

Atualização na Tabela de Serviços e Procedimentos em Saúde da ICISMEP, realizada em maio de 2021, com publicação em maio de 2021, para vigência a partir da competência de maio de 2021

## TABELA DE SERVIÇOS DE SAÚDE EXECUTADOS NAS UNIDADES ICISMEP

### TABELA 01 - OFTALMOLOGIA

#### PACOTE BÁSICO DA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA

| CÓDIGO                 | DESCRIÇÃO  | VALOR SUS¹       | VALOR ICISMEP    |
|------------------------|--|------------------|------------------|
| 03.01.01.007-2         | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA (QUANTIDADE 1)            | R\$ 10,00        |                  |
| 03.01.10.001-2         | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR PACIENTE (QUANTIDADE 1) | R\$ 0,63         |                  |
| 02.11.06.002-0         | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1)                                     | R\$ 12,34        |                  |
| 02.11.06.025-9         | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)  | R\$ 3,37         |                  |
| 02.11.06.012-7         | MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)                    | R\$ 24,24        |                  |
| <b>TOTAL DO PACOTE</b> |  | <b>R\$ 50,58</b> | <b>R\$ 38,38</b> |

#### AVALIAÇÃO DE CATARATA

| CÓDIGO                 | DESCRIÇÃO  | VALOR SUS¹        | VALOR ICISMEP    |
|------------------------|--|-------------------|------------------|
| 03.01.01.007-2         | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CATARATA (QUANTIDADE 1)                                  | R\$ 10,00         |                  |
| 02.11.06.001-1         | BIOMETRIA ULTRASSÔNICA MONOCULAR (ECO A) (R\$ 24,24 QUANTIDADE 2)                            | R\$ 48,48         |                  |
| 02.11.06.012-7         | MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)  | R\$ 24,24         |                  |
| 02.11.06.025-9         | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)  | R\$ 3,37          |                  |
| 02.05.02.008-9         | ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | R\$ 24,20         |                  |
| 03.01.10.001-2         | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)   | R\$ 0,63          |                  |
| <b>TOTAL DO PACOTE</b> |  | <b>R\$ 110,92</b> | <b>R\$ 86,09</b> |

#### CONTROLE ANTECIPADO DE GLAUCOMA - CONSULTA

| CÓDIGO                 | DESCRIÇÃO   | VALOR SUS¹        | VALOR ICISMEP    |
|------------------------|---|-------------------|------------------|
| 03.01.01.007-2         | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)       | R\$ 10,00         |                  |
| 02.11.06.025-9         | FGT188  | R\$ 6,74          |                  |
| 02.11.06.011-9         | GONIOSCOPIA (QUANTIDADE 1)  | R\$ 6,74          |                  |
| 02.05.02.002-0         | PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA - MONOCULAR (R\$ 14,81 QUANTIDADE 2)     | R\$ 29,62         |                  |
| 02.11.06.003-8         | CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (QUANTIDADE 1)                        | R\$ 40,00         |                  |
| 02.11.06.028-3         | TOMOGRÁFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | R\$ 48,00         |                  |
| 03.01.10.001-2         | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)                      | R\$ 0,63          |                  |
| <b>TOTAL DO PACOTE</b> |   | <b>R\$ 141,73</b> | <b>R\$ 79,00</b> |

#### CONTROLE DE GLAUCOMA 30 A 60 DIAS - ACOMPANHAMENTO

| CÓDIGO                 | DESCRIÇÃO   | VALOR SUS¹       | VALOR ICISMEP    |
|------------------------|---|------------------|------------------|
| 03.01.01.007-2         | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1) | R\$ 10,00        |                  |
| 02.11.06.025-9         | TONOMETRIA (3,37 QUANTIDADE 2)                              | R\$ 6,74         |                  |
| 02.11.06.002-0         | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1)              | R\$ 12,34        |                  |
| 03.01.10.001-2         | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)                | R\$ 0,63         |                  |
| <b>TOTAL DO PACOTE</b> |   | <b>R\$ 29,71</b> | <b>R\$ 19,46</b> |

#### AVALIAÇÃO CIRÚRGICA DE GLAUCOMA

| CÓDIGO                 | DESCRIÇÃO   | VALOR SUS¹       | VALOR ICISMEP    |
|------------------------|---|------------------|------------------|
| 03.01.01.007-2         | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1) | R\$ 10,00        |                  |
| 02.11.06.025-9         | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)                                   | R\$ 3,37         |                  |
| 02.11.06.002-0         | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1)              | R\$ 12,34        |                  |
| 02.11.06.003-8         | CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA                                 | R\$ 40,00        |                  |
| 02.11.06.017-8         | RETINOGRÁFIA COLORIDA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)        | R\$ 24,68        |                  |
| 03.01.10.001-2         | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)                | R\$ 0,63         |                  |
| <b>TOTAL DO PACOTE</b> |   | <b>R\$ 91,02</b> | <b>R\$ 53,54</b> |

#### CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAVIAÇÃO DE GLAUCOMA

| CÓDIGO                 | DESCRIÇÃO   | VALOR SUS¹        | VALOR ICISMEP    |
|------------------------|---|-------------------|------------------|
| 03.01.01.010-2         | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)       | R\$ 56,74         |                  |
|                        | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)   |                   |                  |
|                        | FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1)  |                   |                  |
|                        | CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)        |                   |                  |
| 02.11.06.011-9         | GONIOSCOPIA (QUANTIDADE 1)  | R\$ 6,74          |                  |
| 02.05.02.002-0         | PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA - MONOCULAR (R\$ 14,81 QUANTIDADE 2)     | R\$ 29,62         |                  |
| 02.11.06.028-3         | TOMOGRÁFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | R\$ 48,00         |                  |
| 03.01.10.001-2         | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)                      | R\$ 0,63          |                  |
| <b>TOTAL DO PACOTE</b> |   | <b>R\$ 141,73</b> | <b>R\$ 57,74</b> |

#### ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DE GLAUCOMA

| CÓDIGO                 | DESCRIÇÃO   | VALOR SUS¹       | VALOR ICISMEP    |
|------------------------|---|------------------|------------------|
| 03.03.05.001-2         | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1) | R\$ 16,74        |                  |
|                        | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)                                   |                  |                  |
|                        | FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1)                                  |                  |                  |
| 03.01.10.001-2         | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)                | R\$ 0,63         |                  |
| <b>TOTAL DO PACOTE</b> |   | <b>R\$ 17,37</b> | <b>R\$ 17,74</b> |

| DESCRIÇÃO DOS TRATAMENTOS MEDICAMENTOSOS DE GLAUCOMA |   |            |               |
|--|---|------------|---------------|
| CÓDIGO   | Descrição   | VALOR SUS¹ | VALOR ICISMEP |
| 03.03.05.003-9                                       | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (1ª LINHA)                                    | R\$ 18,66  | R\$ 18,66     |
| 03.03.05.004-7                                       | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (2ª LINHA)                                    | R\$ 79,38  | R\$ 79,38     |
| 03.03.05.005-5                                       | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (3ª LINHA)                                    | R\$ 127,98 | R\$ 127,98    |
| 03.03.05.006-3                                       | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (1ª LINHA)                                    | R\$ 12,44  | R\$ 12,44     |
| 03.03.05.007-1                                       | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (2ª LINHA)                                    | R\$ 52,92  | R\$ 52,92     |
| 03.03.05.008-0                                       | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (3ª LINHA)                                    | R\$ 85,33  | R\$ 85,33     |
| 03.03.05.009-8                                       | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE ACETAZOLAMIDA MONOCULAR OU BINOCULAR | R\$ 93,10  | R\$ 93,10     |
| 03.03.05.010-1                                       | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA MONOCULAR                | R\$ 8,93   | R\$ 8,93      |
| 03.03.05.011-0                                       | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA BINOCULAR                | R\$ 13,39  | R\$ 13,39     |
| 03.03.05.015-2                                       | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - MONOCULAR              | R\$ 65,36  | R\$ 65,36     |
| 03.03.05.016-0                                       | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - BINOCULAR              | R\$ 98,04  | R\$ 98,04     |
| 03.03.05.017-9                                       | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR              | R\$ 97,77  | R\$ 97,77     |
| 03.03.05.018-7                                       | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO PACIENTE GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR                    | R\$ 146,64 | R\$ 146,64    |
| 03.03.05.019-5                                       | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR              | R\$ 138,25 | R\$ 138,25    |
| 03.03.05.020-9                                       | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR              | R\$ 207,36 | 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 | R\$ 150,69    |
| 03.03.05.022-5                                       | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS            | R\$ 226,02 | R\$ 226,02    |

| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CÔRNEA |  |                  |                  |
|-------------------------------------|--|------------------|------------------|
| CÓDIGO                              | DESCRIÇÃO  | VALOR SUS¹       | VALOR ICISMEP    |
| 03.01.01.007-2                      | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CÔRNEA (QUANTIDADE 1)                                    | R\$ 10,00        |                  |
| 03.01.10.001-2                      | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)   | R\$ 0,63         |                  |
| 02.11.06.026-7                      | TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÔRNEA-CERATOSCOPIA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)             | R\$ 24,24        |                  |
| 02.05.02.002-0                      | PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA - MONOCULAR (R\$ 14,81 QUANTIDADE 2) (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | R\$ 29,62        |                  |
| <b>TOTAL DO PACOTE</b>              |  | <b>R\$ 64,49</b> | <b>R\$ 53,54</b> |

| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE ESTRABISMO |   |                  |                  |
|---|---|------------------|------------------|
| CÓDIGO                                  | DESCRIÇÃO   | VALOR SUS¹       | VALOR ICISMEP    |
| 03.01.01.007-2                          | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM ESTRABISMO (QUANTIDADE 1) | R\$ 10,00        |                  |
| 02.11.06.023-2                          | TESTE ORTÓPTICO (QUANTIDADE 1)                                | R\$ 12,34        |                  |
| <b>TOTAL DO PACOTE</b>                  |   | <b>R\$ 22,34</b> | <b>R\$ 46,46</b> |

| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE PLÁSTICA OCULAR |  |                  |                  |
|--|--|------------------|------------------|
| CÓDIGO                                       | DESCRIÇÃO  | VALOR SUS¹       | VALOR ICISMEP    |
| 03.01.01.007-2                               | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM PLÁSTICA OCULAR (QUANTIDADE 1) | R\$ 10,00        |                  |
| <b>TOTAL DO PACOTE</b>                       |  | <b>R\$ 10,00</b> | <b>R\$ 46,97</b> |

| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA |   |                   |                   |
|-------------------------------------|---|-------------------|-------------------|
| CÓDIGO                              | DESCRIÇÃO   | VALOR SUS¹        | VALOR ICISMEP     |
| 03.01.01.007-2                      | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM RETINA (QUANTIDADE 1)         | R\$ 10,00         |                   |
| 02.11.06.012-7                      | MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)                               | R\$ 24,24         |                   |
| 02.11.06.017-8                      | RETINOGRÁFIA COLORIDA (QUANTIDADE 1)                              | R\$ 24,68         |                   |
| 02.11.06.028-3                      | TOMOGRÁFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | R\$ 48,00         |                   |
| 03.01.10.001-2                      | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)                      | R\$ 0,63          |                   |
| 02.11.06.018-6                      | RETINOGRÁFIA FLUORESCENTE (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)          | R\$ 64,00         |                   |
| <b>TOTAL DO PACOTE</b>              |   | <b>R\$ 171,55</b> | <b>R\$ 121,00</b> |

| AVALIAÇÃO EM RETINOPATIA DE PREMATURIDADE |   |                  |                   |
|---|---|------------------|-------------------|
| CÓDIGO                                    | DESCRIÇÃO                                       | VALOR SUS¹       | VALOR ICISMEP     |
| 03.01.01.007-2                            | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA (QUANTIDADE 1) | R\$ 10,00        |                   |
| <b>TOTAL DO PACOTE</b>                    |   | <b>R\$ 10,00</b> | <b>R\$ 242,42</b> |

| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CIRURGIAS RETINIANAS - AVAL. DEPARTAMENTO DE VITRECTOMIA |   |                   |                  |
|---|---|-------------------|------------------|
| CÓDIGO  | DESCRIÇÃO   | VALOR SUS¹        | VALOR ICISMEP    |
| 03.01.01.007-2  | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CIRURGIAS RETINIANAS (QUANTIDADE 1)                       | R\$ 10,00         |                  |
| 02.11.06.012-7  | MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)   | R\$ 24,24         |                  |
| 02.05.02.008-9  | ULTRASSONOGRÁFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B- (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | R\$ 24,20         |                  |
| 02.11.06.028-3  | TOMOGRÁFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)                             | R\$ 48,00         |                  |
| 03.01.10.001-2  | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)  | R\$ 0,63          |                  |
| 02.11.06.025-9  | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)   | R\$ 3,37          |                  |
| <b>TOTAL DO PACOTE</b>  |   | <b>R\$ 110,44</b> | <b>R\$ 95,96</b> |

| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA - CONTROLE DE VITRECTOMIA |   |                   |                  |
|---|---|-------------------|------------------|
| CÓDIGO  | DESCRIÇÃO   | VALOR SUS¹        | VALOR ICISMEP    |
| 03.01.01.007-2  | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CIRURGIAS RETINIANAS (QUANTIDADE 1) | R\$ 10,00         |                  |
| 02.11.06.012-7  | MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)                                     | R\$ 24,24         |                  |
| 03.01.10.001-2  | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)                            | R\$ 0,63          |                  |
| 02.05.02.008-9  | ECO-B ULTRA-SOM DE GLOBO OCULAR/ÓRBITA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)   | R\$ 24,20         |                  |
| 02.11.06.028-3  | TOMOGRÁFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)       | R\$ 48,00         |                  |
| <b>TOTAL DO PACOTE</b>  |   | <b>R\$ 107,07</b> | <b>R\$ 48,08</b> |

| AVALIAÇÃO DE RETINA PÓS INJEÇÃO INTRA-VITREO |   |                  |                  |
|--|---|------------------|------------------|
| CÓDIGO                                       | DESCRIÇÃO   | VALOR SUS¹       | VALOR ICISMEP    |
| 03.01.01.007-2                               | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM RETINA (QUANTIDADE 1)         | R\$ 10,00        |                  |
| 02.11.06.028-3                               | TOMOGRÁFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | R\$ 48,00        |                  |
| 02.11.06.012-7                               | MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)                               | R\$ 24,24        |                  |
| 03.01.10.001-2                               | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)                      | R\$ 0,63         |                  |
| <b>TOTAL DO PACOTE</b>                       |   | <b>R\$ 82,87</b> | <b>R\$ 85,00</b> |

| EXAMES EM OFTALMOLOGIA |   |            |               |
|------------------------|---|------------|---------------|
| CÓDIGO                 | DESCRIÇÃO   | VALOR SUS¹ | VALOR ICISMEP |
| 02.05.02.002-0         | PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA - MONOCULAR                          | R\$ 14,81  | R\$ 14,81     |
| 02.05.02.008-9         | ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B | R\$ 24,20  | R\$ 34,34     |
| 02.11.06.001-1         | BIOMETRIA ULTRASSÔNICA MONOCULAR (ECO A)                      | R\$ 24,24  | R\$ 24,24     |
| 02.11.06.002-0         | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO                               | R\$ 12,34  | R\$ 12,34     |
| 02.11.06.003-8         | CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA                                   | R\$ 40,00  | R\$ 40,00     |
| 02.11.06.005-4         | CERATOMETRIA  | R\$ 3,37   | R\$ 3,37      |
| 02.11.06.006-2         | CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO OCULAR - CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS)      | R\$ 10,11  | R\$ 17,17     |

|                |  |     |       |     |       |
|----------------|--|-----|-------|-----|-------|
| 02.11.06.010-0 | FUNDOSCOPIA  | R\$ | 3,37  | R\$ | 3,37  |
| 02.11.06.011-9 | GONIOSCOPIA  | R\$ | 6,74  | R\$ | 17,17 |
| 02.11.06.012-7 | MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO                                 | R\$ | 24,24 | R\$ | 24,24 |
| 02.11.06.015-1 | POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL                                     | R\$ | 3,37  | R\$ | 7,00  |
| 02.11.06.017-8 | RETINOGRRAFIA COLORIDA BINOCULAR                                 | R\$ | 24,68 | R\$ | 24,68 |
| 02.11.06.018-6 | RETINOGRRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR                             | R\$ | 64,00 | R\$ | 64,00 |
| 02.11.06.021-6 | TESTE DE SCHIRMER  | R\$ | 3,37  | R\$ | 3,37  |
| 02.11.06.022-4 | TESTE DE VISO DE CORES   | R\$ | 3,37  | R\$ | 3,37  |
| 02.11.06.023-2 | TESTE ORTÓPTICO  | R\$ | 12,34 | R\$ | 12,34 |
| 02.11.06.025-9 | TONOMETRIA   | R\$ | 3,37  | R\$ | 3,37  |
| 02.11.06.026-7 | TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÔRNEA (CERATOSCOPIA)              | R\$ | 24,24 | R\$ | 30,00 |
| 02.11.06.028-3 | TOMOGRRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA (OCT)                            | R\$ | 48,00 | R\$ | 60,00 |
| CISMEP-12      | TRATAMENTO MEDICAMENTOSOS DE BLEFAROSPASMO COM TOXINA BOTULÍNICA |     |       | R\$ | 85,00 |
| 03.03.05.023-3 | TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DA DOENÇA DA RETINA                     | R\$ | 84,72 | R\$ | 84,72 |

| AVALIAÇÃO DE CATARATA - UNIDADE OURO PRETO |   |     |                        |               |     |        |
|--|---|-----|------------------------|---------------|-----|--------|
| CÓDIGO                                     | DESCRIÇÃO   |     | VALOR SUS <sup>1</sup> | VALOR ICISMEP |     |        |
| 03.01.01.007-2                             | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CATARATA (QUANTIDADE 1)       | R\$ | 10,00                  |               |     |        |
| 02.11.06.001-1                             | BIOMETRIA ULTRASSONICA MONOCULAR (ECO A) (R\$ 24,24 QUANTIDADE 2) | R\$ | 48,48                  |               |     |        |
| 02.11.06.012-7                             | MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)                               | R\$ | 24,24                  |               |     |        |
| 02.11.06.025-9                             | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)   | R\$ | 3,37                   |               |     |        |
| 03.01.10.001-2                             | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)                      | R\$ | 0,63                   |               |     |        |
| TOTAL DO PACOTE                            |   |     | R\$                    | 86,72         | R\$ | 107,61 |

| EXAMES EM OFTALMOLOGIA - UNIDADE OURO PRETO |   |     |                        |               |       |
|---|---|-----|------------------------|---------------|-------|
| CÓDIGO                                      | DESCRIÇÃO   |     | VALOR SUS <sup>1</sup> | VALOR ICISMEP |       |
| 02.05.02.008-9                              | ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B | R\$ | 24,20                  | R\$           | 42,93 |

| CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAVIAÇÃO DE GLAUCOMA - UNIDADE OURO PRETO |   |     |                        |               |     |        |
|--|---|-----|------------------------|---------------|-----|--------|
| CÓDIGO   | DESCRIÇÃO   |     | VALOR SUS <sup>1</sup> | VALOR ICISMEP |     |        |
| 03.01.01.010-2   | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)   |     |                        |               |     |        |
|  | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)                                     | R\$ | 56,74                  |               |     |        |
|  | FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1)                                    |     |                        |               |     |        |
|  | CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)    |     |                        |               |     |        |
| 02.11.06.011-9   | GONIOSCOPIA (QUANTIDADE 1)                                    | R\$ | 6,74                   |               |     |        |
| 02.05.02.002-0   | PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR (R\$ 14,81 QUANTIDADE 2) | R\$ | 29,62                  |               |     |        |
| 03.01.10.001-2   | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)                  | R\$ | 0,63                   |               |     |        |
| 02.11.06.006-2   | CURVA DIARIA DE PRESSÃO OCULAR - CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS)      |     |                        |               |     |        |
| TOTAL DO PACOTE  |   |     | R\$                    | 93,73         | R\$ | 129,13 |

| DESCRIÇÃO DOS TRATAMENTOS MEDICAMENTOSOS DE GLAUCOMA - UNIDADE OURO PRETO |   |     |                        |               |        |
|---|---|-----|------------------------|---------------|--------|
| CÓDIGO  | DESCRIÇÃO   |     | VALOR SUS <sup>1</sup> | VALOR ICISMEP |        |
| 03.03.05.003-9  | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (1ª LINHA)                                    | R\$ | 18,66                  | R\$           | 23,33  |
| 03.03.05.004-7  | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (2ª LINHA)                                    | R\$ | 79,38                  | R\$           | 99,23  |
| 03.03.05.005-5  | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (3ª LINHA)                                    | R\$ | 127,98                 | R\$           | 159,98 |
| 03.03.05.006-3  | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (1ª LINHA)                                    | R\$ | 12,44                  | R\$           | 15,55  |
| 03.03.05.007-1  | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (2ª LINHA)                                    | R\$ | 52,92                  | R\$           | 66,15  |
| 03.03.05.008-0  | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (3ª LINHA)                                    | R\$ | 85,33                  | R\$           | 106,66 |
| 03.03.05.009-8  | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE ACETAZOLAMIDA MONOCULAR OU BINOCULAR | R\$ | 93,10                  | R\$           | 116,38 |
| 03.03.05.010-1  | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA MONOCULAR                | R\$ | 8,93                   | R\$           | 11,16  |
| 03.03.05.011-0  | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA BINOCULAR                | R\$ | 13,39                  | R\$           | 16,74  |
| 03.03.05.015-2  | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - MONOCULAR              | R\$ | 65,36                  | R\$           | 81,70  |
| 03.03.05.016-0  | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - BINOCULAR              | R\$ | 98,04                  | R\$           | 122,55 |
| 03.03.05.017-9  | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR              | R\$ | 97,77                  | R\$           | 122,21 |
| 03.03.05.018-7  | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO PACIENTE GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR                    | R\$ | 146,64                 | R\$           | 183,30 |
| 03.03.05.019-5  | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR              | R\$ | 138,25                 | R\$           | 172,81 |
| 03.03.05.020-9  | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR              | R\$ | 207,36                 | R\$           | 259,20 |
| 03.03.05.021-7  | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS            | R\$ | 150,69                 | R\$           | 188,36 |
| 03.03.05.022-5  | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS            | R\$ | 226,02                 | R\$           | 282,53 |

| PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS - UNIDADE OURO PRETO   |   |     |                        |               |          |
|---|---|-----|------------------------|---------------|----------|
| CÓDIGO  | DESCRIÇÃO   |     | VALOR SUS <sup>1</sup> | VALOR ICISMEP |          |
| 04.05.05.037-2  | FACOEMULSIFICACAO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL | R\$ | 771,60                 | R\$           | 1.600,50 |
| Observação:<br>Serviço compreendido pelos seguintes itens:<br>- Serviço profissional médico cirurgião oftalmológico;<br>- Serviço profissional médico anestesista<br>- Serviço hospitalar / ambulatorial (estrutura, equipamentos, instrumental e recursos humanos) |   |     |                        |               |          |

| AVALIAÇÃO DE CATARATA - UNIDADE PARÁ DE MINAS |   |     |                        |               |     |        |
|---|---|-----|------------------------|---------------|-----|--------|
| CÓDIGO  | DESCRIÇÃO   |     | VALOR SUS <sup>1</sup> | VALOR ICISMEP |     |        |
| 03.01.01.007-2                                | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CATARATA (QUANTIDADE 1)       | R\$ | 10,00                  |               |     |        |
| 02.11.06.001-1                                | BIOMETRIA ULTRASSONICA MONOCULAR (ECO A) (R\$ 24,24 QUANTIDADE 2) | R\$ | 48,48                  |               |     |        |
| 02.11.06.012-7                                | MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)                               | R\$ | 24,24                  |               |     |        |
| 02.11.06.025-9                                | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)   | R\$ | 3,37                   |               |     |        |
| 03.01.10.001-2                                | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)                      | R\$ | 0,63                   |               |     |        |
| TOTAL DO PACOTE                               |   |     | R\$                    | 86,72         | R\$ | 252,87 |

| PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS - UNIDADE PARA DE MINAS   |   |     |                        |               |          |
|--|---|-----|------------------------|---------------|----------|
| CÓDIGO   | DESCRIÇÃO   |     | VALOR SUS <sup>1</sup> | VALOR ICISMEP |          |
| 04.05.05.037-2   | FACOEMULSIFICACAO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL | R\$ | 771,60                 | R\$           | 1.151,41 |
| Observação:<br>Serviço compreendido pelos seguintes itens:<br>- Serviço profissional médico cirurgião oftalmológico;<br>- Serviço profissional médico anestesista<br>- Serviço hospitalar / ambulatorial (estrutura, equipamentos, instrumental, insumos e recursos humanos) |   |     |                        |               |          |

| PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO AMBULATORIAL - S.A. |   |     |                        |               |       |
|---|---|-----|------------------------|---------------|-------|
| CÓDIGO  | DESCRIÇÃO                                   |     | VALOR SUS <sup>1</sup> | VALOR ICISMEP |       |
| 02.01.01.009-7  | BIÓPSIA DE CONJUNTIVA (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ | 31,10                  | R\$           | 41,48 |
| 02.01.01.011-9  | BIÓPSIA DE CÔRNEA (BPA INDIVIDUALIZADO)     | R\$ | 68,62                  | R\$           | 97,76 |
| 02.01.01.018-6  | BIÓPSIA DE ESCLERA (BPA INDIVIDUALIZADO)    | R\$ | 68,62                  | R\$           | 97,76 |

|                |  |     |        |     |        |
|----------------|--|-----|--------|-----|--------|
| 02.01.01.035-6 | BIÓPSIA DE PÁLPEBRA (BPA INDIVIDUALIZADO)  | R\$ | 18,33  | R\$ | 47,00  |
| 04.05.01.004-4 | DRENAGEM DE ABSCESSO DE PÁLPEBRA (BPA INDIVIDUALIZADO)   | R\$ | 22,93  | R\$ | 30,56  |
| 04.05.01.005-2 | EPILAÇÃO A LASER - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)   | R\$ | 45,00  | R\$ | 60,03  |
| 04.05.01.006-0 | EPILAÇÃO DE CÍLIOS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)   | R\$ | 22,93  | R\$ | 30,56  |
| 04.05.01.010-9 | OCLUSÃO DE PONTO LACRIMAL (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO)   | R\$ | 19,14  | R\$ | 25,53  |
| 04.05.01.014-1 | SIMBLEFAROPLASTIA - UNILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)   | R\$ | 203,74 | R\$ | 219,50 |
| 04.05.01.016-8 | SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)   | R\$ | 22,93  | R\$ | 88,00  |
| 04.05.01.017-6 | SUTURA DE PÁLPEBRAS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)  | R\$ | 143,99 | R\$ | 160,00 |
| 04.05.01.018-4 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BLEFAROCALASE - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)                              | R\$ | 95,42  | R\$ | 439,00 |
| 04.05.01.019-2 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TRIQUIASE COM OU SEM ENXERTO (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO)              | R\$ | 278,90 | R\$ | 290,00 |
| 04.05.01.020-6 | PUNCTOPLASTIA - UNILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)   | R\$ | 19,14  | R\$ | 67,00  |
| 04.05.03.003-7 | CRIOTERAPIA OCULAR   | R\$ | 116,00 | R\$ | 154,73 |
| 04.05.03.004-5 | FOTOCOAGULAÇÃO A LASER (APAC)  | R\$ | 75,15  | R\$ | 45,00  |
| 04.05.03.005-3 | INJEÇÃO INTRA-VITREO (BPA INDIVIDUALIZADO)   | R\$ | 82,28  | R\$ | 263,90 |
| CISMEP-13      | INJEÇÃO INTRA-VITREO COM ANTIBIÓTICO   | R\$ | -      | R\$ | 86,92  |
| 04.05.03.009-6 | SUTURA DE ESCLERA (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO)   | R\$ | 161,19 | R\$ | 214,92 |
| 04.05.03.010-0 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEISCÊNCIA DE SUTURA DE ESCLERA  | R\$ | 159,37 | R\$ | 226,47 |
| 04.05.03.011-8 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MIÁSE PALPEBRAL (BILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO)                            | R\$ | 22,93  | R\$ | 30,94  |
| 04.05.03.012-6 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE NEOPLASIA DE ESCLERA (BPA INDIVIDUALIZADO)                                   | R\$ | 259,20 | R\$ | 408,98 |
| 04.05.03.015-0 | VITRIÓLISE A YAG LASER (BPA CONSOLIDADO)   | R\$ | 54,00  | R\$ | 71,17  |
| 04.05.03.019-3 | PAN-FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA A LASER CORRESPONDE A 4 PROCEDIMENTOS DE FOTOCOAGULAÇÃO A LASER. (APAC) | R\$ | 300,60 | R\$ | 180,00 |
| 04.05.03.021-5 | RETINOPEXIA PNEUMÁTICA (BPA INDIVIDUALIZADO)   | R\$ | 389,64 | R\$ | 528,45 |
| 04.05.03.022-3 | REMOÇÃO DE ÓLEO DE SILICONE (BPA INDIVIDUALIZADO)  | R\$ | 468,60 | R\$ | 637,00 |
| 04.05.04.013-0 | INJEÇÃO RETROBULBAR/ PERIBULBAR  | R\$ | 22,93  | R\$ | 32,95  |
| 04.05.04.019-9 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DO XANTELASMA (BPA INDIVIDUALIZADO)   | R\$ | 116,42 | R\$ | 190,58 |
| 04.05.05.002-0 | CAPSULOTOMIA A YAG LASER (APAC)  | R\$ | 78,75  | R\$ | 45,00  |
| 04.05.05.003-8 | CAUTERIZAÇÃO DE Córnea   | R\$ | 19,14  | R\$ | 25,82  |
| 04.05.05.006-2 | CORREÇÃO DE ASTIGMATISMO SECUNDÁRIO  | R\$ | 19,14  | R\$ | 25,82  |
| 04.05.05.007-0 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE HERNIA DE IRIS   | R\$ | 259,20 | R\$ | 378,28 |
| 04.05.05.008-9 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE HERNIA DE IRIS   | R\$ | 82,28  | R\$ | 163,28 |
| 04.05.05.012-7 | FOTOTRABECULOPLASTIA A LASER (APAC)  | R\$ | 45,00  | R\$ | 45,00  |
| 04.05.05.016-0 | INJEÇÃO SUBCONJUNTIVAL/SUBTENONIANA  | R\$ | 8,24   | R\$ | 13,33  |
| 04.05.05.017-8 | IRIDECTOMIA CIRÚRGICA (BPA INDIVIDUALIZADO)  | R\$ | 297,46 | R\$ | 390,82 |
| 04.05.05.019-4 | IRIDOTOMIA A LASER (APAC)  | R\$ | 45,00  | R\$ | 45,00  |
| 04.05.05.020-8 | PARACENTESE DE CÂMARA ANTERIOR   | R\$ | 82,28  | R\$ | 109,75 |
| 04.05.05.021-6 | RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL (BPA INDIVIDUALIZADO)   | R\$ | 172,27 | R\$ | 191,62 |
| 04.05.05.024-0 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA ANTERIOR DO OLHO (BPA INDIVIDUALIZADO)                          | R\$ | 335,72 | R\$ | 456,82 |
| 04.05.05.025-9 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO NA Córnea   | R\$ | 25,00  | R\$ | 28,94  |
| 04.05.05.026-7 | SINEQUIÓLISE A YAG LASER (BPA INDIVIDUALIZADO)   | R\$ | 45,00  | R\$ | 45,00  |
| 04.05.05.029-1 | SUTURA DE CONJUNTIVA   | R\$ | 82,28  | R\$ | 115,47 |
| 04.05.05.030-5 | SUTURA DE Córnea   | R\$ | 164,08 | R\$ | 225,74 |
| 04.05.05.036-4 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO   | R\$ | 209,55 | R\$ | 290,00 |
| CISMEP-11      | CROSSLINKING   | R\$ | -      | R\$ | 420,00 |
| 04.05.05.028-3 | SUBSTITUIÇÃO DE LENTE INTRA-OCULAR   | R\$ | 544,88 | R\$ | 824,20 |

**PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H.**

| CÓDIGO         | DESCRIÇÃO  |     | VALOR SUS¹ |     | VALOR ICISMEP |
|----------------|--|-----|------------|-----|---------------|
| 02.01.01.011-9 | BIÓPSIA DE Córnea  | R\$ | 68,62      | R\$ | 97,96         |
| 02.01.01.024-0 | BIÓPSIA DE ÍRIS, CORPO CILIAR, RETINA, CORÓIDE E VÍTREO                            | R\$ | 199,21     | R\$ | 244,98        |
| 03.08.04.001-5 | TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS OU CLÍNICOS                 | R\$ | 199,33     | R\$ | 270,40        |
| 04.05.01.001-0 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ENTRÓPIO E ECTRÓPIO (BILATERAL)                              | R\$ | 203,74     | R\$ | 229,97        |
| 04.05.01.007-9 | EXERESE DE CALÁZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PÁLPEBRA E SUPERCÍLIOS (UNILATERAL) | R\$ | 78,75      | R\$ | 98,00         |
| 04.05.01.002-8 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE EPICANTO E ELECANTO  | R\$ | 278,90     | R\$ | 278,90        |
| 04.05.01.003-6 | DACRIOCISTORRINOSTOMIA (UNILATERAL)  | R\$ | 681,87     | R\$ | 681,87        |
| 04.05.01.008-7 | EXTIRPAÇÃO DE GLÂNDULA LACRIMAL  | R\$ | 577,44     | R\$ | 497,72        |
| 04.05.01.011-7 | RECONSTITUIÇÃO DE CANAL LACRIMAL (UNILATERAL)                                      | R\$ | 689,66     | R\$ | 689,66        |
| 04.05.01.012-5 | RECONSTITUIÇÃO PARCIAL DA PÁLPEBRA COM TARSORRAFIA (BILATERAL)                     | R\$ | 311,04     | R\$ | 357,50        |
| 04.05.01.013-3 | RECONSTITUIÇÃO TOTAL DE PÁLPEBRA   | R\$ | 1.138,66   | R\$ | 1.138,66      |
| 04.05.01.015-0 | SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL (BILATERAL)                         | R\$ | 203,73     | R\$ | 203,73        |
| 04.05.01.017-6 | SUTURA DE PÁLPEBRAS (BILATERAL)  | R\$ | 143,99     | R\$ | 160,00        |
| 04.05.02.001-5 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MÚSCULOS HIPERTROPIAS)                | R\$ | 1.160,45   | R\$ | 1.160,45      |
| 04.05.02.002-3 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DO ESTRABISMO (ATÉ 2 MÚSCULOS)                                  | R\$ | 815,42     | R\$ | 849,90        |
| 04.05.03.002-9 | BIÓPSIA DE TUMOR INTRA-OCULAR  | R\$ | 96,11      | R\$ | 96,11         |
| 04.05.03.007-0 | RETINOPEXIA COM INTROFLEXÃO ESCLERAL   | R\$ | 1.074,86   | R\$ | 869,70        |
| 04.05.03.009-6 | SUTURA DE ESCLERA  | R\$ | 161,19     | R\$ | 247,00        |
| 04.05.03.013-4 | VITRECTOMIA ANTERIOR   | R\$ | 381,08     | R\$ | 479,76        |
| 04.05.03.014-2 | VITRECTOMIA POSTERIOR  | R\$ | 1.862,63   | R\$ | 2.190,50      |
| 04.05.03.016-9 | VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER                    | R\$ | 2.921,17   | R\$ | 2.921,17      |
| 04.05.03.017-7 | VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO, ÓLEO DE SILICONE E ENDOLASER  | R\$ | 3.283,41   | R\$ | 3.380,00      |
| CISMEP-03      | MEMBRANECTOMIA   | R\$ | -          | R\$ | 339,30        |
| CISMEP-04      | TROCA FLUIDO GASOSA  | R\$ | -          | R\$ | 204,10        |
| CISMEP-05      | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA POSTERIOR DO OLHO                             | R\$ | -          | R\$ | 340,60        |
| 04.05.03.020-7 | DRENAGEM DE HEMORRAGIA DE CORÓIDE  | R\$ | 453,60     | R\$ | 453,60        |
| 04.05.04.001-6 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE LAGOFTALMO   | R\$ | 282,09     | R\$ | 282,09        |
| 04.05.04.006-7 | ENUCLEAÇÃO DO GLOBO OCULAR   | R\$ | 415,58     | R\$ | 415,58        |
| 04.05.04.007-5 | EVISCERAÇÃO DE GLOBO OCULAR  | R\$ | 587,52     | R\$ | 587,52        |
| 04.05.04.018-0 | TRANSPLANTE DE PERIÓSTEO EM ESCLEROMALÁCIA   | R\$ | 965,45     | R\$ | 1.197,98      |
| 04.05.04.020-2 | TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL  | R\$ | 449,44     | R\$ | 486,75        |
| 04.05.05.001-1 | CAPSULECTOMIA POSTERIOR CIRÚRGICA  | R\$ | 249,85     | R\$ | 301,18        |
| 04.05.05.004-6 | CICLOCRIOCOAGULAÇÃO/DIATERMIA  | R\$ | 587,51     | R\$ | 587,51        |
| 04.05.05.005-4 | CICLODIÁLISE   | R\$ | 453,41     | R\$ | 453,41        |
| 04.05.05.013-5 | IMPLANTE DE PRÓTESE ANTI-GLAUCOMATOSA  | R\$ | 873,61     | R\$ | 691,60        |
| 04.05.05.021-6 | RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL   | R\$ | 172,27     | R\$ | 187,20        |
| 04.05.05.022-4 | RECONSTITUIÇÃO DE FÓRNIX CONJUNTIVAL   | R\$ | 436,44     | R\$ | 461,50        |
| 04.05.05.032-1 | TRABECULECTOMIA (CIRURGIA FISTULIZANTE ANTIGLAUCOMATOSA)                           | R\$ | 898,35     | R\$ | 898,35        |
| 04.05.05.035-6 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE GLAUCOMA CONGÊNITO   | R\$ | 1.236,75   | R\$ | 1.236,75      |
| 04.05.05.039-9 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEISCÊNCIA DE SUTURA DE Córnea                             | R\$ | 172,12     | R\$ | 240,84        |
| 07.02.07.004-1 | ESFERA DE MULLER (PROCED. ESPECIAL)  | R\$ | 60,00      | R\$ | 78,00         |
| 07.02.07.005-0 | TUBO DE DRENAGEM PARA GLAUCOMA (PROCED. ESPECIAL)                                  | R\$ | 800,00     | R\$ | 1.040,00      |

|                |  |     |          |     |          |
|----------------|--|-----|----------|-----|----------|
| 04.05.04.010-5 | EXPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR LIO                          | R\$ | 846,19   | R\$ | 846,19   |
| 04.05.04.021-0 | REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRA- OCULAR                      | R\$ | 453,61   | R\$ | 453,61   |
| 04.05.05.009-7 | FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR                | R\$ | 531,60   | R\$ | 863,96   |
| 04.05.05.010-0 | FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR                | R\$ | 483,60   | R\$ | 643,16   |
| 04.05.05.011-9 | FACOEMLSIFICAÇÃO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR RÍGIDA   | R\$ | 651,60   | R\$ | 863,96   |
| 04.05.05.014-3 | IMPLANTE INTRAESTROMAL                                       | R\$ | 1.083,55 | R\$ | 1.267,00 |
| 04.05.05.015-1 | IMPLANTE SECUNDÁRIO DE LENTE INTRA- OCULAR LIO               | R\$ | 1.112,83 | R\$ | 1.122,00 |
| 04.05.05.037-2 | FACOEMLSIFICACAO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL | R\$ | 771,60   | R\$ | 863,96   |
| 04.05.05.038-0 | CIRURGIA DE CATARATA CONGÊNITA                               | R\$ | 895,16   | R\$ | 895,16   |

## TABELA 02 - OTORRINOLARINGOLOGIA

| CONSULTA EM OTORRINOLARINGOLOGIA |   |            |               |
|----------------------------------|---|------------|---------------|
| CÓDIGO                           | DESCRIÇÃO   | VALOR SUS¹ | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2                   | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA (OTORRINOLARINGOLOGIA) | R\$ 10,00  | R\$ 58,00     |
| 03.01.01.007-2                   | AVAL. NO DEPART. DE MICROCIURURGIA DE LARINGE                   | R\$ 10,00  | R\$ 60,00     |
| 03.01.01.007-2                   | AVAL. NO DEPART. CIRUR. DE SINUSITES E POLIPOS NASAIS           | R\$ 10,00  | R\$ 60,00     |
| 03.01.01.007-2                   | AVAL. NO DEPART. DE AMIGDALAS E ADENOIDES                       | R\$ 10,00  | R\$ 60,00     |
| 03.01.01.007-2                   | AVAL. NO DEPART. DE CIRUR. DE OUVIDO - OTORRINO                 | R\$ 10,00  | R\$ 60,00     |
| 03.01.01.007-2                   | AVAL. NO DEPART. DE CIRURGIA DE SEPTO NASAL E CORNETOS          | R\$ 10,00  | R\$ 60,00     |

| EXAMES EM OTORRINOLARINGOLOGIA |   |            |               |
|--------------------------------|---|------------|---------------|
| CÓDIGO                         | DESCRIÇÃO                                   | VALOR SUS¹ | VALOR ICISMEP |
| 02.09.04.002-5                 | LARINGOSCOPIA                               | R\$ 47,14  | R\$ 60,00     |
| 02.09.04.004-1                 | VIDEOLARINGOSCOPIA (FIBRONASOLARINGOSCOPIA) | R\$ 45,50  | R\$ 65,00     |

| PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO AMBULATORIAL - S.A. |   |            |               |
|---|---|------------|---------------|
| CÓDIGO  | DESCRIÇÃO   | VALOR SUS¹ | VALOR ICISMEP |
| 02.01.01.008-9  | BIÓPSIA DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO                                 | R\$ 19,06  | R\$ 28,94     |
| 02.01.01.019-4  | BIÓPSIA DE FARINGE (BPA INDIVIDUALIZADO)                            | R\$ 19,06  | R\$ 28,94     |
| 02.01.01.036-4  | BIÓPSIA DE PAVILHAO AURICULAR                                       | R\$ 14,66  | R\$ 22,05     |
| 02.01.01.039-9  | BIÓPSIA DE PIRAMIDE NASAL   | R\$ 18,33  | R\$ 28,94     |
| 02.01.01.044-5  | BIÓPSIA DE SEIO PARANASAL   | R\$ 18,33  | R\$ 28,94     |
| 02.01.01.052-6  | BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA                                   | R\$ 21,56  | R\$ 31,69     |
| 04.04.01.007-5  | DRENAGEM DE FURÚNCULO NO CONDUTO AUDITIVO EXTERNO                   | R\$ 14,66  | R\$ 26,26     |
| 04.04.01.015-6  | INFILTRAÇÃO MEDICAMENTOSA EM CORNETO INFERIOR                       | R\$ 11,28  | R\$ 17,91     |
| 04.04.01.024-5  | MIRINGOTOMIA  | R\$ 11,28  | R\$ 17,91     |
| 04.04.01.025-3  | PARACENTESE DO TÍMPANO  | R\$ 14,66  | R\$ 22,05     |
| 04.04.01.026-1  | PUNÇÃO TRANSMETÁLICA DO SEIO MAXILAR (UNILATERAL)                   | R\$ 11,28  | R\$ 17,91     |
| 04.04.01.027-0  | REMOCAO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO UNILATERAL/BILATERAL | R\$ 5,63   | R\$ 30,00     |
| 04.04.01.029-6  | RESSECAO DE SINÉQUIAS   | R\$ 38,37  | R\$ 57,88     |
| 04.04.01.031-8  | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO, FARINGE, LARINGE, NARIZ       | R\$ 26,42  | R\$ 56,00     |
| 04.04.01.034-2  | TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR E/OU POSTERIOR                          | R\$ 17,00  | R\$ 26,26     |
| 04.04.01.036-9  | TIMPANOTOMIA PARA TUBO DE VENTILAÇÃO                                | R\$ 56,84  | R\$ 430,24    |
| 04.04.01.039-3  | TRATAMENTO CIRURGICO DE PERICONDRITE DE PAVILHÃO                    | R\$ 36,95  | R\$ 57,88     |
| 04.04.01.044-0  | ANTROSTOMIA MAXILAR INTRA-NASAL                                     | R\$ 44,34  | R\$ 68,90     |
| 04.04.02.005-4  | DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS                               | R\$ 14,07  | R\$ 22,05     |
| 04.04.02.010-0  | EXCISÃO EM CUNHA DE LÁBIO (BPA INDIVIDUALIZADO)                     | R\$ 29,86  | R\$ 55,12     |

| PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H. |   |              |               |
|---|---|--------------|---------------|
| CÓDIGO  | DESCRIÇÃO   | VALOR SUS¹   | VALOR ICISMEP |
| 02.01.01.026-7  | BIÓPSIA DE LESÃO DE PARTES MOLES POR AGULHA / CEO ABERTO) - EXCLUSIVO PARA CASOS EM LARINGE REALIZADOS EM AMBIENTE HOSPITALAR (NÃO CIRÚRGICO) POR ANESTESIA GERAL | R\$ 114,36   | R\$ 560,50    |
| 03.08.04.001-5  | TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS OU CLÍNICOS  | R\$ 119,33   | R\$ 290,40    |
| 04.01.02.015-0  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DO SINUS PRE-AURICULAR   | R\$ 343,62   | R\$ 555,10    |
| 04.04.01.001-6  | ADENOIDECTOMIA  | R\$ 348,18   | R\$ 763,00    |
| 04.04.01.002-4  | AMIGDALECTOMIA  | R\$ 306,57   | R\$ 503,00    |
| 04.04.01.003-2  | AMIGDALECTOMIA COM ADENOIDECTOMIA   | R\$ 337,22   | R\$ 990,50    |
| 04.04.01.004-0  | ANTROTOMIA DA MASTÓIDE (DRENAGEM DE OTITE NO LACTENTE)  | R\$ 295,09   | R\$ 406,10    |
| 04.04.01.005-9  | DRENAGEM DE ABSCESSO FARÍNGEO   | R\$ 238,44   | R\$ 356,70    |
| 04.04.01.006-7  | DRENAGEM DE ABSCESSO PERIAMIGDALIANO  | R\$ 238,44   | R\$ 356,70    |
| 04.04.01.008-3  | DRENAGEM DO SACO ENDO-LINFÁTICO (SHUNT) COM AUDIÇÃO VIA TRANSMASTÓIDEA (IDADE MÍNIMA DE 12 ANOS)  | R\$ 809,83   | R\$ 1.118,50  |
| 04.04.01.010-5  | ESTAPEDECTOMIA  | R\$ 676,26   | R\$ 2.366,91  |
| 04.04.01.011-3  | EXÉRESE DE PAPILOMA EM LARINGE  | R\$ 163,10   | R\$ 612,55    |
| 04.04.01.012-1  | EXÉRESE DE TUMOR DE VIAS AÉREAS SUPERIORES, FACE E PESCOÇO  | R\$ 358,58   | R\$ 504,90    |
| 04.04.01.013-0  | EXTIRPAÇÃO DO TUMOR DO CAVUM E FARINGE  | R\$ 242,23   | R\$ 345,00    |
| 04.04.01.016-4  | LABIRINTECTOMIA MEMBRANOSA/ÓSSEA COM OU SEM AUDIÇÃO   | R\$ 812,17   | R\$ 1.125,00  |
| 04.04.01.021-0  | MASTOIDECTOMIA RADICAL  | R\$ 757,13   | R\$ 2.271,39  |
| 04.04.01.022-9  | MASTOIDECTOMIA SUBTOTAL   | R\$ 483,55   | R\$ 1.934,20  |
| 04.04.01.023-7  | MICROCIURURGIA OTOLOGICA  | R\$ 376,75   | R\$ 941,88    |
| 04.04.01.028-8  | RESSECAÇÃO DO GLOMO TÍMPÂNICO   | R\$ 807,15   | R\$ 1.176,80  |
| 04.04.01.031-8  | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO/ FARINGE/LARINGE/NARIZ   | R\$ 236,31   | R\$ 345,00    |
| 04.04.01.032-6  | SINUSOTOMIA BILATERAL   | R\$ 349,24   | R\$ 873,10    |
| 04.04.01.033-4  | SINUSOTOMIA ESFENOIDAL  | R\$ 378,98   | R\$ 947,45    |
| 04.04.01.035-0  | TIMPANOPLASTIA (UNI/BILATERAL)  | R\$ 618,15   | R\$ 1.545,38  |
| 04.04.01.037-7  | TRAQUEOSTOMIA   | R\$ 554,73   | R\$ 770,10    |
| 04.04.01.038-5  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ESTENOSE DO CONDUTO AUDITIVO  | R\$ 577,96   | R\$ 807,80    |
| 04.04.01.040-7  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RINITE CRÔNICA (OZENA)  | R\$ 328,97   | R\$ 464,60    |
| 04.04.01.041-5  | TURBINECTOMIA (IDADE MÍNIMA DE 12 ANOS)   | R\$ 315,65   | R\$ 568,60    |
| CISMEP-06   | ELETROCOAGULAÇÃO DE MUCOSA DE CORNETOS NASAIS EM PACIENTES COM IDADE ABAIXO DE 12 ANOS EM CIRURGIAS DE A + A  | R\$ -        | R\$ 150,00    |
| 04.04.01.048-2  | SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO  | R\$ 247,46   | R\$ 610,90    |
| 04.04.01.049-0  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE IMPERFURAÇÃO COANAL (UNILATERAL/BILATERAL)  | R\$ 265,23   | R\$ 438,60    |
| 04.04.01.050-4  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PERFURAÇÃO DO SEPTO NASAL   | R\$ 265,23   | R\$ 438,60    |
| 04.04.01.051-2  | SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR  | R\$ 384,33   | R\$ 960,83    |
| 04.04.01.052-0  | SEPTOPLASTIA REPARADORA NÃO ESTÉTICA  | R\$ 213,75   | R\$ 319,00    |
| 04.04.01.053-9  | RESSECAÇÃO DE TUMOR DO ACÚSTICO (PELA FOSSA MÉDIA)  | R\$ 533,12   | R\$ 800,00    |
| 04.04.01.055-5  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RINOFIMA  | R\$ 315,43   | R\$ 475,00    |
| 04.04.02.001-1  | ALONGAMENTO DE COLUMELA   | R\$ 200,76   | R\$ 293,00    |
| 04.04.02.003-8  | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORO-NASAL/ORO-SINUSAL   | R\$ 172,63   | R\$ 592,00    |
| 04.04.02.004-6  | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA SALIVAR COM RETALHO   | R\$ 172,63   | R\$ 280,00    |
| 04.04.02.027-5  | RESSECAÇÃO DE LESÃO MALIGNA E BENIGNA DA REGIÃO CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL (IDADE MÍNIMA DE 10 ANOS)   | R\$ 1.162,56 | R\$ 1.580,00  |
| 04.04.02.032-1  | RINOPLASTIA PARA DEFEITOS PÓS-TRAUMÁTICOS   | R\$ 444,20   | R\$ 644,00    |
| 04.04.02.034-8  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ATRESIA NARINÁRIA   | R\$ 265,23   | R\$ 410,00    |
| 04.04.02.035-6  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA E CISTOS ORO-MAXILARES  | R\$ 193,15   | R\$ 540,00    |
| 04.04.02.077-1  | RESSECAÇÃO DE LESÃO DA BOCA   | R\$ 341,30   | R\$ 488,00    |
| 04.04.03.008-4  | ALVEOLOPLASTIA COM ENXERTO ÓSSEO EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIOFACIAL  | R\$ 1.003,10 | R\$ 1.414,90  |
| 04.13.04.023-2  | TRATAMENTO CIRÚRGICO NÃO ESTÉTICO DA ORELHA   | R\$ 391,88   | R\$ 549,10    |

## TABELA 03 - FONOAUDIOLOGIA

| AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL (pacote) |  |                        |                  |
|------------------------------------|--|------------------------|------------------|
| CÓDIGO                             | DESCRIÇÃO                                  | VALOR SUS <sup>1</sup> | VALOR ICISMEP    |
| 02.11.07.004-1                     | AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR - VIA AÉREA/ÓSSEA | R\$ 21,00              | R\$ 21,00        |
| 02.11.07.021-1                     | LOGOAUDIOMETRIA (AUDIOMETRIA VOCAL)        | R\$ 26,25              | R\$ 26,25        |
| 02.11.07.032-7                     | TESTES ACUMÉTRICOS (DIAPASÃO)              | R\$ 1,37               | R\$ 2,00         |
| <b>TOTAL DO PACOTE</b>             |  | <b>R\$ 48,62</b>       | <b>R\$ 48,62</b> |

| AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL + IMITÂNCIOMETRIA (pacote) |  |                        |                  |
|--|--|------------------------|------------------|
| CÓDIGO   | DESCRIÇÃO                                  | VALOR SUS <sup>1</sup> | VALOR ICISMEP    |
| 02.11.07.004-1                                       | AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR - VIA AÉREA/ÓSSEA | R\$ 21,00              | R\$ 21,00        |
| 02.11.07.021-1                                       | LOGOAUDIOMETRIA (AUDIOMETRIA VOCAL)        | R\$ 26,25              | R\$ 26,25        |
| 02.11.07.032-7                                       | TESTES ACUMÉTRICOS (DIAPASÃO)              | R\$ 1,37               | R\$ 2,00         |
| 02.11.07.020-3                                       | IMITÂNCIOMETRIA (IMPEDÂNCIOMETRIA)         | R\$ 23,00              | R\$ 23,00        |
| <b>TOTAL DO PACOTE</b>                               |  | <b>R\$ 71,62</b>       | <b>R\$ 71,62</b> |

| ESTUDO DE OTOEMISSIONES ACÚSTICAS EVOCADAS TRANSITÓRIAS E POR PRODUTO DE DISTORÇÃO (EOA) |  |                        |                  |
|--|--|------------------------|------------------|
| CÓDIGO   | DESCRIÇÃO  | VALOR SUS <sup>1</sup> | VALOR ICISMEP    |
| 02.11.07.005-0   | AValiação AUDITIVA COMPORTAMENTAL  | R\$ 18,00              | R\$ 18,00        |
| 02.11.07.015-7   | ESTUDO DE OTOEMISSIONES ACÚSTICAS EVOCADAS TRANSITÓRIAS E POR PRODUTO DE DISTORÇÃO - EOA | R\$ 46,88              | R\$ 46,88        |
| <b>TOTAL DO PACOTE</b>   |  | <b>R\$ 64,88</b>       | <b>R\$ 64,88</b> |

| EXAMES         |                                     |                        |               |
|----------------|-------------------------------------|------------------------|---------------|
| CÓDIGO         | DESCRIÇÃO                           | VALOR SUS <sup>1</sup> | VALOR ICISMEP |
| 02.11.07.020-3 | IMITÂNCIOMETRIA = IMPEDÂNCIOMETRIA  | R\$ 23,00              | R\$ 47,00     |
| 02.11.07.035-1 | TESTES VESTIBULARES/OTONEUROLÓGICOS | R\$ 12,12              | R\$ 74,00     |

| CONSULTAS      |                                    |                        |               |
|----------------|------------------------------------|------------------------|---------------|
| CÓDIGO         | DESCRIÇÃO                          | VALOR SUS <sup>1</sup> | VALOR ICISMEP |
| 03.01.07.011-3 | TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INDIVIDUAL | R\$ 10,90              | R\$ 40,00     |

## TABELA 04 - GASTROENTEROLOGIA

| CONSULTA EM GASTROENTEROLOGIA |  |                        |               |
|-------------------------------|--|------------------------|---------------|
| CÓDIGO                        | DESCRIÇÃO  | VALOR SUS <sup>1</sup> | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2                | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (GASTROENTEROLOGIA)                       | R\$ 10,00              | R\$ 40,00     |
| 03.01.01.007-2                | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (PRÉ-ENDOSCOPIA PARA MENORES DE 12 ANOS)  | R\$ 10,00              | R\$ 40,00     |
| 03.01.01.007-2                | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CONSULTA PRÉ- COLONOSCOPIA)              | R\$ 10,00              | R\$ 40,00     |
| 03.01.01.007-2                | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CONSULTA PRÉ- DILATAÇÃO / PRÉ- LIGADURA) | R\$ 10,00              | R\$ 40,00     |

| EXAMES EM GASTROENTEROLOGIA |   |                        |               |
|-----------------------------|---|------------------------|---------------|
| CÓDIGO                      | DESCRIÇÃO   | VALOR SUS <sup>1</sup> | VALOR ICISMEP |
| 03.03.07.001-3              | DILATAÇÃO DE ESÔFAGO COM OGIVAS SOB VISÃO ENDOSCÓPICA (POR SESSÃO)                        | R\$ 49,50              | R\$ 520,00    |
| 03.03.07.004-8              | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO ESÔFAGO   | R\$ 49,50              | R\$ 84,80     |
| 03.03.07.005-6              | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO ESTÔMAGO/DUODENO  | R\$ 47,25              | R\$ 84,80     |
| 04.07.01.025-4              | RETIRADA DE PÓLIPO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA                                       | R\$ 29,84              | R\$ 47,00     |
| 04.07.01.031-9              | TRATAMENTO ESCLEROSANTE/LIGADURA ELÁSTICA DE LESÃO HEMORRÁGICA DO APARELHO DIGESTIVO ALTO | R\$ 51,75              | R\$ 1.140,35  |
| 04.07.01.032-7              | TRATAMENTO ESCLEROSANTE DE LESÕES NÃO HEMORRÁGICAS DO APARELHO DIGESTIVO ALTO             | R\$ 51,75              | R\$ 318,00    |
| 04.07.02.039-0              | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO / PÓLIPO (S) DO RETO / COLO SIGMÓIDE/ COLO DESCENDENTE         | R\$ 13,63              | R\$ 53,00     |

| PROCEDIMENTOS - SERVIÇO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL - SA/SH |  |                        |               |
|--|--|------------------------|---------------|
| CÓDIGO   | DESCRIÇÃO                                | VALOR SUS <sup>1</sup> | VALOR ICISMEP |
| 02.09.01.002-9   | COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)                | R\$ 112,66             | R\$ 450,00    |
| 02.09.01.003-7   | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA               | R\$ 48,16              | R\$ 158,30    |
| 02.09.01.003-7   | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (SOB SEDAÇÃO) | R\$ 48,16              | R\$ 189,30    |
| 02.09.01.005-3   | RETOSSIGMÓIDOSCOPIA                      | R\$ 23,13              | R\$ 84,80     |

## TABELA 05 - ANGIOLOGIA

| CONSULTA EM ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR |   |                        |               |
|--|---|------------------------|---------------|
| CÓDIGO                                     | DESCRIÇÃO   | VALOR SUS <sup>1</sup> | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2                             | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (ANGIOLOGIA - COM CIRURGIÃO) | R\$ 10,00              | R\$ 42,00     |
| CISMEP-14                                  | AValiação TRATAMENTO ESCLEROSANTE/ESPUMA                              | -                      | R\$ 42,00     |

| PROCEDIMENTOS - SERVIÇO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL - SA/SH |   |                        |               |
|--|---|------------------------|---------------|
| CÓDIGO   | DESCRIÇÃO   | VALOR SUS <sup>1</sup> | VALOR ICISMEP |
| 04.06.02.009-4   | DISSECÇÃO DE VEIA/ARTÉRIA   | R\$ 6,19               | R\$ 15,16     |
| 04.06.02.013-2   | EXCISAO E SUTURA DE HEMANGIOMA  | R\$ 29,86              | R\$ 98,53     |
| 04.06.02.014-0   | EXCISAO E SUTURA DE LINFANGIOMA / NEVUS   | R\$ 29,86              | R\$ 98,53     |
| 03.09.07.001-5   | TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL) | R\$ 300,78*            | R\$ 100,22    |

\* Valor coberto por FAEC

| PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H. |  |                        |               |
|---|--|------------------------|---------------|
| CÓDIGO  | DESCRIÇÃO                                    | VALOR SUS <sup>1</sup> | VALOR ICISMEP |
| 04.06.02.056-6  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL)  | R\$ 582,04             | R\$ 1.092,60  |
| 04.06.02.057-4  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL) | R\$ 483,37             | R\$ 727,85    |

## TABELA 06 - ORTOPEDIA

| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CIRURGIAS ORTOPÉDICA - MEMBRO SUPERIOR |   |                        |                  |
|---|---|------------------------|------------------|
| CÓDIGO  | DESCRIÇÃO   | VALOR SUS <sup>1</sup> | VALOR ICISMEP    |
| 03.01.01.007-2  | CONSULTA COM ESPECIALISTA EM ORTOPEDIA DE MEMBRO SUPERIOR | R\$ 10,00              |                  |
| 03.01.01.007-2  | CONSULTA DE ACOMPANHAMENTO PÓS- OPERATORIO/RETORNOS       | R\$ 10,00              |                  |
| <b>TOTAL DO PACOTE</b>  |   | <b>R\$ 20,00</b>       | <b>R\$ 47,00</b> |

| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CIRURGIAS ORTOPÉDICAS - MEMBRO INFERIOR |   |                        |                  |
|--|---|------------------------|------------------|
| CÓDIGO   | DESCRIÇÃO   | VALOR SUS <sup>1</sup> | VALOR ICISMEP    |
| 03.01.01.007-2   | CONSULTA COM ESPECIALISTA EM ORTOPEDIA DE MEMBRO INFERIOR | R\$ 10,00              |                  |
| 03.01.01.007-2   | CONSULTA DE ACOMPANHAMENTO PÓS- OPERATORIO/RETORNOS       | R\$ 10,00              |                  |
| <b>TOTAL DO PACOTE</b>   |   | <b>R\$ 20,00</b>       | <b>R\$ 47,00</b> |

| CONSULTA DE ORTOPEDIA |  |                        |               |
|-----------------------|--|------------------------|---------------|
| CÓDIGO                | DESCRIÇÃO  | VALOR SUS <sup>1</sup> | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2        | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (ORTOPEDIA GERAL) | R\$ 10,00              | R\$ 43,00     |

| PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO AMBULATORIAL - S.A. |  |                        |               |
|---|--|------------------------|---------------|
| CÓDIGO  | DESCRIÇÃO  | VALOR SUS <sup>1</sup> | VALOR ICISMEP |
| 03.03.09.003-0  | INFILTRAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS EM CAVIDADE SINOVIAL (ARTICULAÇÃO, BAINHA TENDINOSA)                                      | R\$ 5,63               | R\$ 62,00     |
| 04.01.01.009-0  | FULGURAÇÃO/CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE LESÕES CUTÂNEAS   | R\$ 11,84              | R\$ 65,00     |
| 04.08.06.022-0  | RESSECÇÃO DE EXOSTOSE  | R\$ 28,42              | R\$ 63,00     |
| 04.08.06.035-2  | RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-ÓSSEO (INSERIDO EM CIRURGIA ANTERIOR REALIZADA PELO CISMED) - EM AMBIENTE AMBULATORIAL | R\$ 28,42              | R\$ 28,42     |
| 04.08.06.065-4  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE POLIDACTILIA NÃO ARTICULADA  | R\$ 28,42              | R\$ 266,38    |
| 04.08.06.068-9  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RUTURA DO APARELHO EXTENSOR DO DEDO  | R\$ 28,42              | R\$ 63,00     |

| PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H. |   |                        |               |
|---|---|------------------------|---------------|
| CÓDIGO  | DESCRIÇÃO   | VALOR SUS <sup>1</sup> | VALOR ICISMEP |
| 03.08.04.001-5  | TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS OU CLÍNICOS  | R\$ 199,33             | R\$ 270,40    |
| 04.03.02.007-7  | NEURÓLISE NÃO FUNCIONAL DE NERVOS PERIFÉRICOS   | R\$ 382,18             | R\$ 704,38    |
| 04.03.02.008-5  | NEURORRAFIA   | R\$ 432,47             | R\$ 1.024,91  |
| 04.03.02.010-7  | TRANSPOSIÇÃO DO NERVO CUBITAL   | R\$ 515,25             | R\$ 689,00    |
| 04.03.02.012-3  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SÍNDROME COMPRESSIVA EM TÚNEL OSTEO-FIBROSO AO NÍVEL DO CARPO                                     | R\$ 347,62             | R\$ 885,50    |
| 04.08.02.003-2  | ARTRODESE DE MEDIAS / GRANDES ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR   | R\$ 230,37             | R\$ 345,54    |
| 04.08.02.004-0  | ARTROPLASTIA DE ARTICULAÇÃO DA MÃO (POR RESSECÇÃO)  | R\$ 316,48             | R\$ 544,70    |
| 04.08.02.013-0  | RECONSTRUÇÃO CAPSULO-LIGAMENTAR DE COTOVELO/PUNHO   | R\$ 241,43             | R\$ 464,10    |
| 04.08.02.014-8  | RECONSTRUÇÃO DE POLIA TENDINOSA DE MÃO  | R\$ 205,53             | R\$ 470,60    |
| 04.08.02.030-0  | TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO SUPERIOR   | R\$ 194,89             | R\$ 418,60    |
| 04.08.02.032-6  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO   | R\$ 241,15             | R\$ 636,76    |
| 04.08.02.033-4  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO ÚMERO   | R\$ 498,98             | R\$ 1.217,08  |
| 04.08.02.034-2  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DAS FALANGES DA MÃO (COM FIXAÇÃO)  | R\$ 192,60             | R\$ 640,55    |
| 04.08.02.035-0  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DE EPICONDILIO/ EPITROClea DO ÚMERO  | R\$ 311,42             | R\$ 832,73    |
| 04.08.02.036-9  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DO CONDILO/ TROCANTER DO ÚMERO/ APOFISE CORONARIA DA ULNA/ CABEÇA DO RADIO | R\$ 368,64             | R\$ 1.024,90  |
| 04.08.02.037-7  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DOS METACARPÍANOS  | R\$ 258,26             | R\$ 832,73    |
| 04.08.02.038-5  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA SUPRA-CONDILIANA DO UMEMO  | R\$ 499,74             | R\$ 1.024,90  |
| 04.08.02.039-3  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO ÚMERO   | R\$ 364,95             | R\$ 1.024,90  |
| 04.08.02.040-7  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE EXTREMIDADE/ METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO                                    | R\$ 253,80             | R\$ 832,73    |
| 04.08.02.041-5  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE EXTREMIDADE/ METAFISE PROXIMAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO                                  | R\$ 366,37             | R\$ 928,81    |
| 04.08.02.042-3  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE AMBOS OS OSSOS ANTEBRAÇOS (COM SÍNTESE)                                     | R\$ 547,30             | R\$ 1.024,90  |
| 04.08.02.043-1  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA ÚNICA DO RÁDIO/ DA ULNA  | R\$ 265,29             | R\$ 832,73    |
| 04.08.02.045-8  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA- LUXAÇÃO DE GALEAZZE/ MONTEGGIA/ ESSEX-LOPRESTI   | R\$ 366,37             | R\$ 928,81    |
| 04.08.02.046-6  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO   | R\$ 250,56             | R\$ 1.024,90  |
| 04.08.02.048-2  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO AGUDA CAPSULO-LIGAMENTAR DO MEMBRO SUPERIOR COTOVELO/ PUNHO                                 | R\$ 241,43             | R\$ 736,63    |
| 04.08.02.049-0  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO DA MUSCULATURA INTRÍNSECA DA MÃO PARA SUA LIBERAÇÃO   | R\$ 222,09             | R\$ 392,60    |
| 04.08.02.051-2  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO/ FRATURA- LUXAÇÃO CARPO- METACARPIANO   | R\$ 208,94             | R\$ 736,63    |
| 04.08.02.052-0  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO/ FRATURA- LUXAÇÃO DOS OSSOS DO CARPO  | R\$ 201,02             | R\$ 1.024,90  |
| 04.08.02.053-9  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO/ FRATURA- LUXAÇÃO METACARPO-FALANGIANA  | R\$ 192,60             | R\$ 832,73    |
| 04.08.02.054-7  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO OU FRATURA- LUXAÇÃO DO COTOVELO   | R\$ 311,42             | R\$ 1.217,08  |
| 04.08.02.055-5  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDOARTROSE/RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO/PERDA ÓSSEA DA MÃO  | R\$ 203,12             | R\$ 470,60    |
| 04.08.02.060-1  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDO RETARDO/CONSOLIDAÇÃO/PERDA ÓSSEA AO NÍVEL DO CARPO   | R\$ 229,29             | R\$ 431,60    |
| 04.08.02.061-0  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA/DESINSERÇÃO/ARRANCAMENTO CAPSULO-TENO-LIGAMENTAR NA MÃO                                    | R\$ 258,26             | R\$ 736,63    |
| 04.08.02.062-8  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SINDACTILIA DA MÃO (POR ESPAÇO INTERDIGITAL)  | R\$ 192,60             | R\$ 470,60    |
| 04.08.05.002-0  | AMPUTAÇÃO/ DESARTICULAÇÃO DE PÉ E TARSO   | R\$ 274,01             | R\$ 832,73    |
| 04.08.05.014-4  | RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DO TORNOZELO  | R\$ 432,14             | R\$ 928,81    |
| 04.08.05.035-7  | SINDACTILIA CIRÚRGICA DOS DEDOS DO PÉ (PROCEDIMENTO TIPO KELIKIAN)  | R\$ 284,06             | R\$ 470,60    |
| 04.08.05.037-3  | TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO INFERIOR   | R\$ 243,81             | R\$ 470,60    |
| 04.08.05.044-6  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE COALIZAÇÃO TARSAL   | R\$ 268,41             | R\$ 434,20    |
| 04.08.05.045-4  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DE OSSOS DO MÉDIO-PÉ   | R\$ 268,41             | R\$ 1.024,90  |
| 04.08.05.046-2  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DOS METATARSÍANOS  | R\$ 268,43             | R\$ 1.024,90  |
| 04.08.05.047-0  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DOS PODODACTILOS   | R\$ 336,60             | R\$ 640,55    |
| 04.08.05.049-7  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR/ TRIMALEOLAR/ DA FRATURA- LUXAÇÃO DO TORNOZELO                                 | R\$ 432,14             | R\$ 1.024,90  |
| 04.08.05.053-5  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA CALCANEIO   | R\$ 268,42             | R\$ 1.121,00  |
| 04.08.05.054-3  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL   | R\$ 465,96             | R\$ 1.217,08  |
| 04.08.05.056-0  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TALUS  | R\$ 268,42             | R\$ 1.024,90  |
| 04.08.05.057-8  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR  | R\$ 481,49             | R\$ 928,81    |
| 04.08.05.065-9  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HÁLUX VALGUS COM OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO   | R\$ 355,81             | R\$ 838,25    |
| 04.08.05.066-7  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO AGUDA CAPSULO-LIGAMENTAR DO MEMBRO INFERIOR ( TORNOZELO)                                    | R\$ 473,83             | R\$ 928,81    |
| 04.08.05.069-1  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO/ FRATURA- LUXAÇÃO METATARSO- FALANGIANA/INTER-FALANGIANA                                  | R\$ 268,42             | R\$ 832,73    |
| 04.08.05.070-5  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO/ FRATURA- LUXAÇÃO SUBTALAR E INTRA-TARSICA  | R\$ 268,42             | R\$ 928,81    |
| 04.08.05.071-3  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO/ FRATURA- LUXAÇÃO TARSO METATARSICA   | R\$ 268,42             | R\$ 1.024,90  |
| 04.08.05.072-1  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE METATARSO PRIMO VARO  | R\$ 268,42             | R\$ 405,60    |
| 04.08.05.074-8  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ PLANO VALGO (NÃO ADQUIRIDO)  | R\$ 268,42             | R\$ 703,21    |
| 04.08.05.078-0  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA AO NÍVEL DO TARSO                            | R\$ 298,41             | R\$ 447,60    |
| 04.08.05.090-0  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HÁLUX RIGIDUS   | R\$ 268,42             | R\$ 608,90    |
| 04.08.05.091-8  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HÁLUX VALGUS SEM OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO METATARSIANO  | R\$ 336,60             | R\$ 462,80    |
| 04.08.06.004-2  | AMPUTAÇÃO/DESARTICULAÇÃO DE DEDO  | R\$ 338,03             | R\$ 515,73    |
| 04.08.06.005-0  | ARTRODESE DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES  | R\$ 213,79             | R\$ 470,60    |



|                |  |            |            |
|----------------|--|------------|------------|
| 04.08.06.007-7 | ARTROPLASTIA DE RESSECÇÃO DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES                       | R\$ 268,41 | R\$ 470,60 |
| 04.08.06.008-5 | BURSECTOMIA  | R\$ 213,63 | R\$ 597,54 |
| 04.08.06.012-3 | EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/SINOVECTOMIA DE MÉDIAS/GRANDES ARTICULAÇÕES | R\$ 283,66 | R\$ 522,60 |
| 04.08.06.013-1 | EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/SINOVECTOMIA DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES       | R\$ 142,06 | R\$ 392,60 |
| 04.08.06.014-0 | FASCIECTOMIA   | R\$ 222,95 | R\$ 649,32 |
| 04.08.06.015-8 | MANIPULACAO ARTICULAR  | R\$ 122,01 | R\$ 299,00 |
| 04.08.06.018-2 | OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS E CURTOS DA MAO E DO PE                       | R\$ 327,25 | R\$ 490,88 |
| 04.08.06.021-2 | RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL  | R\$ 91,49  | R\$ 643,01 |
| 04.08.06.031-0 | RESSECÇÃO SIMPLES DE TUMOR ÓSSEO DE PARTES MOLES (TUMORES BENIGNOS)      | R\$ 368,03 | R\$ 707,86 |
| 04.08.06.032-8 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRA-ARTICULAR                               | R\$ 139,07 | R\$ 338,00 |

|                |  |     |        |     |          |
|----------------|--|-----|--------|-----|----------|
| 04.08.06.035-2 | RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-ÓSSEO (INSERIDO EM CIRURGIA ANTERIOR REALIZADA PELO CISMEP) - EM AMBIENTE HOSPITALAR | R\$ | 151,66 | R\$ | 525,31   |
| 04.08.06.036-0 | RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO  | R\$ | 151,67 | R\$ | 352,26   |
| 04.08.06.037-9 | RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS   | R\$ | 225,16 | R\$ | 448,36   |
| 04.08.06.041-7 | RETRAÇÃO CICATRICAL DOS DEDOS C/ COMPROMETIMENTO TENDINOSO (POR DEDO)  | R\$ | 205,53 | R\$ | 418,60   |
| 04.08.06.042-5 | REVISÃO CIRÚRGICA DE COTO DE AMPUTAÇÃO DOS DEDOS   | R\$ | 207,02 | R\$ | 392,60   |
| 04.08.06.043-3 | TENODESE   | R\$ | 204,09 | R\$ | 392,60   |
| 04.08.06.044-1 | TENÓLISE   | R\$ | 229,40 | R\$ | 392,60   |
| 04.08.06.045-0 | TENOMIORRAFIA  | R\$ | 205,91 | R\$ | 832,73   |
| 04.08.06.046-8 | TENOMIOTOMIA/DESINSERÇÃO   | R\$ | 208,94 | R\$ | 392,60   |
| 04.08.06.048-4 | TENORRAFIA ÚNICA EM TÚNEL ÓSSEO-FIBROSO  | R\$ | 421,30 | R\$ | 832,73   |
| 04.08.06.053-0 | TRANSPOSIÇÃO/TRANSFERÊNCIA MIOTENDINOSA MÚLTIPLA   | R\$ | 346,53 | R\$ | 1.217,08 |
| 04.08.06.054-9 | TRANSPOSIÇÃO/TRANSFERÊNCIA MIOTENDINOSA ÚNICA  | R\$ | 214,21 | R\$ | 1.217,08 |
| 04.08.06.056-5 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ARTRITE INFECCIOSA DAS PEQUENAS ARTICULAÇÕES   | R\$ | 268,41 | R\$ | 832,73   |
| 04.08.06.057-3 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM MARTELO/EM GARRA (MÃO E PÉ)  | R\$ | 268,41 | R\$ | 652,76   |
| 04.08.06.058-1 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE ARTICULAR POR RETRAÇÃO TENO-CAPSULO-LIGAMENTAR                                 | R\$ | 377,00 | R\$ | 517,40   |
| 04.08.06.067-0 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RETRAÇÃO MUSCULAR  | R\$ | 394,68 | R\$ | 544,70   |
| 04.08.06.070-0 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SINDACTILIA SIMPLES (DOIS DEDOS)   | R\$ | 209,82 | R\$ | 481,00   |
| 04.08.06.071-9 | VIDEOARTROSCOPIA   | R\$ | 300,00 | R\$ | 550,00   |
| 04.13.04.017-8 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES EXTENSAS COM PERDA DE SUBSTÂNCIA CUTÂNEA  | R\$ | 741,69 | R\$ | 1.200,99 |
| 04.13.04.019-4 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RETRAÇÃO CICATRICAL DO COTOVELO  | R\$ | 315,61 | R\$ | 470,60   |
| 04.13.04.020-8 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RETRAÇÃO CICATRICAL DOS DEDOS DA MÃO/PÉ SEM COMPROMETIMENTO TENDINOSO                      | R\$ | 256,23 | R\$ | 481,00   |
| 04.13.04.024-0 | TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REPARAÇÕES DE PERDA DE SUBSTÂNCIA DA MÃO   | R\$ | 324,20 | R\$ | 804,09   |
| CISMEP-09      | REALINHAMENTO DE MECANISMO EXTENSOR DOS DEDOS DA MÃO   | R\$ | -      | R\$ | 780,00   |

## TABELA 07 - ULTRASSONOGRAFIA

| EXAMES         |  |     |                        |     |               |
|----------------|--|-----|------------------------|-----|---------------|
| CÓDIGO         | DESCRIÇÃO  |     | VALOR SUS <sup>1</sup> |     | VALOR ICISMEP |
| 02.01.01.041-0 | BIÓPSIA DE PROSTATA  | R\$ | 92,38                  | R\$ | 487,57        |
| 02.01.01.047-0 | BIÓPSIA DE TIREÓIDE OU PARATIREÓIDE - PAAF   | R\$ | 23,73                  | R\$ | 122,09        |
| 02.01.01.058-5 | PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA  | R\$ | 66,48                  | R\$ | 86,00         |
| 02.01.01.060-7 | PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA GROSSA  | R\$ | 140,00                 | R\$ | 250,34        |
| 02.05.01.004-0 | ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATE OS VASOS) = DUPLEX SCAN DE MEMBRO INFERIOR, MEMBRO SUPERIOR, DE CARÓTIDAS E ARTERIAS MENTEBRANAS | R\$ | 39,60                  | R\$ | 98,00         |
| 02.05.01.005-9 | ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO   | R\$ | 42,90                  | R\$ | 50,00         |
| 02.05.02.003-8 | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)   | R\$ | 24,20                  | R\$ | 40,00         |
| 02.05.02.004-6 | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL  | R\$ | 37,95                  | R\$ | 70,00         |
| 02.05.02.005-4 | ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO  | R\$ | 24,20                  | R\$ | 55,00         |
| 02.05.02.006-2 | ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO (UMA ARTICULAÇÃO / UNILATERAL)   | R\$ | 24,20                  | R\$ | 60,00         |
| 02.05.02.007-0 | ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL)   | R\$ | 24,20                  | R\$ | 40,00         |
| 02.05.02.009-7 | ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)   | R\$ | 24,20                  | R\$ | 70,00         |
| 02.05.02.010-0 | ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL) (PÉLVICA MASCULINA)   | R\$ | 24,20                  | R\$ | 50,00         |
| 02.05.02.011-9 | ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)  | R\$ | 24,20                  | R\$ | 34,00         |
| 02.05.02.012-7 | ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE   | R\$ | 24,20                  | R\$ | 50,00         |
| 02.05.02.014-3 | ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA (VIA ABDOMINAL OU VIA TRANSVAGINAL)  | R\$ | 24,20                  | R\$ | 50,00         |
| 02.05.02.015-1 | ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO   | R\$ | 39,60                  | R\$ | 74,80         |
| 02.05.02.016-0 | ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA) (PÉLVICA FEMININA)   | R\$ | 24,20                  | R\$ | 50,00         |
| 02.05.02.017-8 | ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA  | R\$ | 24,20                  | R\$ | 50,00         |
| 02.05.02.018-6 | ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL (ENDOVAGINAL)  | R\$ | 24,20                  | R\$ | 60,00         |
| CISMEP-07      | ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL   | R\$ | -                      | R\$ | 50,00         |
| CISMEP-16      | ULTRASSONOGRAFIA TRANSLUCÊNCIA NUCAL   | R\$ | -                      | R\$ | 72,00         |
| CISMEP-23      | ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA   | R\$ | -                      | R\$ | 218,35        |
| CISMEP-25      | ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE + DOPPLER   | R\$ | -                      | R\$ | 143,35        |
| CISMEP-26      | ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL) + DOPPLER   | R\$ | -                      | R\$ | 143,35        |
| CISMEP-30      | SEDAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS CONFORME NECESSIDADE CLÍNICA  | R\$ | 15,15                  | R\$ | 33,00         |

## TABELA 08 - CARDIOLOGIA

| CONSULTA EM CARDIOLOGIA |  |     |                        |     |               |
|-------------------------|--|-----|------------------------|-----|---------------|
| CÓDIGO                  | DESCRIÇÃO  |     | VALOR SUS <sup>1</sup> |     | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2          | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CARDIOLOGIA) | R\$ | 10,00                  | R\$ | 40,00         |

  

| EXAMES         |   |     |                        |     |               |
|----------------|---|-----|------------------------|-----|---------------|
| CÓDIGO         | DESCRIÇÃO   |     | VALOR SUS <sup>1</sup> |     | VALOR ICISMEP |
| 02.05.01.003-2 | ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA   | R\$ | 39,94                  | R\$ | 135,00        |
| 02.11.02.006-0 | TESTE ESFORÇO/TESTE ERGOMÉTRICO                                       | R\$ | 30,00                  | R\$ | 97,00         |
| 02.11.02.004-4 | EXAME DE MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS) COM LAUDO | R\$ | 30,00                  | R\$ | 112,48        |
| 02.11.02.005-2 | EXAME DE MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (M.A.P.A)     | R\$ | 10,07                  | R\$ | 104,83        |

## TABELA 09 - CIRURGIA GERAL

| CONSULTA EM CIRURGIA GERAL - PRESTADOR EXTERNO |   |                        |               |
|--|---|------------------------|---------------|
| CÓDIGO   | DESCRIÇÃO   | VALOR SUS <sup>1</sup> | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2                                 | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CIRURGIA GERAL) | R\$ 10,00              | R\$ 38,38     |

| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CIRURGIAS GERAIS (HEMORROIDECTOMIA, FISTULECTOMIA, FISSURECTOMIA, PLÁSTICA ANAL E TUMOR DE ANORRETAL) - PRESTADOR EXTERNO |   |                        |                   |
|--|---|------------------------|-------------------|
| CÓDIGO   | DESCRIÇÃO                                   | VALOR SUS <sup>1</sup> | VALOR ICISMEP     |
| 03.01.01.007-2   | CONSULTA COM ESPECIALISTA EM CIRURGIA GERAL | R\$ 10,00              | R\$ 10,00         |
| 02.09.01.005-3   | RETOSSIGMOIDOSCOPIA                         | R\$ 23,13              | R\$ 84,80         |
| <b>TOTAL DO PACOTE</b>   |   | <b>R\$ 33,13</b>       | <b>R\$ 109,00</b> |

| PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H. |  |                        |               |
|---|--|------------------------|---------------|
| CÓDIGO  | DESCRIÇÃO  | VALOR SUS <sup>1</sup> | VALOR ICISMEP |
| 04.01.02.005-3  | EXCISAO E SUTURA DE LESAO NA PELE C/ PLÁSTICA EM Z OU ROTACAO DE RETALHO | R\$ 356,81             | R\$ 784,98    |
| 04.01.02.008-8  | EXERESE DE CISTO SACROCOCCIGEO   | R\$ 143,72             | R\$ 316,18    |
| 04.01.02.010-0  | EXTIRPAÇÃO E SUPRESSÃO DE LESÃO DE PELE E DE TECIDO CELULAR SUBCUTANEO   | R\$ 158,11             | R\$ 347,84    |
| 04.07.02.021-7  | ESFINCTEROTOMIA INTERNA E TRATAMENTO DE FISSURA ANAL                     | R\$ 246,81             | R\$ 542,98    |
| 04.07.02.027-6  | FISTULECTOMIA / FISTULECTOMIA ANAL                                       | R\$ 254,12             | R\$ 559,06    |
| 04.07.02.028-4  | HEMORROIDECTOMIA   | R\$ 315,94             | R\$ 695,07    |
| 04.07.02.047-0  | TRATAMENTO CIRURGICO DE PROLAPSO ANAL                                    | R\$ 183,64             | R\$ 404,01    |
| 04.07.03.002-6  | COLECISTECTOMIA  | R\$ 695,77             | R\$ 1.530,69  |
| 04.07.03.003-4  | COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA                                       | R\$ 693,05             | R\$ 1.524,71  |
| 04.07.03.004-2  | COLECISTOSTOMIA  | R\$ 632,50             | R\$ 1.391,50  |
| 04.07.04.006-4  | HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA  | R\$ 559,87             | R\$ 1.174,46  |
| 04.07.04.008-0  | HERNIOPLASTIA INCISIONAL   | R\$ 539,92             | R\$ 1.187,82  |
| 04.07.04.009-9  | HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)                                       | R\$ 426,02             | R\$ 937,24    |
| 04.07.04.010-2  | HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)                             | R\$ 445,51             | R\$ 980,12    |
| 04.07.04.011-0  | HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE  | R\$ 416,43             | R\$ 916,15    |
| 04.07.04.012-9  | HERNIOPLASTIA UMBILICAL  | R\$ 434,99             | R\$ 956,98    |
| 04.09.06.018-6  | LAQUEADURA TUBÁRIA   | R\$ 339,02             | R\$ 745,84    |
| 04.15.04.003-5  | DEBRIDAMENTO DE ÚLCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS                       | R\$ 543,08             | R\$ 1.194,78  |

## TABELA 10 - NEUROLOGIA

| CONSULTA EM NEUROLOGIA |   |                        |               |
|------------------------|---|------------------------|---------------|
| CÓDIGO                 | DESCRIÇÃO   | VALOR SUS <sup>1</sup> | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2         | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (NEUROLOGIA) | R\$ 10,00              | R\$ 83,00     |

| DIAGNÓSTICO POR ELETRONEUROMIOGRAMA (BILATERAL) |  |                        |                   |
|---|--|------------------------|-------------------|
| CÓDIGO  | DESCRIÇÃO  | VALOR SUS <sup>1</sup> | VALOR ICISMEP     |
| 02.11.05.008-3                                  | ELETRONEUROMIOGRAMA DOS MEMBROS INFERIORES (MMII/BILATERAL) OU DOS MEMBROS SUPERIORES (MMSS/BILATERAL) |                        |                   |
| <b>TOTAL DO PACOTE</b>                          |  | <b>R\$ 54,00</b>       | <b>R\$ 316,00</b> |

| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE ELETRONEUROMIOGRAMA (4 MEMBROS) |   |                        |                   |
|--|---|------------------------|-------------------|
| Código   | DESCRIÇÃO   | VALOR SUS <sup>1</sup> | VALOR ICISMEP     |
| 02.11.05.008-3   | ELETRONEUROMIOGRAMA DOS MEMBROS INFERIORES (MMII/BILATERAL) | R\$ 54,00              |                   |
|  | ELETRONEUROMIOGRAMA DOS MEMBROS SUPERIORES (MMSS/BILATERAL) | R\$ 54,00              |                   |
| <b>TOTAL DO PACOTE</b>                                       |   | <b>R\$ 108,00</b>      | <b>R\$ 426,00</b> |

| ELETROENCEFALOGRAMA (EEG) |  |                        |               |
|---------------------------|--|------------------------|---------------|
| CÓDIGO                    | DESCRIÇÃO  | VALOR SUS <sup>1</sup> | VALOR ICISMEP |
| 02.11.05.005-9            | ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO C/ MAPEAMENTO (EEG) | R\$ 25,00              | R\$ 80,00     |

## TABELA 11 - MAMOGRAFIA

| EXAMES DE MAMOGRAFIA |   |                        |               |
|----------------------|---|------------------------|---------------|
| CÓDIGO               | DESCRIÇÃO   | VALOR SUS <sup>1</sup> | VALOR ICISMEP |
| 02.04.03.003-0       | MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIAÇÃO PERIODICA BILATERAL - MAC            | R\$ 45,00              | R\$ 45,00     |
| 02.04.03.003-0       | MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIAÇÃO PERIODICA UNILATERAL - MAC           | R\$ 22,50              | R\$ 22,50     |
| 02.04.03.018-8       | MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO - MULHERES DE 35 A 49 ANOS - MAC     | R\$ 45,00              | R\$ 45,00     |
| 02.04.03.018-8       | MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO - MULHERES DE 50 A 69 ANOS - MAC     | R\$ 45,00              | R\$ 45,00     |
| 02.04.03.018-8       | MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO - MULHERES DE ACIMA DE 70 ANOS - MAC | R\$ 45,00              | R\$ 45,00     |

## TABELA 12 - RISCO CIRÚRGICO

| CONSULTA PARA REALIZAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO |   |                        |               |
|---|---|------------------------|---------------|
| CÓDIGO                                      | DESCRIÇÃO   | VALOR SUS <sup>1</sup> | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2                              | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CONSULTA MÉDICA PARA AVALIAÇÃO PRÉ- CIRÚRGIA E EMISSÃO DE LAUDO DE RISCO CIRÚRGICO) | R\$ 10,00              | R\$ 38,38     |
| 03.01.01.007-2                              | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (ANESTESIOLOGIA)   | R\$ 10,00              | R\$ 38,38     |

| EXAMES         |                    |                        |               |
|----------------|--------------------|------------------------|---------------|
| CÓDIGO         | DESCRIÇÃO          | VALOR SUS <sup>1</sup> | VALOR ICISMEP |
| 02.11.02.003-6 | ELETROCARDIOGRAMA  | R\$ 5,15               | R\$ 5,15      |
| 04.17.01.004-4 | ANESTESIA GERAL    | R\$ 84,00              | R\$ 233,55    |
| 04.17.01.005-2 | ANESTESIA REGIONAL | R\$ 84,00              | R\$ 209,08    |
| 04.17.01.006-0 | SEDAÇÃO            | R\$ 15,15              | R\$ 117,98    |

**TABELA 13 - DERMATOLOGIA**

| CONSULTA EM DERMATOLOGIA |   |                  |                  |
|--------------------------|---|------------------|------------------|
| CÓDIGO                   | DESCRIÇÃO   | VALOR SUS¹       | VALOR ICISMEP    |
| 03.01.01.007-2           | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (DERMATOLOGIA) | R\$ 10,00        |                  |
| CISMEP-10                | DERMATOSCOPIA (POR LESÃO)                               | R\$ -            |                  |
| <b>TOTAL DO PACOTE</b>   |   | <b>R\$ 10,00</b> | <b>R\$ 42,00</b> |

| PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO AMBULATORIAL - S.A. |  |            |               |
|---|--|------------|---------------|
| CÓDIGO  | DESCRIÇÃO  | VALOR SUS¹ | VALOR ICISMEP |
| 02.01.01.002-0  | BIÓPSIA/PUNÇÃO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE  | R\$ 14,10  | R\$ 99,38     |
| 02.01.01.037-2  | BIÓPSIA DE PELE E PARTES MOLES   | R\$ 25,83  | R\$ 65,79     |
| 03.03.08.001-9  | CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE PEQUENAS LESÕES  | R\$ 1,48   | R\$ 5,00      |
| CISMEP-02   | CRIOTERAPIA ATÉ 5 LESÕES   | R\$ -      | R\$ 71,52     |
| 04.01.01.004-0  | ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÃO CUTÂNEA ATÉ 05 LESÕES (BPA INDIVIDUALIZADO)                    | R\$ 11,84  | R\$ 71,52     |
| 04.01.01.005-8  | EXCIÇÃO DE LESÃO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA (CANTOPLASTIA UNGUEAL) | R\$ 23,16  | R\$ 85,45     |
| 04.01.01.007-4  | EXÉRESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS/CISTO SEBÁCEO/LIPOMA                                   | R\$ 12,46  | R\$ 113,32    |
| 04.01.01.011-2  | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO (CIRURGIA GERAL)                                   | R\$ 11,84  | R\$ 85,45     |

**TABELA 14 - SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR MÉDICOS**

| SERVIÇO/ATIVIDADES  |  |               |
|---|--|---------------|
| DESCRIÇÃO   |  | VALOR ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO (POR HORA DE TRABALHO)   |  | R\$ 135,00    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (POR HORA DE TRABALHO) |  | R\$ 160,00    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO EM PEDIATRIA (POR HORA DE TRABALHO)                            |  | R\$ 180,00    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA (POR HORA DE TRABALHO)                            |  | R\$ 150,00    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO CONSULTOR (POR HORA DE TRABALHO)                               |  | R\$ 200,00    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA (PLANTÃO DE 12 HORAS)                              |  | R\$ 1.394,00  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO AVALIADOR (POR HORA DE TRABALHO)                               |  | R\$ 100,00    |

**TABELA 15 - SERVIÇOS/ATIVIDADES ESPECIAIS - CEC CONTAGEM**

| SERVIÇO/ATIVIDADES  |  |               |
|---|--|---------------|
| DESCRIÇÃO   |  | VALOR ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGISTA ADULTO  |  | R\$ 55,00     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - DERMATOLOGISTA        |  | R\$ 68,00     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - NEUROLOGISTA          |  | R\$ 95,00     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - OFTALMOLOGISTA        |  | R\$ 55,00     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ORTOPEDISTA           |  | R\$ 55,00     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - OTORRINO              |  | R\$ 88,00     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - UROLOGISTA            |  | R\$ 81,00     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ENDOCRINOLOGISTA      |  | R\$ 95,00     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - REUMATOLOGISTA        |  | R\$ 95,00     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - NEUROLOGISTA INFANTIL |  | R\$ 95,00     |

**TABELA 16 - SERVIÇOS/ATIVIDADES ESPECIAIS - CEC NOVA LIMA**

| SERVIÇO/ATIVIDADES                           |  |               |
|--|--|---------------|
| DESCRIÇÃO                                    |  | VALOR ICISMEP |
| CONSULTA ESPECIALIZADA ANGIOLOGIA            |  | R\$ 52,43     |
| CONSULTA ESPECIALIZADA CARDIOLOGIA           |  | R\$ 52,43     |
| CONSULTA ESPECIALIZADA DERMATOLOGIA          |  | R\$ 51,68     |
| CONSULTA ESPECIALIZADA GASTROENTEROLOGIA     |  | R\$ 52,43     |
| CONSULTA ESPECIALIZADA NEUROLOGIA PEDIÁTRICA |  | R\$ 96,30     |
| CONSULTA ESPECIALIZADA ORTOPEDIA             |  | R\$ 52,43     |
| CONSULTA ESPECIALIZADA OTORRINOLARINGOLOGIA  |  | R\$ 73,83     |
| CONSULTA ESPECIALIZADA PNEUMOLOGIA           |  | R\$ 68,91     |

**TABELA 17 - SERVIÇOS/ATIVIDADES ESPECIAIS EM REGIME DE PLANTÃO PARA MUNICÍPIO DE BRUMADINHO**

| SERVIÇO/ATIVIDADES   |                   |               |
|--|-------------------|---------------|
| DESCRIÇÃO  | UNIDADE DE MEDIDA | VALOR ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19        | Valor do Plantão  | R\$ 1.885,53  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS EM HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19 | Valor do Plantão  | R\$ 1.481,48  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO NEUROPEDIATRA   | Valor da Hora     | R\$ 205,52    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  | Valor da Hora     | R\$ 114,18    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PSQUIÁTRICO   | Valor da Hora     | R\$ 102,76    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA – CLÍNICO GERAL  | Valor da Hora     | R\$ 77,36     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO – SAD (SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR)                                       | Valor da Hora     | R\$ 86,60     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA TRANSFERÊNCIA INTERMUNICIPAL DE PACIENTES                                  | Valor do Plantão  | R\$ 606,06    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO DIRETOR CLÍNICO PARA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO                              | Valor Mens        | R\$ 14.814,82 |

**TABELA 18 - SERVIÇOS/ATIVIDADES ESPECIAIS EM REGIME DE PLANTÃO PARA MUNICÍPIO DE IBIRITÉ**

| SERVIÇO/ATIVIDADES  |                   |               |
|---|-------------------|---------------|
| DESCRIÇÃO   | UNIDADE DE MEDIDA | VALOR ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19 - Plantonista de PA/adulto    | Plantão 12 horas  | R\$ 1.700,00  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19 - Plantonista de PA/Pediatria | Plantão 12 horas  | R\$ 1.700,00  |

|   |                   |               |
|---|-------------------|---------------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19 - Plantonista para Enfermaria | Plantão 12 horas  | R\$ 1.700,00  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19 - Plantonista para CTI        | Plantão 12 horas  | R\$ 1.959,45  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19 - Horizontal para Enfermaria  | Plantão 06 horas  | R\$ 850,00    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19 - Horizontal para CTI         | Plantão 06 horas  | R\$ 979,72    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19 - RT médico da unidade        | 30 horas semanais | R\$ 17.560,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19 - Coordenador Médico          | Valor Mensal      | R\$ 4.000,00  |

## TABELA 19 - SERVIÇOS/ATIVIDADES ESPECIAIS PARA MUNICÍPIO DE VESPASIANO

| SERVIÇO/ATIVIDADES  |                   |               |       |
|---|-------------------|---------------|-------|
| DESCRIÇÃO   | UNIDADE DE MEDIDA | VALOR ICISMEP |       |
| SERVIÇOS/ATIVID. SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA – NEUROPEDIATRIA | Valor do Plantão  | R\$           | 89,01 |

## TABELA 20 - EXAMES LABORATORIAIS

| DEPARTAMENTO DE PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA |   |                        |                  |
|--|---|------------------------|------------------|
| CÓDIGO   | DESCRIÇÃO: COLETA SANGUE PARA CIRURGIAS DE ANGIOLOGIA                 | VALOR SUS <sup>1</sup> | VALOR ICISMEP    |
| 02.02.02.038-0   | HEMOGRAMA COMPLETO  | R\$ 4,11               |                  |
| 02.02.01.047-3   | DOSAGEM DE GLICOSE  | R\$ 1,85               |                  |
| 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 PROTOMBINA (TAP)                 | R\$ 2,73               |                  |
| 02.02.05.001-7   | ANÁLISE DE CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA         | R\$ 3,70               |                  |
| <b>TOTAL DO PACOTE</b>                                   |   | <b>R\$ 18,16</b>       | <b>R\$ 18,16</b> |

| CÓDIGO                 | DESCRIÇÃO: COLETA SANGUE PARA CIRURGIAS DE OFTALMOLOGIA / OTORRINOLARINGOLOGIA / ORTOPEDIA E CIRURGIA GERAL | VALOR SUS <sup>1</sup> | VALOR ICISMEP    |
|------------------------|---|------------------------|------------------|
| 02.02.02.038-0         | HEMOGRAMA COMPLETO  | R\$ 4,11               |                  |
| 02.02.01.047-3         | DOSAGEM DE GLICOSE  | R\$ 1,85               |                  |
| 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 PROTOMBINA (TAP)   | R\$ 2,73               |                  |
| <b>TOTAL DO PACOTE</b> |   | <b>R\$ 14,46</b>       | <b>R\$ 14,46</b> |

| CÓDIGO                 | DESCRIÇÃO: COLETA SANGUE PARA PROCEDIMENTO DE COLONOSCOPIA            | VALOR SUS <sup>1</sup> | VALOR ICISMEP    |
|------------------------|---|------------------------|------------------|
| 02.02.02.038-0         | HEMOGRAMA COMPLETO  | R\$ 4,11               |                  |
| 02.02.01.047-3         | DOSAGEM DE GLICOSE  | R\$ 1,85               |                  |
| 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 PROTOMBINA (TAP)                 | R\$ 2,73               |                  |
| 02.02.05.001-7         | ANÁLISE DE CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA         | R\$ 3,70               |                  |
| 02.02.01.031-7         | DOSAGEM DE CREATININA   | R\$ 1,85               |                  |
| 02.02.01.069-4         | DOSAGEM DE UREIA  | R\$ 1,85               |                  |
| 02.02.08.007-2         | BACTERIOSCOPIA (GRAM)   | R\$ 2,80               |                  |
| 02.02.04.012-7         | PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS                                | R\$ 1,65               |                  |
| <b>TOTAL DO PACOTE</b> |   | <b>R\$ 26,31</b>       | <b>R\$ 26,31</b> |

## TABELA 21 - TOMOGRAFIAS

| PROCEDIMENTOS TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA |  |            |               |
|--|--|------------|---------------|
| CÓDIGO                                   | DESCRIÇÃO  | VALOR SUS  | VALOR ICISMEP |
| 02.06.01.001-0                           | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL  | R\$ 86,76  | R\$ 117,57    |
| 02.06.01.002-8                           | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA   | R\$ 101,10 | R\$ 137,01    |
| 02.06.01.003-6                           | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA  | R\$ 86,76  | R\$ 117,57    |
| 02.06.01.004-4                           | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE/ SEIOS DA FACE/ ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES                       | R\$ 86,75  | R\$ 117,56    |
| 02.06.01.005-2                           | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO  | R\$ 86,75  | R\$ 117,56    |
| 02.06.01.006-0                           | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TÚRCICA   | R\$ 97,44  | R\$ 132,04    |
| 02.06.01.007-9                           | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO   | R\$ 97,44  | R\$ 155,65    |
| SEM CÓDIGO SUS                           | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MASTÓIDES/ OUVIDOS  | R\$ -      | R\$ 117,56    |
| 02.06.02.001-5                           | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR  | R\$ 86,75  | R\$ 117,56    |
| 02.06.02.002-3                           | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA E PÉ)            | R\$ 86,75  | R\$ 117,56    |
| 02.06.02.003-1                           | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX  | R\$ 136,41 | R\$ 184,86    |
| 02.06.02.004-0                           | TOMOGRAFIA DE HEMITORAX/ MEDIASTINO (POR PLANO)  | R\$ 136,41 | R\$ 184,86    |
| SEM CÓDIGO SUS                           | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES (ESTERNO/ CLAVÍCULA/ OMBRO/ COTOVELO)                           | R\$ -      | R\$ 125,87    |
| 02.06.03.001-0                           | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR   | R\$ 138,63 | R\$ 187,86    |
| 02.06.03.002-9                           | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR  | R\$ 86,75  | R\$ 117,56    |
| 02.06.03.003-7                           | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Pelve / BACIA / ABDOMEN INFERIOR   | R\$ 138,63 | R\$ 282,72    |
| SEM CÓDIGO SUS                           | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN TOTAL  | R\$ -      | R\$ 470,58    |
| SEM CÓDIGO SUS                           | CONTRASTE (PARA USO NOS ITENS ACIMA DISCRIMINADOS, CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL) | R\$ -      | R\$ 29,30     |
| 04.17.01.006-0                           | SEDAÇÃO (PARA USO NOS ITENS ACIMA DISCRIMINADOS, CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)   | R\$ -      | R\$ 89,21     |

## TABELA 22 - RESSONÂNCIAS

| PROCEDIMENTOS RESSONÂNCIA MAGNÉTICA |   |                        |               |
|-------------------------------------|---|------------------------|---------------|
| CÓDIGO                              | DESCRIÇÃO   | VALOR SUS <sup>1</sup> | VALOR ICISMEP |
| 02.07.01.001-3                      | ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL   | R\$ 268,75             | R\$ 460,90    |
| SEM CÓDIGO SUS                      | CONTRASTE (CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)  | R\$ -                  | R\$ 50,60     |
| 04.17.01.006-0                      | SEDAÇÃO (CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)    | R\$ 15,15              | R\$ 110,00    |
| 02.07.01.002-1                      | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL) | R\$ 268,75             | R\$ 385,00    |
| 02.07.01.003-0                      | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL                            | R\$ 268,75             | R\$ 440,00    |
| 02.07.01.004-8                      | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA                         | R\$ 268,75             | R\$ 440,00    |
| 02.07.01.005-6                      | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA                            | R\$ 268,75             | R\$ 440,00    |
| 02.07.01.006-4                      | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRANIO                                     | R\$ 268,75             | R\$ 440,00    |
| 02.07.01.007-2                      | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TÚRCICA                               | R\$ 268,75             | R\$ 385,00    |
| 02.07.02.002-7                      | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)               | R\$ 268,75             | R\$ 385,00    |
| 02.07.02.003-5                      | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TORAX                                      | R\$ 268,75             | R\$ 405,90    |
| 02.07.03.001-4                      | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN SUPERIOR                           | R\$ 268,75             | R\$ 440,00    |
| 02.07.03.002-2                      | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA/PELVE                                | R\$ 268,75             | R\$ 385,00    |
| 02.07.03.003-0                      | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)               | R\$ 268,75             | R\$ 385,00    |
| 02.07.03.004-9                      | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES                              | R\$ 268,75             | R\$ 385,00    |

## TABELA 23 - CINTILOGRAFIAS

| PROCEDIMENTOS CINTILOGRAFIA |  |                        |               |
|-----------------------------|--|------------------------|---------------|
| CÓDIGO                      | DESCRIÇÃO  | VALOR SUS <sup>1</sup> | VALOR ICISMEP |
| 02.08.03.002-6              | CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE COM OU SEM CAPTAÇÃO  | R\$ 77,28              | R\$ 85,01     |
| 02.08.01.001-7              | CINTILOGRAFIA DE CORAÇÃO C/ GÁLIO 67   | R\$ 457,55             | R\$ 503,31    |
| 02.08.09.001-0              | CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GÁLIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS                             | R\$ 906,80             | R\$ 997,48    |
| 02.08.02.001-2              | CINTILOGRAFIA DE FÍGADO E BAÇO (MÍNIMO 5 IMAGENS)  | R\$ 133,26             | R\$ 146,59    |
| 02.08.02.002-0              | CINTILOGRAFIA DE FÍGADO E VIAS BILIARES  | R\$ 187,93             | R\$ 206,72    |
| 02.08.09.002-9              | CINTILOGRAFIA DE GLÂNDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA)   | R\$ 66,23              | R\$ 72,85     |
| 02.08.02.003-9              | CINTILOGRAFIA DE GLÂNDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTÍMULO   | R\$ 87,89              | R\$ 96,68     |
| 02.08.09.003-7              | CINTILOGRAFIA DE MAMA ( BILATERAL)   | R\$ 289,43             | R\$ 318,37    |
| 02.08.01.002-5              | CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE ESTRESSE (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES) | R\$ 408,52             | R\$ 449,37    |
| 02.08.01.003-3              | CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE REPOUSO (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)  | R\$ 383,07             | R\$ 421,38    |
| 02.08.01.004-1              | CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ LOCALIZAÇÃO DE NECROSE (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)                        | R\$ 166,47             | R\$ 183,12    |
| 02.08.05.003-5              | CINTILOGRAFIA DE OSSOS C/ OU S/ FLUXO SANGÜÍNEO (CORPO INTEIRO)                                  | R\$ 190,99             | R\$ 210,09    |
| 02.08.03.001-8              | CINTILOGRAFIA DE PARATIREÓIDES   | R\$ 324,54             | R\$ 356,99    |
| 02.08.06.001-4              | CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL C/ TÁLIO (SPCTO)  | R\$ 438,01             | R\$ 481,81    |
| 02.08.07.001-0              | CINTILOGRAFIA DE PULMÃO C/ GÁLIO 67  | R\$ 457,55             | R\$ 503,31    |
| 02.08.07.002-8              | CINTILOGRAFIA DE PULMÃO P/ PESQUISA DE ASPIRAÇÃO   | R\$ 127,51             | R\$ 140,26    |
| 02.08.07.003-6              | CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR INALAÇÃO (MÍNIMO 2 PROJEÇÕES)  | R\$ 128,12             | R\$ 140,93    |
| 02.08.07.004-4              | CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR PERFUSÃO ( MÍNIMO 4 PROJEÇÕES)                                       | R\$ 130,50             | R\$ 143,55    |
| 02.08.04.002-1              | CINTILOGRAFIA DE RIM C/ GÁLIO 67   | R\$ 457,55             | R\$ 503,31    |
| 02.08.05.004-3              | CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO ÓSSEO COM GÁLIO 67   | R\$ 457,55             | R\$ 503,31    |
| 02.08.04.003-0              | CINTILOGRAFIA DE TESTÍCULO E BOLSA ESCROTAL  | R\$ 108,94             | R\$ 119,83    |
| 02.08.03.002-6              | CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE C/ OU S/ CAPTAÇÃO  | R\$ 77,28              | R\$ 85,01     |
| 02.08.01.005-0              | CINTILOGRAFIA P/ AVALIAÇÃO DE FLUXO SANGÜÍNEO DE EXTREMIDADES                                    | R\$ 114,02             | R\$ 125,42    |
| 02.08.02.005-5              | CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFÁGICO (LÍQUIDO)  | R\$ 135,38             | R\$ 148,92    |
| 02.08.02.006-3              | CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFÁGICO (SEMI-SÓLIDO)                                      | R\$ 135,38             | R\$ 148,92    |
| 02.08.02.007-1              | CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRÂNSITO GÁSTRICO   | R\$ 144,22             | R\$ 158,64    |
| 02.08.02.008-0              | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL   | R\$ 114,86             | R\$ 126,35    |
| 02.08.02.009-8              | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA  | R\$ 157,23             | R\$ 172,95    |
| 02.08.02.010-1              | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NÃO ATIVA                                      | R\$ 310,82             | R\$ 341,90    |
| 02.08.02.011-0              | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO  | R\$ 135,38             | R\$ 148,92    |
| 02.08.03.004-2              | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTERNO   | R\$ 338,70             | R\$ 372,57    |
| 02.08.04.005-6              | CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVAS E/OU QUANTITATIVA)                                   | R\$ 133,03             | R\$ 146,33    |
| 02.08.01.008-4              | CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CÂMARAS CARDÍACAS EM SITUAÇÃO DE REPOUSO (VENTRICULOGRAFIA)        | R\$ 176,72             | R\$ 194,39    |
| 02.08.06.002-2              | CISTERNOCINTILOGRAFIA (INCLUINDO PESQUISA E/OU AVALIAÇÃO DO TRÂNSITO LIQUÓRICO)                  | R\$ 205,34             | R\$ 225,87    |
| 02.08.04.006-4              | CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA  | R\$ 122,97             | R\$ 135,27    |
| 02.08.04.007-2              | CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA  | R\$ 144,50             | R\$ 158,95    |
| 02.08.04.010-2              | ESTUDO RENAL DINÂMICO C/ OU S/ DIURÉTICO   | R\$ 165,24             | R\$ 181,76    |
| 02.08.08.004-0              | LINFOCINTILOGRAFIA   | R\$ 141,33             | R\$ 155,46    |

## TABELA 24 - ANÁLISE DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICOS

| PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICOS POR FRASCO |   |                        |               |
|--|---|------------------------|---------------|
| CÓDIGO   | DESCRIÇÃO   | VALOR SUS <sup>1</sup> | VALOR ICISMEP |
| CISMEP-17  | SERVIÇOS DE ANÁLISE DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICOS DE FRAGMENTOS NOS RETIRADOS NO EXAME DE ENDOSCOPIA E COLONOSCOPIA | R\$ -                  | R\$ 26,40     |
| CISMEP-18  | SERVIÇOS DE ANÁLISE DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICOS OU CITOLÓGICOS DE FRAGMENTOS RETIRADOS NA PUNÇÃO DE MAMA          | R\$ -                  | R\$ 13,57     |
| CISMEP-19  | SERVIÇOS DE ANÁLISE DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICOS DE FRAGMENTOS RETIRADOS NA PUNÇÃO DE PRÓSTATA                     | R\$ -                  | R\$ 13,84     |
| CISMEP-20  | SERVIÇOS DE ANÁLISE DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICOS DE FRAGMENTOS RETIRADOS PUNÇÃO DE TIREÓIDE                        | R\$ -                  | R\$ 14,85     |

## TABELA 25 - BERA

| POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA, MÉDIA E LONGA LATÊNCIA - BERA |   |                        |               |
|--|---|------------------------|---------------|
| CÓDIGO   | DESCRIÇÃO   | VALOR SUS <sup>1</sup> | VALOR ICISMEP |
| 02.11.07.026-2   | POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA, MÉDIA E LONGA LATÊNCIA (BERA) - SEM SEDAÇÃO ADULTO   | R\$ 48,88              | R\$ 266,20    |
| 02.11.07.026-2   | POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA, MÉDIA E LONGA LATÊNCIA (BERA) - COM SEDAÇÃO ADULTO   | R\$ 48,88              | R\$ 770,00    |
| 02.11.07.026-2   | POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA, MÉDIA E LONGA LATÊNCIA (BERA) - SEM SEDAÇÃO INFANTIL | R\$ 48,88              | R\$ 275,00    |
| 02.11.07.026-2   | POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA, MÉDIA E LONGA LATÊNCIA (BERA) - COM SEDAÇÃO INFANTIL | R\$ 48,88              | R\$ 1.045,00  |

## TABELA 26 - IMPLANTE

| IMPLANTE DE LENTE ESCLERAL PINTADA |  |                        |               |
|------------------------------------|--|------------------------|---------------|
| CÓDIGO                             | DESCRIÇÃO  | VALOR SUS <sup>1</sup> | VALOR ICISMEP |
| CISMEP-24                          | IMPLANTE DE LENTE ESCLERAL PINTADA: CONFECCIONADA INDIVIDUALMENTE ARTESANALMENTE, IDÊNTICA AO OLHO SÁDIO | R\$ -                  | R\$ 1.078,00  |

<sup>1</sup> Valores do SUS podem sofrer atualizações de acordo com o site DATASUS sigtap - <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>

## TABELA 27 - TELEMEDICINA

| SERVIÇOS DE TELEMEDICINA |   |                        |               |
|--------------------------|---|------------------------|---------------|
| CÓDIGO                   | DESCRIÇÃO   | VALOR SUS <sup>1</sup> | VALOR ICISMEP |
| CISMEP-36                | TELE-INTERCONSULTA EM MÚLTIPLESPECIALIDADES COM INFRAESTRUTURA TECNOLÓGICA E DE SEGURANÇA DE DADOS DOS USUÁRIOS (LICENÇAS, SOFTWARES E PERMISÕES DE ACESSO) | -                      | R\$ 93,24     |
| CISMEP-37                | TELEDERMATOSCOPIA   | -                      | R\$ 6,00      |
| CISMEP-38                | TELE-ELETROCARDIOGRAMA  | -                      | R\$ 30,00     |
| CISMEP-39                | TELE-ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO C/ MAPEAMENTO (EEG)   | -                      | R\$ 65,00     |
| CISMEP-40                | TELEMONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)  | -                      | R\$ 85,00     |
| CISMEP-41                | TELEMONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (M.A.P.A)  | -                      | R\$ 90,00     |

## TABELA 28 - MEDICINA HIPERBÁRICA

| SERVIÇOS DE MEDICINA HIPERBÁRICA |   |                        |               |
|----------------------------------|---|------------------------|---------------|
| CÓDIGO                           | DESCRIÇÃO   | VALOR SUS <sup>1</sup> | VALOR ICISMEP |
| CISMEP-42                        | SESSÃO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA (POR SESSÃO DE ATÉ 02 HORAS) | -                      | R\$ 300,00    |

# TABELA DE SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS EM SAÚDE DA ICISMEP (TSPS)

Atualização na Tabela de Serviços e Procedimentos em Saúde da ICISMEP, realizada em maio de 2021, com publicação em maio de 2021, para vigência a partir da competência de maio de 2021

## TABELA DE SERVIÇOS DE SAÚDE EXECUTADOS NAS UNIDADES DOS MUNICÍPIOS

**Tabela 1**

| Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do ICISMEP                                   |                 |                   |               |
|--|-----------------|-------------------|---------------|
| Descrição  | Tipo de Plantão | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO   | Não se aplica   | Hora              | R\$ 135,00    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | Não se aplica   | Hora              | R\$ 160,00    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO EM PEDIATRIA                            | Não se aplica   | Hora              | R\$ 180,00    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA                            | Não se aplica   | Hora              | R\$ 150,00    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO CONSULTOR                               | Não se aplica   | Hora              | R\$ 200,00    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA                             | Não se aplica   | 12 horas          | R\$ 1.394,00  |

**Tabela 2**

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de BETIM   |                         |                   |               |
|---|-------------------------|-------------------|---------------|
| Descrição   | Tipo de Plantão         | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA.             | Dias úteis              | 12 horas          | R\$ 1.077,44  |
|   | Final de Semana/Feriado | 12 horas          | R\$ 1.346,80  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA – PEDIATRIA. | Dias úteis              | 12 horas          | R\$ 1.077,44  |
|   | Final de Semana         | 12 horas          | R\$ 2.020,20  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES HOSPITALARES.                       | Dias úteis              | 12 horas          | R\$ 1.346,80  |
|   | Final de Semana/Feriado | 12 horas          | R\$ 1.481,48  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES HOSPITALARES - PEDIATRIA.           | Dias úteis              | 12 horas          | R\$ 1.346,80  |
|   | Final de Semana/Feriado | 12 horas          | R\$ 1.750,84  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA (POR HORA TRABALHADA)   | Não se aplica           | Hora              | R\$ 90,24     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA.             | Feriados Especiais      | 12 horas          | R\$ 2.020,20  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA (POR HORA TRABALHADA)   | Feriados Especiais      | 12 horas          | R\$ 2.222,22  |

**Tabela 3**

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de BOM DESPACHO  |                 |                        |               |
|---|-----------------|------------------------|---------------|
| Descrição   | Tipo de Plantão | Unidade de Medida      | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA   | Não se aplica   | Valor da consulta      | R\$ 55,00     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSQUIATRA  | Não se aplica   | Hora                   | R\$ 400,00    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO  | Não se aplica   | 12 horas               | R\$ 1.616,16  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ESCLEROTERAPIA COM APLICAÇÃO DE ESPUMA (INCLUSOS MATERIAIS E MEDICAMENTO) | Não se aplica   | Valor por Procedimento | R\$ 228,96    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REUMATOLOGISTA   | Não se aplica   | Valor da consulta      | R\$ 92,59     |

**Tabela 4**

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de BONFIM                                     |                         |                   |               |
|--|-------------------------|-------------------|---------------|
| Descrição  | Tipo de Plantão         | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO DATAS EXCEPCIONAIS( FESTIVIDADES, GRANDES FERIADOS, ENTRE OUTROS) | Dias úteis              | 12 horas          | R\$ 1.933,34  |
|  | Final de Semana/Feriado | 12 horas          | R\$ 1.933,34  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO COM TRABALHO EXCEPCIONAL (TRANSFERÊNCIAS PARA OUTRO MUNICÍPIO)    | Dias úteis              | 12 horas          | R\$ 1.450,00  |
|  | Final de Semana/Feriado | 12 horas          | R\$ 1.450,00  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA                           | Dias úteis              | 12 horas          | R\$ 1.250,00  |
|  | Final de Semana/Feriado | 12 horas          | R\$ 1.250,00  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA  | Dias úteis              | 12 horas          | R\$ 773,33    |
|  | Final de Semana/Feriado | 12 horas          | R\$ 773,33    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO EM PEDIATRIA  | Dias úteis              | Hora              | R\$ 121,00    |
|  | Final de Semana/Feriado | Hora              | R\$ 121,00    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - GINECOLOGIA / OBSTETRICIA                          | Dias úteis              | Hora              | R\$ 133,00    |
|  | Final de Semana/Feriado | Hora              | R\$ 133,00    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CIRURGIA GERAL                                     | Dias úteis              | Hora              | R\$ 181,25    |
|  | Final de Semana/Feriado | Hora              | R\$ 181,25    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ORTOPEdia  | Dias úteis              | Hora              | R\$ 161,00    |
|  | Final de Semana/Feriado | Hora              | R\$ 161,00    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - UROLOGIA   | Dias úteis              | Hora              | R\$ 121,00    |
|  | Final de Semana/Feriado | Hora              | R\$ 121,00    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - DERMATOLOGIA                                       | Dias úteis              | Hora              | R\$ 121,00    |
|  | Final de Semana/Feriado | Hora              | R\$ 121,00    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGIA  | Dias úteis              | Hora              | R\$ 97,00     |
|  | Final de Semana/Feriado | Hora              | R\$ 97,00     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ULTRASSONOGRAFIA                                   | Dias úteis              | Exame             | R\$ 68,00     |

**Tabela 5**

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de BRUMADINHO       |                         |                   |               |
|--|-------------------------|-------------------|---------------|
| Descrição  | Tipo de Plantão         | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO   | Não se aplica           | Hora              | R\$ 50,51     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA                             | Não se aplica           | Hora              | R\$ 78,15     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | Dias úteis              | Hora              | R\$ 112,23    |
|  | Final de Semana/Feriado | Hora              | R\$ 117,85    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA                            | Não se aplica           | Hora              | R\$ 67,34     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA I                          | Não se aplica           | Hora              | R\$ 101,01    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA II                         | Não se aplica           | Hora              | R\$ 41,91     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA III                        | Não se aplica           | Hora              | R\$ 33,53     |

**Tabela 6**

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de CARMÓPOLIS DE MINAS |                 |                   |               |
|---|-----------------|-------------------|---------------|
| Descrição   | Tipo de Plantão | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - NEUROLOGISTA                | Não se aplica   | valor da consulta | R\$ 80,81     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PSQUIATRA                   | Não se aplica   | valor da consulta | R\$ 67,34     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - UROLOGISTA                  | Não se aplica   | valor da consulta | R\$ 67,34     |

**Tabela 7**

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de CLAUDIO |                 |                   |               |
|---|-----------------|-------------------|---------------|
| Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município                        |                 |                   |               |
| Descrição   | Tipo de Plantão | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLINICO GERAL                | Não se aplica   | Hora              | R\$ 96,20     |

**Tabela 8**

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde dos Municípios de CONTAGEM.                               |                         |                   |               |
|---|-------------------------|-------------------|---------------|
| Descrição   | Tipo de Plantão         | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO  | Não se aplica           | Hora              | R\$ 100,00    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA. | Dias úteis              | 12 horas          | R\$ 1.077,00  |
|   | Final de Semana/Feriado | 12 horas          | R\$ 1.347,00  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES HOSPITALARES.           | Dias úteis              | 12 horas          | R\$ 1.212,00  |
|   | Final de Semana/Feriado | 12 horas          | R\$ 1.347,00  |



|   |                         |                   |               |
|---|-------------------------|-------------------|---------------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR MÉDICO PEDIATRA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES HOSPITALARES.                               | Dias úteis              | 12 horas          | R\$ 1.212,00  |
|   | Final de Semana/Feriado | 12 horas          | R\$ 1.818,00  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA HORIZONTAL   | Não se aplica           | 12 horas          | R\$ 1.347,00  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO REGULADOR DO COMPLEXO HOSPITALAR                                     | Não se aplica           | 12 horas          | R\$ 1.684,00  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA   | Não se aplica           | Valor da consulta | R\$ 60,61     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA, FORA DO AMBIENTE HOSPITALAR                            | Não se aplica           | 12 horas          | R\$ 1.616,16  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PARA ATENDIMENTO DE EXAME E LAUDO DE ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA | Não se aplica           | Valor por exames  | R\$ 100,00    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO  | Não se aplica           | Valor mês         | R\$ 15.800,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL - PSIQUIATRA  | Não se aplica           | Valor da Hora     | R\$ 170,00    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL GINECOLOGIA   | Não se aplica           | Valor da Hora     | R\$ 150,00    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL PEDIATRA  | Não se aplica           | Valor da Hora     | R\$ 150,00    |

**Tabela 9**

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de CRUCLÂNDIA |                 |                   |               |
|--|-----------------|-------------------|---------------|
| Descrição  | Tipo de Plantão | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO                                   | Não se aplica   | 12 horas          | R\$ 808,09    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO EM PEDIATRIA                      | Não se aplica   | 12 horas          | R\$ 1.078,95  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA                      | Não se aplica   | 12 horas          | R\$ 982,66    |

**Tabela 10**

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de ESMERALDAS       |                         |                   |               |
|--|-------------------------|-------------------|---------------|
| Descrição  | Tipo de Plantão         | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO   | Não se aplica           | Hora              | R\$ 111,34    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | Não se aplica           | Hora              | R\$ 88,93     |
|  | Dias úteis              | Hora              | R\$ 124,99    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO EM PEDIATRIA                            | Final de Semana/Feriado | Hora              | R\$ 133,41    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA                            | Não se aplica           | Hora              | R\$ 104,40    |
|  | Dias úteis              | Hora              | R\$ 90,73     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO CLÍNICO GERAL                           | Final de Semana/Feriado | Hora              | R\$ 99,15     |
|  | Dias úteis              | Hora              | R\$ 50,50     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO CIRURGIA GERAL - SOBRE AVISO            | Final de Semana/Feriado | Hora              | R\$ 67,34     |
|  | Dias úteis              | Hora              | R\$ 124,99    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO OBSTETRA / ANESTESIOLOGISTA             | Final de Semana/Feriado | Hora              | R\$ 133,41    |
|  | Não se aplica           | Hora              | R\$ 112,23    |

**Tabela 11**

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de FLORESTAL |                 |                   |               |
|---|-----------------|-------------------|---------------|
| Descrição   | Tipo de Plantão | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO                                  | Não se aplica   | Valor do plantão  | R\$ 1.400,00  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO CONSULTOR (DIRETOR CLÍNICO)      | Não se aplica   | Hora              | R\$ 117,85    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA                     | Dias úteis      | Hora              | R\$ 396,82    |

**Tabela 12**

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de FORMIGA                                      |                 |                        |               |
|--|-----------------|------------------------|---------------|
| Descrição  | Tipo de Plantão | Unidade de Medida      | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA  | Não se aplica   | 12 horas               | R\$ 2.154,88  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICA MÉDICA  | Não se aplica   | 12 horas               | R\$ 1.616,16  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSIQUIATRA  | Não se aplica   | Consulta               | R\$ 87,54     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RADIOLOGISTA  | Não se aplica   | Laudo                  | R\$ 40,40     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA  | Não se aplica   | Exames                 | R\$ 80,81     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA - ULTRASSOM MORFOLÓGICO                          | Não se aplica   | Exames                 | R\$ 161,61    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA - ULTRASSOM DOPPLER                              | Não se aplica   | Exames                 | R\$ 161,61    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA - DUPLEX SCAN                                    | Não se aplica   | Exames                 | R\$ 148,15    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOLOGISTA  | Não se aplica   | Consulta               | R\$ 94,27     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - GASTROENTEROLOGISTA                                  | Não se aplica   | Consulta               | R\$ 67,34     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - NEUROLOGISTA   | Não se aplica   | Consulta               | R\$ 127,95    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - NEUROLOGISTA PEDIÁTRICO                              | Não se aplica   | Consulta               | R\$ 171,05    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - OFTALMOLOGISTA                                       | Não se aplica   | Consulta               | R\$ 80,81     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ENDOCRINOLOGISTA                                     | Não se aplica   | Consulta               | R\$ 80,81     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - REUMATOLOGISTA                                       | Não se aplica   | Consulta               | R\$ 127,94    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - INFECTOLOGISTA                                       | Não se aplica   | Consulta               | R\$ 87,54     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ORTOPEDISTA  | Não se aplica   | Consulta               | R\$ 80,81     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - DERMATOLOGISTA                                       | Não se aplica   | Consulta               | R\$ 80,81     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO RESPONSÁVEL TÉCNICO - RAIQ X  | Não se aplica   | Valor mês              | R\$ 6.720,54  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGISTA  | Não se aplica   | Consulta               | R\$ 80,81     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO RADIOLOGISTA/ULTRASSONOGRAFISTA - PUNÇÃO ASPIRATIVA POR AGULHA FINA | Não se aplica   | Valor por Exame        | R\$ 269,36    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO RADIOLOGISTA/ULTRASSONOGRAFISTA - CORE BIOPSY                       | Não se aplica   | Valor por Exame        | R\$ 498,32    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO DE ATENÇÃO DOMICILIAR   | Não se aplica   | 12 horas               | R\$ 1.616,16  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REMOÇÃO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO                            | Não se aplica   | Valor por Procedimento | R\$ 40,40     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL                                       | Não se aplica   | Valor por Procedimento | R\$ 866,01    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXCIÇÃO E ENXERTO DE PELE   | Não se aplica   | Valor por Procedimento | R\$ 227,68    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXÉRESE DE CISTO SACRO-COCCÍGEO                                   | Não se aplica   | Valor por Procedimento | R\$ 489,81    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXTIRPAÇÃO E SUPRESSÃO DE LESÃO DE PELE                           | Não se aplica   | Valor por Procedimento | R\$ 171,38    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA/PUNÇÃO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE                       | Não se aplica   | Valor por Procedimento | R\$ 133,85    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA DE PELE E PARTES MOLES                                    | Não se aplica   | Valor por Procedimento | R\$ 88,47     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE PEQUENAS LESÕES                           | Não se aplica   | Valor por Procedimento | R\$ 6,74      |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXCIÇÃO DE LESÃO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE                 | Não se aplica   | Valor por Procedimento | R\$ 113,74    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXÉRESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS                                 | Não se aplica   | Valor por Procedimento | R\$ 152,62    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO                             | Não se aplica   | Valor por Procedimento | R\$ 115,09    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO NÃO ESTÉTICO DA ORELHA                       | Não se aplica   | Valor por Procedimento | R\$ 739,53    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DRENAGEM ABSCESSO OU CISTO GLÂNDULA BARTHOLIN                     | Não se aplica   | Valor por Procedimento | R\$ 148,15    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - AVALIAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA                              | Não se aplica   | Valor por Avaliação    | R\$ 47,14     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA                              | Não se aplica   | Consulta               | R\$ 87,54     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PRÉ ENDOSCOPIA PARA MENORES DE 12 ANOS               | Não se aplica   | Consulta               | R\$ 53,87     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - GASTROENTEROLOGISTA II                               | Não se aplica   | Consulta               | R\$ 53,87     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA COM TESTE DE UREASE       | Não se aplica   | Valor por Procedimento | R\$ 202,02    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA   | Não se aplica   | 12 horas               | R\$ 1.319,87  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONTROLE DE ATENDIMENTO MÉDICO                                    | Não se aplica   | Valor mês              | R\$ 16.161,62 |
| EXAME DE MAMOGRAFIA  | Não se aplica   | Valor do Procedimento  | R\$ 74,04     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA SOB SEDAÇÃO COM TESTE DE UREASE        | Não se aplica   | Valor do Procedimento  | R\$ 284,95    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COLONOSCOPIA  | Não se aplica   | Valor do Procedimento  | R\$ 633,86    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - VASECTOMIA  | Não se aplica   | Valor do Procedimento  | R\$ 412,76    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - POSTECTOMIA   | Não se aplica   | Valor do Procedimento  | R\$ 412,76    |

|  |               |                       |               |
|--|---------------|-----------------------|---------------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEFROLOGISTA                    | Não se aplica | Valor do Procedimento | R\$ 136,05    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HORIZONTAL                      | Não se aplica | Mês                   | R\$ 8.080,80  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO CLÍNICO SEMI-INTENSIVO COVID-19   | Não se aplica | Plantão               | R\$ 2.154,88  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO CLÍNICO INTENSIVISTA UTI COVID-19 | Não se aplica | Mês                   | R\$ 13.468,01 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19     | Não se aplica | Mês                   | R\$ 13.468,01 |

**Tabela 13**

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde dos Municípios de IBIRITÉ   |                                       |                   |               |
|---|---------------------------------------|-------------------|---------------|
| Descrição   | Tipo de Plantão                       | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA.         | Dias úteis                            | 12 horas          | R\$ 1.077,00  |
|   | Final de Semana/Feriado               | 12 horas          | R\$ 1.347,00  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES HOSPITALARES.                   | Dias úteis                            | 12 horas          | R\$ 1.212,00  |
|   | Final de Semana/Feriado               | 12 horas          | R\$ 1.347,00  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA HORIZONTAL   | Não se aplica                         | 12 horas          | R\$ 1.347,00  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO REGULADOR DO COMPLEXO HOSPITALAR   | Não se aplica                         | 12 horas          | R\$ 1.684,00  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO  | Não se aplica                         | Hora              | R\$ 100,00    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA   | Não se aplica                         | Valor da consulta | R\$ 60,61     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA, FORA DO AMBIENTE HOSPITALAR                                | Não se aplica                         | 12 horas          | R\$ 1.616,16  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19 | Dias úteis, Final de Semana e Feriado | 12 horas          | R\$ 1.750,84  |

**Tabela 14**

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de IGARAPÉ |                 |                   |               |
|---|-----------------|-------------------|---------------|
| Descrição   | Tipo de Plantão | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA                    | Semanal diurno  | 12 horas          | R\$ 1.346,80  |
|   |                 | 01 hora           | R\$ 112,23    |
|   | Semanal noturno | 12 horas          | R\$ 1.346,80  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO HORIZONTAL                     | Não se aplica   | 01 hora           | R\$ 112,23    |
|   |                 | 01 hora           | R\$ 151,52    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA I                 | Não se aplica   | 12 horas          | R\$ 740,74    |
|   |                 | 01 hora           | R\$ 61,73     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA II                | Não se aplica   | 12 horas          | R\$ 841,75    |
|   |                 | 01 hora           | R\$ 70,15     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ORTOPEDISTA I                  | Semanal diurno  | 12 horas          | R\$ 1.346,80  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ORTOPEDISTA II                 | Não se aplica   | 01 hora           | R\$ 61,22     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA EM CLÍNICA MÉDICA  | Não se aplica   | 01 hora           | R\$ 165,29    |

**Tabela 15**

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de IGARATINGA |                 |                   |               |
|--|-----------------|-------------------|---------------|
| Descrição  | Tipo de Plantão | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO                                   | Não se aplica   | Valor do plantão  | R\$ 1.414,14  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA                      | Não se aplica   | Valor da consulta | R\$ 80,81     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR TÉCNICO                 | Não se aplica   | Mês               | R\$ 8.080,81  |

**Tabela 16**

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de ITABIRITO        |  |                   |               |
|--|--|-------------------|---------------|
| Descrição  | Tipo de Plantão                        | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO   | Dias úteis diurno / noturno            | Valor do plantão  | R\$ 1.783,78  |
|  |  | Valor da hora     | R\$ 148,65    |
|  | Final de Semana/Feriado diurno/noturno | Valor do plantão  | R\$ 2.006,76  |
|  |  | Valor da hora     | R\$ 167,23    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ASSISTÊNCIA AO COVID-19               | Dias úteis diurno / noturno            | Valor do plantão  | R\$ 1.783,78  |
|  |  | Valor da hora     | R\$ 148,65    |
|  | Final de Semana/Feriado diurno/noturno | Valor do plantão  | R\$ 2.006,76  |
|  |  | Valor da hora     | R\$ 167,23    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO CONSULTOR (DIRETOR/RESPONSÁVEL TÉCNICO) | Não se aplica                          | Hora              | R\$ 297,30    |

**Tabela 17**

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de ITAGUARA |                 |                   |               |
|--|-----------------|-------------------|---------------|
| Descrição  | Tipo de Plantão | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA                    | Não se aplica   | Valor da Consulta | R\$ 67,34     |

**Tabela 18**

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de ITATIAIUÇU       |                                |                   |               |
|--|--------------------------------|-------------------|---------------|
| Descrição  | Tipo de Plantão                | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | Dias úteis diurno              | 12 horas          | R\$ 1.338,19  |
|  |                                | 12 horas          | R\$ 1.445,11  |
|  | Dias úteis noturno             | 12 horas          | R\$ 1.514,09  |
|  |                                | 12 horas          | R\$ 1.514,09  |
|  | Final de Semana/Feriado diurno | 12 horas          | R\$ 1.514,09  |
|  |                                | 12 horas          | R\$ 1.548,89  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO DE APOIO                                | Não se aplica                  | Hora              | R\$ 111,51    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO DE APOIO II                             | Não se aplica                  | Hora              | R\$ 101,06    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA                            | Não se aplica                  | Hora              | R\$ 267,63    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA I - CIRURGIA UROLOGICA     | Não se aplica                  | Hora              | R\$ 446,07    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA II - PEQUENAS CIRURGIAS    | Não se aplica                  | Hora              | R\$ 334,54    |

**Tabela 19**

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de ITAÚNA  |                                |                   |              |
|---|--------------------------------|-------------------|--------------|
| I) Serviços Médicos de Urgência e Emergência / Pronto Socorro Municipal de Itaúna - CNES 7326610  |                                |                   |              |
| Descrição   | Tipo de Plantão                | Unidade de Medida | Valor bruto  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA NAS CLASSIFICAÇÕES DO PROTOCOLO DE MANCHESTER VERDE E AZUL | Dias úteis diurno              | 12 horas          | R\$ 1.279,46 |
|   |                                | 12 horas          | R\$ 1.346,80 |
|   | Final de Semana diurno         | 12 horas          | R\$ 1.414,14 |
|   |                                | 12 horas          | R\$ 1.548,82 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA NAS CLASSIFICAÇÕES DO PROTOCOLO DE MANCHESTER VERDE E AZUL | Feriado/Dias úteis diurno      | 12 horas          | R\$ 1.663,30 |
|   |                                | 12 horas          | R\$ 1.750,84 |
|   | Feriado/Final de Semana diurno | 12 horas          | R\$ 1.838,38 |
|   |                                | 12 horas          | R\$ 2.013,47 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA  | Dias úteis diurno              | 12 horas          | R\$ 1.279,46 |
|   |                                | 12 horas          | R\$ 1.346,80 |
|   | Final de Semana diurno         | 12 horas          | R\$ 1.414,14 |
|   |                                | 12 horas          | R\$ 1.548,82 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA  | Feriado/Dias úteis diurno      | 12 horas          | R\$ 1.663,30 |
|   |                                | 12 horas          | R\$ 1.750,84 |
|   | Feriado/Final de Semana diurno | 12 horas          | R\$ 1.838,38 |
|   |                                | 12 horas          | R\$ 2.013,47 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO CONSULTOR  | Não se aplica                  | Hora              | R\$ 193,33   |
| II) Serviços Médicos Executados nas Demais Unidades de Saúde do Município   |                                |                   |              |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA                              | Dias úteis diurno              | 12 horas          | R\$ 1.279,46 |
|   |                                | 12 horas          | R\$ 1.346,80 |

|  |                                 |          |              |
|--|---------------------------------|----------|--------------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA | Final de Semana diurno          | 12 horas | R\$ 1.414,14 |
|  | Final de Semana noturno         | 12 horas | R\$ 1.548,82 |
|  | Feriado/Dias úteis diurno       | 12 horas | R\$ 1.663,30 |
|  | Feriado/Dias úteis noturno      | 12 horas | R\$ 1.750,84 |
|  | Feriado/Final de Semana diurno  | 12 horas | R\$ 1.838,38 |
|  | Feriado/Final de Semana noturno | 12 horas | R\$ 2.013,47 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO   | Não se aplica                   | Hora     | R\$ 126,27   |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO EM PEDIATRIA  | Não se aplica                   | Hora     | R\$ 117,85   |

**Tabela 20**

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de JUAZUBA              |                                 |                   |               |
|--|---------------------------------|-------------------|---------------|
| Descrição  | Tipo de Plantão                 | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO   | Dias úteis                      | 12 horas          | R\$ 1.212,12  |
|  | Final de Semana/Feriado         | 12 horas          | R\$ 1.357,58  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA     | Dias úteis                      | 12 horas          | R\$ 1.212,12  |
|  | Final de Semana/Feriado         | 12 horas          | R\$ 1.357,58  |
|  | Feriados/Especiais              | 12 horas          | R\$ 2.036,37  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO EM PEDIATRIA                                | Dias úteis                      | 12 horas          | R\$ 1.212,12  |
|  | Final de Semana/Feriado         | 12 horas          | R\$ 1.357,58  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO CLÍNICO GERAL                               | Não se aplica                   | Hora              | R\$ 168,35    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA                                | Não se aplica                   | Consulta          | R\$ 60,60     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - OFTALMOLOGISTA               | Não se aplica                   | Consulta          | R\$ 60,60     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PEQUENAS CIRURGIAS           | Não se aplica                   | Hora              | R\$ 134,68    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGISTA                | Não se aplica                   | Consulta          | R\$ 60,60     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - NEURO PEDIATRA               | Não se aplica                   | Consulta          | R\$ 60,60     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ORTOPEDISTA                  | Não se aplica                   | Consulta          | R\$ 60,60     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CLÍNICA GERAL                | Não se aplica                   | Consulta          | R\$ 60,60     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RADIOLOGISTA                 | Não se aplica                   | Laudo             | R\$ 60,60     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO REGULADOR                                   | Não se aplica                   | Hora              | R\$ 606,06    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MEDICINA DO TRABALHO                      | Não se aplica                   | Hora              | R\$ 631,31    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ANGIOLOGISTA                 | Não se aplica                   | Consulta          | R\$ 60,60     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PEDIATRA                     | Não se aplica                   | Consulta          | R\$ 60,60     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ULTRASONOGRAFIA              | Não se aplica                   | Exames            | R\$ 60,60     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PSIQUIATRA                   | Não se aplica                   | Consulta          | R\$ 60,60     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - NEUROLOGISTA                 | Não se aplica                   | Consulta          | R\$ 60,60     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - OTORRINOLARINGOLOGISTA       | Não se aplica                   | Consulta          | R\$ 69,70     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ENDOCRINOLOGISTA             | Não se aplica                   | Consulta          | R\$ 69,70     |
| Serviços Médicos de Urgência e Emergência / Pronto Atendimento Municipal de Juatuba - CNES 2108828 |                                 |                   |               |
| Descrição  | Tipo de Plantão                 | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA     | Dias úteis diurno               | 12 horas          | R\$ 1.212,12  |
|  | Dias úteis noturno              | 12 horas          | R\$ 1.279,46  |
|  | Final de Semana/Feriado diurno  | 12 horas          | R\$ 1.357,58  |
|  | Final de Semana/Feriado noturno | 12 horas          | R\$ 1.357,58  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO CONSULTOR (DIRETOR CLÍNICO)                 | Não se aplica                   | Hora              | R\$ 193,33    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO CONSULTOR (DIRETOR/RESPONSÁVEL TÉCNICO)     | Não se aplica                   | Hora              | R\$ 193,33    |

**Tabela 21**

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de LAGOA DA PRATA                       |                 |                       |               |
|--|-----------------|-----------------------|---------------|
| Descrição  | Tipo de Plantão | Unidade de Medida     | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CONSULTA MÉDICA                              | Não se aplica   | Valor da consulta     | R\$ 81,00     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS - PEQUENAS CIRURGIAS            | Não se aplica   | Valor do procedimento | R\$ 220,00    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA                    | Não se aplica   | Valor do atendimento  | R\$ 163,00    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO AMBULATORIAIS - ESCLEROTERAPIA                              | Não se aplica   | Valor do procedimento | R\$ 390,58    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS - PEQUENAS CIRURGIAS UROLOGICAS | Não se aplica   | Valor do procedimento | R\$ 450,00    |

\*Dias Úteis (07hs00 de segunda-feira às 19hs00 de sexta-feira)

\*\*Final de Semana (19hs01 de sexta-feira às 06hs59 de segunda-feira)

\*\*\*Feriado (19hs01 do dia anterior às 06hs59 do dia seguinte)

Reveillon, Carnaval, Exposição e Natal o plantão será acrescido de um adicional de 50%

**Tabela 22**

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de MÁRIO CAMPOS      |                 |                   |               |
|---|-----------------|-------------------|---------------|
| Descrição   | Tipo de Plantão | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA I                           | Não se aplica   | Valor da Consulta | R\$ 53,87     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA II                          | Não se aplica   | Valor da Consulta | R\$ 67,34     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA III                         | Não se aplica   | Valor da Consulta | R\$ 101,01    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PLANTONISTA 1      | Não se aplica   | Hora              | R\$ 101,01    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PLANTONISTA 2      | Não se aplica   | Hora              | R\$ 114,48    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PLANTONISTA 3      | Não se aplica   | Hora              | R\$ 127,95    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO RESPONSÁVEL TÉCNICO                      | Não se aplica   | Hora              | R\$ 202,02    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO REGULAÇÃO/AVALIAÇÃO/AUDITORIA E CONTROLE | Não se aplica   | Hora              | R\$ 161,62    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REMOÇÃO                                | Não se aplica   | Hora              | R\$ 101,01    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO AMBULATORIAL I                           | Não se aplica   | Valor da consulta | R\$ 53,87     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO AMBULATORIAL II                          | Não se aplica   | Valor da Consulta | R\$ 67,34     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO AMBULATORIAL III                         | Não se aplica   | Valor da consulta | R\$ 101,01    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO EM SOBREAVISO                            | Não se aplica   | Hora              | R\$ 53,87     |

**Tabela 23**

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de MATEUS LEME      |                         |                   |               |
|--|-------------------------|-------------------|---------------|
| Descrição  | Tipo de Plantão         | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO   | Dias úteis diurno       | Hora              | R\$ 89,79     |
|  | Dias úteis noturno      | Hora              | R\$ 91,47     |
|  | Final de Semana/Feriado | Hora              | R\$ 98,20     |
|  | Feriados Especiais      | Hora              | R\$ 202,02    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | Dias úteis              | Hora              | R\$ 101,01    |
|  | Final de Semana/Feriado | Hora              | R\$ 112,23    |
|  | Feriados Especiais      | Hora              | R\$ 168,34    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA                            | Dias úteis              | Hora              | R\$ 100,13    |
|  | Final de Semana/Feriado | Hora              | R\$ 113,25    |
|  | Feriados Especiais      | Hora              | R\$ 214,59    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA II                         | Dias úteis              | Hora              | R\$ 125,27    |
|  | Final de Semana/Feriado | Hora              | R\$ 119,21    |
|  | Feriados Especiais      | Hora              | R\$ 214,59    |

**Tabela 24**

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de NOVA LIMA |                                    |                   |               |
|---|------------------------------------|-------------------|---------------|
| Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município                          |                                    |                   |               |
| Descrição   | Tipo de Plantão                    | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO                                  | Dias úteis diurno                  | 12 horas          | R\$ 1.279,46  |
|   | Dias úteis noturno                 | 12 horas          | R\$ 1.346,80  |
|   | Finals de Semana / Feriados diurno | 12 horas          | R\$ 1.414,14  |

|  | Finais de Semana / Feriados noturno | 12 horas                | R\$ | 1.481,48 |
|--|-------------------------------------|-------------------------|-----|----------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESPONSÁVEL TÉCNICO   | Não se aplica                       | Hora                    | R\$ | 202,02   |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CIRURGIÃO /GINECOLOGISTA / PEDIATRA / PSIQUIATRA | Não se aplica                       | Hora                    | R\$ | 150,03   |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CIRURGIÃO /GINECOLOGISTA / PEDIATRA / PSIQUIATRA | Não se aplica                       | Consulta                | R\$ | 67,34    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PEDIATRA   | Não se aplica                       | 12 horas                | R\$ | 1.616,16 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REGULADOR   | Não se aplica                       | Valor por guia auditada | R\$ | 150,03   |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIA GERAL  | Não se aplica                       | Consulta                | R\$ | 60,61    |

**Tabela 25**

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de ONÇA DE PITANGUI |                 |                   |               |
|--|-----------------|-------------------|---------------|
| Descrição  | Tipo de Plantão | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO   | Não se aplica   | Hora              | R\$ 98,20     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | Não se aplica   | Hora              | R\$ 98,20     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO EM PEDIATRIA                            | Não se aplica   | Hora              | R\$ 98,20     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA                            | Não se aplica   | Hora              | R\$ 98,20     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA- CLÍNICA MÉDICA I          | Não se aplica   | Mês               | R\$ 6.850,00  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CLÍNICA MÉDICA II        | Não se aplica   | Mês               | R\$ 16.161,61 |

**Tabela 26**

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de OURO BRANCO |                                |                    |               |
|---|--------------------------------|--------------------|---------------|
| Descrição   | Tipo de Plantão                | Unidade de Medida  | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO                                    | Dias úteis *                   | Valor do Plantão   | R\$ 1.548,82  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO                                    | Finais de semana e Feriados ** | Valor do Plantão   | R\$ 1.673,50  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - (MÉDICO REGULADOR)               | Não se aplica                  | Valor mês          | R\$ 4.040,40  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - (COORDENADOR)                    | Não se aplica                  | Valor mês          | R\$ 5.387,21  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - (MÉDICO HORIZONTAL)              | Não se aplica                  | Valor mês          | R\$ 10.774,41 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AMBULATORIAL                     | Não se aplica                  | Período de 5 horas | R\$ 774,41    |

\*Dias Úteis (07hs00 de segunda-feira às 19hs00 de sexta-feira)

\*\*Final de Semana (19hs01 de sexta-feira às 06hs59 de segunda-feira) / Feriado (19hs01 do dia anterior às 06hs59 do dia seguinte)

**Tabela 27**

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde dos Municípios de OURO PRETO  |  |                   |               |
|---|--|-------------------|---------------|
| Descrição   | Tipo de Plantão  | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA.                       | Dias úteis* - diurno   | 12 horas          | R\$ 1.341,33  |
|   | Dias úteis* - noturno  | 12 horas          | R\$ 1.407,38  |
|   | Final de Semana/Feriado** - diurno                               | 12 horas          | R\$ 1.539,46  |
|   | Final de Semana/Feriado** - noturno                              | 12 horas          | R\$ 1.605,49  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA I   | Não se aplica  | 1 hora            | R\$ 251,77    |
|   | Dias úteis*** - diurno   | 12 horas          | R\$ 1.743,73  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA - HOSPITAL DE CAMPANHA | Dias úteis**** - noturno   | 12 horas          | R\$ 1.829,60  |
|   | Final de Semana/Feriado*** - diurno                              | 12 horas          | R\$ 2.001,30  |
|   | Final de Semana/Feriado*** - noturno                             | 12 horas          | R\$ 2.087,14  |
|   | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO REGULADOR | Não se aplica     | MÊS           |

\*Dias Úteis (07hs de segunda-feira às 19hs de sexta-feira)

\*\*Final de Semana/Feriado - (19hs de sexta-feira às 07hs de segunda-feira)

\*\*\*Serviço compreendido com previsão de execução por 120 dias

**Tabela 28**

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de PARÁ DE MINAS  |                 |                                   |               |
|--|-----------------|-----------------------------------|---------------|
| Descrição  | Tipo de Plantão | Unidade de Medida                 | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO   | Não se aplica   | Valor do plantão                  | R\$ 1.346,80  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR CLÍNICO   | Não se aplica   | Valor por mês                     | R\$ 4.040,40  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR TÉCNICO   | Não se aplica   | Valor por mês                     | R\$ 9.427,61  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HORIZONTAL  | Não se aplica   | 06 HORAS                          | R\$ 673,40    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - NEFROLOGISTA/PSIQUIATRA/ORTOPEDIA                                    | Não se aplica   | Valor por consulta                | R\$ 49,00     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - NEUROLOGISTA   | Não se aplica   | Valor por consulta                | R\$ 67,34     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRIA   | Não se aplica   | Valor por consulta                | R\$ 27,00     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OFTALMOLOGIA  | Não se aplica   | Valor por consulta                | R\$ 38,00     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGISTA / PRÉ NATAL DE ALTO RISCO                              | Não se aplica   | Valor por consulta                | R\$ 67,34     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CIRURGIÃO GERAL  | Não se aplica   | Valor por consulta / procedimento | R\$ 53,87     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PROCTOLOGISTA/REUMATOLOGISTA/NEUROCIRURGIÃO/ OTORRINOLARINGOLOGISTA/PNEUMOLOGISTA | Não se aplica   | Valor por consulta                | R\$ 66,00     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOLOGIA  | Não se aplica   | Valor por consulta                | R\$ 48,00     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOLOGIA  | Não se aplica   | Valor por procedimento            | R\$ 405,10    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - OBSTETRA   | Não se aplica   | Valor por consulta                | R\$ 38,00     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO CONSULTOR (RESPONSÁVEL TÉCNICO - RAI X)   | Não se aplica   | Valor do plantão                  | R\$ 1.346,80  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ENDOCRINOLOGISTA   | Não se aplica   | Valor por consulta                | R\$ 48,00     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ULTRASSONOGRÁFIA   | Não se aplica   | Valor por consulta / procedimento | R\$ 48,95     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RISCO CIRÚRGICO  | Não se aplica   | Valor por consulta / procedimento | R\$ 45,00     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CLÍNICO GERAL  | Não se aplica   | Valor por consulta / procedimento | R\$ 33,67     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PNEUMOLOGIA ESPIROMETRIA  | Não se aplica   | Valor por procedimento            | R\$ 121,21    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGISTA   | Não se aplica   | Valor por consulta                | R\$ 67,34     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGISTA  | Não se aplica   | Valor por consulta                | R\$ 47,14     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEFROLOGISTA  | Não se aplica   | Valor por consulta                | R\$ 67,34     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GENERALISTA   | Não se aplica   | Valor da Hora                     | R\$ 111,11    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ULTRASSONOGRÁFIA - ULTRASSONOGRÁFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS                       | Não se aplica   | Valor do Procedimento             | R\$ 131,99    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ANGIOLOGISTA - ESCLEROTERAPIA (MATERIAL DO PROFISSIONAL)                            | Não se aplica   | Valor do Procedimento             | R\$ 526,00    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO CARDIOLOGISTA - ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA                                       | Não se aplica   | Valor do Procedimento             | R\$ 181,82    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO UROLOGISTA - VASECTOMIA   | Não se aplica   | Valor do Procedimento             | R\$ 1.144,78  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO UROLOGISTA - POSTECTOMIA  | Não se aplica   | Valor do Procedimento             | R\$ 1.144,78  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGISTA  | Não se aplica   | Valor da Consulta                 | R\$ 50,51     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROCIRURGIÃO  | Não se aplica   | Valor da Consulta                 | R\$ 88,42     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GASTROENTEROLOGISTA   | Não se aplica   | Valor da Consulta                 | R\$ 68,02     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO   | Não se aplica   | Valor da Consulta                 | R\$ 97,37     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA, CIRURGIA DE LAQUEADURA E CONSULTA PÓS-OPERATÓRIA         | Não se aplica   | Pacote                            | R\$ 673,40    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA, CIRURGIA DE CURETAGEM E CONSULTA PÓS-OPERATÓRIA          | Não se aplica   | Pacote                            | R\$ 673,40    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA, CIRURGIA DE HISTERECTOMIA E CONSULTA PÓS-OPERATÓRIA      | Não se aplica   | Pacote                            | R\$ 673,40    |

**Tabela 29**

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de PEDRO LEOPOLDO |  |  |  |
|--|--|--|--|
| I) Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município                            |  |  |  |

| Descrição  | Tipo de Plantão                       | Unidade de Medida    | Valor ICISMEP |
|--|---------------------------------------|----------------------|---------------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICA MÉDICA/PEDIATRIA/ ORTOPEDIA, CIRURGIA GERAL / RADIOLOGIA/ ANESTESIOLOGIA¹ | Dias úteis diurno*                    | Hora                 | R\$ 110,22    |
|  |                                       | Valor do Plantão 6h  | R\$ 661,31    |
|  |                                       | Valor do Plantão 8h  | R\$ 881,74    |
|  |                                       | Valor do Plantão 12h | R\$ 1.322,60  |
|  | Dias úteis noturno*                   | Hora                 | R\$ 116,90    |
|  |                                       | Valor do Plantão 6h  | R\$ 701,45    |
|  |                                       | Valor do Plantão 8h  | R\$ 935,27    |
|  |                                       | Valor do Plantão 12h | R\$ 1.402,90  |
|  | Finais de Semana e Feriados diurno**  | Hora                 | R\$ 118,25    |
|  |                                       | Valor do Plantão 6h  | R\$ 709,48    |
|  |                                       | Valor do Plantão 8h  | R\$ 945,98    |
|  |                                       | Valor do Plantão 12h | R\$ 1.418,98  |
|  | Finais de Semana e Feriados noturno** | Hora                 | R\$ 124,81    |
|  |                                       | Valor do Plantão 6h  | R\$ 748,88    |
|  |                                       | Valor do Plantão 8h  | R\$ 998,49    |
|  |                                       | Valor do Plantão 12h | R\$ 1.497,74  |
|  | Feriados Especiais diurno***          | Hora                 | R\$ 165,72    |
|  |                                       | Valor do Plantão 6h  | R\$ 994,38    |
|  |                                       | Valor do Plantão 8h  | R\$ 1.325,85  |
|  |                                       | Valor do Plantão 12h | R\$ 1.988,75  |
|  | Feriados Especiais noturno***         | Hora                 | R\$ 172,30    |
|  |                                       | Valor do Plantão 6h  | R\$ 1.033,76  |
|  |                                       | Valor do Plantão 8h  | R\$ 1.378,36  |
|  |                                       | Valor do Plantão 12h | R\$ 2.067,53  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR TÉCNICO   | Não se Aplica                         | Valor mês            | R\$ 6.868,69  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MÉDICO HORIZONTAL   | Não se Aplica                         | Valor mês            | R\$ 13.468,01 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO- MÉDICO PSIQUIATRA e MÉDICO PSIQUIATRA INFANTIL                                     | Dias úteis diurno*                    | Hora                 | R\$ 132,26    |
|  |                                       | Valor do Plantão 6h  | R\$ 793,56    |
|  |                                       | Valor do Plantão 8h  | R\$ 1.058,09  |
|  |                                       | Valor do Plantão 10h | R\$ 1.322,60  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGIA/ENDOCRINOLOGIA/ NEUROLOGIA/ORTOPEDIA                     | Dias úteis diurno*                    | Hora                 | R\$ 1587,12   |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MÉDICO REGULADOR  | Não se Aplica                         | Hora                 | R\$ 202,02    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGIA/ORTOPEDIA /OFTALMOLOGIA/CIRURGIA GERAL/ CLÍNICA MÉDICA.  | Dias úteis diurno*                    | Hora                 | R\$ 110,22    |
|  |                                       | Consulta             | R\$ 67,34     |

¹ - Teto de 12 plantões mensais

\*Dias úteis diurnos (Segunda-feira a sexta no período das 07hs00min às 19hs00min)

\* Dias úteis noturnos (Segunda-feira a sexta no período das 19hs00min às 07hs00min);

\*\* Finais de semana e feriados diurnos (Sábado e domingo no período das 07hs00min às 19hs00min);

\*\* Finais de semana e feriados noturnos (Sábado e domingo no período das 19hs00min às 07hs00min);

\*\*\*Feriados Especiais Diurnos (Carnaval, Natal e Réveillon de das 07hs00min às 19hs00min);

\*\*\*Feriados Especiais Noturnos (Carnaval, Natal e Réveillon de das 19hs00min às 07hs00min);

**Tabela 30**

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de PIEDADE GERAIS                             |                 |                   |               |
|--|-----------------|-------------------|---------------|
| Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município   |                 |                   |               |
| Descrição  | Tipo de Plantão | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO   | Não se aplica   | Hora              | R\$ 81,92     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA                           | Não se aplica   | Hora              | R\$ 123,46    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO DATAS EXCEPCIONAIS( FESTIVIDADES, GRANDES FERIADOS, ENTRE OUTROS) | Não se aplica   | Hora              | R\$ 163,86    |

**Tabela 31**

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de PIRACEMA         |                 |                   |               |
|--|-----------------|-------------------|---------------|
| Descrição  | Tipo de Plantão | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO   | Não se aplica   | Hora              | R\$ 120,83    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | Não se aplica   | Hora              | R\$ 120,83    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO EM PEDIATRIA                            | Não se aplica   | Hora              | R\$ 120,83    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA                            | Não se aplica   | Hora              | R\$ 120,83    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO   | Não se aplica   | Mês               | R\$ 13.507,60 |

**Tabela 32**

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de PITANGUI |                 |                   |               |
|--|-----------------|-------------------|---------------|
| Descrição  | Tipo de Plantão | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO                                 | Não se aplica   | Hora              | R\$ 113,48    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA                    | Não se aplica   | Hora              | R\$ 112,23    |

**Tabela 33**

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de RIO MANSO        |                    |                   |               |
|--|--------------------|-------------------|---------------|
| Descrição  | Tipo de Plantão    | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO   | Dias Normais       | 12 horas          | R\$ 1.250,00  |
|  | Datas Excepcionais | 12 horas          | R\$ 1.900,00  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | Não se aplica      | 12 horas          | R\$ 1.000,00  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO EM PEDIATRIA                            | Não se aplica      | 12 horas          | R\$ 1.696,97  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA                            | Não se aplica      | 12 horas          | R\$ 841,75    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGIA/OBSTETRICIA               | Não se aplica      | Hora              | R\$ 133,00    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPEDIA                             | Não se aplica      | Hora              | R\$ 161,00    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGIA                              | Não se aplica      | Hora              | R\$ 121,00    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RADIOLOGIA                            | Não se aplica      | Hora              | R\$ 121,00    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRIA                             | Não se aplica      | Hora              | R\$ 121,00    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGIA                            | Não se aplica      | Hora              | R\$ 121,00    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGIA                          | Não se aplica      | Hora              | R\$ 121,00    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOLOGIA                       | Não se aplica      | Hora              | R\$ 68,00     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA                            | Não se aplica      | 12 horas          | R\$ 1.250,00  |

**Tabela 34**

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de SÃO GONÇALO DO PARA |                 |                   |               |
|---|-----------------|-------------------|---------------|
| Descrição   | Tipo de Plantão | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO  | Diurno          | 12 horas          | R\$ 1.765,15  |
|   | Noturno         | 12 horas          | R\$ 2.180,51  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPEDISTA                              | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 95,96     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RADIOLOGISTA                             | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 95,96     |

**Tabela 35**

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de SÃO JOAQUIM DE BICAS       |                         |                   |               |
|--|-------------------------|-------------------|---------------|
| Descrição  | Tipo de Plantão         | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO   | Dias úteis diurno       | 12 horas          | R\$ 1.414,14  |
|  | Dias úteis noturno      | 12 horas          | R\$ 1.548,82  |
|  | Final de Semana/Feriado | 12 horas          | R\$ 1.548,82  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DESLOCAMENTO DE PACIENTES PARA OUTRAS UNIDADES  | Não se aplica           | Hora              | R\$ 107,74    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA I                                  | Não se aplica           | Hora              | R\$ 134,68    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA II                                 | Não se aplica           | Hora              | R\$ 269,36    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA III                                | Não se aplica           | Hora              | R\$ 370,37    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA IV                                 | Não se aplica           | Hora              | R\$ 336,70    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REFERÊNCIA TÉCNICA (REGULAÇÃO MÉDICA TFD)       | Não se aplica           | Hora              | R\$ 134,68    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REFERÊNCIA TÉCNICA (COORDENAÇÃO DE GINECOLOGIA) | Não se aplica           | Hora              | R\$ 134,68    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REFERÊNCIA TÉCNICA (URGÊNCIA E EMERGÊNCIA)      | Não se aplica           | Hora              | R\$ 269,36    |

**Tabela 36**

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de SÃO SEBASTIÃO DO OESTE |  |  |  |
|--|--|--|--|
|--|--|--|--|

| Descrição  | Tipo de Plantão                 | Unidade de Medida       | Valor ICISMEP |
|--|---------------------------------|-------------------------|---------------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO   | Dias úteis diurno               | 12 horas                | R\$ 1.279,46  |
|  | Dias úteis noturno              | 12 horas                | R\$ 1.346,80  |
|  | Final de Semana/Feriado diurno  | 12 horas                | R\$ 1.414,14  |
|  | Final de Semana/Feriado noturno | 12 horas                | R\$ 1.481,48  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO (RESPONSÁVEL TÉCNICO)                                       | Não se aplica                   | Hora                    | R\$ 202,02    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ULTRASSONOGRAFIA                             | Não se aplica                   | Valor por consulta      | R\$ 59,26     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CIRURGIÃO/ GINECOLOGIA /PEDIATRIA/PSIQUIATRA | Não se aplica                   | Valor por consulta      | R\$ 67,34     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PEDIATRA                                     | Não se aplica                   | 12 horas                | R\$ 1.616,16  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - REGULADOR                                    | Não se aplica                   | Valor por guia auditada | R\$ 21,55     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CLÍNICA MÉDICA                               | Não se aplica                   | Valor Mês               | R\$ 16.161,61 |

**Tabela 37**

Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de SARZEDO

| Descrição   | Tipo de Plantão | Unidade de Medida     | Valor ICISMEP |
|---|-----------------|-----------------------|---------------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO CONSULTOR  | Não se aplica   | Hora                  | R\$ 193,33    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA I (ORTOPEDISTA, ANGIOLOGISTA, CIRURGIA GERAL, GINECOLOGISTA/OBSTRETRÍCIA, UROLOGISTA, ENDOCRINOLOGISTA, DERMATOLOGISTA E PEDIATRA)      | Não se aplica   | Valor da Consulta     | R\$ 57,91     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA II (NEUROLOGISTA, PNEUMOLOGISTA, GINECOLOGISTA/PROCEDÊNCIA DO COLO, REUMATOLOGISTA, OTORRINOLARINGOLOGISTA, ACUPUNTURISTA E PSIQUIATRA) | Não se aplica   | Valor da Consulta     | R\$ 80,81     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA III (NEUROCIRURGIÃO E NEFROLOGISTA)   | Não se aplica   | Valor da Consulta     | R\$ 121,21    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO  | Não se aplica   | Valor do Plantão      | R\$ 1.346,80  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO (ULTRASSONOGRAFISTA)   | Não se aplica   | Valor do Procedimento | R\$ 57,91     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO (REGULADOR E RISCO CIRÚRGICO)  | Não se aplica   | Valor do Mês          | R\$ 5.387,21  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO (MEDICINA DO TRABALHO)   | Não se aplica   | 04 Horas              | R\$ 538,72    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO (PLANTONISTA HORIZONTAL)   | Não se aplica   | 06 Horas              | R\$ 673,40    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (LIPA 24 HORAS)  | Não se aplica   | Valor do Plantão      | R\$ 1.346,80  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA REALIZAÇÃO DE PEQUENAS CIRURGIAS  | Não se aplica   | 04 Horas              | R\$ 1.077,44  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA PROCEDIMENTO DE VASECTOMIA  | Não se aplica   | Valor do Procedimento | R\$ 412,75    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA PROCEDIMENTO DE POSTECTOMIA   | Não se aplica   | Valor do Procedimento | R\$ 295,11    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA PROCEDIMENTO DE ESCLEROTERAPIA  | Não se aplica   | Valor do Procedimento | R\$ 538,72    |

**Tabela 38**

Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de MARIANA

| Descrição  | Tipo de Plantão  | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--|------------------|-------------------|---------------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | SEG A SEX        | PLANTÃO           | R\$ 1.535,35  |
|  | FINAIS DE SEMANA |                   | R\$ 1.696,97  |

**Tabela 39**

Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de IGUATAMA

| Descrição   | Tipo de Plantão | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|---|-----------------|-------------------|---------------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTÃO PRONTO SOCORRO                                   | Não se aplica   | PLANTÃO           | R\$ 1.250,00  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SOBREVISO CLÍNICA MÉDICA                                 | Não se aplica   | Dia               | R\$ 400,00    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTÃO FERIADOS ESPECIAIS                               | Não se aplica   | Plantão           | R\$ 2.000,00  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETORIA TÉCNICA  | Não se aplica   | Mês               | R\$ 3.000,00  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETORIA CLÍNICA  | Não se aplica   | Mês               | R\$ 3.000,00  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTA ESPECIALIZADA                                   | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 40,60     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIA DE UNHA (CANTOPLASTIA)                          | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 54,51     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS/ CISTO CEBÁCEO/ LIPOMA | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 54,51     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA/PUNÇÃO DE TUMOR SUPERFICIAL DE PELE              | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 54,51     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO                    | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 54,51     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÃO CUTÂNEA                        | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 54,51     |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENÇÃO BÁSICA   | Não se aplica   | Mês               | R\$ 12.000,00 |