

**ANEXO I**  
**CREDENCIAMENTO - CONISCA Nº. 002/2022**  
**TABELA DE SERVIÇOS E VALORES**

<b>DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA</b>		
<b>CÓDIGO</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>VALOR</b>
02.04.01.003-9	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	R\$ 42,50
02.04.01.004-7	RADIOGRAFIA DE ARCADEA 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
02.04.02.003-4	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
02.04.06.007-9	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO SACRO ILIACA	R\$ 41,80
02.04.06.017-6	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES	R\$ 380,00
02.04.02.013-1	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUNA TOTAL- TELESPONDILOGRAFIA ( P/ ESCOLIOSE)	R\$ 380,00
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\$ 38,11
02.04.03.010-2	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)	R\$ 34,05
10.02.99.040-0	RADIOGRAFIA DE OMOPLATA OU ESCÁPULA	R\$ 41,37
02.04.03.011-0	RADIOGRAFIA DE PNEUMOMEDIASTINO	R\$ 81,80
10.02.99.040-1	RADIOGRAFIA DE PENIS	R\$ 25,93
02.04.03.012-9	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA)	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
02.04.04.001-9	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
02.04.05.011-1	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 ESTOMAGO E DUODENO	R\$ 250,00
02.04.05.015-4	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRÂNSITO)	R\$ 350,00
02.04.05.016-2	RADIOGRAFIA P/ ESTUDO DO DELGADO C/ DUPLO CONTRASTE (ENTEROCLEASE)	R\$ 285,00
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 CALCANEIO	R\$ 34,65
02.04.06.011-7	RADIOGRAFIA DE COXA	R\$ 34,44
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\$ 36,54
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\$ 36,75
02.04.06.016-8	RADIOGRAFIA DE PERNA	R\$ 41,80
10.02.99.040-2	RADIOGRAFIA AMPLIAÇÃO OU MAGNIFICAÇÃO DE LESÃO MAMÁRIA	R\$ 80,00
02.04.06.001-0	ARTROGRAFIA	R\$ 45,34
02.04.05.001-4	CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE	R\$ 285,00
02.04.01.001-2	DACRIOCISTOGRAFIA	R\$ 380,00
10.02.99.040-3	DENSITOMETRIA OSSEA 1 SEGMENTO	R\$ 80,00
10.02.99.040-4	DENSITOMETRIA OSSEA 1 SEGMENTO (URGÊNCIA)	R\$ 95,00
10.02.99.040-5	DENSITOMETRIA OSSEA 2 SEGMENTOS	R\$ 95,00
10.02.99.040-6	DENSITOMETRIA OSSEA 2 SEGMENTOS (URGÊNCIA)	R\$ 120,00
10.02.99.040-7	DENSITOMETRIA OSSEA CORPO INTEIRO	R\$ 120,00
10.02.99.040-8	DENSITOMETRIA OSSEA CORPO INTEIRO (URGÊNCIA)	R\$ 150,00
02.04.03.002-1	DUCTOGRAFIA (POR MAMA)	R\$ 80,00
02.04.05.004-9	DUODENOGRAFIA HIPOTONICA	R\$ 36,24
02.04.06.003-6	ESCANOMETRIA	R\$ 90,00
02.04.05.005-7	FISTULOGRAFIA	R\$ 300,00
02.04.05.006-5	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	R\$ 400,00
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	R\$ 52,00
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO (URGÊNCIA)	R\$ 120,00
02.04.03.004-8	MARCAÇÃO PRE-CIRURGICA DE LESAO NAO PALPAVEL DE MAMA ASSOCIADA A MAMOGRAFIA	R\$ 62,50
02.04.02.001-8	MIELOGRAFIA	R\$ 118,80
02.04.05.017-0	UROGRAFIA VENOSA	R\$ 400,00
02.04.06.016-8	URETROCISTOGRAFIA	R\$ 400,00
02.04.05.017-0	URETROCISTOGRAFIA RETROGADA	R\$ 466,38
02.04.01.019-5	SIALOGRAFIA (POR GLANDULA)	R\$ 380,00
<b>DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA</b>		
<b>CÓDIGO</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>VALOR</b>
02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	R\$ 89,25

10.03.99.040-9	ECOCARDIOGRAFIA FETAL	R\$ 195,45
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA	R\$ 60,00
10.03.99.041-0	ULTRASSONOGRRAFIA C/ DOPPLER ABDOMEM TOTAL E Pelve FEMININO	R\$ 120,00
10.03.99.041-1	ULTRASSONOGRRAFIA C/ DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS ARTERIAS BILATERAL CAROTIDAS E VERTEBRAS	R\$ 150,00
10.03.99.041-2	ULTRASSONOGRRAFIA C/DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS VENOSOS BILATERAL SUBCLAVIAS E JUGULARES	R\$ 150,00
10.03.99.041-3	ULTRASSONOGRRAFIA C/ DOPPLER COLORIDO DE ORGÃO OU ESTRUTURA ISOLADA	R\$ 120,00
10.03.99.041-4	ULTRASSONOGRRAFIA C/ DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ARTERIAS RENAI	R\$ 150,00
10.03.99.041-5	ULTRASSONOGRRAFIA C/ DOPPLER COLORIDO DE AORTA ILIACAS	R\$ 150,00
10.03.99.041-6	ULTRASSONOGRRAFIA C/DOPPLER COLORIDO DE ARTERIAS VISCERAIS MESENTERICAS SUPERIOR E INFERIOR E TRONCO CELIACO	R\$ 150,00
10.03.99.041-7	ULTRASSONOGRRAFIA C/ DOPPLER COLORIDO DE VEIA CAVA SUPERIOR OU INFERIOR	R\$ 150,00
10.03.99.041-8	ULTRASSONOGRRAFIA C/ DOPPLER COLORIDO DE HEMANGIOMA	R\$ 150,00
10.03.99.041-9	ULTRASSONOGRRAFIA C/DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL	R\$ 120,00
10.03.99.042-0	ULTRASSONOGRRAFIA C/ DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL	R\$ 120,00
10.03.99.042-1	ULTRASSONOGRRAFIA C/DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR UNILATERAL	R\$ 120,00
10.03.99.042-2	ULTRASSONOGRRAFIA C/ DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO INFERIOR UNILATERAL	R\$ 120,00
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRRAFIA C/ DOPPLER COLORIDO DE VASOS	R\$ 64,68
10.03.99.042-3	ULTRASSONOGRRAFIA C/ DOPPLER COLORIDO (ARTERIAL/VENOSO) CADA MEMBRO	R\$ 64,68
02.05.01.005-9	ULTRASSONOGRRAFIA C/ DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	R\$ 64,68
02.05.02.015-1	ULTRASSONOGRRAFIA C/ DOPLER OBSTETRICA COLORIDO E PULSADO	R\$ 64,68
10.03.99.042-4	ULTRASSONOGRRAFIA C/DOPPLER COLORIDO TRANSFONTANELA	R\$ 150,00
10.03.99.042-5	ULTRASSONOGRRAFIA C/DOPPLER CONVENCIONAL ORGÃO/ESTRUTURA ISOLADA	R\$ 120,00
10.03.99.042-6	ULTRASSONOGRRAFIA BIOMICROSCOPIA MONOCULAR	R\$ 80,00
02.05.02.003-8	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	R\$ 39,16
02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 64,68
02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	R\$ 39,16
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULACAO	R\$ 39,16
02.05.02.007-0	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 39,16
02.05.02.008-9	ULTRASSONOGRRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)	R\$ 150,00
02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL	R\$ 39,16
02.05.02.010-0	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	R\$ 39,16
02.05.02.011-9	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 84,00
02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE	R\$ 39,16
02.05.02.013-5	ULTRASSONOGRRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	R\$ 39,16
02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA	R\$ 39,16
10.03.99.042-7	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA C/ AMNIOCENTESE	R\$ 80,00
02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	R\$ 39,16
02.05.02.017-8	ULTRASSONOGRRAFIA PARTES MOLES	R\$ 39,16
10.03.99.042-8	ULTRASSONOGRRAFIA COURO CABELUDO	R\$ 64,68
10.03.99.042-9	ULTRASSONOGRRAFIA CARÓTIDAS/VERTEBRAIS	R\$ 64,68
10.03.99.043-0	ULTRASSONOGRRAFIA INGUINAL	R\$ 39,16
10.03.99.043-1	ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLÓGICA	R\$ 200,00
02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL	R\$ 39,16
10.03.99.043-2	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSRETAL COM BIÓPSIA (ATÉ 12 FRAGMENTOS)	R\$ 330,00
10.03.99.043-3	ULTRASSONOGRRAFIA RETROPERITONIO GRANDES VASOS OU ADRENAIS	R\$ 100,00
10.03.99.043-4	ULTRASSONOGRRAFIA DERMATOLOGICO PELE E SUBCULTÂNEO	R\$ 80,00
10.03.99.043-5	ULTRASSONOGRRAFIA ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (CERVICAL OU AXILIAS OU MUSCULO OU TENDÃO)	R\$ 80,00
10.03.99.043-6	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA COM TRANSLUCENCIA NUCAL	R\$ 120,00
10.03.99.043-7	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL PARA CONTROLE DE OVULAÇÃO (3 OU MAIS EXAMES)	R\$ 120,00

10.03.99.043-8	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA PERFIL BIOFISICO FETAL	R\$ 100,00
<b>DIAGNÓSTICO POR ANGIOTOMOGRAFIA</b>		
<b>CÓDIGO</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>VALOR</b>
10.04.99.043-9	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA ABDOMEM SUPERIOR	R\$ 460,00
10.04.99.044-0	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA CRÂNIO	R\$ 460,00
10.04.99.044-1	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA MEMBRO INFERIOR	R\$ 460,00
10.04.99.044-2	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA MEMBRO SUPERIOR	R\$ 460,00
10.04.99.044-3	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA PESCOÇO	R\$ 460,00
10.04.99.044-4	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA PELVE	R\$ 460,00
10.04.99.044-5	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA TÓRAX	R\$ 460,00
10.04.99.044-6	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA ABDOMEM SUPERIOR	R\$ 460,00
10.04.99.044-7	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA TEP	R\$ 490,00
10.04.99.044-8	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA ABDOMEM TOTAL	R\$ 400,00
10.04.99.044-9	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL ABDOMEM SUPERIOR	R\$ 460,00
10.04.99.045-0	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL CRÂNIO	R\$ 460,00
10.04.99.045-1	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL MEMBRO INFERIOR	R\$ 460,00
10.04.99.045-2	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL MEMBRO SUPERIOR	R\$ 460,00
10.04.99.045-3	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL PESCOÇO	R\$ 460,00
10.04.99.045-4	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL TEP	R\$ 490,00
10.04.99.045-5	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL TÓRAX	R\$ 460,00
10.04.99.045-6	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL PELVE	R\$ 460,00
10.04.99.045-7	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL ABDOMEM TOTAL	R\$ 400,00
10.04.99.045-8	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA + ARTERIAL DE ABDOMEM SUPERIOR	R\$ 660,00
10.04.99.045-9	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA + ARTERIAL DE ABDOMEM INFERIOR	R\$ 660,00
10.04.99.046-0	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA + ARTERIAL DE PESCOÇO, PELVE, TORAX, AORTA	R\$ 490,00
10.04.99.046-1	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA + ARTERIAL TEP	R\$ 660,00
10.04.99.046-2	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA + ARTERIAL ABDOMEM TOTAL	R\$ 600,00
<b>DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (COM CONTRASTE + R\$ 100,00)</b>		
<b>CÓDIGO</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>VALOR</b>
02.06.01.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL	R\$ 220,00
10.05.99.046-3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTÓIDES/OUVIDO	R\$ 200,00
02.06.03.003-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE BACIA OU PELVE / ABDOMEM INFERIOR	R\$ 200,00
10.05.99.046-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO DE TEMPORO MANDIBULAR	R\$ 280,00
10.05.99.046-5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE VIAS URINÁRIAS	R\$ 345,00
10.05.99.046-6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE QUADRIL (1 LADO)	R\$ 490,00
10.05.99.046-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE QUADRIL (2 LADOS)	R\$ 590,00
02.06.01.002-8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 200,00
02.06.01.003-6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA	R\$ 200,00
02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES	R\$ 200,00
02.06.01.005-2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO	R\$ 200,00
02.06.01.006-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA	R\$ 200,00
02.06.01.007-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	R\$ 200,00
02.06.02.001-5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 220,00
02.06.02.002-3	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 COMPUTADORIZADA DE HEMITORAX, PULMÃO OU DO MEDIASTINO	R\$ 200,00
02.06.03.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 200,00
10.05.99.046-8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEM TOTAL	R\$ 600,00
02.06.03.002-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 220,00

<b>DIAGNÓSTICO POR ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA</b>		
<b>CÓDIGO</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>VALOR</b>
02.07.01.001-3	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA CRANIO CEREBRAL (ENCEFALO)	R\$ 460,00
10.06.99.046-9	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA VENOSA CRÂNIO OU PESCOÇO	R\$ 460,00
10.06.99.047-0	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA AORTA TORÁCICA	R\$ 460,00
10.06.99.047-1	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA AORTA ABDOMINAL	R\$ 460,00
10.06.99.047-2	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA VENOSA ABDOMEM SUPERIOR	R\$ 460,00
10.06.99.047-3	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA VENOSA ABDOMEM SUPERIOR	R\$ 460,00
10.06.99.047-4	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA VENOSA PELVE	R\$ 460,00
10.06.99.047-5	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA VENOSA PULMONAR	R\$ 460,00
10.06.99.047-6	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA VENOSA MEMBRO INFERIOR UNILATERAL	R\$ 460,00
10.06.99.047-7	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA VENOSA MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL	R\$ 460,00
10.06.99.047-8	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA ARTERIAL CRÂNIO OU PESCOÇO	R\$ 460,00
10.06.99.047-9	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA ARTERIAL ABDOMEM SUPERIOR	R\$ 460,00
10.06.99.048-0	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA ARTERIAL MEMBRO INFERIOR UNILATERAL	R\$ 460,00
10.06.99.048-1	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA ARTERIAL MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL	R\$ 460,00
10.06.99.048-2	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA ARTERIAL PELVE	R\$ 460,00
10.06.99.048-3	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA ARTERIAL PULMONAR	R\$ 460,00
<b>DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA</b>		
<b>CÓDIGO</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>VALOR</b>
02.07.01.002-1	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	R\$ 460,00
02.07.01.003-0	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	R\$ 460,00
02.07.01.004-8	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 460,00
02.07.01.005-6	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORACICA	R\$ 460,00
02.07.01.006-4	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE CRANIO E BASE DO CRÂNIO	R\$ 460,00
02.07.01.007-2	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE SELA TURCICA	R\$ 460,00
02.07.02.001-9	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE	R\$ 1.200,00
02.07.02.002-7	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNIL Ñ INCLUI ARTICULAÇÕES)	R\$ 450,00
02.07.02.003-5	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE TORAX (MEDIATINO/PULMÃO/PAREDE TORÁCICA)	R\$ 450,00
02.07.03.001-4	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 450,00
02.07.03.002-2	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR	R\$ 450,00
02.07.03.003-0	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R\$ 450,00
02.07.03.004-9	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA	R\$ 450,00
10.07.99.048-4	RESSONANCIA MAGNÉTICA ÓBITA LATERAL	R\$ 450,00
10.07.99.048-5	RESSONANCIA MAGNÉTICA OSSO TEMPORAIS BILATERAL	R\$ 450,00
10.07.99.048-6	RESSONANCIA MAGNÉTICA FACE (INCLUI SEIOS DA FACE)	R\$ 450,00
10.07.99.048-7	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE PESCOÇO	R\$ 450,00
10.07.99.048-8	RESSONANCIA MAGNÉTICA FETAL	R\$ 450,00
10.07.99.048-9	RESSONANCIA MAGNÉTICA PÊNIS	R\$ 450,00
10.07.99.049-0	RESSONANCIA MAGNÉTICA BOLSA ESCROTAL	R\$ 450,00
10.07.99.049-1	RESSONANCIA MAGNÉTICA CERVICAL/OU DORSAL OU LOMBAR	R\$ 450,00
10.07.99.049-2	RESSONANCIA MAGNÉTICA MÃO (NÃO INCLUI PUNHO)	R\$ 450,00
10.07.99.049-3	RESSONANCIA MAGNÉTICA BRAQUIAL OU LOMBOSACRA	R\$ 450,00
10.07.99.049-4	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR	R\$ 450,00
10.07.99.049-5	RESSONANCIA MAGNÉTICA COXA UNILATERAL	R\$ 450,00
10.07.99.049-6	RESSONANCIA MAGNÉTICA PÉ NÃO INCLUI TORNOZELO	R\$ 450,00
10.07.99.049-7	RESSONANCIA MAGNÉTICA PERNA UNILATERAL	R\$ 450,00
10.07.99.049-8	RESSONANCIA MAGNÉTICA ARTICULAÇÕES (POR ARTICULAÇÃO)	R\$ 450,00
10.07.99.049-9	RESSONANCIA MAGNÉTICA MAMA BILATERAL	R\$ 450,00
10.07.99.050-0	RESSONANCIA MAGNÉTICA FLUXO LIQUÓRICO COMO COMPLEMENTAR	R\$ 450,00

10.07.99.050-1	RESSONANCIA MAGNÉTICA MEMBRO INFERIOR	R\$ 450,00
10.07.99.050-2	RESSONANCIA MAGNÉTICA AVALIAÇÃO DE FERRO (CORACÃO OU FÍGADO)	R\$ 450,00
10.07.99.050-3	RESSONANCIA MAGNÉTICA TRACTOGRAFIA	R\$ 450,00
10.07.99.050-4	RESSONANCIA MAGNÉTICA DIFUSÃO POR RM	R\$ 450,00
10.07.99.050-5	RESSONANCIA MAGNÉTICA PLANEJAMENTO	R\$ 450,00
10.07.99.050-6	RESSONANCIA MAGNÉTICA ENDORRETAL	R\$ 450,00
10.07.99.050-7	RESSONANCIA MAGNÉTICA ENDOVAGINAL	R\$ 1.100,00
10.07.99.050-8	RESSONANCIA MAGNÉTICA NEURONAVEGADOR	R\$ 450,00
10.07.99.050-9	RESSONANCIA MAGNÉTICA PARA PLANEJAMENTO ONCOLÓGICO	R\$ 450,00
10.07.99.051-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ENDOGENA	R\$ 450,00
10.07.99.051-1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA CORAÇÃO MORFOLÓGICO FUNCIONAL (PERFUSÃO+ESTRESSE)	R\$ 1.200,00
10.07.99.051-2	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA CORAÇÃO MORFOLÓGICO FUNCIONAL (PERFUSÃO+VIAS BILIARES MIOCARDIO)	R\$ 1.200,00
10.07.99.051-3	HIDRORESSONÂNCIA	R\$ 460,00

**DIAGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO**

<b>CÓDIGO</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>VALOR</b>
02.08.01.001-7	CINTILOGRAFIA DE CORACAO C/ GALIO 67	R\$ 906,80
02.08.09.001-0	CINTILOGRAFIA C/ GALIO 67 CORPO INTEIRO/PESQUISA NEOPLASIAS	R\$ 906,80
02.08.01.002-5	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE ESTRESSE (MINIMO 3 PROJECOES)	R\$ 408,52
02.08.01.003-3	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE REPOUSO (MINIMO 3 PROJEÇÕES)	R\$ 383,07
02.08.01.004-1	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ LOCE NECROSE (MIN 3 PROJECOES )	R\$ 166,47
02.08.01.005-0	CINTILOGRAFIA P/ AVALIACAO DE FLUXO SANGUINEO DE EXTREMIDADES	R\$ 114,02
02.08.01.006-8	CINTILOGRAFIA P/ QUANTIFICACAO DE SHUNT EXTRACARDIACO	R\$ 142,57
02.08.01.007-6	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE ESFORCO	R\$ 214,85
02.08.01.008-4	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE REPOUSO (VENTRICULOGRAFIA)	R\$ 176,72
02.08.02.001-2	CINTILOGRAFIA DE FIGADO E BACO (MINIMO 5 IMAGENS)	R\$ 133,26
02.08.02.002-0	CINTILOGRAFIA DE FIGADO E VIAS BILIARES	R\$ 187,93
02.08.02.003-9	CINTILOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTIMULO	R\$ 87,89
02.08.02.005-5	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (LIQUIDO)	R\$ 135,38
02.08.02.006-3	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (SEMI-SOLIDO)	R\$ 135,38
02.08.02.007-1	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO GASTRICO	R\$ 144,22
02.08.02.008-0	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL	R\$ 114,86
02.08.02.009-8	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA	R\$ 157,23
02.08.02.010-1	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NAO ATIVA	R\$ 310,82
02.08.02.011-0	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFAGICO	R\$ 135,38
02.08.03.001-8	CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES	R\$ 324,54
02.08.03.002-6	CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE	R\$ 77,28
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
02.08.04.002-1	CINTILOGRAFIA DE RIM C/ GALIO 67	R\$ 457,55
02.08.04.003-0	CINTILOGRAFIA DE TESTICULO E BOLSA ESCROTAL	R\$ 108,94
02.08.04.005-6	CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)	R\$ 133,03
02.08.04.006-4	CINTILOGRAFIA DE PULMAO C/ GALIO 67	R\$ 457,55
02.08.04.007-2	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO P/ PESQUISA DE ASPIRAÇÃO	R\$ 127,51
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
02.08.05.001-9	CINTILOGRAFIA DE ARTICULACOES E/OU EXTREMIDADES E/OU OSSO	R\$ 180,32
02.08.05.002-7	CINTILOGRAFIA DE ESQUELETO (CORPO INTEIRO)	R\$ 190,99

02.08.05.003-5	CINTILOGRAFIA DE OSSOS COM OU SEM FLUXO SANGUÍNEO (CORPO INTEIRO)	R\$ 190,99
02.08.05.004-3	CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO OSSEO C/ GALIO 67	R\$ 477,55
02.08.06.001-4	CINTILOGRAFIA DE PERFUSAO CEREBRAL C/ TALIO (SPCTO)	R\$ 438,01
02.08.08.001-5	CINTILOGRAFIA DE SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL (MEDULA OSSEA)	R\$ 112,61
02.08.09.003-7	CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)	R\$ 289,43
02.08.09.002-9	CINTILOGRAFIA DE GRANDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA)	R\$ 66,23
02.08.04.006-4	CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA	R\$ 122,97
02.08.04.007-2	CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA	R\$ 144,50
02.08.06.002-2	CISTERNOCINTILOGRAFIA (INCLUINDO PESQUISA E/OU AVALIACAO DO TRANSITO LIQUORICO)	R\$ 205,34
02.08.01.009-2	DETERMINACAO DE FLUXO SANGUINEO REGIONAL	R\$ 123,93
02.08.08.002-3	DEMONSTRACAO DE SEQUESTRO DE HEMACIAS PELO BACO (C/ RADIOISOTOPOS)	R\$ 97,37
02.08.08.003-1	DETERMINACAO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS (C/ RADIOSOTOPOS)	R\$ 54,36
02.08.04.008-0	DETERMINACAO DE FILTRACAO GLOMERULAR	R\$ 63,22
02.08.04.009-9	DETERMINACAO DE FLUXO PLASMATICO RENAL	R\$ 63,22
02.08.06.003-0	ESTUDO DE FLUXO SANGUINEO CEREBRAL	R\$ 119,16
02.08.04.010-2	ESTUDO RENAL DINAMICO C/ OU S/ DIURETICO	R\$ 165,24
02.08.02.012-8	IMUNO-CINTILOGRAFIA (ANTICORPO MONOCLONAL)	R\$ 1.103,26
03.04.09.001-8	IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DA TIRÓIDE (150 MCI)	R\$ 1.289,00
03.04.09.002-6	IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DA TIRÓIDE (100 MCI)	R\$ 1.071,90
03.04.09.003-4	IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DA TIRÓIDE (200 MCI)	R\$ 1.471,32
03.04.09.004-2	IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DA TIRÓIDE (250 MCI)	R\$ 1.810,32
03.04.09.005-0	IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DA TIRÓIDE (30 MCI)	R\$ 443,70
03.04.09.006-9	IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DA TIRÓIDE (50 MCI)	R\$ 614,70
02.08.08.004-0	LINFOCINTILOGRAFIA	R\$ 141,33
02.08.03.005-0	TESTE DO PERCLORATO C/ RADIOISOTOPO	R\$ 107,40
03.03.12.005-3	TRATAMENTO DE DOR/MESTASE C/RADIOISÓTOPO (TRATAMENTO EXCETO CA TIREÓIDE)	R\$ 468,38
03.03.12.006-1	TRATAMENTO DE HIPERTIROIDISMO (PLUMMER ATÉ 30MCI)	R\$ 443,70
03.03.12.007-0	TRATAMENTO HIPOTIROSDISMO GRAVIS	R\$ 359,70

**PROCEDIMENTOS COM FINALIDADES DIAGNÓSTICAS, CLÍNICOS E CIRÚRGICOS**

<b>CÓDIGO</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>VALOR</b>
03.03.05.001-2	ACOMPANHAMENTO E AVALIACAO DE GLAUCOMA POR FUNDOSCOPIA E TONOMETRIA	R\$ 17,74
10.08.99.051-4	AMPUTAÇÃO CHOPART	R\$ 415,59
10.08.99.051-5	APLICAÇÃO DE HEMOCLIP E ENDOLOOP + MUSECTOMIA	R\$ 1.083,00
04.05.03.001-0	APLICACAO DE PLACA RADIOATIVA EPISCLERAL	R\$ 1.145,16
10.08.99.051-6	APLICAÇÃO DE PLASMA DE ARGÔNIO (CÓLON E RETO)	R\$ 900,00
02.11.07.003-3	AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE	R\$ 21,00
02.11.07.004-1	AUDIOMETRIA TONAL LIMAR (VIA AÉREA OU ÓSSEA)	R\$ 25,20
10.08.99.051-7	BAROPOMETRIA	R\$ 200,00
02.11.06.001-1	BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)	R\$ 24,24
10.08.99.051-8	BIOPSIA COM ANESTESIA LOCAL (OTORRINOLARINGOLOGIA)	R\$ 200,00
02.01.01.006-2	BIOPSIA DE BEXIGA	R\$ 330,00
02.01.01.041-0	BIOPSIA DE PROSTATA	R\$ 330,00
04.05.03.002-9	BIOPSIA DE TUMOR INTRA OCULAR	R\$ 96,11
10.08.99.051-9	BIOPSIA GINECOLOGICA - TRATO INF	R\$ 250,00
10.08.99.052-0	BIOPSIA LINFONODO GUIADA POR ULTRASSOM	R\$ 250,00
10.08.99.052-1	CIRURGIA DE CATARATA COM IMPLANTE DE LENTE	R\$ 771,60
10.08.99.052-2	CIRURGIAS AMBULATORIAIS	R\$ 150,00
04.01.02.017-7	CIRURGIA DE UNHA (CANTOPLASTIA)	R\$ 150,00
02.09.02.001-6	CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA E/OU URETROSCOPIA	R\$ 250,00
02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA	R\$ 210,00

10.08.99.052-3	COLONOSCOPIA + PINÇA	R\$ 273,00
10.08.99.052-4	COLONOSCOPIA + ALÇA	R\$ 400,00
10.08.99.052-5	COLONOSCOPIA + MUSECTOMIA	R\$ 680,00
02.11.04.002-9	COLPOSCOPIA/VULVOSCOPIA GINECOLÓGICA+BIÓPSIA+PEQ.CIRURGIA)	R\$ 250,00
10.08.99.052-6	CORE BIÓPSIA - MAMA/ AXILA	R\$ 300,00
10.08.99.052-7	CORE BIÓPSIA MAMA/ AXILA - URGÊNCIA	R\$ 540,00
04.05.01.001-0	CORRECAO CIRURGICA DE ENTROPIO E ECTROPIO	R\$ 203,74
04.05.01.002-8	CORRECAO CIRURGICA DE EPICANTO E TELECANTO	R\$ 278,90
03.01.10.028-4	CURATIVO DE GRAU I	R\$ 30,00
04.01.01.001-5	CURATIVO DE GRAU II C/ OU S/ DESBRIDAMENTO	R\$ 38,84
04.05.03.003-7	CRIOTERAPIA OCULAR	R\$ 278,90
04.09.04.001-0	DRENAGEM DE ABCESSO DA BOLSA ESCROTAL	R\$ 230,00
04.05.01.004-4	DRENAGEM DE ABSCESSO DE PALPEBRA	R\$ 22,93
04.05.01.003-6	DACRIOCISTORRINOSTOMIA	R\$ 681,87
04.15.04.004-3	DEBRIDAMENTO DE ULCERA/NECROSE	R\$ 38,83
10.08.99.052-8	DRENAGEM SECREÇÃO TIMPÂNICA	R\$ 85,00
10.08.99.052-9	ELETROCAUTERIZAÇÃO (ATÉ 3 LESÕES)	R\$ 150,00
10.08.99.053-0	ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÃO CONDILOMATOSA (ATÉ 5 LESÕES)	R\$ 230,00
10.08.99.053-1	ELETROCAUTERIZAÇÃO DE LESÕES PENIANAS	R\$ 230,00
10.08.99.053-2	ESCLEROTERAPIA COM GLICOSE	R\$ 85,00
10.08.99.053-3	ESCLEROTERAPIA C/ POLIDOCANOL	R\$ 250,00
02.11.02.003-6	ELETROCARDIOGRAMA (ECG)	R\$ 14,18
02.11.05.004-0	ELETROENCEFALOGRAMA (EEG)	R\$ 63,00
02.11.05.003-2	ELETROENCEFALOGRAMA (EEG) ROTINA COM SEDAÇÃO	R\$ 200,00
02.11.05.005-9	ELETROENCEFALOGRAMA (EEG) C/ MAPEAMENTO CEREBRAL	R\$ 200,00
10.08.99.053-4	ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG) FACE	R\$ 280,00
10.08.99.053-5	ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG) MMSS	R\$ 280,00
10.08.99.053-6	ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG) MMII	R\$ 280,00
10.08.99.053-7	ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG) MMSS+MMII	R\$ 480,00
10.08.99.053-8	EMBOLIZAÇÃO	R\$ 392,00
02.11.07.014-9	EMISSIONES OTOACÚSTICAS EVOCADAS PARA TRIAGEM AUDITIVA (TESTE DA ORELHINHA)	R\$ 55,00
10.08.99.053-9	ENEMA OPACO	R\$ 300,00
04.05.01.005-2	EPILACAO A LASER	R\$ 45,00
04.05.01.006-0	EPILACAO DE CILIOS	R\$ 22,93
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EDA)	R\$ 85,00
02.11.08.005-5	ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR	R\$ 84,00
10.08.99.054-0	EXAME DE PENISCOPIA COM BIÓPSIA	R\$ 165,00
10.08.99.054-1	EXAME PREVENTIVO DE COLO DE ÚTERO (PAPANICOLAU)	R\$ 44,00
03.03.05.002-0	EXERCICIOS ORTOPTICOS	R\$ 3,27
04.05.01.007-9	EXERESE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESOES DA PALPEBRA E SUPERCILIOS	R\$ 78,75
04.05.01.008-7	EXTIRPACAO DE GLANDULA LACRIMAL	R\$ 577,44
04.08.05.008-0	FASCIOTOMIA MEMBROS INFERIORES	R\$ 445,91
04.05.03.004-5	FOTOCOAGULACAO A LASER	R\$ 75,15
04.09.05.006-7	FRENUPLASTIA	R\$ 230,00
02.11.06.010-0	FUNDOSCOPIA	R\$ 3,37
02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA	R\$ 20,00
02.11.04.004-5	HISTEROSCOPIA	R\$ 700,00
10.08.99.054-2	IMPEDANCIOMETRIA/IMITÂNCIOMETRIA	R\$ 26,25
04.05.03.005-3	INJEÇÃO INTRA-VITREO	R\$ 82,28
10.08.99.054-3	INSERÇÃO DE DISPOSITIVO INTRA UTERINO (DIU)	R\$ 80,00

10.08.99.054-4	INSERÇÃO DE PESSÁLIO	R\$ 80,00
04.05.05.019-4	IRIDOTOMIA A LASER	R\$ 90,00
10.08.99.054-5	LIGADURA ESOFÁGICA	R\$ 2.200,00
02.11.07.021-1	LOGOaudiometria (LDV-IRF-LRF-SRT)	R\$ 32,55
10.08.99.054-6	MAMOTOMIA POR ESTEROTAXIA (NÃO INCLUI O EXAME DE IMAGEM)	R\$ 2.700,00
10.08.99.054-7	MAPEAMENTO DE RETINA + TONOMETRIA	R\$ 49,90
02.11.02.005-2	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTZER 24 HS (3 CANAIS)	R\$ 81,00
02.11.02.005-2	MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (M.A.P.A)	R\$ 94,50
10.08.99.054-8	MUCOECTOMIA	R\$ 680,00
10.08.99.054-9	NASOFIBROLARINGOSCOPIA COM MANOBRA DE MULLER	R\$ 150,00
10.08.99.055-0	NASOFIBROLARINGOSCOPIA FLEXÍVEL E/OU RÍGIDA	R\$ 80,00
04.05.01.010-9	OCLUSAO DE PONTO LACRIMAL	R\$ 19,14
10.08.99.055-1	OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA (SESSÃO)	R\$ 240,00
04.05.03.019-3	PAN-FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA A LASER	R\$ 180,00
10.08.99.055-2	PEQUENAS CIRURGIAS	R\$ 100,00
10.08.99.055-3	PET CT	R\$ 2.108,00
10.08.99.055-4	PET SCAN (PSMA)	R\$ 4.700,00
02.11.05.010-5	POLISSONOGRAFIA NOITE INTEIRA	R\$ 500,00
10.08.99.055-5	POLIPECTOMIA	R\$ 105,00
10.08.99.055-6	POLIPECTOMIA COM ALÇA	R\$ 315,00
10.08.99.055-7	POLIPECTOMIA COM PINÇA	R\$ 168,00
10.08.99.055-8	POLIPECTOMIA COM ALÇA E PINÇA	R\$ 378,00
04.09.05.055-8	POSTECTOMIA	R\$ 315,00
04.09.05.055-9	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DO TRONCO ENCEFÁLICO (BERA)	R\$ 200,00
10.08.99.055-9	POTENCIAL EVOCADO SOMATÓRIO SENSITIVO (PESS) MMSS	R\$ 280,00
10.08.99.056-0	POTENCIAL EVOCADO SOMATÓRIO SENSITIVO (PESS) MMII	R\$ 280,00
10.08.99.056-1	POTENCIAL EVOCADO SOMATÓRIO SENSITIVO (PESS) MMSS+MMII	R\$ 480,00
10.08.99.056-2	PRESSÃO CENTRAL	R\$ 99,75
10.08.99.056-3	PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL (PAC) + AUDIOMETRIA COMPLETA	R\$ 300,00
02.01.01.047-0	PUNÇÃO ASPIRATIVA POR AGULHA FINA (PAAF) MAMA/ TIREOIDE/ PARÓTIDA/ CERVICAL	R\$ 250,00
10.08.99.056-4	PUNÇÃO ASPIRATIVA POR AGULHA FINA (PAAF) MAMA/ TIREOIDE/ PARÓTIDA/ CERVICAL (URGÊNCIA)	R\$ 450,00
04.05.01.020-6	PUNCTOPLASTIA	R\$ 19,14
04.05.01.011-7	RECONSTITUICAO DE CANAL LACRIMAL	R\$ 689,66
04.05.01.012-5	RECONSTITUICAO PARCIAL DE PALPEBRA COM TARSORRAFIA	R\$ 311,04
04.05.01.013-3	RECONSTITUICAO TOTAL DE PALPEBRA	R\$ 1.138,66
04.04.01.027-0	REMOÇÃO DE CERUMEN DE CONDUTOR AUDITIVO	R\$ 13,00
10.08.99.056-5	REMOÇÃO DE CERUMEN DE CONDUTOR AUDITIVO C/ CURETA E ÓPTICA RÍGIDA	R\$ 64,00
04.04.01.030-0	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CAVIDADE AUDITIVA E NASAL	R\$ 30,00
04.05.03.007-0	RETINOPEXIA C/ INTROFLEXAO ESCLERAL	R\$ 1.074,86
02.09.01.005-3	RETOSSIGMOIDOSCOPIA	R\$ 200,00
10.08.99.056-6	REMOÇÃO DE DISPOSITIVO INTRA UTERINO (DIU)	R\$ 80,00
04.05.01.014-1	SIMBLEFAROPLASTIA	R\$ 203,74
04.05.05.026-7	SINEQUILISE A YAG LASER	R\$ 90,00
04.05.01.015-0	SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL	R\$ 203,73
04.05.01.016-8	SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS	R\$ 22,93
04.05.05.029-1	SUTURA DE CONJUTIVA	R\$ 82,29
04.05.05.030-5	SUTURA DE Córnea	R\$ 164,08
04.05.03.009-6	SUTURA DE ESCLERA	R\$ 161,19
04.05.01.017-6	SUTURA DE PALPEBRAS	R\$ 143,99

04.05.03.018-5	TERMOTERAPIA TRANSPUPILAR	R\$ 743,00
02.11.02.006-0	TESTE DE ESFORÇO / TESTE ERGOMETRICO	R\$ 90,00
02.11.07.035-1	TESTES OTONEUROLÓGICO	R\$ 120,00
02.11.06.026-7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CórNEA	R\$ 60,00
04.05.01.018-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE BLEFAROCALASE	R\$ 95,42
04.05.01.019-2	TRATAMENTO CIRURGICO DE TRIQUIASE C/ OU S/ ENXERTO	R\$ 278,90
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
04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRÚGICO DE PTERIGIO	R\$ 209,55
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
03.03.05.023-3	TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE DOENÇA DA RETINA I	R\$ 627,28
03.03.05.003-9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA BINOCULAR (1ª LINHA )	R\$ 18,66
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 COM GLAUCOMA MONOCULAR (2ª LINHA)	R\$ 52,92
03.03.05.008-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM 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
03.03.05.015-2	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\$ 146,64
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
10.08.99.056-7	TRATAMENTO OU INFILTRAÇÃO MEDICAMENTOSA (OTORRINOLARINGOLOGISTA)	R\$ 200,00
02.11.07.035-1	UROFLUXOMETRIA	R\$ 84,00
04.09.05.008-3	VASECTOMIA	R\$ 315,00
10.08.99.056-8	VEMP CERVICAL	R\$ 150,00
02.09.04.004-1	VIDEOLARINGOSCOPIA	R\$ 100,00
10.08.99.056-9	VIDEONASOENDOSCOPIA FLEXÍVEL	R\$ 80,00
10.08.99.057-0	VIDEONASOENDOSCOPIA RÍGIDA	R\$ 100,00
04.05.03.013-4	VITRECTOMIA ANTERIOR	R\$ 381,08
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\$ 3.283,41

<b>REMOÇÕES (VALORES POR KM)</b>		
<b>CÓDIGO</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>VALOR</b>
10.09.99.057-1	AMBULÂNCIA UTI MÓVEL	R\$ 17,16
10.09.99.057-2	AMBULÂNCIA UTI MÓVEL NEONATAL	R\$ 19,50
10.09.99.057-3	AMBULÂNCIA SUPORTE BÁSICO	R\$ 15,00
<b>CONSULTA/ATENDIMENTO/SESSÃO</b>		
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA ENDOCRINOPEDIATRIA	R\$ 50,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA NEUROPEDIATRIA	R\$ 50,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA NEFROLOGIA	R\$ 50,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA CIRURGIA GERAL	R\$ 40,00
03.01.07.011-3	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INDIVIDUAL	R\$ 35,00
10.10.99.057-4	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INDIVIDUAL (AUTISMO)	R\$ 70,00
10.10.99.057-5	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INDIVIDUAL (DOMICILIAR)	R\$ 70,00
03.02.01.002-5	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS	R\$ 48,00
<b>AUDITOR/AUTORIZADOR</b>		
10.10.99.057-6	MÉDICO AUDITOR E AUTORIZADOR (MENSAL)	R\$ 2.047,00
<b>PRÓTESE DENTÁRIA</b>		
10.11.99.057-7	PRÓTESE DENTÁRIA	R\$ 140,00
<b>DIAGNÓSTICO POR RADIOGRAFIA E TOMOGRAFIA ODONTOLÓGICA</b>		
10.12.99.057-8	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	R\$ 70,00
10.12.99.057-9	RADIOGRAFIA PANORÂMICA PERIAPICAL (1 UNIDADE)	R\$ 35,00
10.12.99.058-0	RADIOGRAFIA PANORÂMICA PERIAPICAL ( A PARTIR DE 02 UNIDADES)- CADA	R\$ 25,00
10.12.99.058-1	RADIOGRAFIA LEVANTAMENTO PERIAPICAL	R\$ 190,00
10.12.99.058-2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ( 1 ARCADA)	R\$ 220,00
10.12.99.058-3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (2 ARCADAS)	R\$ 440,00