,00
90.01.01.404-0	ANGIORESSONANCIA ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR	R\$	379,00
90.01.01.405-0	ANGIORESSONANCIA ARTERIAL DE PELVE	R\$	379,00
90.01.01.406-0	ANGIORESSONANCIA ARTERIAL DE PESCOÇO	R\$	379,00
90.01.01.407-0	ANGIORESSONANCIA ARTERIAL DE PULMONAR	R\$	379,00
02.07.01.001-3	ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	R\$	350,00
90.01.01.400-0	ANGIORESSONANCIA COM LAUDO	R\$	392,00
90.01.01.408-0	ANGIORESSONANCIA DE AORTA ABDOMINAL	R\$	379,00
90.01.01.410-0	ANGIORESSONANCIA VENOSA DE ABDOMEM SUPERIOR	R\$	380,00
90.01.01.411-0	ANGIORESSONANCIA VENOSA DE CRANIO	R\$	380,00
90.01.01.412-0	ANGIORESSONANCIA VENOSA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R\$	380,00
90.01.01.413-0	ANGIORESSONANCIA VENOSA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R\$	380,00
90.01.01.414-0	ANGIORESSONANCIA VENOSA DE PELVE	R\$	379,00
90.01.01.415-0	ANGIORESSONANCIA VENOSA DE PESCOÇO	R\$	380,00
90.01.01.416-0	ANGIORESSONANCIA VENOSA PULMONAR	R\$	379,00
90.01.01.146-0	ANGIOTOMOGRAFIA	R\$	296,00
90.01.01.393-0	ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA	R\$	379,00
90.01.01.386-0	ANGIOTOMOGRAFIA DE ABDOMEM SUPERIOR ARTERIAL	R\$	281,00
90.01.01.385-0	ANGIOTOMOGRAFIA DE ABDOMEM SUPERIOR VENOSO	R\$	281,00
90.01.01.392-0	ANGIOTOMOGRAFIA DE CARÓTIDAS E VERTEBRAIS	R\$	376,00
90.01.01.387-0	ANGIOTOMOGRAFIA DE CRANIO	R\$	281,00
90.01.01.388-0	ANGIOTOMOGRAFIA DE MEMBRO INFERIOR	R\$	259,00
90.01.01.389-0	ANGIOTOMOGRAFIA DE MEMBRO SUPERIOR	R\$	259,00
90.01.01.390-0	ANGIOTOMOGRAFIA DE PELVE	R\$	259,00
90.01.01.391-0	ANGIOTOMOGRAFIA DE TORAX	R\$	259,00
02.10.01.004-5	AORTOGRAFIA ABDOMINAL	R\$	189,73
02.10.01.005-3	AORTOGRAFIA TORACICA	R\$	170,44
02.10.01.00.61	ARTERIOGRAFIA CERVICO-TORACICA	R\$	201,01
02.10.01.007-0	ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO	R\$	179,46
02.10.01.008-8	ARTERIOGRAFIA DIGITAL (POR VIA VENOSA)	R\$	200,01
02.10.01.009-6	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE DOENCA ARTERIOSCLEROTICA AORTO-ILIACA E DISTAL	R\$	504,43
02.10.01.010-0	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE HEMORRAGIA CEREBRAL	R\$	504,43
02.10.01.011-8	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE ISQUEMIA CEREBRAL	R\$	504,43
02.10.01.012-6	ARTERIOGRAFIA PELVICA	R\$	170,44
02.10.01.013-4	ARTERIOGRAFIA SELETIVA DE CAROTIDA	R\$	190,31
02.10.01.014-2	ARTERIOGRAFIA SELETIVA POR CATETER (POR VASO)	R\$	201,51
02.10.01.015-0	ARTERIOGRAFIA SELETIVA VERTEBRAL	R\$	201,01
02.09.04.001-7	BRONCOSCOPIA (BRONCOFIBROSCOPIA)	R\$	200,00
02.08.05.001-9	CINTILOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES E/OU EXTREMIDADES E/OU OSSO	R\$	180,32
02.08.01.001-7	CINTILOGRAFIA DE CORAÇÃO C/ GÁLIO 67	R\$	457,55

02.08.09.001-0	CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GÁLIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS	R\$	906,80
02.08.02.001-2	CINTILOGRAFIA DE FÍGADO E BAÇO (5 IMAGENS)	R\$	133,26
02.08.02.002-0	CINTILOGRAFIA DE FÍGADO E VIAS BILIARES	R\$	187,93
02.08.09.002-9	CINTILOGRAFIA DE GLÂNDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA) AO	R\$	66,23
02.08.02.003-9	CINTILOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVARES C/ OU SEM ESTÍMULO	R\$	87,89
02.08.09.003-7	CINTILOGRAFIA DE MAMA BILATERAL	R\$	289,43
02.08.01.002-5	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO - SITUAÇÃO DE ESTRESSE (3 PROJEÇÕES)	R\$	408,52
02.08.01.003-5	CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SIT. DE REPOUSO	R\$	383,07
02.08.01.004-1	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ LOCALIZAÇÃO DE NECROSE (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)	R\$	166,47
02.08.05.003-5	CINTILOGRAFIA DE OSSOS C/ OU S/ FLUXO SANGÜÍNEO (CORPO INTEIRO)	R\$	190,99
02.08.03.001-8	CINTILOGRAFIA DE PARATIREÓIDES	R\$	324,54
02.08.06.001-4	CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL C/ TALIO (SPCTO)	R\$	438,01
02.08.07.001-0	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO	R\$	457,55
02.08.07.003-8	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR INALAÇÃO (MÍNIMO 2 PROJEÇÕES)	R\$	128,12
02.08.07.004-4	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR PERFUSÃO (MÍNIMO 4 PROJEÇÕES)	R\$	130,50
02.08.04.002-1	CINTILOGRAFIA DE RIM C/ GÁLIO 67	R\$	457,55
02.08.05.004-3	CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO ÓSSEO C/ GÁLIO 67	R\$	457,55
02.08.08.001-5	CINTILOGRAFIA DE SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL (MEDULA ÓSEA)	R\$	112,61
02.08.03.002-6	CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE	R\$	77,28
02.08.03.002-6	CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE C/ OU S/ CAPTAÇÃO	R\$	77,28
02.08.03.003-4	CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE C/ TESTE DE SUPRESSÃO/ESTÍMULO	R\$	107,30
02.08.05.003-5	CINTILOGRAFIA ÓSSEA	R\$	190,99
02.08.02.005-5	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFÁGICO (LIQUIDO)	R\$	135,38
02.08.02.006-3	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFÁGICO (SEMI-SÓLIDO)	R\$	135,38
02.08.02.007-1	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRÂNSITO GÁSTRICO	R\$	144,22
02.08.03.004-2	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE CORPO INTEIRO	R\$	338,70
02.08.02.009-8	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA	R\$	157,33
02.08.02.010-1	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRRAGIA DIGESTIVA NÃO ATIVA	R\$	310,82
02.08.02.011-0	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTRO ESOFÁGICO	R\$	135,38
02.08.04.004-8	CINTILOGRAFIA P/AVALIAÇÃO DE FLUXO SANGÜÍNEO DE EXTREMIDADES	R\$	114,02
02.08.01.006-8	CINTILOGRAFIA P/QUANTIFICAÇÃO DE SHUNT EXTRACARDÍACO	R\$	142,57
02.08.02.008-0	CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL	R\$	114,86
02.08.04.005-6	CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)	R\$	133,03
02.08.01.007-6	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDÍACAS EM SITUAÇÃO DE ESFORÇO	R\$	214,85
02.08.06.002-2	CISTERNOCINTILOGRAFIA (INCLUINDO PESQUISA E/OU AVALIAÇÃO DO TRÂNSITO LIQUÓRICO+PUNÇÃOLOMBAR)	R\$	325,34
02.08.04.006-4	CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA	R\$	122,97
02.08.04.007-2	CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA	R\$	144,50
02.09.01.001-0	COLANGEOPANCREATOGRAFIA RETRÓGRADA	R\$	90,68
02.10.02.001-6	COLANGIOGRAFIA TRANSCUTANEA	R\$	45,34
02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA - COM LAUDO	R\$	415,00
90.01.01.331-0	COLONOSCOPIA E RETOSSIGMÓDOSCOPIA- LAUDO COM FOTO	R\$	20,00
02.04.01.001-2	DACRIOCISTOGRAFIA	R\$	48,85
02.04.06.002-8	DENSITOMETRIA ÓSSEA DUO ENERGÉTICA DA COLUNA + COLO FÊMUR	R\$	71,63
02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAMA COM OU SEM DOPPLER	R\$	110,00
02.05.01.001-6	ECOCARDIOGRAMA COM OU SEM DOPPLER - C/ STRESS FARMACOLÓGICO	R\$	400,00
02.05.01.002-4	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO	R\$	220,49
04.07.01.000-0	EED - ESÔFAGO, ESTOMAGO E DUODENO	R\$	120,65
02.09.01.003-7	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA - COM LAUDO	R\$	315,00
03.01.10.009-8	ENEMA OPACO - INFANTIL E ADULTO	R\$	110,00
02.04.06.003-6	ESCANOMETRIA	R\$	9,32
02.10.01.016-9	ESPLENOPORTOGRAFIA	R\$	182,45
02.08.04.010-2	ESTUDO RENAL DINAMICO C/ OU S/ DIURETICO	R\$	165,24
90.01.01.333-0	EXAME / TESTE DE UREASE	R\$	10,00
02.10.01.017-7	FLEBOGRAFIA	R\$	296,40
02.04.05.006.5	HISTEROSALPINGOGRAFIA	R\$	50,00
02.09.03.001-1	HISTEROSCOPIA - ALÇA DE RESSECÇÃO	R\$	86,25
02.11.04.004-5	HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA	R\$	480,55
90.01.01.379-1	LAUDO RADIOLOGICO	R\$	8,00
02.08.02.012-8	LINFOCINTILOGRAFIA	R\$	1.103,26
02.08.08.004-0	LINFOCINTILOGRAFIA	R\$	141,33
90.01.01.096-0	M.A.P.A. 24 HORAS	R\$	130,00
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA BILATERAL	R\$	58,50
90.01.01.097-0	OCT - TOMOGRAFIA DE COERENCIA OPTICA	R\$	350,00
90.01.01.098-0	PET CT - CINTILOGRAFIA	R\$	3.100,00
02.09.01.002-9	POLIPECTOMIA	R\$	237,58
02.04.05.011-1	RADIOGRAFIA DE ABDOME (AP + LATERAL + LOCALIZADA)	R\$	13,95
02.04.05.012-0	RADIOGRAFIA DE ABDOME AGUDO (MÍNIMO 03 INCIDÊNCIAS)	R\$	19,89
02.04.05.013-8	RADIOGRAFIA DE ABDOME SIMPLES (AP)	R\$	9,32
02.04.04.001-9	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO	R\$	8,35
02.04.01.004-7	RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMÁTICA MALAR (AP + OBLÍQUA)	R\$	9,05
02.04.04.002-7	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACROMICO-CLAVICULAR	R\$	9,62
02.04.06.006-0	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXO FEMURAL	R\$	10,10
02.04.04.003-5	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL	R\$	9,62
02.04.04.004-3	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESTERNO-CLAVICULAR	R\$	9,62
02.04.06.007-9	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO SACRO ILÍACA	R\$	10,10
02.04.01.005-5	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO MANDIBULAR BILATERAL	R\$	10,89
02.04.06.008-7	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TIBIO TÁRSICA	R\$	8,45
02.04.06.009-5	RADIOGRAFIA DE BACIA	R\$	10,10

02.04.04.005-1	RADIOGRAFIA DE BRAÇO	R\$	10,10
02.04.06.010-9	RADIOGRAFIA DE CALCÂNEO	R\$	8,45
02.04.01.006-3	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	R\$	8,94
02.04.04.006-0	RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA	R\$	9,62
02.04.02.003-4	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLÍQUAS)	R\$	10,83
02.04.02.004-2	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + TO OU FLEXÃO)	R\$	10,65
02.04.02.005-0	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL OU DINÂMICA	R\$	13,38
02.04.02.006-9	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$	14,25
02.04.02.007-7	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLÍQUAS)	R\$	19,37
02.04.02.008-5	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL OU DINÂMICA	R\$	21,94
02.04.02.009-3	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORÁCICA (PA + LATERAL)	R\$	11,91
02.04.02.011-5	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMAR DINÂMICA	R\$	20,25
02.04.02.010-7	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	R\$	12,65
02.04.03.005-6	RADIOGRAFIA DE CORAÇÃO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL + OBLÍQUA)	R\$	18,62
02.04.03.006-4	RADIOGRAFIA DE CORAÇÃO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL)	R\$	11,77
02.04.03.007-2	RADIOGRAFIA DE COSTELAS POR HEMITÓRAX	R\$	10,88
02.04.04.007-8	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R\$	7,67
02.04.06.011-7	RADIOGRAFIA DE COXA	R\$	11,62
02.04.01.007-1	RADIOGRAFIA DE CRÂNIO (PA + LATERAL + BRETTON + HIRTZ)	R\$	11,90
02.04.01.008-0	RADIOGRAFIA DE CRÂNIO (PA + LATERAL)	R\$	9,78
02.04.04.008-6	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MÃO	R\$	7,31
02.04.04.011-6	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA OU OMBRO (TRÊS POSIÇÕES)	R\$	10,37
02.04.03.008-0	RADIOGRAFIA DE ESÔFAGO	R\$	25,08
02.04.03.009-9	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	R\$	10,37
02.04.05.014-6	RADIOGRAFIA DE ESTÔMAGO E DUODENO – RED	R\$	45,79
02.04.05.015-4	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRÂNSITO)	R\$	61,87
02.04.06.012-5	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	R\$	8,81
02.04.06.014-1	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + AXIAIS)	R\$	9,31
02.04.01.009-8	RADIOGRAFIA DE LARINGE	R\$	7,46
02.04.04.009-4	RADIOGRAFIA DE MÃO	R\$	8,19
02.04.04.010-8	RADIOGRAFIA DE MÃO OU PUNHO (P/ DETERMINAÇÃO DE IDADE ÓSSEA)	R\$	7,80
02.04.01.010-1	RADIOGRAFIA DE MASTÓIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)	R\$	11,74
02.04.01.011-0	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLÍQUA)	R\$	9,36
02.04.03.010-2	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA+PERFIL)	R\$	11,35
02.04.01.003-9	RADIOGRAFIA DE ÓRBITA (PA + OBLÍQUA + HIRTZ)	R\$	10,89
02.04.01.012-8	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$	10,89
02.04.06.015-0	RADIOGRAFIA DE PE OU DEDOS DO PÉ	R\$	8,81
02.04.06.016-8	RADIOGRAFIA DE PERNA	R\$	11,62
02.04.03.011-0	RADIOGRAFIA DE PNEUMOMEDISTINO	R\$	35,45
02.04.04.012-4	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	R\$	8,98
02.04.02.012-3	RADIOGRAFIA DE REGIÃO SACRO-COCCIGEA	R\$	10,14
02.04.01.014-4	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (MN + FN + LATERAL)	R\$	9,52
02.04.03.012-9	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (APICO + LORDOTICA)	R\$	7,23
02.04.03.013-7	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA + INSPIRAÇÃO + EXPIRAÇÃO + LATERAL)	R\$	18,62
02.04.03.014-5	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	R\$	15,63
02.04.03.015-3	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA + PERFIL)	R\$	12,35
02.04.03.017-0	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	R\$	8,94
02.04.01.017-9	RADIOGRAFIA PANORAMICA	R\$	64,81
02.04.06.017-6	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MEMBROS INFERIORES	R\$	12,08
02.04.05.016-2	RADIOGRAFIA PARA ESTUDO DO DELGADO (C/ DUPLO CONTRASTE)	R\$	62,52
02.04.01.022-5	RADIOGRAFIA PERIAPICAL	R\$	33,25
02.04.01.013-6	RADIOGRAFIA REGIÃO ORBITÁRIA (CORPO ESTRANHO)	R\$	10,37
02.04.01.015-2	RADIOGRAFIA SELA TÚRSICA (PA + LATERAL + BRETTON)	R\$	9,36
90.01.01.396-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA CARDIACA	R\$	419,00
90.01.01.397-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA CORAÇÃO - MORFOLÓGICO E FUNCIONAL	R\$	632,00
90.01.01.398-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA CORAÇÃO - MORFOLÓGICO E FUNCIONAL + PERFUSÃO + ESTRESSE	R\$	699,00
90.01.01.399-0	RESSONÂNCIA MAGNETICA CORAÇÃO - MORFOLÓGICO E FUNCIONAL + PERFUSÃO + VIABILIDADE MIOCÁRDICA	R\$	699,00
90.01.01.395-0	RESSONÂNCIA MULTIPARAMÉTRICA DE PRÓSTATA	R\$	616,00
02.07.03.001-4	RESSONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA DE ABDOMEM SUPERIOR	R\$	350,00
02.07.01.002-1	RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA DE ARTICULAÇÃO	R\$	350,00
02.07.01.003-0	RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL	R\$	350,00
02.07.01.004-8	RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$	350,00
02.07.01.005-6	RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA	R\$	350,00
02.07.02.001-9	RESSONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA DE CORAÇÃO	R\$	350,00
02.07.01.006-4	RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA DE CRÂNIO	R\$	350,00
02.07.03.003-0	RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR UNILATERAL	R\$	350,00
02.07.02.002-7	RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL	R\$	350,00
02.07.03.002-2	RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA DE Pelve/BACIA	R\$	350,00
02.07.01.007-2	RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA DE SELA TÚRSICA	R\$	350,00
02.07.02.003-5	RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA DE TÓRAX	R\$	350,00
02.07.03.004-9	RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES	R\$	350,00
02.09.01.005-3	RETOSSIGMÓIDOSCOPIA	R\$	237,58
02.11.02.004-4	SISTEMA HOLTER 24 HORAS	R\$	100,00
02.11.02.006-0	TESTE DE ESFORÇO / TESTE ERGOMÉTRICO	R\$	100,00
90.01.02.355-0	TELELAUDO - MAMOGRAFIA (07 DIAS CORRIDOS)	R\$	25,20
90.01.02.356-0	TELELAUDO - TOMOGRAFIA AMBULATORIAL (07 DIAS CORRIDOS)	R\$	47,60
90.01.02.357-0	TELELAUDO - TOMOGRAFIA DE INTERNAÇÕES (02 DIAS CORRIDOS)	R\$	57,70
90.01.02.358-0	TELELAUDO - TOMOGRAFIA DE URGÊNCIA (02 HORAS)	R\$	85,00

02.06.01.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA CERVICAL	R\$	112,79
02.06.01.002-8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA LOMBO-SACRA	R\$	131,43
02.06.02.001-5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DAS ARTICULAÇÕES DOS MEMBROS SUPERIORES	R\$	112,78
02.06.03.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME SUPERIOR	R\$	180,22
02.06.01.003-6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA	R\$	112,79
02.06.01.007-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO	R\$	126,67
02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTÓIDES OU OUVIDOS/FACE/SEIOS DA FACE	R\$	112,78
02.06.03.003-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE OU BACIA	R\$	180,22
02.06.01.005-2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO	R\$	112,78
02.06.01.006-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TÚRSICA	R\$	126,67
02.06.02.003-1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX	R\$	177,33
02.06.02.002-3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEGMENTOS APENDICULARES	R\$	112,78
02.05.02.003-8	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEM SUPERIOR	R\$	85,75
02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEM TOTAL	R\$	105,93
02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	R\$	49,33
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO	R\$	61,01
02.05.02.007-0	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R\$	57,29
90.01.01.434-0	ULTRASSONOGRAFIA DE NÓDULO EM GLÂNDULA SUBMANDIBULAR	R\$	83,10
02.05.02.010-0	ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL)	R\$	54,30
02.05.02.011-9	ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA TRANSRETAL COM BIOPSIA)	R\$	139,49
90.01.01.241-0	ULTRASSONOGRAFIA DE RINS E VIAS URINÁRIAS	R\$	31,46
02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE	R\$	54,41
90.01.01.394-0	ULTRASSONOGRAFIA DE TIRÓIDE COM DOPPLER	R\$	195,00
02.05.02.013-5	ULTRASSONOGRAFIA DE TÓRAX (EXTRACARDÍACA)	R\$	48,24
90.01.01.386-1	ULTRASSONOGRAFIA DIVERSAS (INGUINAL, PAREDE ABDOMINAL, PARTES MOLES)	R\$	83,10
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (MEMBROS, CARÓTIDAS E VERTEBRAIS)	R\$	185,14
02.05.01.005-9	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER FLUXO OBSTÉTRICO	R\$	100,33
02.05.02.008-9	ULTRASSONOGRAFIA GLOBO OCULAR OU ÓRBITA	R\$	59,10
02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRAFIA MAMA BILATERAL	R\$	58,64
02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA (BIOMETRIA FETAL E TRANSLUCÊNCIA NUCAL)	R\$	48,89
90.01.02.183-2	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA	R\$	143,03
02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)	R\$	49,33
02.05.02.017-8	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	R\$	24,20
02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	R\$	61,53
90.01.01.119-0	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL COM DOPPLER	R\$	85,00
90.01.01.120-0	URETROCISTOMICCIONAL - INFANTIL/ADULTO	R\$	90,00
90.01.01.024-0	URETROCISTOSCOPIA	R\$	270,00
90.01.01.055-0	UROGRAFIA EXCRETORA	R\$	90,00
02.04.05.018-9	UROGRAFIA VENOSA	R\$	57,40
02.08.01.008-4	VENTRICULOGRAFIA - CINTILOGRAFIA SINC.CAMARAS CARDÍACAS EM SITUAÇÃO DE REPOUSO	R\$	176,72
02.09.01.006-1	VIDEOLAPAROSCOPIA - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$	190,00
02.09.01.006-1	VIDEOLAPAROSCOPIA - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$	-
TOTAL		R\$	190,00
02.09.04.004-1	VIDEOLARINGOSCOPIA	R\$	70,00
CÓDIGO	EXAMES DE DIAGNÓSTICO POR ESPECIALIDADE	VALOR	
02.11.04.001-0	AMNIOSCOPIA	R\$	1,69
02.11.07.003-3	AUDIOMETRIA OCUPACIONAL	R\$	25,00
90.01.01.153-0	AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL	R\$	50,00
02.11.09.001-8	AVALIACAO URODINAMICA COMPLETA	R\$	442,00
90.01.01.121-0	BERA (AUDIOMETRIA DE TRONCO CEREBRAL)	R\$	150,00
02.11.06.001-1	BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)	R\$	24,24
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO	R\$	12,34
02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRÁFICO (CAMPO VISUAL)	R\$	50,00
02.11.04.002-9	COLPOSCOPIA	R\$	3,38
02.11.06.006-2	CURVA DIARIA DE PRESSAO OCULAR CDPO (MINIMO 3 MEDIDAS)	R\$	10,11
02.11.02.003-6	ELETROCARDIOGRAMA	R\$	60,00
90.01.01.167-0	ELETROCARDIOGRAMA – LAUDO	R\$	20,00
02.11.05.005-9	ELETROENCEFALOGRAMA – EXAME	R\$	110,00
90.01.01.168-0	ELETROENCEFALOGRAMA – LAUDO	R\$	20,00
02.11.05.008-3	ELETRONEUROMIOGRAFIA - 1 MEMBRO (ENMG)	R\$	100,00
02.11.07.035-1	ELETRONISTAGMOGRAFIA	R\$	120,00
02.11.07.014-9	EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS P/ TRIAGEM AUDITIVA (TESTE ORELHINHA)	R\$	50,00
02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA	R\$	10,00
02.11.07.020-3	IMITANCIOMETRIA/IMPEDANCIOMETRIA	R\$	30,00
02.11.05.010-5	POLISSONOGRAFIA	R\$	400,00
02.11.06.015-1	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL	R\$	10,00
02.11.05.011-3	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO	R\$	4,06
02.11.07.027-0	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO P/ TRIAGEM AUDITIVA	R\$	13,51
02.11.05.012-1	POTENCIAL EVOCADO VISUAL / OCCIPTO	R\$	150,00
02.11.08.005-5	PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA C/ BRONCODILATADOR (ESPIROMETRIA)	R\$	120,00
02.11.04.006-1	TOCOCARDIOGRAFIA ANTE-PARTO	R\$	1,69
CÓDIGO	OUTROS PROCEDIMENTOS	VALOR	
02.04.05.001-4	CLISTER	R\$	47,76
03.01.04.002-8	COLOCAÇÃO DE DIU	R\$	13,62
90.01.01.151-0	CONTRASTE P/ TOMOGRAFIA NÃO IODADO	R\$	126,73
90.01.01.070-0	CONTRASTE PARA EXAMES DE IMAGEM	R\$	97,44

03.09.03.004-8	CRIOCAUTERIZAÇÃO/ELETROCOAGULAÇÃO DE COLO DE UTERO (CAUTERIZAÇÃO DE COLO DE UTERO)	R\$	25,00
04.09.06.009-7	EXERESE DE POLIPO DE UTERO	R\$	22,62
02.10.01.017-7	FLEBOGRAFIA	R\$	296,40
02.09.03.001-1	HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA	R\$	547,97
90.01.01.095-0	IODOTERAPIA	R\$	4.226,40
90.01.01.024-0	NASOFIBROLARINGOSCOPIA	R\$	70,00
04.04.01.027-0	REMOÇÃO DE CERUMEN	R\$	13,00
90.01.01.117-0	SECREÇÃO PAPILAR	R\$	11,84
90.01.01.340-0	SESSÕES DE CÂMARA HIPERBÁRICA	R\$	277,00
04.05.01.015-0	SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL	R\$	69,85
03.03.12.006-1	TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO (PLUMMER-ATÉ 30MCI)	R\$	443,70
03.03.12.070-0	TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO (GRAVES)	R\$	359,70
90.01.01.080-0	VIDEODEGLUTOGRAMA	R\$	107,00
CÓDIGO	PROCEDIMENTOS OFTALMOLOGIA	CON08	
02.11.06.005-4	CERATOMETRIA	R\$	3,37
90.01.01.090-0	COLÍRIO VIGADEXA	R\$	21,63
90.01.01.137-0	CURVA TENSIONAL DIÁRIA – PAM	R\$	10,11
04.05.05.037-2	FACOEMLSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL	R\$	771,60
02.11.06.010-0	FUNDOSCOPIA	R\$	3,37
90.01.01.138-0	INJEÇÃO INTRAOCULAR DE AVASTIN (Cada Olho)	R\$	1.200,00
90.01.01.139-0	INJEÇÃO INTRAOCULAR DE LUCENTI (Cada Olho)	R\$	2.900,00
04.05.04.013-0	INJEÇÃO RETROBULBAR/PERIBULBAR	R\$	250,00
04.05.04.001-6	LAGOFTALMO	R\$	69,85
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA	R\$	40,00
02.11.06.014-3	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CÔRNEA	R\$	24,24
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA	R\$	14,81
02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA	R\$	40,00
02.11.06.018-6	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR (ANGIOFLUORESCINOGRAFIA)	R\$	180,00
04.05.05.030-5	SUTURA DE CÔRNEA	R\$	200,00
02.11.06.025-9	TONOMETRIA	R\$	10,00
02.11.06.026-7	TOPOGRAFIA	R\$	50,00
04.05.05.032-1	TRABECULECTOMIA (GLAUCOMA)	R\$	702,70
CÓDIGO	GRUPO 04 - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	VALOR	
PROCEDIMENTOS GINECOLÓGICOS			
90.01.01.002-0	COLPOPERINEOPLASTIA		
	SERVIÇO HOSPITALAR	R\$	590,00
	SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$	350,00
	ANESTESIA	R\$	100,00
	TOTAL	R\$	1.040,00
04.09.06.013-5	HISTERECTOMIA TOTAL - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$	824,64
04.09.06.013-5	HISTERECTOMIA TOTAL - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$	443,42
	TOTAL	R\$	1.268,06
04.09.06.011-9	HISTERECTOMIA COM ANEXECTOMIA (UNI OU BILATERAL) - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$	1.023,80
04.09.06.011-9	HISTERECTOMIA COM ANEXECTOMIA (UNI OU BILATERAL) - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$	517,60
	TOTAL	R\$	1.541,40
04.09.06.021-6	OOFORECTOMIA / OOFOROPLASTIA - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$	716,00
04.09.06.021-6	OOFORECTOMIA / OOFOROPLASTIA - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$	303,72
	TOTAL	R\$	1.019,72
PROCEDIMENTOS HEMODIALISE			
04.18.01.003-0	CONFECCAO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA P/ HEMODIALISE	R\$	859,20
04.18.02.002-7	LIGADURA DE FISTULA ARTERIO-VENOSA	R\$	600,00
04.18.01.004-8	IMPLANTE DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA P/ HEMODIALISE	R\$	200,00
04.18.01.008-0	IMPLANTE DE CATETER TIPO TENCKHOFF OU SIMILAR P/ DPA/DPAC	R\$	400,00
PROCEDIMENTOS NEUROLOGIA			
90.01.01.174-0	AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA - 1ª CONSULTA	R\$	40,00
90.01.01.175-0	AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA - 2ª CONSULTA / RETORNO	R\$	20,00
02.11.05.013-0	PES MMII - POTENCIAL SOSMATO-SENSITIVO	R\$	150,00
90.01.01.177-0	PES MMSS - POTENCIAL SOSMATO-SENSITIVO MEMBRO SUPERIOR	R\$	150,00
90.01.01.178-0	PES 4 MEMBROS - POTENCIAL SOSMATO-SENSITIVO 4 MEMBROS	R\$	300,00
02.11.06.016-0	PES - POTENCIAL VISUAL EVOCADO	R\$	150,00
PROCEDIMENTOS OTORRINOLARINGOLOGIA			
02.01.01.052-6	BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA	R\$	21,56
90.01.01.384-0	CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE CORNETOS NASAIS	R\$	25,00
03.03.08.001-9	CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE PAILOMA NASAL	R\$	1,48
03.03.08.001-9	CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE PÓLIPOS DE OUVIDO	R\$	1,48
04.14.01.036-1	EXERESE DE CISTO EM CAVIDADE ORAL	R\$	35,53
04.04.01.030-0	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO (NARIZ)	R\$	140,03
04.04.01.030-0	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO (OUVIDO)	R\$	140,03
04.04.01.034-2	TAMPONAMENTO NASAL (ANT./POST./ ANT. e POST.)	R\$	17,00
PROCEDIMENTOS UROLOGIA			
90.01.01.129-0	CISTOLITOTRIPSIA		
	SERVIÇO HOSPITALAR	R\$	1.788,00
	SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$	3.200,00

	ANESTESIA	R\$ 360,00
	TOTAL	R\$ 5.348,00
90.01.01.343-0	PRÓTESE PENIANA	
	SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 4.300,00
	SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 3.640,00
	ANESTESIA	R\$ 360,00
	TOTAL	R\$ 8.300,00
90.01.01.156-0	SLING PUBO URETRAL	
	SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 3.750,00
	SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 2.640,00
	ANESTESIA	R\$ 360,00
	TOTAL	R\$ 6.750,00
90.01.01.157-0	CRIPTORQUIDIA	
	SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 2.230,00
	SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 3.210,00
	ANESTESIA	R\$ 360,00
	TOTAL	R\$ 5.800,00
90.01.01.014-0	NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA	
	SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 1.940,00
	SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 6.200,00
	ANESTESIA	R\$ 360,00
	TOTAL	R\$ 8.500,00
04.09.05.008-3	POSTECTOMIA - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 195,44
04.09.05.008-3	POSTECTOMIA - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 242,80
	TOTAL	R\$ 438,24
90.01.01.170-0	RTU PROSTATA:	
	SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 450,00
	SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 800,00
	ANESTESIA	R\$ 100,00
	TOTAL	R\$ 1.350,00
04.09.03.002-3	PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 852,94
04.09.03.002-3	PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 1.151,48
	TOTAL	R\$ 2.003,42
04.16.01.012-1	PROSTATECTOMIA EM ONCOLOGIA	
	SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 230,00
	SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 1.200,00
	ANESTESIA	R\$ 190,00
	TOTAL	R\$ 1.620,00
04.09.03.003-1	PROSTATOVESICULECTOMIA	
	SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 800,00
	SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 750,00
	ANESTESIA	R\$ 150,00
	TOTAL	R\$ 1.700,00
04.16.01.013-0	PROSTATOVESICULECTOMIA RADICAL EM ONCOLOGIA	
	SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 2.500,00
	SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 1.300,00
	ANESTESIA	R\$ 200,00
	TOTAL	R\$ 4.000,00
90.01.01.012-0	ESTENOSE DE URETRA (ENDOSCÓPICA)	
	SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 900,00
	SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 700,00
	ANESTESIA	R\$ 150,00
	TOTAL	R\$ 1.750,00
90.01.01.013-0	ESTENOSE DE URETRA (ABERTA)	
	SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 1.600,00
	SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 1.400,00
	ANESTESIA	R\$ 200,00
	TOTAL	R\$ 3.200,00
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL) SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 597,10
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL) SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 293,92
	TOTAL	R\$ 891,02
CÓDIGO	OUTROS PROCEDIMENTOS	VALOR
04.04.01.001-6	ADENOIDECTOMIA - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 358,10
04.04.01.001-6	ADENOIDECTOMIA - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 338,25
	TOTAL	R\$ 696,36
90.01.01.026-0	ALONGAMENTO DO TENDÃO DE AQUILES	
	SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 1.000,00
	SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 350,00
	ANESTESIA	R\$ 80,00
	TOTAL	R\$ 1.430,00
04.08.06.001-8	ALONGAMENTO / ENCURTAMENTO MIOTENDINOSO - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 324,28
04.08.06.001-8	ALONGAMENTO / ENCURTAMENTO MIOTENDINOSO - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 183,58
	TOTAL	R\$ 507,86
04.04.01.002-4	AMIGDALECTOMIA - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 315,30
04.04.01.002-4	AMIGDALECTOMIA - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 297,84
	TOTAL	R\$ 613,14

04.04.01.003-2	AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDECTOMIA - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 367,82
04.04.01.003-2	AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDECTOMIA - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 306,62
	TOTAL	R\$ 674,44
04.07.02.001-2	AMPUTAÇÃO COMPLETA ABDOMINO PERINEAL DE RETO - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 513,18
04.07.02.001-2	AMPUTAÇÃO COMPLETA ABDOMINO PERINEAL DE RETO - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 2.294,62
	TOTAL	R\$ 2.807,80
04.08.06.004-2	AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE DEDO - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 456,46
04.08.06.004-2	AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE DEDO - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 219,60
	TOTAL	R\$ 676,06
04.17.01.004-4	ANESTESIA GERAL	R\$ 115,00
04.06.03.003-0	ANGIOPLASTIA CORONARIANA	R\$ 1.575,72
90.01.01.128-0	APLICAÇÃO DE TOXINA BOTULÍMICA – BOTOX	R\$ 1.000,00
04.08.05.003-9	ARTRODESE DE MEDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 309,00
04.08.05.003-9	ARTRODESE DE MEDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 433,24
	TOTAL	R\$ 742,24
04.08.02.003-2	ARTRODESE DE MÉDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 198,40
04.08.02.003-2	ARTRODESE DE MÉDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 262,34
	TOTAL	R\$ 460,74
04.08.06.005-0	ARTRODESE DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 244,26
04.08.06.005-0	ARTRODESE DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 183,32
	TOTAL	R\$ 427,58
04.08.06.007-7	ARTROPLASTIA DE RESSECÇÃO DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 228,34
04.08.06.007-7	ARTROPLASTIA DE RESSECÇÃO DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 308,48
	TOTAL	R\$ 536,82
04.08.01.004-5	ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL PARCIAL - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 465,54
04.08.01.004-5	ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL PARCIAL - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 761,16
	TOTAL	R\$ 1.226,70
90.01.01.341-0	ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL FIXAÇÃO BIOLÓGICA (INCLUINDO OPM)	R\$ 12.910,00
90.01.01.294-0	ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL HASTE CIMENTADA (INCLUINDO OPM)	R\$ 12.910,00
04.08.06.008-5	BURSECTOMIA - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 262,78
04.08.06.008-5	BURSECTOMIA - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 164,48
	TOTAL	R\$ 427,26
90.01.01.061-0	BOLSA DE SANGUE	R\$ 200,00
04.07.02.016-0	CAUTERIZAÇÃO DE CONDILOMATOSE ANAL / VAGINAL - ELETROCAUTERIZAÇÃO DE LESÃO TRANSPARIETAL DE ANUS	R\$ 25,00
90.01.01.017-0	CAUTERIZAÇÃO PENIANA	R\$ 25,00
04.05.05.036-4	CIRÚRGIA DE PTERÍGIO	R\$ 139,70
04.06.02.050-7	CIRURGIA VASCULAR MMII - (CADA MEMBRO)	R\$ 700,00
02.09.02.001-6	CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA	R\$ 170,00
90.01.01.129-0	CISTOLITOTRIPSIA	R\$ 5.348,00
04.09.01.006-5	CISTOLITOTOMIA E/OU RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA BEXIGA - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 779,32
04.09.01.006-5	CISTOLITOTOMIA E/OU RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA BEXIGA - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 320,12
	TOTAL	R\$ 1.099,44
04.09.01.009-0	CISTOSTOMIA (COM ANÁTOMO PATOLÓGICO)	R\$ 636,97
04.07.03.002-6	COLECISTECTOMIA - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 497,22
04.07.03.002-6	COLECISTECTOMIA - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 894,32
	TOTAL	R\$ 1.391,54
04.07.03.003-4	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 343,56
04.07.03.003-4	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 1.042,54
	TOTAL	R\$ 1.386,10
04.07.02.006-3	COLECTOMIA PARCIAL (HEMICOLECTOMIA) - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 534,52
04.07.02.006-3	COLECTOMIA PARCIAL (HEMICOLECTOMIA) - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 3.100,38
	TOTAL	R\$ 3.634,90
04.07.02.007-1	COLECTOMIA TOTAL - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 513,16
04.07.02.007-1	COLECTOMIA TOTAL - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 2.294,66
	TOTAL	R\$ 2.807,82
04.07.02.008-0	COLECTOMIA VIDEOLAROSCÓPICA - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 513,18
04.07.02.008-0	COLECTOMIA VIDEOLAROSCÓPICA - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 2.048,32
	TOTAL	R\$ 2.561,50
04.07.02.010-1	COLOSTOMIA - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 378,64
04.07.02.010-1	COLOSTOMIA - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 1.968,90
	TOTAL	R\$ 2.347,54
04.09.06.002-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR C/ AMPUTAÇÃO DE COLO - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 361,92
04.09.06.002-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR C/ AMPUTAÇÃO DE COLO - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 536,48
	TOTAL	R\$ 898,40
04.09.06.003-8	EXCISÃO TIPO 03 DO COLO UTERINO (CONIZAÇÃO UTERINA) - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 276,92
04.09.06.003-8	EXCISÃO TIPO 03 DO COLO UTERINO (CONIZAÇÃO UTERINA) - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 610,40
	TOTAL	R\$ 887,32
04.09.06.001-1	CERCLAGEM DE COLO UTERINO - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 161,40
04.09.06.001-1	CERCLAGEM DE COLO UTERINO - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 194,62
	TOTAL	R\$ 356,02
04.09.07.005-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 348,62
04.09.07.005-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 596,24
	TOTAL	R\$ 944,86
04.09.07.006-8	COLPOPERIONEPLASTIA POSTERIOR - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 451,78
04.09.07.006-8	COLPOPERIONEPLASTIA POSTERIOR - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 293,30
	TOTAL	R\$ 745,08
04.08.06.066-2	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE DEDO EM GATILHO - TRATAMENTO CIRURGICO DE POLIDECTILI ARTICULADA	R\$ 232,28
04.09.05.003-2	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE HIPOSPADIA (1º TEMPO) - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 297,24

04.09.05.003-2	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE HIPOSPADIA (1º TEMPO) - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$	448,68
	TOTAL	R\$	745,92
04.09.05.004-0	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE HIPOSPADIA (2º TEMPO) - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$	297,22
04.09.05.004-0	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE HIPOSPADIA (2º TEMPO) - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$	448,70
	TOTAL	R\$	745,92
04.05.02.001-5	CORREÇÃO CIRÚRGICA DO ESTRABISMO	R\$	764,37
90.01.01.032-0	CORREÇÃO CIRÚRGICA DUPTYTHEN		
	SERVIÇO HOSPITALAR	R\$	350,00
	SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$	250,00
	ANESTESIA	R\$	80,00
	TOTAL	R\$	680,00
04.09.06.004-6	CURETAGEM SEMIÓTICA COM OU SEM DILATAÇÃO DO COLO DO ÚTERO - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$	114,38
04.09.06.004-6	CURETAGEM SEMIÓTICA COM OU SEM DILATAÇÃO DO COLO DO ÚTERO - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$	220,46
	TOTAL	R\$	334,84
04.05.01.003-6	DACRIOCISTORINOSTOMIA	R\$	389,64
03.09.03.005-6	DILATAÇÃO URETRAL	R\$	10,85
04.05.01.001-0	ECTRÓPIO - TRATAMENTO CIRURGICO DE ENTROPIO E ECTROPIO	R\$	116,42
04.07.02.021-7	ESFINCTERECTOMIA INTERNA E TRATAMENTO DE FISSURA ANAL - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$	161,30
04.07.02.021-7	ESFINCTERECTOMIA INTERNA E TRATAMENTO DE FISSURA ANAL - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$	332,32
	TOTAL	R\$	493,62
04.01.01.005-8	EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA	R\$	23,16
04.04.02.009-7	EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA	R\$	140,00
04.07.02.022-5	EXCISÃO DE LESÃO / TUMOR ANU-RETAL - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$	194,88
04.07.02.022-5	EXCISÃO DE LESÃO / TUMOR ANU-RETAL - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$	475,82
	TOTAL	R\$	670,70
04.01.02.005-3	EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA PELE C/ PLÁSTICA EM Z OU ROTAÇÃO DE RETALHO - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$	213,10
04.01.02.005-3	EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA PELE C/ PLÁSTICA EM Z OU ROTAÇÃO DE RETALHO - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$	500,52
	TOTAL	R\$	713,62
04.01.02.004-5	EXERESE DE HEMANGIOMA/NERVOS OU TUMOR + ENXERTO DE PELE	R\$	356,81
04.05.01.007-9	EXERESE DE CALÁZIO	R\$	225,00
04.01.02.006-1	EXERESE DE CISTO BRANQUIAL	R\$	417,32
04.09.07.014-9	EXERESE DE CISTO VAGINAL - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$	293,30
04.09.07.014-9	EXERESE DE CISTO VAGINAL - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$	451,78
	TOTAL	R\$	745,08
04.09.07.015-7	EXERESE DE GLANDULA DE BARTHOLIN / SKENE - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$	125,70
04.09.07.015-7	EXERESE DE GLANDULA DE BARTHOLIN / SKENE - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$	323,66
	TOTAL	R\$	449,36
04.09.04.007-0	EXERESE DE CISTO DE EPIDIMO - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$	205,92
04.09.04.007-0	EXERESE DE CISTO DE EPIDIMO - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$	220,06
	TOTAL	R\$	425,98
04.01.02.008-8	EXERESE DE CISTO SACRO-COCCIGEO - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$	110,58
04.01.02.008-8	EXERESE DE CISTO SACRO-COCCIGEO - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$	176,86
	TOTAL	R\$	287,44
04.03.02.013-1	EXERESE DE NEUROMA		
	SERVIÇO HOSPITALAR	R\$	500,00
	SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$	300,00
	ANESTESIA	R\$	80,00
	TOTAL	R\$	880,00
90.01.01.036-0	EXERÊSE DE TUMOR		
	SERVIÇO HOSPITALAR	R\$	500,00
	SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$	300,00
	ANESTESIA	R\$	80,00
	TOTAL	R\$	880,00
90.01.01.037-0	EXERESE DE FIBROLIPOMA		
	SERVIÇO HOSPITALAR	R\$	400,00
	SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$	300,00
	ANESTESIA	R\$	80,00
	TOTAL	R\$	780,00
04.04.01.011-3	EXERESE DE PAILOMA EM LARINGE - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$	183,86
04.04.01.011-3	EXERESE DE PAILOMA EM LARINGE - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$	142,34
	TOTAL	R\$	326,20
04.04.01.012-1	EXERESE DE TUMOR DE VIAS AÉREAS SUPERIORES, FACE E PESCOÇO - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$	400,12
04.04.01.012-1	EXERESE DE TUMOR DE VIAS AÉREAS SUPERIORES, FACE E PESCOÇO - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$	317,04
	TOTAL	R\$	717,16
04.08.06.012-3	EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE MÉDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$	356,30
04.08.06.012-3	EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE MÉDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$	211,02
	TOTAL	R\$	567,32
04.08.06.013-1	EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$	166,64
04.08.06.013-1	EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$	117,48
	TOTAL	R\$	284,12
04.04.01.013-0	EXTIRPAÇÃO DE TUMOR DO CAVUM E FARINGE - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$	266,66
04.04.01.013-0	EXTIRPAÇÃO DE TUMOR DO CAVUM E FARINGE - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$	217,80
	TOTAL	R\$	484,46
04.01.02.010-0	EXTIRPAÇÃO E SUPRESSÃO DE LESÃO DE PELE E DE TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$	121,66
04.01.02.010-0	EXTIRPAÇÃO E SUPRESSÃO DE LESÃO DE PELE E DE TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$	194,56
	TOTAL	R\$	316,22
04.07.01.003-3	ESOFAGECTOMIA DISTAL COM TORACOTOMIA - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$	538,16
04.07.01.003-3	ESOFAGECTOMIA DISTAL COM TORACOTOMIA - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$	3.128,96

	TOTAL	R\$ 3.667,12
04.03.03.013-7	EXERESE DE TUMOR DE ÓRBITA	R\$ 2.664,13
04.05.04.009-1	EXERESE DE TUMOR MALIGNO INTRA-OCULAR	R\$ 650,66
04.01.01.007-4	EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBACEO / LIPOMA	R\$ 12,46
04.05.04.019-9	EXERESE DE XANTELASMA	R\$ 116,52
04.05.05.009-7	FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR	R\$ 531,60
04.08.06.014-0	FASCIECTOMIA - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 254,58
04.08.06.014-0	FASCIECTOMIA - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 191,32
	TOTAL	R\$ 445,90
04.08.02.010-5	FASCIOTOMIA DE MEMBROS SUPERIORES - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 174,32
04.08.02.010-5	FASCIOTOMIA DE MEMBROS SUPERIORES - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 226,70
	TOTAL	R\$ 401,02
04.08.05.008-0	FASCIOTOMIA DE MEMBROS INFERIORES - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 240,30
04.08.05.008-0	FASCIOTOMIA DE MEMBROS INFERIORES - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 435,18
	TOTAL	R\$ 675,48
04.07.02.024-1	FECHAMENTO DE ENTEROSTOMIA (QUALQUER SEGMENTO) - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 293,38
04.07.02.024-1	FECHAMENTO DE ENTEROSTOMIA (QUALQUER SEGMENTO) - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 1.006,80
	TOTAL	R\$ 1.300,18
04.07.02.027-6	FISTULECTOMIA ANAL - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 161,30
04.07.02.027-6	FISTULECTOMIA ANAL - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 346,94
	TOTAL	R\$ 508,24
04.05.03.004-5	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER – MONOCULAR	R\$ 56,25
04.07.01.013-0	GASTRECTOMIA PARCIAL COM OU SEM VAGOTOMIA - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 394,60
04.07.01.013-0	GASTRECTOMIA PARCIAL COM OU SEM VAGOTOMIA - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 1.049,78
	TOTAL	R\$ 1.804,38
04.07.01.014-9	GASTRECTOMIA TOTAL - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 358,78
04.07.01.014-9	GASTRECTOMIA TOTAL - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 1.043,58
	TOTAL	R\$ 1.402,36
04.07.01.022-0	GASTROSTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 215,46
04.07.01.022-0	GASTROSTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA (SERVIÇO HOSPITAL)	R\$ 825,66
	TOTAL	R\$ 1.041,12
04.05.05.035-6	GLAUCOMA (TRATAMENTO CIRÚRGICO)	R\$ 702,70
04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 249,68
04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 382,20
	TOTAL	R\$ 631,88
04.07.04.022-6	HÉRNIA DE HIATO	R\$ 434,93
04.07.04.004-8	HERNIOPLASTIA DIAFRAGMÁTICA (VIA ABDOMINAL) - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 320,96
04.07.04.004-8	HERNIOPLASTIA DIAFRAGMÁTICA (VIA ABDOMINAL) - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 1.295,30
	TOTAL	R\$ 1.616,26
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 300,16
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 819,58
	TOTAL	R\$ 1.119,74
04.07.04.007-2	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA VIDEOLAPAROSCÓPICA - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 220,02
04.07.04.007-2	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA VIDEOLAPAROSCÓPICA - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 503,06
	TOTAL	R\$ 723,08
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 272,88
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 597,10
	TOTAL	R\$ 869,98
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL (SERVIÇO PROFISSIONAL)	R\$ 295,38
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 787,46
	TOTAL	R\$ 1.079,84
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL) - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 293,98
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL) - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 558,06
	TOTAL	R\$ 852,04
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 274,80
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 558,06
	TOTAL	R\$ 832,86
04.07.04.013-7	HERNIORRAFIA INGUINAL VIDEOLAPAROSCÓPICA	R\$ 376,95
90.01.01.130-0	HERNIORRAFIA INGUINAL UNILATERAL	R\$ 445,51
04.09.06.011-9	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (SERVIÇO PROFISSIONAL)	R\$ 517,60
04.09.06.011-9	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 1.023,80
	TOTAL	R\$ 1.541,40
04.09.06.010-0	HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL) - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 366,82
04.09.06.010-0	HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL) - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 553,34
	TOTAL	R\$ 920,16
04.09.06.012-7	HISTERECTOMIA SUBTOTAL - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 380,88
04.09.06.012-7	HISTERECTOMIA SUBTOTAL - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 710,20
	TOTAL	R\$ 1.091,08
04.09.06.017-8	HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA C/ RESSECTOSCÓPIO - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 157,07
04.09.06.017-8	HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA C/ RESSECTOSCÓPIO - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 189,62
	TOTAL	R\$ 346,66
04.06.01.063-3	IMPLANTE DE MARCAPASSO	R\$ 1.730,51
90.01.01.131-0	IMPLANTE DE PRÓTESE DE JOELHO	R\$ 5.500,00
90.01.01.132-0	IMPLANTE DE PRÓTESE DE QUADRIL	R\$ 5.500,00
90.01.01.133-0	IMPLANTE DE PRÓTESE OCULAR	R\$ 1.500,00
04.09.01.017-0	INSTALAÇÃO ENDOSCÓPICA DE CATETER DUPLO J - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 277,76
04.09.01.017-0	INSTALAÇÃO ENDOSCÓPICA DE CATETER DUPLO J - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 159,60
	TOTAL	R\$ 437,36

04.07.04.016-1	LAPAROTOMIA EXPLORADORA - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 279,98
04.07.04.016-1	LAPAROTOMIA EXPLORADORA - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 994,40
	TOTAL	R\$ 1.274,38
04.09.06.018-6	LAQUEADURA TUBARIA - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 277,94
04.09.06.018-6	LAQUEADURA TUBARIA - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 400,10
	TOTAL	R\$ 678,04
04.09.01.018-9	LITOTRIPSIA - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 411,16
04.09.01.018-9	LITOTRIPSIA - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 362,58
	TOTAL	R\$ 773,74
90.01.01.344-0	MANIPULAÇÃO ARTICULAR PARA TRATAMENTO DO PÉ TORTO CONGÊNITO - POR SESSÃO	R\$ 1.089,00
04.10.01.006-5	MASTECTOMIA	R\$ 462,80
04.04.01.021-0	MASTOIDECTOMIA RADICAL - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 792,42
04.04.01.021-0	MASTOIDECTOMIA RADICAL - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 721,84
	TOTAL	R\$ 1.514,26
04.04.01.022-9	MASTOIDECTOMIA PARCIAL - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 453,42
04.04.01.022-9	MASTOIDECTOMIA PARCIAL - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 513,68
	TOTAL	R\$ 967,10
04.09.02.007-9	MEATOTOMIA SIMPLES - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 451,84
04.09.02.007-9	MEATOTOMIA SIMPLES - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 161,32
	TOTAL	R\$ 613,16
04.09.06.019-4	MIOMECTOMIA - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 687,94
04.09.06.019-4	MIOMECTOMIA - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 369,94
	TOTAL	R\$ 1.057,88
04.09.06.020-8	MIOMECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 508,32
04.09.06.020-8	MIOMECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 366,60
	TOTAL	R\$ 874,92
04.09.01.020-0	NEFRECTOMIA PARCIAL - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 1.293,88
04.09.01.020-0	NEFRECTOMIA PARCIAL - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 389,60
	TOTAL	R\$ 1.683,48
04.09.01.021-9	NEFRECTOMIA TOTAL - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 1.311,82
04.09.01.021-9	NEFRECTOMIA TOTAL - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 395,48
	TOTAL	R\$ 1.707,30
04.09.01.022-7	NEFROLITOTOMIA - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 1.258,48
04.09.01.022-7	NEFROLITOTOMIA - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 378,00
	TOTAL	R\$ 1.636,48
04.03.02.007-7	NEUROLISE NAO FUNCIONAL DE NERVOS PERIFERICOS - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 102,86
04.03.02.007-7	NEUROLISE NAO FUNCIONAL DE NERVOS PERIFERICOS - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 361,50
	TOTAL	R\$ 764,36
04.09.01.023-5	NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 1.089,44
04.09.01.023-5	NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 513,56
	TOTAL	R\$ 1.603,00
04.03.02.007-7	NEUROLISE DE NERVOS PERIFÉRICOS	R\$ 382,18
04.03.02.008-5	NEURORRAFIA	R\$ 432,47
04.09.04.013-4	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 447,82
04.09.04.013-4	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 292,32
	TOTAL	R\$ 720,14
04.09.04.012-6	ORQUIDOPEXIA BILATERAL - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 447,96
04.09.04.012-6	ORQUIDOPEXIA BILATERAL - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 322,68
	TOTAL	R\$ 770,64
04.09.04.014-2	ORQUIECTOMIA BILATERAL	R\$ 433,62
04.09.04.016-9	ORQUIECTOMIA UNILATERAL - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 429,08
04.09.04.016-9	ORQUIECTOMIA UNILATERAL - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 271,18
	TOTAL	R\$ 700,26
04.09.04.014-2	ORQUIECTOMIA SUBCAPSULAR BILATERAL - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 447,76
04.09.04.014-2	ORQUIECTOMIA SUBCAPSULAR BILATERAL - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 419,48
	TOTAL	R\$ 867,24
04.08.06.018-2	OSTEOTOMIA DE OSSOS DA MÃO E/OU DO PÉ - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 415,50
04.08.06.018-2	OSTEOTOMIA DE OSSOS DA MÃO E/OU DO PÉ - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 239,00
	TOTAL	R\$ 654,50
04.08.06.019-0	OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 921,16
04.08.06.019-0	OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 370,20
	TOTAL	R\$ 1.291,36
90.01.01.134-0	OTONEUROMIOGRAFIA	R\$ 100,00
04.01.01.000-0	PEQUENAS CIRURGIAS AMBULATORIAIS	R\$ 109,53
04.09.05.006-7	PLÁSTICA DE FREIO BALANO-PREPUCIAL - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ -
04.09.05.006-7	PLÁSTICA DE FREIO BALANO-PREPUCIAL - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 68,20
	TOTAL	R\$ 68,20
04.09.05.007-5	PLÁSTICA TOTAL DO PENIS - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 643,36
04.09.05.007-5	PLÁSTICA TOTAL DO PENIS - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 366,68
	TOTAL	R\$ 1.010,04
04.10.01.009-0	PLÁSTICA MAMÁRIA RECONSTRUTIVA PÓS MASTECTOMIA	R\$ 500,00
04.08.02.013-0	RECONSTRUÇÃO CAPSULO-LIGAMENTAR DE COTOVELO E PUNHO - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 287,90
04.08.02.013-0	RECONSTRUÇÃO CAPSULO-LIGAMENTAR DE COTOVELO E PUNHO - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 194,96
	TOTAL	R\$ 482,86
04.08.05.014-4	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DO TORNOZELO - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 526,02
04.08.05.014-4	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DO TORNOZELO - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 338,23
	TOTAL	R\$ 864,28
04.08.05.015-2	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 871,34
04.08.05.015-2	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 286,44

	TOTAL	R\$ 1.157,78
05.08.05.016-0	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR) - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 2.540,30
05.08.05.016-0	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR) - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 664,06
	TOTAL	R\$ 3.204,36
04.08.05.017-9	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR C/ OU S/ ANTERIOR) - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 2.540,30
04.08.05.017-9	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR C/ OU S/ ANTERIOR) - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 664,06
	TOTAL	R\$ 3.204,36
04.04.02.077-1	RESSECÇÃO DE LESÃO MALIGNA NA BOCA	R\$ 341,30
04.08.06.021-2	RESSECÇÃO DE CISTO SINOVAL - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 104,80
04.08.06.021-2	RESSECÇÃO DE CISTO SINOVAL - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 78,80
	TOTAL	R\$ 182,98
04.09.01.038-3	RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE LESÃO VESICAL - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 724,62
04.09.01.038-3	RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE LESÃO VESICAL - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 308,60
	TOTAL	R\$ 1.033,22
04.09.03.004-0	RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE PROSTATA - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 532,28
04.09.03.004-0	RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE PROSTATA - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 627,08
	TOTAL	R\$ 1.189,36
04.08.06.031-0	RESSECÇÃO SIMPLES DE TUMOR ÓSSEO / DE PARTES MOLES - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 500,26
04.08.06.031-0	RESSECÇÃO SIMPLES DE TUMOR ÓSSEO / DE PARTES MOLES - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 235,80
	TOTAL	R\$ 736,06
04.01.01.011-2	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	R\$ 11,84
04.08.06.035-2	RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-OSSEO - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 191,40
04.08.06.035-2	RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-OSSEO - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 111,92
	TOTAL	R\$ 303,32
04.04.02.062-3	RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE	
	SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 300,00
	SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 200,00
	ANESTESIA	R\$ 80,00
	TOTAL	R\$ 580,00
04.08.06.037-9	RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 327,20
04.08.06.037-9	RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 123,12
	TOTAL	R\$ 450,32
04.09.01.039-1	RETIRADA PERCUTÂNEA DE CÁLCULO URETERAL C/ CATETER - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 872,62
04.09.01.039-1	RETIRADA PERCUTÂNEA DE CÁLCULO URETERAL C/ CATETER - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 366,70
	TOTAL	R\$ 1.239,32
04.08.06.041-7	RETRAÇÃO CICATRICIAL DOS DEDOS COM COMPROMETIMENTO TENDINOSO (POR DEDO) - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 233,90
04.08.06.041-7	RETRAÇÃO CICATRICIAL DOS DEDOS COM COMPROMETIMENTO TENDINOSO (POR DEDO) - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 177,16
	TOTAL	R\$ 411,06
04.06.02.045-0	REVASCULARIZAÇÃO POR PONTE / TROMBOENDARTERECTOMIA FÊMURO-POPLÍTEA PROXIMAL	R\$ 1.457,57
04.06.02.044-2	REVASCULARIZACAO POR PONTE / TROMBOENDARTERECTOMIA FEMURO-POPLITEA DISTAL	R\$ 1.457,57
04.08.05.034-9	REVISÃO CIRÚRGICA PÉ TORTO CONGÊNITO - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 326,30
04.08.05.034-9	REVISÃO CIRÚRGICA PÉ TORTO CONGÊNITO - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 362,74
	TOTAL	R\$ 689,04
04.08.06.042-5	REVISÃO CIRÚRGICA DE COTO DE AMPUTAÇÃO DOS DEDOS - - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 263,70
04.08.06.042-5	REVISÃO CIRÚRGICA DE COTO DE AMPUTAÇÃO DOS DEDOS - - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 150,34
	TOTAL	R\$ 414,04
04.08.05.033-0	REVISÃO DE COTO DE AMPUTAÇÃO EM MEMBRO INFERIOR (EXCETO DEDOS DOS PES) - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 204,92
04.08.05.033-0	REVISÃO DE COTO DE AMPUTAÇÃO EM MEMBRO INFERIOR (EXCETO DEDOS DOS PES) - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 138,96
	TOTAL	R\$ 343,88
04.08.02.029-6	REVISÃO DE COTO DE AMPUTAÇÃO EM MEMBRO SUPERIOR (EXCETO MÃO)	
	SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 400,00
	SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 300,00
	ANESTESIA	R\$ 80,00
	TOTAL	R\$ 780,00
04.09.06.023-2	SALPINGECTOMIA UNI / BILATERAL - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 305,74
04.09.06.023-2	SALPINGECTOMIA UNI / BILATERAL - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 625,44
	TOTAL	R\$ 931,18
04.04.01.048-2	SEPTOPLASTIA P/ CORREÇÃO DE DESVIO - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 151,74
04.04.01.048-2	SEPTOPLASTIA P/ CORREÇÃO DE DESVIO - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 343,18
	TOTAL	R\$ 494,92
04.10.01.011-1	SETORECTOMIA / QUADRANTECTOMIA - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 370,62
04.10.01.011-1	SETORECTOMIA / QUADRANTECTOMIA - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 256,26
	TOTAL	R\$ 626,88
04.05.01.014-1	SIMBLEFAROPLASTIA (CADA OLHO)	R\$ 650,00
04.03.05.011-1	SIMPATECTOMIA LOMBAR	R\$ 782,17
04.08.06.013-1	SINOVECTOMIA DE PUNHO - M700	R\$ 142,06
90.01.01.135-0	SONDA DE CRAWFORD	R\$ 800,00
04.08.06.043-3	TENODESE - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 121,20
04.08.06.043-3	TENODESE - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 82,89
	TOTAL	R\$ 204,09
04.08.06.044-1	TENOLISE - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 295,00
04.08.06.044-1	TENOLISE - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 136,80
	TOTAL	R\$ 458,80
04.08.06.047-6	TENOPLASTIA OU ENXERTO DE TENDÃO ÚNICO - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 1.012,80
04.08.06.047-6	TENOPLASTIA OU ENXERTO DE TENDÃO ÚNICO - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 347,60
	TOTAL	R\$ 1.360,40
04.08.06.048-4	TENORRAFIA ÚNICA EM TÚNEL OSTEO-FIBROSO - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 530,18
04.08.06.048-4	TENORRAFIA ÚNICA EM TÚNEL OSTEO-FIBROSO - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 312,42

	TOTAL	R\$ 842,60
04.08.02.030-0	TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO SUPERIOR - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 215,52
04.08.02.030-0	TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO SUPERIOR - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 174,26
	TOTAL	R\$ 389,78
04.04.01.035-0	TIMPANOPLASTIA UNI/BILATERAL - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 590,64
04.04.01.035-0	TIMPANOPLASTIA UNI/BILATERAL - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 645,66
	TOTAL	R\$ 1.236,30
04.02.01.005-1	TIREOIDECTOMIA TOTAL C/ ESVAZIAMENTO GANGLIONAR - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 349,93
04.02.01.005-1	TIREOIDECTOMIA TOTAL C/ ESVAZIAMENTO GANGLIONAR - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 417,84
	TOTAL	R\$ 767,77
04.02.01.004-3	TIREOIDECTOMIA TOTAL - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 368,50
04.02.01.004-3	TIREOIDECTOMIA TOTAL - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 534,24
	TOTAL	R\$ 902,74
04.02.01.003-5	TIREOIDECTOMIA PARCIAL - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 330,04
04.02.01.003-5	TIREOIDECTOMIA PARCIAL - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 521,22
	TOTAL	R\$ 851,26
04.08.06.053-0	TRANSPOSIÇÃO / TRANSFERÊNCIA MIOTENDINOSA MÚLTIPLA - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 390,56
04.08.06.053-0	TRANSPOSIÇÃO / TRANSFERÊNCIA MIOTENDINOSA MÚLTIPLA - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 302,50
	TOTAL	R\$ 693,06
04.08.06.054-9	TRANSPOSIÇÃO / TRANSFERÊNCIA MIOTENDINOSA ÚNICA - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 260,36
04.08.06.054-9	TRANSPOSIÇÃO / TRANSFERÊNCIA MIOTENDINOSA ÚNICA - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 168,06
	TOTAL	R\$ 428,42
04.05.01.018-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE BLEFAROCALASE	R\$ 522,50
04.09.01.043-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CISTOCELE - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 451,80
04.09.01.043-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CISTOCELE - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 293,28
	TOTAL	R\$ 745,08
04.09.07.022-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE COAPTAÇÃO DE NINFAS - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 141,24
04.09.07.022-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE COAPTAÇÃO DE NINFAS - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 97,46
	TOTAL	R\$ 238,70
04.08.02.032-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 299,92
04.08.02.032-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 182,38
	TOTAL	R\$ 482,30
04.08.06.057-3	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEDO EM MARTELO / EM GARRA (MÃO E PÉ) - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 308,52
04.08.06.057-3	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEDO EM MARTELO / EM GARRA (MÃO E PÉ) - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 228,30
	TOTAL	R\$ 536,82
04.08.06.059-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA VICIOSAMENTE CONSOLIDADA DOS OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 782,82
04.08.06.059-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA VICIOSAMENTE CONSOLIDADA DOS OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 328,84
	TOTAL	R\$ 1.111,66
04.08.05.065-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HALUX VALGUS C/ OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 369,04
04.08.05.065-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HALUX VALGUS C/ OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 342,58
	TOTAL	R\$ 711,62
04.08.05.091-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HALUX VALGUS S/ OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 421,98
04.08.05.091-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HALUX VALGUS S/ OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 251,22
	TOTAL	R\$ 673,20
04.09.04.021-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIDROCELE - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 363,70
04.09.04.021-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIDROCELE - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 150,24
	TOTAL	R\$ 513,94
04.09.07.026-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERTROFIA DE PEQUENOS LÁBIOS - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 141,24
04.09.07.026-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERTROFIA DE PEQUENOS LÁBIOS - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 97,46
	TOTAL	R\$ 238,70
04.09.01.049-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA VIA ABDOMINAL - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 405,80
04.09.01.049-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA VIA ABDOMINAL - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 366,60
	TOTAL	R\$ 772,40
04.08.05.066-7	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESÃO AGUDA CAPSULO-LIGAMENTAR MEMBRO INFERIOR (JOELHO / TORNOZELO) - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 647,32
04.08.05.066-7	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESÃO AGUDA CAPSULO-LIGAMENTAR MEMBRO INFERIOR (JOELHO / TORNOZELO) - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 300,34
	TOTAL	R\$ 947,66
04.08.01.018-5	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA ACROMIO-CLAVICULAR - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 204,30
04.08.01.018-5	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA ACROMIO-CLAVICULAR - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 550,88
	TOTAL	R\$ 755,18
04.08.01.021-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO RECIDIVANTE / HABITUAL DE ARTICULAÇÃO ESCAPULO UMERAL - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 333,48
04.08.01.021-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO RECIDIVANTE / HABITUAL DE ARTICULAÇÃO ESCAPULO UMERAL - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 424,82
	TOTAL	R\$ 758,30
04.08.05.076-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ TORTO CONGÊNITO - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 326,30
04.08.05.076-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ TORTO CONGÊNITO - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 241,82
	TOTAL	R\$ 568,12
04.08.05.086-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDOARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA DIÁFISE TIBIAL - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 1.147,72
04.08.05.086-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDOARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA DIÁFISE TIBIAL - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 391,10
	TOTAL	R\$ 1.538,82
04.08.05.087-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDOARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA OSSEA DA METAFISE TIBIAL - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 841,68
04.08.05.087-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDOARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA OSSEA DA METAFISE TIBIAL - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 355,54
	TOTAL	R\$ 1.197,22
04.08.05.079-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDOARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA DIÁFISE DO FEMUR - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 1.068,30
04.08.05.079-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDOARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA DIÁFISE DO FEMUR - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 450,54
	TOTAL	R\$ 1.518,84
04.08.02.055-5	TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDOARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA MÃO - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 231,18
04.08.02.055-5	TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDOARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA MÃO - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 175,06
	TOTAL	R\$ 406,24
04.08.02.056-3	TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDOARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DO ANTEBRAÇO - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 646,40

04.08.02.056-3	TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDOARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DO ANTEBRAÇO - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 296,36
	TOTAL	R\$ 942,76
04.08.02.057-1	TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDOARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DO ÚMERO - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 509,74
04.08.02.057-1	TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDOARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DO ÚMERO - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 244,88
	TOTAL	R\$ 754,62
04.08.02.059-8	TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDOARTROSE NA REGIÃO METAFISO-EPIFISARIA DISTAL DO RADIO E ULNA - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 253,06
04.08.02.059-8	TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDOARTROSE NA REGIÃO METAFISO-EPIFISARIA DISTAL DO RADIO E ULNA - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 205,52
	TOTAL	R\$ 458,58
04.08.01.022-3	TRATAMENTO CIRURGICO DE RETARDO DE CONSOLIDACAO DA PSEUDARTROSE DE CLAVICULA / ESCAPULA - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 366,02
04.08.01.022-3	TRATAMENTO CIRURGICO DE RETARDO DE CONSOLIDACAO DA PSEUDARTROSE DE CLAVICULA / ESCAPULA - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 202,52
	TOTAL	R\$ 568,54
04.08.05.089-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 426,06
04.08.05.089-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 238,46
	TOTAL	R\$ 664,52
04.03.02.012-3	TRATAMENTO CIRURGICO DE SINDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEO-FIBROSO AO NIVEL DO CARPO - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 404,88
04.03.02.012-3	TRATAMENTO CIRURGICO DE SINDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEO-FIBROSO AO NIVEL DO CARPO - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 290,36
	TOTAL	R\$ 695,24
04.08.01.023-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SÍNDROME DO IMPACTO SUB-ACROMIAL - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 266,56
04.08.01.023-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SÍNDROME DO IMPACTO SUB-ACROMIAL - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 324,94
	TOTAL	R\$ 591,50
04.09.04.023-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARICOCELE - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 346,48
04.09.04.023-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARICOCELE - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 168,64
	TOTAL	R\$ 515,12
04.05.01.019-2	TRATAMENTO CIRURGICO DE TRIQUIASE C/ OU S/ ENXERTO	R\$ 278,90
04.05.04.020-2	TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL	R\$ 760,26
04.04.01.041-5	TURBINECTOMIA - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 264,02
04.04.01.041-5	TURBINECTOMIA - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 367,28
	TOTAL	R\$ 631,30
90.01.01.136-0	URETERORRENOLITOTRIPSIA	R\$ 687,65
04.09.01.056-1	URETEROLITOMIA - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 352,90
04.09.01.056-1	URETEROLITOMIA - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 1.179,32
	TOTAL	R\$ 1.532,22
04.09.02.017-6	URETROTOMIA INTERNA - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 472,78
04.09.02.017-6	URETROTOMIA INTERNA - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 167,06
	TOTAL	R\$ 639,84
04.09.04.024-0	VASECTOMIA - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 346,30
04.09.04.024-0	VASECTOMIA - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 266,64
	TOTAL	R\$ 612,94
04.05.03.017-7	VITRECTOMIA POST. C/ INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO/ÓLEO DE SILICONE/ENDOLASER	
	SH	R\$ 4.412,09
	SP	R\$ 1.218,00
	ANEST.	
	TOTAL	R\$ 5.630,09
04.09.07.030-0	VULVECTOMIA SIMPLES - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 146,70
04.09.07.030-0	VULVECTOMIA SIMPLES - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 110,18
	TOTAL	R\$ 256,88
04.05.05.002-0	YAG LASER (CAPSULOTOMIA)	R\$ 90,00
CIRURGIAS		
CÓDIGO	PROCEDIMENTO CEREBRAL 04 VASOS (P/INVESTIGAÇÃO HEMORRÁGICA)	VALOR
02.10.01.002-9	ANGIOGRAFIA DO ARCO-AORTICO	R\$ 137,01
02.10.01.010-0	ARTERIOGRAFIA PARA INVESTIGAÇÃO DE HEMORRAGIA CEREBRAL	R\$ 504,33
02.10.01.013-4	ARTERIOGRAFIA SELETIVA DE CARÓTIDA DIREITA	R\$ 190,31
02.10.01.013-4	ARTERIOGRAFIA SELETIVA DE CARÓTIDA ESQUERDA	R\$ 190,31
02.10.01.015-0	ARTERIOGRAFIA SELETIVA VERTEBRAL	R\$ 201,01
	CUSTO TOTAL DO PROCEDIMENTO	R\$ 1.222,97
CÓDIGO	PROCEDIMENTO CEREBRAL 04 VASOS (P/INVESTIGAÇÃO DE ISQUÊMIA)	VALOR
02.10.01.013-4	ARTERIOGRAFIA SELETIVA DE CARÓTIDA DIREITA	R\$ 190,31
02.10.01.013-4	ARTERIOGRAFIA SELETIVA DE CARÓTIDA ESQUERDA	R\$ 190,31
02.10.01.015-0	ARTERIOGRAFIA SELETIVA VERTEBRAL	R\$ 201,01
02.10.01.002-9	ANGIOGRAFIA DO ARCO-AORTICO	R\$ 137,01
02.10.01.010-0	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGAÇÃO DE HEMORRAGIA CEREBRAL	R\$ 504,33
	CUSTO TOTAL DO PROCEDIMENTO	R\$ 1.222,97
CÓDIGO	PROCEDIMENTO AORTA ABDOMINAL E MEMBROS INFERIORES	VALOR
02.10.01.014-5	AORTOGRAFIA ABDOMINAL	R\$ 189,73
02.10.01.019-6	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGAÇÃO DE DOENÇAS ARTERIOSCLERÓTICAS AORTO-ILIACA	R\$ 504,33
02.10.01.017-0	ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO INFERIOR DIREITO	R\$ 179,46
02.10.01.007-0	ARETRIOGRAFIA DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO	R\$ 179,46
	CUSTO TOTAL DO PROCEDIMENTO	R\$ 1.052,98
CÓDIGO	PROCEDIMENTO ARCO AÓRTICO E MEMBROS INFERIORES	VALOR
02.10.01.002-9	ARTERIOGRAFIA DO ARCO-AORTICO	R\$ 137,01
02.10.01.017-0	ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO INFERIOR DIREITO	R\$ 179,46
02.10.01.007-0	ARETRIOGRAFIA DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO	R\$ 179,46
02.10.01.006-1	ARTERIOGRAFIA CÉRVICO-TORÁCICA	R\$ 201,01
	CUSTO TOTAL DO PROCEDIMENTO	R\$ 696,94
CÓDIGO	PROCEDIMENTOS ARTROSCOPIA	VALOR
04.08.05.088-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DE MENISCO COM SUTURA MENISCAL UNI / BICOMPATIMENTAL - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 871,34
04.08.05.088-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DE MENISCO COM SUTURA MENISCAL UNI / BICOMPATIMENTAL - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 286,44
	TOTAL	R\$ 1.157,78
90.01.01.104-0	LESÃO LIGAMENTO DE JOELHO	
	SH	R\$ 600,00
	SP	R\$ 450,00

	ANEST.	R\$	80,00
	TOTAL	R\$	1.130,00
04.08.01.014-2	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS) - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$	324,94
04.08.01.014-2	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS) - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$	266,56
	TOTAL	R\$	591,50
04.08.01.019-3	LUXAÇÃO ESC. UMERAL		
	SH	R\$	500,00
	SP	R\$	450,00
	ANEST.	R\$	80,00
	TOTAL	R\$	1.030,00
90.01.01.106-0	LUXAÇÃO RECID. OMBRO		
	SH	R\$	500,00
	SP	R\$	450,00
	ANEST.	R\$	80,00
	TOTAL	R\$	1.030,00
90.01.01.107-0	VALGANIZAÇÃO DE JOELHO		
	SH	R\$	705,00
	SP	R\$	450,00
	ANEST.	R\$	80,00
	TOTAL	R\$	1.235,00
90.01.01.108-0	TENOVITE OMBRO		
	SH	R\$	500,00
	SP	R\$	450,00
	ANEST.	R\$	80,00
	TOTAL	R\$	1.030,00
90.01.01.115-0	ARTROSCOPIA DE JOELHO		
	SH	R\$	850,00
	SP	R\$	1.000,00
	ANEST.	R\$	10,00
	TOTAL	R\$	1.860,00

GRUPO 07 MATERIAIS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
07.02.03.002-3	ANCORA	R\$ 197,60
07.02.03.003-1	ARRUELA DENTEADA	R\$ 41,06
07.02.03.004-0	ARRUELA LISA	R\$ 7,19
07.02.03.005-8	ARRUELAS DE TITANIO P/ CIRURGIA DA COLUNA	R\$ 86,81
07.02.01.001-4	BALAO DESTACAVEL	R\$ 788,56
07.02.03.006-6	BARRA SACRAL	R\$ 70,00
07.02.01.003-0	CATETER ATRIAL / PERITONEAL	R\$ 140,65
07.02.06.001-1	CATETER DUPLO J	R\$ 141,52
07.02.01.004-9	CATETER GUIA CALIBRE 6F A 8F	R\$ 563,00
07.02.04.015-0	CATETER VENOSO CENTRAL DUPLO LUMEN	R\$ 97,48
07.02.01.005-7	CATETER VENTRICULAR C/ RESERVATORIO	R\$ 98,87
07.02.01.006-5	CATETER VENTRICULAR ISOLADO	R\$ 48,70
07.02.03.007-4	CENTRALIZADOR PARA COMPONENTE FEMORAL CIMENTADO MODULAR	R\$ 104,44
07.02.03.008-2	CIMENTO C/ ANTIBIOTICO	R\$ 109,62
07.02.03.138-0	CIMENTO S/ ANTIBIOTICO	R\$ 60,59
07.02.01.022-7	CLIP DE COBALTO TEMPORÁRIO	R\$ 725,00
07.02.01.023-5	CLIP DE TITÂNIO PARA NEUROCIRURGIA	R\$ 800,00
07.02.03.009-0	COMPONENTE ACETABULAR DE POLIETILENO CIMENTADO PRIMARIO / REVISAO	R\$ 252,56
07.02.03.059-7	COMP. ACETABULAR DE POLIETILENO P/ COMP. METALICO PRIMARIO / DE REVISAO DE FIX. BIOLOGICA	R\$ 332,84
07.02.03.010-4	COMPONENTE ACETABULAR METALICO DE FIXACAO BIOLOGICA PRIMARIA / REVISAO	R\$ 917,21
07.02.03.011-2	COMPONENTE CEFALICO	R\$ 380,49
07.02.03.012-0	COMPONENTE CEFALICO / POLIETILENO / METAL P/ HEMIARTROPLASTIA BIPOLAR / METAL	R\$ 900,00
07.02.03.013-9	COMPONENTE CEFALICO P/ ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL	R\$ 463,48
07.02.03.014-7	COMPONENTE DE AUMENTO DA TIBIA P/ REVISAO DE PROTESE TOTAL DE JOELHO	R\$ 414,83
07.02.03.015-5	COMPONENTE DE AUMENTO DO FEMUR P/ REVISAO DE PROTESE TOTAL DE JOELHO	R\$ 2.122,37
07.02.03.016-3	COMPONENTE FEMORAL CIMENTADO MODULAR PRIMARIO	R\$ 900,00
07.02.03.017-1	COMPONENTE FEMORAL CIMENTADO MONOBLOCO TIPO CHARNLEY	R\$ 850,01
07.02.03.017-1	COMPONENTE FEMORAL DE REVISAO CIMENTADO / FIXACAO BIOLOGICA	R\$ 1.758,84
07.02.03.019-8	COMPONENTE FEMORAL MODULAR DE REVISAO CIMENTADA P/ ENXERTO IMPACTADO	R\$ 2.323,07
07.02.03.020-1	COMPONENTE FEMORAL MODULAR DE REVISAO NAO CIMENTADA P/ REVESTIMENTO TOTAL	R\$ 2.103,14
07.02.03.021-0	COMPONENTE FEMORAL NAO CIMENTADO MODULAR PRIMARIO	R\$ 1.513,63
07.02.03.022-8	COMPONENTE FEMORAL PRIMARIO CIMENTADO / FIXACAO BIOLOGICA	R\$ 1.492,50
07.02.03.023-6	COMPONENTE GLENOIDAL	R\$ 198,17
07.02.03.024-4	COMPONENTE PATELAR CIMENTADO / FIXACAO BIOLOGICA	R\$ 132,65
07.02.03.025-2	COMPONENTE TIBIAL DE REVISAO DE POLIETILENO	R\$ 528,50
07.02.03.026-0	COMPONENTE TIBIAL DE REVISAO METALICO CIMENTADO / FIXACAO BIOLOGICA EM CUNHA	R\$ 1.316,68
07.02.03.027-9	COMPONENTE TIBIAL PRIMARIO DE POLIETILENO	R\$ 315,14
07.02.03.028-7	COMPONENTE TIBIAL PRIMARIO METALICO CIMENTADO / FIXACAO BIOLOGICA	R\$ 762,93
07.02.03.029-5	COMPONENTE UMERAL CIMENTADO / FIXACAO BIOLOGICA	R\$ 708,26
07.02.03.030-9	COMPONENTE UMERAL CIMENTADO / FIXACAO BIOLOGICA DE REVISAO	R\$ 900,59
07.02.05.078-4	CONECTOR BARRA JUNCAO CERVICO TORACICA	R\$ 70,00
07.02.01.008-1	CONECTOR EM Y / RETO	R\$ 78,43
07.02.01.009-0	CONJUNTO DE CATETER DE DRENAGEM EXTERNA E MPIC	R\$ 525,02
07.02.01.010-3	CONJUNTO DE ELETRODO E EXTENSAO P/ ESTIMULACAO CEREBRAL	R\$ 4.600,00

07.02.01.011-1	CONJUNTO P/ HIDROCEFALIA DE BAIXO PERFIL	R\$	845,80
07.02.01.012-0	CONJUNTO PADRAO P/ HIDROCEFALIA	R\$	613,65
07.02.10.009-9	DILATADOR P/ IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN	R\$	21,59
07.02.03.031-7	DISPOSITIVO ANTI-PROTRUSAO C/ ORIFICIOS P/ PARAFUSOS	R\$	1.812,73
07.02.05.016-4	ESPACADOR DE TENDAO	R\$	36,62
07.02.01.013-8	ESPIRAIS DE PLATINA	R\$	1.350,00
07.02.03.134-8	FIO DE KIRCHNER	R\$	13,00
07.02.05.080-6	FIO GUIA HIDROFILICO 0,035	R\$	300,00
07.02.05.019-9	FIO MALEAVEL DE CERCLAGEM, DE TITANIO, P/ COLUNA, METAFISE E DIAFISE	R\$	138,24
07.02.05.017-2	FIO MONONYLON 8.0	R\$	89,82
07.02.05.018-0	FIO MONONYLON 9.0	R\$	89,82
07.02.03.032-5	FIO OLIVADO P/ FIXADOR EXTERNO	R\$	16,94
07.02.05.079-2	FIO TIPO STEINMAN LISO	R\$	12,00
07.02.03.033-3	FIO TIPO STEINMAN ROSQUEADO	R\$	15,82
07.02.03.034-1	FITA PARA RECONSTRUCAO LIGAMENTAR	R\$	280,00
07.02.02.021-4	FIXADOR DINÂMICO PARA MANDÍBULA	R\$	390,00
07.02.03.035-0	FIXADOR EXTERNO C/ SISTEMA DE ALONGAMENTO MONOFOCAL	R\$	1.054,91
07.02.03.036-8	FIXADOR EXTERNO C/ SISTEMA DE CORRECAO ANGULAR E/OU ROTACIONAL	R\$	1.351,04
07.02.03.037-6	FIXADOR EXTERNO C/ SISTEMA DE PEQUENOS FRAGMENTOS C/ SISTEMA DE CORRECAO ANGULAR	R\$	1.351,04
07.02.03.038-4	FIXADOR EXTERNO CIRCULAR / SEMI-CIRCULAR	R\$	1.163,90
07.02.03.039-2	FIXADOR EXTERNO HIBRIDO	R\$	913,16
07.02.03.039-2	FIXADOR EXTERNO LINEAR	R\$	578,67
07.02.03.041-4	FIXADOR EXTERNO P/ PUNHO	R\$	501,48
07.02.03.042-2	FIXADOR EXTERNO TIPO PLATAFORMA - SISTEMA DE ALONGAMENTO / TRANSPLANTE OSSEO	R\$	1.054,91
07.02.03.043-0	FIXADOR PELVICO	R\$	950,74
07.02.02.002-8	GOTEIRAS DENTAIS	R\$	23,54
07.02.03.044-9	GRAMPO	R\$	24,61
07.02.10.010-2	GUIA METALICO P/ INTRODUCAO DE CATETER DUPLO LUMEN	R\$	15,41
07.02.02.003-6	GUIA SAGITAL	R\$	23,54
07.02.03.045-7	HALO CRANIANO	R\$	678,88
07.02.03.046-5	HASTE DE ENDER	R\$	81,51
07.02.03.047-3	HASTE DE RUSH	R\$	47,77
07.02.03.048-1	HASTE FEMORAL CURTA C/ BLOQUEIO CEFALICO (INCLUI PARAFUSOS)	R\$	936,58
07.02.03.049-0	HASTE FEMORAL LONGA C/ BLOQUEIO CEFALICO (INCLUI PARAFUSOS)	R\$	989,15
07.02.03.050-3	HASTE FEMORAL P/ REVISAO DE PROTESE TOTAL DO JOELHO	R\$	1.569,67
07.02.03.051-1	HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE FEMUR (INCLUI PARAFUSOS)	R\$	1.010,56
07.02.03.052-0	HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE TIBIA (INCLUI PARAFUSOS)	R\$	978,92
07.02.03.053-8	HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE UMERO (INCLUI PARAFUSOS)	R\$	1.010,56
07.02.03.054-6	HASTE INTRAMEDULAR FLEXIVEL P/ USO INFANTIL	R\$	151,63
07.02.03.055-4	HASTE INTRAMEDULAR NAO BLOQUEADA	R\$	129,10
07.02.03.056-2	HASTE INTRAMEDULAR RETROGRADA (INCLUI PARAFUSOS)	R\$	905,90
07.02.03.057-0	HASTE INTRAMEDULAR TIBIO-TARSICA	R\$	790,50
07.02.03.058-9	HASTE TIBIAL P/ REVISAO DE PROTESE TOTAL DO JOELHO	R\$	652,39
07.02.01.016-2	INTRODUTOR 6FA 8F	R\$	74,00
07.02.01.017-0	MICRO CATETER FLUXO DEPENDENTE	R\$	1.301,15
07.02.01.018-9	MICRO CATETER P/ BALAO	R\$	1.419,41
07.02.03.136-4	MINI PLACA EM T OU L	R\$	102,00
07.02.03.060-0	MINI-FIXADOR EXTERNO	R\$	366,62
07.02.03.061-9	MINI-PARAFUSO DE AUTO-COMPRESSAO	R\$	154,38
07.02.05.037-7	PARAFUSO ASSOCIAVEL A PLACA TORACO-LOMBO-SACRA TIPO PEDICULAR MONO-AXIAL	R\$	410,24
07.02.03.132-1	PARAFUSO BLOQUEADO	R\$	21,60
07.02.03.062-7	PARAFUSO CANULADO 3,5 MM	R\$	116,02
07.02.03.063-5	PARAFUSO CANULADO 4,5 MM	R\$	102,92
07.02.03.064-3	PARAFUSO CANULADO 7,0 MM	R\$	90,29
07.02.03.078-3	PARAFUSO CANULADO DE TITANIO AUTO-ROSCANTE PARA FIXACAO DE ODONTOIDE	R\$	672,75
07.02.03.065-1	PARAFUSO CANULADO MINI	R\$	257,29
07.02.03.066-0	PARAFUSO CORTICAL 1,5 MM	R\$	18,06
07.02.03.067-8	PARAFUSO CORTICAL 2,0 MM	R\$	15,34
07.02.03.068-6	PARAFUSO CORTICAL 2,7 MM	R\$	16,94
07.02.03.069-4	PARAFUSO CORTICAL 3,5 MM	R\$	15,34
07.02.03.070-8	PARAFUSO CORTICAL 4,5 MM	R\$	18,06
07.02.03.071-6	PARAFUSO DE INTERFERENCIA DE TITANIO	R\$	486,29
07.02.05.038-5	PARAFUSO DE TITANIO ASSOCIAVEL A HASTE TIPO PEDICULAR MONO-AXIAL	R\$	410,24
07.02.05.039-3	PARAFUSO DE TITANIO ASSOCIAVEL A HASTE TIPO PEDICULAR POLI-AXIAL	R\$	410,24
07.02.05.040-7	PARAFUSO DE TITANIO ASSOCIAVEL A PLACA CERVICAL	R\$	175,78
07.02.05.041-5	PARAFUSO DE TITANIO ASSOCIAVEL A PLACA TORACO-LOMBO-SACRA	R\$	209,30
07.02.03.072-4	PARAFUSO ESPONJOSO 4,0 MM	R\$	27,71
07.02.03.073-2	PARAFUSO ESPONJOSO 6,5 MM	R\$	27,71
07.02.03.074-0	PARAFUSO MALEOLAR	R\$	21,89
07.02.03.075-9	PARAFUSO METALICO DE INTERFERENCIA	R\$	154,38
07.02.03.076-7	PARAFUSO P/ COMPONENTE ACETABULAR	R\$	109,67
07.02.03.079-1	PINO DE KNOWLES	R\$	48,58
07.02.03.080-5	PINO DE SHANTZ	R\$	28,45
07.02.03.130-5	PLACA 1/3 TUBULAR 2,7MM (INCLUI PARAFUSOS)	R\$	93,00
07.02.03.083-0	PLACA 1/3 TUBULAR 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	R\$	146,64
07.02.03.084-8	PLACA 1/3 TUBULAR 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	R\$	177,20
07.02.03.085-6	PLACA ANGULADA 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	R\$	377,42
07.02.03.081-3	PLACA C/ PARAFUSO DESLIZANTE DE 135 OU 150 GRAUS	R\$	764,34

07.02.03.082-1	PLACA C/ PARAFUSO DESLIZANTE DE 95 GRAUS	R\$	678,73
07.02.03.086-4	PLACA CALCO (INCLUI PARAFUSOS)	R\$	308,75
07.02.05.046-6	PLACA CERVICAL ASSOCIADA A PARAFUSOS DE TITANIO P/ FIXACAO EM ESTRUTURAS POSTERIORES	R\$	1.280,39
07.02.05.045-8	PLACA CERVICAL ASSOCIADA A PARAFUSOS INTRA-SOMATICOS DE TITANIO	R\$	2.419,72
07.02.03.087-2	PLACA COBRA 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	R\$	765,81
07.02.03.088-0	PLACA CONDILEA 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	R\$	528,63
07.02.03.139-9	PLACA DE ANGULO FIXO	R\$	293,42
07.02.03.135-6	PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 2,0MM (INCLUI PARAFUSOS)	R\$	122,80
07.02.03.089-9	PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	R\$	183,81
07.02.03.090-2	PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM ESTREITA (INCLUI PARAFUSOS)	R\$	235,88
07.02.03.091-0	PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM LARGA (INCLUI PARAFUSOS)	R\$	296,13
07.02.02.004-4	PLACA DE CONTENÇÃO	R\$	23,54
07.02.03.092-9	PLACA DE RECONSTRUCAO DE BACIA 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	R\$	299,90
07.02.03.093-7	PLACA DE RECONSTRUCAO DE BACIA 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	R\$	325,69
07.02.05.047-4	PLACA DE RECONSTRUCAO EM TITANIO P/ FRATURA DE MANDIBULA (INCLUI PARAFUSOS)	R\$	1.150,16
07.02.03.094-5	PLACA DE SUPORTE DE PLATEAU TIBIAL 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	R\$	288,71
07.02.05.048-2	PLACA DE TITÂNIO SISTEMA MINI/MICROFRAGMENTOS (INCLUI PARAFUSOS)	R\$	361,81
07.02.03.131-3	PLACA EM L 1,5MM (INCLUI PARAFUSOS)	R\$	293,42
07.02.03.095-3	PLACA EM L 2,7MM (INCLUI PARAFUSOS)	R\$	131,36
07.02.03.096-1	PLACA EM L 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	R\$	275,48
07.02.03.097-0	PLACA EM L 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	R\$	288,71
07.02.03.133-0	PLACA EM T 2,0MM (INCLUI PARAFUSOS)	R\$	102,00
07.02.03.098-8	PLACA EM T 2,7MM (INCLUI PARAFUSOS)	R\$	131,36
07.02.03.099-6	PLACA EM T 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	R\$	275,48
07.02.03.100-3	PLACA EM T 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	R\$	288,71
07.02.03.101-1	PLACA EM TREVO 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	R\$	275,48
07.02.03.102-0	PLACA EM TREVO 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	R\$	288,71
07.02.03.103-8	PLACA OCCIPITO-CERVICAL	R\$	737,85
07.02.03.104-6	PLACA P/ CALCANEIO	R\$	320,61
07.02.03.105-4	PLACA PONTE 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	R\$	527,20
07.02.03.106-2	PLACA PONTE 4,5 MM	R\$	564,13
07.02.03.107-0	PLACA SEMITUBULAR 2,7 MM (INCLUI PARAFUSOS)	R\$	146,64
07.02.03.108-9	PLACA SEMITUBULAR 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	R\$	146,64
07.02.03.109-7	PLACA SEMITUBULAR 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	R\$	177,20
07.02.11.001-9	PLACA TERMOMOLDAVEL CERVICAL	R\$	100,00
07.02.11.002-7	PLACA TERMOMOLDAVEL DE MEMBRO INFERIOR	R\$	200,00
07.02.11.003-5	PLACA TERMOMOLDAVEL DE MEMBRO SUPERIOR	R\$	100,00
07.02.03.110-0	PLACA TORACO-LOMBO-SACRA ASSOCIADA A PARAFUSOS INTRA-SOMATICOS DE TITANIO	R\$	2.246,11
07.02.05.049-0	PLACA TORACO-LOMBO-SACRA ASSOCIADA A PARAFUSOS PEDICULARES DE TITANIO	R\$	2.745,25
07.02.03.111-9	PORCAS DE TITANIO P/ CIRURGIA DA COLUNA	R\$	75,96
07.02.03.112-7	PROTESE DE CABECA DE RADIO	R\$	778,37
07.02.03.113-5	PROTESE INTERFALANGEANA	R\$	315,42
07.02.03.114-3	PROTESE METACARPO-FALANGEANA	R\$	315,42
07.02.03.122-4	PROTESE PARCIAL DE QUADRIL CIMENTADA MONOBLOCO (TIPO THOMPSON)	R\$	642,55
07.02.03.123-2	PROTESE TENDINOSA DE SILICONE	R\$	751,99
07.02.03.124-0	PROTESE TOTAL DE COTOVELO (COMPONENTE UMERAL CIMENTADO + COMPONENTE ULNA)	R\$	1.180,44
07.02.03.125-9	RESTRITOR DE CIMENTO FEMORAL/UMERAL	R\$	25,71
07.02.01.020-0	SHUNT LOMBO-PERITONAL	R\$	567,70
07.02.03.126-7	SISTEMA DE FIXACAO OCCIPITO-CERVICAL ASSOCIADO A PARAFUSO GANCHO E FIO	R\$	1.459,63
07.02.03.127-5	SISTEMA DE GUIAS E INJECAO DE MATERIAL PROPRIO A VERTEBROPLASTIA	R\$	445,00
07.02.05.052-0	SISTEMA P/ FIXACAO TRANSVERSAL DE TITANIO	R\$	781,26
07.02.05.021-0	SISTEMA PARA FIXAÇÃO DE PARAFUSOS ÀS HASTES DE TITÂNIO	R\$	610,00
07.02.03.128-3	TELA DE RECONSTRUCAO ACETABULAR	R\$	396,88
07.02.03.129-1	TELA DE RECONSTRUCAO FEMORAL	R\$	334,22
07.02.01.021-9	VALVULA PARA HIDROCEFALIA	R\$	303,53

ANEXO II REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE CREDENCIAMENTO

À Comissão Especial de Credenciamento do Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril”.

O interessado abaixo qualificado requer sua inscrição objetivando a prestação de serviços de saúde por meio do **EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2024**.

DADOS DA PESSOA JURÍDICA

RAZÃO SOCIAL:

CNPJ:

CNES:

ENDEREÇO:

MUNICÍPIO:

UF:

CEP:

CELULAR: ()

FIXO: ()

E-MAIL:

DADOS DO RESPONSÁVEL LEGAL

NOME:

RG:

CPF:

ENDEREÇO:

MUNICÍPIO:

UF:

CEP:

CELULAR: ()

FIXO: ()

DADOS DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

NOME:

RG:

CPF:

ENDEREÇO:

MUNICÍPIO:

UF:

CEP:

Nº ÓRGÃO DE CLASSE:

CELULAR: ()

FIXO: ()

DADOS BANCÁRIOS DA PESSOA JURÍDICA

OBRIGATÓRIO SER CORRESPONDENTES A PESSOA JURÍDICA REQUERENTE

NOME DO BANCO:

Nº BANCO:

Nº AGÊNCIA:

Nº CONTA:

DADOS DO ESCRITÓRIO/CONTADOR RESPONSÁVEL PELA NFe

PREENCHER APENAS QUANDO HOVER

RESPONSÁVEL:

E-MAIL SOLICITAÇÃO DE NFe:

CELULAR: ()

FIXO: ()

PROCEDIMENTOS REQUERIDOS

- A RELAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DISPONÍVEIS PARA REALIZAÇÃO ATRAVÉS DO CREDENCIAMENTO, CONSTA NO **ANEXO I – TABELA DE PROCEDIMENTOS E VALORES;**
- PREENCHER O CAMPO ABAIXO APENAS COM OS PROCEDIMENTOS PASSÍVEIS DE REALIZAÇÃO EM CONFORMIDADE COM A RESPECTIVA ESPECIALIDADE.

CÓDIGO	PROCEDIMENTO

DADOS DO(S) PRESTADOR(ES) DE SERVIÇOS

NOME:
ESPECIALIDADE:
RG:
Nº ÓRGÃO DE CLASSE:
END. RUA:
BAIRRO:

CPF:
CONTATO: ()
Nº:
CIDADE: UF:

NOME:
ESPECIALIDADE:
RG:
Nº ÓRGÃO DE CLASSE:
END. RUA:
BAIRRO:

CPF:
CONTATO: ()
Nº:
CIDADE: UF:

Declaro ter ciência e estar de acordo com os termos constantes no Edital de Chamamento Público nº 01/2024 e seus anexos.

_____, _____ de _____ de 202____.
(cidade) (dia) (mês)

ASSINATURA REPRESENTANTE LEGAL

NOME:
RG:
CPF:

ANEXO III
DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

À Comissão Especial de Credenciamento do Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril”.

Declaro para os fins de direito, na qualidade de proponente do procedimento auxiliar de credenciamento, através do Edital de Chamamento Público Nº 01/2024, instaurado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril”, que não fomos declarados inidôneos para licitar ou contratar com o Poder Público, em qualquer de suas esferas, nem sofremos as penalidades previstas no art. 156 da Lei nº 14.133/2021.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

_____, _____ de _____ de 202____.
(cidade) (dia) (mês)

ASSINATURA REPRESENTANTE LEGAL

NOME:

RG:

CPF:

ANEXO IV
DECLARAÇÃO DE EMPREGADOR

À Comissão Especial de Credenciamento do Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril”, através do Edital de Chamamento Público Nº 01/2024.

A pessoa jurídica _____, inscrita no CNPJ nº _____, por intermédio de seu responsável legal, _____, de RG nº _____, e CPF nº _____, conforme disposto no *inciso I, do Art. 62 da Lei nº 14.133/2021*, **DECLARA** que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e nem menor de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz a partir dos quatorze anos, de acordo com *inciso XXXIII, do Art.7º, da CF de 1988*.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

_____, _____ de _____ de 202____.
(cidade) (dia) (mês)

ASSINATURA REPRESENTANTE LEGAL
NOME:
RG:
CPF:

ANEXO V
DECLARAÇÃO DE DISPENSA DE APRESENTAÇÃO
DO ALVARÁ DE FUNCIONAMENTO

À Comissão Especial de Credenciamento do Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril”, através do Edital de Chamamento Público Nº 01/2024.

Eu, _____, portador (a) do
CPF nº _____, RG nº _____, com órgão de
classe _____ de nº _____, representante legal da pessoa
jurídica _____, inscrita sob
CNPJ nº _____, **DECLARO** sob as penas da Lei que a
prestação de serviços será realizada **exclusivamente** em unidades de saúde dos
municípios consorciados, sendo dispensada a apresentação do **ALVARÁ DE**
FUNCIONAMENTO.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

_____, _____ de _____ de 202____.
(cidade) (dia) (mês)

ASSINATURA REPRESENTANTE LEGAL

NOME:

RG:

CPF:

ANEXO VI
DECLARAÇÃO DE DISPENSA DE APRESENTAÇÃO
DO ALVARÁ DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

À Comissão Especial de Credenciamento do Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril”, através do Edital de Chamamento Público Nº 01/2024.

Eu, _____, portador (a) do
CPF nº _____, RG nº _____, com órgão de
classe _____ de nº _____, representante legal da pessoa
jurídica _____, inscrita sob
CNPJ nº _____, **DECLARO** sob as penas da Lei que a
prestação de serviços será realizada **exclusivamente** em unidades de saúde dos
municípios consorciados, sendo dispensado a apresentação do **ALVARÁ DA**
VIGILÂNCIA SANITÁRIA.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

_____, _____ de _____ de 202____.
(cidade) (dia) (mês)

ASSINATURA REPRESENTANTE LEGAL

NOME:

RG:

CPF:

ANEXO VII
DECLARAÇÃO DE DISPENSA DO CADASTRO NACIONAL DE
ESTABELECIMENTO DE SAÚDE – CNES

À Comissão Especial de Credenciamento do Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril”, através do Edital de Chamamento Público Nº 01/2024.

Eu, _____, portador (a) do
CPF nº _____, RG nº _____, com órgão de
classe _____ de nº _____, representante legal da pessoa
jurídica _____, inscrita sob
CNPJ nº _____, **DECLARO** sob as penas da Lei que a
prestação de serviços será realizada **exclusivamente** em unidades de saúde dos
municípios consorciados, sendo dispensado a apresentação do **CADASTRO**
NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE – CNES da empresa e seus
prestadores de serviço, ficando a cargo da unidade de origem dos atendimentos.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

_____, _____ de _____ de 202____.
(cidade) (dia) (mês)

ASSINATURA REPRESENTANTE LEGAL

NOME:

RG:

CPF:

ANEXO VIII
TERMO DE RESPONSABILIDADE – LOGIN E SENHA

À Comissão Especial de Credenciamento do Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril”, através do Edital de Chamamento Público Nº 01/2024.

Eu, _____, portador (a) do CPF nº _____, RG nº _____, com órgão de classe _____ de nº _____, representante legal da pessoa jurídica _____, inscrita sob CNPJ nº _____, **DECLARO** para os devidos fins, que será de uso intransferível e pessoal o login e senha disponibilizado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril” para recepção das guias de atendimento no sistema de gestão de saúde.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

_____, _____ de _____ de 202____.
(cidade) (dia) (mês)

ASSINATURA REPRESENTANTE LEGAL

NOME:

RG:

CPF:

ANEXO IX
DECLARAÇÃO DE NÃO OCUPAÇÃO DE CARGO DE DIREÇÃO, CHEFIA E
ASSESSORAMENTO DO REPRESENTANTE LEGAL

À Comissão Especial de Credenciamento do Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril”, através do Edital de Chamamento Público Nº 01/2024.

Eu, _____, portador (a) do
CPF nº _____, RG nº _____, **representante**
legal da _____ pessoa _____ jurídica
_____, inscrita sob CNPJ nº
_____, **DECLARO**, para os devidos fins legais e jurídicos, nos
termos do *Art. nº 299 do Código Penal*, que **não possuo vínculo de direção,**
chefia, assessoramento no serviço público direto e indireto e nem perante
Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril”, bem como **não possuo cargo**
eletivo com quaisquer um dos municípios consorciados Araras, Conchal, Estiva
Gerbi, Itapira, Mogi Guaçu e Mogi Mirim, e tampouco **direção junto ao Sistema**
SUS.

Declaro ainda que qualquer alteração do quadro acima será imediatamente
comunicada ao Setor de Credenciamento do Consórcio Intermunicipal de Saúde “08
de Abril”, acompanhada de respectiva solicitação de Descredenciamento.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

_____, _____ de _____ de 202____.
(cidade) (dia) (mês)

ASSINATURA REPRESENTANTE LEGAL

NOME:

RG:

CPF:

ANEXO X

ANEXO X
DECLARAÇÃO DE NÃO OCUPAÇÃO DE CARGO DE DIREÇÃO, CHEFIA E
ASSESSORAMENTO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

À Comissão Especial de Credenciamento do Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril”, através do Edital de Chamamento Público Nº 01/2024.

Eu, _____, portador (a) do CPF nº _____, RG nº _____, com órgão de classe _____ de nº _____, **responsável técnico** da pessoa jurídica _____, inscrita sob CNPJ nº _____, **DECLARO**, para os devidos fins legais e jurídicos, nos termos do *Art. nº 299 do Código Penal*, que **não possuo vínculo de direção, chefia, assessoramento no serviço público direto e indireto** e nem perante Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril”, bem como **não possuo cargo eletivo** com quaisquer um dos municípios consorciados Araras, Conchal, Estiva Gerbi, Itapira, Mogi Guaçu e Mogi Mirim, e tampouco **direção junto ao Sistema SUS**.

Declaro ainda que qualquer alteração do quadro acima será imediatamente comunicada ao Setor de Credenciamento do Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril”, acompanhada de respectiva solicitação de Descredenciamento.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

_____, _____ de _____ de 202____.
(cidade) (dia) (mês)

ASSINATURA RESPONSÁVEL TÉCNICO

NOME:

RG:

CPF:

ANEXO XI
DECLARAÇÃO DE NÃO OCUPAÇÃO DE CARGO DE DIREÇÃO, CHEFIA E
ASSESSORAMENTO DO PRESTADOR DE SERVIÇOS

À Comissão Especial de Credenciamento do Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril”, através do Edital de Chamamento Público Nº 01/2024.

Eu, _____, portador (a) do
CPF nº _____, RG nº _____, com órgão de
classe _____ de nº _____, **prestador de serviços** da pessoa
jurídica _____, inscrita sob
CNPJ nº _____, **DECLARO**, para os devidos fins legais e
jurídicos, nos termos do *Art. nº 299 do Código Penal*, que **não possuo vínculo de
direção, chefia, assessoramento no serviço público direto e indireto** e nem
perante Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril”, bem como **não possuo
cargo eletivo** com quaisquer um dos municípios consorciados Araras, Conchal,
Estiva Gerbi, Itapira, Mogi Guaçu e Mogi Mirim, e tampouco **direção junto ao
Sistema SUS**.

Declaro ainda que qualquer alteração do quadro acima será imediatamente
comunicada ao Setor de Credenciamento do Consórcio Intermunicipal de Saúde “08
de Abril”, acompanhada de respectiva solicitação de Descredenciamento.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

_____, _____ de _____ de 202____.
(cidade) (dia) (mês)

ASSINATURA PRESTADOR DE SERVIÇOS

NOME:

RG:

CPF:

ANEXO XII
DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE PLENA

À Comissão Especial de Credenciamento do Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril”, através do Edital de Chamamento Público Nº 01/2024.

A pessoa jurídica _____, inscrita no CNPJ nº _____, por intermédio de seu responsável legal, _____ e seu responsável técnico, _____, inscrito no órgão de classe _____ de nº _____, **ASSEGURAM** que o profissional _____, possui a qualificação e capacidade necessárias para a execução de serviços ora solicitados.

Por ser expressão da verdade, todos se **COMPROMETEM** com o cumprimento dos termos deste Edital, em estrita observância às boas práticas e à qualidade do serviço público prestado, sob as penas da Lei.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

_____, _____ de _____ de 202____.
(cidade) (dia) (mês)

ASSINATURA REPRESENTANTE LEGAL

NOME:

RG:

CPF:

ASSINATURA RESPONSÁVEL TÉCNICO

NOME:

CPF:

ORGÃO DE CLASSE E Nº:

ASSINATURA PROFISSIONAL

NOME:

CPF:

ORGÃO DE CLASSE E Nº:

ANEXO XIII
TERMO DE CIENCIA DE CONTROLE DE PLANTÃO/HORA

À Comissão Especial de Credenciamento do Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril”, através do Edital de Chamamento Público Nº 01/2024.

Eu, _____, prestador de serviços com órgão de classe _____ de nº _____, da pessoa jurídica inscrita no CNPJ nº _____, **DECLARO** para os devidos fins, estar ciente sobre o uso adequado do software/aplicativo de controle de hora prestada, através do sistema de geoprocessamento/geolocalização de dados, havendo compreendido que, só serão considerados para faturamento de Notas Fiscais os registros do controle devidamente realizados e registrados.

Estou ciente ainda de que utilizar o software/aplicativo corretamente faz parte das minhas obrigações como contratado deste Consórcio, conforme consta em edital

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

_____, _____ de _____ de 202____.
(cidade) (dia) (mês)

ASSINATURA PRESTADOR

NOME:

RG:

CPF:

ANEXO XIV
REQUERIMENTO DE INCLUSÃO DE PROCEDIMENTOS

À Comissão Especial de Credenciamento do Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril”, através do Edital de Chamamento Público Nº 01/2024.

A pessoa jurídica _____, inscrita no CNPJ nº _____, por intermédio de seu responsável legal, _____ e seu responsável técnico, _____, inscrito no órgão de classe _____ de nº _____, requerem a **INCLUSÃO** dos procedimentos abaixo, sendo responsáveis pelas boas práticas e qualidade do serviço prestado, sob as penas da Lei:

PROCEDIMENTOS REQUERIDOS

- A RELAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DISPONÍVEIS PARA REALIZAÇÃO ATRAVÉS DO CREDENCIAMENTO, CONSTA NO **ANEXO I – TABELA DE PROCEDIMENTOS E VALORES;**
- PREENCHER O CAMPO ABAIXO APENAS COM OS PROCEDIMENTOS PASSÍVEIS DE REALIZAÇÃO EM CONFORMIDADE COM A RESPECTIVA ESPECIALIDADE.

CÓDIGO	PROCEDIMENTO

_____, _____ de _____ de 202____.
(cidade) (dia) (mês)

ASSINATURA REPRESENTANTE LEGAL

NOME:

RG:

CPF:

ANEXO XV
REQUERIMENTO DE INCLUSÃO DE PRESTADOR DE SERVIÇOS

À Comissão Especial de Credenciamento do Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril”, através do Edital de Chamamento Público Nº 01/2024.

A pessoa jurídica _____, inscrita no CNPJ nº _____, por intermédio de seu responsável legal, _____ e seu responsável técnico, _____, inscrito no órgão de classe _____ de nº _____, **REQUEREM** a **INCLUSÃO** do profissional _____, com órgão de classe _____ de nº _____, domiciliado à Rua: _____, nº _____, _____, na cidade de _____, CEP: _____, na cidade de _____, Contato (____) _____, no rol de prestadores de serviços da empresa supra mencionada, sendo TODOS responsáveis pelas boas práticas e qualidade do serviço prestado, sob as penas da Lei.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

_____, _____ de _____ de 202____.
(cidade) (dia) (mês)

ASSINATURA REPRESENTANTE LEGAL

NOME:

RG:

CPF:

ASSINATURA RESPONSÁVEL TÉCNICO

NOME:

CPF:

ÓRGÃO DE CLASSE E Nº:

ASSINATURA PROFISSIONAL

NOME:

CPF:

ÓRGÃO DE CLASSE E Nº:

ANEXO XVI
REQUERIMENTO DE EXCLUSÃO DE PROCEDIMENTOS

À Comissão Especial de Credenciamento do Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril”, através do Edital de Chamamento Público Nº 01/2024.

A pessoa jurídica _____, inscrita no CNPJ nº _____, por intermédio de seu responsável legal, _____ e seu responsável técnico, _____, inscrito no órgão de classe _____ de nº _____, requerem a **EXCLUSÃO** dos procedimentos abaixo, pelos motivos de _____.

CÓDIGO	PROCEDIMENTO

_____, _____ de _____ de 202____.
(cidade) (dia) (mês)

ASSINATURA REPRESENTANTE LEGAL
NOME:
RG:
CPF:

ANEXO XVII
REQUERIMENTO DE EXCLUSÃO DE PRESTADOR DE SERVIÇOS

À Comissão Especial de Credenciamento do Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril”, através do Edital de Chamamento Público Nº 01/2024.

A pessoa jurídica _____, inscrita no CNPJ nº _____, por intermédio de seu responsável legal, _____ e seu responsável técnico, _____, inscrito no órgão de classe _____ de nº _____, **REQUEREM** a **EXCLUSÃO** do profissional _____, no rol de prestadores de serviços da empresa supramencionada, pelo motivo de _____.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

_____, _____ de _____ de 202____.
(cidade) (dia) (mês)

ASSINATURA REPRESENTANTE LEGAL

NOME:

RG:

CPF:

ASSINATURA RESPONSÁVEL TÉCNICO

NOME:

CPF:

ORGÃO DE CLASSE E Nº:

ASSINATURA PROFISSIONAL

NOME:

CPF:

ORGÃO DE CLASSE E Nº:

ANEXO XVIII
REQUERIMENTO DE DESCREDENCIAMENTO DA PESSOA JURÍDICA

À Comissão Especial de Credenciamento do Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril”, através do Edital de Chamamento Público Nº 01/2024.

A pessoa jurídica _____, inscrita no CNPJ nº _____, por intermédio de seu responsável legal, _____, **REQUER** o **DESCREDENCIAMENTO** da empresa supramencionada, pelo motivo de _____.

Declaro estar ciente do cumprimento de prazos estabelecidos no Contrato de Prestação de Serviços celebrado entre a empresa e o Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril” em Clausula XX :

§ 2º - Em caso de Rescisão Contratual, se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo à população, será observado o prazo de 60 (sessenta) dias para ocorrer a rescisão. Se neste prazo a CONTRATADA negligenciar a prestação dos serviços ora contratados a multa cabível poderá ser duplicada.

§ 4º - O profissional credenciado poderá requerer seu credenciamento a qualquer tempo, independentemente da causa, desde que comunicado e justificado mediante anexo VII a intenção no credenciamento com antecedência mínima de 30 (trinta) dias e ainda observando o contido no § 2º desta cláusula

Além dos **Itens 14.2. e 14.3.** do Edital de Chamamento Público nº 01/2024:

“14.2. O Credenciado poderá requerer o credenciamento a qualquer tempo, com comunicação prévia de 30 (trinta) dias, mediante o preenchimento do Anexo XVIII – REQUERIMENTO DE DESCREDENCIAMENTO.

14.3. Em caso de solicitação de credenciamento, ou na hipótese de suspensão contratual, deverá o Credenciado, cumprir a escala e consultas devidamente agendadas, até o prazo informado no item 14.2. “

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

_____, _____ de _____ de 202____.
(cidade) (dia) (mês)

ASSINATURA REPRESENTANTE LEGAL
NOME:
RG:
CPF:

ANEXO XIX
CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS Nº ____/2024

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE
SERVIÇOS, REFERENTE AO PROCESSO
ADMINISTRATIVO Nº ____/2024, QUE
ENTRE SI CELEBRAM, DE UM LADO,
DENOMINADO CONTRATANTE O
CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE
“08 DE ABRIL” E, DO OUTRO LADO, O
DENOMINADO CONTRATADA,

Pelo presente instrumento de Contrato de Prestação de Serviço, de um lado, o **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE “08 DE ABRIL”**, pessoa jurídica inscrita sob CNPJ de nº 08.996.378/0001-07, com sede à Rua Doutor José Alves, nº 403, bairro Centro, na cidade de Mogi Mirim, Estado de São Paulo, CEP 13.800-050, representada por sua Coordenadora Geral, nomeada pela Portaria de nº 032/2023, Sra. **MARICE COSTA PORTO DE MORAES**, portadora do RG nº 16.122.684-X SSP-SP, inscrito no CPF sob o nº 090.008.868-05, residente e domiciliada à Rua João Teodoro, nº 608, bairro Centro, na cidade de Mogi Mirim, Estado de São Paulo, CEP 13.800-120, neste ato denominado **CONTRATANTE**, e do outro lado, a pessoa jurídica _____, regularmente registrado no CNPJ de nº _____, representada por seu(a) representante legal Sr(a). _____, portador(a) do RG nº _____/_____, e CPF nº _____, residente e domiciliado à Rua _____ nº _____, Bairro _____, na cidade de _____, Estado de _____, com CEP _____, doravante denominada **CONTRATADA**, com fundamento na Constituição Federal sob os termos do Art. 79 da Lei nº 14.133, de 1º de Abril de 2021, Portarias do Ministério da Saúde nº 1.034/2010 e nº 1.606/2001, e demais disposições contidas em leis especiais e regulamentares aplicáveis e, ainda, o que dispõe o *Edital de Chamamento Público para Credenciamento nº 01/2024*, publicado em 07 de maio de 2024, **RESOLVEM** celebrar o presente Contrato para a prestação de serviços previstos no **ANEXO II – REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE CREDENCIAMENTO**, mediante as cláusulas e condições seguintes:

1. CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO:

O objeto do presente instrumento visa atender ao Edital de Chamamento Público nº 01/2024 o qual credencia pessoas jurídicas da área da saúde para prestação de serviços junto aos municípios consorciados e bases do SAMU – Baixa Mogiana, durante o exercício de 2024/2025 através do Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril”, de acordo com os serviços e valores oriundos do **ANEXO I – TABELA DE PROCEDIMENTOS E VALORES**, referenciada com base nos procedimentos

constantes da Tabela SUS (SIGTAP) e discriminados pela **CONTRATADA** no **ANEXO II – REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE CREDENCIAMENTO**, simplificados abaixo:

GRUPO _____

SUBGRUPO _____

2. CLÁUSULA SEGUNDA - DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS:

Os serviços referentes a cláusula primeira serão prestados nas unidades de saúde dos municípios consorciados, mediante prévio acordo e expressa necessidade de cada ente, mantendo sempre a comunicação entre as partes, conforme estabelecido em escala elaborada pelo Gestor da unidade de saúde, e/ou quando requisitados, nos consultórios ou clínicas particulares do credenciado.

§ 1º Os serviços ora contratados serão ofertados de acordo com o planejamento técnico anual de cada Secretaria de Saúde, mediante compatibilidade das necessidades da demanda e a disponibilidade de recursos financeiros.

§ 2º Os serviços serão prestados integralmente pela **CONTRATADA**, nos termos deste contrato, ao usuário do SUS que será encaminhado pelo gestor da unidade de saúde do município consorciado, sendo **vedado** o direcionamento de tratamentos particulares, sob pena das sanções cominadas neste contrato, além de outras previstas em lei, obedecido o contraditório e a ampla defesa.

3. CLÁUSULA TERCEIRA – DA RELAÇÃO JURÍDICA DO CONTRATO:

A prestação dos serviços ora contratados não implica vínculo empregatício nem exclusividade de colaboração entre o **CONTRATANTE** e a **CONTRATADA**.

§1º Para os efeitos deste Contrato consideram-se profissionais do próprio estabelecimento contratado:

- a) O membro do seu corpo clínico e de profissionais;
- b) O profissional que tenha vínculo de emprego com a **CONTRATADA**;
- c) O profissional autônomo que presta serviços a **CONTRATADA** e;
- d) O profissional que, não estando incluído nas categorias referidas nos itens 1, 2 e 3 deste parágrafo, e que vir a efetuar os serviços em nome e sob a inteira responsabilidade da **CONTRATADA**, deverá, por esta, estar devidamente registrado nos termos da Lei da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), facultando ao Consórcio a aceitação ou não do profissional.

§2º Equipara-se ao profissional autônomo definido nos itens “c” e “d” a empresa, o grupo, a sociedade ou conglomerado de profissionais que exerça atividade na área de saúde.

§3º Os serviços ora contratados serão prestados diretamente por profissionais devidamente indicados pela **CONTRATADA** sendo de sua inteira responsabilidade.

§4º A **CONTRATADA** será responsável por qualquer cobrança indevida, feita ao usuário do SUS, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato, ficando a mesma sujeita às sanções previstas.

§5º Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidos pelo Gestor/SUS sobre a execução do objeto deste contrato, os contratantes reconhecem a prerrogativa de controle e a autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS, decorrente da Lei Orgânica da Saúde.

§6º É de responsabilidade exclusiva e integral da **CONTRATADA** a utilização de pessoal para execução do objeto deste contrato, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o **CONTRATANTE**.

§7º A **CONTRATADA** se responsabiliza em manter em seu quadro funcional profissionais da área detentores de reputação ilibada, bem como conservar durante a vigência deste Contrato os requisitos previstos no *Edital de Chamamento Público para Credenciamento nº 01/2024* além das condições e os critérios mínimos estabelecidos pelo SUS.

4. CLÁUSULA QUARTA – DA DOCUMENTAÇÃO A SER APRESENTADA:

A **CONTRATADA** deve manter em compatibilidade com as obrigações por ela assumidas, todas as condições de credenciamento e qualificação exigidas no *Edital de Chamamento Público para Credenciamento nº 01/2024*, durante toda a vigência e execução deste contrato.

5. CLÁUSULA QUINTA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONTRATADA:

A **CONTRATADA** declara-se ciente das regras no *Edital de Chamamento Público para Credenciamento nº 01/2024*, bem como que possui as seguintes obrigações:

- a) Manter o prontuário dos usuários do SUS e o arquivo médico atualizados;
- b) Não utilizar, nem permitir que terceiros utilizem os usuários do SUS para fins de experimentação;
- c) Atender os usuários do SUS com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo a qualidade na prestação de serviços;
- d) Realizar o retorno de consulta num prazo máximo de 22 dias;
- e) Afixar aviso, em local visível, de sua condição de prestador de serviços integrante do SUS, e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição;
- f) Justificar ao usuário do SUS ou a seu responsável, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto no contrato;
- g) Manter seu consultório (quando houver) em perfeito estado de conservação, higiene e funcionamento, de acordo com as normas sanitárias vigentes;

- h) Notificar o **CONTRATANTE** toda e qualquer alteração de sua razão social, contrato ou estatuto, no prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data do registro da alteração;
- i) Observar os princípios da igualdade, da dignidade da pessoa humana, da ética e as normas de condutas relacionadas com a sua profissão, sendo **vedado** qualquer ato discriminatório aos pacientes SUS, sob pena das sanções cabíveis;
- j) Tratar de forma igualitária os pacientes, sendo **vedada** a preferência de atendimento aos pacientes particulares aos pacientes SUS, quando da prestação dos serviços contratados em locais particulares;
- k) Apresentar o Contrato de Prestação de Serviços bem como Termo de Ciência e Notificação, assinados de forma eletrônica, conforme disposto no **ITEM 7.5.** do *Edital de Chamamento Público para Credenciamento nº 01/2024*, pelo responsável legal da empresa, **no prazo de 5 (cinco) dias úteis**. Em caso de descumprimento do prazo, o credenciamento da empresa será inabilitado.
- l) Utilizar o sistema de gestão em saúde que será disponibilizado pelo **CONTRATANTE** para lançamento/recepção das guias de autorização (filipetas) para fins de faturamento, sendo de sua responsabilidade a veracidade dos dados apontados.
- m) Comunicar ao **CONTRATANTE** qualquer eventualidade que o sistema apresente (falhas, dúvidas e/ou manuseio das ferramentas), uma vez que os serviços não serão faturados sem estarem devidamente lançados.
- n) Informar imediatamente ao **CONTRATANTE** a constituição de vínculo público de chefia, direção ou assessoramento de qualquer membro da **CONTRATADA**, bem como requerer o respectivo descredenciamento.
- o) É de obrigatoriedade do **CONTRATANTE** realizar o cadastro junto ao TCE/SP, no sistema denominado “CadTCESP”. O não cadastramento no “CadTCESP” (<https://www.tce.sp.gov.br/cadtcesp/>) ou a não atualização em tempo oportuno, configura infração à norma regulamentar e sujeitará o responsável à pena de multa prevista no *Art. 104, inciso II*, da Lei Complementar Estadual nº 709/1993.
- p) É **vedada** a cobrança do usuário do SUS, ou seu acompanhante, qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços prestados em razão deste contrato, sob pena das sanções cabíveis.
- q) A **CONTRATADA** é responsável pela indenização de eventual dano causado ao usuário do SUS, aos órgãos do SUS e/ou a terceiros a eles vinculados, decorrentes de ato ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência, praticada por seus empregados, profissional ou preposta, ficando assegurado à **CONTRATADA** o direito de regresso.
- r) A responsabilidade de que tratam as cláusulas acima estendem-se aos casos de danos causados por defeitos relativos à prestação dos serviços nos estritos termos do art. 14 da Lei 8.078, de 11.09.90 (Código de Defesa do Consumidor).

§1º A **CONTRATADA** poderá suspender a prestação de serviços solicitados ao Município que estiver com 90 (noventa) dias em atraso no pagamento dos serviços já faturados, sem prejuízo na prestação aos demais municípios consorciados que estejam em dia com seus pagamentos. Para que tal suspensão ocorra, a **CONTRATADA** deverá formalizar o pedido justificando com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

§2º A fiscalização ou o acompanhamento da execução deste contrato pelos órgãos competentes do SUS não exclui e nem reduz a responsabilidade da **CONTRATADA**, nos termos da legislação referente a licitações e contratos administrativos.

6. CLÁUSULA SEXTA – DO VALOR CONTRATUAL:

O **CONTRATANTE** pagará à **CONTRATADA** a remuneração referente aos serviços efetivamente prestados, de acordo com o disposto no **ANEXO II – REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE CREDENCIAMENTO**.

§1º Os procedimentos **obrigatoriamente** seguirão os valores do **ANEXO I – TABELA DE PROCEDIMENTOS E VALORES** do *Edital de Chamamento Público para Credenciamento nº 01/2024*, com valores referenciais na Tabela SUS.

7. CLÁUSULA SÉTIMA – DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:

As despesas dos serviços realizados nos termos e limites do serviço efetivamente prestado pela **CONTRATADA** correrão por conta dos recursos da dotação orçamentária:

Dotação 3.3.90.39.00.00.00 – Outros Serviços de Terceiros;

Conta 3.90.39.50.00.00 – Serviço médico hospitalar, odontológico e laboratorial.

§1º Nos exercícios financeiros futuros, as despesas correrão por conta das dotações próprias que forem aprovadas para os mesmos.

§2º A competência para o faturamento das guias de autorizações de consulta, exames e procedimentos serão sempre do primeiro ao último dia útil de cada mês.

§3º É **vedado** qualquer lançamento realizado de forma retroativa, não sendo considerado para efeito de pagamento.

§4º A **CONTRATADA** deve encaminhar à secretaria de saúde de origem do município de atendimentos em envelope identificado e fechado, o relatório de produção mensal, juntamente com as respectivas guias de autorização (todas devidamente lançadas) até o dia 05 de cada mês.

§5º Após a conferência do relatório emitido pelo Sistema de Gestão em Saúde do **CONTRATANTE**, por meio do Departamento de Faturamento, será realizado o fechamento mensal, momento em que será solicitada a emissão da Nota Fiscal através do endereço eletrônico informado pelo responsável legal no **ANEXO II – REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE CREDENCIAMENTO**, devendo constar:

- a) o nome do profissional;
- b) datas de execução;
- c) tipo de serviço;
- d) município solicitante e local (unidade de saúde) onde foi executado, de forma individualizada, dividido por município consorciado.

§5º As Notas Fiscais devem ser encaminhadas ao Departamento de Faturamento do **CONTRATANTE**, somente após sua solicitação e exclusivamente por e-mail (correspondência eletrônica) no endereço: **nfe@con8.org.br** no prazo de 02 (dois) dias úteis.

§6º Fica condicionado o pagamento dos serviços prestados à obrigação do **CONTRATANTE** de manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições exigidas para a habilitação na licitação.

§7º O pagamento será realizado através de transferência eletrônica para a conta corrente de titularidade da pessoa jurídica credenciada conforme dados informados no **ANEXO II – REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE CREDENCIAMENTO**.

8. CLÁUSULA OITAVA – DO REAJUSTE DO PREÇO:

Os valores permanecerão fixos e irremovíveis durante a vigência do Contrato de Prestação de Serviços, podendo, contudo, ocorrer a alteração, inclusão e exclusão de procedimentos na tabela, a qualquer momento, desde que, através de resolução publicada em imprensa e site oficial do **CONTRATANTE**, após aprovação do Conselho Gestor.

§1º O critério de reajuste visará sempre o equilíbrio econômico-financeiro inicial do contrato, além das hipóteses de sobrevirem fatos imprevisíveis, porém de consequências incalculáveis, retardadores ou impeditivos da execução do ajustado, ou ainda, em caso de força maior, caso fortuito ou fato do príncipe, configurando área econômica extraordinária e extracontratual, estabelecidas nas normas gerais da Lei Federal de Licitações e Contratos Administrativos, e nos termos do Art.26 da Lei nº8.080/90.

9. CLÁUSULA NONA – DA AVALIAÇÃO, CONTROLE, FISCALIZAÇÃO E VISTORIA:

A execução do presente contrato será avaliada pelos órgãos competentes do **CONTRATANTE**, mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste contrato, e de quaisquer outros necessários ao controle e avaliação dos serviços prestados.

§1º Sob critérios definidos em normatização complementar, poderá, em casos específicos, ser realizada auditoria especializada, a qualquer momento e sem aviso prévio.

§2º Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operativa da **CONTRATADA** poderá ensejar a rescisão do presente, nos termos da cláusula décima terceira, a não prorrogação deste contrato ou a revisão das condições ora estipuladas, em razão do interesse público.

§3º A fiscalização exercida pelo **CONTRATANTE** sobre serviços ora contratados não eximirá a **CONTRATADA** da sua plena responsabilidade perante o

CONTRATANTE ou para com os usuários do SUS e terceiros, decorrente de culpa ou dolo na execução do contrato.

§4º A **CONTRATADA** prestará todos os esclarecimentos que forem solicitados pelos servidores do **CONTRATANTE** designados para tal fim.

§5º Em qualquer hipótese é assegurado à **CONTRATADA** amplo direito de defesa, nos termos da Constituição e das normas gerais da Lei Federal de Licitações e contratos Administrativos, obedecido o Princípio do Contraditório e Ampla Defesa.

10. CLÁUSULA DÉCIMA – DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS E PENALIDADES:

Fica a **CONTRATADA** sujeita à multa prevista no Art. 156, da Lei Federal nº 14.133/2021, correspondente a 10% (dez por cento) do valor apurado no mês de referência da infração, de qualquer cláusula ou condição deste contrato, sem prejuízo das demais penalidades previstas na legislação referente a licitações e contratos administrativos, assegurado o direito à ampla defesa e ao contraditório.

§1º O valor da multa será descontado dos pagamentos devidos à **CONTRATADA**.

§2º O Contrato poderá ser suspenso ou cancelado, se ficar demonstrado que a **CONTRATADA** deixou de satisfazer as exigências estabelecidas para o cadastramento, bem como se não atender as condições e os critérios mínimos estabelecidos pelo SUS, visando o atendimento satisfatório, oportunidade em que haverá imediata abertura para inscrição de novos credenciados.

§3º Poderá ainda ser suspenso o contrato, a critério do **CONTRATANTE** durante o processo que investigue quaisquer irregularidades praticadas pelo credenciado e que sejam denunciadas por quaisquer dos Municípios consorciados ou por usuários.

§4. Em caso de inexecução total ou parcial na prestação dos serviços contratados, o **CONTRATANTE**, mediante processo administrativo que garantirá os princípios do contraditório e da ampla defesa, aplicará aos credenciados as sanções previstas no Art. 156 da Lei nº 14.133/2021:

- e) advertência;
- f) multa;
- g) impedimento de licitar e contratar com o poder público;
- h) declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com o poder público.

11. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA RESCISÃO:

Constituem motivo para Rescisão do presente Contrato de Prestação de Serviços, o não cumprimento de qualquer de suas cláusulas e condições, bem como os motivos previstos na legislação referente a licitações e contratos administrativos, sem prejuízo das multas cominadas na cláusula décima e demais sanções cabíveis.

§1º A **CONTRATADA** reconhece desde já os direitos do **CONTRATANTE** em caso de rescisão administrativa prevista na legislação referente a licitações e contratos administrativos, nos termos do *Art. 155 da Lei nº 14.133/2021*.

§2º Serão respeitadas as consultas já agendadas pelo ente consorciado antes da comunicação final da suspensão/descredenciamento, até o prazo de 30 dias. Após este período, caberá remanejamento dos pacientes pelas Secretarias competentes.

§3º O profissional credenciado poderá requerer seu descredenciamento a qualquer tempo, independentemente da causa, desde que comunicado e justificado mediante **Anexo XVIII – REQUERIMENTO DE DESCREDENCIAMENTO DA PESSOA JURÍDICA**, com **antecedência mínima de 30 (trinta) dias** e ainda observando o contido no §2º desta cláusula.

12. CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DOS RECURSOS ADMINISTRATIVOS:

Ao **CONTRATADO** é assegurado o direito de interposição de Recurso, nos termos do *Art. 165 da Lei nº 14.133/2021*, no **prazo de 03 (três) dias úteis**.

§1º Após a decisão da **CONTRATANTE**, a **CONTRATADA** poderá manifestar sua intenção de recorrer, sob pena de preclusão, conforme disposto no *Art. 17 do Decreto nº 11.878 de 2024*.

13. CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA VIGÊNCIA:

O presente contrato terá a sua vigência a partir de / /2024 até **31/05/2025**, ocasião em que poderão ser prorrogados em consonância com os *incisos I e II do Art. nº 106, da Lei Federal nº 14.133/2021* e posteriores alterações.

§1º A **CONTRATADA** terá o prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados a partir da data de início da vigência, para assinar o Contrato de Prestação de Serviços, sob pena de decair o direito à contratação, sem prejuízo das sanções.

14. CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DAS ALTERAÇÕES:

Qualquer alteração do presente contrato será objeto de Termo Aditivo, na forma da legislação referente a licitações e contratos administrativos, nos termos do art. 130 e 132 da Lei 14.133/2021.

Parágrafo Único - A qualquer tempo o Contrato de Prestação de Serviços poderá ser alterado, visando adequar o serviço às condições de execução previstas pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril”.

15. CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS:

Integram e completam o presente Contrato de Prestação de Serviços, para todos os fins de direito, obrigando as partes em todos os seus termos, as normas contidas na *Lei nº 14.133/2021* e alterações subsequentes, *Lei nº. 8080/90 e 8142/90*, e legislação pertinente.

16. CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DA PUBLICAÇÃO:

O Extrato do presente Contrato será publicado pelo **CONTRATANTE**, em cumprimento ao disposto no *Art. 176, da Lei nº 14.133/2021*.

17. CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DO FORO:

É eleito o foro da cidade de **Mogi Mirim, Estado de São Paulo**, para dirimir os litígios que decorrerem da execução deste Contrato, conforme *Art. 92, §1º da Lei nº 14.133/2021*.

Mogi Mirim, ____ de _____ de 2024.

MARICE COSTA PORTO DE MORAES
COORDENADORA GERAL CON8
CONTRATANTE

NOME EMPRESA
NOME RESPONSÁVEL
CONTRATADA

LUIS AUGUSTO JOB
OAB Nº 207.855
SECRETARIO DE NEGÓCIOS JURIDICOS

TESTEMUNHAS¹:

NOME:
CPF Nº:
ASSONATURA:

NOME:
CPF Nº:
ASSINATURA:

¹ É recomendável que, além da assinatura do responsável legal do CONTRATANTE e do CONTRATADO, conste a de duas testemunhas para atender o disposto no art. 784, III do CPC, que considera título executivo extrajudicial o documento particular assinado por duas testemunhas, caso não haja prejuízo à dinâmica administrativa do instrumento. Vale dispor que, embora o Contrato já seja considerado título executivo extrajudicial pelo Código de Processo Civil de 2015, a recomendação acima é uma verdadeira cautela, que visa evitar eventual discussão judicial e tornar mais eficiente a cobrança dos créditos, se eventualmente for necessária no caso concreto.

Vide: Nota n. 00013/2021/DECOR/CGU/AGU e respectivos Despachos de Aprovação - NUP 23282.002192/2019-93.

ANEXO XX
TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO

CONTRATANTE: Consórcio Intermunicipal de Saúde “08 de Abril”

CONTRATADO:

CONTRATO Nº:

OBJETO: Credenciamento de pessoa jurídica da área de saúde para a prestação de serviços do Grupo _____ aos municípios consorciados e/ou nas Bases do SAMU – Baixada Mogiana.

ADVOGADO: Luis Augusto Pereira Job

Nº OAB: 207.855

E-MAIL: juridico@con8.org.br

Pelo presente termo, nós, abaixo identificados:

1. Estamos CIENTES de que:

- a) o ajuste acima referido, seus aditamentos, bem como o acompanhamento de sua execução contratual, estarão sujeitos a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;
- b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;
- c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;
- d) as informações pessoais dos responsáveis pela contratante e interessados estão cadastradas no módulo eletrônico do “Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP”, nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº01/2020, conforme “Declaração(ões) de Atualização Cadastral” anexa(s);
- e) é de exclusiva responsabilidade do contratado manter seus dados sempre atualizados.

2. Damo-nos por NOTIFICADOS para:

- a) o acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;
- b) se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

Mogi Mirim, ____ de ____ de 2024.

AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO/ENTIDADE:

Nome: PAULO DE OLIVEIRA E SILVA

Cargo: PRESIDENTE

CPF:

**RESPONSÁVEIS PELA HOMOLOGAÇÃO DO CERTAME OU RATIFICAÇÃO DA
DISPENSA/INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO:**

Nome: JÚLIA SILVÉRIO ALVES

Cargo: ASSISTENTE TÉCNICO

CPF:

Assinatura: _____

RESPONSÁVEIS QUE ASSINARAM O AJUSTE:

PELA CONTRATANTE:

Nome: MARICE COSTA PORTO DE MORAES

Cargo: COORDENADORA GERAL

CPF:

Assinatura: _____

PELA CONTRATADA:

Nome: _____

Cargo: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

ORDENADOR DE DESPESAS DA CONTRATANTE:

Nome: PRISCILA MARIA INDALÉCIO FERREIRA

Cargo: SECRETÁRIA FINANCEIRA E PATRIMONIAL

CPF:

Assinatura: _____

GESTOR(ES) DO CONTRATO:

NOME: KELLY CRISTINA FRANCINO MATTIELLO

CARGO: ASSISTENTE TÉCNICO

CPF:

ASSINATURA: _____

DEMAIS RESPONSÁVEIS (*):

Nome: DANIEL VINICIUS MATHEUS

Cargo: ASSESSOR TÉCNICO

CPF:

Assinatura: _____

* O Termo de Ciência e Notificação e/ou Cadastro do(s) Responsável(is) deve identificar as pessoas físicas que tenham concorrido para a prática do ato jurídico, na condição de ordenador da despesa; de partes contratantes; de responsáveis por ações de acompanhamento, monitoramento e avaliação; de responsáveis por processos licitatórios; de responsáveis por prestações de contas; de responsáveis com atribuições previstas em atos legais ou administrativos e de interessados relacionados a processos de competência deste Tribunal. Na hipótese de prestações de contas, caso o signatário do parecer conclusivo seja distinto daqueles já arrolados como subscritores do Termo de Ciência e Notificação, será ele objeto de notificação específica. (inciso acrescido pela Resolução nº 11/2021)