



Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

TABELA DE PROCEDIMENTOS – CISMEPAR

QUADRO I

ACUPUNTURA

| CÓDIGO SUS P/ REFERÊNCIA | DESCRIÇÃO | VALOR |
|-----------------------------|----------------------|-----------|
| 03.09.05 | SESSÃO DE ACUPUNTURA | R\$ 25,00 |

QUADRO II

ANESTESIOLOGIA

| CÓDIGO SUS P/ REFERÊNCIA | DESCRIÇÃO | VALOR |
|-----------------------------|---|------------|
| ..... | PORTE ANESTÉSICO - BRONCOSCOPIA | R\$ 250,00 |
| ..... | PORTE ANESTÉSICO - CIRURGIA AMBULATORIAL | R\$ 250,00 |
| ..... | PORTE ANESTÉSICO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA | R\$ 250,00 |
| ..... | PORTE ANESTÉSICO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA | R\$ 160,00 |

QUADRO III

ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

| CÓDIGO SUS P/ REFERÊNCIA | DESCRIÇÃO | VALOR |
|-----------------------------|--|------------|
| 03.01.01. | ACOMPANHAMENTO MÉDICO ESPECIALIZADO EM ENDOCRINOLOGIA / GASTROENTEROLOGIA / NEFROLOGIA ADULTO E INFANTIL/ CARDIOLOGIA / CLÍNICA MÉDICA E MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE/ REUMATOLOGIA / ENDOCRINO PEDIATRIA / PSIQUIATRIA / NEUROLOGIA / NEURO PEDIATRIA / PEDIATRIA-DOENÇAS NEUROLÓGICAS / HEMATOLOGIA / CANCEROLOGIA CLINICA / CANCEROLOGIA CIRÚRGICA/ PEDIATRIA/ PNEUMOLOGIA ADULTO E INFANTIL / HEPATOLOGIA / DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO / DOENÇAS DO APARELHO DIGESTÓRIO / DOENÇAS DO CORAÇÃO / MASTOLOGIA / HOMEOPATIA / GERIATRIA / INFECTOLOGIA (POR HORA) | R\$ 140,00 |

QUADRO IV

CENTRO MÃE PARANAENSE

| CÓDIGO SUS P/ REFERÊNCIA | DESCRIÇÃO | VALOR |
|-----------------------------|---|-----------|
| 03.01 | ATENDIMENTO TRANSDISCIPLINAR NO CENTRO MÃE PARANAENSE | R\$ 15,26 |



Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

| | (PROFISSIONAL NÃO MÉDICO) | |
|----------|--|------------|
| 03.01.01 | CONSULTA MÉDICA NO CENTRO MÃE PARANAENSE | R\$ 25,00 |
| 03.01 | ATENDIMENTO NO CENTRO MÃE PARANAENSE (POR HORA - MÉDICO GINECOLOGISTA / OBSTETRA, PEDIATRA E PSIQUIATRA). | R\$ 140,00 |
| 0301 | ATENDIMENTO TERAPÊUTICO INDIVIDUALIZADO EM ESTIMULAÇÃO PRECOCE COM BEBÊS ACOMPANHADOS DOS PAIS OU RESPONSÁVEIS (PRODUÇÃO PROFISSIONAL POR ATENDIMENTO AO CONJUNTO BEBÊ-MÃE-FAMÍLIA REGISTRADO). | R\$ 52,29 |
| 0301 | ATENDIMENTO TERAPÊUTICO INDIVIDUALIZADO PRESENCIAL À GESTANTE (PRODUÇÃO PROFISSIONAL POR ATENDIMENTO/PACIENTE REGISTRADO). | R\$ 52,29 |
| 0301 | ATENDIMENTO TERAPÊUTICO EM GRUPOS DE ESCUTA À GESTANTE (PRODUÇÃO PROFISSIONAL POR ATENDIMENTO/PACIENTE REGISTRADO). | R\$ 12,55 |
| 0301 | ATENDIMENTO TERAPÊUTICO EM GRUPOS DE APOIO FAMILIAR E INTERVENÇÃO CLÍNICA À CRIANÇA E SEUS FAMILIARES (PRODUÇÃO PROFISSIONAL POR ATENDIMENTO/PACIENTE REGISTRADO). | R\$ 31,38 |
| 0301 | REUNIÕES CLÍNICAS, DISCUSSÕES DE CASOS, SUPERVISÃO CLÍNICA E MATRICIAMENTO E EMISSÃO DE SEGUNDA OPINIÃO (PRODUÇÃO PROFISSIONAL POR REUNIÃO DE 2 HORAS REGISTRADA). | R\$ 125,50 |
| 0301 | PARTICIPAÇÃO EM GRUPOS DE DISCUSSÕES DE CASO PARA FINS DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL (PRODUÇÃO PROFISSIONAL POR REUNIÃO DE 2 HORAS REGISTRADA). | R\$ 125,50 |
| 0301 | ATUAÇÃO EM REDE POR MEIO DO CONTATO JUNTO AOS PROFISSIONAIS DE REFERÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E OUTROS ATORES DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE, EDUCAÇÃO E SERVIÇO SOCIAL; REGISTRO DE EVOLUÇÃO CLÍNICA, EMISSÃO DE RELATÓRIOS CLÍNICOS E TÉCNICOS E CONFECÇÃO DE PLANO TERAPÊUTICO (PRODUÇÃO POR HORA/ATIVIDADE REGISTRADA). | R\$ 62,75 |
| 0301 | VISITAS DOMICILIARES, ESCOLARES E HOSPITALARES (PRODUÇÃO PROFISSIONAL POR HORA/ATIVIDADE REGISTRADA). | R\$ 62,75 |
| 0301 | AULAS TÉCNICAS PRESENCIAIS CORRESPONDENTES À LINHA DE CUIDADOS, VINCULADA AO ATENDIMENTO EXECUTADO, POR MEIO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE JUNTO À ATENÇÃO PRIMÁRIA (PRODUÇÃO POR HORA/AULA REGISTRADA). | R\$ 62,75 |
| 0301 | PARTICIPAÇÃO EM REUNIÕES TÉCNICO-ADMINISTRATIVAS PARA REMANEJAMENTO DE ESCALAS CONFORME NECESSIDADE CLÍNICA E ANÁLISE DE LISTA EXPECTANTE (PRODUÇÃO PROFISSIONAL POR HORA/ATIVIDADE REGISTRADA). | R\$ 62,75 |



Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

| | | |
|-------|--|------------|
| 0301 | CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM BEBÊS E GESTANTES DE RISCO, VINCULADA À EQUIPE INTERDISCIPLINAR (PRODUÇÃO PROFISSIONAL POR HORA DE ATENDIMENTO REGISTRADO). | R\$ 140,00 |
| ..... | ECOCARDIOGRAFIA FETAL (EXCLUSIVO PARA CENTRO MÃE PARANAENSE DO CISMENPAR) | R\$ 225,85 |
| ..... | ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA (EXCLUSIVO PARA CENTRO MÃE PARANAENSE DO CISMENPAR) | R\$ 76,08 |
| ..... | ULTRASSONOGRAFIA COM TRANSLUCÊNCIA NUCAL (EXCLUSIVO PARA CENTRO MÃE PARANAENSE DO CISMENPAR) | R\$ 80,45 |
| ..... | ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA (EXCLUSIVO PARA CENTRO MÃE PARANAENSE DO CISMENPAR) | R\$ 36,70 |
| ..... | ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO (EXCLUSIVO PARA CENTRO MÃE PARANAENSE DO CISMENPAR) | R\$ 66,25 |

QUADRO V

CIRURGIAS AMBULATORIAIS - SERVIÇOS PROFISSIONAIS (SP)

| <i>CÓDIGO SUS P/ REFERÊNCIA</i> | <i>DESCRIÇÃO</i> | <i>VALOR</i> |
|-------------------------------------|--|--------------|
| 03.03.09.003-0 | INFILTRAÇÃO DE CORTICOIDES EM QUELOIDE E OUTRAS LESÕES DERMATOLÓGICAS - (POR PACIENTE) INFILTRAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS EM CAVIDADE SINOVIAL (ARTICULAÇÃO, BAINHA TENDINOSA) - (POR PACIENTE) | R\$ 25,00 |
| 04.09.04.021-5 | TRATAMENTO CIRÚRGICO/PUNÇÃO DE HIDROCELE | R\$ 75,12 |

QUADRO VI

CIRURGIAS HOSPITALARES - SERVIÇOS PROFISSIONAIS (SP)

| <i>CÓDIGO SUS P/ REFERÊNCIA</i> | <i>DESCRIÇÃO</i> | <i>VALOR</i> |
|-------------------------------------|--|--------------|
| 04.08.04.004-1 | ARTROPLASTIA DE QUADRIL (NÃO CONVENCIONAL) | R\$ 600,00 |
| 04.08.04.005-0 | ARTROPLASTIA DE QUADRIL PARCIAL | R\$ 600,00 |
| 04.08.02 | CIRURGIAS COMPLEXAS DA MÃO | R\$ 405,00 |
| 04.07.03.003-7 | COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPIA | R\$ 333,00 |
| 04.09.07.005-0 | COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR | R\$ 366,05 |



Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

| | | |
|----------------|---|------------|
| 04.09.07.006-8 | COLPOPERINEOPLASTIA POSTERIOR | R\$ 307,96 |
| 04.09.07.008-4 | COLPOPLASTIA ANTERIOR | R\$ 307,96 |
| 04.01.02 | EXÉRESE DE CISTO PILONIDAL | R\$ 160,65 |
| 04.13.03.008-3 | GINECOMASTIA | R\$ 368,05 |
| 04.07.04.008-0 | HERNIOPLASTIA INCISIONAL | R\$ 281,35 |
| 04.07.04.009-9 | HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL) | R\$ 293,92 |
| 04.07.04.010-2 | HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL) | R\$ 220,50 |
| 04.09.06.011-9 | HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI/BILATERAL) | R\$ 400,00 |
| 02.09.03.001-1 | HISTEROSCOPIA (DIAGNÓSTICA) | R\$ 200,00 |
| 04.09.06.017-8 | HISTEROSCOPIA CIRURGICA C/ RESSECTOSCOPIO | R\$ 310,56 |
| 04.09.06.018-6 | LAQUEADURA TUBARIA | R\$ 291,84 |
| 04.10.01 | MAMOPLASTIA REDUTORA PARA GIGANTOMASTIA | R\$ 608,00 |
| 04.09.06.021-6 | OOFORECTOMIA / OOFOROPLASTIA | R\$ 220,83 |
| 04.09.04.012-6 | ORQUIDOPEXIA BILATERAL | R\$ 242,00 |
| 04.09.04.013-4 | ORQUIDOPEXIA UNILATERAL | R\$ 204,30 |
| 04.08.05.014-4 | RECONSTRUCAO LIGAMENTAR DO TORNOZELO | R\$ 608,00 |
| 04.08.01.014-2 | REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS) | R\$ 608,00 |
| 04.09.03.004-0 | RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE PRÓSTATA | R\$ 426,47 |
| 04.04.02.032-1 | RINOPLASTIA | R\$ 420,00 |
| 04.04.01.001-6 | ADENOIDECTOMIA | R\$ 268,57 |
| 04.04.01.002-4 | AMIGDALECTOMIA | R\$ 231,97 |
| 04.04.01.003-2 | AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDECTOMIA | R\$ 331,04 |
| 04.04.01.048-2 | SEPTOPLASTIA | R\$ 300,00 |
| 04.10.01.011-1 | SETORECTOMIA / QUADRANTECTOMIA | R\$ 281,35 |
| 04.09.04.023-1 | TRATAMENTO CIRURGICO DE VARICOCELE | R\$ 180,00 |
| 04.08.05.065-9 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HALUX VALGUS C/ OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO | R\$ 608,00 |



Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

| | | |
|----------------|---|------------|
| 04.08.01.021-5 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO RECIDIVANTE / HABITUAL DE ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL | R\$ 608,00 |
| 04.13.04.023-2 | TRATAMENTO CIRÚRGICO NÃO ESTÉTICO DA ORELHA (OTOPLASTIA BILATERAL) | R\$ 483,00 |
| 04.13.04.023-2 | TRATAMENTO CIRÚRGICO NÃO ESTÉTICO DA ORELHA (OTOPLASTIA UNILATERAL) | R\$ 241,50 |
| 04.09.07.027-0 | TRATAMENTO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA POR VIA VAGINAL | R\$ 238,35 |
| 04.04.01.041-5 | TURBINECTOMIA | R\$ 185,00 |
| 04.09 | URETERORRENOLITOTRIPIA | R\$ 605,00 |
| 04.08.06.012-3 | EXPLORAÇÃO ARTICULAR COM OU SEM SINOVECTOMIA DE MÉDIAS/GRANDES ARTICULAÇÕES | R\$ 158,26 |
| 04.08.06.071-9 | VIDEOARTROSCOPIA (EXCLUSIVO AO CIRURGIÃO) | R\$ 180,00 |
| 04.09.06.010-0 | HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL) | R\$ 400,00 |
| 04.09.06.013-5 | HISTERECTOMIA TOTAL | R\$ 400,00 |
| 04.09.06.012-7 | HISTERECTOMIA SUBTOTAL | R\$ 400,00 |

QUADRO VII

COLETA DE MATERIAL POR PUNÇÃO/BÍOPSIA

| <i>CÓDIGO SUS P/ REFERÊNCIA</i> | <i>DESCRIÇÃO</i> | <i>VALOR</i> |
|-------------------------------------|------------------|--------------|
| 02.01 | BIÓPSIA HEPÁTICA | R\$ 208,19 |

QUADRO VIII

CONDIÇÕES CRÔNICAS

| <i>CÓDIGO SUS P/ REFERÊNCIA</i> | <i>DESCRIÇÃO</i> | <i>VALOR</i> |
|-------------------------------------|--|--------------|
| ..... | ATENDIMENTO MÉDICO NA UNIDADE DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS - DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL (POR HORA) | R\$ 140,00 |
| ..... | ATENDIMENTO NÃO MÉDICO NA UNIDADE DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS - DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL (POR HORA) | R\$ 62,75 |

QUADRO IX

CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS

| <i>CÓDIGO SUS P/</i> | <i>DESCRIÇÃO</i> | <i>VALOR</i> |
|----------------------|------------------|--------------|
|----------------------|------------------|--------------|



Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

| REFERÊNCIA | | |
|----------------|--|-----------|
| 03.01.01 | CONSULTA DE AVALIAÇÃO – AMBIENTE HOSPITALAR | R\$ 10,00 |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTAS MÉDICAS EM CIRURGIA AMBULATORIAL | R\$ 10,00 |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA EM SERVIÇO DE TRATAMENTO ASSISTIDO (HEPATITE) | R\$ 25,00 |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA | R\$ 20,00 |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA NA UNIDADE DA MAMA | R\$ 25,00 |
| ..... | CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS EM: ORTOPEDIA E SUAS SUB ESPECIALIDADES / NEURO PEDIATRIA / PEDIATRIA-DOENÇAS NEUROLÓGICAS | R\$ 30,00 |
| ..... | CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS PARA OS CONTRATOS MUNICIPAIS DE POTENCIALIZAÇÃO DA OFERTA DO PROGRAMA DE ATENÇÃO COMPLEMENTAR EM SAÚDE MUNICIPAL – ATENDIMENTO EM SEDE PRÓPRIA DA EMPRESA CREDENCIADA | R\$ 30,00 |

QUADRO X

DIAGNÓSTICOS EM LABORATÓRIO CLÍNICO

| CÓDIGO SUS P/ REFERÊNCIA | DESCRIÇÃO | VALOR |
|-----------------------------|----------------------------------|------------|
| 02.02 | (TRAB) ANTICORPO E ANTI-RECEPTOR | R\$ 8,38 |
| 02.02 | ADENOSINA DEAMINASE | R\$ 13,00 |
| 02.02 | AMILOIDE A | R\$ 45,00 |
| 02.02 | ANTICOAGULANTE LUPICO | R\$ 11,50 |
| 02.02 | ANTI - CITOSOL HEPÁTICO TIPO 1 | R\$ 157,00 |
| 02.02 | ANTI GLIADINA IGA | R\$ 12,00 |
| 02.02 | ANTI GLIADINA IGG | R\$ 12,00 |
| 02.02 | ANTI GLIADINA IGM | R\$ 22,00 |
| 02.02 | ANTI I A-2 | R\$ 25,00 |
| 02.02 | ANTI TRANSGLUTAMINASE IGA | R\$ 15,00 |
| 02.02 | ANTI TRANSGLUTAMINASE IGG | R\$ 18,00 |
| 02.02 | ANTICENTROMERO | R\$ 12,90 |
| 02.02 | ANTICORPO ANTIFOSFOLIPIDEO | R\$ 11,85 |



Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

| | | |
|----------------|--|------------|
| 02.02 | ANTICORPOS ANTI ENDOMISIO IGA | R\$ 11,30 |
| 02.02 | ANTICORPOS ANTI ENDOMISIO IGG | R\$ 11,30 |
| 02.02 | ANTICORPOS ANTI ENDOMISIO IGM | R\$ 11,30 |
| 02.02 | ANTICORPOS ANTI LKM 1 | R\$ 12,00 |
| 02.02 | ANTICORPOS ANTI TIREOPEROXIDASE (TPO) | R\$ 17,16 |
| 02.02 | ANTICORPOS ANTIPEPTIDEO CITRULINADO CÍCLICO (ANTI CCP) | R\$ 45,68 |
| 02.02 | ANTIGAD | R\$ 120,00 |
| 02.02 | ANTIGENO P24 | R\$ 48,33 |
| 02.02 | ANTI-HISTONA | R\$ 25,00 |
| 02.02 | ANTI-JO1 | R\$ 25,00 |
| 02.02 | BETA-2-GLICOPROTEINA, ANTICORPOS IGG E IGM | R\$ 118,50 |
| 02.02 | BLASTOMICOSE | R\$ 17,00 |
| 02.02 | BLASTOMICOSE SUL AMERICANA | R\$ 12,70 |
| 02.02 | C1 COMPLEMENTO | R\$ 50,00 |
| 02.02 | C2 COMPLEMENTO | R\$ 54,50 |
| 02.02 | C5 COMPLEMENTO | R\$ 80,00 |
| 02.02 | CA 19-9 | R\$ 4,00 |
| 02.02 | CALPROTECTINA | R\$ 130,00 |
| 02.02. | CANABINOIDES | R\$ 25,00 |
| 02.02 | CELULARIDADE | R\$ 4,80 |
| 02.02 | CHLAMYDIA TRACHOMATIS IGA | R\$ 27,00 |
| 02.02 | CHLAMYDIA TRACHOMATIS IGM | R\$ 9,90 |
| 02.02 | CLEARENCE DE ACIDO URICO | R\$ 3,51 |
| 02.02 | CLONAZEPAN (RIVOTRIL) | R\$ 110,25 |
| 02.02 | COLESTEROL VLDL | R\$ 3,71 |
| 02.01.02.004-1 | COLETA DE MATERIAL P/ EXAME LABORATORIAL | R\$ 2,00 |
| 02.02 | CONTAGEM DE LEUCOCITOS | R\$ 3,50 |



Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

| | | |
|-------|-------------------------------------|------------|
| 02.02 | CREATINA | R\$ 1,85 |
| 02.02 | CULTURA DE MYCOPLASMA | R\$ 4,33 |
| 02.02 | DIMERO D | R\$ 75,00 |
| 02.02 | DOENÇA DE LYME | R\$ 21,00 |
| 02.02 | DOSAGEM CLORETO DE SODIO NO SUOR | R\$ 35,00 |
| 02.02 | DOSAGEM DE CATECOLAMINAS | R\$ 28,00 |
| 02.02 | DOSAGEM DE OXCARBAZEPINA | R\$ 62,90 |
| 02.02 | DOSAGEM DE PROTEÍNA C FUNCIONAL | R\$ 55,00 |
| 02.02 | DOSAGEM DE TOPIRAMATO | R\$ 45,00 |
| 02.02 | ESQUISTOSSOMOSE | R\$ 9,00 |
| 02.02 | FATOR V LEIDEN (COTADO) | R\$ 91,85 |
| 02.02 | FRUTOSAMINAS (PROTEINA GLICOSILADA) | R\$ 8,40 |
| 02.02 | HLA B27 | R\$ 45,00 |
| 02.02 | HOMOCISTEINA | R\$ 20,11 |
| 02.02 | IGA SALIVAR | R\$ 21,80 |
| 02.02 | IGE RAST CEREAIS (FX3) | R\$ 9,25 |
| 02.02 | IGFBP - 3 | R\$ 23,00 |
| 02.02 | IMUNOELETOFORESE URINÁRIO | R\$ 130,50 |
| 02.02 | IONTOFORESE | R\$ 12,00 |
| 02.02 | LAMOTRIGINA | R\$ 77,30 |
| 02.02 | LEISHIMANIOSE PESQUISA | R\$ 6,70 |
| 02.02 | LEPTOSPIROSE, ANTICORPOS IGG | R\$ 20,50 |
| 02.02 | LEPTOSPIROSE, ANTICORPOS IGM | R\$ 20,50 |
| 02.02 | LIPIDEOS TOTAIS | R\$ 4,00 |
| 02.02 | LIPOPROTEINA A | R\$ 20,00 |
| 02.02 | MUTAÇÃO DO GENE DE PROTROMBINA | R\$ 195,50 |
| 02.02 | MYCOPLASMA PNEUMONIAE IGG E IGM | R\$ 42,00 |



Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

| | | |
|----------------|---|------------|
| 02.02 | P-ANCA / C-ANCA | R\$ 25,00 |
| 02.02 | PCR-HBV QUANTITATIVO | R\$ 180,00 |
| 02.02 | PEPTIDEO NUTRIURETICO TIPO B | R\$ 249,00 |
| 02.02 | PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS DO GRUPO B | R\$ 5,62 |
| 02.02.05.025-4 | PESQUISA DE GONADOTROFINA CORIONICA | R\$ 10,00 |
| 02.02 | PESQUISA DE PLASMODIO | R\$ 5,50 |
| 02.02 | PPD | R\$ 11,00 |
| 02.02 | PROTEINA C FUNCIONAL | R\$ 55,00 |
| 02.02 | PROTEINA S | R\$ 130,00 |
| 02.02 | PROTEINA S LIVRE | R\$ 160,00 |
| 02.02 | SHBG | R\$ 12,50 |
| 02.02 | T3 LIVRE | R\$ 10,00 |
| 02.02.06.042-0 | TESTE DE ESTIMULO DE LH E FSH APÓS GONODORRELINA (CURVA LH/FSH) | R\$ 449,28 |
| 02.02 | TESTE DE TOLERANCIA A LACTOSE | R\$ 10,60 |
| 02.02 | TESTE DE TOLERANCIA A SACAROSE | R\$ 10,68 |
| 02.02 | VITAMINA A | R\$ 23,00 |
| 02.02 | VITAMINA B1 | R\$ 75,60 |
| 02.02 | VITAMINA B6 | R\$ 49,20 |

QUADRO XI **DIAGNÓSTICOS POR ENDOSCOPIA**

| <i>CÓDIGO SUS P/ REFERÊNCIA</i> | <i>DESCRIÇÃO</i> | <i>VALOR</i> |
|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------|
| 02.09.04.001-7 | BRONCOSCOPIA | R\$ 200,00 |
| 02.09.01.002-9 | COLONOSCOPIA | R\$ 225,89 |
| 02.09.01.003-7 | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA | R\$ 108,07 |
| ..... | MANOMETRIA ESOFAGICA OU ANU-RETAL | R\$ 350,00 |
| 02.09.01.005-3 | RETOSSIGMOIDOSCOPIA | R\$ 56,79 |



Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

| | | |
|-------|---|------------|
| ..... | COLONOSCOPIA EXCLUSIVA PARA PRESTADORES QUE REALIZEM EM SEDE PRÓPRIA – SOLICITAÇÃO PROCEDENTE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA | R\$ 389,45 |
| | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA EXCLUSIVA PARA PRESTADORES QUE REALIZEM EM SEDE PRÓPRIA – SOLICITAÇÃO PROCEDENTE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA | R\$ 233,67 |

| QUADRO XII | | |
|-------------------------------------|--|--------------|
| DIAGNÓSTICOS POR RADIOLOGIA | | |
| <i>CÓDIGO SUS P/ REFERÊNCIA</i> | <i>DESCRIÇÃO</i> | <i>VALOR</i> |
| 02.04.05.001-4 | CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE | R\$ 179,48 |
| 02.04.05.002-2 | COLANGIOGRAFIA PRÉ-OPERATORIA | R\$ 65,22 |
| 02.04.05.003-0 | COLANGIOGRAFIA POS-OPERATORIA | R\$ 65,22 |
| 02.04.01.001-2 | DACRIOCISTOGRAFIA | R\$ 97,70 |
| 02.04.05.004-9 | DUODENOGRAMA HIPOTONICA | R\$ 69,04 |
| 02.04.06.003-6 | ESCANOMETRIA | R\$ 15,54 |
| 02.04.05.005-7 | FISTULOGRAFIA | R\$ 90,68 |
| 02.04.05.006-5 | HISTEROSSALPINGOGRAFIA | R\$ 90,68 |
| 02.04.05.007-3 | PIELOGRAFIA ANTEROGRADA PERCUTANEA | R\$ 146,30 |
| 02.04.05.008-1 | PIELOGRAFIA ASCENDENTE | R\$ 104,22 |
| 02.04.01.002-0 | PLANIGRAFIA DE LARINGE | R\$ 54,64 |
| 02.04.01.003-9 | RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ) | R\$ 16,76 |
| 02.04.05.011-1 | RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA) | R\$ 21,46 |
| 02.04.05.012-0 | RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS) | R\$ 30,60 |
| 02.04.05.013-8 | RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP) | R\$ 14,34 |
| 02.04.04.001-9 | RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO | R\$ 12,84 |
| 02.04.01.004-7 | RADIOGRAFIA DE ARCADEA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS) | R\$ 13,92 |
| 02.04.04.002-7 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR | R\$ 14,80 |
| 02.04.06.006-0 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL | R\$ 15,54 |
| 02.04.04.003-5 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL | R\$ 14,80 |



Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

| | | |
|----------------|--|-----------|
| 02.04.04.004-3 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR | R\$ 14,80 |
| 02.04.06.007-9 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA | R\$ 15,54 |
| 02.04.01.005-5 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL | R\$ 16,76 |
| 02.04.06.008-7 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA | R\$ 13,00 |
| 02.04.06.009-5 | RADIOGRAFIA DE BACIA | R\$ 15,54 |
| 02.04.04.005-1 | RADIOGRAFIA DE BRAÇO | R\$ 15,54 |
| 02.04.06.010-9 | RADIOGRAFIA DE CALCANEO | R\$ 13,00 |
| 02.04.01.006-3 | RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ) | R\$ 13,76 |
| 02.04.04.006-0 | RADIOGRAFIA DE CLAVICULA | R\$ 14,80 |
| 02.04.02.004-2 | RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO) | R\$ 16,38 |
| 02.04.02.003-4 | RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS) | R\$ 16,66 |
| 02.04.02.005-0 | RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA | R\$ 20,58 |
| 02.04.02.006-9 | RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA | R\$ 21,92 |
| 02.04.02.007-7 | RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS) | R\$ 29,80 |
| 02.04.02.008-5 | RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA | R\$ 33,76 |
| 02.04.02.009-3 | RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL) | R\$ 18,32 |
| 02.04.02.010-7 | RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR | R\$ 19,46 |
| 02.04.02.011-5 | RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINAMICA | R\$ 31,16 |
| 02.04.05 | RADIOGRAFIA DE COLUNA VERTEBRAL TOTAL PANORÂMICA | R\$ 55,00 |
| 02.04.03.005-6 | RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL + OBLIQUA) | R\$ 28,64 |
| 02.04.03.006-4 | RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL) | R\$ 18,10 |
| 02.04.03.007-2 | RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX) | R\$ 16,74 |
| 02.04.04.007-8 | RADIOGRAFIA DE COTOVELO | R\$ 11,80 |
| 02.04.06.011-7 | RADIOGRAFIA DE COXA | R\$ 17,88 |
| 02.04.01.007-1 | RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIGUA / BRETTON + HIRTZ) | R\$ 18,30 |
| 02.04.01.008-0 | RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL) | R\$ 15,04 |
| 02.04.04.008-6 | RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO | R\$ 11,24 |



Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

| | | |
|----------------|---|-----------|
| 02.04.04.011-6 | RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES) | R\$ 15,96 |
| 02.04.03.008-0 | RADIOGRAFIA DE ESOFAGO | R\$ 38,48 |
| 02.04.03.009-9 | RADIOGRAFIA DE ESTERNO | R\$ 15,96 |
| 02.04.05.014-6 | RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO | R\$ 70,44 |
| 02.04.05.015-4 | RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO) | R\$ 95,18 |
| 02.04.06.012-5 | RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL) | R\$ 13,56 |
| 02.04.06.013-3 | RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL) | R\$ 14,32 |
| 02.04.06.014-1 | RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS) | R\$ 18,58 |
| 02.04.01.009-8 | RADIOGRAFIA DE LARINGE | R\$ 11,48 |
| 02.04.04.009-4 | RADIOGRAFIA DE MAO | R\$ 12,60 |
| 02.04.04.010-8 | RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA) | R\$ 12,00 |
| 02.04.01.010-1 | RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL) | R\$ 18,06 |
| 02.04.01.011-0 | RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA) | R\$ 14,40 |
| 02.04.03.010-2 | RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL) | R\$ 17,46 |
| 02.04.01.012-8 | RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ) | R\$ 16,76 |
| 02.04.06.015-0 | RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE | R\$ 13,56 |
| 02.04.06.016-8 | RADIOGRAFIA DE PERNA | R\$ 17,88 |
| 02.04.03.011-0 | RADIOGRAFIA DE PNEUMOMEDIASTINO | R\$ 54,54 |
| 02.04.04.012-4 | RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA) | R\$ 13,82 |
| 02.04.01.013-6 | RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (LOCALIZACAO DE CORPO ESTRANHO) | R\$ 15,96 |
| 02.04.02.012-3 | RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA | R\$ 15,60 |
| 02.04.01.014-4 | RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ) | R\$ 14,64 |
| 02.04.01.015-2 | RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON) | R\$ 14,40 |
| 02.04.03.012-9 | RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA) | R\$ 11,12 |
| 02.04.03.013-7 | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRACAO + EXPIRACAO + LATERAL) | R\$ 28,64 |
| 02.04.03.014-5 | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA) | R\$ 24,04 |
| 02.04.03.015-3 | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL) | R\$ 19,00 |



Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

| | | |
|----------------|---|------------|
| 02.04.03.016-1 | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRAO OIT) | R\$ 13,10 |
| 02.04.03.017-0 | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA) | R\$ 13,76 |
| 02.04.01.016-0 | RADIOGRAFIA OCLUSAL | R\$ 7,02 |
| 02.04.05.016-2 | RADIOGRAFIA P/ ESTUDO DO DELGADO C/ DUPLO CONTRASTE (ENTEROCLISE) | R\$ 310,61 |
| 02.04.01.017-9 | RADIOGRAFIA PANORAMICA | R\$ 18,06 |
| 02.04.06.017-6 | RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES | R\$ 18,58 |
| 02.04.01.018-7 | RADIOGRAFIA PERI-APICAL INTERPROXIMAL (BITE-WING) | R\$ 2,30 |
| 02.04.01.019-5 | SIALOGRAFIA | R\$ 107,80 |
| 02.04.05.017-0 | URETROCISTOGRAFIA | R\$ 104,22 |
| 02.04.05.018-9 | UROGRAFIA VENOSA/ EXCRETORA | R\$ 175,00 |

QUADRO XIII

DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA NA UNIDADE DE MAMA

| <i>CÓDIGO SUS P/ REFERÊNCIA</i> | <i>DESCRIÇÃO</i> | <i>VALOR</i> |
|-------------------------------------|---|--------------|
| ..... | PLANTÃO 02 HORAS PARA OPERAÇÃO DE MAMÓGRAFO | R\$ 150,00 |
| ..... | EMISSION DE LAUDOS DE MAMOGRAFIA | R\$ 15,00 |

QUADRO XIV

DIAGNÓSTICOS POR ULTRASSONOGRAFIA

| <i>CÓDIGO SUS P/ REFERÊNCIA</i> | <i>DESCRIÇÃO</i> | <i>VALOR</i> |
|-------------------------------------|---|--------------|
| 02.05.01.003-2 | ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA - ADULTO | R\$ 60,00 |
| 02.05.01.003-3 | ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA - INFANTIL | R\$ 180,00 |
| ..... | INCREMENTO PARA EXAMES DIAGNÓSTICOS DE ULTRASSONOGRAFIA REALIZADOS EM PACIENTE HOSPITALAR | R\$ 12,00 |
| 02.05.02.009-7 | ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL | R\$ 58,00 |

QUADRO XV

FISIOTERAPIA

| <i>CÓDIGO SUS P/ REFERÊNCIA</i> | <i>DESCRIÇÃO</i> | <i>VALOR</i> |
|-------------------------------------|------------------|--------------|
|-------------------------------------|------------------|--------------|



Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

| REFERÊNCIA | | |
|----------------|--------------------------------------|-----------|
| 02.11.08.008-0 | TESTE DE CAMINHADA DE 6 MINUTOS | R\$ 15,00 |
| 02.11.08 | PRESSÕES RESPIRATÓRIAS MÁXIMAS – PRM | R\$ 6,35 |
| 02.11.08 | DIFUSÃO DO MONÓXIDO DE CARBONO | R\$ 6,35 |
| 02.11.08 | QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA | R\$ 6,35 |

QUADRO XVI **LAUDO MÉDICO**

| CÓDIGO SUS P/ REFERÊNCIA | DESCRIÇÃO | VALOR |
|-----------------------------|-------------------------------------|-----------|
| ..... | LAUDO DE MEDICAMENTO EXCEPCIONAL | R\$ 2,50 |
| ..... | LAUDO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA | R\$ 40,00 |

QUADRO XVII **MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADES**

| CÓDIGO SUS P/ REFERÊNCIA | DESCRIÇÃO | VALOR |
|-----------------------------|--|------------|
| 02.11.04.002-9 | COLPOSCOPIA | R\$ 30,00 |
| ..... | ELASTOGRAFIA | R\$ 279,15 |
| 02.11.05.002-4 | ELETOENCEFALOGRAMA EM VIGILIA C/ OU S/ FOTO-ESTIMULO | R\$ 30,00 |
| 02.11.05.008-3 | ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS / MMII (02 SEGMENTOS) | R\$ 350,00 |
| 02.11.09.00-00 | ESTUDO URODINAMICO | R\$ 228,15 |
| ..... | PHMETRIA ESOFÁGICA | R\$ 350,00 |
| 02.01.01.058-5 | PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA | R\$ 49,95 |

QUADRO XVIII **PLANTÕES MÉDICOS – PROGRAMA SERVIÇOS MUNICIPAIS**

| CÓDIGO SUS P/ REFERÊNCIA | DESCRIÇÃO | VALOR |
|-----------------------------|---|-----------|
| ..... | INCENTIVO DE PLANTÃO URGÊNCIA PRESENCIAL 06H – FIM DE SEMANA (COM INICIO NA SEXTA ÀS 19H E ENCERRAMENTO ÀS 7H DA SEGUNDA-FEIRA) | R\$ 50,00 |



Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

| | | |
|-------|---|--------------|
| ..... | INCENTIVO DE PLANTÃO URGÊNCIA PRESENCIAL 12H – FIM DE SEMANA (COM INICIO NA SEXTA ÀS 19H E ENCERRAMENTO ÀS 7H DA SEGUNDA-FEIRA) | R\$ 100,00 |
| ..... | PLANTÃO PRESENCIAL PARA CLINICA MÉDICA, DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO DE 12 HORAS | R\$ 1.100,00 |
| ..... | PLANTÃO PRESENCIAL PARA CLINICA MÉDICA, DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO DE 06 HORAS | R\$ 550,00 |
| ..... | PLANTÃO PRESENCIAL PARA MÉDICO ESPECIALISTA EM PEDIATRIA E NEONATOLOGIA, DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO 12 HORAS | R\$ 1.400,00 |
| ..... | PLANTÃO PRESENCIAL PARA MÉDICO ESPECIALISTA EM PEDIATRIA E NEONATOLOGIA, DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO 06 HORAS | R\$ 700,00 |
| ..... | PLANTÃO PRESENCIAL PARA ATENDIMENTO A CRIANÇA, DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO DE 06 HORAS | R\$ 600,00 |
| ..... | PLANTÃO PRESENCIAL PARA ATENDIMENTO A CRIANÇA, DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO DE 12 HORAS | R\$ 1.200,00 |
| ..... | PLANTÃO PRESENCIAL PARA MÉDICO ESPECIALISTA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA NA COBERTURA DE ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA, DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO DE 12 HORAS | 1.400,00 |
| ..... | PLANTÃO PRESENCIAL PARA MÉDICO ESPECIALISTA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA NA COBERTURA DE ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA, DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO DE 06 HORAS | 700,00 |
| ..... | PLANTÃO PRESENCIAL PARA MÉDICO ESPECIALISTA EM ANESTESIOLOGIA NA COBERTURA DE ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA, DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO DE 12 HORAS | 1.400,00 |
| ..... | PLANTÃO PRESENCIAL PARA MÉDICO ESPECIALISTA EM ANESTESIOLOGIA NA COBERTURA DE ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA, DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO DE 06 HORAS | 700,00 |
| ..... | INCENTIVO DE PLANTÃO URGÊNCIA PRESENCIAL 06HRS – VÉSPERA DE NATAL, NATAL, VÉSPERA DE ANO NOVO E ANO NOVO (COM INICIO ÀS 13HRS DA VÉSPERA E TÉRMINO ÀS 07HRS DO DIA POSTERIOR AO FERIADO) | R\$ 525,00 |
| ..... | INCENTIVO DE PLANTÃO URGÊNCIA PRESENCIAL 12HRS – VÉSPERA DE NATAL, NATAL, VÉSPERA DE ANO NOVO E ANO NOVO (COM INICIO ÀS 13HRS DA VÉSPERA E TÉRMINO ÀS 07HRS DO DIA POSTERIOR AO FERIADO) | R\$ 1.050,00 |
| ..... | INCENTIVO DE PLANTÃO URGÊNCIA PRESENCIAL 06HRS – PARA FERIADOS NACIONAIS (COM INICIO ÀS 7HRS DO DIA DO FERIADO E TÉRMINO ÀS 07HRS DO DIA POSTERIOR AO FERIADO) | R\$ 50,00 |
| ..... | INCENTIVO DE PLANTÃO URGÊNCIA PRESENCIAL 12HRS – PARA FERIADOS NACIONAIS (COM INICIO ÀS 7HRS DO DIA DO FERIADO E TÉRMINO ÀS 07HRS DO DIA POSTERIOR AO FERIADO) | R\$ 100,00 |
| ..... | INCENTIVO DE PLANTÃO URGÊNCIA PRESENCIAL 06HRS – PARA O FERIADO E RECESSO DE CARNAVAL (COM INICIO ÀS 7HRS DA SEGUNDA FEIRA E TÉRMINO ÀS 07HRS DA QUARTA FEIRA DE CINZAS POSTERIOR AO FERIADO) | R\$ 50,00 |

| | | |
|-------|---|--------------|
| ..... | INCENTIVO DE PLANTÃO URGÊNCIA PRESENCIAL 12HRS – PARA O FERIADO E RECESSO DE CARNAVAL (COM INICIO ÀS 7HRS DA SEGUNDA FEIRA E TÉRMINO ÀS 07HRS DA QUARTA FEIRA DE CINZAS POSTERIOR AO FERIADO) | R\$ 100,00 |
| ..... | PLANTÃO PRESENCIAL PARA MÉDICO ESPECIALISTA EM PSIQUIATRIA NA COBERTURA DE ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA – DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO DE 12 HORAS | R\$ 1.400,00 |
| ..... | PLANTÃO PRESENCIAL PARA MÉDICO ESPECIALISTA EM PSIQUIATRIA NA COBERTURA DE ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA – DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO DE 6 HORAS | R\$ 700,00 |

QUADRO XIX

PLANTÕES MÉDICOS – PROGRAMA HOSPITAIS HZNL E HZSL

| <i>CÓDIGO SUS P/ REFERÊNCIA</i> | <i>DESCRIÇÃO</i> | <i>VALOR</i> |
|-------------------------------------|---|--------------|
| ..... | PLANTÃO PRESENCIAL PARA ATENDIMENTO A CRIANÇA, DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO DE 06 HORAS – NO HOSPITAL DR. IGNÁCIO EULALINO DE ANDRADE E NO HOSPITAL DR. ANÍSIO FIGUEIREDO | 600,00 |
| ..... | PLANTÃO PRESENCIAL PARA ATENDIMENTO A CRIANÇA, DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO DE 12 HORAS – NO HOSPITAL DR. IGNÁCIO EULALINO DE ANDRADE E NO HOSPITAL DR. ANÍSIO FIGUEIREDO | R\$ 1.200,00 |
| ..... | PLANTÃO SOBREAVISO 24H | R\$ 135,00 |
| ..... | INCENTIVO DE PLANTÃO URGÊNCIA PRESENCIAL 12 H – FIM DE SEMANA (COM INICIO NA SEXTA ÀS 19H E ENCERRAMENTO ÀS 7H DA SEGUNDA-FEIRA) | R\$ 100,00 |
| ..... | INCENTIVO DE PLANTÃO URGÊNCIA PRESENCIAL 06 H – FIM DE SEMANA (COM INICIO NA SEXTA ÀS 19H E ENCERRAMENTO ÀS 7H DA SEGUNDA-FEIRA) | R\$ 50,00 |
| ..... | INCENTIVO DE PLANTÃO URGÊNCIA PRESENCIAL 06HRS – PARA FERIADOS NACIONAIS (COM INICIO ÀS 7HRS DO DIA DO FERIADO E TÉRMINO ÀS 07HRS DO DIA POSTERIOR AO FERIADO) | R\$ 50,00 |
| ..... | INCENTIVO DE PLANTÃO URGÊNCIA PRESENCIAL 12HRS – PARA FERIADOS NACIONAIS (COM INICIO ÀS 7HRS DO DIA DO FERIADO E TÉRMINO ÀS 07HRS DO DIA POSTERIOR AO FERIADO) | R\$ 100,00 |
| ..... | INCENTIVO DE PLANTÃO URGÊNCIA PRESENCIAL 06HRS – PARA O FERIADO E RECESSO DE CARNAVAL (COM INICIO ÀS 7HRS DA SEGUNDA FEIRA E TÉRMINO ÀS 07HRS DA QUARTA FEIRA DE CINZAS POSTERIOR AO FERIADO) | R\$ 50,00 |
| ..... | INCENTIVO DE PLANTÃO URGÊNCIA PRESENCIAL 12HRS – PARA O FERIADO E RECESSO DE CARNAVAL (COM INICIO ÀS 7HRS DA SEGUNDA FEIRA E TÉRMINO ÀS 07HRS DA QUARTA FEIRA DE CINZAS POSTERIOR AO FERIADO) | R\$ 100,00 |
| ..... | INCENTIVO DE PLANTÃO URGÊNCIA PRESENCIAL 06HRS – VÉSPERA DE NATAL, NATAL, VÉSPERA DE ANO NOVO E ANO NOVO (COM INICIO ÀS 13HRS DA VÉSPERA E TÉRMINO ÀS 07HRS DO DIA POSTERIOR AO FERIADO) | R\$ 525,00 |
| ..... | INCENTIVO DE PLANTÃO URGÊNCIA PRESENCIAL 12HRS – VÉSPERA DE NATAL, NATAL, VÉSPERA DE ANO NOVO E ANO NOVO (COM INICIO ÀS 13HRS DA VÉSPERA E TÉRMINO ÀS 07HRS DO DIA POSTERIOR AO FERIADO) | R\$ 1.050,00 |



Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

| | | |
|-------|---|--------------|
| ..... | PLANTÃO PRESENCIAL PARA MÉDICO ESPECIALISTA DE DOMINGO A SÁBADO – POR HORA | R\$ 116,66 |
| ..... | PLANTÃO PRESENCIAL – INTERNISTA POR HORA | R\$ 91,70 |
| ..... | PLANTÃO PRESENCIAL PARA CLINICA MÉDICA, DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO DE 06HORAS | R\$ 550,00 |
| ..... | PLANTÃO PRESENCIAL PARA CLINICA MÉDICA, DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO DE 12HORAS | R\$ 1.100,00 |

QUADRO XX

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DO APARELHO DIGESTIVO

| <i>CÓDIGO SUS P/ REFERÊNCIA</i> | <i>DESCRIÇÃO</i> | <i>VALOR</i> |
|-------------------------------------|---|--------------|
| 04.07.01.025-4 | RETIRADA DE POLIPO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA | R\$ 56,79 |

QUADRO XXI

REGULAÇÃO

| <i>CÓDIGO SUS P/ REFERÊNCIA</i> | <i>DESCRIÇÃO</i> | <i>VALOR</i> |
|-------------------------------------|---|--------------|
| ..... | ATIVIDADE EM REGULAÇÃO ASSISTENCIAL: AÇÃO EDUCATIVA, CONFECCÃO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS E FLUXOGRAMAS, SUPORTE TÉCNICO E REUNIÕES TÉCNICAS (POR HORA) | R\$ 140,00 |
| ..... | REGULAÇÃO DE ACESSO ASSISTENCIAL À SAÚDE (ESTRAFIKAÇÃO DO RISCO CLINICO - POR PROCEDIMENTO) | R\$ 3,17 |

QUADRO XXII

TERAPIAS ESPECIALIZADAS

| <i>CÓDIGO SUS P/ REFERÊNCIA</i> | <i>DESCRIÇÃO</i> | <i>VALOR</i> |
|-------------------------------------|--|--------------|
| 03.01.04.002-8 | ATENDIMENTO CLÍNICO P/ INDICAÇÃO, FORNECIMENTO E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) | R\$ 54,00 |
| 03.09.03.005-6 | DILATAÇÃO DE URETRA (POR SESSÃO) | R\$ 15,20 |

QUADRO XXIII

UNIDADE DA MAMA

| <i>CÓDIGO SUS P/ REFERÊNCIA</i> | <i>DESCRIÇÃO</i> | <i>VALOR</i> |
|-------------------------------------|--|--------------|
| ..... | ATENDIMENTO MÉDICO NA UNIDADE DA MAMA (POR HORA) | R\$ 140,00 |

| QUADRO XXIV ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS | | |
|---|--|--------------|
| <i>CÓDIGO SUS P/ REFERÊNCIA</i> | <i>DESCRIÇÃO</i> | <i>VALOR</i> |
| 0201010232 | BIOPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR | R\$ 61,54 |
| 0201010348 | BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE (INCLUI MAXILA E MANDÍBULA) | R\$ 77,48 |
| 0201010526 | BIOPSIA DA BOCA | R\$ 78,51 |
| 0301010048 | CONSULTA DE PROFISS DE NIV SUPER NA ATENCAO ESPECIALIZADA | R\$ 24,65 |
| 0301060061 | ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA | R\$ 25,91 |
| 0307020045 | TRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE BIRRADICULAR | R\$ 127,92 |
| 0307020053 | TRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE MULTIRADICULAR | R\$ 178,47 |
| 0307020061 | TRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE UNIRRADICULAR | R\$ 93,53 |
| 0307020088 | RETRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR | R\$ 158,75 |
| 0307020096 | RETRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE C/ 3 OU + RAIZES | R\$ 225,93 |
| 0307020100 | RETRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR | R\$ 107,10 |
| 0307020118 | SELAMENTO DE PERFURACAO RADICULAR | R\$ 73,00 |
| 0307040089 | REEMBASAMENTO E CONserto DE PROTESE DENTARIA (TOTAL OU PARCIAL REMOVÍVEL) NO CONSULTÓRIO OU EM LABORATÓRIO | R\$ 82,49 |
| 0401010104 | INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO INTRA ORAL | R\$ 35,78 |
| | INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO EXTRA ORAL | R\$ 47,68 |
| 0404020089 | EXCISAO DE RANULA OU FENOMENO DE RETENCAO SALIVAR | R\$ 96,87 |
| 0404020097 | EXCISAO DE MUCOCELE | R\$ 73,09 |
| 0404020445 | CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM POR TRAUMA OU PROBLEMA PERIODONTAL | R\$ 47,19 |
| 0414020022 | APICECTOMIA C/ OU S/ OBTURACAO RETROGRADA | R\$ 140,79 |
| 0414020030 | APROFUNDAMENTO DE VESTIBULO ORAL (POR SEXTANTE) | R\$ 107,60 |
| 0414020049 | CORRECAO DE BRIDAS MUSCULARES | R\$ 56,69 |
| 0414020057 | CORRECAO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR | R\$ 82,86 |



Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

| | | |
|------------|--|------------|
| 0414020065 | CORRECAO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR | R\$ 89,65 |
| 0414020081 | ENXERTO GENGIVAL LIVRE OU PEDICULAR | R\$ 97,74 |
| 0414020154 | GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE) | R\$ 77,59 |
| 0414020162 | GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE) | R\$ 61,33 |
| 0414020219 | ODONTOSECCAO / RADILECTOMIA / TUNELIZACAO | R\$ 65,04 |
| 0414020243 | REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO) | R\$ 93,80 |
| 0414020278 | REMOCAO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO) | R\$ 127,99 |
| 0414020294 | REMOCAO DE TORUS E EXOSTOSES MAXILAR E/OU MANDIBULAR BILATERAL | R\$ 97,01 |
| 0414020375 | TRAT CIR PERIODO/SEXTANTE | R\$ 104,63 |
| 0701070099 | PROTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVÍVEL (METAL) - (inclui todas as fases da moldagem a entrega pronta ao paciente) | R\$ 419,77 |
| 0701070102 | PROTESE PARCIAL MAXILAR REMOVÍVEL (METAL) - (inclui todas as fases da moldagem a entrega pronta ao paciente) | R\$ 419,77 |
| 0701070110 | PROTESE PARCIAL TEMPORARIA - (inclui todas as fases da moldagem a entrega pronta ao paciente) | R\$ 200,47 |
| 0701070129 | PROTESE TOTAL MANDIBULAR - (inclui todas as fases da moldagem a entrega pronta ao paciente) | R\$ 388,10 |
| 0701070137 | PROTESE TOTAL MAXILAR - (inclui todas as fases da moldagem a entrega pronta ao paciente) | R\$ 388,10 |
| 0701070170 | APARELHO ORTODONTICO FIXO TOTAL POR ARCO DENTÁRIO | R\$ 327,25 |
| 0701070021 | APARELHO ORTOPEDICO E ORTODONTICO REMOVÍVEL POR ARCO DENTÁRIO | R\$ 144,74 |
| | CONCERTO DE APARELHO ORTOPEDICO OU ORTODONTICO REMOVIVEL | R\$ 28,48 |
| 0204010179 | RADIOGRAFIA PANORAMICA COM LAUDO | R\$ 27,19 |
| 0206010044 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES | R\$ 45,11 |
| 0101020058 | APLICACAO DE CARIOSTATICO (POR DENTE) | R\$ 21,50 |
| 0101020066 | APLICACAO DE SELANTE (POR DENTE) | R\$ 31,00 |
| 0101020074 | APLICACAO TOPICA DE FLUOR (INDIVIDUAL POR SESSAO) | R\$ 46,92 |
| 0101020104 | ORIENTAÇÃO DE HIGIENE ORAL | R\$ 29,82 |



Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

| | | |
|------------|---|------------|
| 0101020082 | EVIDENCIACAO DE PLACA BACTERIANA (CONTROLE DE BIOFILME) | R\$ 42,92 |
| 0101020090 | SELAMENTO PROVISORIO DE CAVIDADE DENTARIA (RESTAURAÇÃO PROVISÓRIA OU TEMPORÁRIA) | R\$ 28,17 |
| 0204010225 | RADIOGRAFIA PERIAPICAL | R\$ 8,48 |
| 307010147 | ADEQUAÇÃO DO COMPORTAMENTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA / Estabelecimento de vínculo com paciente com necessidades especiais (por sessão) | R\$ 49,32 |
| 0307010015 | CAPEAMENTO PULPAR | R\$ 29,24 |
| ..... | RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE/DECÍDUO COM RESINA COMPOSTA 1 face | R\$ 55,39 |
| ..... | RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE/DECÍDUO COM RESINA COMPOSTA 2 faces | R\$ 73,51 |
| ..... | RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE/DECÍDUO COM RESINA COMPOSTA 3 faces | R\$ 86,77 |
| ..... | RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE/DECÍDUO COM RESINA COMPOSTA 4 faces | R\$ 98,29 |
| 0307020010 | ACESSO A POLPA DENTARIA E MEDICACAO (POR DENTE) | R\$ 49,55 |
| 0307020029 | CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECANICO - ENDODONTIA | R\$ 49,55 |
| 0307020070 | PULPOTOMIA DENTARIA (EM DENTE DECÍDUO) | R\$ 73,47 |
| 0307030059 | RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (P/ SEXTANTE) | R\$ 33,31 |
| 0307030024 | RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE) | R\$ 60,94 |
| 0401010082 | FRENECTOMIA LINGUAL OU LABIAL | R\$ 89,00 |
| 0414020138 | EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE | R\$ 61,18 |
| 0414020120 | EXODONTIA DE DENTES DECÍDUOS | R\$ 43,58 |
| 0414020170 | GLOSSORRAFIA | R\$ 34,89 |
| 0414020430 | EXODONTIA DE DENTE SUPRANUMERÁRIO INCLUSO OU IMPACTADO | R\$ 223,91 |
| 307030083 | TRATAMENTO PERICORONARITE | R\$ 20,11 |
| 0414020359 | TRAT CIR HEMORR BUCO-DENTAL PÓS CIRURGICO | R\$ 29,20 |
| 0414020383 | TRATAMENTO DE ALVEOLITE | R\$ 36,38 |
| 0414020405 | ULOTOMIA/ULECTOMIA | R\$ 52,56 |



Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

| | | |
|-------------|---|------------|
| ..... | BIOPSIA DA LINGUA | R\$ 98,13 |
| ..... | BIOPSIA DE LÁBIOS | R\$ 98,13 |
| ..... | ANATOMOPATOLÓGICO EM MATERIAL CIRÚRGICO, DE PUNÇÃO E CITOLOGIA ESFOLIATIVA EM REGIÃO BMF | R\$ 56,44 |
| ..... | ACOMPANHAMENTO EM ESTOMATOLOGIA (SESSÃO) | R\$ 35,54 |
| ..... | ENUCLEAÇÃO DE CISTO DENTAL | R\$ 136,76 |
| ..... | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULAS BUCO NASAIS OU BUCO SINUSAIS | R\$ 211,56 |
| ..... | PUNÇÃO ASPIRATIVA COM AGULHA FINA/COLETA RASPADO EM LESÕES OU SÍTIOS DA REGIÃO BMF | R\$ 50,71 |
| ..... | MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTO DENTAL | R\$ 137,83 |
| 03007010074 | TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO POR DENTE | R\$ 14,00 |
| ..... | RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE/DECÍDUO COM AMALGAMA 1 face | R\$ 44,62 |
| ..... | RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE/DECÍDUO COM AMALGAMA 2 faces | R\$ 57,94 |
| ..... | RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE/DECÍDUO COM AMÁLGAMA 3 faces | R\$ 68,51 |
| ..... | RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE/DECÍDUO COM AMÁLGAMA 4 faces | R\$ 77,72 |
| ..... | RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE/DECÍDUO COM CIMENTO DE IONÔMERO DE VIDRO 1 face | R\$ 49,48 |
| ..... | RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE/DECÍDUO COM CIMENTO DE IONÔMERO DE VIDRO 2 faces | R\$ 59,34 |
| ..... | RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE/DECÍDUO COM CIMENTO DE IONÔMERO DE VIDRO 3 OU MAIS FACES | R\$ 39,09 |
| ..... | RIZOGENESE INCOMPLETA (POR DENTE E MAXIMO 4 SESSÕES POR ANO) | R\$ 93,59 |
| ..... | MANUTENÇÃO PERIODONTAL TRAT. NÃO CIRURGICO (MAXIMO 3 SESSÕES/ANO) | R\$ 69,83 |
| ..... | REPOSIÇÃO DE DENTE (INDEPENDENTE DA QUANTIDADE DE DENTES) DE PROTESE DENTARIA (TOTAL OU PARCIAL REMOVÍVEL) NO CONSULTÓRIO OU EM LABORATÓRIO | R\$ 75,35 |
| ..... | EXCISAO DE HIPERPLASIA | R\$ 79,45 |
| ..... | AUMENTO DE COROA CLINICA | R\$ 125,18 |
| ..... | CUNHA DISTAL | R\$ 78,71 |



Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

| | | |
|-------|---|------------|
| ..... | REDUÇÃO CRUENTA/INCRUENTA DE FRATURA ALVÉOLO-DENTÁRIA | R\$ 258,39 |
| ..... | CONTENÇÃO DE DENTES PARA ORTODONTIA | R\$ 52,90 |
| ..... | DOCUMENTAÇÃO ORTODONTICA/ORTOPEDICA: COM PANORAMICA C/ LAUDO, TELERRADIOGRAFIA, 3 TRAÇADOS CEFALOMÉTRICOS, 5 FOTOS INTRABUCAIS, 3 FOTOS EXTRABUCAIS, MODELOS DE ESTUDOS, PASTA E FICHAS | R\$ 92,66 |
| ..... | MODELOS DE ESTUDO ORTODONTICOS | R\$ 23,19 |
| ..... | MODELO DE TRABALHO | R\$ 15,20 |
| ..... | RADIOGRAFIA PANORAMICA COM TRAÇADO CEFALOMÉTRICO | R\$ 57,35 |
| ..... | RADIOGRAFIA DA MAO E PUNHO | R\$ 22,69 |
| ..... | TELERADIOGRAFIA COM TRAÇADO CEFALOMÉTRICO | R\$ 31,73 |
| ..... | TELERADIOGRAFIA | R\$ 25,55 |
| ..... | RADIOGRAFIA DE ATM 3 POSIÇÕES | R\$ 53,48 |
| ..... | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA POR FEIXE CONICO - CONE BEAM - 1 ARCADA | R\$ 176,53 |
| ..... | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA POR FEIXE CONICO - CONE BEAM - 2 ARCADAS | R\$ 211,28 |

TABELA INSTITUÍDA PELA RESOLUÇÃO Nº 122, DE 21 DE FEVEREIRO DE 2013 E ALTERADA PELAS RESOLUÇÕES: Nº 127 DE 25 DE OUTUBRO DE 2013; Nº 128 DE 05 DE DEZEMBRO DE 2013; Nº 135 DE 23 DE ABRIL DE 2014; Nº 137 DE 06 DE JUNHO DE 2014; Nº 143 DE 29 DE AGOSTO DE 2014; Nº 148 DE 05 DE DEZEMBRO DE 2014; Nº 151 DE 30 DE JANEIRO DE 2015; Nº 156 DE 13 DE MARÇO DE 2015; Nº 157 DE 24 DE ABRIL DE 2015. Nº 162 DE 26 DE JUNHO DE 2015; Nº 166 DE 28 DE AGOSTO DE 2015; Nº 169 DE 23 DE OUTUBRO DE 2015; Nº 175 DE 26 DE FEVEREIRO DE 2016, Nº 180 DE 23 DE MAIO DE 2016; Nº 183 DE 26 DE AGOSTO DE 2016; Nº 184 DE 21 DE OUTUBRO DE 2016; Nº 188 DE 22 DE FEVEREIRO DE 2017; Nº 193 DE 26 DE MAIO DE 2017; Nº 196 DE 14 DE JULHO DE 2017; Nº 199 DE 01 DE SETEMBRO DE 2017; Nº 205 DE 15 DE DEZEMBRO DE 2017; Nº 212 DE 15 DE MARÇO DE 2018; Nº 216 DE 27 DE ABRIL DE 2018; Nº 218 DE 29 DE JUNHO DE 2018; Nº 224 DE 31 DE AGOSTO DE 2018; Nº 248 DE 10 DE MAIO DE 2019; Nº 259 DE 27 DE JUNHO DE 2019; Nº 261 DE 08 DE JULHO DE 2019; Nº 264 DE 05 DE AGOSTO DE 2019; Nº 269 DE 06 DE DEZEMBRO DE 2019; Nº 270 DE 06 DE DEZEMBRO DE 2019; Nº 285 DE 24 DE JULHO DE 2020; Nº 288 DE 15 DE OUTUBRO DE 2020; Nº 291 DE 11 DE DEZEMBRO DE 2020; Nº 294 DE 26 DE FEVEREIRO DE 2021.