

ANEXO I - EDITAL DE CREDENCIAMENTO 01/2024 TABELA DE SERVIÇOS E VALORES		
I- CONSULTAS MÉDICAS (POR ATENDIMENTO)		
Código	Descrição	Valor
03.01.01.006-4PF	CONSULTA MEDICA CLINICO GERAL	R\$ 40.00
03.01.01.007-2AZ	CONSULTA MEDICA EM ALERGOLOGISTA	R\$ 100.00
03.01.01.007-2BX	CONSULTA MEDICA EM ANESTESISTA	R\$ 60.00
03.01.01.007-2CW	CONSULTA MEDICA EM CIRURGIÃO VASCULAR	R\$ 60.00
03.01.01.007-2DY	CONSULTA MEDICA EM DERMATOLOGISTA	R\$ 60.00
03.01.01.007-2EV	CONSULTA MEDICA EM GASTROENTEROLOGISTA	R\$ 60.00
03.01.01.007-2FU	CONSULTA MEDICA EM GINECOLOGISTA/OBSTETRÍCIA	R\$ 60.00
03.01.01.007-2GT	CONSULTA MEDICA EM ORTOPEDIA	R\$ 50.00
03.01.01.007-2HS	CONSULTA MEDICA EM OTORRINOLARINGOLOGISTA	R\$ 60.00
03.01.01.007-2IR	CONSULTA MEDICA EM PEDIATRA	R\$ 50.00
03.01.01.007-2JQ	CONSULTA MEDICA EM PSIQUIATRA	R\$ 60.00
03.01.01.007-2KP	CONSULTA MEDICA EM PNEUMOLOGIA	R\$ 60.00
03.01.01.007-2LO	CONSULTA MEDICA EM CARDIOLOGIA	R\$ 60.00
03.01.01.007-2MN	CONSULTA MEDICA EM ENDOCRINOLOGIA	R\$ 60.00
03.01.01.007-2AN	CONSULTA MEDICA EM GERIATRIA	R\$ 60.00
03.01.01.007-2BO	CONSULTA MEDICA EM NEUROLOGIA CLÍNICA	R\$ 60.00
03.01.01.007-2CP	CONSULTA MEDICA EM UROLOGIA	R\$ 60.00
03.01.01.007-2DQ	CONSULTA MEDICA EM REMAUTOLOGIA	R\$ 100.00
03.01.01.007-2ER	CONSULTA MEDICA EM CLINICA MÉDICA	R\$ 60.00
03.01.01.007-2FS	CONSULTA MEDICA EM INFECTOLOGIA	R\$ 80.00
03.01.01.007-2NG	CONSULTA MEDICA EM NUTROLOGIA	R\$ 60.00
03.01.01.007-2CG	CONSULTA MEDICA EM CIRURGIA GERAL	R\$ 60.00
03.01.01.007-2GU	CONSULTA MEDICA EM HEMATOLOGISTA	R\$ 110.00
03.01.01.007-2HT	CONSULTA MEDICA EM NEFROLOGISTA	R\$ 120.00
03.01.01.007-2IU	CONSULTA MEDICA EM OFTALMOLOGIA	R\$ 50.00
03.01.01.007-LW	CONSULTA MEDICA EM NEUROCIRURGIA	R\$ 120.00
03.01.01.007-AB	CONSULTA MEDICA EM PSIQUIATRIA INFANTIL	R\$ 100.00
03.01.01.007-2CD	CONSULTA MEDICA EM HEPATOLOGIA	R\$ 110.00
03.01.01.007-2EF	CONSULTA MEDICA EM NEUROPEDIATRIA	R\$ 180.00

03.01.01.007-2GH	CONSULTA MEDICA EM MASTOLOGIA	R\$ 150.00
03.01.01.007-2IJ	CONSULTA MEDICA EM PROCTOLOGIA	R\$ 150.00
II- TELECONSULTA MÉDICA		
03.01.01.030-7A	TELECONSULTA MEDICA EM ALERGOLOGISTA	R\$ 80.00
03.01.01.030-7B	TELECONSULTA EM CIRURGIÃO VASCULAR	R\$ 60.00
03.01.01.030-7C	TELECONSULTA EM DERMATOLOGISTA	R\$ 60.00
03.01.01.030-7D	TELECONSULTA MEDICA EM GASTROENTEROLOGISTA	R\$ 60.00
03.01.01.030-7E	TELECONSULTA MEDICA EM GINECOLOGISTA/OBSTETRÍCIA	R\$ 60.00
03.01.01.030-7F	TELECONSULTA MEDICA EM ORTOPEDIA	R\$ 50.00
03.01.01.030-7G	TELECONSULTA MEDICA EM OTORRINOLARINGOLOGISTA	R\$ 60.00
03.01.01.030-7H	TELECONSULTA MEDICA EM PEDIATRA	R\$ 50.00
03.01.01.030-2PW	TELECONSULTA MÉDICA EM PSQUIATRA	R\$ 50.00
03.01.01.030-7I	TELECONSULTA MEDICA EM PNEUMOLOGIA	R\$ 60.00
03.01.01.030-7J	TELECONSULTA MEDICA EM CARDIOLOGIA	R\$ 60.00
03.01.01.030-7K	TELECONSULTA MEDICA EM ENDOCRINOLOGIA	R\$ 60.00
03.01.01.030-7L	TELECONSULTA MEDICA EM NEUROLOGIA CLÍNICA	R\$ 60.00
03.01.01.030-7M	TELECONSULTA MEDICA EM UROLOGIA	R\$ 60.00
03.01.01.030-7N	TELECONSULTA MEDICA EM REMAUTOLOGIA	R\$ 80.00
03.01.01.030-7O	TELECONSULTA MEDICA EM CIRURGIÃO GERAL	R\$ 60.00
03.01.01.030-7P	TELECONSULTA MEDICA EM INFECTOLOGIA	R\$ 80.00
03.01.01.007-2YB	TELECONSULTA MEDICA EM NUTROLOGIA	R\$ 50.00
03.01.01.030-7Q	TELECONSULTA MEDICA EM HEMATOLOGISTA	R\$ 80.00
03.01.01.030-7R	TELECONSULTA MEDICA EM NEFROLOGISTA	R\$ 80.00
03.01.01.030-7S	TELECONSULTA MEDICA EM NEUROCIRURGIA	R\$ 80.00
03.01.01.030-7T	TELECONSULTA MEDICA EM PSQUIATRIA INFANTIL	R\$ 80.00
03.01.01.030-7U	TELECONSULTA MEDICA EM HEPATOLOGIA	R\$ 80.00
03.01.01.030-7V	TELECONSULTA MEDICA EM NEUROPEDIATRIA	R\$ 80.00
03.01.01.030-7Y	TELECONSULTA MEDICA EM MASTOLOGIA	R\$ 80.00
03.01.01.030-7W	TELECONSULTA MEDICA EM PROCTOLOGIA	R\$ 80.00
III- CONSULTAS MÉDICAS (POR HORA)		
03.01.01.006-4PS	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA (CLINICO GERAL)	R\$ 100.00
03.01.06.009-6PA	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA EM PRONTO ATENDIMENTO	R\$ 134.00
03.01.01.007-2FP	CONSULTA MEDICA EM ESPECIALIDADE	R\$ 134.00

IV- AUDITOR/AUTORIZADOR		
10.01.99.000-1	MÉDICO AUDITOR/AUTORIZADOR (VALOR MENSAL)	2047.00
V- OUTROS ATENDIMENTOS/CONSULTAS REALIZADOS POR PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR (POR HORA)		
03.01.01.003-0CD	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA (EXCETO MÉDICO) CIRURGIÃO DENTISTA	R\$ 40.00
03.01.01.004-8TP	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) CIRURGIÃO DENTISTA DE PACIENTES	R\$ 100.00
03.01.01.004-8TK	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) CIRURGIÃO DENTISTA DE PACIENTES	R\$ 100.00
03.01.01.004-8UN	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) NUTRICIONISTA	R\$ 30.00
03.01.05.015-5	ATENDIMENTO EM PACIENTES EM TERAPIA NUTRICIONAL DOMICILIAR	R\$ 42.00
03.02.04.001-3	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM TRANSTORNOS RESPIRATÓRIOS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 30.00
03.02.04.001-3HF	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM TRANSTORNOS RESPIRATÓRIOS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS (DOMICILIAR)	R\$ 42.00
03.02.04.002-1	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM TRANSTORNOS RESPIRATÓRIOS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 30.00
03.02.04.002-2AG	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM TRANSTORNOS RESPIRATÓRIOS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS (DOMICILIAR)	R\$ 42.00
03.02.04.003-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	R\$ 30.00
03.02.04.003-0GP	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR (DOMICILIAR)	R\$ 42.00
03.02.04.004-8	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES PRÉ/PÓS CIRURGIA CARDIOVASCULAR	R\$ 30.00
03.02.04.004-8RG	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES PRÉ/PÓS CIRURGIA CARDIOVASCULAR (DOMICILIAR)	R\$ 42.00
03.02.04.005-6	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DIFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	R\$ 30.00
03.02.04.005-6MA	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DIFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS (DOMICILIAR)	R\$ 42.00
03.02.05.001-9	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ/PÓS OPERATÓRIO NAS DIFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICO	R\$ 30.00
03.02.05.001-9 LI	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ/PÓS OPERATÓRIO NAS DIFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICO (DOMICILIAR)	R\$ 42.00
03.02.05.002-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	R\$ 30.00
03.02.05.002-7SO	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS (DOMICILIAR)	R\$ 42.00
03.02.06.001-4	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEUROKINÉTICOS FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 30.00
03.02.06.001-4SN	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEUROKINÉTICOS FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 42.00
03.02.06.002-2	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEUROKINÉTICOS FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 30.00
03.02.06.002-2AM	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEUROKINÉTICOS FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS (DOMICILIAR)	R\$ 42.00
03.02.06.003-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEUROMOTOR	R\$ 30.00
03.02.06.003-0KF	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEUROMOTOR (DOMICILIAR)	R\$ 42.00
03.02.06.004-9	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM COMPROMETIMENTOS COGNITIVO	R\$ 30.00
03.02.06.004-9XV	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM COMPROMETIMENTOS COGNITIVO (DOMICILIAR)	R\$ 42.00
03.01.04.004-4PI	TERAPIA INDIVIDUAL - PSICOLOGIA	R\$ 30.00

03.01.04.004-4PD	TERAPIA INDIVIDUAL - PSICOLOGIA (DOMICILIAR)	R\$ 42.00
03.01.04.004-4PE	TERAPIA INDIVIDUAL - PSICOLOGIA (COM DIAGNÓSTICO TEA)	R\$ 70.00
03.01.04.004-4TO	TERAPIA INDIVIDUAL - TERAPEUTA OCUPACIONAL	R\$ 30.00
03.01.04.004-4TD	TERAPIA INDIVIDUAL - TERAPEUTA OCUPACIONAL (DOMICILIAR)	R\$ 42.00
03.01.04.004-4TT	TERAPIA INDIVIDUAL - TERAPEUTA OCUPACIONAL (COM DIAGNÓSTICO TEA)	R\$ 70.00
10.01.99.000-2	TERAPIA ABA	R\$ 120.00
VI- OUTROS ATENDIMENTOS/ACOMPANHAMENTOS REALIZADOS POR PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR (POR ATENDIMENTO)		
03.01.01.003-0DD	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA (EXCETO MÉDICO) CIRURGIÃO DENTISTA	R\$ 40.00
03.01.01.004-8XZ	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) CIRURGIÃO DENTISTA	R\$ 40.00
03.01.01.004-8VA	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) NUTRICIONISTA	R\$ 30.00
03.01.04.004-4II	TERAPIA INDIVIDUAL FONOAUDIOLÓGICA	R\$ 35.00
03.01.04.004-4IV	TERAPIA INDIVIDUAL FONOAUDIOLÓGICA INDIVIDUAL C/ DIAGNÓSTICO TEA	R\$ 70.00
03.01.04.004-4VI	TERAPIA INDIVIDUAL FONOAUDIOLÓGICA (DOMICILIAR)	R\$ 90.00
03.01.04.004-4IX	TERAPIA INDIVIDUAL - PSICOLOGIA	R\$ 30.00
03.01.04.004-4XI	TERAPIA INDIVIDUAL - PSICOLOGIA (DOMICILIAR)	R\$ 42.00
03.01.04.004-4RT	TERAPIA INDIVIDUAL - PSICOLOGIA (COM DIAGNÓSTICO TEA)	R\$ 70.00
03.01.04.004-4RF	TERAPIA INDIVIDUAL - TERAPEUTA OCUPACIONAL	R\$ 30.00
03.01.04.004-4AW	TERAPIA INDIVIDUAL - TERAPEUTA OCUPACIONAL (DOMICILIAR)	R\$ 42.00
03.01.04.004-4LY	TERAPIA INDIVIDUAL - TERAPEUTA OCUPACIONAL (COM DIAGNÓSTICO TEA)	R\$ 70.00
03.02.04.001-3	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM TRANSTORNOS RESPIRATÓRIOS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 30.00
03.02.04.001-3TY	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM TRANSTORNOS RESPIRATÓRIOS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS (DOMICILIAR)	R\$ 42.00
03.02.04.003-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM TRANSTORNOS RESPIRATÓRIOS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 30.00
03.02.04.002-2QK	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM TRANSTORNOS RESPIRATÓRIOS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS (DOMICILIAR)	R\$ 42.00
03.02.04.003-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	R\$ 30.00
03.02.04.003-0SL	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR (DOMICILIAR)	R\$ 42.00
03.02.04.004-8	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES PRÉ/PÓS CIRURGIA CARDIOVASCULAR	R\$ 30.00
03.02.04.004-8	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES PRÉ/PÓS CIRURGIA CARDIOVASCULAR (DOMICILIAR)	R\$ 42.00
03.02.04.005-6	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DIFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	R\$ 30.00
03.02.04.005-6HD	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DIFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS (DOMICILIAR)	R\$ 42.00
03.02.05.001-9	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES NO PRÉ/PÓS OPERATÓRIO NAS DIFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICO	R\$ 30.00
03.02.05.001-9 BO	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES NO PRÉ/PÓS OPERATÓRIO NAS DIFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICO (DOMICILIAR)	R\$ 42.00
03.02.05.002-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	R\$ 30.00

03.02.05.002-7CW	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS (DOMICILIAR)	R\$ 42.00
03.02.06.001-4	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEUROKINÉTICOS FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 30.00
03.02.06.001-4PW	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEUROKINÉTICOS FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 42.00
03.02.06.002-2	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEUROKINÉTICOS FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 30.00
03.02.06.002-3MA	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEUROKINÉTICOS FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 42.00
03.02.06.003-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEUROMOTOR	R\$ 30.00
03.02.06.003-0KF	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEUROMOTOR (DOMICILIAR)	R\$ 42.00
03.02.06.004-9	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM COMPROMETIMENTOS COGNITIVO	R\$ 30.00
03.02.06.004-9XX	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM COMPROMETIMENTOS COGNITIVO (DOMICILIAR)	R\$ 42.00
03.02.01.002-5	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES C/ DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS (APARELHO PRESTADOR)	R\$ 48.00
03.02.04.003-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR (APARELHO PRESTADOR)	R\$ 25.00
10.99.01.000-3	AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA	1550.00
10.99.01.000-4	APLICAÇÃO ABA COM SUPERVISÃO	R\$ 160.00
VII- PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS REALIZADOS POR OUTROS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR (POR HORA)		
10.99.01.000-5	PLANTÃO ENFERMEIRO 1 HORA	R\$ 41.29
10.99.01.000-6	PLANTÃO ENFERMEIRO 4 HORAS	R\$ 165.16
10.99.01.000-7	PLANTÃO ENFERMEIRO 6 HORAS	R\$ 247.74
10.99.01.000-8	PLANTÃO ENFERMEIRO 8 HORAS	R\$ 330.32
10.99.01.000-9	PLANTÃO ENFERMEIRO 12 HORAS	R\$ 495.48
10.99.01.001-0	PLANTÃO TÉCNICO EM ENFERMAGEM 1 HORA	R\$ 31.30
10.99.01.001-1	PLANTÃO TÉCNICO EM ENFERMAGEM 4 HORAS	R\$ 125.20
10.99.01.001-2	PLANTÃO TÉCNICO EM ENFERMAGEM 6 HORAS	R\$ 187.80
10.99.01.001-3	PLANTÃO TÉCNICO EM ENFERMAGEM 8 HORAS	R\$ 250.40
10.99.01.001-4	PLANTÃO TÉCNICO EM ENFERMAGEM 12 HORAS	R\$ 375.60
10.99.01.001-5	PLANTÃO FARMACÊUTICO 1 HORA	R\$ 37.00
10.99.01.001-6	PLANTÃO FARMACÊUTICO 4 HORAS	R\$ 148.00
10.99.01.001-7	PLANTÃO FARMACÊUTICO 6 HORAS	R\$ 222.00
10.99.01.001-8	PLANTÃO FARMACÊUTICO 8 HORAS	R\$ 296.00
10.99.01.001-9	PLANTÃO FARMACÊUTICO 12 HORAS	R\$ 444.00
10.99.01.002-0	PLANTÃO ASSISTENTE SOCIAL 1 HORA	R\$ 33.33
10.99.01.002-1	PLANTÃO ASSISTENTE SOCIAL 6 HORAS	R\$ 199.98
10.99.01.002-2	PLANTÃO ASSISTENTE SOCIAL 8 HORAS	R\$ 266.64
VIII-SESSÕES		

10.99.01.002-3	SESSÃO EQUOTERAPIA (ESTRUTURA PRESTADOR)	R\$ 150.00
10.99.01.002-4	SESSÃO OSTEOPATIA	R\$ 65.00
03.09.05.002-2	SESSÃO ACUPULTURA COM INSERÇÃO DE AGULHAS (INCLUIDO MATERIAL)	R\$ 30.00
IX- AMBULÂNCIAS		
10.99.01.002-5	REMOCAO EM AMBULANCIA DE SIMPLES TRANSPORTE (AMBULANCIA TIPO A) (POR KM)	R\$ 6.80
10.99.01.002-6	REMOCAO EM AMBULANCIA UTI MÓVEL (POR KM)	R\$ 17.16
10.99.01.002-7	REMOCAO EM AMBULANCIA SUPORTE NEONATAL (POR KM)	R\$ 19.50
10.99.01.041-4	AMBULANCIA DE SIMPLES TRANSPORTE (AMBULANCIA TIPO A) (POR HORA)	R\$ 190.00
10.99.01.041-5	AMBULANCIA UTI MÓVEL (POR HORA)	R\$ 350.00
X- DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO		
02.02.01.001-5	CLEARANCE OSMOLAR	R\$ 3.51
02.02.01.002-3	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	R\$ 2.01
02.02.01.003-1	DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS	R\$ 15.65
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
02.02.01.008-2	DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE	R\$ 3.51
02.02.01.009-0	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	R\$ 3.51
02.02.01.010-4	DOSAGEM DE ACETONA	R\$ 1.85
02.02.01.011-2	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	R\$ 2.01
02.02.01.012-0	DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$ 1.85
02.02.01.013-9	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO	R\$ 9.00
02.02.01.014-7	DOSAGEM DE ALDOLASE	R\$ 3.68
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
02.02.01.018-0	DOSAGEM DE AMILASE	R\$ 2.25
02.02.01.019-8	DOSAGEM DE AMONIA	R\$ 3.51
02.02.01.020-1	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$ 2.01
02.02.01.021-0	DOSAGEM DE CALCIO	R\$ 1.85
02.02.01.022-8	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	R\$ 3.51
02.02.01.023-6	DOSAGEM DE CAROTENO	R\$ 2.01

02.02.01.025-2	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	R\$ 3.68
02.02.01.026-0	DOSAGEM DE CLORETO	R\$ 1.85
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
02.02.01.031-7	DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 1.85
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
02.02.01.034-1	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
02.02.01.038-4	DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 15.59
02.02.01.039-2	DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$ 3.51
02.02.01.040-6	DOSAGEM DE FOLATO	R\$ 15.65
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
02.02.01.043-0	DOSAGEM DE FOSFORO	R\$ 1.85
02.02.01.044-9	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	R\$ 2.01
02.02.01.045-7	DOSAGEM DE GALACTOSE	R\$ 3.51
02.02.01.046-5	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 3.51
02.02.01.047-3	DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 1.85
02.02.01.048-1	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	R\$ 3.68
02.02.01.049-0	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	R\$ 3.68
02.02.01.050-3	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 7.86
02.02.01.051-1	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	R\$ 3.68
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
02.02.01.056-2	DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$ 2.01
02.02.01.057-0	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	R\$ 2.01

02.02.01.058-9	DOSAGEM DE PIRUVATO	R\$ 3.68
02.02.01.059-7	DOSAGEM DE PORFIRINAS	R\$ 3.51
02.02.01.060-0	DOSAGEM DE POTASSIO	R\$ 1.85
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
02.02.01.063-5	DOSAGEM DE SODIO	R\$ 1.85
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
02.02.01.068-6	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	R\$ 3.51
02.02.01.069-4	DOSAGEM DE UREIA	R\$ 1.85
02.02.01.070-8	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$ 15.24
02.02.01.071-6	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	R\$ 3.68
02.02.01.072-4	ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 4.42
02.02.01.073-2	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)	R\$ 15.65
02.02.01.074-0	PROVA DA D-XILOSE	R\$ 3.68
02.02.01.075-9	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS	R\$ 6.55
02.02.01.076-7	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$ 15.24
02.02.01.077-5	DETERMINAÇÃO DE CREMATÓCRITO NO LEITE HUMANO ORDENHADO	R\$ 1.53
02.02.01.078-3	ACIDEZ TITULÁVEL NO LEITE HUMANO (DORNIC)	R\$ 3.04
02.02.01.079-1	DOSAGEM DE PEPTÍDEOS NATRIURÉTICOS TIPO B (BNP E NT-PROBNP)	R\$ 27.00
02.02.02.001-0	CITOQUÍMICA HEMATOLOGICA	R\$ 6.48
02.02.02.002-9	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 2.73
02.02.02.003-7	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$ 2.73
02.02.02.004-5	DETERMINAÇÃO DE CURVA DE RESISTÊNCIA GLOBULAR	R\$ 2.73
02.02.02.005-3	DETERMINAÇÃO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)	R\$ 2.73
02.02.02.006-1	DETERMINAÇÃO DE SULFO-HEMOGLOBINA	R\$ 2.73
02.02.02.007-0	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	R\$ 2.73
02.02.02.008-8	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	R\$ 2.73
02.02.02.009-6	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	R\$ 2.73
02.02.02.010-0	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	R\$ 9.00
02.02.02.011-8	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SOBREVIVÊNCIA DE HEMÁCIAS	R\$ 5.79

02.02.02.012-6	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA	R\$ 2.85
02.02.02.013-4	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$ 5.77
02.02.02.014-2	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 2.73
02.02.02.015-0	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO (VHS)	R\$ 2.73
02.02.02.016-9	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	R\$ 4.11
02.02.02.017-7	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	R\$ 6.48
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\$ 110.00
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 (ANTIGENO)	R\$ 18.91
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
02.02.02.029-0	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	R\$ 4.60
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
02.02.02.033-9	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	R\$ 2.73
02.02.02.034-7	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	R\$ 4.11
02.02.02.035-5	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 5.41
02.02.02.036-3	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	R\$ 2.73
02.02.02.037-1	HEMATOCRITO	R\$ 1.53
02.02.02.038-0	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 4.11
02.02.02.039-8	LEUCOGRAMA	R\$ 2.73
02.02.02.040-1	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	R\$ 25.00
02.02.02.041-0	PESQUISA DE CELULAS LE	R\$ 4.11
02.02.02.042-8	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	R\$ 2.73
02.02.02.043-6	PESQUISA DE FILARIA	R\$ 2.73
02.02.02.044-4	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	R\$ 2.73

02.02.02.046-0	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	R\$ 2.73
02.02.02.048-7	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	R\$ 4.11
02.02.02.049-5	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	R\$ 2.73
02.02.02.050-9	PROVA DO LACO	R\$ 2.73
02.02.02.051-7	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	R\$ 2.73
02.02.02.052-5	TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS	R\$ 12.00
02.02.02.053-3	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	R\$ 2.73
02.02.02.054-1	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$ 2.73
02.02.02.055-0	DOSAGEM DE PROTEINA C FUNCIONAL	R\$ 75.00
02.02.02.056-8	DOSAGEM DE PROTEINA S FUNCIONAL	R\$ 125.00
02.02.02.057-6	PESQUISA DE ANTICOAGULANTE LÚPICO	R\$ 110.00
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
02.02.03.004-0	DETECÇÃO DE ÁCIDOS NUCLEICOS DO HIV-1 (QUALITATIVO)	R\$ 65.00
02.02.03.005-9	DETECÇÃO DE RNA DO VÍRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	R\$ 96.00
02.02.03.006-7	DETERMINAÇÃO DE COMPLEMENTO (CH50)	R\$ 9.25
02.02.03.007-5	DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATOIDE	R\$ 2.83
02.02.03.008-3	DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA	R\$ 9.25
02.02.03.009-1	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R\$ 15.06
02.02.03.010-5	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$ 16.42
02.02.03.011-3	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	R\$ 13.55
02.02.03.012-1	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$ 17.16
02.02.03.013-0	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	R\$ 17.16
02.02.03.014-8	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	R\$ 2.83
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
02.02.03.017-2	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IGG)	R\$ 17.16
02.02.03.018-0	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$ 9.25
02.02.03.019-9	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	R\$ 17.16
02.02.03.020-2	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 2.83
02.02.03.021-0	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 298.48
02.02.03.022-9	IMUNOELETOFORESE DE PROTEINAS	R\$ 17.16

02.02.03.023-7	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R\$ 80.00
02.02.03.025-3	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	R\$ 10.00
02.02.03.026-1	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	R\$ 10.00
02.02.03.027-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$ 8.67
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
02.02.03.032-6	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
02.02.03.037-7	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\$ 9.25
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 ANTICORTEIX SUPRARENAL	R\$ 17.16
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
02.02.03.047-4	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
02.02.03.051-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA 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\$ 31.01
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
02.02.03.062-8	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	R\$ 4.10
02.02.03.071-7	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCICIAL 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\$ 71.00
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	9,,25
02.02.03.078-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	R\$ 18.55
02.02.03.079-2	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS	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	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
02.02.03.096-2	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
02.02.03.099-7	DETECÇÃO DE CLAMÍDIA E GONOCOCO POR BIOLOGIA MOLECULAR	R\$ 60.00
02.02.03.100-4	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	R\$ 2.83
02.02.03.101-2	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	R\$ 4.10
02.02.03.102-0	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA	R\$ 10.00
02.02.03.103-9	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	R\$ 9.25
02.02.03.104-7	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	R\$ 10.00
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
02.02.03.107-1	QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO HIV-1	R\$ 18.00
02.02.03.108-0	QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO VÍRUS DA HEPATITE C	R\$ 168.48
02.02.03.109-8	TESTE TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$ 4.10
02.02.03.110-1	REAÇÃO DE MONTENEGRO ID	R\$ 2.83
02.02.03.111-0	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$ 2.83
02.02.03.112-8	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10.00
02.02.03.113-6	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10.00
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
02.02.03.117-9	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS EM GESTANTES	R\$ 2.83
02.02.03.118-7	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA	R\$ 18.55
02.02.03.119-5	DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO	R\$ 17.16
02.02.03.120-9	DOSAGEM DE TROPONINA	R\$ 9.00
02.02.03.121-7	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	R\$ 13.35
02.02.03.122-5	EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER I	R\$ 80.00
02.02.03.123-3	EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER II	R\$ 120.00
02.02.03.125-0	DETECÇÃO DE RNA DO HTLV-1	R\$ 65.00

02.02.03.126-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 (WESTERN-BLOT)	R\$ 85.00
02.02.03.127-6	DOSAGEM DE ADENOSINA-DESAMINASE (ADA)	R\$ 13.06
02.02.03.128-4	ANTIBETA 2 GLICOPROTEINA I -IGG	R\$ 125.00
02.02.03.129-2	DOSAGEM DE ANTI-BETA-2-GLICOPROTEÍNA I - IGM	R\$ 125.00
02.02.03.130-6	DIAGNÓSTICO E REAVALIAÇÃO DE HEMOGLOBINÚRIA PAROXISTICA NOTURNA	R\$ 80.00
02.02.03.131-4	DOSAGEM DE ANTICORPO ANTI-ACHR	R\$ 86.20
02.02.03.132-2	DOSAGEM DE SIROLIMO	R\$ 52.33
02.02.04.001-1	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	R\$ 1.65
02.02.04.002-0	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	R\$ 3.04
02.02.04.003-8	EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	R\$ 3.04
02.02.04.004-6	IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	R\$ 1.65
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
02.02.04.007-0	PESQUISA DE GORDURA FECAL	R\$ 1.65
02.02.04.008-9	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	R\$ 1.65
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
02.02.04.011-9	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)	R\$ 1.65
02.02.04.012-7	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$ 1.65
02.02.04.013-5	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	R\$ 10.25
02.02.04.014-3	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 1.65
02.02.04.015-1	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	R\$ 1.65
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
02.02.05.001-7	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$ 3.70
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
02.02.05.005-0	CONTAGEM DE ADDIS	R\$ 2.04
02.02.05.006-8	DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE	R\$ 3.70
02.02.05.007-6	IDENTIFICAÇÃO DE GLICÍDIOS URINÁRIOS POR CROMATOLOGRAFIA (CAMADA DELGADA)	R\$ 3.70
02.02.05.008-4	DOSAGEM DE CITRATO	R\$ 2.01
02.02.05.009-2	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 8.12

02.02.05.010-6	DOSAGEM DE OXALATO	R\$ 3.68
02.02.05.011-4	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$ 2.04
02.02.05.012-2	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	R\$ 3.04
02.02.05.013-0	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	R\$ 3.70
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
02.02.05.017-3	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA	R\$ 2.04
02.02.05.018-1	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	R\$ 2.40
02.02.05.019-0	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	R\$ 2.04
02.02.05.020-3	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	R\$ 2.04
02.02.05.021-1	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	R\$ 3.70
02.02.05.022-0	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	R\$ 2.04
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
02.02.05.026-2	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	R\$ 40.00
02.02.05.027-0	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	R\$ 2.04
02.02.05.028-9	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	R\$ 3.70
02.02.05.029-7	PESQUISA DE PORFEBILINOGENIO NA URINA	R\$ 2.04
02.02.05.030-0	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	R\$ 4.44
02.02.05.031-9	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	R\$ 2.04
02.02.05.032-7	PROVA DE DILUICAO (URINA)	R\$ 2.04
02.02.06.001-2	DETERMINAÇÃO DE ÍNDICE DE TIROXINA LIVRE	R\$ 12.54
02.02.06.002-0	DETERMINAÇÃO DE RETENÇÃO DE T3	R\$ 12.54
02.02.06.003-9	DETERMINAÇÃO DE T3 REVERSO	R\$ 14.69
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
02.02.06.007-1	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	R\$ 6.72
02.02.06.008-0	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R\$ 14.12
02.02.06.009-8	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	R\$ 11.89
02.02.06.010-1	DOSAGEM DE AMP CICLICO	R\$ 12.01
02.02.06.011-0	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	R\$ 11.53

02.02.06.012-8	DOSAGEM DE CALCITONINA	R\$ 14.38
02.02.06.013-6	DOSAGEM DE CORTISOL	R\$ 9.86
02.02.06.014-4	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$ 11.25
02.02.06.015-2	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R\$ 11.71
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
02.02.06.019-5	DOSAGEM DE GASTRINA	R\$ 14.12
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\$ 4.90
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
02.02.06.026-8	DOSAGEM DE INSULINA	R\$ 10.17
02.02.06.027-6	DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$ 43.13
02.02.06.028-4	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R\$ 15.35
02.02.06.029-2	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$ 10.22
02.02.06.030-6	DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$ 10.15
02.02.06.031-4	DOSAGEM DE RENINA	R\$ 13.19
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
02.02.06.034-9	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$ 10.43
02.02.06.035-7	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 13.11
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
02.02.06.039-0	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 4.20
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 COM GNRH OU COM AGONISTA GNRH	R\$ 12.01
02.02.06.043-8	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	R\$ 12.01
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
02.02.06.046-2	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	R\$ 8.43
02.02.06.047-0	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	R\$ 12.15
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
02.02.07.005-0	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	R\$ 15.65
02.02.07.006-9	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	R\$ 3.51
02.02.07.007-7	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	R\$ 2.01
02.02.07.008-5	DOSAGEM DE ALUMINIO	R\$ 27.50
02.02.07.009-3	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	R\$ 10.00
02.02.07.010-7	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	R\$ 10.00
02.02.07.011-5	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	R\$ 10.00
02.02.07.012-3	DOSAGEM DE BARBITURATOS	R\$ 13.13
02.02.07.013-1	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	R\$ 13.48
02.02.07.014-0	DOSAGEM DE CADMIO	R\$ 6.55
02.02.07.015-8	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	R\$ 17.53
02.02.07.016-6	DOSAGEM DE CARBOXY-HEMOGLOBINA	R\$ 4.11
02.02.07.017-4	DOSAGEM DE CHUMBO	R\$ 8.83
02.02.07.018-2	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	R\$ 58.61
02.02.07.019-0	DOSAGEM DE COBRE	R\$ 3.51
02.02.07.020-4	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	R\$ 8.97
02.02.07.021-2	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA	R\$ 15.65
02.02.07.022-0	DOSAGEM DE FENITOINA	R\$ 35.22
02.02.07.023-9	DOSAGEM DE FENOL	R\$ 2.05
02.02.07.024-7	DOSAGEM DE FORMALDEIDO	R\$ 3.51
02.02.07.025-5	DOSAGEM DE LITIO	R\$ 2.25
02.02.07.026-3	DOSAGEM DE MERCURIO	R\$ 2.04
02.02.07.027-1	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	R\$ 4.11
02.02.07.028-0	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	R\$ 10.00
02.02.07.029-8	DOSAGEM DE METOTREXATO	R\$ 10.00
02.02.07.030-1	DOSAGEM DE QUINIDINA	R\$ 10.00

02.02.07.031-0	DOSAGEM DE SALICILATOS	R\$ 2.01
02.02.07.032-8	DOSAGEM DE SULFATOS	R\$ 3.51
02.02.07.033-6	DOSAGEM DE TEOFILINA	R\$ 15.65
02.02.07.034-4	DOSAGEM DE TIOCIANATO	R\$ 3.68
02.02.07.035-2	DOSAGEM DE ZINCO	R\$ 15.65
02.02.08.001-3	ANTIBIOGRAMA	R\$ 4.98
02.02.08.002-1	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	R\$ 13.33
02.02.08.003-0	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	R\$ 13.33
02.02.08.004-8	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	R\$ 4.20
02.02.08.005-6	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSEIASE)	R\$ 4.20
02.02.08.006-4	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	R\$ 4.20
02.02.08.007-2	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	R\$ 2.80
02.02.08.008-0	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$ 5.62
02.02.08.009-9	CULTURA DO LEITE HUMANO (POS-PASTEURIZAÇÃO)	R\$ 5.62
02.02.08.010-2	CULTURA P/ HERPESVIRUS	R\$ 4.33
02.02.08.011-0	CULTURA PARA BAAR	R\$ 5.63
02.02.08.012-9	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	R\$ 10.25
02.02.08.013-7	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	R\$ 4.19
02.02.08.014-5	EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)	R\$ 2.80
02.02.08.015-3	HEMOCULTURA	R\$ 11.49
02.02.08.016-1	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	R\$ 5.63
02.02.08.017-0	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	R\$ 4.33
02.02.08.018-8	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	R\$ 2.80
02.02.08.019-6	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	R\$ 4.33
02.02.08.020-0	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	R\$ 2.80
02.02.08.021-8	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	R\$ 4.33
02.02.08.022-6	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	R\$ 2.80
02.02.08.023-4	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	R\$ 5.04
02.02.08.024-2	PROVA CONFIRMATÓRIA DA PRESENÇA DE MICRO-ORGANISMOS COLIFORMES	R\$ 5.62
02.02.09.001-9	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1.89
02.02.09.002-7	ADENOGRAMA	R\$ 5.79
02.02.09.003-5	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	R\$ 4.33
02.02.09.004-3	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	R\$ 4.33

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
02.02.09.007-8	DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 6.56
02.02.09.008-6	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 1.89
02.02.09.009-4	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	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
02.02.09.012-4	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1.89
02.02.09.013-2	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1.89
02.02.09.015-9	ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR	R\$ 5.23
02.02.09.016-7	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 6.56
02.02.09.017-5	ESPLENOGRAMA	R\$ 5.79
02.02.09.018-3	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	R\$ 1.89
02.02.09.019-1	MIELOGRAMA	R\$ 5.79
02.02.09.021-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDEOS (ELISA)	R\$ 9.70
02.02.09.022-1	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA	R\$ 2.01
02.02.09.023-0	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	R\$ 1.89
02.02.09.024-8	PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS	R\$ 1.89
02.02.09.025-6	PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA	R\$ 1.89
02.02.09.026-4	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDEOS (APOS VASECTOMIA)	R\$ 4.80
02.02.09.027-2	PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1.89
02.02.09.028-0	PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)	R\$ 9.70
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
02.02.09.031-0	REACAO DE PANDY	R\$ 1.89
02.02.09.032-9	REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1.89
02.02.09.033-7	TESTE DE CLEMENTS	R\$ 1.89
02.02.09.034-5	TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS	R\$ 4.69
02.02.09.035-3	TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO	R\$ 4.69
02.02.10.001-4	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 180.00
02.02.10.002-2	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 160.00
02.02.10.003-0	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 160.00
02.02.10.004-9	QUANTIFICAÇÃO/AMPLIFICAÇÃO DO HER-2	R\$ 120.00

02.02.10.021-9	DIAGNÓSTICO DE LEUCEMIA CROMOSSOMA PHILADELPHIA POSITIVO POR TÉCNICA MOLECULAR	R\$ 144.24
02.02.10.022-7	REAVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE LEUCEMIA CROMOSSOMA PHILADELPHIA POSITIVO POR TÉCNICA MOLECULAR	R\$ 168.48
02.02.10.023-5	PESQUISA DE MUTAÇÃO DO GENE DA PROTROMBINA	R\$ 180.00
02.02.11.001-0	DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 8.80
02.02.11.002-8	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)	R\$ 66.00
02.02.11.003-6	DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)	R\$ 66.00
02.02.11.004-4	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 5.50
02.02.11.005-2	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4	R\$ 12.10
02.02.11.006-0	DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECCAO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	R\$ 20.90
02.02.11.007-9	DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	R\$ 5.50
02.02.11.008-7	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 13.20
02.02.11.009-5	DOSAGEM DE 17 HIDROXI PROGESTERONA EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	R\$ 8.00
02.02.11.010-9	DOSAGEM DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SANGUE EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	R\$ 5.50
02.02.11.011-7	DOSAGEM QUANTITATIVA DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SORO	R\$ 137.00
02.02.11.012-5	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA	R\$ 66.00
02.02.11.013-3	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE	R\$ 66.00
02.02.11.014-1	DOSAGEM DE CLORETO NO SUOR	R\$ 150.00
02.02.11.015-0	PESQUISA DE IGM ANTI-TOXOPLASMA GONDII EM SANGUE SECO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	R\$ 8.19
02.02.12.001-5	DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS	R\$ 10.65
02.02.12.002-3	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1.37
02.02.12.003-1	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	R\$ 10.65
02.02.12.004-0	IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS	R\$ 10.65
02.02.12.005-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO	R\$ 5.79
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
02.02.12.008-2	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1.37
02.02.12.009-0	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R\$ 20.00
02.02.12.010-4	TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	R\$ 5.79
02.14.01.012-0	SOROLOGIA DENGUE IGG/IGM	R\$ 43.33
10.99.01.002-9	ALBUMINA	R\$ 15.00
10.99.01.003-1	PESQUISA ANTICORPOS ENDOMISIO IGA	R\$ 50.00
10.99.01.003-2	PESQUISA ANTICORPOS ENDOMISIO IGG	R\$ 50.00
10.99.01.003-3	PESQUISA ANTICORPOS ENDOMISIO IGM	R\$ 50.00

10.99.01.003-4	PESQUISA ANTI HB HUMANO	R\$ 15.00
10.99.01.003-5	PESQUISA ANTICORPOS ANTI FATOR INTRINSECO	R\$ 140.00
10.99.01.003-6	PESQUISA ANTIGLIADINA IGA	R\$ 15.00
10.99.01.003-7	PESQUISA ANTIGLIADINA IGM	R\$ 80.00
10.99.01.003-8	CURVA DE INSULINA (CADA)	R\$ 10.00
10.99.01.003-9	PESQUISA ANTICORPOS ANTI RECEPTOR DO TSH (TRAB)	R\$ 48.00
10.99.01.004-0	PESQUISA ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE IGG	R\$ 30.00
10.99.01.004-1	DOSAGEM ARSÊNICO (SANGUE)	R\$ 80.00
10.99.01.004-2	PESQUISA ANTICORPOS ANTI PEPTIDEO CICLICO CITRULINADO (ANTI CCP)	R\$ 82.00
10.99.01.004-3	DOSAGEM RESERVA ALCALINA (BICARBONATO)	R\$ 50.00
10.99.01.004-4	PESQUISA MARCADORES TUMORAIS 15.3	R\$ 20.00
10.99.01.004-5	PESQUISA MARCADORES TUMORAIS 19.9	R\$ 15.00
10.99.01.004-6	PESQUISA MARCADORES TUMORAIS 74.4	R\$ 30.00
10.99.01.004-7	PESQUISA FATOR ANTINUCLEO (FAN)	R\$ 22.00
10.99.01.004-8	DOSAGEM CÁLCIO URINA 24 HS	R\$ 20.00
10.99.01.005-0	COPROCULTURA	R\$ 25.00
10.99.01.005-1	CULTURA STREPTOCOCCUS GRUPO B	R\$ 30.00
10.99.01.005-2	DOSAGEM DÍMERO D	R\$ 45.00
10.99.01.005-3	FOSFATASE FRAÇÃO ÓSSEA	R\$ 170.00
10.99.01.005-4	GLOBULINA TRANSPORTADORA DE HORMÔNIOS SEXUAIS	R\$ 25.00
10.99.01.005-6	PSA LIVRE E TOTAL	R\$ 25.00
10.99.01.005-7	RAST ALFA LACTOALBUMINA (F76)	R\$ 30.00
10.99.01.005-8	RAST BETA LACTOGLOBULINA (F77)	R\$ 30.00
10.99.01.005-9	RAST CASEÍNA (F78)	R\$ 18.00
10.99.01.006-0	RAST GLUTEN (F29)	R\$ 18.00
10.99.01.006-1	RAST PROTEÍNA LEITE (C312)	R\$ 70.00
10.99.01.006-2	RAST CORANTE AMARELO (C279)	R\$ 50.00
10.99.01.006-3	RAST CORANTE VERMELHO (F340)	R\$ 40.00
10.99.01.006-4	RAST GEMA DO OVO (F75)	R\$ 18.00
10.99.01.006-5	RAST CLARA DO OVO (F1)	R\$ 18.00
10.99.01.006-6	RAST CAMARÃO (f24)	R\$ 25.00
10.99.01.006-7	RAST FORMIGA (F70)	R\$ 22.00
10.99.01.006-8	RAST INSETO ABELHA (I1)	R\$ 22.00

10.99.01.006-9	RAST BARATA (I6)	R\$ 22.00
10.99.01.007-0	RAST MARIMBONDO ((I4)	R\$ 22.00
10.99.01.007-1	RAST AMENDOIM (F13)	R\$ 27.00
10.99.01.007-2	RAST D2	R\$ 22.00
10.99.01.007-3	RAST D201	R\$ 22.00
10.99.01.007-4	RAST MX2	R\$ 30.00
10.99.01.007-5	RAST EX1	R\$ 35.00
10.99.01.007-6	RAST TX1	R\$ 25.00
10.99.01.007-7	RAST CARNE DE PORCO (F26)	R\$ 10.30
10.99.01.007-8	RAST CARNE DE FRANGO (F83)	R\$ 10.30
10.99.01.007-9	RAST CARNE DE VACA (F27)	R\$ 10.30
10.99.01.008-0	RAST POEIRA DOMÉSTICA	R\$ 12.00
10.99.01.008-1	RAST LARANJA (F33)	R\$ 10.00
10.99.01.008-2	RAST SOJA (F14)	R\$ 10.30
10.99.01.008-3	RAST CACAU (F93)	R\$ 10.30
10.99.01.008-4	RAST PEIXE TILÁPIA (APF414)	R\$ 16.50
10.99.01.008-5	RAST PEIXE BACALHAU (F3)	R\$ 10.30
10.99.01.008-6	RAST PEIXE ATUM (F40)	R\$ 10.30
10.99.01.008-7	RAST PEIXE MERLUZA (APF3070)	R\$ 16.50
10.99.01.008-8	RAST PEIXE SARDINHA (APF308)	R\$ 16.50
10.99.01.008-9	RAST PAINEL (FX2) (BACALHAU,CAMARÃO,MEXILHÃO, ATUM E SALMÃO)	R\$ 12.00
10.99.01.009-0	RAST PAINEL (FX3) (CARNE DE PORCO, CRNE DE FRANGO, CRNE DE VACA)	R\$ 30.00
10.99.01.009-1	RAST PAINEL (HP1) POEIRA	R\$ 25.00
10.99.01.009-2	TESTE DE INTOLERÂNCIA LACTOSE (4 TEMPOS)	R\$ 64.00
10.99.01.009-3	ÍNDICE DE SATURAÇÃO TRANSFERRINA	R\$ 9.00
10.99.01.009-4	DOSAGEM DE 11-DESOXICORTICOSTERONA	R\$ 419.00
10.99.01.009-5	DOSAGEM DE 11-DESOXICORTISOL	R\$ 65.00
10.99.01.009-6	PESQUISA ANTICORPO LIGADOR DO RECEPTOR ACETICOLINA	R\$ 170.00
10.99.01.009-7	DOSAGEM ALUMÍNIO URINÁRIO 24 HORAS	R\$ 67.50
10.99.01.009-8	ANTICORPO ANTI I CENTROMERO	R\$ 12.00
10.99.01.009-9	ANTICORPOS ANTI GAD	R\$ 85.00
10.99.01.010-0	ANTI GLIADINA IGG	R\$ 21.00
10.99.01.010-1	APOLIPOPROTEINA A1	R\$ 10.20

10.99.01.010-2	BETA HCG QUANTITATIVO MARCADOR TUMORAL	R\$ 4.90
10.99.01.010-4	CALPROTEQUINA FECAL	R\$ 130.00
10.99.01.010-5	CATECOLOMINAS FRAÇÕES	R\$ 62.00
10.99.01.010-6	CATECOLOMINAS URINA 24 HIAS	R\$ 65.00
10.99.01.010-9	HIV PCR QUANTITATIVO EM TEMPO REAL	R\$ 144.54
10.99.01.041-0	NS1 P/ DENGUE	R\$ 36.75
10.99.01.041-1	TESTE RÁPIDO INFLUENZA	R\$ 55.42
10.99.01.041-2	TESTE RÁPIDO COVID	R\$ 44.98
10.99.01.041-3	TESTE GENETICO DE INTOLERANCIA A LACTOSE	R\$ 170.00
10.99.02.011-0	HORMONIO ANTI MULLERIANO	R\$ 190.00
10.99.02.011-1	iodo SERICO	R\$ 78.00
10.99.02.011-2	JO 1 AUTO ANTICORPOS	R\$ 22.00
10.99.02.011-3	METANEFRIAS FRAÇÕES URINA 24 HORAS	R\$ 99.00
10.99.02.011-4	METANEFRIAS FRACIONADAS PLASMA	R\$ 240.00
10.99.02.011-5	MICOBACTERIAS CULTURA	R\$ 15.00
10.99.02.011-6	PAINEL IMUNO-HISTOQUIMICA ACIMA DE 5 MARCADORES	R\$ 590.00
10.99.02.011-7	PAPILOMAVIRUS HUMANO HPV POR CAPTURA HIBRIDA	R\$ 190.00
10.99.02.011-8	PROTEINA C ATIVADA RESISTENCIA	R\$ 270.00
10.99.02.011-9	PROTEINA C REATIVA ULTRASSENSIVEL	R\$ 6.80
10.99.02.012-0	PROTEINA S LIVRE	R\$ 48.00
10.99.02.012-1	SACCHARROMYCES CEREVISIAE IGA/OGG	R\$ 63.00
10.99.02.012-2	SELENIO	R\$ 20.00
10.99.02.012-3	VDRL QUANTITATIVO	R\$ 9.00
10.99.02.012-4	VITAMINA A	R\$ 38.00
10.99.02.012-5	VITAMINA B6	R\$ 61.00
10.99.02.012-6	VITAMINA C	R\$ 18.00
10.99.02.012-3	VDRL QUANTITATIVO	R\$ 9.00
XI- DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA		
10.99.01.012-8	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM BIÓPSIA SIMPLES	R\$ 36.94
10.99.01.012-9	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM FRAGMENTOS MÚLTIPLOS DE BIÓPSIA DE MESMO ÓRGÃO OU TOPOGRAFIA, ACONDICIONADOS EM UM MESMO	R\$ 36.94
10.99.01.013-0	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM PEÇA ANATÔMICA OU CIRÚRGICA SIMPLES	R\$ 36.94
10.99.01.013-1	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM PEÇA ANATÔMICA OU CIRÚRGICA COMPLEXA	R\$ 36.94
10.99.01.013-2	COLORAÇÃO ESPECIAL (POR COLORAÇÃO)	R\$ 36.94

10.99.01.013-3	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM GRUPOS DE 05 LINFONODOS, ESTRUTURAIS VIZINHAS E MARGENS DE PEÇAS ANATÔMICAS SIMPLES OIU	R\$ 36.94
10.99.01.013-4	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM AMPUTAÇÃO DE MEMBROS SEM CAUSA ONCOLÓGICA	R\$ 36.94
10.99.01.013-5	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM AMPUTAÇÃO DE MEMBROS COM CAUSA ONCOLÓGICA	R\$ 36.94
10.99.01.013-6	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM NECROPSIA DE EMBRIÃO/FETO (ATÉ 500 GRAMAS)	R\$ 36.94
10.99.01.013-7	ANATOMO PATOLÓGICO (REVISÃO)	R\$ 42.70
10.99.01.013-8	COLPOTOLOGIA ONCÓTICA (PAPANICOLAU)	R\$ 13.68
10.99.01.013-9	IMUNOHISTOQUÍMICA ATÉ 3 MARCADORES	R\$ 533.72
10.99.01.014-0	CITOLOGIA ONCÓTICA DE LÍQUIDOS (CITOLOGIA GERAL)	R\$ 19.47
10.99.01.014-1	PUNÇÃO ASPIRATIVA POR AGULHA FINA	R\$ 57.47
XII- DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA		
02.04.01.001-2	DACRIOCISTOGRAFIA	R\$ 48.85
02.04.01.002-0	PLANIGRAFIA DE LARINGE	R\$ 120.00
02.04.01.003-9	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	R\$ 42.50
02.04.01.004-7	RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS)	R\$ 40.80
02.04.01.005-5	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	R\$ 39.69
02.04.01.006-3	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	R\$ 36.33
02.04.01.007-1	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLÍQUA / BRETTON + HIRTZ)	R\$ 42.52
02.04.01.008-0	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	R\$ 39.58
02.04.01.009-8	RADIOGRAFIA DE LARINGE	R\$ 42.43
02.04.01.010-1	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)	R\$ 39.16
02.04.01.011-0	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)	R\$ 80.00
02.04.01.012-8	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 40.74
02.04.01.013-6	RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (LOCALIZACAO DE CORPO ESTRANHO)	R\$ 43.90
02.04.01.014-4	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 38.55
02.04.01.015-2	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON)	R\$ 31.17
02.04.01.019-5	SIALOGRAFIA (POR GLANDULA)	R\$ 380.00
02.04.02.001-8	MIELOGRAFIA	R\$ 118.80
02.04.02.003-4	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	R\$ 41.60
02.04.02.004-2	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	R\$ 50.50
02.04.02.005-0	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA	R\$ 48.93
02.04.02.006-9	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 52.60
02.04.02.007-7	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)	R\$ 39.40
02.04.02.008-5	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA	R\$ 40.80

02.04.02.009-3	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	R\$ 45.78
02.04.02.010-7	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	R\$ 47.88
02.04.02.011-5	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINAMICA	R\$ 43.70
02.04.02.012-3	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA	R\$ 37.48
02.04.02.013-1	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUNA TOTAL- TELESPONDILOGRAFIA (P/ ESCOLIOSE)	R\$ 73.00
02.04.03.002-1	DUCTOGRAFIA (POR MAMA)	R\$ 80.00
02.04.03.004-8	MARCAÇÃO PRE-CIRURGICA DE LESAO NAO PALPAVEL DE MAMA ASSOCIADA A MAMOGRAFIA	R\$ 62.50
02.04.03.007-2	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	R\$ 40.63
02.04.03.008-0	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	R\$ 200.00
02.04.03.009-9	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	R\$ 48.50
02.04.03.010-2	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)	R\$ 34.05
02.04.03.011-0	RADIOGRAFIA DE PNEUMOMEDIASTINO	R\$ 81.80
02.04.03.012-9	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDOTICA)	R\$ 39.40
02.04.03.013-7	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA + INSPIRAÇÃO + EXPIRAÇÃO + LATERAL)	R\$ 42.30
02.04.03.014-5	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 51.24
02.04.03.015-3	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	R\$ 47.04
02.04.03.016-1	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRAO OIT)	R\$ 38.70
02.04.03.017-0	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	R\$ 37.06
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	R\$ 52.00
10.99.01.014-2	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO (MAMA MOVEL)	R\$ 85.00
02.04.04.001-9	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	R\$ 33.28
02.04.04.002-7	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	R\$ 34.86
02.04.04.003-5	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	R\$ 34.28
02.04.04.004-3	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	R\$ 40.01
02.04.04.005-1	RADIOGRAFIA DE BRACO	R\$ 38.43
02.04.04.006-0	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	R\$ 36.96
02.04.04.007-8	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R\$ 33.39
02.04.04.008-6	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO	R\$ 32.34
02.04.04.009-4	RADIOGRAFIA DE MAO	R\$ 34.96
02.04.04.010-8	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	R\$ 31.81
02.04.04.011-6	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES)	R\$ 40.40
02.04.04.012-4	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 40.42
02.04.05.001-4	CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE	R\$ 285.00

02.04.05.004-9	DUODENOGRRAFIA HIPOTONICA	R\$ 36.24
02.04.05.005-7	FISTULOGRAFIA	R\$ 300.00
02.04.05.006-5	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	R\$ 400.00
02.04.05.011-1	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	R\$ 47.04
02.04.05.012-0	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	R\$ 65.25
02.04.05.013-8	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	R\$ 38.22
02.04.05.014-6	RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO	R\$ 250.00
02.04.05.015-4	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO)	R\$ 350.00
02.04.05.016-2	RADIOGRAFIA P/ ESTUDO DO DELGADO C/ DUPLO CONTRASTE (ENTEROCLISE)	R\$ 53.00
10.99.01.014-3	RADIOGRAFIA DE PÊNIS	R\$ 25.93
10.99.01.014-4	RADIOGRAFIA AMPLIAÇÃO OU MAGNIFICAÇÃO DE LESÃO MAMÁRIA	R\$ 80.00
02.04.05.017-0	URETROCISTOGRAFIA	R\$ 400.00
10.99.01.014-5	URETROCISTOGRAFIA RETROGRADA	R\$ 466.38
02.04.05.018-9	UROGRAFIA VENOSA	R\$ 400.00
10.99.01.040-4	UROGRAFIA EXCRETORA	R\$ 500.00
02.04.06.001-0	ARTROGRAFIA	R\$ 43.34
10.99.01.014-6	DENSITOMETRIA OSSEA 1 SEGUIMENTO	R\$ 80.00
10.99.01.014-7	DENSITOMETRIA OSSEA 2 SEGUIMENTOS	R\$ 95.00
10.99.01.014-8	DENSITOMETRIA OSSEA CORPO INTEIRO	R\$ 120.00
02.04.06.003-6	ESCANOMETRIA	R\$ 7.77
02.04.06.006-0	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	R\$ 40.53
02.04.06.007-9	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA	R\$ 36.75
02.04.06.008-7	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	R\$ 35.70
02.04.06.009-5	RADIOGRAFIA DE BACIA	R\$ 40.53
02.04.06.010-9	RADIOGRAFIA DE CALCANEO	R\$ 40.43
02.04.06.011-7	RADIOGRAFIA DE COXA	R\$ 41.80
02.04.06.012-5	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	R\$ 36.75
02.04.06.013-3	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	R\$ 40.53
02.04.06.014-1	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)	R\$ 38.64
02.04.06.015-0	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	R\$ 46.75
02.04.06.016-8	RADIOGRAFIA DE PERNA	R\$ 41.80
02.04.06.017-6	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES	R\$ 36.54
XIII- DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA		

10.99.01.014-9	ECOCARDIOGRAFIA FETAL	R\$ 215.00
10.99.01.015-0	ECOCARDIOGRAFIA INFANTIL	R\$ 250.00
02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	R\$ 100.00
02.05.01.005-9	ULTRASSONOGRAMA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	R\$ 60.00
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA	R\$ 60.00
10.99.01.015-1	ULTRASSONOGRAMA C/ DOPPLER COLORIDO DE ABDOMEM TOTAL E Pelve FEMININO	R\$ 168.52
10.99.01.015-2	ULTRASSONOGRAMA C/ DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS/ARTERIAIS BILATERAL/CARÓTIDAS E VERTEBRAS	R\$ 129.36
10.99.01.015-3	ULTRASSONOGRAMA C/ DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS/VENOSO BILATERAL SUBCLAVIAS E JULGULARES	R\$ 129.36
10.99.01.015-4	ULTRASSONOGRAMA C/ DOPPLER COLORIDO DE ÓRGÃO OU ESTRUTURA ISOLADA	R\$ 129.36
10.99.01.015-5	ULTRASSONOGRAMA C/ DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ARTERIAS RENAIIS	R\$ 129.36
10.99.01.015-6	ULTRASSONOGRAMA C/ DOPPLER COLORIDO DE AORTA ILÍACAS	R\$ 129.36
10.99.01.015-7	ULTRASSONOGRAMA C/ DOPPLER COLORIDO DE ARTERIAS VISCERAIS MESENTÉRICAS SUPERIOR E INFERIOR DE TRONCO CELÍACO	R\$ 129.36
10.99.01.015-8	ULTRASSONOGRAMA C/ DOPPLER COLORIDO DE HEMANGIOMA	R\$ 129.36
10.99.01.015-9	ULTRASSONOGRAMA C/ DOPPLER COLORIDO DE VEIA CAVA SUPERIOR OU INFERIOR	R\$ 129.36
10.99.01.016-0	ULTRASSONOGRAMA C/ DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR (CADA MEMBRO)	R\$ 129.36
10.99.01.016-1	ULTRASSONOGRAMA C/ DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO SUPERIOR (CADA MEMBRO)	R\$ 129.36
10.99.01.016-2	ULTRASSONOGRAMA C/ DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR (CADA MEMBRO)	R\$ 129.36
10.99.01.016-3	ULTRASSONOGRAMA C/ DOPPLER COLORIDO VENOSO MEMBRO INFERIOR (CADA MEMBRO)	R\$ 129.36
10.99.01.016-4	ULTRASSONOGRAMA C/ DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	R\$ 129.36
02.05.02.015-1	ULTRASSONOGRAMA C/ DOPPLER OBSTETRICA COLORIDO E PULSADO	R\$ 129.36
10.99.01.016-5	ULTRASSONOGRAMA C/DOPPLER COLORIDO TRANSFONTANELA	R\$ 129.36
10.99.01.016-6	ULTRASSONOGRAMA C/DOPPLER COLORIDO TIREÓIDE	R\$ 129.36
10.99.01.040-0	ULTRASSONOGRAMA C/DOPPLER COLORIDO TRANSVAGINAL	R\$ 129.36
10.99.01.040-1	ULTRASSONOGRAMA C/DOPPLER COLORIDO MAMA	R\$ 129.36
02.05.02.003-8	ULTRASSONOGRAMA DE ABDÔMEN SUPERIOR	R\$ 50.00
02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRAMA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 74.68
02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRAMA DE APARELHO URINÁRIO	R\$ 50.00
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAMA DE ARTICULACAO	R\$ 50.00
02.05.02.007-0	ULTRASSONOGRAMA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 50.00
02.05.02.008-9	ULTRASSONOGRAMA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)	R\$ 74.68
02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRAMA MAMARIA BILATERAL	R\$ 50.00
02.05.02.010-0	ULTRASSONOGRAMA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	R\$ 50.00
02.05.02.011-9	ULTRASSONOGRAMA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 50.00

02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE	R\$ 50.00
02.05.02.013-5	ULTRASSONOGRRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	R\$ 50.00
02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA	R\$ 50.00
02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	R\$ 50.00
02.05.02.017-8	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA	R\$ 50.00
02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL	R\$ 50.00
10.99.01.016-7	ULTRASSONOGRRAFIA PARTES MOLES	R\$ 50.00
10.99.01.016-8	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA C/AMNIOCENTESE	R\$ 90.00
10.99.01.016-9	ULTRASSONOGRRAFIA COURO CABELUDO	R\$ 74.68
10.99.01.017-0	ULTRASSONOGRRAFIA INGUINAL	R\$ 50.00
10.99.01.017-1	ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLÓGICA 1º TRIMESTRE	R\$ 200.00
10.99.01.017-2	ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLÓGICA 2º E 3º TRIMESTRE	R\$ 300.00
10.99.01.017-3	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSRETAL C/ BIÓPSIA (ATÉ 12 FRAGMENTOS)	R\$ 340.00
10.99.01.017-4	ULTRASSONOGRRAFIA RETROPERITONIO GRANDES VASOS OU ADRENAIS	R\$ 268.12
10.99.01.017-5	ULTRASSONOGRRAFIA DERMATOLÓGICO PELE E SUBCULTÂNIO	R\$ 90.00
10.99.01.017-6	ULTRASSONOGRRAFIA ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (CERVICAL/AXILAS/MÚSCULO OU TENDÃO)	R\$ 50.00
10.99.01.017-7	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA COM TRANSLUCENCIA NUCAL	R\$ 220.00
10.99.01.017-8	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL P/CONTROLE DE OVULAÇÃO (3 OU MAIS EXAMES)	R\$ 130.00
10.99.01.017-9	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA PERRFIL BIOFISICO FETAL	R\$ 110.00
XIV- DIAGNÓSTICO POR ANGIOTOMOGRRAFIA/TOMOGRRAFIA		
10.99.01.018-0	ANGIOTOMOGRRAFIA CRÂNIO CEREBRAL (ENCEFALO)	R\$ 300.00
10.99.01.018-1	ANGIOTOMOGRRAFIA VENOSA ABDOMEM SUPERIOR	R\$ 440.00
10.99.01.018-2	ANGIOTOMOGRRAFIA VENOSA ABDOMEM INFERIOR	R\$ 440.00
10.99.01.018-3	ANGIOTOMOGRRAFIA VENOSA ABDOMEM TOTAL	R\$ 440.00
10.99.01.018-4	ANGIOTOMOGRRAFIA VENOSA CRÂNIO	R\$ 440.00
10.99.01.018-5	ANGIOTOMOGRRAFIA VENOSA MEMBRO SUPERIOR	R\$ 440.00
10.99.01.018-6	ANGIOTOMOGRRAFIA VENOSA MEMBRO INFERIOR	R\$ 440.00
10.99.01.018-7	ANGIOTOMOGRRAFIA VENOSA PESCOÇO	R\$ 440.00
10.99.01.018-8	ANGIOTOMOGRRAFIA VENOSA PELVE	R\$ 440.00
10.99.01.018-9	ANGIOTOMOGRRAFIA VENOSA TÓRAX	R\$ 440.00
10.99.01.019-0	ANGIOTOMOGRRAFIA VENOSA TEP	R\$ 440.00
10.99.01.019-1	ANGIOTOMOGRRAFIA ARTERIAL ABDOMEM SUPERIOR	R\$ 440.00
10.99.01.019-2	ANGIOTOMOGRRAFIA ARTERIAL ABDOMEM INFERIOR	R\$ 440.00

10.99.01.019-3	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL ABDOMEM TOTAL	R\$ 440.00
10.99.01.019-4	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL CRÂNIO	R\$ 440.00
10.99.01.019-5	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL MEMBRO SUPERIOR	R\$ 440.00
10.99.01.019-6	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL MEMBRO INFERIOR	R\$ 440.00
10.99.01.019-7	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL PESCOÇO	R\$ 440.00
10.99.01.019-8	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL Pelve	R\$ 440.00
10.99.01.019-9	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL TÓRAX	R\$ 440.00
10.99.01.020-0	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL TEP	R\$ 440.00
10.99.01.020-1	ANGIOTOMOGRAFIA CORONÁRIAS	R\$ 880.00
10.99.01.020-2	ANGIOTOMOGRAFIA CARÓTIDAS	R\$ 900.00
10.99.01.020-3	ANGIOTOMOGRAFIA AORTA ILÍACA	R\$ 900.00
10.99.01.020-4	ANGIOTOMOGRAFIA RENAL	R\$ 800.00
10.99.01.020-5	ANGIOTOMOGRAFIA INTRACRANIANA	R\$ 440.00
10.99.01.020-6	ANGIOTOMOGRAFIA AORTA TORACICA	R\$ 440.00
10.99.01.020-7	ANGIOTOMOGRAFIA AORTA ABDOMINAL	R\$ 440.00
10.99.01.020-8	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA + ARTERIAL DE ABDOMEM SUPERIOR	R\$ 660.00
10.99.01.020-9	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA + ARTERIAL DE ABDOMEM INFERIOR	R\$ 660.00
10.99.01.021-0	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA + ARTERIAL DE PESCOÇO,PELVE, TORAX,AORTA	R\$ 490.00
10.99.01.021-1	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA + ARTERIAL DE TEP	R\$ 660.00
10.99.01.021-2	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA + ARTERIAL DE ABDOMEM TOTAL	R\$ 600.00
10.99.01.021-3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL	R\$ 220.00
10.99.01.021-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 200.00
10.99.01.021-5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA	R\$ 200.00
10.99.01.021-6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES	R\$ 200.00
10.99.01.021-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO	R\$ 200.00
10.99.01.021-8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA	R\$ 200.00
10.99.01.021-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	R\$ 200.00
10.99.01.022-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 220.00
10.99.01.022-1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)	R\$ 200.00
02.06.02.003-1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	R\$ 200.00
02.06.02.004-0	TOMOGRAFIA DE HEMITORAX, PULMÃO OU DO MEDIASTINO	R\$ 200.00
02.06.03.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 200.00
02.06.03.002-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 220.00

02.06.03.003-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR	R\$ 200.00
10.99.01.022-2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 400.00
10.99.01.022-3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO DE TEMPORO MANDIBULAR	R\$ 200.00
10.99.01.022-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE VIAS URINÁRIAS	R\$ 220.00
10.99.01.022-5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE QUADRIL (CADA LADO)	R\$ 200.00
10.99.01.022-6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTÓIDES/OUVIDOS	R\$ 200.00
10.99.01.022-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/CONTRASTE	R\$ 350.00
10.99.01.022-8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/CONTRASTE	R\$ 350.00
10.99.01.022-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/CONTRASTE	R\$ 350.00
10.99.01.023-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES C/CONTRASTE	R\$ 350.00
10.99.01.023-1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO C/CONTRASTE	R\$ 370.00
10.99.01.023-2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA C/CONTRASTE	R\$ 350.00
10.99.01.023-3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO C/CONTRASTE	R\$ 350.00
10.99.01.023-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR C/CONTRASTE	R\$ 350.00
10.99.01.023-5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ) C/CONTRASTE	R\$ 350.00
10.99.01.023-6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX C/CONTRASTE	R\$ 350.00
10.99.01.023-7	TOMOGRAFIA DE HEMITORAX, PULMÃO OU DO MEDIASTINO C/CONTRASTE	R\$ 350.00
10.99.01.023-8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR C/CONTRASTE	R\$ 370.00
10.99.01.023-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR C/CONTRASTE	R\$ 350.00
10.99.01.024-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR C/CONTRASTE	R\$ 350.00
10.99.01.024-1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN TOTAL C/CONTRASTE	R\$ 550.00
10.99.01.024-2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO DE TEMPORO MANDIBULAR C/CONTRASTE	R\$ 350.00
10.99.01.024-3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE VIAS URINÁRIAS C/CONTRASTE	R\$ 350.00
10.99.01.024-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE QUADRIL (CADA LADO) C/CONTRASTE	R\$ 350.00
10.99.01.024-5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTÓIDES/OUVIDOS C/CONTRASTE	R\$ 350.00
10.99.01.024-6	TOMOGRAFIA APÓS HORÁRIO COMERCIAL (18h ÀS 08:00h) ACRÉSCIMO POR EVENTO	R\$ 100.00
10.99.01.024-7	LAUDO TOMOGRAFIA URGÊNCIA (2 HORAS)	R\$ 70.00
10.99.01.040-5	TOMOGRAFIA C/ SEDAÇÃO ACRÉSCIMO	R\$ 1,000.00
XV- DIAGNÓSTICO POR ANGIORESSONÂNCIA/RESSONÂNCIA		
02.07.01.001-3	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA CRÂNIO CEREBRAL (ENCEFALO)	R\$ 460.00
10.99.01.024-8	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA AORTA TORACICA	R\$ 460.00
10.99.01.024-9	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA AORTA ABDOMINAL	R\$ 460.00
10.99.01.025-0	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA VENOSA CRÂNIO OU PESCOÇO	R\$ 460.00

10.99.01.025-1	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA VENOSA ABDOMEM SUPERIOR	R\$ 460.00
10.99.01.025-2	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA VENOSA ABDOMEM INFERIOR	R\$ 460.00
10.99.01.025-3	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA VENOSA MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R\$ 460.00
10.99.01.025-4	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA VENOSA MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R\$ 460.00
10.99.01.025-5	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA VENOSA PELVE	R\$ 460.00
10.99.01.025-6	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA VENOSA PULMONAR	R\$ 460.00
10.99.01.025-7	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA ARTERIAL CRÂNIO OU PESCOÇO	R\$ 460.00
10.99.01.025-8	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA ARTERIAL ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 460.00
10.99.01.025-9	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA ARTERIAL ABDOMEM INFERIOR	R\$ 460.00
10.99.01.026-0	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA ARTERIAL MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R\$ 460.00
10.99.01.026-1	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA ARTERIAL MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R\$ 460.00
10.99.01.026-2	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA ARTERIAL PELVE	R\$ 460.00
10.99.01.026-3	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA ARTERIAL PULMONAR	R\$ 460.00
02.07.01.002-1	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	R\$ 380.00
02.07.01.003-0	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	R\$ 380.00
02.07.01.004-8	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 380.00
02.07.01.005-6	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	R\$ 380.00
02.07.01.006-4	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	R\$ 380.00
02.07.01.007-2	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	R\$ 380.00
02.07.02.001-9	RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE	R\$ 702.36
02.07.02.002-7	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R\$ 380.00
02.07.02.003-5	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	R\$ 380.00
02.07.03.001-4	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 380.00
02.07.03.002-2	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR	R\$ 380.00
02.07.03.003-0	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R\$ 380.00
02.07.03.004-9	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA	R\$ 380.00
10.99.01.026-4	RESSONANCIA MAGNETICA DE ÓRBITA LATERAL	R\$ 380.00
10.99.01.026-5	RESSONANCIA MAGNETICA DE OSSOS TEMPORAIS BILATERAL	R\$ 380.00
10.99.01.026-6	RESSONANCIA MAGNETICA DE FACE (INCLUI SEIOS DA FACE)	R\$ 380.00
10.99.01.026-7	RESSONANCIA MAGNETICA DE PESCOÇO	R\$ 380.00
10.99.01.026-8	RESSONANCIA MAGNETICA FETAL	R\$ 380.00
10.99.01.026-9	RESSONANCIA MAGNETICA DE PÊNIS	R\$ 380.00
10.99.01.027-0	RESSONANCIA MAGNETICA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 380.00

10.99.01.027-1	RESSONANCIA MAGNETICA DE MÃO (NÃO INCLUI PUNHO)	R\$ 380.00
10.99.01.027-2	RESSONANCIA MAGNETICA DE COXA UNILATERAL	R\$ 380.00
10.99.01.027-3	RESSONANCIA MAGNETICA DE PÉ NÃO INCLUI TORNOZELO	R\$ 380.00
10.99.01.027-4	RESSONANCIA MAGNETICA DE PERNA	R\$ 380.00
10.99.01.027-5	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULAÇÕES (POR ARTICULAÇÃO)	R\$ 380.00
10.99.01.027-6	RESSONANCIA MAGNETICA DE MAMA BILATERAL	R\$ 380.00
10.99.01.027-7	RESSONANCIA MAGNETICA DE FLUXO LIQUÓRDICO COMO COMPLEMENTAR	R\$ 380.00
10.99.01.027-8	RESSONANCIA MAGNETICA DE AVALIAÇÃO DE FERRO (CORÇÃO OU FÍGADO)	R\$ 380.00
10.99.01.027-9	RESSONANCIA MAGNETICA TRACTOGRAFIA	R\$ 380.00
10.99.01.028-0	RESSONANCIA MAGNETICA DIFUSÃO POR RM	R\$ 380.00
10.99.01.028-1	RESSONANCIA MAGNETICA PLANEJAMENTO	R\$ 380.00
10.99.01.028-2	RESSONANCIA MAGNETICA ENDORRETAL	R\$ 380.00
10.99.01.028-3	RESSONANCIA MAGNETICA ENDOVAGINAL	R\$ 380.00
10.99.01.028-4	RESSONANCIA MAGNETICA NEURONAVEGADOR	R\$ 380.00
10.99.01.028-5	RESSONANCIA MAGNETICA ENDOGENA	R\$ 380.00
10.99.01.028-6	RESSONANCIA MAGNETICA CORÇÃO MORFOLÓGICO FUNCIONAL (PERFUSÃO+ESTRESSE)	R\$ 802.36
10.99.01.028-7	RESSONANCIA MAGNETICA CORÇÃO FUNCIONAL (PERFUSÃO + VIAS BILIARES MIOCÁRDIO)	R\$ 1,200.00
10.99.01.028-8	HIDORRESSONÂNCIA	R\$ 550.00
10.99.01.028-9	RESSONANCIA MAGNETICA NEURO EIXO	R\$ 1,520.00
10.99.01.029-0	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL) C/CONTRASTE	R\$ 510.00
10.99.01.029-1	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO C/CONTRASTE	R\$ 510.00
10.99.01.029-2	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/CONTRASTE	R\$ 510.00
10.99.01.029-3	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA C/CONTRASTE	R\$ 510.00
10.99.01.029-4	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO C/CONTRASTE	R\$ 510.00
10.99.01.029-5	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA C/CONTRASTE	R\$ 510.00
10.99.01.029-6	RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE C/CONTRASTE	R\$ 510.00
10.99.01.029-7	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) C/CONTRASTE	R\$ 510.00
10.99.01.029-8	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX C/CONTRASTE	R\$ 510.00
10.99.01.029-9	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR C/CONTRASTE	R\$ 510.00
10.99.01.030-0	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR C/CONTRASTE	R\$ 510.00
10.99.01.030-1	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) C/CONTRASTE	R\$ 510.00
10.99.01.030-2	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA C/CONTRASTE	R\$ 510.00
10.99.01.030-3	RESSONANCIA MAGNETICA DE ÓRBITA LATERAL C/CONTRASTE	R\$ 510.00

10.99.01.030-4	RESSONANCIA MAGNETICA DE OSSOS TEMPORAIS BILATERAL C/CONTRASTE	R\$ 510.00
10.99.01.030-5	RESSONANCIA MAGNETICA DE FACE (INCLUI SEIOS DA FACE) C/CONTRASTE	R\$ 510.00
10.99.01.030-6	RESSONANCIA MAGNETICA DE PESCOÇO C/CONTRASTE	R\$ 510.00
10.99.01.030-7	RESSONANCIA MAGNETICA FETAL C/CONTRASTE	R\$ 510.00
10.99.01.030-8	RESSONANCIA MAGNETICA DE PÊNIS C/CONTRASTE	R\$ 510.00
10.99.01.030-9	RESSONANCIA MAGNETICA DE BOLSA ESCROTAL C/CONTRASTE	R\$ 510.00
10.99.01.031-0	RESSONANCIA MAGNETICA DE MÃO (NÃO INCLUI PUNHO) C/CONTRASTE	R\$ 510.00
10.99.01.031-1	RESSONANCIA MAGNETICA DE COXA UNILATERAL C/CONTRASTE	R\$ 510.00
10.99.01.031-2	RESSONANCIA MAGNETICA DE PÉ NÃO INCLUI TORNOZELO C/CONTRASTE	R\$ 510.00
10.99.01.031-3	RESSONANCIA MAGNETICA DE PERNA C/CONTRASTE	R\$ 510.00
10.99.01.031-4	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULAÇÕES (POR ARTICULAÇÃO) C/CONTRASTE	R\$ 510.00
10.99.01.031-5	RESSONANCIA MAGNETICA DE MAMA BILATERAL C/CONTRASTE	R\$ 510.00
10.99.01.031-6	RESSONANCIA MAGNETICA DE FLUXO LIQUÓRDICO COMO COMPLEMENTAR C/CONTRASTE	R\$ 510.00
10.99.01.031-7	RESSONANCIA MAGNETICA DE AVALIAÇÃO DE FERRO (CORACÃO OU FÍGADO) C/CONTRASTE	R\$ 510.00
10.99.01.031-8	RESSONANCIA MAGNETICA TRACTOGRAFIA C/CONTRASTE	R\$ 510.00
10.99.01.031-9	RESSONANCIA MAGNETICA DIFUSÃO POR RM C/CONTRASTE	R\$ 510.00
10.99.01.032-0	RESSONANCIA MAGNETICA PLANEJAMENTO C/CONTRASTE	R\$ 510.00
10.99.01.032-1	RESSONANCIA MAGNETICA ENDORRETAL C/CONTRASTE	R\$ 510.00
10.99.01.032-2	RESSONANCIA MAGNETICA ENDOVAGINAL C/CONTRASTE	R\$ 510.00
10.99.01.032-3	RESSONANCIA MAGNETICA NEURONAVEGADOR C/CONTRASTE	R\$ 510.00
10.99.01.032-4	RESSONANCIA MAGNETICA ENDOGENA C/CONTRASTE	R\$ 510.00
10.99.01.032-5	RESSONANCIA MAGNETICA MULTIPARAMÉTRICA DE PRÓSTATA	R\$ 890.00
10.99.01.032-6	RESSONANCIA MAGNETICA NEURO EIXO C/CONTRASTE	R\$ 1,650.00
10.99.01.037-0	RESSONANCIA MAGNETICA C/ SEDAÇÃO ACRÉSCIMO	R\$ 1,000.00
10.99.01.041-6	RESSONANCIA MAGNETICA MÓVEL	R\$ 425.00
XVI- DIAGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO		
02.08.01.001-7	CINTILOGRAFIA DE CORACAO C/ GALIO 67	R\$ 1,200.00
02.08.01.002-5	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE ESTRESSE (MINIMO 3 PROJECOES)	R\$ 600.00
02.08.01.003-3	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE REPOUSO (MINIMO 3 PROJECOES)	R\$ 550.00
02.08.01.004-1	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ LOCALIZACAO DE NECROSE (MINIMO 3 PROJECOES)	R\$ 500.00
02.08.01.005-0	CINTILOGRAFIA P/ AVALIACAO DE FLUXO SANGUINEO DE EXTREMIDADES	R\$ 350.00
02.08.01.006-8	CINTILOGRAFIA P/ QUANTIFICACAO DE SHUNT EXTRACARDIACO	R\$ 406.29
02.08.01.007-6	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE ESFORCO	R\$ 500.00

02.08.01.008-4	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE REPOUSO (VENTRICULOGRAFIA)	R\$ 500.00
02.08.01.009-2	DETERMINACAO DE FLUXO SANGUINEO REGIONAL	R\$ 320.00
02.08.02.001-2	CINTILOGRAFIA DE FIGADO E BACO (MINIMO 5 IMAGENS)	R\$ 550.00
02.08.02.002-0	CINTILOGRAFIA DE FIGADO E VIAS BILIARES	R\$ 550.00
02.08.02.003-9	CINTILOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTIMULO	R\$ 300.00
02.08.02.004-7	CINTILOGRAFIA DE PANCREAS	R\$ 900.00
02.08.02.005-5	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (LIQUIDO)	R\$ 425.13
02.08.02.006-3	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (SEMI-SOLIDO)	R\$ 362.89
02.08.02.007-1	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO GASTRICO	R\$ 450.00
02.08.02.008-0	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL	R\$ 300.00
02.08.02.009-8	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA	R\$ 480.00
02.08.02.010-1	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NAO ATIVA	R\$ 502.41
02.08.02.011-0	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFAGICO	R\$ 441.79
02.08.02.012-8	IMUNO-CINTILOGRAFIA (ANTICORPO MONOCLONAL)	R\$ 3,180.00
02.08.03.001-8	CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES	R\$ 324.54
02.08.03.002-6	CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE COM OU SEM CAPTAÇÃO	R\$ 77.28
02.08.03.003-4	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ TESTE DE SUPRESSAO / ESTIMULO	R\$ 107.30
02.08.03.004-2	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTEIRO	R\$ 338.70
02.08.03.005-0	TESTE DO PERCLORATO C/ RADIOISOTOPO	R\$ 300.00
02.08.04.002-1	CINTILOGRAFIA DE RIM C/ GALIO 67	R\$ 457.55
02.08.04.003-0	CINTILOGRAFIA DE TESTICULO E BOLSA ESCROTAL	R\$ 310.00
02.08.04.005-6	CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)	R\$ 133.03
02.08.04.006-4	CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA	R\$ 122.97
02.08.04.007-2	CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA	R\$ 144.50
02.08.04.008-0	DETERMINACAO DE FILTRACAO GLOMERULAR	R\$ 250.00
02.08.04.009-9	DETERMINACAO DE FLUXO PLASMATICO RENAL	R\$ 250.00
02.08.04.010-2	ESTUDO RENAL DINAMICO C/ OU S/ DIURETICO	R\$ 420.00
02.08.05.001-9	CINTILOGRAFIA DE ARTICULACOES E/OU EXTREMIDADES E/OU OSSO	R\$ 180.32
02.08.05.002-7	CINTILOGRAFIA DE ESQUELETO (CORPO INTEIRO)	R\$ 480.00
02.08.05.003-5	CINTILOGRAFIA DE OSSOS COM OU SEM FLUXO SANGUINEO (CORPO INTEIRO)	R\$ 190.99
02.08.05.004-3	CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO OSSEO C/ GALIO 67	R\$ 457.55
02.08.06.001-4	CINTILOGRAFIA DE PERFUSAO CEREBRAL C/ TALIO (SPCTO)	R\$ 438.01
02.08.06.002-2	CISTERNOCINTILOGRAFIA (INCLUINDO PESQUISA E/OU AVALIACAO DO TRANSITO LIQUORICO)	R\$ 325.34

02.08.06.003-0	ESTUDO DE FLUXO SANGUINEO CEREBRAL	R\$ 490.00
02.08.07.001-0	CINTILOGRAFIA DE PULMAO C/ GALIO 67	R\$ 324.54
02.08.07.002-8	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO P/ PESQUISA DE ASPIRAÇÃO	R\$ 450.00
02.08.07.003-6	CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR INALACAO (MINIMO 2 PROJECOES)	R\$ 128.12
02.08.07.004-4	CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR PERFUSAO (MINIMO 4 PROJECOES)	R\$ 130.50
02.08.08.001-5	CINTILOGRAFIA DE SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL (MEDULA OSSEA)	R\$ 112.81
02.08.08.002-3	DEMONSTRACAO DE SEQUESTRO DE HEMACIAS PELO BACO (C/ RADIOISOTOPOS)	R\$ 550.00
02.08.08.003-1	DETERMINACAO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS (C/ RADIOSOTOPOS)	R\$ 430.00
02.08.02.012-8	LINFOCINTILOGRAFIA	R\$ 141.33
02.08.09.001-0	CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GALIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS	R\$ 906.80
02.08.09.002-9	CINTILOGRAFIA DE GLANDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA)	R\$ 66.23
02.08.09.003-7	CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)	R\$ 289.13
XVII- DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA		
02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	R\$ 210.00
02.09.01.002-9AB	COLONOSCOPIA + PINÇA	R\$ 273.00
02.09.01.002-9CD	COLONOSCOPIA + ALÇA	R\$ 400.00
02.09.01.002-9EF	COLONOSCOPIA + MUSECTOMIA	R\$ 680.00
02.09.01.002-9GH	COLONOSCOPIA ALTA RESOLUÇÃO FULL HD OU SUPERIOR	R\$ 800.00
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	R\$ 250.00
02.09.01.003-7IJ	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA INFANTIL (AMBIENTE HOSPITALAR)	R\$ 600.00
02.09.01.005-3	RETOSSIGMOIDOSCOPIA	R\$ 200.00
02.09.01.005-3LM	RETOSSIGMOIDOSCOPIA(AMBIENTE HOSPITALAR)	R\$ 570.00
02.09.02.001-6	CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA E/OU URETROSCOPIA	R\$ 300.00
02.09.04.002-5	LARINGOSCOPIA	R\$ 94.28
XVIII- DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA		
02.10.01.001-0	ANGIOGRAFIA CEREBRAL (4 VASOS)	R\$ 179.46
02.10.01.002-9	ANGIOGRAFIA DE ARCO AORTICO	R\$ 275.00
02.10.01.004-5	AORTOGRAFIA ABDOMINAL	R\$ 375.00
02.10.01.005-3	AORTOGRAFIA TORACICA	R\$ 170.44
02.10.01.006-1	ARTERIOGRAFIA CERVICO-TORACICA	R\$ 302.00
02.10.01.007-0	ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO	R\$ 359.00
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\$ 907.00

02.10.01.010-0	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE HEMORRAGIA CEREBRAL	R\$ 755.00
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\$ 334.00
02.10.01.014-2	ARTERIOGRAFIA SELETIVA POR CATETER (POR VASO)	R\$ 201.51
02.10.01.015-0	ARTERIOGRAFIA SELETIVA VERTEBRAL	R\$ 400.00
02.10.01.016-9	ESPLENOPORTOGRAFIA	R\$ 182.45
02.10.01.017-7	FLEBOGRAFIA DE MEMBRO	R\$ 145.05
02.10.02.001-6	COLANGIOGRAFIA TRANSCUTANEA	R\$ 45.34
XIX- MÉTODOS DIAGNÓSTICOS, PROCEDIMENTOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS		
02.01.01.002-0	BIOPSIA / PUNCAO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE	R\$ 150.00
02.01.01.006-2	BIOPSIA DE BEXIGA	R\$ 330.00
02.01.01.027-5	BIOPSIA MEDULA ÓSSEA	R\$ 170.00
02.01.01.037-2	BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES	R\$ 100.00
02.01.01.038-0	BIOPSIA DE PENIS	R\$ 165.00
02.01.01.041-0	BIÓPSIA DE PRÓSTATA VIA TRANSRETAL	R\$ 350.00
02.01.01.050-0	BIOPSIA/PUNÇÃO DE VAGINA	R\$ 250.00
02.01.01.051-8	BIOPSIA/PUNÇÃO DE VULVA	R\$ 250.00
02.01.01.052-6	BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA	R\$ 100.00
02.01.01.054-2	BIOPSIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA / ULTRASSONOGRAMA / RESSONÂNCIA MAGNÉTICA / RAO X	R\$ 250.00
10.99.01.032-7	BIOPSIA ANESTESIA LOCAL (OTORRINOLARINGOLOGISTA)	R\$ 200.00
02.01.01.058-5	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA (PAAF)	R\$ 250.00
02.01.01.060-7	PUNÇÃO DE MAMA POR AGULHA GROSSA (CORE BIOPSY)	R\$ 300.00
02.11.02.003-6	ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 14.18
02.11.02.004-4	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	R\$ 81.00
02.11.02.005-2	MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (M.A.P.A)	R\$ 94.50
10.99.01.032-8	MONITORIZAÇÃO RESIDENCIAL DE PRESSÃO ARTERIAL (M.R.P.A.)	R\$ 94.50
10.99.01.032-9	PRESSÃO CENTRAL	R\$ 99.75
02.11.02.006-0	TESTE DE ESFORÇO ERGOMETRICO	R\$ 100.00
02.11.04.002-9	COLPOSCOPIA	R\$ 250.00
02.11.04.004-5	HISTEROSCOPIA (DIAGNOSTICA)	R\$ 700.00
02.11.05.003-2	ELETROENCEFALOGAMA ROTINA COM SEDAÇÃO	R\$ 200.00
02.11.05.004-0	ELETROENCEFALOGAMA	R\$ 63.00

02.11.05.005-9	ELETROENCEFALOGRAMA C/ MAPEAMENTO CEREBRAL	R\$ 200.00
02.11.05.008-3	ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG) FACE	R\$ 280.00
02.11.05.008-3DK	ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG)MMSS	R\$ 280.00
02.11.05.008-3SZ	ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG) MMII	R\$ 280.00
02.11.05.008-3GV	ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG) MMII + MMSS	R\$ 480.00
02.11.05.010-5	POLISSONOGRAFIA TIPO 1, 2 E 3	R\$ 500.00
02.11.05.010-5HK	POLISSONOGRAFIA TIPO 4	R\$ 194.00
02.11.05.011-3	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO (TRONCO ENCEFÁLICO -BERA)	R\$ 200.00
02.11.05.011-3XR	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO (TRONCO ENCEFÁLICO COM SEDAÇÃO)	R\$ 200.00
02.11.05.013-0	POTENCIAL SOMATO-SENSITIVO (PESS) MMSS	R\$ 280.00
02.11.05.013-0TG	POTENCIAL SOMATO-SENSITIVO (PESS) MMII	R\$ 280.00
02.11.05.013-0PV	POTENCIAL SOMATO-SENSITIVO (PESS) MMII + MMSS	R\$ 480.00
02.11.05.012-1	POTENCIAL EVOCADO VISUAL	R\$ 200.00
02.11.06.001-1	BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)	R\$ 48.48
02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRÁFICO	R\$ 120.00
02.11.06.010-0	FUNDOSCOPIA	R\$ 8.43
02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA	R\$ 40.00
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA	R\$ 24.40
02.11.06.014-3	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA	R\$ 60.60
02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	R\$ 128.00
02.11.06.018-6	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	R\$ 128.00
02.11.06.025-9	TONOMETRIA	R\$ 24.40
02.11.06.026-7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CórNEA	R\$ 120.00
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA	R\$ 400.00
02.11.07.002-5	AUDIOMETRIA DE REFORCO VISUAL (VIA AEREA / OSSEA)	R\$ 25.00
02.11.07.003-3	AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE	R\$ 21.13
02.11.07.004-1	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA)	R\$ 25.20
02.11.07.014-9	EMISSIONES OTOACUSTICAS EVOCADAS PARA TRIAGEM AUDITIVA (TESTE DA ORELHINHA)	R\$ 50.00
02.11.07.015-7	ESTUDO DE EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS TRANSITORIAS E PRODUTOS DE DISTORCAO (EOA)	R\$ 100.00
02.11.07.020-3	IMITANCIOMETRIA	R\$ 26.25
02.11.07.021-1	LOGOAUDIOMETRIA (LDV-IRF-LRF)	R\$ 32.55
02.11.07.026-2	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA MEDIA E LONGA LATENCIA	R\$ 46.88
02.11.07.034-3	TESTES DE PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL (PAC) + AUDIOMETRIA COMPLETA	R\$ 300.00

02.11.07.035-1	TESTES VESTIBULARES / OTONEUROLOGICOS	R\$ 120.00
02.11.08.005-5	ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR	R\$ 84.00
10.99.01.033-0	TESTE DE ERGOSPIROMETRIA	R\$ 250.00
02.11.09.001-8	AVALIACAO URODINAMICA COMPLETA	R\$ 650.00
02.11.09.007-7	UROFLUXOMETRIA	R\$ 84.00
03.01.04.014-1	INSERÇÃO DO DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)	R\$ 80.00
03.01.04.015-0	RETIRADA DO DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)	R\$ 80.00
03.01.10.009-8	ENEMA	R\$ 110.00
03.01.10.028-4	CURATIVO SIMPLES	R\$ 30.00
10.99.01.033-1	CALOROMETRIA	R\$ 40.00
03.03.09.003-0	INFILTRACAO DE SUBSTANCIAS EM CAVIDADE SINOVIAL (ARTICULACAO, BAINHA TENDINOSA)	R\$ 150.00
03.03.12.005-3	TRATAMENTO DE DOR/METÁSTASE ÓSSEA COM RADIOISÓTOPO (POR TRATAMENTO-EXCETO CÂNCER DE TIREOIDE)	R\$ 468.38
03.03.12.006-1	TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO (PLUMMER - ATE 30 MCI)	R\$ 443.70
03.03.12.007-0	TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO GRAVES	R\$ 359.70
03.04.09.001-8	IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DA TIREÓIDE (150 MCI)	R\$ 1,289.00
03.04.09.002-6	IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DA TIREÓIDE (100 MCI)	R\$ 1,071.90
03.04.09.003-4	IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DA TIREÓIDE (200 MCI)	R\$ 1,471.32
03.04.09.004-2	IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DA TIREÓIDE (250 MCI)	R\$ 1,810.32
03.04.09.005-0	IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIREOIDE(30mCi)	R\$ 443.70
03.04.09.006-9	IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIREOIDE(50mCi)	R\$ 614.70
10.99.01.033-2	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES C/ GLICOSE	R\$ 85.00
10.99.01.033-3	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES C/ POLIDOCANOL	R\$ 250.00
04.01.01.001-5	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	R\$ 38.84
04.01.01.004-0	ELETROCOAGULACAO DE LESAO CUTANEA	R\$ 150.00
04.01.01.005-8	EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA	R\$ 150.00
04.01.01.007-4	EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBACEO / LIPOMA	R\$ 150.00
04.01.01.010-4	INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO	R\$ 11.84
04.01.02.017-7	CIRURGIA DE UNHA (CANTOPLASTIA)	R\$ 150.00
04.04.01.027-0	REMOCAO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO UNI / BILATERAL	R\$ 13.00
04.04.01.027-0KL	REMOCAO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO C/ CURETA E OPTICA RÍGIDA	R\$ 64.00
04.09.04.024-0	VASECTOMIA	R\$ 450.00
04.09.05.006-7	PLÁSTICA DE FREIO BÁLANO-PREPUCIAL	R\$ 250.00
04.09.05.008-3	POSTECTOMIA	R\$ 500.00

04.15.04.004-3	DEBRIDAMENTO DE ULCERA / NECROSE	R\$ 38.83
04.04.01.030-0	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CAVIDADE AUDITIVA E NASAL	R\$ 30.00
04.04.01.031-8	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO / FARINGE / LARINGE / NARIZ	R\$ 30.00
04.04.02.009-7	EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA	R\$ 100.00
10.99.01.033-4	APLICAÇÃO DE HEMOCRIP E ENDOCLIP + MUSECTOMIA	R\$ 1,083.00
10.99.01.033-5	APLICAÇÃO DE PLASMA DE ARGÔNIO (COLON E RETO)	R\$ 900.00
10.99.01.033-6	BAROPODOMETRIA	R\$ 200.00
10.99.01.033-7	BLOQUEIO COM TOXINA BATULINICA TIPO A PARA TRATAMENTO DE SINTONIAS FOCAIS, ESPASMO HEMOFACIAL E ESPATICIDADE	R\$ 250.00
10.99.01.033-8	EMBOLIZAÇÃO	R\$ 392.00
10.99.01.033-9	DRENAGEM SECREÇÃO TIMPÂNICA	R\$ 85.00
10.99.01.034-0	ELETROCAUTERIZAÇÃO PENIANA	R\$ 250.00
10.99.01.034-1	ELETROCAUTERIZAÇÃO (ATÉ 3 LESÕES)	R\$ 150.00
10.99.01.034-2	ELETROCAUTERIZAÇÃO DE LESÃO CONDILOMATOSA (ATÉ 3 LESÕES)	R\$ 230.00
10.99.01.034-3	EXAME PREVENTIXO DE COLO DE ÚTERO (PAPANICOLAU)	R\$ 40.00
10.99.01.034-4	LIGADURA ESOFÁGICA	R\$ 2,200.00
10.99.01.034-5	MAGNIFICAÇÃO 2 INCIDÊNCIAS	R\$ 120.00
10.99.01.034-6	MAMOTOMIA POR ESTEROTAXIA (NÃO INCLUSO EXAME DE IMAGEM)	R\$ 2,700.00
10.99.01.034-7	OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA (POR SESSÃO)	R\$ 240.00
10.99.01.034-8	PET CT/PET SCAN	R\$ 3,100.00
10.99.01.034-9	POLIPECTOMIA	R\$ 105.00
10.99.01.035-0	POLIPECTOMIA AMBIENTE HOSPITALAR	R\$ 285.00
10.99.01.035-1	POLIPECTOMIA COM ALÇA	R\$ 315.00
10.99.01.035-2	POLIPECTOMIA COM PINÇA	R\$ 168.00
10.99.01.035-3	POLIPECTOMIA COM ALÇA E PINÇA	R\$ 378.00
10.99.01.035-4	RETINOPEXIA C/INTROFLEXÃO ESCLERAL	R\$ 1,074.86
10.99.01.035-5	NASOFIBROLARINGOSCOPIA	R\$ 150.00
10.99.01.035-6	VIDEONASOLARINGOSCOPIA	R\$ 150.00
02.09.04.004-1	VIDEOLARINGOSCOPIA	R\$ 150.00
03.03.05.001-2	ACOMPANHAMENTO E AVALIACAO DE GLAUCOMA POR FUNDOSCOPIA E TONOMETRIA	R\$ 17.74
03.03.05.002-0	EXERCICIOS ORTOPTICOS	R\$ 3.27
03.03.05.003-9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA BINOCULAR (1ª LINHA)	R\$ 18.86
03.03.05.004-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA BINOCULAR (2ª LINHA)	R\$ 79.38
03.03.05.005-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA BINOCULAR (3ª LINHA)	R\$ 127.98

03.03.05.006-3	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA MONOCULAR (1ª LINHA)	R\$ 12.44
03.03.05.007-1	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA MONOCULAR (2ª LINHA)	R\$ 52.92
03.03.05.008-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA MONOCULAR (3ª LINHA)	R\$ 85.33
03.03.05.009-8	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE ACETAZOLAMIDA MONOCULAR OU BINOCULAR	R\$ 93.10
03.03.05.010-1	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA MONOCULAR	R\$ 8.93
03.03.05.011-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA BINOCULAR	R\$ 13.39
03.03.05.013-6	TRATAMENTO CLÍNICO DE INTERCORRÊNCIAS OFTALMOLÓGICAS	R\$ 229.90
03.03.05.014-4	TRATAMENTO CLÍNICO DE INTERCORRÊNCIAS OFTALMOLÓGICAS DE ORIGEM INFECCIOSA	R\$ 280.27
03.03.05.015-2	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - MONOCULAR	R\$ 65.36
03.03.05.016-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - BINOCULAR	R\$ 98.04
03.03.05.017-9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR	R\$ 97.77
03.03.05.018-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR	R\$ 148.64
03.03.05.019-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR	R\$ 138.25
03.03.05.020-9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR	R\$ 207.36
03.03.05.021-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR- ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS	R\$ 150.69
03.03.05.022-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR - ASSOCIAÇÃO 1ª, 2ª E 3ª LINHAS	R\$ 226.02
03.03.05.023-3	TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE DOENÇA DA RETINA	R\$ 627.28
04.05.01.001-0	CORRECAO CIRURGICA DE ENTROPIO E ECTROPIO	R\$ 390.00
04.05.01.002-8	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE BLEFAROPLASTIA CADA OLHO INCLUINDO PRÉ-CONSULTA/MATERIAL	R\$ 200.00
04.05.01.002-8	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE EPICANTO E TELECANTO	R\$ 278.90
04.05.01.003-6	DACRIOCISTORRINOSTOMIA	R\$ 681.87
04.05.01.004-4	DRENAGEM DE ABSCESSO DE PALPEBRA	R\$ 22.93
04.05.01.005-2	EPILACAO A LASER	R\$ 90.00
04.05.01.006-0	EPILACAO DE CILIOS	R\$ 22.93
04.05.01.007-9	EXÉRESE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESOES DA PALPEBRA E SUPERCILIOS	R\$ 250.00
04.05.01.008-7	EXTIRPAÇÃO DE GLANDULA LACRIMAL	R\$ 577.44
04.05.01.010-9	OCLUSAO DE PONTO LACRIMAL	R\$ 19.14
04.05.01.011-7	RECONSTITUICAO DE CANAL LACRIMAL	R\$ 689.66
04.05.01.012-5	RECONSTITUIÇÃO PARCIAL DE PALPEBRA COM TARSORRAFIA	R\$ 311.04
04.05.01.013-3	RECONSTITUIÇÃO TOTAL DE PALPEBRA	R\$ 1,138.66
04.05.01.015-0	SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL	R\$ 203.73
04.05.01.016-8	SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIIS	R\$ 22.93
04.05.01.017-6	SUTURA DE PALPEBRAS	R\$ 143.99

04.05.01.018-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE BLEFAROCALASE (INCLUI MATERIAL + PRÉ CONSULTA/CADA OLHO)	R\$ 200.00
04.05.01.019-2	TRATAMENTO CIRURGICO DE TRIQUIASE C/ OU S/ ENXERTO	R\$ 278.90
04.05.03.001-0	APLICAÇÃO DE PLACA RADIOATIVA EPISCLERAL	R\$ 1,145.16
04.05.03.002-9	BIOPSIA DE TUMOR INTRA OCULAR	R\$ 96.11
04.05.03.003-7	CRIOTERAPIA OCULAR	R\$ 278.90
04.05.03.004-5	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER	R\$ 180.00
04.05.03.005-3	INJECAO INTRA-VITREO	R\$ 600.00
04.05.03.007-0	RETINOPEXIA COM INTROFLEXÃO ESCLERAL	R\$ 1,074.86
04.05.03.009-6	SUTURA DE ESCLERA	R\$ 161.19
04.05.03.010-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEISCENCIA DE SUTURA DE ESCLERA	R\$ 159.37
04.05.03.011-8	TRATAMENTO CIRURGICO DE MIIASE PALPEBRAL	R\$ 22.93
04.05.03.012-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE NEOPLASIA DE ESCLERA	R\$ 259.20
04.05.03.013-4	VITRECTOMIA ANTERIOR	R\$ 1,500.00
04.05.03.014-2	VITRECTOMIA POSTERIOR	R\$ 1,862.63
04.05.03.015-0	VITRIOLISE A YAG LASER	R\$ 54.00
04.05.03.016-9	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER	R\$ 2,921.17
04.05.03.017-7	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO/ÓLEO DE SILICONE/ENDOLASER	R\$ 6,800.00
04.05.03.018-5	TERMOTERAPIA TRANSPUPILAR	R\$ 743.00
04.05.03.019-3	PAN-FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA A LASER	R\$ 180.00
04.05.04.007-5	EVISCERAÇÃO DE GLOBO OCULAR	R\$ 806.18
04.05.04.009-1	EXÉRESE DE TUMOR MALIGNO INTRA-OCULAR	R\$ 650.00
04.05.04.009-1	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE TUMOR DA PÁLPEBRA	R\$ 420.00
04.05.04.019-9	TRATAMENTO CIRURGICO DE XANTELASMA	R\$ 250.00
04.05.04.020-2	TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL	R\$ 430.00
04.05.05.002-0	CAPSULOTOMIA A YAG LASER	R\$ 90.00
04.05.05.007-0	CORRECAO CIRURGICA DE HERNIA DE IRIS	R\$ 787.03
04.05.05.008-9	EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA	R\$ 650.00
10.99.01.035-7	CIRURGIA REFRACTIVA	R\$ 2,976.75
04.05.05.017-8	IRIDECTOMIA CIRURGICA	R\$ 297.46
04.05.05.019-4	IRIDOTOMIA A LASER	R\$ 90.00
04.05.05.026-7	SINEQUIOLISE A YAG LASER	R\$ 90.00
04.05.05.029-1	SUTURA DE CONJUNTIVA	R\$ 82.29
04.05.05.030-5	SUTURA DE CORNEA	R\$ 164.00

04.05.05.032-1	TRABECULECTOMIA	R\$ 1,400.00
04.05.05.035-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE GLAUCOMA CONGENITO	R\$ 701.70
04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO	R\$ 595.00
10.99.01.041-7	INSTALAÇÃO E SESSÃO DE APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO C (TRATAMENTO PARA	R\$ 1,700.00
10.99.01.041-8	INSTALAÇÃO E SESSÃO DE APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO C (TRATAMENTO PARA	R\$ 3,400.00
10.99.01.041-9	INSTALAÇÃO E SESSÃO DE APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO C (TRATAMENTO PARA	R\$ 1,700.00
10.99.01.042-0	INSTALAÇÃO E SESSÃO DE APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO C (TRATAMENTO PARA	R\$ 3,400.00
10.99.01.040-2	LENTE RÍGIDA ESCLERAL SMART LENS	R\$ 955.00
10.99.01.040-3	LENTE RÍGIDA ESCLERAL OPTOLENTES	R\$ 1,755.00
04.05.05.037-2	FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL	R\$ 771.60
XVIII- PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS		
01.01.02.007-4	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR	R\$ 50.00
02.01.01.052-6	BIÓPSIA DOS TECIDO MOLES DA BOCA	R\$ 100.00
03.07.01.003-1	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR COM RESINA COMPOSTA	R\$ 70.00
03.07.01.008-2	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM RESINA COMPOSTA	R\$ 70.00
03.07.01.010-4	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM IONÔMERO DE VIDRO	R\$ 70.00
03.07.01.011-2	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO ANTERIOR COM RESINA COMPOSTA.	R\$ 70.00
03.07.01.012-0	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR COM RESINA COMPOSTA	R\$ 70.00
03.07.02.004-5	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR	R\$ 400.00
03.07.02.005-3	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE PERMANENTE COM TRÊS OU MAIS RAÍZES	R\$ 500.00
03.07.02.006-1	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	R\$ 300.00
03.07.02.007-0	PULPOTOMIA DENTÁRIA	R\$ 125.00
03.07.02.008-8	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR	R\$ 400.00
03.07.02.009-6	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE COM 3 OU MAIS RAÍZES	R\$ 500.00
03.07.02.010-0	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR	R\$ 300.00
03.07.03.002-4	RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAI (POR SEXTANTE)	R\$ 100.00
03.07.03.003-2	RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE)	R\$ 40.00
03.07.03.004-0	PROFILAXIA / REMOÇÃO DA PLACA BACTERIANA	R\$ 50.00
03.07.03.005-9	RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAI (POR SEXTANTE)	R\$ 100.00
03.07.03.008-3	TRATAMENTO DE PERICORONARITE	R\$ 50.00
03.07.04.016-0	INSTALAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA (C/MATERIAL DE MOLDAGEM INCLUSO + INSTALAÇÃO PRÓTESE DENTÁRIA)	R\$ 330.00
04.14.02.005-7	CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR	R\$ 150.00
04.14.02.008-1	ENXERTO GENGIVAL	R\$ 200.00

04.14.02.012-0	EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO	R\$ 100.00
04.14.02.013-8	EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE	R\$ 100.00
04.14.02.014-6	EXODONTIA MÚLTIPLA COM ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE	R\$ 150.00
04.14.02.027-8	REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO)	R\$ 150.00
04.14.02.037-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE)	R\$ 40.00
01.01.02.007-4CE	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (PACIENTES CUIDADOS ESPECIAIS)	R\$ 50.00
03.07.01.003-1CE	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR COM RESINA COMPOSTA (PACIENTES CUIDADOS ESPECIAIS)	R\$ 70.00
03.07.01.008-2CE	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM RESINA COMPOSTA (PACIENTES CUIDADOS ESPECIAIS)	R\$ 70.00
03.07.01.010-4CE	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM IONÔMERO DE VIDRO (PACIENTES CUIDADOS ESPECIAIS)	R\$ 70.00
03.07.01.011-2CE	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO ANTERIOR COM RESINA COMPOSTA (PACIENTES CUIDADOS ESPECIAIS)	R\$ 70.00
03.07.01.012-0CE	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR COM RESINA COMPOSTA (PACIENTES CUIDADOS ESPECIAIS)	R\$ 70.00
03.07.02.003-7CE	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE DECÍDUO (PACIENTES CUIDADOS ESPECIAIS)	R\$ 125.00
03.07.02.007-0CE	PULPOTOMIA DENTÁRIA (PACIENTES CUIDADOS ESPECIAIS)	R\$ 125.00
03.07.03.004-0CE	PROFILAXIA / REMOÇÃO DA PLACA BACTERIANA (PACIENTES CUIDADOS ESPECIAIS)	R\$ 50.00
03.07.03.005-9CE	RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE) (PACIENTES CUIDADOS ESPECIAIS)	R\$ 100.00
04.14.02.012-0CE	EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO (PACIENTES CUIDADOS ESPECIAIS)	R\$ 150.00
01.01.02.007-4PE	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (PACIENTES EXCEPCIONAIS)	R\$ 50.00
03.07.01.003-1PE	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR COM RESINA COMPOSTA (PACIENTES EXCEPCIONAIS)	R\$ 100.00
03.07.01.008-2PE	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM RESINA COMPOSTA (PACIENTES EXCEPCIONAIS)	R\$ 100.00
03.07.01.010-4PE	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM IONÔMERO DE VIDRO (PACIENTES EXCEPCIONAIS)	R\$ 100.00
03.07.01.011-2PE	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO ANTERIOR COM RESINA COMPOSTA (PACIENTES EXCEPCIONAIS)	R\$ 100.00
03.07.01.012-0PE	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR COM RESINA COMPOSTA (PACIENTES EXCEPCIONAIS)	R\$ 100.00
03.07.02.003-7PE	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE DECÍDUO(PACIENTES EXCEPCIONAIS)	R\$ 125.00
03.07.02.007-0PE	PULPOTOMIA DENTÁRIA ((PACIENTES EXCEPCIONAIS)	R\$ 125.00
03.07.03.004-0PE	PROFILAXIA / REMOÇÃO DA PLACA BACTERIANA(PACIENTES EXCEPCIONAIS)	R\$ 75.00
03.07.03.005-9PE	RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE)(PACIENTES EXCEPCIONAIS)	R\$ 100.00
04.14.02.012-0PE	EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO (PACIENTES EXCEPCIONAIS)	R\$ 100.00
07.01.07.009-9	PROTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVIVEL	R\$ 190.00
07.01.07.010-2	PROTESE PARCIAL MAXILAR REMOVIVEL	R\$ 190.00
07.01.07.012-9	PROTESE TOTAL MANDIBULAR	R\$ 190.00
07.01.07.013-7	PROTESE TOTAL MAXILAR	R\$ 190.00
10.99.01.035-8	CONSRTO DE PRÓTESE DENTÁRIA	R\$ 40.00
XIX- LAUDOS		

10.99.01.035-9	LAUDO DE EXAMES POR IMAGENS E IMAGENS GRÁFICAS VIA TELEMEDICINA (CARDIOLOGIA, UROLOGIA, PNEUMOLOGIA, RADIOLOGIA	R\$ 13.50
10.99.01.036-0	LAUDO DE EXAMES MAMOGRAFIA	R\$ 27.00