

Atualização na Tabela de Serviços e Procedimentos em Saúde da ICISMEP, realizada em julho de 2022, com publicação em julho de 2022, para vigência a partir de julho de 2022.

TABELA DE SERVIÇOS DE SAÚDE EXECUTADOS NAS UNIDADES ICISMEP

Tabela 1 - OFTALMOLOGIA

| PACOTE BÁSICO DA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA | | |
|---|--|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA (QUANTIDADE 1) | R\$ 38,38 |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR PACIENTE (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.002-0 | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.025-9 | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.012-7 | MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| TOTAL DO PACOTE | | |

| PACOTE BÁSICO DA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - UNIDADE MÓVEL | | |
|---|--|---------------|
| Tabela 3 | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA (QUANTIDADE 1) | R\$ 65,00 |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR PACIENTE (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.002-0 | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.025-9 | TONOMETRIA (QUANTIDADE 2) | |
| Tabela 4 | MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| TOTAL DO PACOTE | | |

| SERVIÇOS COMPLEMENTARES EM OFTALMOLOGIA - UNIDADE MÓVEL | | |
|---|--|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| - | ARMAÇÃO PARA ÓCULOS ALTO ÍNDICE GRAU FORTE MODELO ADULTO FEMININO E MASCULINO - MATERIAL EM METAL OU ACETATO COM ARO TOTAL, ARO QUADRADO OU REDONDO | R\$ 87,00 |
| - | ARMAÇÃO PARA ÓCULOS ALTO ÍNDICE GRAU FORTE MODELO INFANTIL FEMININO E MASCULINO - MATERIAL EM METAL OU ACETATO COM ARO TOTAL, ARO QUADRADO OU REDONDO | R\$ 87,00 |
| - | ARMAÇÃO PARA ÓCULOS MODELO ADULTO FEMININO E MASCULINO - MATERIAL EM METAL OU ACETATO COM ARO TOTAL, ARO QUADRADO OU REDONDO | R\$ 87,00 |
| - | ARMAÇÃO PARA ÓCULOS MODELO INFANTIL FEMININO E MASCULINO - MATERIAL EM METAL OU ACETATO COM ARO TOTAL, ARO QUADRADO OU REDONDO | R\$ 86,00 |
| - | LENTE OFTÁLMICAS MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO ÍNDICE DE -10.00 A +9.50 ESFÉRICO E CILINDRO ATÉ -6.00; CONFORME RECEITUÁRIO MÉDICO | R\$ 39,00 |
| - | LENTE OFTÁLMICAS MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO ÍNDICE DE -8.00 A +6.00 ESFÉRICO E CILINDRO ATÉ -4.00; CONFORME RECEITUÁRIO MÉDICO | R\$ 39,00 |
| - | LENTE OFTÁLMICAS MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO ÍNDICE GRAU FORTE, ALTA DIOPTRIA DE -12.50 A -23.00 ESFÉRICO E CILINDRO ATÉ -9.00; CONFORME RECEITUÁRIO MÉDICO | R\$ 45,00 |
| - | LENTE OFTÁLMICAS MONOFOCAIS VISÃO SIMPLES ANTI-REFLEXO DE PLANO -4.00 A +4.00 ESFÉRICO, CILINDRO ATÉ -2.00; CONFORME RECEITUÁRIO MÉDICO | R\$ 61,00 |
| Tabela 5 | LENTE OFTÁLMICAS MONOFOCAIS VISÃO SIMPLES ANTI REFLEXO DE PLANO -6.00 A +6.00 ESFÉRICO, CILINDRO ATÉ -4.00; CONFORME RECEITUÁRIO MÉDICO | R\$ 58,00 |
| - | LENTE OFTÁLMICAS MULTIFOCAIS ALTO ÍNDICE DE -10.00 A +6.00 ESFÉRICO E CILINDRO ATÉ -6.00; ADICAO DE +1.00 A +3.50 ALTURA MÍNIMA DE 22MM | R\$ 59,00 |
| - | LENTE OFTÁLMICAS MULTIFOCAIS VISÃO SIMPLES DE -4.00 A +7.00 ESFÉRICO E CILINDRO ATÉ -4.00; ADICAO DE +1.00 A +3.00 ALTURA MÍNIMA DE 22MM | R\$ 74,90 |

| AVALIAÇÃO DE CATARATA | | |
|-----------------------|--|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CATARATA (QUANTIDADE 1) | R\$ 86,09 |
| 02.11.06.001-1 | BIOMETRIA ULTRASSÔNICA MONOCULAR (ECO A) (R\$ 24,24 QUANTIDADE 2) | |
| 02.11.06.012-7 | MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.025-9 | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1) | |
| 02.05.02.008-9 | ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | |
| TOTAL DO PACOTE | | |

| CONTROLE ANTECIPADO DE GLAUCOMA - CONSULTA | | |
|--|---|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1) | R\$ 79,00 |
| 02.11.06.025-9 | TONOMETRIA (QUANTIDADE 2) | |
| 02.11.06.011-9 | GONIOSCOPIA (QUANTIDADE 1) | |
| 02.05.02.002-0 | PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA - MONOCULAR (R\$ 14,81 QUANTIDADE 2) | |
| 02.11.06.003-8 | CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.028-3 | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | |
| TOTAL DO PACOTE | | |

| CONTROLE DE GLAUCOMA 30 A 60 DIAS - ACOMPANHAMENTO | | |
|--|---|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1) | |
| Tabela 6 | TONOMETRIA (3,37 QUANTIDADE 2) | |

| | | | |
|------------------------|--|-----|-------|
| 02.11.06.002-0 | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1) | R\$ | 19,46 |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | | |
| TOTAL DO PACOTE | | | |

| AVALIAÇÃO CIRÚRGICA DE GLAUCOMA | | | |
|--|---|---------------|-------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP | |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1) | R\$ | 53,54 |
| 02.11.06.025-9 | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1) | | |
| 02.11.06.002-0 | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1) | | |
| 02.11.06.003-8 | CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA | | |
| 02.11.06.017-8 | RETINOGRAFIA COLORIDA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | | |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | | |
| TOTAL DO PACOTE | | | |

| CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAVIAÇÃO DE GLAUCOMA | | | |
|--|--|---------------|-------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP | |
| 03.01.01.010-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1) | R\$ | 57,74 |
| | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1) | | |
| | FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1) | | |
| | CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | | |
| Tabela 7 | GONIOSCOPIA (QUANTIDADE 1) | | |
| 02.05.02.002-0 | PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR (R\$ 14,81 QUANTIDADE 2) | | |
| 02.11.06.028-3 | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | | |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | | |
| TOTAL DO PACOTE | | | |

| ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DE GLAUCOMA | | | |
|---|---|---------------|-------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP | |
| 03.03.05.001-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1) | R\$ | 17,74 |
| | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1) | | |
| | FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1) | | |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | | |
| TOTAL DO PACOTE | | | |

| DESCRIÇÃO DOS TRATAMENTOS MEDICAMENTOSOS DE GLAUCOMA | | |
|---|---|---------------|
| Tabela 8 | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.03.05.003-9 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (1ª LINHA) | R\$ 18,66 |
| 03.03.05.004-7 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (2ª LINHA) | R\$ 79,38 |
| 03.03.05.005-5 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (3ª LINHA) | R\$ 127,98 |
| 03.03.05.006-3 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (1ª LINHA) | R\$ 12,44 |
| 03.03.05.007-1 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (2ª LINHA) | R\$ 52,92 |
| 03.03.05.008-0 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (3ª LINHA) | R\$ 85,33 |
| Tabela 9 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE ACETAZOLAMIDA MONOCULAR OU BINOCULAR | R\$ 93,10 |
| 03.03.05.010-1 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA MONOCULAR | R\$ 8,93 |
| 03.03.05.011-0 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA BINOCULAR | R\$ 13,39 |
| 03.03.05.015-2 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - MONOCULAR | R\$ 65,36 |
| 03.03.05.016-0 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - BINOCULAR | R\$ 98,04 |
| 03.03.05.017-9 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR | R\$ 97,77 |
| 03.03.05.018-7 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO PACIENTE GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR | R\$ 146,64 |
| 03.03.05.019-5 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR | R\$ 138,25 |
| 03.03.05.020-9 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR | R\$ 207,36 |
| 03.03.05.021-7 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS | R\$ 150,69 |
| 03.03.05.022-5 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS | R\$ 226,02 |

| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CÔRNEA | | | |
|--|---|---------------|-------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP | |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CÔRNEA (QUANTIDADE 1) | R\$ | 53,54 |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | | |
| 02.11.06.026-7 | TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÔRNEA-CERATOSCOPIA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | | |
| 02.05.02.002-0 | PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR (R\$ 14,81 QUANTIDADE 2) (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | | |
| TOTAL DO PACOTE | | | |

| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE ESTRABISMO | | | |
|--|---|---------------|-------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP | |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM ESTRABISMO (QUANTIDADE 1) | R\$ | 46,46 |
| 02.11.06.023-2 | TESTE ORTÓPTICO (QUANTIDADE 1) | | |
| TOTAL DO PACOTE | | | |

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

| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA | | | |
|--|---|---------------|--|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP | |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM RETINA (QUANTIDADE 1) | R\$ | |
| 02.11.06.012-7 | MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1) | | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR | RETINOGRAFIA COLORIDA (QUANTIDADE 1) | | |

| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|------------------------------------|---|---------------|
| 02.11.06.028-3 | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | R\$ 121,00 |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.018-6 | RETINOGRAFIA FLUORESCENTE (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| TOTAL DO PACOTE | | |

| AVALIAÇÃO EM RETINOPATIA DE PREMATURIDADE | | |
|--|---|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| Tabela 11 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA (QUANTIDADE 1) | R\$ 242,42 |
| TOTAL DO PACOTE | | |

| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CIRURGIAS RETINIANAS - AVAL. DEPARTAMENTO DE VITRECTOMIA | | |
|--|---|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CIRURGIAS RETINIANAS (QUANTIDADE 1) | R\$ 95,96 |
| 02.11.06.012-7 | MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1) | |
| 02.05.02.008-9 | ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR) - ECO B - (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| Tabela 12 | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.025-9 | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1) | |
| TOTAL DO PACOTE | | |

| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA - CONTROLE DE VITRECTOMIA | | |
|--|---|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CIRURGIAS RETINIANAS (QUANTIDADE 1) | R\$ 48,08 |
| 02.11.06.012-7 | MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1) | |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | |
| 02.05.02.008-9 | ECO-B ULTRA-SOM DE GLOBO OCULAR/ÓRBITA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| 02.11.06.028-3 | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| TOTAL DO PACOTE | | |

| AVALIAÇÃO DE RETINA PÓS INJEÇÃO INTRA-VITREO | | |
|---|---|---------------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| Tabela 13 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM RETINA (QUANTIDADE 1) | R\$ 85,00 |
| 02.11.06.028-3 | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| 02.11.06.012-7 | MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1) | |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | |
| TOTAL DO PACOTE | | |

| EXAMES EM OFTALMOLOGIA | | |
|-------------------------------|--|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 02.05.02.002-0 | PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR | R\$ 14,81 |
| 02.05.02.008-9 | ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B | R\$ 34,34 |
| Tabela 14 | BIOMETRIA ULTRASSONICA MONOCULAR (ECO A) | R\$ 24,24 |
| 02.11.06.002-0 | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO | R\$ 12,34 |
| 02.11.06.003-8 | CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA | R\$ 40,00 |
| 02.11.06.005-4 | CERATOMETRIA | R\$ 3,37 |
| 02.11.06.006-2 | CURVA DIARIA DE PRESSÃO OCULAR - CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS) | R\$ 17,17 |
| 02.11.06.010-0 | FUNDOSCOPIA | R\$ 3,37 |
| 02.11.06.011-9 | GONIOSCOPIA | R\$ 17,17 |
| 02.11.06.012-7 | MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO | R\$ 24,24 |
| 02.11.06.015-1 | POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL | R\$ 7,00 |
| 02.11.06.017-8 | RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR | R\$ 24,68 |
| 02.11.06.018-6 | RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR | R\$ 64,00 |
| 02.11.06.021-6 | TESTE DE SCHIRMER | R\$ 3,37 |
| 02.11.06.022-4 | TESTE DE VISAO DE CORES | R\$ 3,37 |
| 02.11.06.023-2 | TESTE ORTÓPTICO | R\$ 12,34 |
| 02.11.06.025-9 | TONOMETRIA | R\$ 3,37 |
| 02.11.06.026-7 | TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Córnea (CERATOSCOPIA) | R\$ 30,00 |
| 02.11.06.028-3 | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA (OCT) | 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 |

| PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO AMBULATORIAL - S.A. | | |
|--|---|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 02.01.01.009-7 | BIÓPSIA DE CONJUNTIVA (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 41,48 |
| 02.01.01.011-9 | BIÓPSIA DE Córnea (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 97,76 |
| 02.01.01.018-6 | BIÓPSIA DE ESCLERA (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 97,76 |
| 02.01.01.035-6 | BIÓPSIA DE PÁLPEBRA (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 47,00 |
| 04.05.01.004-4 | DRENAGEM DE ABSCESSO DE PÁLPEBRA (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 30,56 |
| 04.05.01.005-2 | EPILAÇÃO A LASER - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 60,03 |
| 04.05.01.006-0 | EPILACAO DE CILIOS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 30,56 |
| 04.05.01.010-9 | OCCLUSAO DE PONTO LACRIMAL (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 25,53 |
| 04.05.01.014-1 | SIMBLEFAROPLASTIA - UNILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 219,50 |
| 04.05.01.016-8 | SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 88,00 |
| 04.05.01.017-6 | SUTURA DE PÁLPEBRAS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 160,00 |
| 04.05.01.018-4 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BLEFAROCALASE - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 439,00 |
| 04.05.01.019-2 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TRIQUIÁSE COM OU SEM ENXERTO (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 290,00 |
| 04.05.01.020-6 | PUNCTOPLASTIA - UNILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 67,00 |

| | | | |
|----------------|--|-----|--------|
| 04.05.03.003-7 | CRIOTERAPIA OCULAR | R\$ | 154,73 |
| 04.05.03.004-5 | FOTOCOAGULAÇÃO A LASER (APAC) | R\$ | 45,00 |
| 04.05.03.005-3 | INJEÇÃO INTRA-VITREO (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ | 263,90 |
| CISMEP-13 | INJEÇÃO INTRA-VITREO COM ANTIBIÓTICO | R\$ | 86,92 |
| 04.05.03.009-6 | SUTURA DE ESCLERA (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ | 214,92 |
| 04.05.03.010-0 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEISCÊNCIA DE SUTURA DE ESCLERA | R\$ | 226,47 |
| 04.05.03.011-8 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MÍASE PALPEBRAL (BILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ | 30,94 |
| 04.05.03.012-6 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE NEOPLASIA DE ESCLERA (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ | 408,98 |
| 04.05.03.015-0 | VITRIÓLISE A YAG LASER (BPA CONSOLIDADO) | R\$ | 71,17 |
| 04.05.03.019-3 | PAN-FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA A LASER CORRESPONDE A 4 PROCEDIMENTOS DE FOTOCOAGULAÇÃO A LASER. (APAC) | R\$ | 180,00 |
| 04.05.03.021-5 | RETINOPEXIA PNEUMÁTICA (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ | 528,45 |
| 04.05.03.022-3 | REMOÇÃO DE ÓLEO DE SILICONE (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ | 637,00 |
| 04.05.04.013-0 | INJEÇÃO RETROBULBAR/ PERIBULBAR | R\$ | 32,95 |
| 04.05.04.019-9 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DO XANTELASMA (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ | 190,58 |
| 04.05.05.002-0 | CAPSULOTOMIA A YAG LASER (APAC) | R\$ | 78,75 |
| 04.05.05.003-8 | CAUTERIZAÇÃO DE Córnea | R\$ | 25,82 |
| 04.05.05.006-2 | CORREÇÃO DE ASTIGMATISMO SECUNDÁRIO | R\$ | 25,82 |
| 04.05.05.007-0 | CORRECAO CIRURGICA DE HERNIA DE IRIS | R\$ | 378,28 |
| 04.05.05.008-9 | EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA | R\$ | 163,28 |
| 04.05.05.012-7 | FOTOTRABECULOPLASTIA A LASER (APAC) | R\$ | 45,00 |
| 04.05.05.016-0 | INJEÇÃO SUBCONJUNTIVAL/SUBTENONIANA | R\$ | 13,33 |
| 04.05.05.017-8 | IRIDECTOMIA CIRÚRGICA (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ | 390,82 |
| 04.05.05.019-4 | IRIDOTOMIA A LASER (APAC) | R\$ | 78,75 |
| 04.05.05.020-8 | PARACENTESE DE CÂMARA ANTERIOR | R\$ | 109,75 |
| 04.05.05.021-6 | RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ | 191,62 |
| 04.05.05.024-0 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA ANTERIOR DO OLHO (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ | 456,82 |
| 04.05.05.025-9 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO NA Córnea | R\$ | 28,94 |
| 04.05.05.026-7 | SINEQUIÓLISE A YAG LASER (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ | 45,00 |
| 04.05.05.029-1 | SUTURA DE CONJUNTIVA | R\$ | 115,47 |
| 04.05.05.030-5 | SUTURA DE Córnea | R\$ | 225,74 |
| 04.05.05.036-4 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO | R\$ | 290,00 |
| CISMEP-11 | CROSSLINKING | R\$ | 420,00 |
| 04.05.05.028-3 | SUBSTITUIÇÃO DE LENTE INTRA-OCULAR | R\$ | 824,20 |

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

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|----------------|--|---------------|
| 02.01.01.011-9 | BIÓPSIA DE Córnea | R\$ 97,96 |
| 02.01.01.024-0 | BIÓPSIA DE ÍRIS, CORPO CILIAR, RETINA, CORÓIDE E VÍTREO | R\$ 244,98 |
| 03.08.04.001-5 | TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS OU CLÍNICOS | R\$ 270,40 |
| 04.05.01.001-0 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ENTROPIO E ECTRÓPIO (BILATERAL) | R\$ 229,97 |
| 04.05.01.007-9 | EXERESE DE CALÁZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PÁLPEBRA E SUPERCÍLIOS (UNILATERAL) | R\$ 98,00 |
| 04.05.01.002-8 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE EPICANTO E ELECANTO | R\$ 278,90 |
| 04.05.01.003-6 | DACRIOCISTORRINOSTOMIA (UNILATERAL) | R\$ 1.397,83 |
| 04.05.01.008-7 | EXTIRPAÇÃO DE GLÂNDULA LACRIMAL | R\$ 497,72 |
| 04.05.01.011-7 | RECONSTITUIÇÃO DE CANAL LACRIMAL (UNILATERAL) | R\$ 689,66 |
| Tabela 15 | RECONSTITUIÇÃO PARCIAL DA PÁLPEBRA COM TARSORRAFIA (BILATERAL) | R\$ 357,50 |
| 04.05.01.013-3 | RECONSTITUIÇÃO TOTAL DE PÁLPEBRA | R\$ 1.138,66 |
| 04.05.01.015-0 | SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL (BILATERAL) | R\$ 203,73 |
| 04.05.01.017-6 | SUTURA DE PÁLPEBRAS (BILATERAL) | R\$ 160,00 |
| 04.05.02.001-5 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MÚSCULOS HIPERTROPIAS) | R\$ 1.160,45 |
| 04.05.02.002-3 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DO ESTRABISMO (ATÉ 2 MÚSCULOS) | R\$ 849,90 |
| 04.05.03.002-9 | BIÓPSIA DE TUMOR INTRA-OCULAR | R\$ 96,11 |
| 04.05.03.007-0 | RETINOPEXIA COM INTROFLEXÃO ESCLERAL | R\$ 869,70 |
| 04.05.03.009-6 | SUTURA DE ESCLERA | R\$ 247,00 |
| 04.05.03.013-4 | VITRECTOMIA ANTERIOR | R\$ 479,76 |
| 04.05.03.014-2 | VITRECTOMIA POSTERIOR | R\$ 2.190,50 |
| 04.05.03.016-9 | VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER | R\$ 2.921,17 |
| 04.05.03.017-7 | VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO, ÓLEO DE SILICONE E ENDOLASER | R\$ 3.380,00 |
| CISMEP-03 | MEMBRANECTOMIA | R\$ 339,30 |
| CISMEP-04 | TROCA FLUIDO GASOSA | R\$ 204,10 |
| CISMEP-05 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA POSTERIOR DO OLHO | R\$ 340,60 |
| 04.05.03.020-7 | DRENAGEM DE HEMORRAGIA DE CORÓIDE | R\$ 453,60 |
| 04.05.04.001-6 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE LAGOFTALMO | R\$ 282,09 |
| 04.05.04.006-7 | ENUCLEAÇÃO DO GLOBO OCULAR | R\$ 415,58 |
| 04.05.04.007-5 | EVISCERAÇÃO DE GLOBO OCULAR | R\$ 587,52 |
| 04.05.04.018-0 | TRANSPLANTE DE PERIÓSTEO EM ESCLEROMALÁCIA | R\$ 1.197,98 |
| 04.05.04.020-2 | TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL | R\$ 486,75 |
| 04.05.05.001-1 | CAPSULECTOMIA POSTERIOR CIRÚRGICA | R\$ 301,18 |
| 04.05.05.004-6 | CICLOCRIOCOAGULAÇÃO/DIATERMIA | R\$ 587,51 |
| 04.05.05.005-4 | CICLODIÁLISE | R\$ 453,41 |
| 04.05.05.013-5 | IMPLANTE DE PRÓTESE ANTI-GLAUCOMATOSA | R\$ 691,60 |
| 04.05.05.021-6 | RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL | R\$ 187,20 |
| 04.05.05.022-4 | RECONSTITUIÇÃO DE FÓRNIX CONJUNTIVAL | R\$ 461,50 |
| 04.05.05.032-1 | TRABECULECTOMIA (CIRURGIA FISTULIZANTE ANTIGLAUCOMATOSA) | R\$ 898,35 |
| 04.05.05.035-6 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE GLAUCOMA CONGÊNITO | R\$ 1.236,75 |
| 04.05.05.039-9 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEISCÊNCIA DE SUTURA DE Córnea | R\$ 240,84 |
| 07.02.07.004-1 | ESFERA DE MULER (PROCED. ESPECIAL) | R\$ 78,00 |
| 07.02.07.005-0 | TUBO DE DRENAGEM PARA GLAUCOMA (PROCED. ESPECIAL) | R\$ 1.040,00 |
| 04.05.04.010-5 | EXPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR LIO | R\$ 846,19 |

| | | | |
|----------------|---|-----|----------|
| 04.05.04.021-0 | REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRA- OCULAR | R\$ | 453,61 |
| 04.05.05.009-7 | FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR | R\$ | 863,96 |
| 04.05.05.010-0 | FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR | R\$ | 643,16 |
| 04.05.05.011-9 | FACOEMLIFICAÇÃO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR RÍGIDA | R\$ | 863,96 |
| 04.05.05.014-3 | IMPLANTE INTRAESTROMAL | R\$ | 1.267,00 |
| 04.05.05.015-1 | IMPLANTE SECUNDÁRIO DE LENTE INTRA- OCULAR LIO | R\$ | 1.122,00 |
| 04.05.05.038-0 | CIRURGIA DE CATARATA CONGÊNITA | R\$ | 895,16 |

OFTALMOLOGIA OURO PRETO

AVALIAÇÃO DE CATARATA - UNIDADE OURO PRETO

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|----------------|--|---------------|
| Tabela 16 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CATARATA (QUANTIDADE 1) | R\$ 154,96 |
| 02.11.06.001-1 | BIOMETRIA ULTRASSONICA MONOCULAR (ECO A) (R\$ 24,24 QUANTIDADE 2) | |
| 02.11.06.012-7 | MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.025-9 | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1) | |
| 02.05.02.008-9 | ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | |

CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAVIAÇÃO DE GLAUCOMA - OURO PRETO

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|----------------|---|---------------|
| 03.01.01.010-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1) | R\$ 164,16 |
| Tabela 17 | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.010-0 | FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.003-8 | CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| 02.11.06.011-9 | GONIOSCOPIA (QUANTIDADE 1) | |
| 02.05.02.002-0 | PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR (QUANTIDADE 2) | |
| 02.11.06.028-3 | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | |

DESCRIÇÃO DOS TRATAMENTOS MEDICAMENTOSOS DE GLAUCOMA - OURO PRETO

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|----------------|---|---------------|
| 03.03.05.003-9 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (1ª LINHA) | R\$ 18,66 |
| 03.03.05.004-7 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (2ª LINHA) | R\$ 79,38 |
| 03.03.05.005-5 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (3ª LINHA) | R\$ 127,98 |
| 03.03.05.006-3 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (1ª LINHA) | R\$ 12,44 |
| 03.03.05.007-1 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (2ª LINHA) | R\$ 52,92 |
| 03.03.05.008-0 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (3ª LINHA) | R\$ 85,33 |
| 03.03.05.009-8 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE ACETAZOLAMIDA MONOCULAR OU BINOCULAR | R\$ 93,10 |
| 03.03.05.010-1 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA MONOCULAR | R\$ 8,93 |
| 03.03.05.011-0 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA BINOCULAR | R\$ 13,39 |
| 03.03.05.015-2 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - MONOCULAR | R\$ 65,36 |
| Tabela 18 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - BINOCULAR | R\$ 98,04 |
| 03.03.05.017-9 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR | R\$ 97,77 |
| 03.03.05.018-7 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR | R\$ 146,64 |
| 03.03.05.019-5 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR | R\$ 138,25 |
| 03.03.05.020-9 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR | R\$ 207,36 |
| 03.03.05.021-7 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS | R\$ 150,69 |
| 03.03.05.022-5 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS | R\$ 226,02 |

AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CÔRNEA - OURO PRETO

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|----------------|--|---------------|
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CÔRNEA (QUANTIDADE 1) | R\$ 73,50 |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.026-7 | TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÔRNEA-CERATOSCOPIA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| 02.11.06.027-5 | PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR (QUANTIDADE 2) (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| | | Hora |

AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE ESTRABISMO - OURO PRETO

| Tabela 19 | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|----------------|---|---------------|
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM ESTRABISMO (QUANTIDADE 1) | R\$ 76,05 |
| 02.11.06.023-2 | TESTE ORTÓPTICO (QUANTIDADE 1) | |

AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE PLÁSTICA OCULAR - OURO PRETO

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|----------------|--|---------------|
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM PLÁSTICA OCULAR (QUANTIDADE 1) | R\$ 61,66 |

AVALIAÇÃO/DIAGNÓSTICO DE RETINA - OURO PRETO

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|----------------|--|---------------|
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM RETINA | R\$ 161,34 |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.025-9 | TONOMETRIA (2) | |
| 02.11.06.012-7 | MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (2) | |
| 02.11.06.017-8 | RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR | |

EXAMES OFTALMOLOGIA - OURO PRETO

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|----------------|---|---------------|
| Tabela 20 | PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR | R\$ 19,78 |
| 02.05.02.008-9 | ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B | R\$ 54,76 |
| 02.11.06.014-3 | MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA - MONOCULAR | R\$ 54,76 |
| 02.11.06.001-1 | BIOMETRIA ULTRASSONICA MONOCULAR (ECO A) | R\$ 28,90 |
| 02.11.06.002-0 | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO | R\$ 14,45 |
| 02.11.06.003-8 | CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (BINOCULAR) | R\$ 66,82 |
| 02.11.06.005-4 | CERATOMETRIA | R\$ 5,34 |
| 02.11.06.006-2 | CURVA DIARIA DE PRESSÃO OCULAR - CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS) | R\$ 19,65 |

| | | | |
|----------------|---|-----|--------|
| 02.11.06.010-0 | FUNDOSCOPIA | R\$ | 4,62 |
| 02.11.06.011-9 | GONIOSCOPIA | R\$ | 19,65 |
| 02.11.06.012-7 | MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO | R\$ | 33,41 |
| 02.11.06.018-6 | RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR | R\$ | 112,80 |
| 02.11.06.017-8 | RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR | R\$ | 33,41 |
| Tabela 21 | TESTE DE SCHIRMER | R\$ | 6,68 |
| 02.11.06.022-4 | TESTE DE VISAO DE CORES | R\$ | 6,68 |
| 02.11.06.023-2 | TESTE ORTÓPTICO | R\$ | 20,05 |
| 02.11.06.025-9 | TONOMETRIA | R\$ | 4,62 |
| 02.11.06.028-4 | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA (OCT) - BINOCULAR | R\$ | 112,80 |
| 02.11.06.026-7 | TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÔRNEA (CERATOSCOPIA) - BINOCULAR | R\$ | 53,46 |

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS - UNIDADE OURO PRETO

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|----------------|--|---------------|
| 04.05.01.014-1 | SIMBLEFAROPLASTIA - UNILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 45,40 |
| 04.05.01.018-4 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BLEFAROCALASE - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 1.152,05 |
| - | INJEÇÃO INTRA-VITREO COM ANTIBIÓTICO | R\$ 115,61 |
| 04.05.04.019-9 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DO XANTELASMA (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 146,40 |
| 04.05.05.016-0 | INJEÇÃO SUBCONJUNTIVAL/SUBTENONIANA | R\$ 25,43 |
| 04.05.05.036-4 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO | R\$ 397,25 |
| 04.05.01.007-9 | EXERESE DE CALÁZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PÁLPEBRA E SUPERCÍLIOS (UNILATERAL) | R\$ 133,65 |
| 04.05.01.001-0 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ENTRÓPIO E ECTRÓPIO (BILATERAL) | R\$ 307,40 |
| 04.05.01.002-8 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE EPICANTO E ELECANTO | R\$ 374,22 |
| 04.05.01.003-6 | DACRIOCISTORRINOSTOMIA (UNILATERAL) | R\$ 922,18 |
| 04.05.01.008-7 | EXTIRPAÇÃO DE GLÂNDULA LACRIMAL | R\$ 668,24 |
| 04.05.01.011-7 | RECONSTITUIÇÃO DE CANAL LACRIMAL (UNILATERAL) | R\$ 922,18 |
| 04.05.01.012-5 | RECONSTITUIÇÃO PARCIAL DA PÁLPEBRA COM TARSORRAFIA (BILATERAL) | R\$ 481,13 |
| 04.05.01.015-0 | SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL (BILATERAL) | R\$ 236,99 |
| 04.05.01.017-6 | SUTURA DE PÁLPEBRAS (BILATERAL) | R\$ 213,84 |
| 04.05.05.002-0 | CAPSULOTOMIA A YAG LASER | R\$ 118,36 |
| 04.05.03.004-5 | FOTOCOAGULAÇÃO A LASER | R\$ 112,95 |
| 04.05.03.005-3 | INJEÇÃO INTRA-VITREO COM AVASTIM | R\$ 559,08 |
| 04.05.04.001-6 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE LAGOFTALMO | R\$ 380,90 |
| 04.05.04.006-7 | ENUCLEAÇÃO DO GLOBO OCULAR | R\$ 485,55 |
| 04.05.04.007-5 | EVISCERAÇÃO DE GLOBO OCULAR | R\$ 682,08 |
| 04.05.04.020-2 | TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL | R\$ 654,88 |
| 04.05.05.013-5 | IMPLANTE DE PRÓTESE ANTI-GLAUCOMATOSA | R\$ 935,55 |
| 04.05.05.021-6 | RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL | R\$ 253,93 |
| Tabela 22 | TRABECULECTOMIA (CIRURGIA FISTULIZANTE ANTIGLAUCOMATOSA) | R\$ 1.269,68 |
| 04.15.01.001-2 | TUBO DE DRENAGEM PARA GLAUCOMA (PROCED. ESPECIAL) | R\$ 1.470,15 |
| 04.05.04.010-5 | EXPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR LIO | R\$ 982,66 |
| 04.05.04.021-0 | REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRA- OCULAR | R\$ 614,79 |
| 04.05.05.009-7 | FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR | R\$ 1.572,25 |
| 04.05.05.010-0 | FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR | R\$ 1.277,46 |
| 04.05.05.011-9 | FACOEMLSIFICACÃO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR RÍGIDA | R\$ 1.572,25 |
| 04.05.05.014-3 | IMPLANTE INTRAESTROMAL | R\$ 1.704,03 |
| 04.05.05.015-1 | IMPLANTE SECUNDÁRIO DE LENTE INTRA- OCULAR LIO | R\$ 1.572,25 |
| 04.05.05.037-2 | FACOEMLSIFICACAO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL | R\$ 1.445,09 |

OFTALMOLOGIA PARÁ DE MINAS

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|------------------------|---|---------------|
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CATARATA (QUANTIDADE 1) | R\$ 252,87 |
| 02.11.06.001-1 | BIOMETRIA ULTRASSONICA MONOCULAR (ECO A) (R\$ 24,24 QUANTIDADE 2) | |
| 02.11.06.012-7 | MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.025-9 | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1) | |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | |
| TOTAL DO PACOTE | | |

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS - UNIDADE PARA DE MINAS

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|----------------|--|---------------|
| 04.05.05.037-2 | FACOEMLSIFICACAO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL | R\$ 1.151,41 |

Observação:

Serviço compreendido pelos seguintes itens:

- Serviço profissional médico cirurgião oftalmológico;
- Serviço profissional médico anestesiata
- Serviço hospitalar / ambulatorial (estrutura, equipamentos, instrumental, insumos e recursos humanos)

SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ULTRASSONOGRRAFIA

PACOTE BÁSICO DA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA UNIDADES EXTERNAS - SANTA LUZIA

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|----------------|--|---------------|
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA (QUANTIDADE 1) | R\$ 69,36 |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR PACIENTE (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.002-0 | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.025-9 | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.012-7 | MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |

| AVALIAÇÃO DE CATARATA - SANTA LUZIA | | |
|--|---|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CATARATA (QUANTIDADE 1) | R\$ 122,54 |
| 02.11.06.001-1 | BIOMETRIA ULTRASSONICA MONOCULAR (ECO A) | |
| 02.11.06.012-7 | MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.025-9 | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1) | |
| 02.05.02.008-9 | ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | |
| AVALIAÇÃO CIRÚRGICA DE GLAUCOMA - SANTA LUZIA | | |
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| Tabela 23 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1) | R\$ 92,88 |
| 02.11.06.025-9 | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.002-0 | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.003-8 | CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA | |
| 02.11.06.017-8 | RETINOGRAFIA COLORIDA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | |
| CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAVLIAÇÃO DE GLAUCOMA - SANTA LUZIA | | |
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.010-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1) | R\$ 149,73 |
| | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1) | |
| | FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1) | |
| | CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| 02.11.06.011-9 | GONIOSCOPIA (QUANTIDADE 1) | |
| 02.05.02.002-0 | PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR | |
| 02.11.06.028-3 | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| Tabela 24 | CURVA DIARIA DE PRESSAO (CDP - 3 MEDIDAS) | |
| 02.11.06.002-0 | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO | |
| 02.11.06.017-8 | RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR | |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | |
| ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DE GLAUCOMA - SANTA LUZIA | | |
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.03.05.001-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1) | R\$ 46,24 |
| | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1) | |
| | FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1) | |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | |
| Tabela 25 | | |
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.03.05.003-9 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (1ª LINHA) | R\$ 18,66 |
| 03.03.05.004-7 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (2ª LINHA) | R\$ 79,38 |
| 03.03.05.005-5 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (3ª LINHA) | R\$ 127,98 |
| 03.03.05.006-3 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (1ª LINHA) | R\$ 12,44 |
| 03.03.05.007-1 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (2ª LINHA) | R\$ 52,92 |
| 03.03.05.008-0 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (3ª LINHA) | R\$ 85,33 |
| 03.03.05.009-8 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE ACETAZOLAMIDA MONOCULAR OU BINOCULAR | R\$ 93,10 |
| 03.03.05.010-1 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA MONOCULAR | R\$ 8,93 |
| 03.03.05.011-0 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA BINOCULAR | R\$ 13,39 |
| 03.03.05.015-2 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - MONOCULAR | R\$ 65,36 |
| 03.03.05.016-0 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - BINOCULAR | R\$ 98,04 |
| 03.03.05.017-9 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR | R\$ 97,77 |
| 03.03.05.018-7 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO PACIENTE GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR | R\$ 146,64 |
| 03.03.05.019-5 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR | R\$ 138,25 |
| 03.03.05.020-9 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR | R\$ 207,36 |
| 03.03.05.021-7 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS | R\$ 150,69 |
| 03.03.05.022-5 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS | R\$ 226,02 |
| Tabela 26 | | |
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CÔRNEA (QUANTIDADE 1) | R\$ 74,55 |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.026-7 | TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÔRNEA-CERATOSCOPIA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) (24.24) | |
| 02.05.02.002-0 | PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE ESTRABISMO - SANTA LUZIA | | |
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM ESTRABISMO (QUANTIDADE 1) | R\$ 75,14 |
| 02.11.06.023-2 | TESTE ORTÓPTICO (QUANTIDADE 1) | |
| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE PLÁSTICA OCULAR - SANTA LUZIA | | |
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM PLÁSTICA OCULAR (QUANTIDADE 1) | R\$ 69,36 |
| EXAMES EM OFTALMOLOGIA - SANTA LUZIA | | |
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 02.05.02.002-0 | PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR | R\$ 40,46 |
| 02.05.02.008-9 | ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B | R\$ 57,80 |
| 02.11.06.001-1 | BIOMETRIA ULTRASSONICA MONOCULAR (ECO A) | R\$ 40,46 |
| 02.11.06.002-0 | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO | R\$ 23,12 |
| 02.11.06.003-8 | CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA | R\$ 52,02 |
| 02.11.06.006-2 | CURVA DIARIA DE PRESSÃO OCULAR - CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS) | R\$ 28,90 |
| 02.11.06.011-9 | GONIOSCOPIA | R\$ 28,90 |
| 02.11.06.012-7 | MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (MONOCULAR) | R\$ 40,46 |

| 02.11.06.025-9 | TONOMETRIA | R\$ 5,78 |
|--|---|---------------|
| PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO AMBULATORIAL - S.A. - SANTA LUZIA | | |
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 02.01.01.009-7 | BIÓPSIA DE CONJUNTIVA (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 158,14 |
| 02.01.01.018-6 | BIÓPSIA DE ESCLERA (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 113,02 |
| 02.01.01.035-6 | BIÓPSIA DE PÁLPEBRA (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 148,08 |
| 04.05.01.004-4 | DRENAGEM DE ABSCESSO DE PÁLPEBRA (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 150,29 |
| 04.05.01.006-0 | EPILACAO DE CILIOS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 40,40 |
| 04.05.01.014-1 | SIMBLEFAROPLASTIA - UNILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 303,95 |
| 04.05.01.016-8 | SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 135,95 |
| 04.05.01.017-6 | SUTURA DE PÁLPEBRAS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 263,58 |
| 04.05.01.018-4 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BLEFAROCALASE - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 635,84 |
| 04.05.01.019-2 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TRIQUÍASE COM OU SEM ENXERTO (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 361,85 |
| 04.05.03.005-3 | INJEÇÃO INTRA-VITREO (BPA INDIVIDUALIZADO) (com Avastim) | R\$ 430,06 |
| CISMEP-13 | INJEÇÃO INTRA-VITREO COM dexametasona e/ou ceftriaxona e/ou vancomicina (antibiotico) | R\$ 208,09 |
| Tabela 27 | SUTURA DE ESCLERA (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 248,46 |
| 04.05.04.019-9 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DO XANTELASMA (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 301,04 |
| 04.05.05.002-0 | CAPSULOTOMIA A YAG LASER (APAC) | R\$ 78,61 |
| 04.05.05.003-8 | CAUTERIZAÇÃO DE Córnea | R\$ 29,85 |
| 04.05.05.008-9 | EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA | R\$ 213,64 |
| 04.05.05.016-0 | INJEÇÃO SUBCONJUNTIVAL/SUBTENONIANA | R\$ 15,41 |
| 04.05.05.017-8 | IRIDECTOMIA CIRÚRGICA (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 451,82 |
| 04.05.05.020-8 | PARACENTESE DE CÂMARA ANTERIOR | R\$ 126,88 |
| 04.05.05.021-6 | RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 221,53 |
| 04.05.05.024-0 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA ANTERIOR DO OLHO (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 528,12 |
| 04.05.05.025-9 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO NA Córnea | R\$ 33,46 |
| 04.05.05.029-1 | SUTURA DE CONJUNTIVA | R\$ 133,49 |
| 04.05.05.030-5 | SUTURA DE Córnea | R\$ 260,97 |
| 04.05.05.036-4 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO | R\$ 330,17 |
| PROCEDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H. - SANTA LUZIA | | |
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 02.01.01.024-0 | BIÓPSIA DE ÍRIS, CORPO CILIAR, RETINA, CORÓIDE E VÍTREO | R\$ 283,21 |
| 04.05.01.001-0 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ENTRÓPIO E ECTRÓPIO (BILATERAL) | R\$ 289,02 |
| 04.05.01.007-9 | EXERESE DE CALÁZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PÁLPEBRA E SUPERCÍLIOS (UNILATERAL) | R\$ 113,29 |
| 04.05.01.002-8 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE EPICANTO E ELECANTO | R\$ 322,43 |
| 04.05.01.003-6 | DACRIOCISTORRINOSTOMIA (UNILATERAL) em sana luzia | R\$ 843,93 |
| 04.05.01.011-7 | RECONSTITUIÇÃO DE CANAL LACRIMAL (UNILATERAL) | R\$ 867,05 |
| 04.05.01.012-5 | RECONSTITUIÇÃO PARCIAL DA PÁLPEBRA COM TARSORRAFIA (BILATERAL) | R\$ 439,31 |
| 04.05.01.015-0 | SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL (BILATERAL) | R\$ 289,02 |
| 04.05.01.017-6 | SUTURA DE PÁLPEBRAS (BILATERAL) | R\$ 208,09 |
| 04.05.02.001-5 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MÚSCULOS HIPERTROPIAS) | R\$ 1.572,25 |
| 04.05.02.002-3 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DO ESTRABISMO (ATÉ 2 MÚSCULOS) | R\$ 1.132,95 |
| 04.05.03.009-6 | SUTURA DE ESCLERA | R\$ 285,55 |
| 04.05.04.001-6 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE LAGOFTALMO | R\$ 439,31 |
| 04.05.04.006-7 | ENUCLEAÇÃO DO GLOBO OCULAR | R\$ 751,45 |
| 04.05.04.007-5 | EVISCERAÇÃO DE GLOBO OCULAR | R\$ 832,37 |
| 04.05.04.018-0 | TRANSPLANTE DE PERIÓSTEO EM ESCLEROMALÁCIA | R\$ 1.384,95 |
| 04.05.04.020-2 | TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL (em santa luzia) | R\$ 716,76 |
| 04.05.05.001-1 | CAPSULECTOMIA POSTERIOR CIRÚRGICA | R\$ 439,31 |
| Tabela 28 | RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL | R\$ 254,34 |
| 04.05.05.022-4 | RECONSTITUIÇÃO DE FÓRNIX CONJUNTIVAL | R\$ 533,53 |
| 04.05.05.035-6 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE GLAUCOMA CONGÊNITO | R\$ 1.429,77 |
| 04.05.05.039-9 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEISCÊNCIA DE SUTURA DE Córnea | R\$ 278,43 |
| 04.05.04.010-5 | EXPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR LIO | R\$ 978,25 |
| 04.05.04.021-0 | REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRA- OCULAR | R\$ 524,40 |
| 04.05.05.009-7 | FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR | R\$ 998,80 |
| Tabela 29 | FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR | R\$ 858,96 |
| 04.05.05.011-9 | FACOMULSIFICAÇÃO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR RÍGIDA | R\$ 998,80 |
| 04.05.05.014-3 | IMPLANTE INTRAESTROMAL | R\$ 1.791,91 |
| 04.05.05.037-2 | FACOMULSIFICACAO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL | R\$ 998,80 |

OFTALMOLOGIA UNIDADES EXTERNAS

PACOTE BÁSICO DA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - UNIDADES EXTERNAS

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|----------------|--|---------------|
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA (QUANTIDADE 1) | R\$ 69,36 |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR PACIENTE (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.002-0 | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.025-9 | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.012-7 | MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |

AValiação DE CATARATA - UNIDADES EXTERNAS

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|----------------|--|---------------|
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CATARATA (QUANTIDADE 1) | R\$ 122,54 |
| 02.11.06.001-1 | BIOMETRIA ULTRASSONICA MONOCULAR (ECO A) | |
| 02.11.06.012-7 | MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.025-9 | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1) | |
| 02.05.02.008-9 | ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | |

| AVALIAÇÃO CIRÚRGICA DE GLAUCOMA - UNIDADES EXTERNAS | | |
|---|---|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1) | R\$ 92,88 |
| 02.11.06.025-9 | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.002-0 | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.003-8 | CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA | |
| 02.11.06.017-8 | RETINOGRAFIA COLORIDA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | |
| CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAVIAÇÃO DE GLAUCOMA - UNIDADES EXTERNAS | | |
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.010-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1) | R\$ 149,73 |
| | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1) | |
| | FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1) | |
| | CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| 02.11.06.011-9 | GONIOSCOPIA (QUANTIDADE 1) | |
| 02.05.02.002-0 | PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA - MONOCULAR | |
| 02.11.06.028-3 | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| Tabela 30 | CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO (CDP - 3 MEDIDAS) | |
| 02.11.06.002-0 | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO | |
| 02.11.06.017-8 | RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR | |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | |
| ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DE GLAUCOMA - UNIDADES EXTERNAS | | |
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.03.05.001-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1) | R\$ 46,24 |
| | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1) | |
| | FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1) | |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | |
| Tabela 31 | | |
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.03.05.003-9 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (1ª LINHA) | R\$ 18,66 |
| 03.03.05.004-7 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (2ª LINHA) | R\$ 79,38 |
| 03.03.05.005-5 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (3ª LINHA) | R\$ 127,98 |
| 03.03.05.006-3 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (1ª LINHA) | R\$ 12,44 |
| 03.03.05.007-1 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (2ª LINHA) | R\$ 52,92 |
| 03.03.05.008-0 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (3ª LINHA) | R\$ 85,33 |
| 03.03.05.009-8 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE ACETAZOLAMIDA MONOCULAR OU BINOCULAR | R\$ 93,10 |
| 03.03.05.010-1 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA MONOCULAR | R\$ 8,93 |
| 03.03.05.011-0 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA BINOCULAR | R\$ 13,39 |
| 03.03.05.015-2 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - MONOCULAR | R\$ 65,36 |
| 03.03.05.016-0 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - BINOCULAR | R\$ 98,04 |
| Tabela 32 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR | R\$ 97,77 |
| 03.03.05.018-7 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR | R\$ 146,64 |
| 03.03.05.019-5 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR | R\$ 138,25 |
| 03.03.05.020-9 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR | R\$ 207,36 |
| 03.03.05.021-7 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS | R\$ 150,69 |
| 03.03.05.022-5 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS | R\$ 226,02 |
| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CÔRNEA - UNIDADES EXTERNAS | | |
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CÔRNEA (QUANTIDADE 1) | R\$ 74,55 |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.026-7 | TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÔRNEA-CERATOSCOPIA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) (24.24) | |
| 02.05.02.002-0 | PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA - MONOCULAR (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE ESTRABISMO - UNIDADES EXTERNAS | | |
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM ESTRABISMO (QUANTIDADE 1) | R\$ 75,14 |
| 02.11.06.023-2 | TESTE ORTÓPTICO (QUANTIDADE 1) | |
| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE PLÁSTICA OCULAR - UNIDADES EXTERNAS | | |
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM PLÁSTICA OCULAR (QUANTIDADE 1) | R\$ 69,36 |
| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA - UNIDADES EXTERNAS | | |
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM RETINA (QUANTIDADE 1) | R\$ 196,53 |
| 02.11.06.012-7 | MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.017-8 | RETINOGRAFIA COLORIDA (QUANTIDADE 1) | |
| Tabela 33 | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.018-6 | RETINOGRAFIA FLUORESCENTE (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CIRURGIAS RETINIANAS - AVAL. DEPARTAMENTO DE VITRECTOMIA - UNIDADES EXTERNAS | | |
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CIRURGIAS RETINIANAS (QUANTIDADE 1) | R\$ 196,53 |
| 02.11.06.012-7 | MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1) | |
| 02.05.02.008-9 | ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR) - ECO B- (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| 02.11.06.028-3 | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.025-9 | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1) | |
| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA - CONTROLE DE VITRECTOMIA - UNIDADES EXTERNAS | | |

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|--|--|---------------|
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CIRURGIAS RETINIANAS (QUANTIDADE 1) | R\$ 138,73 |
| 02.11.06.012-7 | MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1) | |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | |
| 02.05.02.008-9 | ECO-B ULTRA-SOM DE GLOBO OCULAR/ÓRBITA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| 02.11.06.028-3 | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| AVALIAÇÃO DE RETINA PÓS INJEÇÃO INTRA-VITREO - UNIDADES EXTERNAS | | |
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM RETINA (QUANTIDADE 1) | R\$ 138,73 |
| 02.11.06.028-3 | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| 02.11.06.012-7 | MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1) | |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | |
| EXAMES EM OFTALMOLOGIA - UNIDADES EXTERNAS | | |
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 02.05.02.002-0 | PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA - MONOCULAR | R\$ 40,46 |
| 02.05.02.008-9 | ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B | R\$ 57,80 |
| 02.11.06.001-1 | BIOMETRIA ULTRASSÔNICA MONOCULAR (ECO A) | R\$ 40,46 |
| 02.11.06.002-0 | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO | R\$ 23,12 |
| 02.11.06.003-8 | CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA | R\$ 52,02 |
| 02.11.06.006-2 | CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO OCULAR - CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS) | R\$ 28,90 |
| 02.11.06.011-9 | GONIOSCOPIA | R\$ 28,90 |
| 02.11.06.012-7 | MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (MONOCULAR) | R\$ 40,46 |
| 02.11.06.015-1 | POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL | R\$ 52,02 |
| 02.11.06.017-8 | RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR | R\$ 86,71 |
| 02.11.06.018-6 | RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR | R\$ 115,61 |
| 02.11.06.025-9 | TONOMETRIA | R\$ 5,78 |
| 02.11.06.026-7 | TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÔRNEA (CERATOSCOPIA) | R\$ 69,36 |
| 02.11.06.028-3 | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA (OCT) | R\$ 69,36 |
| CISMEP-12 | TRATAMENTO MEDICAMENTOSOS DE BLEFAROESPASMO COM TOXINA BOTULÍNICA (SEM A TOXINA, TOXINA FORNECIDA PELO ESTADO) | R\$ 98,27 |
| PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO AMBULATORIAL - S.A. - UNIDADES EXTERNAS | | |
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 02.01.01.009-7 | BIÓPSIA DE CONJUNTIVA (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 158,14 |
| 02.01.01.018-6 | BIÓPSIA DE ESCLERA (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 113,02 |
| 02.01.01.035-6 | BIÓPSIA DE PÁLPEBRA (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 148,08 |
| 04.05.01.004-4 | DRENAGEM DE ABSCESSO DE PÁLPEBRA (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 150,29 |
| 04.05.01.005-2 | EPILAÇÃO A LASER - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 107,51 |
| 04.05.01.006-0 | EPILACAO DE CILIOS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 40,40 |
| 04.05.01.014-1 | SIMBLEFAROPLASTIA - UNILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 303,95 |
| Tabela 34 | SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 135,95 |
| 04.05.01.017-6 | SUTURA DE PÁLPEBRAS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 263,58 |
| 04.05.01.018-4 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BLEFAROCALASE - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 635,84 |
| 04.05.01.019-2 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TRIQUIÍASE COM OU SEM ENXERTO (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 361,85 |
| 04.05.03.004-5 | FOTOCOAGULAÇÃO A LASER secoa (APAC) | R\$ 86,88 |
| 04.05.03.005-3 | INJEÇÃO INTRA-VITREO (BPA INDIVIDUALIZADO) (com Avastim) | R\$ 430,06 |
| CISMEP-13 | INJEÇÃO INTRA-VITREO COM dexametasona e/ou ceftriaxona e/ou vancomicina (antibiotico) | R\$ 208,09 |
| Tabela 35 | SUTURA DE ESCLERA (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 248,46 |
| 04.05.03.015-0 | VITRIÓLISE A YAG LASER (BPA CONSOLIDADO) | R\$ 78,61 |
| 04.05.03.019-3 | PAN-FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA A LASER CORRESPONDE A 4 PROCEDIMENTOS DE FOTOCOAGULAÇÃO A LASER. (APAC) | R\$ 208,09 |
| 04.05.03.021-5 | RETINOPEXIA PNEUMÁTICA (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 610,92 |
| 04.05.03.022-3 | REMOÇÃO DE ÓLEO DE SILICONE (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 736,42 |
| 04.05.04.019-9 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DO XANTELASMA (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 301,04 |
| 04.05.05.002-0 | CAPSULOTOMIA A YAG LASER (APAC) | R\$ 78,61 |
| 04.05.05.003-8 | CAUTERIZAÇÃO DE CÔRNEA | R\$ 29,85 |
| 04.05.05.008-9 | EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA | R\$ 213,64 |
| 04.05.05.012-7 | FOTOTRABECULOPLASTIA A LASER (APAC) | R\$ 52,02 |
| 04.05.05.016-0 | INJEÇÃO SUBCONJUNTIVAL/SUBTENONIANA | R\$ 15,41 |
| 04.05.05.017-8 | IRIDECTOMIA CIRÚRGICA (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 451,82 |
| 04.05.05.019-4 | IRIDOTOMIA A LASER (APAC) | R\$ 91,04 |
| 04.05.05.020-8 | PARACENTESE DE CÂMARA ANTERIOR | R\$ 126,88 |
| 04.05.05.021-6 | RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 221,53 |
| 04.05.05.024-0 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA ANTERIOR DO OLHO (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 528,12 |
| 04.05.05.025-9 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO NA CÔRNEA | R\$ 33,46 |
| 04.05.05.026-7 | SINEQUIÓLISE A YAG LASER (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 78,61 |
| 04.05.05.029-1 | SUTURA DE CONJUNTIVA | R\$ 133,49 |
| 04.05.05.030-5 | SUTURA DE CÔRNEA | R\$ 260,97 |
| 04.05.05.036-4 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO | R\$ 330,17 |
| PROCEDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H. - UNIDADES EXTERNAS | | |
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 02.01.01.024-0 | BIÓPSIA DE ÍRIS, CORPO CILIAR, RETINA, CORÓIDE E VÍTREO | R\$ 283,21 |
| 04.05.01.001-0 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ENTRÓPIO E ECTRÓPIO (BILATERAL) | R\$ 289,02 |
| 04.05.01.007-9 | EXERESE DE CALÁZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PÁLPEBRA E SUPERCÍLIOS (UNILATERAL) | R\$ 113,29 |
| 04.05.01.002-8 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE EPICANTO E ELECANTO | R\$ 322,43 |
| 04.05.01.003-6 | DACRIOCISTORRINOSTOMIA (UNILATERAL) | R\$ 936,42 |
| 04.05.01.011-7 | RECONSTITUIÇÃO DE CANAL LACRIMAL (UNILATERAL) | R\$ 867,05 |
| 04.05.01.012-5 | RECONSTITUIÇÃO PARCIAL DA PÁLPEBRA COM TARSORRAFIA (BILATERAL) | R\$ 439,31 |
| 04.05.01.015-0 | SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL (BILATERAL) | R\$ 289,02 |

| 04.05.01.017-6 | SUTURA DE PÁLPEBRAS (BILATERAL) | R\$ 208,09 |
|---|--|---------------|
| 04.05.02.001-5 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MÚSCULOS HIPERTROPIAS) | R\$ 1.572,25 |
| 04.05.02.002-3 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DO ESTRABISMO (ATÉ 2 MÚSCULOS) | R\$ 1.132,95 |
| 04.05.03.007-0 | RETINOPEXIA COM INTROFLEXÃO ESCLERAL | R\$ 1.005,43 |
| Tabela 36 | SUTURA DE ESCLERA | R\$ 285,55 |
| 04.05.03.013-4 | VITRECTOMIA ANTERIOR | R\$ 554,64 |
| 04.05.03.014-2 | VITRECTOMIA POSTERIOR | R\$ 2.532,37 |
| 04.05.03.016-9 | VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER | R\$ 3.377,08 |
| 04.05.03.017-7 | VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO, ÓLEO DE SILICONE E ENDOLASER | R\$ 3.907,51 |
| CISMEP-03 | MEMBRANECTOMIA | R\$ 392,25 |
| CISMEP-04 | TROCA FLUIDO GASOSA | R\$ 235,95 |
| CISMEP-05 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA POSTERIOR DO OLHO | R\$ 393,76 |
| 04.05.04.001-6 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE LAGOFTALMO | R\$ 439,31 |
| 04.05.04.006-7 | ENUCLAEAÇÃO DO GLOBO OCULAR | R\$ 751,45 |
| 04.05.04.007-5 | EVISCERAÇÃO DE GLOBO OCULAR | R\$ 832,37 |
| 04.05.04.018-0 | TRANSPLANTE DE PERIÓSTEO EM ESCLEROMALÁCIA | R\$ 1.384,95 |
| 04.05.04.020-2 | TRATAMENTO DE PTOSE PALBEBRAL | R\$ 786,13 |
| 04.05.05.001-1 | CAPSULECTOMIA POSTERIOR CIRÚRGICA | R\$ 439,31 |
| Tabela 37 | CICLOCRIOCOAGULAÇÃO/DIATERMIA | R\$ 679,20 |
| 04.05.05.021-6 | RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL | R\$ 254,34 |
| 04.05.05.022-4 | RECONSTITUIÇÃO DE FÓRNIX CONJUNTIVAL | R\$ 533,53 |
| 04.05.05.032-1 | TRABECULECTOMIA (CIRURGIA FISTULIZANTE ANTIGLAUCOMATOSA) | R\$ 1.038,55 |
| 04.05.05.035-6 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE GLAUCOMA CONGÊNITO | R\$ 1.429,77 |
| 04.05.05.039-9 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEISCÊNCIA DE SUTURA DE Córnea | R\$ 278,43 |
| 04.05.04.010-5 | EXPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR LIO | R\$ 978,25 |
| 04.05.04.021-0 | REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRA- OCULAR | R\$ 524,40 |
| 04.05.05.009-7 | FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR | R\$ 998,80 |
| 04.05.05.010-0 | FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR | R\$ 858,96 |
| 04.05.05.011-9 | FACOEMLSIFICACÃO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR RÍGIDA | R\$ 998,80 |
| 04.05.05.014-3 | IMPLANTE INTRAESTROMAL | R\$ 1.791,91 |
| Tabela 38 | IMPLANTE SECUNDÁRIO DE LENTE INTRA- OCULAR LIO | R\$ 1.445,09 |
| 04.05.05.037-2 | FACOEMLSIFICACAO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL | R\$ 998,80 |
| PROCEDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS ESPECIAIS - UNIDADES EXTERNAS | | |
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| CISMEP-45 | PENTACAM (TOMOGRAFIA DE CORNEA) | R\$ 289,02 |
| CISMEP-46 | SEDACAO PARA PLASTICA OCULAR | R\$ 161,85 |
| CISMEP-47 | INJEAÇÃO INTRA-VITREA DE EYLIA (AFLIBICERPT) COM OCT 30 DIAS APOS GRUPOS DE 3 APLICACÕES | R\$ 1.965,32 |
| CISMEP-48 | INJEAÇÃO INTRA-VITREA DE LUCENTIS (RANIZUBIMABE) COM OCT 30 DIAS APOS GRUPOS DE 3 APLICACÕES | R\$ 2.173,41 |
| CISMEP-49 | CIRURGIA DE PRK - REFRACTIVA A LASER BINOCULAR | R\$ 1.849,71 |
| Tabela 39 | CIRURGIA DE PRK - REFRACTIVA A LASER MONOCULAR | R\$ 1.098,27 |
| CISMEP-51 | AVALIACAO DE CIRURGIA REFRACTIVA A LASER - INCLUI PENTACAM | R\$ 404,62 |

TABELA 02 - OTORRINOLARINGOLOGIA

| CONSULTA EM OTORRINOLARINGOLOGIA | | |
|---|---|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA (OTORRINOLARINGOLOGIA) | R\$ 64,18 |
| 03.01.01.007-2 | AVAL. NO DEPART. DE MICROCIRURGIA DE LARINGE | R\$ 66,40 |
| 03.01.01.007-2 | AVAL. NO DEPART. CIRUR. DE SINUSITES E POLIPOS NASAIS | R\$ 66,40 |
| 03.01.01.007-2 | AVAL. NO DEPART. DE AMIGDALAS E ADENOIDES | R\$ 66,40 |
| 03.01.01.007-2 | AVAL. NO DEPART. DE CIRUR. DE OUVIDO - OTORRINO | R\$ 66,40 |
| 03.01.01.007-2 | AVAL. NO DEPART. DE CIRURGIA DE SEPTO NASAL E CORNETOS | R\$ 66,40 |

| EXAMES EM OTORRINOLARINGOLOGIA | | |
|---------------------------------------|---|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 02.09.04.002-5 | LARINGOSCOPIA | R\$ 66,40 |
| 02.09.04.004-1 | VIDEOLARINGOSCOPIA (FIBRONASOLARINGOSCOPIA) | R\$ 94,68 |

| PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO AMBULATORIAL - S.A. | | |
|--|---|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 02.01.01.008-9 | BIÓPSIA DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO | R\$ 32,02 |
| 02.01.01.019-4 | BIÓPSIA DE FARINGE (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 32,02 |
| Tabela 40 | BIÓPSIA DE PAVILHAO AURICULAR | R\$ 24,40 |
| 02.01.01.039-9 | BIÓPSIA DE PIRAMIDE NASAL | R\$ 32,02 |
| 02.01.01.044-5 | BIÓPSIA DE SEIO PARANASAL | R\$ 32,02 |
| 02.01.01.052-6 | BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA | R\$ 35,07 |
| 04.04.01.007-5 | DRENAGEM DE FURÚNCULO NO CONDUTO AUDITIVO EXTERNO | R\$ 29,06 |
| 04.04.01.015-6 | INFILTRAÇÃO MEDICAMENTOSA EM CORNETO INFERIOR | R\$ 19,82 |
| 04.04.01.024-5 | MIRINGOTOMIA | R\$ 19,82 |
| 04.04.01.025-3 | PARACENTESE DO TÍMPANO | R\$ 24,40 |
| 04.04.01.026-1 | PUNÇÃO TRANSMÉATICA DO SEIO MAXILAR (UNILATERAL) | R\$ 19,82 |
| 04.04.01.027-0 | REMOCAO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO UNILATERAL/BILATERAL | R\$ 33,20 |
| 04.04.01.029-6 | RESSECCAO DE SINÉQUIAS | R\$ 64,05 |
| 04.04.01.031-8 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO, FARINGE, LARINGE, NARIZ | R\$ 61,97 |
| 04.04.01.034-2 | TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR E/OU POSTERIOR | R\$ 29,06 |
| 04.04.01.036-9 | TIMPANOTOMIA PARA TUBO DE VENTILAÇÃO | R\$ 476,10 |
| 04.04.01.039-3 | TRATAMENTO CIRURGICO DE PERICONDRITE DE PAVILHÃO | R\$ 64,05 |
| 04.04.01.044-0 | ANTROSTOMIA MAXILAR INTRA-NASAL | R\$ 76,24 |

| | | | |
|----------------|---|-----|-------|
| 04.04.02.005-4 | DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS | R\$ | 24,40 |
| 04.04.02.010-0 | EXCIÇÃO EM CUNHA DE LÁBIO (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ | 61,00 |

| Tabela 41 | | | |
|------------------|---|----------------------|----------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP | |
| 02.01.01.026-7 | BIOSPIA DE LESÃO DE PARTES MOLES POR AGULHA / CÉU ABERTO) - EXCLUSIVO PARA CASOS EM LARINGE REALIZADOS EM AMBIENTE HOSPITALAR (BLOCO CIRÚRGICO) SOB ANESTESIA GERAL | R\$ | 620,25 |
| 03.08.04.001-5 | TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS OU CLÍNICOS | R\$ | 321,35 |
| 04.01.02.015-0 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DO SINUS PRE-AURICULAR | R\$ | 614,27 |
| 04.04.01.001-6 | ADENOIDECTOMIA | R\$ | 1.533,65 |
| 04.04.01.002-4 | AMIGDALECTOMIA | R\$ | 1.031,15 |
| 04.04.01.003-2 | AMIGDALECTOMIA COM ADENOIDECTOMIA | R\$ | 1.992,51 |
| 04.04.01.004-0 | ANTROTOMIA DA MASTÓIDE (DRENAGEM DE OTITE NO LACTENTE) | R\$ | 449,39 |
| 04.04.01.005-9 | DRENAGEM DE ABSCESSO FARÍNGEO | R\$ | 394,72 |
| Tabela 42 | | | |
| | DRENAGEM DE ABSCESSO PERIAMIGDALIANO | R\$ | 394,72 |
| 04.04.01.008-3 | DRENAGEM DO SACO ENDO-LINFÁTICO (SHUNT) COM AUDIÇÃO VIA TRANSMASTÓIDEA (IDADE MÍNIMA DE 12 ANOS) | R\$ | 1.237,73 |
| 04.04.01.011-3 | EXÉRESE DE PAPILOMA EM LARINGE | R\$ | 1.255,73 |
| 04.04.01.012-1 | EXÉRESE DE TUMOR DE VIAS AÉREAS SUPERIORES, FACE E PESCOÇO | R\$ | 558,72 |
| 04.04.01.013-0 | EXTIRPAÇÃO DO TUMOR DO CAVUM E FARINGE | R\$ | 381,78 |
| 04.04.01.016-4 | LABIRINTECTOMIA MEMBRANOSA/ÓSSEA COM OU SEM AUDIÇÃO | R\$ | 1.244,93 |
| 04.04.01.021-0 | MASTOIDECTOMIA RADICAL | R\$ | 2.271,39 |
| 04.04.01.022-9 | MASTOIDECTOMIA SUBTOTAL | R\$ | 2.140,39 |
| 04.04.01.023-7 | MICROCIRURGIA OTOLÓGICA | R\$ | 1.042,28 |
| 04.04.01.028-8 | RESSECÇÃO DO GLOMO TIMPÂNICO | R\$ | 1.302,25 |
| 04.04.01.031-8 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO/ FARINGE/LARINGE/NARIZ | R\$ | 381,78 |
| 04.04.01.032-6 | SINUSOTOMIA BILATERAL | R\$ | 1.789,86 |
| 04.04.01.033-4 | SINUSOTOMIA ESFENOIDAL | R\$ | 1.942,27 |
| 04.04.01.035-0 | TIMPANOPLASTIA (UNI/BILATERAL) | R\$ | 1.710,12 |
| 04.04.01.037-7 | TRAQUEOSTOMIA | R\$ | 852,19 |
| 04.04.01.038-5 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ESTENOSE DO CONDUTO AUDITIVO | R\$ | 893,91 |
| 04.04.01.040-7 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RINITE CRÔNICA (OZENA) | R\$ | 514,13 |
| 04.04.01.041-5 | TURBINECTOMIA (IDADE MÍNIMA DE 12 ANOS) | R\$ | 1.165,63 |
| CISMEP-06 | ELETROCOAGULAÇÃO DE MUCOSA DE CORNETOS NASAIS EM PACIENTES COM IDADE ABAIXO DE 12 ANOS EM CIRURGIAS DE A + A | R\$ | 165,99 |
| Tabela 43 | | | |
| | SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO | R\$ | 1.252,35 |
| 04.04.01.049-0 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE IMPERFURAÇÃO COANAL (UNILATERAL/BILATERAL) | R\$ | 485,35 |
| 04.04.01.050-4 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PERFURAÇÃO DO SEPTO NASAL | R\$ | 485,35 |
| 04.04.01.051-2 | SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR | R\$ | 1.063,25 |
| 04.04.01.052-0 | SEPTOPLASTIA REPARADORA NÃO ESTÉTICA | R\$ | 353,01 |
| 04.04.01.053-9 | RESSECÇÃO DE TUMOR DO ACÚSTICO (PELA FOSSA MÉDIA) | R\$ | 885,28 |
| 04.04.01.055-5 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RINOFIMA | R\$ | 525,64 |
| 04.04.02.001-1 | ALONGAMENTO DE COLUMELA | R\$ | 324,23 |
| 04.04.02.003-8 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORO-NASAL/ORO-SINUSAL | R\$ | 655,11 |
| 04.04.02.004-6 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA SALIVAR COM RETALHO | R\$ | 309,85 |
| 04.04.02.027-5 | RESSECÇÃO DE LESÃO MALIGNA E BENIGNA DA REGIÃO CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL (IDADE MÍNIMA DE 10 ANOS) | R\$ | 1.748,43 |
| 04.04.02.032-1 | RINOPLASTIA PARA DEFEITOS PÓS-TRAUMÁTICOS | R\$ | 1.320,20 |
| 04.04.02.034-8 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ATRESIA NARINÁRIA | R\$ | 453,71 |
| 04.04.02.035-6 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA E CISTOS ORO-MAXILARES | R\$ | 597,56 |
| 04.04.02.077-1 | RESSECÇÃO DE LESÃO DA BOCA | R\$ | 540,02 |
| 04.04.03.008-4 | ALVEOLOPLASTIA COM ENXERTO ÓSSEO EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIOFACIAL | R\$ | 1.565,73 |
| 04.13.04.023-2 | TRATAMENTO CIRÚRGICO NÃO ESTÉTICO DA ORELHA | R\$ | 607,63 |

TABELA 03 - FONOAUDIOLOGIA

| AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL (pacote) | | | |
|---|--|----------------------|------------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP | |
| 02.11.07.004-1 | AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR - VIA AÉREA/ÓSSEA | R\$ | 21,00 |
| 02.11.07.021-1 | LOGOaudiometria (AUDIOMETRIA VOCAL) | R\$ | 26,25 |
| 02.11.07.032-7 | TESTES ACUMÉTRICOS (DIAPASÃO) | R\$ | 2,00 |
| TOTAL DO PACOTE | | | R\$ 49,25 |

| AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL + IMITÂNCIOMETRIA (pacote) | | | |
|---|--|----------------------|------------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP | |
| 02.11.07.004-1 | AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR - VIA AÉREA/ÓSSEA | R\$ | 21,00 |
| 02.11.07.021-1 | LOGOaudiometria (AUDIOMETRIA VOCAL) | R\$ | 26,25 |
| 02.11.07.032-7 | TESTES ACUMÉTRICOS (DIAPASÃO) | R\$ | 2,00 |
| 02.11.07.020-3 | IMITÂNCIOMETRIA (IMPEDÂNCIOMETRIA) | R\$ | 23,00 |
| TOTAL DO PACOTE | | | R\$ 72,25 |

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

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

| CONSULTAS | | |
|----------------|------------------------------------|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.07.011-3 | TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INDIVIDUAL | R\$ 40,00 |

| CONSULTAS - UNIDADE FORMIGA | | |
|-----------------------------|------------------------------------|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.07.011-3 | TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INDIVIDUAL | R\$ 49,86 |

TABELA 04 - GASTROENTEROLOGIA

| CONSULTA EM GASTROENTEROLOGIA | | |
|-------------------------------|--|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (GASTROENTEROLOGIA) | R\$ 46,00 |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (PRÉ-ENDOSCOPIA PARA MENORES DE 12 ANOS) | R\$ 46,00 |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CONSULTA PRÉ- COLONOSCOPIA) | R\$ 46,00 |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CONSULTA PRÉ- DILATAÇÃO / PRÉ- LIGADURA) | R\$ 46,00 |

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

| PROCEDIMENTOS - SERVIÇO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL - SA/SH | | |
|--|--|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 02.09.01.002-9 | COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA) | R\$ 450,00 |
| 02.09.01.003-7 | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA | R\$ 163,00 |
| 02.09.01.003-7 | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (SOB SEDAÇÃO) | R\$ 194,00 |
| 02.09.01.005-3 | RETOSSIGMÓIDOSCOPIA | R\$ 84,80 |
| 02.09.01.001-0 | COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETROGRADA (VIA ENDOSCÓPICA) | R\$ 6.799,00 |
| CISMEP-43 | ECOENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA | R\$ 2.250,00 |
| CISMEP-44 | ECOENDOSCOPIA TERAPEUTICA | R\$ 4.375,00 |

| GASTROENTEROLOGIA - UNIDADE MARIANA | | |
|-------------------------------------|--|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 02.09.01.003-7 | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA | R\$ 180,00 |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (GASTROENTEROLOGIA) | R\$ 46,00 |

| GASTROENTEROLOGIA - UNIDADE OURO PRETO | | |
|--|---|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 02.09.01.003-7 | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA | R\$ 180,00 |
| 02.09.01.002-9 | COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA) COM ANESTESIA | R\$ 450,00 |

TABELA 05 - ANGIOLOGIA

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

| PROCEDIMENTOS - SERVIÇO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL - SA/SH | | |
|--|---|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.09.07.001-5 | TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL) | R\$ 100,22 |

* Valor coberto por FAEC

| PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H. | | |
|---|--|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 04.06.02.056-6 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL) | R\$ 1.092,60 |
| 04.06.02.057-4 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL) | R\$ 727,85 |

TABELA 06 - ORTOPEDIA

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

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

| CONSULTA DE ORTOPEDIA | | |
|-----------------------|--|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (ORTOPEDIA GERAL) | R\$ 43,00 |

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

| PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H. | | |
|---|---|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.08.04.001-5 | TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS OU CLÍNICOS | R\$ 270,40 |
| 04.03.02.007-7 | NEURÓLISE NÃO FUNCIONAL DE NERVOS PERIFÉRICOS | R\$ 704,38 |
| 04.03.02.008-5 | NEURORRAFIA | R\$ 1.024,91 |
| 04.03.02.010-7 | TRANSPOSIÇÃO DO NERVO CUBITAL | R\$ 689,00 |
| 04.03.02.012-3 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SÍNDROME COMPRESSIVA EM TÚNEL OSTEO-FIBROSO AO NÍVEL DO CARPO | R\$ 885,50 |
| 04.08.02.003-2 | ARTRODESE DE MEDIAS / GRANDES ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR | R\$ 345,54 |
| 04.08.02.004-0 | ARTROPLASTIA DE ARTICULAÇÃO DA MÃO (POR RESSECÇÃO) | R\$ 544,70 |
| 04.08.02.013-0 | RECONSTRUÇÃO CAPSULO-LIGAMENTAR DE COTOVELO/PUNHO | R\$ 464,10 |
| 04.08.02.014-8 | RECONSTRUÇÃO DE POLIA TENDINOSA DE MÃO | R\$ 470,60 |
| 04.08.02.030-0 | TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO SUPERIOR | R\$ 418,60 |
| 04.08.02.032-6 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO | R\$ 636,76 |
| 04.08.02.033-4 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO ÚMERO | R\$ 1.217,08 |
| 04.08.02.034-2 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DAS FALANGES DA MÃO (COM FIXAÇÃO) | R\$ 640,55 |
| 04.08.02.035-0 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DE EPICONDILIO/ EPITROClea DO ÚMERO | 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\$ 1.024,90 |
| 04.08.02.037-7 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DOS METACARPIANOS | R\$ 832,73 |
| 04.08.02.038-5 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA SUPRA-CONDILIANA DO UMEMO | R\$ 1.024,90 |
| 04.08.02.039-3 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO ÚMERO | R\$ 1.024,90 |
| 04.08.02.040-7 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE EXTREMIDADE/ METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO | R\$ 832,73 |
| 04.08.02.041-5 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE EXTREMIDADE/ METAFISE PROXIMAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO | R\$ 928,81 |
| 04.08.02.042-3 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE AMBOS OS OSSOS ANTEBRAÇOS (COM SÍNTESE) | R\$ 1.024,90 |
| 04.08.02.043-1 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA ÚNICA DO RÁDIO/ DA ULNA | R\$ 832,73 |
| 04.08.02.045-8 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA- LUXAÇÃO DE GALEAZZE/ MONTEGGIA/ ESSEX-LOPRESTI | R\$ 928,81 |
| 04.08.02.046-6 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO | R\$ 1.024,90 |
| 04.08.02.048-2 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO AGUDA CAPSULO-LIGAMENTAR DO MEMBRO SUPERIOR COTOVELO/ PUNHO | R\$ 736,63 |
| 04.08.02.049-0 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO DA MUSCULATURA INTRÍNSECA DA MÃO PARA SUA LIBERAÇÃO | R\$ 392,60 |
| 04.08.02.051-2 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO/ FRATURA- LUXAÇÃO CARPO- METACARPIANO | R\$ 736,63 |
| 04.08.02.052-0 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO/ FRATURA- LUXAÇÃO DOS OSSOS DO CARPO | R\$ 1.024,90 |
| 04.08.02.053-9 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO/ FRATURA- LUXAÇÃO METACARPO-FALANGIANA | R\$ 832,73 |
| 04.08.02.054-7 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO OU FRATURA- LUXAÇÃO DO COTOVELO | R\$ 1.217,08 |
| 04.08.02.055-5 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDOARTROSE/RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO/PERDA ÓSSEA DA MÃO | R\$ 470,60 |
| 04.08.02.060-1 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDO RETARDO/CONSOLIDAÇÃO/PERDA ÓSSEA AO NÍVEL DO CARPO | R\$ 431,60 |
| 04.08.02.061-0 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA/DESINSERÇÃO/ARRANCAMENTO CAPSULO-TENO-LIGAMENTAR NA MÃO | R\$ 736,63 |
| 04.08.02.062-8 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SINDACTILIA DA MÃO (POR ESPAÇO INTERDIGITAL) | R\$ 470,60 |
| 04.08.05.002-0 | AMPUTAÇÃO/ DESARTICULAÇÃO DE PÉ E TARSO | R\$ 832,73 |
| 04.08.05.014-4 | RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DO TORNOZELO | R\$ 928,81 |
| 04.08.05.035-7 | SINDACTILIA CIRÚRGICA DOS DEDOS DO PÉ (PROCEDIMENTO TIPO KELIKIAN) | R\$ 470,60 |
| 04.08.05.037-3 | TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO INFERIOR | R\$ 470,60 |
| 04.08.05.044-6 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE COALIZAÇÃO TARSAL | R\$ 434,20 |
| 04.08.05.045-4 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DE OSSOS DO MÉDIO-PÉ | R\$ 1.024,90 |
| 04.08.05.046-2 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DOS METATARSIANOS | R\$ 1.024,90 |
| 04.08.05.047-0 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DOS PODODACTILOS | R\$ 640,55 |
| 04.08.05.049-7 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR/ TRIMALEOLAR/ DA FRATURA- LUXAÇÃO DO TORNOZELO | R\$ 1.024,90 |
| 04.08.05.053-5 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA CALCANEÓ | R\$ 1.121,00 |
| 04.08.05.054-3 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL | R\$ 1.217,08 |
| 04.08.05.056-0 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TALUS | R\$ 1.024,90 |
| 04.08.05.057-8 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR | R\$ 928,81 |
| 04.08.05.065-9 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HÁLUX VALGUS COM OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO | R\$ 838,25 |
| 04.08.05.066-7 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO AGUDA CAPSULO-LIGAMENTAR DO MEMBRO INFERIOR (TORNOZELO) | R\$ 928,81 |
| 04.08.05.069-1 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO/ FRATURA- LUXAÇÃO METATARSO- FALANGIANA/INTER-FALANGIANA | R\$ 832,73 |
| 04.08.05.070-5 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO/ FRATURA- LUXAÇÃO SUBTALAR E INTRA-TARSICA | R\$ 928,81 |
| 04.08.05.071-3 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO/ FRATURA- LUXAÇÃO TARSO METATARSICA | R\$ 1.024,90 |
| 04.08.05.072-1 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE METATARSO PRIMO VARO | R\$ 405,60 |
| 04.08.05.074-8 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ PLANO VALGO (NÃO ADQUIRIDO) | R\$ 703,21 |
| 04.08.05.078-0 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDACAO / PERDA OSSEA AO NIVEL DO TARSO | R\$ 447,60 |
| 04.08.05.090-0 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HÁLUX RIGIDUS | R\$ 608,90 |
| 04.08.05.091-8 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HÁLUX VALGUS SEM OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO METATARSIANO | R\$ 462,80 |
| 04.08.06.004-2 | AMPUTAÇÃO/DESARTICULAÇÃO DE DEDO | R\$ 515,73 |
| 04.08.06.005-0 | ARTRODESE DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES | R\$ 470,60 |
| 04.08.06.007-7 | ARTROPLASTIA DE RESSECÇÃO DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES | R\$ 470,60 |
| 04.08.06.008-5 | BURSECTOMIA | R\$ 597,54 |
| 04.08.06.012-3 | EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/SINOVECTOMIA DE MÉDIAS/GRANDES ARTICULAÇÕES | R\$ 522,60 |
| 04.08.06.013-1 | EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/SINOVECTOMIA DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES | R\$ 392,60 |
| 04.08.06.014-0 | FASCIECTOMIA | R\$ 649,32 |
| 04.08.06.015-8 | MANIPULACAO ARTICULAR | R\$ 299,00 |
| 04.08.06.018-2 | OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS E CURTOS DA MAO E DO PE | R\$ 490,88 |

| | | | |
|----------------|--|-----|----------|
| 04.08.06.021-2 | RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL | R\$ | 643,01 |
| 04.08.06.031-0 | RESSECÇÃO SIMPLES DE TUMOR ÓSSEO DE PARTES MOLES (TUMORES BENIGNOS) | R\$ | 707,86 |
| 04.08.06.032-8 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRA-ARTICULAR | 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\$ | 525,31 |
| 04.08.06.036-0 | RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO | R\$ | 352,26 |
| 04.08.06.037-9 | RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS | R\$ | 448,36 |
| 04.08.06.041-7 | RETRAÇÃO CICATRICAL DOS DEDOS C/ COMPROMETIMENTO TENDINOSO (POR DEDO) | R\$ | 418,60 |
| 04.08.06.042-5 | REVISÃO CIRÚRGICA DE COTO DE AMPUTAÇÃO DOS DEDOS | R\$ | 392,60 |
| 04.08.06.043-3 | TENODESE | R\$ | 392,60 |
| 04.08.06.044-1 | TENÓLISE | R\$ | 392,60 |
| 04.08.06.045-0 | TENOMIORRAFIA | R\$ | 832,73 |
| 04.08.06.046-8 | TENOMIOTOMIA/DESINSERÇÃO | R\$ | 392,60 |
| 04.08.06.048-4 | TENORRAFIA ÚNICA EM TÚNEL ÓSTEO-FIBROSO | R\$ | 832,73 |
| 04.08.06.053-0 | TRANSPOSIÇÃO/TRANSFERÊNCIA MIOTENDINOSA MÚLTIPLA | R\$ | 1.217,08 |
| 04.08.06.054-9 | TRANSPOSIÇÃO/TRANSFERÊNCIA MIOTENDINOSA ÚNICA | R\$ | 1.217,08 |
| 04.08.06.056-5 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ARTRITE INFECCIOSA DAS PEQUENAS ARTICULAÇÕES | R\$ | 832,73 |
| 04.08.06.057-3 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM MARTELO/EM GARRA (MÃO E PÉ) | R\$ | 652,76 |
| 04.08.06.058-1 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE ARTICULAR POR RETRAÇÃO TENO-CAPSULO-LIGAMENTAR | R\$ | 517,40 |
| 04.08.06.067-0 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RETRAÇÃO MUSCULAR | R\$ | 544,70 |
| 04.08.06.070-0 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SINDACTILIA SIMPLES (DOIS DEDOS) | R\$ | 481,00 |
| 04.08.06.071-9 | VIDEOARTROSCOPIA | R\$ | 550,00 |
| 04.13.04.017-8 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES EXTENSAS COM PERDA DE SUBSTÂNCIA CUTÂNEA | R\$ | 1.200,99 |
| 04.13.04.019-4 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RETRAÇÃO CICATRICAL DO COTOVELO | R\$ | 470,60 |
| 04.13.04.020-8 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RETRAÇÃO CICATRICAL DOS DEDOS DA MÃO/PÉ SEM COMPROMETIMENTO TENDINOSO | R\$ | 481,00 |
| 04.13.04.024-0 | TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REPARAÇÕES DE PERDA DE SUBSTÂNCIA DA MÃO | R\$ | 804,09 |
| CISMEP-09 | REALINHAMENTO DE MECANISMO EXTENSOR DOS DEDOS DA MÃO | R\$ | 780,00 |

TABELA 07 - ULTRASSONOGRAFIA

| EXAMES | | |
|-----------------|--|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 02.01.01.041-0 | BIOPSIA DE PROSTATA | R\$ 487,57 |
| 02.01.01.047-0 | BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE - PAAF | R\$ 122,09 |
| 02.01.01.058-5 | PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA | R\$ 86,00 |
| 02.01.01.060-7 | PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA GROSSA | R\$ 250,34 |
| 02.05.01.004-0 | ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 03 VASOS) = DUPLEX SCAN DE MEMBRO INFERIOR, MEMBRO SUPERIOR, DE CARÓTIDAS E ARTÉRIAS VERTEBRAIS. | R\$ 98,00 |
| 02.05.01.005-9 | ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO | R\$ 50,00 |
| 02.05.02.003-8 | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES) | R\$ 40,00 |
| 02.05.02.004-6 | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL | R\$ 70,00 |
| 02.05.02.005-4 | ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO | R\$ 55,00 |
| 02.05.02.006-2 | ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO (UMA ARTICULAÇÃO / UNILATERAL) | R\$ 60,00 |
| 02.05.02.007-0 | ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL) | R\$ 40,00 |
| 02.05.02.009-7 | ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 70,00 |
| 02.05.02.010-0 | ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL) (PÉLVICA MASCULINA) | R\$ 50,00 |
| 02.05.02.011-9 | ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL) | R\$ 34,00 |
| 02.05.02.012-7 | ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE | R\$ 50,00 |
| 02.05.02.014-3 | ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA (VIA ABDOMINAL OU VIA TRANSVAGINAL) | R\$ 50,00 |
| 02.05.02.015-1 | ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO | R\$ 74,80 |
| 02.05.02.016-0 | ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA) (PÉLVICA FEMININA) | R\$ 50,00 |
| 02.05.02.017-8 | ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA | R\$ 50,00 |
| 02.05.02.018-6 | ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL (ENDOVAGINAL) | R\$ 60,00 |
| CISMEP-07 | ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL | R\$ 50,00 |
| CISMEP-16 | ULTRASSONOGRAFIA TRANSLUCÊNCIA NUCAL | R\$ 72,00 |
| CISMEP-23 | ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA | R\$ 218,35 |
| CISMEP-25 | ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE + DOPPLER | R\$ 143,35 |
| CISMEP-26 | ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL) + DOPPLER | R\$ 143,35 |
| CISMEP-30 | SEDAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS CONFORME NECESSIDADE CLÍNICA | R\$ 33,00 |
| UNIDADE MARIANA | | |
| 02.05.02.018-6 | ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL (ENDOVAGINAL) | R\$ 65,73 |
| 02.05.02.006-2 | ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO (UMA ARTICULAÇÃO / UNILATERAL) | R\$ 65,73 |
| 02.05.02.005-4 | ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO | R\$ 65,73 |

TABELA 08 - CARDIOLOGIA

| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REFERÊNCIA TÉCNICA | | |
|---|---|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CARDIOLOGIA) | R\$ 40,00 |
| EXAMES | | |
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 02.05.01.003-2 | ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA | R\$ 135,00 |
| 02.11.02.006-0 | TESTE ESFORÇO/TESTE ERGOMÉTRICO | R\$ 97,00 |
| 02.11.02.004-4 | EXAME DE MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS) COM LAUDO | R\$ 112,48 |
| 02.11.02.005-2 | EXAME DE MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (M.A.P.A) | R\$ 104,83 |
| 02.11.02.001-0 | CATERISMO CARDIACO | R\$ 1.683,00 |
| EXAMES - UNIDADE MARIANA | | |

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|----------------|---|---------------|
| 02.05.01.003-2 | ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA | R\$ 160,00 |
| 02.11.02.006-0 | TESTE ESFORÇO/TESTE ERGOMÉTRICO | R\$ 135,00 |
| 02.11.02.004-4 | EXAME DE MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS) COM LAUDO | R\$ 97,97 |
| 02.11.02.005-2 | EXAME DE MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (M.A.P.A) | R\$ 105,12 |

EXAMES - UNIDADE OURO PRETO

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|----------------|---------------------------------|---------------|
| 02.05.01.003-2 | ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA | R\$ 130,00 |
| 02.11.02.006-0 | TESTE ESFORÇO/TESTE ERGOMÉTRICO | R\$ 94,00 |

TABELA 09 - CIRURGIA GERAL

CONSULTA EM CIRURGIA GERAL - PRESTADOR EXTERNO

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|----------------|---|---------------|
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CIRURGIA GERAL) | R\$ 38,38 |

AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CIRURGIAS GERAIS (HEMORROIDECTOMIA, FISTULECTOMIA, FISSURECTOMIA, PLASTICA ANAL E TUMOR DE ANORRETAL) - PRESTADOR EXTERNO

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|------------------------|---|-------------------|
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA COM ESPECIALISTA EM CIRURGIA GERAL | R\$ 10,00 |
| 02.09.01.005-3 | RETOSSIGMOIDOSCOPIA | R\$ 84,80 |
| TOTAL DO PACOTE | | R\$ 109,00 |

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H. - PRESTADOR EXTERNO

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|----------------|--|---------------|
| 04.01.02.005-3 | EXCISAO E SUTURA DE LESAO NA PELE C/ PLASTICA EM Z OU ROTACAO DE RETALHO | R\$ 784,98 |
| 04.01.02.008-8 | EXERESE DE CISTO SACROCOCCIGEO | R\$ 316,18 |
| 04.01.02.010-0 | EXTIRPAÇÃO E SUPRESSÃO DE LESÃO DE PELE E DE TECIDO CELULAR SUBCUTANEO | R\$ 347,84 |
| 04.07.02.021-7 | ESFINCTEROTOMIA INTERNA E TRATAMENTO DE FISSURA ANAL | R\$ 542,98 |
| 04.07.02.027-6 | FISTULECTOMIA / FISTULECTOMIA ANAL | R\$ 559,06 |
| 04.07.02.028-4 | HEMORROIDECTOMIA | R\$ 695,07 |
| 04.07.02.047-0 | TRATAMENTO CIRURGICO DE PROLAPSO ANAL | R\$ 404,01 |
| 04.07.03.002-6 | COLECISTECTOMIA | R\$ 1.530,69 |
| 04.07.03.003-4 | COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA | R\$ 1.524,71 |
| 04.07.03.004-2 | COLECISTOSTOMIA | R\$ 1.391,50 |
| 04.07.04.006-4 | HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA | R\$ 1.174,46 |
| 04.07.04.008-0 | HERNIOPLASTIA INCISIONAL | R\$ 1.187,82 |
| 04.07.04.009-9 | HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL) | R\$ 937,24 |
| 04.07.04.010-2 | HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL) | R\$ 980,12 |
| 04.07.04.011-0 | HERNIOPLASTIA RECIDVANTE | R\$ 916,15 |
| 04.07.04.012-9 | HERNIOPLASTIA UMBILICAL | R\$ 956,98 |
| 04.09.06.018-6 | LAQUEADURA TUBÁRIA | R\$ 745,84 |
| 04.15.04.003-5 | DEBRIDAMENTO DE ÚLCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS | R\$ 1.194,78 |

TABELA 10 - NEUROLOGIA

CONSULTA EM NEUROLOGIA

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|----------------|---|---------------|
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (NEUROLOGIA) | R\$ 83,00 |

DIAGNÓSTICO POR ELETRONEUROMIOGRAMA (BILATERAL)

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|------------------------|--|---------------|
| 02.11.05.008-3 | ELETRONEUROMIOGRAMA DOS MEMBROS INFERIORES (MMII/BILATERAL) OU DOS MEMBROS SUPERIORES (MMSS/BILATERAL) | R\$ 316,00 |
| TOTAL DO PACOTE | | |

AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE ELETRONEUROMIOGRAMA (4 MEMBROS)

| Código | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|------------------------|---|---------------|
| 02.11.05.008-3 | ELETRONEUROMIOGRAMA DOS MEMBROS INFERIORES (MMII/BILATERAL) | R\$ 426,00 |
| | ELETRONEUROMIOGRAMA DOS MEMBROS SUPERIORES (MMSS/BILATERAL) | |
| TOTAL DO PACOTE | | |

ELETRONEUROGRAMA (EEG)

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|----------------|---|---------------|
| 02.11.05.005-9 | ELETRONEUROGRAMA QUANTITATIVO C/ MAPEAMENTO (EEG) | R\$ 80,00 |

TABELA 11 - CABEÇA E PESCOÇO

CONSULTA EM CABEÇA E PESCOÇO

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|------------------------|---|---------------|
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CABEÇA E PESCOÇO) | R\$ 94,94 |
| TOTAL DO PACOTE | | |

TABELA 12 - MAMOGRAFIA

EXAMES DE MAMOGRAFIA

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|----------------|---|---------------|
| 02.04.03.003-0 | MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIAÇÃO PERIODICA BILATERAL | R\$ 45,00 |
| 02.04.03.003-0 | MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIAÇÃO PERIODICA UNILATERAL | R\$ 22,50 |

| | | | |
|----------------|---|-----|-------|
| 02.04.03.018-8 | MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO | R\$ | 45,00 |
| 02.04.03.003-0 | MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIAÇÃO PERIODICA BILATERAL - BICAS | R\$ | 45,00 |
| 02.04.03.003-0 | MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIAÇÃO PERIODICA UNILATERAL - BICAS | R\$ | 22,50 |
| 02.04.03.018-8 | MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO - BICAS | R\$ | 45,00 |
| 02.04.03.003-0 | MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIAÇÃO PERIODICA UNILATERAL - MARIANA | R\$ | 25,91 |
| 02.04.03.018-8 | MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO - MARIANA | R\$ | 51,81 |
| 02.04.03.018-8 | MAMOGRAFIA EM UNIDADE MÓVEL | R\$ | 69,65 |

TABELA 13 - RISCO CIRÚRGICO

CONSULTA PARA REALIZAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | 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\$ 38,38 |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (ANESTESIOLOGIA) | R\$ 38,38 |

EXAMES

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|----------------|--------------------|---------------|
| 02.11.02.003-6 | ELETROCARDIOGRAMA | R\$ 5,15 |
| 04.17.01.004-4 | ANESTESIA GERAL | R\$ 233,55 |
| 04.17.01.005-2 | ANESTESIA REGIONAL | R\$ 209,08 |
| 04.17.01.006-0 | SEDAÇÃO | R\$ 117,98 |

TABELA 14 - DERMATOLOGIA

CONSULTA EM DERMATOLOGIA

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|------------------------|---|---------------|
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (DERMATOLOGIA) | R\$ 56,00 |
| CISMEP-10 | DERMATOSCOPIA (POR LESÃO) | |
| TOTAL DO PACOTE | | |

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO AMBULATORIAL - S.A.

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|----------------|--|---------------|
| 02.01.01.002-0 | BIÓPSIA/PUNÇÃO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE | R\$ 99,38 |
| 02.01.01.037-2 | BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES | R\$ 65,79 |
| 03.03.08.001-9 | CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE PEQUENAS LESÕES | R\$ 5,00 |
| CISMEP-02 | CRIOTERAPIA ATÉ 5 LESÕES | R\$ 71,52 |
| 04.01.01.004-0 | ELETROCOAGULACAO DE LESAO CUTANEA ATÉ 05 LESÕES (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 71,52 |
| 04.01.01.005-8 | EXCISÃO DE LESÃO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA (CANTOPLASTIA UNGUEAL) | R\$ 85,45 |
| 04.01.01.007-4 | EXÉRESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS/CISTO SEBÁCEO/LIPOMA | R\$ 113,32 |
| 04.01.01.011-2 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO (CIRURGIA GERAL) | R\$ 85,45 |

TABELA 15 - 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 |

TABELA 16 - 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 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGISTA INFANTIL | R\$ 95,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CIRURGIAO PEDIÁTRICO | R\$ 95,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - NEFROLOGISTA | R\$ 95,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PNEUMOLOGISTA | R\$ 95,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO AVALIADOR (POR HORA DE TRABALHO) | R\$ 100,00 |

TABELA 17 - 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 18 - SERVIÇOS/ATIVIDADES ESPECIAIS EM REGIME DE PLANTÃO PARA MUNICÍPIO DE IBIRITÉ

| SERVIÇO/ATIVIDADES | | |
|---|---------------|-----------|
| DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19 - Plantonista de PA/adulto | 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 | R\$ | 1.700,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19 - Plantonista para Enfermaria | R\$ | 1.700,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19 - Plantonista para CTI | R\$ | 1.959,45 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19 - Horizontal para Enfermaria | R\$ | 850,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19 - Horizontal para CTI | R\$ | 979,72 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19 - RT médico da unidade | R\$ | 17.560,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19 - Coordenador Médico | R\$ | 4.000,00 |

TABELA 19 - SERVIÇOS/ATIVIDADES ESPECIAIS PARA MUNICÍPIO DE VESPASIANO

| SERVIÇO/ATIVIDADES | | |
|--|---------------|-------|
| DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA – NEUROPEDIATRIA | R\$ | 89,01 |

TABELA 20 - EXAMES LABORATORIAIS

| DEPARTAMENTO DE PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA | | |
|--|---|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO: COLETA SANGUE PARA CIRURGIAS DE ANGIOLOGIA | VALOR ICISMEP |
| 02.02.02.038-0 | HEMOGRAMA COMPLETO | R\$ 18,16 |
| 02.02.01.047-3 | DOSAGEM DE GLICOSE | |
| 02.02.02.013-4 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA) | |
| 02.02.02.014-2 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTOMBINA (TAP) | |
| 02.02.05.001-7 | ANÁLISE DE CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA | |
| TOTAL DO PACOTE | | |

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO: COLETA SANGUE PARA CIRURGIAS DE OFTALMOLOGIA / OTORRINOLARINGOLOGIA / ORTOPEDIA E CIRURGIA GERAL | VALOR ICISMEP |
|------------------------|---|---------------|
| 02.02.02.038-0 | HEMOGRAMA COMPLETO | R\$ 14,46 |
| 02.02.01.047-3 | DOSAGEM DE GLICOSE | |
| 02.02.02.013-4 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA) | |
| 02.02.02.014-2 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTOMBINA (TAP) | |
| TOTAL DO PACOTE | | |

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO: COLETA SANGUE PARA PROCEDIMENTO DE COLONOSCOPIA | VALOR ICISMEP |
|------------------------|---|---------------|
| 02.02.02.038-0 | HEMOGRAMA COMPLETO | R\$ 26,31 |
| 02.02.01.047-3 | DOSAGEM DE GLICOSE | |
| 02.02.02.013-4 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA) | |
| 02.02.02.014-2 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTOMBINA (TAP) | |
| 02.02.05.001-7 | ANÁLISE DE CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA | |
| 02.02.01.031-7 | DOSAGEM DE CREATININA | |
| 02.02.01.069-4 | DOSAGEM DE UREIA | |
| 02.02.08.007-2 | BACTERIOSCOPIA (GRAM) | |
| 02.02.04.012-7 | PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS | |
| TOTAL DO PACOTE | | |

TABELA 21 - TOMOGRAFIAS

| PROCEDIMENTOS TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA | | |
|--|--|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 02.06.01.001-0 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL | R\$ 117,57 |
| 02.06.01.002-8 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA | R\$ 137,01 |
| 02.06.01.003-6 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA | R\$ 117,57 |
| 02.06.01.004-4 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE/ SEIOS DA FACE/ ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES | R\$ 117,56 |
| 02.06.01.005-2 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO | R\$ 117,56 |
| 02.06.01.006-0 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TÚRCICA | R\$ 132,04 |
| 02.06.01.007-9 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO | R\$ 155,65 |
| SEM CÓDIGO SUS | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MASTÓIDES/ OUVIDOS | R\$ 117,56 |
| 02.06.02.001-5 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR | R\$ 117,56 |

| | | | |
|----------------|--|-----|--------|
| 02.06.02.002-3 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA E PÉ) | R\$ | 117,56 |
| 02.06.02.003-1 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX | R\$ | 184,86 |
| 02.06.02.004-0 | TOMOGRAFIA DE HEMITORAX/ MEDIASTINO (POR PLANO) | R\$ | 184,86 |
| SEM CÓDIGO SUS | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES (ESTERNO/ CLAVÍCULA/ OMBRO/ COTOVELO) | R\$ | 125,87 |
| 02.06.03.001-0 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR | R\$ | 187,86 |
| 02.06.03.002-9 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR | R\$ | 117,56 |
| 02.06.03.003-7 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR | R\$ | 282,72 |
| SEM CÓDIGO SUS | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN TOTAL | R\$ | 470,58 |
| SEM CÓDIGO SUS | CONTRASTE (PARA USO NOS ITENS ACIMA DISCRIMINADOS, CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL) | R\$ | 29,30 |
| 04.17.01.006-0 | SEDAÇÃO (PARA USO NOS ITENS ACIMA DISCRIMINADOS, CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL) | R\$ | 161,68 |

TABELA 22 - RESSONÂNCIAS

| PROCEDIMENTOS RESSONÂNCIA MAGNÉTICA | | |
|-------------------------------------|---|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 02.07.01.001-3 | ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL | R\$ 460,90 |
| SEM CÓDIGO SUS | CONTRASTE (CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL) | R\$ 50,60 |
| 04.17.01.006-0 | SEDAÇÃO (CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL) | R\$ 191,57 |
| 02.07.01.002-1 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL) | R\$ 385,00 |
| 02.07.01.003-0 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL | R\$ 440,00 |
| 02.07.01.004-8 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA | R\$ 440,00 |
| 02.07.01.005-6 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA | R\$ 440,00 |
| 02.07.01.006-4 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRANIO | R\$ 440,00 |
| 02.07.01.007-2 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TÚRCICA | R\$ 385,00 |
| 02.07.02.002-7 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) | R\$ 385,00 |
| 02.07.02.003-5 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TORAX | R\$ 405,90 |
| 02.07.03.001-4 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN SUPERIOR | R\$ 440,00 |
| 02.07.03.002-2 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA/PELVE | R\$ 385,00 |
| 02.07.03.003-0 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) | R\$ 385,00 |
| 02.07.03.004-9 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES | R\$ 385,00 |

TABELA 23 - CINTILOGRAFIAS

| PROCEDIMENTOS CINTILOGRAFIA | | |
|-----------------------------|--|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 02.08.03.002-6 | CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE COM OU SEM CAPTAÇÃO | R\$ 85,01 |
| 02.08.01.001-7 | CINTILOGRAFIA DE CORAÇÃO C/ GÁLIO 67 | R\$ 503,31 |
| 02.08.09.001-0 | CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GÁLIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS | R\$ 997,48 |
| 02.08.02.001-2 | CINTILOGRAFIA DE FÍGADO E BAÇO (MÍNIMO 5 IMAGENS) | R\$ 146,59 |
| 02.08.02.002-0 | CINTILOGRAFIA DE FÍGADO E VIAS BILIARES | R\$ 206,72 |
| 02.08.09.002-9 | CINTILOGRAFIA DE GLÂNDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA) | R\$ 72,85 |
| 02.08.02.003-9 | CINTILOGRAFIA DE GLÂNDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTÍMULO | R\$ 96,68 |
| 02.08.09.003-7 | CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL) | R\$ 318,37 |
| 02.08.01.002-5 | CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE ESTRESSE (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES) | R\$ 449,37 |
| 02.08.01.003-3 | CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE REPOUSO (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES) | R\$ 421,38 |
| 02.08.01.004-1 | CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ LOCALIZAÇÃO DE NECROSE (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES) | R\$ 183,12 |
| 02.08.05.003-5 | CINTILOGRAFIA DE OSSOS C/ OU S/ FLUXO SANGUÍNEO (CORPO INTEIRO) | R\$ 210,09 |
| 02.08.03.001-8 | CINTILOGRAFIA DE PARATIREÓIDES | R\$ 356,99 |
| 02.08.06.001-4 | CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL C/ TÁLIO (SPCTO) | R\$ 481,81 |
| 02.08.07.001-0 | CINTILOGRAFIA DE PULMÃO C/ GÁLIO 67 | R\$ 503,31 |
| 02.08.07.002-8 | CINTILOGRAFIA DE PULMÃO P/ PESQUISA DE ASPIRAÇÃO | R\$ 140,26 |
| 02.08.07.003-6 | CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR INALAÇÃO (MÍNIMO 2 PROJEÇÕES) | R\$ 140,93 |
| 02.08.07.004-4 | CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR PERFUSÃO (MÍNIMO 4 PROJEÇÕES) | R\$ 143,55 |
| 02.08.04.002-1 | CINTILOGRAFIA DE RIM C/ GÁLIO 67 | R\$ 503,31 |
| 02.08.05.004-3 | CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO ÓSSEO COM GÁLIO 67 | R\$ 503,31 |
| 02.08.04.003-0 | CINTILOGRAFIA DE TESTÍCULO E BOLSA ESCROTAL | R\$ 119,83 |
| 02.08.03.002-6 | CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE C/ OU S/ CAPTAÇÃO | R\$ 85,01 |
| 02.08.01.005-0 | CINTILOGRAFIA P/ AVALIAÇÃO DE FLUXO SANGUÍNEO DE EXTREMIDADES | R\$ 125,42 |
| 02.08.02.005-5 | CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFÁGICO (LÍQUIDO) | R\$ 148,92 |
| 02.08.02.006-3 | CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFÁGICO (SEMI-SÓLIDO) | R\$ 148,92 |
| 02.08.02.007-1 | CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRÂNSITO GÁSTRICO | R\$ 158,64 |
| 02.08.02.008-0 | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL | R\$ 126,35 |
| 02.08.02.009-8 | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA | R\$ 172,95 |
| 02.08.02.010-1 | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NÃO ATIVA | R\$ 341,90 |
| 02.08.02.011-0 | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO | R\$ 148,92 |
| 02.08.03.004-2 | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTERNO | R\$ 372,57 |
| 02.08.04.005-6 | CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVAS E/OU QUANTITATIVA) | R\$ 146,33 |
| 02.08.01.008-4 | CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CÂMARAS CARDÍACAS EM SITUAÇÃO DE REPOUSO (VENTRICULOGRAFIA) | R\$ 194,39 |
| 02.08.06.002-2 | CISTERNOCINTILOGRAFIA (INCLUINDO PESQUISA E/OU AVALIAÇÃO DO TRÂNSITO LIQUÓRICO) | R\$ 225,87 |
| 02.08.04.006-4 | CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA | R\$ 135,27 |
| 02.08.04.007-2 | CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA | R\$ 158,95 |
| 02.08.04.010-2 | ESTUDO RENAL DINÂMICO C/ OU S/ DIURÉTICO | R\$ 181,76 |
| 02.08.08.004-0 | LINFOCINTILOGRAFIA | R\$ 155,46 |

TABELA 24 - ANÁLISE DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICOS

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

TABELA 25 - BERA

POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA, MÉDIA E LONGA LATÊNCIA - BERA

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

TABELA 26 - IMPLANTE**IMPLANTE DELENTE ESCLERAL PINTADA**

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|-----------|---|---------------|
| CISMEP-24 | IMPLANTE DELENTE ESCLERAL PINTADA: CONFECCIONADA INDIVIDUALMENTE ARTESANALMENTE, IDÊNTICA AO OLHO SÁDIO | R\$ 1.078,00 |

TABELA 27 - TELEMEDICINA**SERVIÇOS DE TELEMEDICINA**

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|-----------|--|---------------|
| CISMEP-36 | TELE-INTERCONSULTA EM VÍDEO EM ESPECIALIDADES COM INFRAESTRUTURA TECNOLÓGICA E DE SEGURANÇA DE DADOS DOS USUÁRIOS (LICENÇAS, SOFTWARES E PERMISSÕES DE ACESSO) | R\$ 93,24 |
| CISMEP-37 | TELEDERMATOSCOPIA | R\$ 6,00 |
| CISMEP-38 | TELE-ELETCARDIOGRAMA | R\$ 30,00 |
| CISMEP-39 | TELE-ELETCEREFALOGRAMA QUANTITATIVO C/ MAPEAMENTO (EEG) | R\$ 65,00 |
| CISMEP-40 | TELEMONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTHER 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 ICISMEP |
|-----------|---|---------------|
| CISMEP-42 | SESSÃO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA (POR SESSÃO DE ATÉ 02 HORAS) | R\$ 300,00 |

TABELA 29 - CIRURGIAS EM PRESTADORES EXTERNOS**CIRURGIA ORTOPÉDICA**

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|----------------|---|---------------|
| 07.02.03.013-9 | ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL | R\$ 7.613,28 |
| 04.08.05.006-3 | ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO JOELHO | R\$ 6.021,39 |
| 04.08.05.016-0 | RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR) | R\$ 4.764,00 |
| 04.08.05.017-9 | RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR) | R\$ 5.050,20 |
| 04.08.01.014-2 | REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTO DESCOMPRESSIVOS) | R\$ 2.389,20 |
| 04.08.05.089-6 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL | R\$ 1.650,06 |
| 04.03.02.012-3 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SINDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEO-FIBROSO AO NIVEL DO CARPO | R\$ 2.010,15 |

CIRURGIA GERAL

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|----------------|---|---------------|
| 04.07.03.003-4 | COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA | R\$ 3.270,75 |
| 04.07.02.034-9 | PROCTOPEXIA ABDOMINAL POR PROCIDENCIA DO RETO | R\$ 1.845,08 |
| 04.07.02.028-4 | HEMORROIDECTOMIA | R\$ 2.061,56 |
| 04.07.04.006-4 | HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA | R\$ 1.618,05 |
| 04.07.04.008-0 | HERNIOPLASTIA INCISIONAL | R\$ 1.817,17 |
| 04.07.04.009-9 | HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL) | R\$ 1.789,15 |
| 04.07.04.010-2 | HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL) | R\$ 1.430,15 |
| 04.07.04.011-0 | HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE | R\$ 1.618,45 |
| 04.07.04.012-9 | HERNIOPLASTIA UMBILICAL | R\$ 1.289,40 |
| 04.06.02.057-4 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL) | R\$ 2.185,03 |
| 04.06.02.056-6 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL) | R\$ 2.713,45 |

CIRURGIA GINECOLÓGICA

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|----------------|---|---------------|
| 04.09.06.012-7 | HISTERECTOMIA SUBTOTAL | R\$ 1.859,90 |
| 04.09.06.013-5 | HISTERECTOMIA TOTAL | R\$ 2.091,95 |
| 04.09.06.017-8 | HISTEROSCOPIA CIRURGICA C/ RESSECTOSCOPIO | R\$ 1.399,15 |
| 04.09.06.019-4 | MIOMECTOMIA | R\$ 2.032,85 |
| 04.09.06.021-6 | OOFORRECTOMIA/OOFOROPLASTIA | R\$ 1.884,14 |

CIRURGIA UROLÓGICA

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|----------------|---|---------------|
| 04.09.01.017-0 | INSTALACAO ENDOSCÓPICA DE CATETER DUPLO J | R\$ 1.636,18 |
| 04.09.04.013-4 | ORQUIDOPEXIA UNILATERAL | R\$ 1.557,75 |
| 04.09.03.002-3 | PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA | R\$ 3.659,18 |
| 04.09.03.004-0 | RESSECCÃO ENDOSCOPICA DE PROSTATA (RTU) | R\$ 3.490,01 |
| 04.09.04.023-1 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARICOCELE | R\$ 1.715,75 |
| 04.09.01.059-6 | URETEROLITOTRIPSIA FLEXIVEL | R\$ 3.373,00 |
| 04.09.01.059-6 | URETEROLITOTRIPSIA RÍGIDA A LASER | R\$ 3.483,50 |
| 04.09.01.023-5 | NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA | R\$ 3.505,26 |

OPME's**OPME CIRURGIA ORTOPÉDICA**

| CIRURGIA | OPME | VALOR ICISMEP |
|-------------------------------|--------------------------------------|---------------|
| ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL | COMPONENTE FEMORAL CIMENTADO (HASTE) | R\$ 1.632,96 |
| | RESTRITOR/PLUG DE CIMENTO | R\$ 46,66 |
| | CABEÇA INTERCAMBIÁVEL | R\$ 750,83 |
| | COMPONENTE ACETABULAR CIMENTADO | R\$ 381,87 |
| | CIMENTO ORTOPÉDICO | R\$ 81,79 |
| | LAMINA SERRA | R\$ 324,00 |

| | | |
|---|--|--------------|
| | COMPONENTE FEMORAL NÃO CIMENTADO | R\$ 2.746,33 |
| | COMPONENTE ACETABULAR METALICO | R\$ 1.664,18 |
| | COMPONENTE ACETABULAR POLIETILENO PARA COMPONENTE METALICO | R\$ 603,90 |
| | PARAFUSO ACETABULAR | R\$ 177,66 |
| | COMPONENTE BIPOLAR (CABEÇA BIPOLAR) | R\$ 1.632,96 |
| ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO JOELHO | COMPONENTE FEMURAL | R\$ 2.707,99 |
| | COMPONENTE BASE TIBIAL | R\$ 1.390,73 |
| | COMPONENTE PLATEAU TIBIAL | R\$ 571,78 |
| | COMPONENTE PATELAR | R\$ 240,67 |
| | CIMENTO ORTOPÉDICO | R\$ 98,14 |
| | LAMINA SERRA | R\$ 324,00 |
| RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR) | LAMINA DE SHAVER | R\$ 680,40 |
| | EQUIPO C/ SENSOR | R\$ 563,76 |
| | PARAFUSO DE INTERFERENCIA EM TITANIO | R\$ 787,79 |
| RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR) | LAMINA DE SHAVER | R\$ 680,40 |
| | EQUIPO C/ SENSOR | R\$ 563,76 |
| | PARAFUSO DE INTERFERENCIA EM TITANIO | R\$ 787,79 |
| REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTO DESCOMPRESSIVOS) | LAMINA DE SHAVER | R\$ 680,40 |
| | EQUIPO C/ SENSOR | R\$ 563,76 |
| | CANULA DESCARTAVEL | R\$ 334,37 |
| | ANCORA MONTADA EM TITANIO | R\$ 868,32 |
| | PONTEIRA FREQUENCIA | R\$ 858,48 |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL | LAMINA DE SHAVER | R\$ 680,40 |
| | EQUIPO C/ SENSOR | R\$ 563,76 |
| | PARAFUSO DE INTERFERENCIA EM TITANIO | R\$ 787,79 |
| | FAST-FIX 360 RETO OU CURVO AGULHADO | R\$ 2.835,00 |
| | EMPURRADOR DE NO/CORTADOR DE SUTURA E CANULA | R\$ 567,00 |

| OPME CIRURGIA UROLÓGICA | | |
|---|---|---------------|
| CIRURGIA | OPME | VALOR ICISMEP |
| INSTALACAO ENDOSCÓPICA DE CATETER DUPLO J | CATETER DUPLO J | R\$ 396,00 |
| | | |
| RESSEÇÃO ENDOSCÓPICA DE PROSTATA (RTU) | ALÇA DE RTU | R\$ 396,00 |
| | EQUIPO DE IRRIGAÇÃO DE 3 VIAS | R\$ 400,00 |
| URETEROLITOTRIPSIA FLEXIVEL | CATETER DUPLO J | R\$ 396,00 |
| | FIO GUIA HIDROFILICO | R\$ 675,00 |
| | CATETER BASKET PARA RETIRADA DE CÁLCULO | R\$ 1.521,00 |
| URETEROLITOTRIPSIA RÍGIDA A LASER | BALÃO URETERAL | R\$ 1.860,00 |
| | EXTRATOR DE CÁLCULO 3Fr | R\$ 1.521,00 |
| | CATETER DUPLO J | R\$ 396,00 |
| | FIO GUIA HIDROFILICO | R\$ 675,00 |
| | FIBRA LASER | R\$ 3.100,00 |
| NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA | AMPLATZ | R\$ 1.860,00 |
| | CONJUNTO DE NEFROSTOMIA | R\$ 1.240,00 |
| | EQUIPO DE IRRIGAÇÃO | R\$ 279,00 |
| | EXTRATOR DE CÁLCULO PERCUTÂNEA | R\$ 1.521,00 |
| | CATETER DUPLO J | R\$ 396,00 |
| | FIO GUIA HIDROFILICO | R\$ 675,00 |
| CATETER URETRAL | R\$ 170,50 | |

| OPME CIRURGIA GERAL | | |
|------------------------------------|----------------------------------|---------------|
| CIRURGIA | OPME | VALOR ICISMEP |
| HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL) | TELA DE MARLEX M (15cm X 15cm) | R\$ 475,00 |
| | TELA DE MARLEX P (7,5cm X 7,5cm) | R\$ 416,00 |
| HERNIOPLASTIA INGUINAL/CRURAL | TELA DE MARLEX M (15cm X 15cm) | R\$ 475,00 |
| | TELA DE MARLEX P (7,5cm X 7,5cm) | R\$ 416,00 |

| OUTROS SERVIÇOS RELACIONADOS ÀS CIRURGIAS | | |
|---|--|-----------|
| CONSULTA MÉDICA PARA AVALIAÇÕES CIRURGICAS | | R\$ 90,00 |
| CURATIVO ESPECIAL (SEM HIDROCOLOIDE - MAIOR EXTENSÃO) | | R\$ 85,80 |
| CURATIVO SIMPLES | | R\$ 65,95 |

TABELA DE SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS EM SAÚDE (TSPS) ICISMEP

Atualização na Tabela de Serviços e Procedimentos em Saúde da ICISMEP, realizada em julho de 2022, com publicação em julho de 2022, para vigência a partir de julho de 2022.

TABELA DE SERVIÇOS DE SAÚDE EXECUTADOS NAS UNIDADES DOS MUNICÍPIOS

Tabela 1

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do ICISMEP

| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--|-----------------|-------------------|---------------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Não se aplica | Hora | R\$ 131,63 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | Não se aplica | Hora | R\$ 156,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRIA | Não se aplica | Hora | R\$ 175,50 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA | Não se aplica | Hora | R\$ 146,25 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTOR | Não se aplica | Hora | R\$ 195,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTONISTA | Não se aplica | 12 horas | R\$ 1.359,15 |

Tabela 2

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Abaeté

| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|---|-----------------|-------------------|---------------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 187,78 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CABEÇA E PESCOÇO | Não se aplica | Consulta | R\$ 199,16 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ENDOCRINOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 147,45 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPIEDIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 113,81 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 113,81 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 113,81 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSQUIATRA | Não se aplica | Consulta | R\$ 113,81 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROPEDIATRA | Não se aplica | Consulta | R\$ 204,86 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 120,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OTORRINOLARINGOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 120,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REUMATOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 159,33 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEFROLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 140,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 113,81 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SAÚDE DA FAMÍLIA PSF | Não se aplica | Mês | R\$ 9.673,71 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRIA | Não se aplica | Mês | R\$ 24.211,91 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OBSTETRÍCIA | Não se aplica | Mês | R\$ 17.071,26 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANESTESISTA | Não se aplica | Mês | R\$ 17.071,26 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO GERAL | Não se aplica | Mês | R\$ 14.112,24 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - VASECTOMIA | Não se aplica | Procedimento | R\$ 398,36 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - POSTECTOMIA | Não se aplica | Procedimento | R\$ 398,36 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA | Não se aplica | Procedimento | R\$ 96,74 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICO GERAL | Não se aplica | Plantão 12H | R\$ 1.365,70 |

Tabela 3

Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de BARÃO DE COCAIS

| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--|-----------------|-------------------|---------------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO DO TRABALHO | Não se aplica | Mês | R\$ 5.703,75 |

Tabela 4

Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de BOM DESPACHO

| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|---|-----------------|-------------------|---------------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 53,63 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSQUIATRA | Não se aplica | Hora | R\$ 390,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRIA | Não se aplica | Mês/ 40HR | R\$ 27.573,53 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO | Não se aplica | Consulta | R\$ 75,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ESCLEROTERAPIA COM APLICAÇÃO DE ESPUMA (INCLUSOS MATERIAIS E MEDICAMENTO) | Não se aplica | 12 horas | R\$ 1.575,76 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REUMATOLOGISTA | Não se aplica | Procedimento | R\$ 223,24 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 90,28 |

Tabela 5

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

| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--|-------------------------|-------------------|---------------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DATAS EXCEPCIONAIS(FESTIVIDADES, GRANDES FERIADOS, ENTRE OUTROS) | Dias úteis | 12 horas | R\$ 1.885,01 |
| | Final de Semana/Feriado | 12 horas | R\$ 1.885,01 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRABALHO EXCEPCIONAL (TRANSFERÊNCIAS PARA OUTRO MUNICÍPIO) | Dias úteis | 12 horas | R\$ 1.413,75 |
| | Final de Semana/Feriado | 12 horas | R\$ 1.413,75 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | Dias úteis | 12 horas | R\$ 1.218,75 |
| | Final de Semana/Feriado | 12 horas | R\$ 1.218,75 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA | Dias úteis | 12 horas | R\$ 754,00 |
| | Final de Semana/Feriado | 12 horas | R\$ 754,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRIA | Dias úteis | Hora | R\$ 117,98 |
| | Final de Semana/Feriado | Hora | R\$ 117,98 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - GINECOLOGIA / OBSTETRÍCIA | Dias úteis | Hora | R\$ 129,68 |
| | Final de Semana/Feriado | Hora | R\$ 129,68 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CIRURGIA GERAL | Dias úteis | Hora | R\$ 176,72 |
| | Final de Semana/Feriado | Hora | R\$ 176,72 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ORTOPIEDIA | Dias úteis | Hora | R\$ 156,98 |
| | Final de Semana/Feriado | Hora | R\$ 156,98 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - UROLOGIA | Dias úteis | Hora | R\$ 117,98 |
| | Final de Semana/Feriado | Hora | R\$ 117,98 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - DERMATOLOGIA | Dias úteis | Hora | R\$ 117,98 |
| | Final de Semana/Feriado | Hora | R\$ 117,98 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGIA | Dias úteis | Hora | R\$ 94,58 |
| | Final de Semana/Feriado | Hora | R\$ 94,58 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ULTRASSONOGRAFIA | Dias úteis | Exame | R\$ 66,30 |

Tabela 6

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

| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--|-----------------|-------------------|---------------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Não se aplica | Hora | R\$ 49,24 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GENERALISTA | Não se aplica | Hora | R\$ 76,19 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA | Não se aplica | Hora | R\$ 65,66 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA I | Não se aplica | Hora | R\$ 98,48 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA II | Não se aplica | Hora | R\$ 40,87 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA III | Não se aplica | Hora | R\$ 32,70 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19 | Não se aplica | Plantão | R\$ 1.838,39 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS EM HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19 | Não se aplica | Plantão | R\$ 1.444,44 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO NEUROPEDIATRA | Não se aplica | Hora | R\$ 200,38 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA | Não se aplica | Hora | R\$ 120,00 |

| | | | | |
|---|---------------|---------|-----|-----------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PSIQUIÁTRICO | Não se aplica | Hora | R\$ | 100,19 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA – CLÍNICO GERAL | Não se aplica | Hora | R\$ | 75,43 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO – SAD (SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR) | Não se aplica | Hora | R\$ | 84,44 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA TRANSFERÊNCIA INTERMUNICIPAL DE PACIENTES | Não se aplica | Plantão | R\$ | 590,91 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO DIRETOR CLÍNICO PARA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO | Não se aplica | Mês | R\$ | 14.444,45 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO EM COORDENAÇÃO DO HOSPITAL MUNICIPAL DE BRUMADINHO | Não se aplica | Mês | R\$ | 16.810,34 |

Tabela 7

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de CAMPO BELO | | | | |
|---|--------------------|-------------------|---------------|----------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA / EMERGÊNCIA | Diurno | Plantão | R\$ | 1.365,00 |
| | | Hora | R\$ | 113,75 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | Noturno | Plantão | R\$ | 1.462,50 |
| | | Hora | R\$ | 121,88 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | Sala Vermelha | Plantão | R\$ | 1.462,50 |
| | | Hora | R\$ | 121,88 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | Feriados Especiais | Plantão | R\$ | 2.145,00 |
| | | Hora | R\$ | 178,75 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REFERÊNCIA TÉCNICA | Não se aplica | Mês | R\$ | 9.750,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AVALIAÇÃO DE URGÊNCIA PEDIATRIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 341,25 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR CLÍNICO PARA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO | Não se aplica | Mês | R\$ | 9.750,00 |

Tabela 8

| 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 Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICO GERAL | Não se aplica | Hora | R\$ | 93,80 |

Tabela 9

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde dos Municípios de CONTAGEM. | | | | |
|---|-------------------------|-------------------|---------------|-----------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Não se aplica | Hora | R\$ | 97,50 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA. | Plantão | 12 horas | R\$ | 1.313,33 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES HOSPITALARES. | Final de Semana/Feriado | Dias úteis | R\$ | 1.181,70 |
| | | 12 horas | R\$ | 1.313,33 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR MÉDICO - PEDIATRA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES HOSPITALARES. | Final de Semana/Feriado | Dias úteis | R\$ | 1.181,70 |
| | | 12 horas | R\$ | 1.772,55 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTONISTA HORIZONTAL | Não se aplica | 12 horas | R\$ | 1.313,33 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REGULADOR DO COMPLEXO HOSPITALAR | Não se aplica | 12 horas | R\$ | 1.641,90 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 59,09 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA, FORA DO AMBIENTE HOSPITALAR | Não se aplica | 12 horas | R\$ | 1.575,76 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PARA ATENDIMENTO DE EXAME E LAUDO DE ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA | Não se aplica | Exames | R\$ | 97,50 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Não se aplica | Mês | R\$ | 18.383,84 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL - PSIQUIATRA | Não se aplica | Hora | R\$ | 175,50 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL - GINECOLOGIA | Não se aplica | Hora | R\$ | 157,95 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL - PEDIATRA | Não se aplica | Hora | R\$ | 165,75 |

Tabela 10

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde dos Municípios de CÔRREGO FUNDO | | | | |
|--|-----------------|-------------------|---------------|--------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 131,31 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 124,75 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGISTA PEDIÁTRICO | Não se aplica | Consulta | R\$ | 166,77 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OFTALMOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 85,35 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ENDOCRINOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 85,35 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPEdia | Não se aplica | Consulta | R\$ | 85,35 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 85,35 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 85,35 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OTORRINOLARINGOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 85,35 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEFROLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 132,65 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PNEUMOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 131,31 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HEMATOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 150,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGIA | NÃO se aplica | Consulta | R\$ | 117,98 |
| | | Hora | R\$ | 400,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROPEdiATRA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 307,30 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA COM TESTE DE URÉASE | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 321,75 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - VASECTOMIA | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 533,13 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - POSTECTOMIA | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 533,13 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOgrafia COM O APARELHO DO PROFISSIONAL | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 109,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOgrafia | Não se aplica | Exame | R\$ | 99,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MAMOGRAFIA | Não se aplica | Exame | R\$ | 110,36 |

Tabela 11

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de CRUCILÂNDIA | | | | |
|---|-----------------|-------------------|---------------|----------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Não se aplica | 12 horas | R\$ | 1.313,03 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRIA | Não se aplica | 12 horas | R\$ | 1.051,98 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA | Não se aplica | 12 horas | R\$ | 958,09 |

Tabela 12

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de ESMERALDAS | | | | |
|--|-------------------------|-------------------|---------------|--------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Não se aplica | Hora | R\$ | 108,55 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | NÃO se aplica | Hora | R\$ | 86,71 |
| | | Hora | R\$ | 121,87 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRIA | Final de Semana/Feriado | Hora | R\$ | 130,07 |
| | | Hora | R\$ | 101,79 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA | NÃO se aplica | Hora | R\$ | 88,46 |
| | | Hora | R\$ | 96,67 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICO GERAL | Final de Semana/Feriado | Hora | R\$ | 49,24 |
| | | Hora | R\$ | 65,66 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO CIRURJIA GERAL - SOBRE AVISO | Final de Semana/Feriado | Dias úteis | R\$ | 121,87 |
| | | Hora | R\$ | 130,07 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICO SALA VERMELHA | Não se aplica | Hora | R\$ | 109,42 |

Tabela 13

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de FLORESTAL | | | | |
|---|-----------------|-------------------|---------------|----------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Não se aplica | Plantão | R\$ | 1.365,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTOR (DIRETOR CLÍNICO) | Não se aplica | Hora | R\$ | 114,90 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA | Dias úteis | Hora | R\$ | 386,90 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MÉDICO REGULADOR | Não se aplica | Mês | R\$ | 2.437,50 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 93,00 |

| | | | | |
|---|---------------|--------------|-----|--------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 85,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 96,89 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRÁFIA COM EQUIPAMENTO | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 108,25 |

Tabela 14

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de FORMIGA | | | | |
|--|-----------------|-------------------|---------------|-----------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA | Não se aplica | 12 horas | R\$ | 2.101,01 |
| | Não se aplica | Consulta | R\$ | 124,75 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OTORRINOLARINGOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 112,07 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSQUIATRA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 85,35 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 131,31 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 124,75 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - NEUROLOGISTA PEDIÁTRICO | Não se aplica | Consulta | R\$ | 166,77 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ENDOCRINOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 85,35 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - OFTALMOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 85,35 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - GASTROENTEROLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 85,35 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - GASTROENTEROLOGISTA II | Não se aplica | Consulta | R\$ | 52,52 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA -INFECTOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 85,35 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ORTOPEDISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 85,35 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - REUMATOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 124,74 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - DERMATOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 85,35 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 85,35 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - GINECOLOGIA/OBSTETRICIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 85,35 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PRÉ ENDOSCOPIA PARA MENORES DE 12 ANOS | Não se aplica | Consulta | R\$ | 52,52 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 117,98 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RADIOLOGISTA | Não se aplica | Laudô | R\$ | 39,39 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICA MÉDICA | Plantão | 12 horas | R\$ | 1.575,76 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO DE ATENÇÃO DOMICILIAR | Plantão | 12 horas | R\$ | 1.575,76 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA | Plantão | 12 horas | R\$ | 1.286,87 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - FERIADOS ESPECIAIS (NATAL E ANO NOVO) | Plantão | 12 horas | R\$ | 2.607,15 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICO SEMI-INTENSIVO COVID-19 | Plantão | 12 horas | R\$ | 2.101,01 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICO INTENSIVISTA UTI COVID-19 | Não se aplica | Mês | R\$ | 17.070,71 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO RESPONSÁVEL TÉCNICO - RAI0 X | Não se aplica | Mês | R\$ | 6.552,53 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONTROLE DE ATENDIMENTO MÉDICO | Não se aplica | Mês | R\$ | 15.757,58 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HORIZONTAL | Não se aplica | Mês | R\$ | 7.878,78 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19 | Não se aplica | Mês | R\$ | 13.131,31 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGIA | Não se aplica | Mês | R\$ | 5.252,53 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR TÉCNICO | Não se aplica | Mês | R\$ | 22.446,69 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR CLÍNICO | Não se aplica | Mês | R\$ | 10.136,56 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ULTRASSONOGRÁFIA - ULTRASSOM MORFOLÓGICO | Não se aplica | Exames | R\$ | 198,01 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ULTRASSONOGRÁFIA - ULTRASSOM DOPPLER | Não se aplica | Exames | R\$ | 232,44 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ULTRASSONOGRÁFIA - DUPLEX SCAN | Não se aplica | Exames | R\$ | 144,45 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRÁFIA (ABDOMINAL SUPERIOR/ABDOMINAL TOTAL/BOLSA ESCROTAL/ENDOVAGINAL/OBSTETRICO SIMPLES/PAREDE ABDOMINAL/PARTES MOLES/RINS E VIAS URINÁRIAS/TIREÓIDE/MAMAS/AXILAS) | Não se aplica | Exames | R\$ | 99,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO RADIOLOGISTA/ULTRASSONOGRÁFISTA - PUNÇÃO ASPIRATIVA POR AGULHA FINA | Não se aplica | Exames | R\$ | 296,32 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO RADIOLOGISTA/ULTRASSONOGRÁFISTA - CORE BIOPSY | Não se aplica | Exames | R\$ | 630,30 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXERSE DE NÓDULO MAMA BENIGNO - CORE BIOPSY (NÃO INCLUSO MATERIAL) | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 99,80 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN COM DISPONIBILIDADE DE APARELHO | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 183,82 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRÁFIA COM DISPONIBILIDADE DE APARELHO | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 109,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EOCARDIOGRAMA | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 246,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EOCARDIOGRAMA PEDIÁTRICO | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 246,00 |
| DESCRIÇÃO DOS TRATAMENTOS MEDICAMENTOSOS DE GLAUCOMA - REMOÇÃO DE CERUMEN DE CONDUITO AUDITIVO | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 39,39 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HOLTER | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 200,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - M.A.P.A | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 168,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 844,36 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXCISÃO E ENXERTO DE PELE | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 221,99 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXERSE DE CISTO SACRO-COCCÍGEO | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 477,56 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXTIRPAÇÃO E SUPRESSÃO DE LESÃO DE PELE | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 167,10 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA/PUNÇÃO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 130,50 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA DE PELE E PARTES MOLES | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 86,26 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE PEQUENAS LESÕES | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 6,57 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXCISÃO DE LESÃO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 110,90 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXERSE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 148,80 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 112,21 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO NÃO ESTÉTICO DA ORELHA | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 721,04 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DRENAGEM ABSCESSO OU CISTO GLÂNDULA BARTHOLIN | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 144,45 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXAME DE MAMOGRAFIA | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 110,36 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA SOB SEDAÇÃO COM TESTE DE UREASE | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 321,75 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COLONOSCOPIA | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 715,66 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - VASECTOMIA | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 533,13 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - POSTECTOMIA | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 533,13 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEFROLOGISTA | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 132,65 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO -INSERÇÃO DE DIU | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 229,81 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO -RETIRADA DE DIU | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 36,78 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO -CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE VULVA | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 52,53 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO -CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA EM VAGINA | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 52,53 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA DE VULVA | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 89,29 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA DA VAGINA | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 89,29 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA DE COLO | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 89,29 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETIRADA DE LESÃO DA VULVA | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 144,45 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETIRADA DE LESÃO DA VAGINA | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 144,45 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COLPOSCOPIA | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 52,53 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - AVALIAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA | Não se aplica | Avaliação | R\$ | 45,96 |

Tabela 15

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de IGARAPÉ | | | | |
|--|-------------------------|-------------------|---------------|----------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTONISTA | Semanal Diurno | 12 horas | R\$ | 1.457,58 |
| | | Hora | R\$ | 121,46 |
| | Semanal Noturno | 12 horas | R\$ | 1.510,11 |
| | | Hora | R\$ | 125,84 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTONISTA | Final de Semana Diurno | 12 horas | R\$ | 1.575,77 |
| | | Hora | R\$ | 131,59 |
| | Final de Semana Noturno | 12 horas | R\$ | 1.641,42 |
| | | Hora | R\$ | 136,78 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPEDISTA PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | Semanal Diurno | 12 horas | R\$ | 1.457,58 |
| | | Hora | R\$ | 121,47 |
| | Final de Semana Diurno | 12 horas | R\$ | 1.575,77 |
| | | Hora | R\$ | 131,32 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HORIZONTAL | Não se aplica | Hora | R\$ | 147,73 |
| | | 12 horas | R\$ | 722,22 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA I | Não se aplica | Hora | R\$ | 60,19 |
| | | 12 horas | R\$ | 820,71 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA II | Não se aplica | Hora | R\$ | 68,39 |
| | | 12 horas | R\$ | 820,71 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICA MÉDICA | Não se aplica | Hora | R\$ | 161,16 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEFROLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 99,79 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 82,72 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGIA/OBSTETRICIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 59,09 |

| | | | | |
|---|---------------|----------------|-----|----------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGIA/OBSTETRICIA II | Não se aplica | Consulta/Exame | R\$ | 131,31 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 73,53 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 59,09 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGIA II | Não se aplica | Consulta/Exame | R\$ | 78,78 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 45,95 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGIA II | Não se aplica | Consulta/Exame | R\$ | 64,34 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPEDISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 59,09 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIA GERAL | Não se aplica | Consulta | R\$ | 65,66 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ENDOCRINOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 86,66 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REUMATOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 99,79 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGIA ADULTO | Não se aplica | Consulta | R\$ | 97,17 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROPEDIATRA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 144,46 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSQUIATRA INFANTIL | Não se aplica | Consulta | R\$ | 157,57 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICA MÉDICA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 34,13 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - RETIRADAS DE LÍPOMAS/CISTO/VERRUGA/CORPO ESTRANHO/RETIRADA DE UNHA ENCRAVADA E COLETA PARA BIÓPSIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 98,48 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REFERÊNCIA TÉCNICA | Não se aplica | Mês | R\$ | 3.282,83 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR CLÍNICO PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO | Não se aplica | Mês | R\$ | 9.741,67 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ECOCARDIOGRAMA | Não se aplica | Exame | R\$ | 131,31 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLIX SCAN/CARÓTIPTAS E VÉRTEBRAS | Não se aplica | Exame | R\$ | 97,17 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO EXAME DE ULTRASSONOGRAFIA - ENDOVAGINAL/OBSTETRICO/APARELHO URINARIO/DE MAMAS E AXILIAS/CERVICA/TIREÓIDE/ARICULAÇÃO/ PRÓSTATA TRANCRETAL E ABDOMINAL/ABDOMEN TOTAL/PAREDE ABDOMINAL/REGIÃO INGUINAL/BOLSA ESCROTAL OU TESTICULAR | Não se aplica | Exame | R\$ | 65,66 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ELETROENCEFALOGRAMA | Não se aplica | Exame | R\$ | 65,66 |

Tabela 16

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de IGARATINGA | | | |
|--|-------------------|-------------------|---------------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Não se aplica | Plantão | R\$ 1.378,79 |
| | Feridos Especiais | 12 Horas | R\$ 2.785,44 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 78,79 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR TÉCNICO | Não se aplica | Mês | R\$ 7.878,79 |

Tabela 17

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de IGUAUAMA | | | |
|---|-----------------|-------------------|---------------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTÃO PRONTO SOCORRO | Não se aplica | PLANTÃO | R\$ 1.422,76 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SOBREAVISO CLÍNICA MÉDICA | Sobreaviso | Dia | R\$ 455,29 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTÃO FERIADOS ESPECIAIS | Não se aplica | Plantão | R\$ 2.276,41 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETORIA TÉCNICA | Não se aplica | Mês | R\$ 3.414,62 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETORIA CLÍNICA | Não se aplica | Mês | R\$ 3.414,62 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTA ESPECIALIZADA | Não se aplica | Consulta | R\$ 39,59 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIA DE UNHA (CANTOPLASTIA) | Não se aplica | Procedimento | R\$ 169,06 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS/ CISTO CEBÁCEO/ LÍPOMA | Não se aplica | Procedimento | R\$ 169,06 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA/PUNÇÃO DE TUMOR SUPERFICIAL DE PELE | Não se aplica | Procedimento | R\$ 169,06 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO | Não se aplica | Procedimento | R\$ 169,06 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÃO CUTÂNEA | Não se aplica | Procedimento | R\$ 169,06 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENÇÃO BÁSICA | Não se aplica | Mês | R\$ 13.651,65 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICO GERAL | Não se aplica | Hora | R\$ 167,88 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 113,80 |

Tabela 18

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de ITABIRITO | | | |
|--|-----------------------------|-------------------|---------------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Dias úteis diurno / noturno | Plantão | R\$ 1.739,19 |
| | | Hora | R\$ 144,93 |
| | | Plantão | R\$ 1.956,59 |
| | | Hora | R\$ 163,05 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ASSISTÊNCIA AO COVID-19 | Dias úteis diurno / noturno | Plantão | R\$ 1.739,19 |
| | | Hora | R\$ 144,93 |
| | | Plantão | R\$ 1.956,59 |
| | | Hora | R\$ 163,05 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTOR (DIRETOR/RESPONSÁVEL TÉCNICO) | Não se aplica | Hora | R\$ 289,87 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL - MÉDICO DO TRABALHO | Não se aplica | Hora | R\$ 210,00 |

Tabela 19

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de ITAGUARA | | | |
|--|-----------------|-------------------|---------------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 65,66 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO GERAL | NÃO se aplica | Plantão | R\$ 1.784,25 |
| | | Consulta | R\$ 91,91 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGISTA/OBSTETRICIA | NÃO se aplica | Mês | R\$ 9.913,34 |
| | | Consulta | R\$ 91,91 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA | NÃO se aplica | Mês | R\$ 19.695,38 |
| | | Consulta | R\$ 91,91 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA | NÃO se aplica | Mês | R\$ 15.756,30 |
| | | Mês | R\$ 17.464,64 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEQUENAS CIRURGIAS | Não se aplica | Procedimento | R\$ 196,95 |

Tabela 20

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de ITATIAIUCU | | | |
|--|-----------------|--|---------------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | Dias úteis | 12 horas | R\$ 1.706,43 |
| | | Final de Semana/Feriado diurno e noturno | 12 horas |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO DE APOIO | Não se aplica | Hora | R\$ 108,73 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO DE APOIO II | Não se aplica | Hora | R\$ 98,53 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA | Não se aplica | Hora | R\$ 260,94 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA I - CIRURGIA UROLOGICA | Não se aplica | Hora | R\$ 434,92 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA II - PEQUENAS CIRURGIAS | Não se aplica | Hora | R\$ 326,18 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Não se aplica | Mês | R\$ 17.336,28 |

Tabela 21

| 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 Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP | |
| 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\$ 1.247,47 |
| | | Dias úteis noturno | 12 horas | R\$ 1.313,13 |
| | | Final de Semana diurno | 12 horas | R\$ 1.378,79 |
| | | Final de Semana noturno | 12 horas | R\$ 1.510,10 |
| | | Feriado/Dias úteis diurno | 12 horas | R\$ 1.621,72 |
| | | Feriado/Dias úteis noturno | 12 horas | R\$ 1.707,07 |

| | | | | | | |
|---|---------------------------------|----------|-----|----------|-----|--------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA NAS CLASSIFICAÇÕES DO PROTOCOLO DE MANCHESTER VERDE E AZUL | Feriado/Final de Semana diurno | 12 horas | R\$ | 1.792,42 | | |
| | Feriado/Final de Semana noturno | 12 horas | R\$ | 1.963,13 | | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | Dias úteis diurno | 12 horas | R\$ | 1.247,47 | | |
| | Dias úteis noturno | 12 horas | R\$ | 1.313,13 | | |
| | Final de Semana diurno | 12 horas | R\$ | 1.378,79 | | |
| | Final de Semana noturno | 12 horas | R\$ | 1.510,10 | | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | Feriado/Dias úteis diurno | 12 horas | R\$ | 1.621,72 | | |
| | Feriado/Dias úteis noturno | 12 horas | R\$ | 1.707,07 | | |
| | Feriado/Final de Semana diurno | 12 horas | R\$ | 1.792,42 | | |
| | Feriado/Final de Semana noturno | 12 horas | R\$ | 1.963,13 | | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTOR | | | | | | |
| Não se aplica | | | | Hora | R\$ | 188,50 |
| II) Serviços Médicos Executados nas Demais Unidades de Saúde do Município | | | | | | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA | Dias úteis diurno | 12 horas | R\$ | 1.247,47 | | |
| | Dias úteis noturno | 12 horas | R\$ | 1.313,13 | | |
| | Final de Semana diurno | 12 horas | R\$ | 1.378,79 | | |
| | Final de Semana noturno | 12 horas | R\$ | 1.510,10 | | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA | Feriado/Dias úteis diurno | 12 horas | R\$ | 1.621,72 | | |
| | Feriado/Dias úteis noturno | 12 horas | R\$ | 1.707,07 | | |
| | Feriado/Final de Semana diurno | 12 horas | R\$ | 1.792,42 | | |
| | Feriado/Final de Semana noturno | 12 horas | R\$ | 1.963,13 | | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | | | | | | |
| Não se aplica | | | | Hora | R\$ | 123,11 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRIA | | | | | | |
| Não se aplica | | | | Hora | R\$ | 114,90 |

Tabela 22

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de JUAUBA | | | |
|--|-------------------------|-------------------|---------------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Dias úteis | 12 horas | R\$ 1.181,82 |
| | Final de Semana/Feriado | 12 horas | R\$ 1.323,64 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | Dias úteis | 12 horas | R\$ 1.181,82 |
| | Final de Semana/Feriado | 12 horas | R\$ 1.323,64 |
| | Feriados/Especiais | 12 horas | R\$ 1.985,46 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRIA | Dias úteis | 12 horas | R\$ 1.181,82 |
| | Final de Semana/Feriado | 12 horas | R\$ 1.323,64 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICO GERAL | Não se aplica | Hora | R\$ 164,14 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 59,09 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - OFTALMOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 59,09 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PEQUENAS CIRURGIAS | Não se aplica | Hora | R\$ 131,31 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 59,09 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - NEURO PEDIATRA | Não se aplica | Consulta | R\$ 59,09 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ORTOPEDISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 59,09 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CLÍNICO GERAL | Não se aplica | Consulta | R\$ 59,09 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RADIOLOGISTA | Não se aplica | Laudo | R\$ 59,09 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO REGULADOR | Não se aplica | Hora | R\$ 590,91 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO DO TRABALHO | Não se aplica | Hora | R\$ 216,31 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGIA | Não se aplica | Hora | R\$ 175,96 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ANGIOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 59,09 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PEDIATRA | Não se aplica | Consulta | R\$ 59,09 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ULTRASSONOGRAFIA | Não se aplica | Hora | R\$ 175,96 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ULTRASSOM COM APARELHO DO PROFISSIONAL | Não se aplica | Exame | R\$ 59,09 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PSIQUIATRA | Não se aplica | Exame | R\$ 69,09 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PSQUIATRA | Não se aplica | Consulta | R\$ 59,09 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - NEUROLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 59,09 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - OTORRINOLARINGOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 67,96 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ENDOCRINOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 67,96 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PSIQUIATRA | Não se aplica | Hora | R\$ 175,96 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGISTA | Não se aplica | Hora | R\$ 136,50 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ORTOPEDISTA | Não se aplica | Hora | R\$ 136,50 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CLÍNICO GERAL PARA ATENÇÃO BÁSICA | Não se aplica | Mês | R\$ 16.000,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN COM O APARELHO DO PROFISSIONAL | Não se aplica | Hora | R\$ 108,00 |

Serviços Médicos de Urgência e Emergência / Pronto Atendimento Municipal de Juatuba - CNES 2108828

| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--|---------------------------------|-------------------|---------------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | Dias úteis diurno | 12 horas | R\$ 1.444,33 |
| | Dias úteis noturno | 12 horas | R\$ 1.509,98 |
| | Final de Semana/Feriado diurno | 12 horas | R\$ 1.575,63 |
| | Final de Semana/Feriado noturno | 12 horas | R\$ 1.575,63 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTOR (DIRETOR CLÍNICO) | Não se aplica | Hora | R\$ 188,50 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTOR (DIRETOR/RESPONSÁVEL TÉCNICO) | Não se aplica | Hora | R\$ 188,50 |

Tabela 23

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de LAGOA DA PRATA | | | |
|--|-----------------|-------------------|---------------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CONSULTA MÉDICA | Não se aplica | Consulta | R\$ 78,98 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS - PEQUENAS CIRURGIAS | Não se aplica | Procedimento | R\$ 214,50 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA | Não se aplica | Procedimento | R\$ 158,93 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO AMBULATORIAIS - ESCLEROTERAPIA | Não se aplica | Procedimento | R\$ 380,82 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS - PEQUENAS CIRURGIAS UROLOGICAS | Não se aplica | Procedimento | R\$ 438,75 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ELETROENCEFALOGRAMA | Não se aplica | Procedimento | R\$ 86,00 |

*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 24

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de MARIANA | | | |
|---|------------------|-------------------|---------------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | SEG A SEX | PLANTÃO | R\$ 1.783,78 |
| | FINAIS DE SEMANA | | R\$ 2.006,76 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SALA VERMELHA | SEG A SEX | PLANTÃO | R\$ 2.158,37 |
| | FINAIS DE SEMANA | | R\$ 2.428,16 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA | SEG A SEX | PLANTÃO | R\$ 2.158,37 |
| | FINAIS DE SEMANA | | R\$ 2.428,16 |

Tabela 25

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de MÁRIO CAMPOS | | | |
|--|-----------------|-------------------|---------------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA I | Não se aplica | Consulta | R\$ 52,53 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA II | Não se aplica | Consulta | R\$ 65,66 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA III | Não se aplica | Consulta | R\$ 98,48 |

| | | | | |
|--|---------------|----------|-----|-----------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PLANTONISTA 1 | Não se aplica | Hora | R\$ | 98,48 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PLANTONISTA 2 | Não se aplica | Hora | R\$ | 111,62 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PLANTONISTA 3 | Não se aplica | Hora | R\$ | 124,75 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESPONSÁVEL TÉCNICO | Não se aplica | Hora | R\$ | 196,97 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REGULAÇÃO/AVALIAÇÃO/AUDITORIA E CONTROLE | Não se aplica | Hora | R\$ | 157,58 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REMOÇÃO | Não se aplica | Hora | R\$ | 98,48 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AMBULATORIAL I | Não se aplica | Consulta | R\$ | 52,53 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AMBULATORIAL II | Não se aplica | Consulta | R\$ | 65,66 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AMBULATORIAL III | Não se aplica | Consulta | R\$ | 98,48 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EM SOBREVISO | Não se aplica | Hora | R\$ | 52,53 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SAÚDE DA FAMÍLIA PARA ATENDIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA | Não se aplica | Mês | R\$ | 15.756,30 |

Tabela 26

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de MARTINHO CAMPOS | | | |
|--|-----------------|-------------------|---------------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 113,81 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OFTAMOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 80,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PROCTOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 140,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GASTROENTEROLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 120,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO GERAL | Não se aplica | Consulta | R\$ 110,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGISTA/ OBSTETRA | Não se aplica | Consulta | R\$ 102,42 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROPEDIATRA | Não se aplica | Consulta | R\$ 227,61 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPEDISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 142,26 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 120,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ENDOCRINOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 140,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 187,79 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MÉDICO DO TRABALHO | Não se aplica | Consulta | R\$ 55,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OTORRINOLARINGOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 120,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REUMATOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 159,33 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ALERGISTA (AMBULATÓRIO) | Não se aplica | Consulta | R\$ 103,41 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGISTA (URGÊNCIA) | Não se aplica | Consulta | R\$ 284,52 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGISTA (AMBULATÓRIO) | Não se aplica | Consulta | R\$ 120,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HEMATOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 94,95 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MASTOLOGISTA (CAMPANHA) | Não se aplica | Consulta | R\$ 196,97 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HEPATOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 118,18 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGISTA (URGÊNCIA) | Não se aplica | Consulta | R\$ 273,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGISTA (AMBULATÓRIO) | Não se aplica | Consulta | R\$ 142,25 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEFROLOGISTA (URGÊNCIA) | Não se aplica | Consulta | R\$ 318,67 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEFROLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 140,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA (URGÊNCIA) | Não se aplica | Consulta | R\$ 250,38 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PNEUMOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 146,25 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIAS AMBULATORIAIS TIPO I (EXCIÇÃO DE LESÃO E/ OU SUTURA DE FERIMENTOS DE PELE, INCISÃO E DRENAGEM DE ABSCESSO, EXERCISE DE UNHA OU CANTOPLASTIA, BIÓPSIA DE CÂNCER DE PELE, ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÕES SUPERFICIAIS DE PELE) | Não se aplica | Procedimento | R\$ 103,51 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIAS AMBULATORIAIS TIPO II (EXCIÇÃO OU CAUTERIZAÇÃO DE MÍNIMAS/ MINÚSCULAS LESÕES DE PELE) | Não se aplica | Procedimento | R\$ 103,51 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIAS AMBULATORIAIS TIPO III (EXCIÇÃO DE LESÃO E/ OU SUTURA DE FERIMENTOS DE PELE, BIÓPSIA DE CÂNCER DE PELE COM REALIZAÇÃO DE SUTURA DE PLANO INTERNO E EXTERNO) | Não se aplica | Procedimento | R\$ 206,99 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSOM GINECOLÓGICO | Não se aplica | Procedimento | R\$ 102,42 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSOM COM DISPONIBILIDADE DO APARELHO E IMPRESSORA | Não se aplica | Procedimento | R\$ 110,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSOM MORFOLÓGICO COM DISPONIBILIDADE DO APARELHO E IMPRESSORA | Não se aplica | Procedimento | R\$ 140,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLIX SCAN | Não se aplica | Procedimento | R\$ 150,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ECOCARDIOGRAMA | Não se aplica | Procedimento | R\$ 190,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL - MÉDICO DO TRABALHO (VALIDAÇÃO DE ATESTADO MÉDICO) | Não se aplica | Avaliação | R\$ 172,00 |

Tabela 27

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de MATEUS LEME | | | |
|---|-------------------------|-------------------|---------------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Dias úteis diurno | Hora | R\$ 87,54 |
| | Dias úteis noturno | Hora | R\$ 89,18 |
| | Final de Semana/Feriado | Hora | R\$ 95,75 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | Feriados Especiais | Hora | R\$ 196,97 |
| | Dias úteis | Hora | R\$ 98,48 |
| | Final de Semana/Feriado | Hora | R\$ 109,42 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA | Feriados Especiais | Hora | R\$ 164,13 |
| | Dias úteis | Hora | R\$ 97,62 |
| | Final de Semana/Feriado | Hora | R\$ 110,42 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA II | Feriados Especiais | Hora | R\$ 209,23 |
| | Dias úteis | Hora | R\$ 122,14 |
| | Final de Semana/Feriado | Hora | R\$ 116,23 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PARA ATENDIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA | Feriados Especiais | Hora | R\$ 209,23 |
| | Não se aplica | Mês | R\$ 18.525,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO AMBULATORIAL I - ORTOPEDIA/PNEUMOLOGIA/OTORRINOLARINGOLOGISTA/NEUROLOGIA/MASTOLOGIA/PEDIATRIA/CLÍNICA MÉDICA/ANGIOLOGIA/CIRURGIA GERAL I/DERMATOLOGIA I/GINECOLOGIA/GASTROENTEROLOGIA/PROCTOLOGIA/UROLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 59,09 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO AMBULATORIAL II - ORTOPEDIA/PNEUMOLOGIA/OTORRINOLARINGOLOGISTA/NEUROLOGIA/MASTOLOGIA/PEDIATRIA/CLÍNICA MÉDICA/ANGIOLOGIA/CIRURGIA GERAL II/DERMATOLOGIA II/GINECOLOGIA/GASTROENTEROLOGIA/PROCTOLOGIA/UROLOGIA II | Não se aplica | Consulta | R\$ 73,13 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - VASECTOMIA | Não se aplica | Procedimento | R\$ 402,44 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - POSTECTOMIA | Não se aplica | Procedimento | R\$ 287,73 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRRAFIA | Não se aplica | Procedimento | R\$ 78,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLIX SCAN | Não se aplica | Procedimento | R\$ 160,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA/ PUNÇÃO/ EXERCISE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS/ CISTOS CEBÁCEO/ LIPOMA | Não se aplica | Procedimento | R\$ 73,13 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REFERÊNCIA TÉCNICA | Não se aplica | Mês | R\$ 2.925,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AUDITOR/ REGULADOR MAC | Não se aplica | Mês | R\$ 7.800,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENÇÃO DOMICILIAR | Não se aplica | Consulta | R\$ 87,75 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MÉDICO DO TRABALHO | Não se aplica | Mês | R\$ 12.000,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESCLEROTERAPIA COM APLICAÇÃO DE ESPUMA (INCLUSOS MATERIAIS E MEDICAMENTOS) | Não se aplica | Procedimento | R\$ 495,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA COM LAUDO | Não se aplica | Procedimento | R\$ 185,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HOLTZER 24H | Não se aplica | Procedimento | R\$ 165,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - M.A.P.A | Não se aplica | Procedimento | R\$ 165,00 |

Tabela 28

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de NOVA ERA | | | |
|--|-----------------|-------------------|---------------|
| Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município | | | |
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SAÚDE DA FAMÍLIA PSF | Não se aplica | Mês | R\$ 19.605,00 |

Tabela 29

| 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 Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |

| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|---|-------------------------------------|-------------------|---------------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Dias úteis diurno | 12 horas | R\$ 1.609,98 |
| | Dias úteis noturno | 12 horas | R\$ 1.609,98 |
| | Finais de Semana / Feriados diurno | 12 horas | R\$ 1.897,48 |
| | Finais de Semana / Feriados noturno | 12 horas | R\$ 1.897,48 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESPONSÁVEL TÉCNICO | Não se aplica | Hora | R\$ 196,97 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PEDIATRA | Não se aplica | Mês | R\$ 17.070,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REGULADOR | Não se aplica | 12 horas | R\$ 1.575,76 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIA GERAL | Não se aplica | Guia auditada | R\$ 146,28 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PNEUMOLOGIA ADULTO | Não se aplica | Consulta | R\$ 81,90 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PNEUMOLOGIA INFANTIL | Não se aplica | Consulta | R\$ 93,60 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 123,04 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEFROLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 107,25 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ENDOCRINOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 107,25 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 92,63 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REUMATOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 107,25 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 107,25 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 92,63 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OBSTRETA | Não se aplica | Consulta | R\$ 107,25 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPEDIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 85,22 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OTORRINOLARINGOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 107,25 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OFTALMOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 81,90 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 92,63 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GASTROENTEROLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 107,25 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GERIATRIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 117,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MASTOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 195,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SAÚDE DA FAMÍLIA PSF | Não se aplica | Mês | R\$ 17.355,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGIA | Não se aplica | Mês/20HR | R\$ 11.389,95 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA | Não se aplica | Mês/20HR | R\$ 11.389,95 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSIQUIATRA | Não se aplica | Mês/20HR | R\$ 11.389,95 |

Tabela 30

Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de NOVA SERRANA

| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|---|-----------------|-------------------|---------------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSOM COM EQUIPAMENTOS DO PROFISSIONAL | Não se aplica | Exame | R\$ 105,15 |

Tabela 31

Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de ONÇA DE PITANGUI

| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--|-----------------|-------------------|---------------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Não se aplica | Hora | R\$ 95,75 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | Não se aplica | Hora | R\$ 95,75 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRIA | Não se aplica | Hora | R\$ 95,75 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA | Não se aplica | Hora | R\$ 95,75 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CLÍNICA MÉDICA I | Não se aplica | Mês | R\$ 6.678,75 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CLÍNICA MÉDICA II | Não se aplica | Mês | R\$ 15.757,57 |

Tabela 32

Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de OURO BRANCO

| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--|-----------------------------|--------------------|---------------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Dias úteis | Plantão | R\$ 1.510,10 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Finais de semana e Feriados | Plantão | R\$ 1.631,66 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA | Semanais | Plantão | R\$ 1.770,00 |
| | Finais de semana e Feriados | | R\$ 1.895,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - (MÉDICO REGULADOR) | Não se aplica | Mês | R\$ 3.939,39 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - (COORDENADOR) | Não se aplica | Mês | R\$ 5.252,53 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - (MÉDICO HORIZONTAL) | Não se aplica | Mês | R\$ 10.505,05 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AMBULATORIAL | Não se aplica | Período de 5 horas | R\$ 755,05 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO | Não se aplica | 20HR/Mês | R\$ 7.588,00 |

*Dias Úteis (07hs de segunda-feira às 19hs 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 33

Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde dos Municípios de OURO PRETO

| Descrição | Tipo de Serviço | 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\$ 1.577,40 |
| | | Hora | R\$ 131,45 |
| | Dias úteis - noturno | 12 horas | R\$ 1.641,80 |
| | | Hora | R\$ 136,81 |
| | Final de Semana/Feriado - diurno | 12 horas | R\$ 1.770,58 |
| | | Hora | R\$ 147,55 |
| Final de Semana/Feriado - noturno | 12 horas | R\$ 1.834,96 | |
| | Hora | R\$ 152,92 | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA I | Não se aplica | Hora | R\$ 245,48 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA - HOSPITAL DE CAMPANHA | Dias úteis - diurno | 12 horas | R\$ 1.700,14 |
| | | 12 horas | R\$ 1.783,86 |
| | Final de Semana/Feriado - diurno | 12 horas | R\$ 1.951,27 |
| | | 12 horas | R\$ 2.034,96 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REGULADOR | Não se aplica | Mês | R\$ 12.187,50 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR TÉCNICO | Não se aplica | Mês | R\$ 16.096,03 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SAÚDE DA FAMÍLIA | 20 Horas Semanais | Mês | R\$ 8.742,56 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ECOCARDIOGRAMA | Não se aplica | Exame | R\$ 130,36 |

*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 34

Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de PARÁ DE MINAS

| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|---|-----------------|-------------------|---------------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Não se aplica | Plantão | R\$ 1.575,75 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HORIZONTAL | Não se aplica | 06 HORAS | R\$ 787,87 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSIQUIATRA | Não se aplica | Plantão | R\$ 1.313,13 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTOR (RESPONSÁVEL TÉCNICO - RAI0 X) | Não se aplica | Plantão | R\$ 1.313,13 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGISTA | Não se aplica | Plantão | R\$ 1.313,13 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGISTA / PRÉ NATAL DE ALTO RISCO | Não se aplica | Consulta | R\$ 65,66 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CLÍNICO GERAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA | Não se aplica | Plantão | R\$ 1.313,13 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CLÍNICO GERAL | Não se aplica | Consulta | R\$ 32,83 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO | Não se aplica | Consulta | R\$ 94,94 |
| | Não se aplica | Plantão | R\$ 1.313,13 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPEDIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 56,35 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSIQUIATRA | Não se aplica | Consulta | R\$ 47,78 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 65,66 |

| | | | | |
|---|---------------|--------------|-----|-----------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 26,33 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ACUPUNTURISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 78,79 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OFTALMOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 46,80 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CIRURGIÃO GERAL | Não se aplica | Consulta | R\$ | 52,52 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PROCTOLOGISTA/OTORRINOLARINGOLOGISTA/PNEUMOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 64,35 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REUMATOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 75,90 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 64,35 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OBSTETRA | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 394,97 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ENDOCRINOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 37,05 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 65,66 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 65,66 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 45,96 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEFROLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 65,66 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HEMATOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 94,95 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGISTA | Plantão | 12 horas | R\$ | 1.313,13 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROCIURGIÃO | Não se aplica | Consulta | R\$ | 49,25 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GASTROENTEROLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 97,26 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GASTROENTEROLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 66,32 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROPEDIATRA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 94,94 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GENERALISTA | Não se aplica | Hora | R\$ | 108,33 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RISCO CIRÚRGICO | Não se aplica | Consulta | R\$ | 53,98 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PNEUMOLOGIA SPIROMETRIA | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 118,18 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOLOGISTA - ESCLEROTERAPIA (MATERIAL DO PROFISSIONAL) | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 512,85 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO CARDIOLOGISTA - EOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 177,27 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO UROLOGISTA - VASECTOMIA | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 639,50 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO UROLOGISTA - POSTECTOMIA | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 637,52 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COLANGIOPANCREATOLOGIA CPRE | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 6.695,99 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTA PRÉ-OPERATORIA, CIRURGIA DE HISTERECTOMIA E CONSULTA PÓS-OPERATÓRIA | Não se aplica | Pacote | R\$ | 656,57 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTA PRÉ-OPERATORIA, CIRURGIA DE LAQUEADURA E CONSULTA PÓS-OPERATÓRIA | Não se aplica | Pacote | R\$ | 656,57 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTA PRÉ-OPERATORIA, CIRURGIA DE CURETAGEM E CONSULTA PÓS-OPERATÓRIA | Não se aplica | Pacote | R\$ | 656,57 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR CLÍNICO | Não se aplica | Mês | R\$ | 3.939,39 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR TÉCNICO | Não se aplica | Mês | R\$ | 9.191,92 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESPONSÁVEL TÉCNICO | Não se aplica | Mês | R\$ | 15.000,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CORREÇÃO CIRÚRGICA DO ESTRABISMO | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 1.859,06 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OFTALMOLOGISTA (AVALIAÇÃO E TESTE ORTÓPTICO/ PRÉ - OPERATÓRIO) | Não se aplica | Consulta | R\$ | 180,32 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIA GLAUCOMA | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 1.876,80 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OFTALMOLOGISTA (AVALIAÇÃO E RETINOLOGIA/ PRÉ - OPERATÓRIO VITRECTOMIA) | Não se aplica | Consulta | R\$ | 187,38 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIA DE VITRECTOMIA | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 4.215,15 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OFTALMOLOGISTA (AVALIAÇÃO E RETINOLOGIA/ PRÉ-OPERATÓRIO PTERÍGIO) | Não se aplica | Consulta | R\$ | 195,97 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIA DE PTERÍGIO | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 887,40 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OFTALMOLOGISTA (CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIO DE ANEL INTRAESTROMAL) | Não se aplica | Consulta | R\$ | 87,72 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - IMPLANTE DE ANEL INTRAESTROMAL | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 2.181,14 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OFTALMOLOGISTA (AVALIAÇÃO E TOMOGRAFIA DA CÔRNEA) | Não se aplica | Consulta | R\$ | 283,76 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CATARATA (QUANTIDADE 1) | | | | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIOMETRIA ULTRASSÔNICA MONOCULAR (ECO A) (R\$ 24,24 QUANTIDADE 2) | | | | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - Mapeamento de retina (quantidade 1) | Não se aplica | Consulta | R\$ | 257,17 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TONOMETRIA (QUANTIDADE 1) | | | | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | | | | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - FONOEMLIFICACAO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 1.670,84 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ULTRASSONOGRAFIA | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 47,73 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 128,69 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 50,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES) | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 40,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 70,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 55,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO (UNILATERAL) | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 60,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA BOLSA ESCROTAL (BILATERAL) | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 40,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO) | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 70,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL) (PÉLVICA MASCULINA) | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 50,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA TRANSRETAL) | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 34,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE TIRÓIDE | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 50,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA (VIA ABDOMINAL OU VIA TRANSVAGINAL) | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 50,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 74,80 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA) (PÉLVICA FEMININA) | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 50,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 50,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL (ENDOAGINAL) | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 60,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 50,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA TRANSLUCÊNCIA NUCAL | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 72,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA TRANSLUCÊNCIA NUCAL | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 218,35 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE TIRÓIDE + DOPPLER | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 143,35 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL) + DOPPLER | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 143,35 |

Tabela 35

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de PASSA TEMPO | | | |
|---|-----------------|-------------------|---------------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA | Não se aplica | Consulta | R\$ 68,32 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSQUIATRA | Não se aplica | Consulta | R\$ 120,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGIA/OBSTETRICIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 94,27 |

Tabela 36

| 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 Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICA MÉDICA/PEDIATRIA/ ORTOPEDIA, CIRURGIA GERAL / RADIOLOGIA/ ANESTESIOLOGIA ¹ | Dias úteis diurno/ noturno | Hora | R\$ 128,33 |
| | | Plantão 6h | R\$ 770,00 |
| | | Plantão 8h | R\$ 1.026,67 |
| | | Plantão 12h | R\$ 1.540,00 |
| | Finais de Semana e Feriados diurno/noturno | Hora | R\$ 134,17 |
| | | Plantão 6h | R\$ 805,00 |
| | | Plantão 8h | R\$ 1.073,33 |
| | | Plantão 12h | R\$ 1.610,00 |
| | Feriados Especiais diurno/noturno | Hora | R\$ 193,33 |
| | | Plantão 6h | R\$ 1.160,00 |
| | | Plantão 8h | R\$ 1.546,67 |
| | | Plantão 12h | R\$ 2.320,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR TÉCNICO | Não se aplica | Mês | R\$ 6.696,97 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MÉDICO HORIZONTAL | Não se aplica | Mês | R\$ 13.131,31 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSQUIATRA E PSQUIATRA INFANTIL | Dias úteis diurno | Hora | R\$ 128,95 |
| | | Plantão 6h | R\$ 773,72 |
| | | Plantão 8h | R\$ 1.031,64 |
| | | Plantão 10h | R\$ 1.289,54 |
| | | Plantão 12h | R\$ 1.547,44 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGIA/ENDOCRINOLOGIA/ NEUROLOGIA/ORTOPEDIA | Dias úteis diurno | Hora | R\$ 196,97 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MÉDICO REGULADOR | Não se aplica | Hora | R\$ 107,46 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGIA/ORTOPEDIA /OFTALMOLOGIA/CIRURGIA GERAL/ CLÍNICA MÉDICA. | Dias úteis diurno | Consulta | R\$ 65,66 |

¹ - Teto de 12 plantões mensais

*Dias úteis diurnos (Segunda-feira a sexta no período das 07h00min às 19h00min)

* Dias úteis noturnos (Segunda-feira a sexta no período das 19h00min às 07h00min);

** Finais de semana e feriados diurnos (Sábado e domingo no período das 07h00min às 19h00min);

**Finais de semana e feriados noturnos (Sábado e domingo no período das 19h00min às 07h00min);

***Feriados Especiais Diurnos (Carnaval, Natal e Réveillon de das 07h00min às 19h00min);

***Feriados Especiais Noturnos (Carnaval, Natal e Réveillon de das 19h00min às 07h00min);

Tabela 37

Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de PIEDADE GERAIS

| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|---|-----------------|-------------------|---------------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Não se aplica | Hora | R\$ 79,87 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | Não se aplica | Hora | R\$ 120,37 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DATAS EXCEPCIONAIS(FESTIVIDADES,GRANDES FERIADOS, ENTRE OUTROS) | Não se aplica | Hora | R\$ 159,76 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PSQUIATRA | Não se aplica | Consulta | R\$ 39,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 39,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - UROLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 39,00 |

Tabela 38

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

| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--|--------------------|-------------------|---------------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Não se aplica | Hora | R\$ 117,81 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | Não se aplica | Hora | R\$ 117,81 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA | Não se aplica | Hora | R\$ 117,81 |
| | | Consulta | R\$ 85,35 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA | Não se aplica | Hora | R\$ 117,81 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Não se aplica | Mês | R\$ 17.069,98 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - FERIADOS ESPECIAIS | Feriados Especiais | Plantão | R\$ 1.950,00 |

Tabela 39

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

| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--|-----------------|-------------------|---------------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Não se aplica | Hora | R\$ 110,64 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA | Não se aplica | Hora | R\$ 109,42 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HEMATOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 117,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GASTROENTEROLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 117,00 |

Tabela 40

Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de RIO ACIMA

| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--|-----------------|-------------------|---------------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GERIATRIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 78,78 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 78,78 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGISTA ADULTO | Não se aplica | Consulta | R\$ 78,78 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OTORRINOLARINGOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 78,78 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 105,30 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPIEDIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 61,05 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGIA INFANTIL | Não se aplica | Consulta | R\$ 78,78 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 105,30 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 105,30 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ENDOCRINOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 126,75 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GASTROENTEROLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 117,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEFROLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 126,75 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PNEUMOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 117,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REUMATOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 126,75 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PROCTOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 126,75 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA | Não se aplica | Consulta | R\$ 78,79 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO GERAL | Não se aplica | Consulta | R\$ 87,75 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HEMATOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 128,70 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA (ENGOVAGINAL, OBSTÉTRICO SIMPLES, ABDOMINAL TOTAL E PAREDE ABDOMINAL, BOLSA ESCROTAL, ARTICULAÇÃO, PARTES MOLES, RINS E VIAS URINÁRIAS, TIREÓIDE, CERVICAL, MAMAS, AXILAS, PRÓSTATA TRANSRETAL E ABDOMINAL, REGIÃO INGUINAL) | Não se aplica | PROCEDIMENTO | R\$ 79,58 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL - MÉDICO REGULADOR | Não se aplica | Mês | R\$ 6.828,50 |

Tabela 41

Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de RIO MANSO

| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--|--------------------|-------------------|---------------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Dias Normais | 12 horas | R\$ 1.218,75 |
| | Datas Excepcionais | 12 horas | R\$ 1.852,50 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | Não se aplica | 12 horas | R\$ 975,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRIA | Não se aplica | 12 horas | R\$ 1.654,55 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGIA/OBSTETRICIA | Não se aplica | Hora | R\$ 129,68 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPIEDIA | Não se aplica | Hora | R\$ 156,98 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGIA | Não se aplica | Hora | R\$ 117,98 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGIA | Não se aplica | Hora | R\$ 117,98 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA | Não se aplica | Hora | R\$ 117,98 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGIA | Não se aplica | Hora | R\$ 117,98 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGIA | Não se aplica | Hora | R\$ 117,98 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA | Não se aplica | Hora | R\$ 66,30 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA | Não se aplica | 12 horas | R\$ 1.218,75 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICO GERAL | Não se aplica | Hora | R\$ 56,55 |

Tabela 42

Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de SÃO GONÇALO DO PARA

| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--|-----------------|-------------------|---------------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Diurno | 12 horas | R\$ 1.721,02 |
| | Noturno | 12 horas | R\$ 2.126,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPEDISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 78,79 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 78,79 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSQUIATRA | Não se aplica | Consulta | R\$ 78,79 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO GERAL | Não se aplica | Consulta | R\$ 78,79 |

Tabela 43

Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de SÃO JOAQUIM DE BICAS

| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--|-------------------------|-------------------|---------------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Dias úteis diurno | 12 horas | R\$ 1.378,79 |
| | Dias úteis noturno | 12 horas | R\$ 1.510,10 |
| | Final de Semana/Feriado | 12 horas | R\$ 1.510,10 |
| | Feriados Especiais | Hora | R\$ 165,80 |
| | Feriados Especiais | 12 horas | R\$ 1.989,59 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DESLOCAMENTO DE PACIENTES PARA OUTRAS UNIDADES | Não se aplica | Hora | R\$ 105,05 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA I | Não se aplica | Hora | R\$ 131,31 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA II | Não se aplica | Hora | R\$ 262,63 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA III | Não se aplica | Hora | R\$ 361,11 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA IV | Não se aplica | Hora | R\$ 328,28 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REFERÊNCIA TÉCNICA (REGULAÇÃO MÉDICA TFD) | Não se aplica | Hora | R\$ 131,31 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REFERÊNCIA TÉCNICA (COORDENAÇÃO DE GINECOLOGIA) | Não se aplica | Hora | R\$ 131,31 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REFERÊNCIA TÉCNICA (URGÊNCIA E EMERGÊNCIA) | Não se aplica | Hora | R\$ 262,63 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SAÚDE DA FAMÍLIA/PSF | Não se aplica | Mês | R\$ 17.725,84 |

Tabela 44

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de SÃO SEBASTIÃO DO OESTE | | | |
|--|----------------------------|-------------------|---------------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Diurno | 12 horas | R\$ 1.969,70 |
| | Noturno | 12 horas | R\$ 1.969,70 |
| | Feriados Especiais diurno | 12 horas | R\$ 2.068,18 |
| | Feriados Especiais noturno | 12 horas | R\$ 2.166,66 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - (RESPONSÁVEL TÉCNICO) | Não se aplica | Hora | R\$ 196,97 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ULTRASSONOGRAFIA | Não se aplica | Procedimento | R\$ 78,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CIRURGIÃO | Não se aplica | Consulta | R\$ 65,66 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - GINECOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 88,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PEDIATRIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 112,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PSQUIATRA | Não se aplica | Consulta | R\$ 83,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 75,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PEDIATRA | Não se aplica | 12 horas | R\$ 1.575,76 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - REGULADOR | Não se aplica | Guia auditada | R\$ 21,01 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CLÍNICA MÉDICA | Não se aplica | Mês | R\$ 20.000,00 |

Tabela 45

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de SARZEDO | | | |
|--|-----------------|-------------------|---------------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTOR | Não se aplica | Hora | R\$ 188,50 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA I (ORTOPEDISTA, ANGIOLOGISTA, CIRURGIA GERAL, GINECOLOGISTA/OBSTRETRÍCIA, UROLOGISTA, ENDOCRINOLOGISTA, DERMATOLOGISTA E PEDIATRA) | Não se aplica | Consulta | R\$ 65,66 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA II (NEUROLOGISTA, PNEUMOLOGISTA, GINECOLOGISTA/PROCEDÊNCIA DO COLO, OTORRINOLARINGOLOGISTA, ACUPUNTURISTA, PSQUIATRA, CARDIOLOGISTA) | Não se aplica | Consulta | R\$ 78,79 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA III (NEUROCIRURGIÃO, GASTROENTEROLOGISTA, MASTOLOGISTA, OFTALMOLOGISTA) | Não se aplica | Consulta | R\$ 118,18 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA IV (NEFROLOGISTA E REUMATOLOGISTA) | Não se aplica | Consulta | R\$ 148,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Não se aplica | Plantão | R\$ 1.313,13 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (UPA 24HR) | Plantão | 12 horas | R\$ 1.969,54 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - (REGULADOR E RISCO CIRÚRGICO) | Não se aplica | Mês | R\$ 5.252,53 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - (MEDICINA DO TRABALHO) | Não se aplica | 04 Horas | R\$ 787,82 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - (PLANTONISTA HORIZONTAL) | Não se aplica | 06 Horas | R\$ 656,57 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PARA ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (UPA 24 HORAS) | Não se aplica | Plantão | R\$ 1.642,07 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PARA REALIZAÇÃO DE PEQUENAS CIRURGIAS | Não se aplica | 04 Horas | R\$ 1.050,50 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PARA PROCEDIMENTO DE VASECTOMIA | Não se aplica | Procedimento | R\$ 402,43 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PARA PROCEDIMENTO DE POSTECTOMIA | Não se aplica | Procedimento | R\$ 287,73 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PARA PROCEDIMENTO DE ESCLEROTERAPIA | Não se aplica | Procedimento | R\$ 525,25 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICO GERAL | Não se aplica | Hora | R\$ 131,31 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGIA ATENDIMENTO DE URGÊNCIA | Não se aplica | 4 Horas | R\$ 1.077,44 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM INSUMOS E EQUIPAMENTO | Não se aplica | Procedimento | R\$ 180,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN VENOSO MEMBROS INFERIORES C/ EQUIPAMENTO | Não se aplica | Procedimento | R\$ 98,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN VENOSO MEMBROS SUPERIORES C/ EQUIPAMENTO | Não se aplica | Procedimento | R\$ 98,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN ARTERIAL MEMBROS INFERIORES C/ EQUIPAMENTO | Não se aplica | Procedimento | R\$ 98,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN ARTERIAL MEMBROS SUPERIORES C/ EQUIPAMENTO | Não se aplica | Procedimento | R\$ 98,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN DE ÁRTERIAS CARÓTIDAS C/ EQUIPAMENTO | Não se aplica | Procedimento | R\$ 98,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSON TRANSVAGINAL COM DOPPLER | Não se aplica | Procedimento | R\$ 143,36 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSON PARTES MOLES COM DOPPLER | Não se aplica | Procedimento | R\$ 143,36 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSON TESTÍCULOS COM DOPPLER | Não se aplica | Procedimento | R\$ 143,36 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSON TIREÓIDE COM DOPPLER | Não se aplica | Procedimento | R\$ 143,36 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSON CERVICAL COM DOPPLER | Não se aplica | Procedimento | R\$ 143,36 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSON PAREDE ABDOMINAL COM DOPPLER | Não se aplica | Procedimento | R\$ 143,36 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSON REGIÃO INGUINAL COM DOPPLER | Não se aplica | Procedimento | R\$ 143,36 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSON MORFOLÓGICO GESTACIONAL | Não se aplica | Procedimento | R\$ 218,35 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSON OBSTÉTRICO COM DOPPLER | Não se aplica | Procedimento | R\$ 50,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSON OBSTÉTRICO PBF (PERFIL BIOFÍSIO FETAL) | Não se aplica | Procedimento | R\$ 50,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFISTA | Não se aplica | Procedimento | R\$ 65,66 |

Atualização na Tabela de Serviços e Procedimentos em Saúde da ICISMEP, realizada em julho de 2022, com publicação em julho de 2022, para vigência a partir da competência de julho de 2022

TABELA DE GESTÃO DE SERVIÇOS E UNIDADES DE SAÚDE

| UNIDADES E SERVIÇOS NO MUNICÍPIO DE PARÁ DE MINAS | | | | |
|--|--|-----------------|---------------|--|
| GERENCIAMENTO DO SERVIÇO DE ANÁLISES CLÍNICAS DE URGÊNCIA. | | | | |
| LABORATÓRIO | | | | |
| PROCEDIMENTOS SUS | | | | |
| Código | Procedimento | Valor Prestador | Valor ICISMEP | |
| 02.02.01.001-5 | CLEARANCE OSMOLAR | R\$ 3,51 | R\$ 3,55 | |
| 02.02.01.002-3 | DETERMINAÇÃO DE CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO | R\$ 2,01 | R\$ 2,03 | |
| 02.02.01.003-1 | DETERMINAÇÃO DE CROMATOGRÁFIA DE AMINOÁCIDOS | R\$ 15,65 | R\$ 15,81 | |
| 02.02.01.004-0 | DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA (2 DOSAGENS) | R\$ 3,63 | R\$ 3,67 | |
| 02.02.01.005-8 | DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA C/ INDUÇÃO POR CORTISONA (5 DOSAGENS) | R\$ 6,55 | R\$ 6,62 | |
| 02.02.01.006-6 | DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA C/ INDUÇÃO POR CORTISONA (4 DOSAGENS) | R\$ 3,68 | R\$ 3,72 | |
| 02.02.01.007-4 | DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA CLÁSSICA (5 DOSAGENS) | R\$ 10,00 | R\$ 10,10 | |
| 02.02.01.008-2 | DETERMINAÇÃO DE OSMOLARIDADE | R\$ 3,51 | R\$ 3,55 | |
| 02.02.01.009-0 | DOSAGEM DE 5-NUCLEOTÍDASE | R\$ 3,51 | R\$ 3,55 | |
| 02.02.01.010-4 | DOSAGEM DE ACETONA | R\$ 1,85 | R\$ 1,87 | |
| 02.02.01.011-2 | DOSAGEM DE ÁCIDO ASCORBICO | R\$ 2,01 | R\$ 2,03 | |
| 02.02.01.012-0 | DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO | R\$ 1,85 | R\$ 1,87 | |
| 02.02.01.013-9 | DOSAGEM DE ÁCIDO VANILMANDELICO | R\$ 9,00 | R\$ 9,09 | |
| 02.02.01.014-7 | DOSAGEM DE ALDOLASE | R\$ 3,68 | R\$ 3,72 | |
| 02.02.01.015-5 | DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA | R\$ 3,68 | R\$ 3,72 | |
| 02.02.01.016-3 | DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEÍNA ÁCIDA | R\$ 3,68 | R\$ 3,72 | |
| 02.02.01.017-1 | DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA | R\$ 3,68 | R\$ 3,72 | |
| 02.02.01.018-0 | DOSAGEM DE AMILASE | R\$ 2,25 | R\$ 2,27 | |
| 02.02.01.019-8 | DOSAGEM DE AMONÍAC | R\$ 3,51 | R\$ 3,55 | |
| 02.02.01.020-1 | DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES | R\$ 2,01 | R\$ 2,03 | |
| 02.02.01.021-0 | DOSAGEM DE CÁLCIO | R\$ 1,85 | R\$ 1,87 | |
| 02.02.01.022-8 | DOSAGEM DE CÁLCIO IONIZÁVEL | R\$ 3,51 | R\$ 3,55 | |
| 02.02.01.023-6 | DOSAGEM DE CAROTENO | R\$ 2,01 | R\$ 2,03 | |
| 02.02.01.024-4 | DOSAGEM DE CATECOLAMINAS | R\$ - | R\$ - | |
| 02.02.01.025-2 | DOSAGEM DE CERULOPLASMINA | R\$ 3,68 | R\$ 3,72 | |
| 02.02.01.026-0 | DOSAGEM DE CLORETO | R\$ 1,85 | R\$ 1,87 | |
| 02.02.01.027-9 | DOSAGEM DE COLESTEROL HDL | R\$ 3,51 | R\$ 3,55 | |
| 02.02.01.028-7 | DOSAGEM DE COLESTEROL LDL | R\$ 3,51 | R\$ 3,55 | |
| 02.02.01.029-5 | DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL | R\$ 1,85 | R\$ 1,87 | |
| 02.02.01.030-9 | DOSAGEM DE COLINESTERASE | R\$ 3,68 | R\$ 3,72 | |
| 02.02.01.031-7 | DOSAGEM DE CREATININA | R\$ 1,85 | R\$ 1,87 | |
| 02.02.01.032-5 | DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK) | R\$ 3,68 | R\$ 3,72 | |
| 02.02.01.033-3 | DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB | R\$ 4,12 | R\$ 4,16 | |
| 02.02.01.034-1 | DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTÍRICA | R\$ 3,51 | R\$ 3,55 | |
| 02.02.01.035-0 | DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTÂMICA | R\$ 3,51 | R\$ 3,55 | |
| 02.02.01.036-8 | DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA | R\$ 3,68 | R\$ 3,72 | |
| 02.02.01.037-6 | DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS) | R\$ 3,68 | R\$ 3,72 | |
| 02.02.01.038-4 | DOSAGEM DE FERRITINA | R\$ 15,59 | R\$ 15,75 | |
| 02.02.01.039-2 | DOSAGEM DE FERRO SÉRICO | R\$ 3,51 | R\$ 3,55 | |

| | | | | | |
|----------------|---|-----|-------|-----|-------|
| 02.02.01.040-6 | DOSAGEM DE FOLATO | R\$ | 15,65 | R\$ | 15,81 |
| 02.02.01.041-4 | DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL | R\$ | 2,01 | R\$ | 2,03 |
| 02.02.01.042-2 | DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA | R\$ | 2,01 | R\$ | 2,03 |
| 02.02.01.043-0 | DOSAGEM DE FOSFORO | R\$ | 1,85 | R\$ | 1,87 |
| 02.02.01.044-9 | DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA | R\$ | 2,01 | R\$ | 2,03 |
| 02.02.01.045-7 | DOSAGEM DE GALACTOSE | R\$ | 3,51 | R\$ | 3,55 |
| 02.02.01.046-5 | DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT) | R\$ | 3,51 | R\$ | 3,55 |
| 02.02.01.047-3 | DOSAGEM DE GLICOSE | R\$ | 1,85 | R\$ | 1,87 |
| 02.02.01.048-1 | DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE | R\$ | 3,68 | R\$ | 3,72 |
| 02.02.01.049-0 | DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA | R\$ | 3,68 | R\$ | 3,72 |
| 02.02.01.050-3 | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA | R\$ | 7,86 | R\$ | 7,94 |
| 02.02.01.051-1 | DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA | R\$ | 3,68 | R\$ | 3,72 |
| 02.02.01.052-0 | DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE | R\$ | 3,51 | R\$ | 3,55 |
| 02.02.01.053-8 | DOSAGEM DE LACTATO | R\$ | 3,68 | R\$ | 3,72 |
| 02.02.01.054-6 | DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE | R\$ | 3,51 | R\$ | 3,55 |
| 02.02.01.055-4 | DOSAGEM DE LIPASE | R\$ | 2,25 | R\$ | 2,27 |
| 02.02.01.056-2 | DOSAGEM DE MAGNESIO | R\$ | 2,01 | R\$ | 2,03 |
| 02.02.01.057-0 | DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS | R\$ | 2,01 | R\$ | 2,03 |
| 02.02.01.058-9 | DOSAGEM DE PIRUVATO | R\$ | 3,68 | R\$ | 3,72 |
| 02.02.01.059-7 | DOSAGEM DE PORFIRINAS | R\$ | 3,51 | R\$ | 3,55 |
| 02.02.01.060-0 | DOSAGEM DE POTASSIO | R\$ | 1,85 | R\$ | 1,87 |
| 02.02.01.061-9 | DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS | R\$ | 1,40 | R\$ | 1,41 |
| 02.02.01.062-7 | DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES | R\$ | 1,85 | R\$ | 1,87 |
| 02.02.01.063-5 | DOSAGEM DE SODIO | R\$ | 1,85 | R\$ | 1,87 |
| 02.02.01.064-3 | DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO) | R\$ | 2,01 | R\$ | 2,03 |
| 02.02.01.065-1 | DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP) | R\$ | 2,01 | R\$ | 2,03 |
| 02.02.01.066-0 | DOSAGEM DE TRANSFERRINA | R\$ | 4,12 | R\$ | 4,16 |
| 02.02.01.067-8 | DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS | R\$ | 3,51 | R\$ | 3,55 |
| 02.02.01.068-6 | DOSAGEM DE TRIPTOFANO | R\$ | 3,51 | R\$ | 3,55 |
| 02.02.01.069-4 | DOSAGEM DE UREIA | R\$ | 1,85 | R\$ | 1,87 |
| 02.02.01.070-8 | DOSAGEM DE VITAMINA B12 | R\$ | 15,24 | R\$ | 15,39 |
| 02.02.01.071-6 | ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS | R\$ | 3,68 | R\$ | 3,72 |
| 02.02.01.072-4 | ELETROFORESE DE PROTEINAS | R\$ | 4,42 | R\$ | 4,46 |
| 02.02.01.073-2 | GAOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE) | R\$ | 15,65 | R\$ | 15,81 |
| 02.02.01.074-0 | PROVA DA D-XILOSE | R\$ | 3,68 | R\$ | 3,72 |
| 02.02.01.075-9 | TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS | R\$ | 6,55 | R\$ | 6,62 |
| 02.02.01.076-7 | DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D | R\$ | 15,24 | R\$ | 15,39 |
| 02.02.01.077-5 | DETERMINAÇÃO DE CREMATÓCRITO NO LEITE HUMANO ORDENHADO | R\$ | 1,53 | R\$ | 1,55 |
| 02.02.01.078-3 | ACIDEZ TITULÁVEL NO LEITE HUMANO (DORNIC) | R\$ | 3,04 | R\$ | 3,07 |
| 02.02.01.079-1 | DOSAGEM DE PEPTÍDEOS NATRIURÉTICOS TIPO B (BNP E NT-PROBNP) | R\$ | 27,00 | R\$ | 27,27 |
| 02.02.02.001-0 | CITOQUÍMICA HEMATOLOGICA | R\$ | 6,48 | R\$ | 6,55 |
| 02.02.02.002-9 | CONTAGEM DE PLAQUETAS | R\$ | 2,73 | R\$ | 2,76 |
| 02.02.02.003-7 | CONTAGEM DE RETICULOCITOS | R\$ | 2,73 | R\$ | 2,76 |
| 02.02.02.004-5 | DETERMINAÇÃO DE CURVA DE RESISTÊNCIA GLOBULAR | R\$ | 2,73 | R\$ | 2,76 |
| 02.02.02.005-3 | DETERMINAÇÃO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA) | R\$ | 2,73 | R\$ | 2,76 |
| 02.02.02.006-1 | DETERMINAÇÃO DE SULFO-HEMOGLOBINA | R\$ | 2,73 | R\$ | 2,76 |
| 02.02.02.007-0 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO | R\$ | 2,73 | R\$ | 2,76 |
| 02.02.02.008-8 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA | R\$ | 2,73 | R\$ | 2,76 |
| 02.02.02.009-6 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE | R\$ | 2,73 | R\$ | 2,76 |
| 02.02.02.010-0 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY | R\$ | 9,00 | R\$ | 9,09 |
| 02.02.02.011-8 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS | R\$ | 5,79 | R\$ | 5,85 |
| 02.02.02.012-6 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA | R\$ | 2,85 | R\$ | 2,88 |
| 02.02.02.013-4 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA) | R\$ | 5,77 | R\$ | 5,83 |
| 02.02.02.014-2 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP) | R\$ | 2,73 | R\$ | 2,76 |
| 02.02.02.015-0 | DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO (VHS) | R\$ | 2,73 | R\$ | 2,76 |
| 02.02.02.016-9 | DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE | R\$ | 4,11 | R\$ | 4,15 |
| 02.02.02.017-7 | DOSAGEM DE ANTITROMBINA III | R\$ | 6,48 | R\$ | 6,55 |
| 02.02.02.018-5 | DOSAGEM DE FATOR II | R\$ | 5,31 | R\$ | 5,36 |
| 02.02.02.019-3 | DOSAGEM DE FATOR IX | R\$ | 7,61 | R\$ | 7,69 |

| | | | | | |
|----------------|---|-----|--------|-----|--------|
| 02.02.02.020-7 | DOSAGEM DE FATOR V | R\$ | 4,73 | R\$ | 4,78 |
| 02.02.02.021-5 | DOSAGEM DE FATOR VII | R\$ | 8,09 | R\$ | 8,17 |
| 02.02.02.022-3 | DOSAGEM DE FATOR VIII | R\$ | 6,63 | R\$ | 6,70 |
| 02.02.02.023-1 | DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR) | R\$ | 15,00 | R\$ | 15,15 |
| 02.02.02.024-0 | DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO) | R\$ | 18,91 | R\$ | 19,10 |
| 02.02.02.025-8 | DOSAGEM DE FATOR X | R\$ | 6,66 | R\$ | 6,73 |
| 02.02.02.026-6 | DOSAGEM DE FATOR XI | R\$ | 9,11 | R\$ | 9,20 |
| 02.02.02.027-4 | DOSAGEM DE FATOR XII | R\$ | 10,51 | R\$ | 10,62 |
| 02.02.02.028-2 | DOSAGEM DE FATOR XIII | R\$ | 6,66 | R\$ | 6,73 |
| 02.02.02.029-0 | DOSAGEM DE FIBRINOGENIO | R\$ | 4,60 | R\$ | 4,65 |
| 02.02.02.030-4 | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA | R\$ | 1,53 | R\$ | 1,55 |
| 02.02.02.031-2 | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC | R\$ | 2,73 | R\$ | 2,76 |
| 02.02.02.032-0 | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL | R\$ | 2,73 | R\$ | 2,76 |
| 02.02.02.033-9 | DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA | R\$ | 2,73 | R\$ | 2,76 |
| 02.02.02.034-7 | DOSAGEM DE PLASMINOGENIO | R\$ | 4,11 | R\$ | 4,15 |
| 02.02.02.035-5 | ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA | R\$ | 5,41 | R\$ | 5,46 |
| 02.02.02.036-3 | ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO) | R\$ | 2,73 | R\$ | 2,76 |
| 02.02.02.037-1 | HEMATOCRITO | R\$ | 1,53 | R\$ | 1,55 |
| 02.02.02.038-0 | HEMOGRAMA COMPLETO | R\$ | 4,11 | R\$ | 4,15 |
| 02.02.02.039-8 | LEUCOGRAMA | R\$ | 2,73 | R\$ | 2,76 |
| 02.02.02.040-1 | PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA | R\$ | 25,00 | R\$ | 25,25 |
| 02.02.02.041-0 | PESQUISA DE CELULAS LE | R\$ | 4,11 | R\$ | 4,15 |
| 02.02.02.042-8 | PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ | R\$ | 2,73 | R\$ | 2,76 |
| 02.02.02.043-6 | PESQUISA DE FILARIA | R\$ | 2,73 | R\$ | 2,76 |
| 02.02.02.044-4 | PESQUISA DE HEMOGLOBINA S | R\$ | 2,73 | R\$ | 2,76 |
| 02.02.02.045-2 | PESQUISA DE PLASMODIO | R\$ | - | R\$ | - |
| 02.02.02.046-0 | PESQUISA DE TRIPANOSSOMA | R\$ | 2,73 | R\$ | 2,76 |
| 02.02.02.047-9 | PROVA DE COMPATIBILIDADE PRE-TRANSFUSIONAL (MEIOS SALINOS, ALBUMINOSO E COOMBS) | R\$ | - | R\$ | - |
| 02.02.02.048-7 | PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA | R\$ | 4,11 | R\$ | 4,15 |
| 02.02.02.049-5 | PROVA DE RETRACAO DO COAGULO | R\$ | 2,73 | R\$ | 2,76 |
| 02.02.02.050-9 | PROVA DO LACO | R\$ | 2,73 | R\$ | 2,76 |
| 02.02.02.051-7 | RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS | R\$ | 2,73 | R\$ | 2,76 |
| 02.02.02.052-5 | TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS | R\$ | 12,00 | R\$ | 12,12 |
| 02.02.02.053-3 | TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA) | R\$ | 2,73 | R\$ | 2,76 |
| 02.02.02.054-1 | TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD) | R\$ | 2,73 | R\$ | 2,76 |
| 02.02.02.055-0 | DOSAGEM DE PROTEINA C FUNCIONAL | R\$ | 75,00 | R\$ | 75,76 |
| 02.02.02.056-8 | DOSAGEM DE PROTEINA S FUNCIONAL | R\$ | 125,00 | R\$ | 126,26 |
| 02.02.02.057-6 | PESQUISA DE ANTICOAGULANTE LÚPICO | R\$ | 110,00 | R\$ | 111,11 |
| 02.02.03.001-6 | CONTAGEM DE LINFOCITOS B | R\$ | 15,00 | R\$ | 15,15 |
| 02.02.03.002-4 | CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8 | R\$ | 15,00 | R\$ | 15,15 |
| 02.02.03.003-2 | CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS | R\$ | 15,00 | R\$ | 15,15 |
| 02.02.03.004-0 | DETECÇÃO DE ÁCIDOS NUCLEICOS DO HIV-1 (QUALITATIVO) | R\$ | 65,00 | R\$ | 65,66 |
| 02.02.03.005-9 | DETECÇÃO DE RNA DO VÍRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO) | R\$ | 96,00 | R\$ | 96,97 |
| 02.02.03.006-7 | DETERMINAÇÃO DE COMPLEMENTO (CH50) | R\$ | 9,25 | R\$ | 9,34 |
| 02.02.03.007-5 | DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATOIDE | R\$ | 2,83 | R\$ | 2,86 |
| 02.02.03.008-3 | DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA | R\$ | 9,25 | R\$ | 9,34 |
| 02.02.03.009-1 | DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA | R\$ | 15,06 | R\$ | 15,21 |
| 02.02.03.010-5 | DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA) | R\$ | 16,42 | R\$ | 16,59 |
| 02.02.03.011-3 | DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA | R\$ | 13,55 | R\$ | 13,69 |
| 02.02.03.012-1 | DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3 | R\$ | 17,16 | R\$ | 17,33 |
| 02.02.03.013-0 | DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4 | R\$ | 17,16 | R\$ | 17,33 |
| 02.02.03.014-8 | DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA | R\$ | 2,83 | R\$ | 2,86 |
| 02.02.03.015-6 | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA) | R\$ | 17,16 | R\$ | 17,33 |
| 02.02.03.016-4 | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) | R\$ | 9,25 | R\$ | 9,34 |
| 02.02.03.017-2 | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IGG) | R\$ | - | R\$ | - |
| 02.02.03.018-0 | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM) | R\$ | 17,16 | R\$ | 17,33 |
| 02.02.03.019-9 | DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE | R\$ | 9,25 | R\$ | 9,34 |
| 02.02.03.020-2 | DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA | R\$ | 2,83 | R\$ | 2,86 |
| 02.02.03.021-0 | GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C | R\$ | 298,48 | R\$ | 301,49 |

| | | | | | |
|----------------|--|-----|-------|-----|-------|
| 02.02.03.022-9 | IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS | R\$ | 17,16 | R\$ | 17,33 |
| 02.02.03.023-7 | IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR) | R\$ | 80,00 | R\$ | 80,81 |
| 02.02.03.024-5 | INTRADERMORREACAO COM DERIVADO PROTEICO PURIFICADO (PPD) | R\$ | - | R\$ | - |
| 02.02.03.025-3 | PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA | R\$ | 10,00 | R\$ | 10,10 |
| 02.02.03.026-1 | PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA | R\$ | 10,00 | R\$ | 10,10 |
| 02.02.03.027-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA | R\$ | 8,67 | R\$ | 8,76 |
| 02.02.03.028-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI | R\$ | 17,16 | R\$ | 17,33 |
| 02.02.03.029-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT) | R\$ | 85,00 | R\$ | 85,86 |
| 02.02.03.030-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 HIV-2 (ELISA) | R\$ | 10,00 | R\$ | 10,10 |
| 02.02.03.031-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 HTLV-2 | R\$ | 18,55 | R\$ | 18,74 |
| 02.02.03.032-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP) | R\$ | 17,16 | R\$ | 17,33 |
| 02.02.03.033-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS | R\$ | 5,74 | R\$ | 5,80 |
| 02.02.03.034-2 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM | R\$ | 17,16 | R\$ | 17,33 |
| 02.02.03.035-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO) | R\$ | 18,55 | R\$ | 18,74 |
| 02.02.03.036-9 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA) | R\$ | 18,55 | R\$ | 18,74 |
| 02.02.03.037-7 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS | R\$ | 9,25 | R\$ | 9,34 |
| 02.02.03.038-5 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS | R\$ | 10,00 | R\$ | 10,10 |
| 02.02.03.039-3 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS | R\$ | 9,25 | R\$ | 9,34 |
| 02.02.03.040-7 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS | R\$ | 3,70 | R\$ | 3,74 |
| 02.02.03.041-5 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO | R\$ | 5,83 | R\$ | 5,89 |
| 02.02.03.042-3 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA) | R\$ | 10,00 | R\$ | 10,10 |
| 02.02.03.043-1 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEIX SUPRARENAL | R\$ | 17,16 | R\$ | 17,33 |
| 02.02.03.044-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS | R\$ | 9,25 | R\$ | 9,34 |
| 02.02.03.045-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70) | R\$ | 10,00 | R\$ | 10,10 |
| 02.02.03.046-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES | R\$ | 9,70 | R\$ | 9,80 |
| 02.02.03.047-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO) | R\$ | 2,83 | R\$ | 2,86 |
| 02.02.03.048-2 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO | R\$ | 10,00 | R\$ | 10,10 |
| 02.02.03.050-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO | R\$ | 10,00 | R\$ | 10,10 |
| 02.02.03.051-2 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS | R\$ | 10,00 | R\$ | 10,10 |
| 02.02.03.052-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA | R\$ | 17,16 | R\$ | 17,33 |
| 02.02.03.053-9 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS | R\$ | 4,10 | R\$ | 4,14 |
| 02.02.03.054-7 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA | R\$ | 5,50 | R\$ | 5,56 |
| 02.02.03.055-5 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS | R\$ | 17,16 | R\$ | 17,33 |
| 02.02.03.056-3 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA | R\$ | 17,16 | R\$ | 17,33 |
| 02.02.03.057-1 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO | R\$ | 17,16 | R\$ | 17,33 |
| 02.02.03.058-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO | R\$ | 17,16 | R\$ | 17,33 |
| 02.02.03.059-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO | R\$ | 17,16 | R\$ | 17,33 |
| 02.02.03.060-1 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIARIETAIS | R\$ | 17,16 | R\$ | 17,33 |
| 02.02.03.061-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS | R\$ | 10,00 | R\$ | 10,10 |
| 02.02.03.062-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA | R\$ | 17,16 | R\$ | 17,33 |
| 02.02.03.063-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS) | R\$ | 18,55 | R\$ | 18,74 |
| 02.02.03.064-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE) | R\$ | 18,55 | R\$ | 18,74 |
| 02.02.03.065-2 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA | R\$ | 7,78 | R\$ | 7,86 |
| 02.02.03.066-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII | R\$ | 9,71 | R\$ | 9,81 |
| 02.02.03.067-9 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV) | R\$ | 18,55 | R\$ | 18,74 |
| 02.02.03.068-7 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV) | R\$ | 18,55 | R\$ | 18,74 |
| 02.02.03.069-5 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO | R\$ | 9,25 | R\$ | 9,34 |
| 02.02.03.070-9 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS | R\$ | 4,10 | R\$ | 4,14 |
| 02.02.03.071-7 | PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCIAL RESPIRATORIO | R\$ | 18,55 | R\$ | 18,74 |
| 02.02.03.072-5 | PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA | R\$ | 17,16 | R\$ | 17,33 |
| 02.02.03.073-3 | PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR | R\$ | 2,83 | R\$ | 2,86 |
| 02.02.03.074-1 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS | R\$ | 11,00 | R\$ | 11,11 |
| 02.02.03.075-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS | R\$ | 9,25 | R\$ | 9,34 |
| 02.02.03.076-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA | R\$ | 16,97 | R\$ | 17,14 |
| 02.02.03.077-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI | R\$ | 9,25 | R\$ | 9,34 |
| 02.02.03.078-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL) | R\$ | 18,55 | R\$ | 18,74 |
| 02.02.03.079-2 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS | R\$ | 30,00 | R\$ | 30,30 |
| 02.02.03.080-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG) | R\$ | 18,55 | R\$ | 18,74 |
| 02.02.03.081-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA | R\$ | 17,16 | R\$ | 17,33 |

| | | | |
|----------------|--|------------|------------|
| 02.02.03.082-2 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER | R\$ 17,16 | R\$ 17,33 |
| 02.02.03.083-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR | R\$ 17,16 | R\$ 17,33 |
| 02.02.03.084-9 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLIS | R\$ 17,16 | R\$ 17,33 |
| 02.02.03.085-7 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS | R\$ 11,61 | R\$ 11,73 |
| 02.02.03.086-5 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS | R\$ 10,00 | R\$ 10,10 |
| 02.02.03.087-3 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA | R\$ 18,55 | R\$ 18,74 |
| 02.02.03.088-1 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI | R\$ 9,25 | R\$ 9,34 |
| 02.02.03.089-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM) | R\$ 18,55 | R\$ 18,74 |
| 02.02.03.090-3 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS | R\$ 20,00 | R\$ 20,20 |
| 02.02.03.091-1 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG) | R\$ 18,55 | R\$ 18,74 |
| 02.02.03.092-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA | R\$ 17,16 | R\$ 17,33 |
| 02.02.03.093-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER | R\$ 17,16 | R\$ 17,33 |
| 02.02.03.094-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR | R\$ 17,16 | R\$ 17,33 |
| 02.02.03.095-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLIS | R\$ 17,16 | R\$ 17,33 |
| 02.02.03.096-2 | PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA) | R\$ 13,35 | R\$ 13,48 |
| 02.02.03.097-0 | PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG) | R\$ 18,55 | R\$ 18,74 |
| 02.02.03.098-9 | PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG) | R\$ 18,55 | R\$ 18,74 |
| 02.02.03.099-7 | DETECÇÃO DE CLAMÍDIA E GONOCOCO POR BIOLOGIA MOLECULAR | R\$ 60,00 | R\$ 60,61 |
| 02.02.03.100-4 | PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS | R\$ 2,83 | R\$ 2,86 |
| 02.02.03.101-2 | PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE) | R\$ 4,10 | R\$ 4,14 |
| 02.02.03.102-0 | PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLOURESCENCIA | R\$ 10,00 | R\$ 10,10 |
| 02.02.03.103-9 | PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA | R\$ 9,25 | R\$ 9,34 |
| 02.02.03.104-7 | PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLOURESCENCIA) | R\$ 10,00 | R\$ 10,10 |
| 02.02.03.105-5 | PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK) | R\$ 1,77 | R\$ 1,79 |
| 02.02.03.106-3 | PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS | R\$ 1,77 | R\$ 1,79 |
| 02.02.03.107-1 | QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO HIV-1 | R\$ 18,00 | R\$ 18,18 |
| 02.02.03.108-0 | QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO VÍRUS DA HEPATITE C | R\$ 168,48 | R\$ 170,18 |
| 02.02.03.109-8 | TESTE TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS | R\$ 4,10 | R\$ 4,14 |
| 02.02.03.110-1 | REAÇÃO DE MONTENEGRO ID | R\$ 2,83 | R\$ 2,86 |
| 02.02.03.111-0 | TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS | R\$ 2,83 | R\$ 2,86 |
| 02.02.03.112-8 | TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS | R\$ 10,00 | R\$ 10,10 |
| 02.02.03.113-6 | TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS | R\$ 10,00 | R\$ 10,10 |
| 02.02.03.114-4 | TESTES ALERGICOS DE CONTATO | R\$ 1,77 | R\$ 1,79 |
| 02.02.03.115-2 | TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA | R\$ 1,77 | R\$ 1,79 |
| 02.02.03.117-9 | TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS EM GESTANTES | R\$ 2,83 | R\$ 2,86 |
| 02.02.03.118-7 | DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA | R\$ 18,55 | R\$ 18,74 |
| 02.02.03.119-5 | DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO | R\$ 17,16 | R\$ 17,33 |
| 02.02.03.120-9 | DOSAGEM DE TROPONINA | R\$ 9,00 | R\$ 9,09 |
| 02.02.03.121-7 | DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125 | R\$ 13,35 | R\$ 13,48 |
| 02.02.03.122-5 | EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER I | R\$ 80,00 | R\$ 80,81 |
| 02.02.03.123-3 | EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER II | R\$ 120,00 | R\$ 121,21 |
| 02.02.03.124-1 | GENOTIPAGEM DO HIV | R\$ - | R\$ - |
| 02.02.03.125-0 | DETECÇÃO DE RNA DO HTLV-1 | R\$ 65,00 | R\$ 65,66 |
| 02.02.03.126-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 (WESTERN-BLOT) | R\$ 85,00 | R\$ 85,86 |
| 02.02.03.127-6 | DOSAGEM DE ADENOSINA-DESAMINASE (ADA) | R\$ 13,06 | R\$ 13,19 |
| 02.02.03.128-4 | ANTIBETA 2 GLICOPROTEINA I -IGG | R\$ 125,00 | R\$ 126,26 |
| 02.02.03.129-2 | DOSAGEM DE ANTI-BETA-2-GLICOPROTEÍNA I - IGM | R\$ 125,00 | R\$ 126,26 |
| 02.02.03.130-6 | DIAGNÓSTICO E REAVALIAÇÃO DE HEMOGLOBINÚRIA PAROXISTICA NOTURNA | R\$ 80,00 | R\$ 80,81 |
| 02.02.04.001-1 | DOSAGEM DE ESTERCIBILINOGENIO FECAL | R\$ 1,65 | R\$ 1,67 |
| 02.02.04.002-0 | DOSAGEM DE GORDURA FECAL | R\$ 3,04 | R\$ 3,07 |
| 02.02.04.003-8 | EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL | R\$ 3,04 | R\$ 3,07 |
| 02.02.04.004-6 | IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS | R\$ 1,65 | R\$ 1,67 |
| 02.02.04.005-4 | PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA) | R\$ 1,65 | R\$ 1,67 |
| 02.02.04.006-2 | PESQUISA DE EOSINOFILOS | R\$ 1,65 | R\$ 1,67 |
| 02.02.04.007-0 | PESQUISA DE GORDURA FECAL | R\$ 1,65 | R\$ 1,67 |
| 02.02.04.008-9 | PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES | R\$ 1,65 | R\$ 1,67 |
| 02.02.04.009-7 | PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES | R\$ 1,65 | R\$ 1,67 |
| 02.02.04.010-0 | PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES | R\$ 1,65 | R\$ 1,67 |
| 02.02.04.011-9 | PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA) | R\$ 1,65 | R\$ 1,67 |

| | | | | | |
|----------------|---|-----|-------|-----|-------|
| 02.02.04.012-7 | PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS | R\$ | 1,65 | R\$ | 1,67 |
| 02.02.04.013-5 | PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES | R\$ | 10,25 | R\$ | 10,35 |
| 02.02.04.014-3 | PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES | R\$ | 1,65 | R\$ | 1,67 |
| 02.02.04.015-1 | PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES | R\$ | 1,65 | R\$ | 1,67 |
| 02.02.04.016-0 | PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES | R\$ | 1,65 | R\$ | 1,67 |
| 02.02.04.017-8 | PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES | R\$ | 1,65 | R\$ | 1,67 |
| 02.02.05.001-7 | ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA | R\$ | 3,70 | R\$ | 3,74 |
| 02.02.05.002-5 | CLEARANCE DE CREATININA | R\$ | 3,51 | R\$ | 3,55 |
| 02.02.05.003-3 | CLEARANCE DE FOSFATO | R\$ | 3,51 | R\$ | 3,55 |
| 02.02.05.004-1 | CLEARANCE DE UREIA | R\$ | 3,51 | R\$ | 3,55 |
| 02.02.05.005-0 | CONTAGEM DE ADDIS | R\$ | 2,04 | R\$ | 2,06 |
| 02.02.05.006-8 | DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE | R\$ | 3,70 | R\$ | 3,74 |
| 02.02.05.007-6 | IDENTIFICAÇÃO DE GLICÍDIOS URINÁRIOS POR CROMATOGRAFIA (CAMADA DELGADA) | R\$ | 3,70 | R\$ | 3,74 |
| 02.02.05.008-4 | DOSAGEM DE CITRATO | R\$ | 2,01 | R\$ | 2,03 |
| 02.02.05.009-2 | DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA | R\$ | 8,12 | R\$ | 8,20 |
| 02.02.05.010-6 | DOSAGEM DE OXALATO | R\$ | 3,68 | R\$ | 3,72 |
| 02.02.05.011-4 | DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS) | R\$ | 2,04 | R\$ | 2,06 |
| 02.02.05.012-2 | DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS | R\$ | 3,04 | R\$ | 3,07 |
| 02.02.05.013-0 | EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS | R\$ | 3,70 | R\$ | 3,74 |
| 02.02.05.014-9 | PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA) | R\$ | 3,70 | R\$ | 3,74 |
| 02.02.05.015-7 | PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA | R\$ | 2,04 | R\$ | 2,06 |
| 02.02.05.016-5 | PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA | R\$ | 3,70 | R\$ | 3,74 |
| 02.02.05.017-3 | PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA | R\$ | 2,04 | R\$ | 2,06 |
| 02.02.05.018-1 | PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA | R\$ | 2,40 | R\$ | 2,42 |
| 02.02.05.019-0 | PESQUISA DE CISTINA NA URINA | R\$ | 2,04 | R\$ | 2,06 |
| 02.02.05.020-3 | PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA | R\$ | 2,04 | R\$ | 2,06 |
| 02.02.05.021-1 | PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA | R\$ | 3,70 | R\$ | 3,74 |
| 02.02.05.022-0 | PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA | R\$ | 2,04 | R\$ | 2,06 |
| 02.02.05.023-8 | PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA | R\$ | 2,04 | R\$ | 2,06 |
| 02.02.05.024-6 | PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA | R\$ | 3,36 | R\$ | 3,39 |
| 02.02.05.025-4 | PESQUISA DE GONADOTROFINA CORIONICA | R\$ | - | R\$ | - |
| 02.02.05.026-2 | PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA | R\$ | 2,04 | R\$ | 2,06 |
| 02.02.05.027-0 | PESQUISA DE LACTOSE NA URINA | R\$ | 2,04 | R\$ | 2,06 |
| 02.02.05.028-9 | PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA | R\$ | 3,70 | R\$ | 3,74 |
| 02.02.05.029-7 | PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA | R\$ | 2,04 | R\$ | 2,06 |
| 02.02.05.030-0 | PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE) | R\$ | 4,44 | R\$ | 4,48 |
| 02.02.05.031-9 | PESQUISA DE TIROSINA NA URINA | R\$ | 2,04 | R\$ | 2,06 |
| 02.02.05.032-7 | PROVA DE DILUICAO (URINA) | R\$ | 2,04 | R\$ | 2,06 |
| 02.02.06.001-2 | DETERMINAÇÃO DE ÍNDICE DE TIROXINA LIVRE | R\$ | 12,54 | R\$ | 12,67 |
| 02.02.06.002-0 | DETERMINAÇÃO DE RETENÇÃO DE T3 | R\$ | 12,54 | R\$ | 12,67 |
| 02.02.06.003-9 | DETERMINAÇÃO DE T3 REVERSO | R\$ | 14,69 | R\$ | 14,84 |
| 02.02.06.004-7 | DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA | R\$ | 10,20 | R\$ | 10,30 |
| 02.02.06.005-5 | DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS | R\$ | 6,72 | R\$ | 6,79 |
| 02.02.06.006-3 | DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES | R\$ | 6,72 | R\$ | 6,79 |
| 02.02.06.007-1 | DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA) | R\$ | 6,72 | R\$ | 6,79 |
| 02.02.06.008-0 | DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH) | R\$ | 14,12 | R\$ | 14,26 |
| 02.02.06.009-8 | DOSAGEM DE ALDOSTERONA | R\$ | 11,89 | R\$ | 12,01 |
| 02.02.06.010-1 | DOSAGEM DE AMP CICLICO | R\$ | 12,01 | R\$ | 12,13 |
| 02.02.06.011-0 | DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA | R\$ | 11,53 | R\$ | 11,65 |
| 02.02.06.012-8 | DOSAGEM DE CALCITONINA | R\$ | 14,38 | R\$ | 14,53 |
| 02.02.06.013-6 | DOSAGEM DE CORTISOL | R\$ | 9,86 | R\$ | 9,96 |
| 02.02.06.014-4 | DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA) | R\$ | 11,25 | R\$ | 11,36 |
| 02.02.06.015-2 | DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT) | R\$ | 11,71 | R\$ | 11,83 |
| 02.02.06.016-0 | DOSAGEM DE ESTRADIOL | R\$ | 10,15 | R\$ | 10,25 |
| 02.02.06.017-9 | DOSAGEM DE ESTRIOL | R\$ | 11,55 | R\$ | 11,67 |
| 02.02.06.018-7 | DOSAGEM DE ESTRONA | R\$ | 11,12 | R\$ | 11,23 |
| 02.02.06.019-5 | DOSAGEM DE GASTRINA | R\$ | 14,15 | R\$ | 14,29 |
| 02.02.06.020-9 | DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA | R\$ | 15,35 | R\$ | 15,51 |
| 02.02.06.021-7 | DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG) | R\$ | 7,85 | R\$ | 7,93 |

| | | | | | |
|----------------|--|-----|-------|-----|-------|
| 02.02.06.022-5 | DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH) | R\$ | 10,21 | R\$ | 10,31 |
| 02.02.06.023-3 | DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH) | R\$ | 7,89 | R\$ | 7,97 |
| 02.02.06.024-1 | DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH) | R\$ | 8,97 | R\$ | 9,06 |
| 02.02.06.025-0 | DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH) | R\$ | 8,96 | R\$ | 9,05 |
| 02.02.06.026-8 | DOSAGEM DE INSULINA | R\$ | 10,17 | R\$ | 10,27 |
| 02.02.06.027-6 | DOSAGEM DE PARATORMONIO | R\$ | 43,13 | R\$ | 43,57 |
| 02.02.06.028-4 | DOSAGEM DE PEPTIDEO C | R\$ | 15,35 | R\$ | 15,51 |
| 02.02.06.029-2 | DOSAGEM DE PROGESTERONA | R\$ | 10,22 | R\$ | 10,32 |
| 02.02.06.030-6 | DOSAGEM DE PROLACTINA | R\$ | 10,15 | R\$ | 10,25 |
| 02.02.06.031-4 | DOSAGEM DE RENINA | R\$ | 13,19 | R\$ | 13,32 |
| 02.02.06.032-2 | DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1) | R\$ | 15,35 | R\$ | 15,51 |
| 02.02.06.033-0 | DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS) | R\$ | 13,11 | R\$ | 13,24 |
| 02.02.06.034-9 | DOSAGEM DE TESTOSTERONA | R\$ | 10,43 | R\$ | 10,54 |
| 02.02.06.035-7 | DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE | R\$ | 13,11 | R\$ | 13,24 |
| 02.02.06.036-5 | DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA | R\$ | 15,35 | R\$ | 15,51 |
| 02.02.06.037-3 | DOSAGEM DE TIROXINA (T4) | R\$ | 8,76 | R\$ | 8,85 |
| 02.02.06.038-1 | DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE) | R\$ | 11,60 | R\$ | 11,72 |
| 02.02.06.039-0 | DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3) | R\$ | 8,71 | R\$ | 8,80 |
| 02.02.06.040-3 | TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH | R\$ | 12,01 | R\$ | 12,13 |
| 02.02.06.041-1 | TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA | R\$ | 12,01 | R\$ | 12,13 |
| 02.02.06.042-0 | TESTE DE ESTIMULO COM GNRH OU COM AGONISTA GNRH | R\$ | 12,01 | R\$ | 12,13 |
| 02.02.06.043-8 | TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON | R\$ | 12,01 | R\$ | 12,13 |
| 02.02.06.044-6 | TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA | R\$ | 12,01 | R\$ | 12,13 |
| 02.02.06.045-4 | TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE | R\$ | 12,01 | R\$ | 12,13 |
| 02.02.06.046-2 | TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS | R\$ | 8,43 | R\$ | 8,52 |
| 02.02.06.047-0 | PESQUISA DE MACROPROLACTINA | R\$ | 12,15 | R\$ | 12,27 |
| 02.02.07.001-8 | DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO | R\$ | 2,06 | R\$ | 2,08 |
| 02.02.07.002-6 | DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO | R\$ | 2,23 | R\$ | 2,25 |
| 02.02.07.003-4 | DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO | R\$ | 3,68 | R\$ | 3,72 |
| 02.02.07.004-2 | DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO | R\$ | 2,04 | R\$ | 2,06 |
| 02.02.07.005-0 | DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO | R\$ | 15,65 | R\$ | 15,81 |
| 02.02.07.006-9 | DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE | R\$ | 3,51 | R\$ | 3,55 |
| 02.02.07.007-7 | DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO | R\$ | 2,01 | R\$ | 2,03 |
| 02.02.07.008-5 | DOSAGEM DE ALUMINIO | R\$ | 27,50 | R\$ | 27,78 |
| 02.02.07.009-3 | DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS | R\$ | 10,00 | R\$ | 10,10 |
| 02.02.07.010-7 | DOSAGEM DE ANFETAMINAS | R\$ | 10,00 | R\$ | 10,10 |
| 02.02.07.011-5 | DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS | R\$ | 10,00 | R\$ | 10,10 |
| 02.02.07.012-3 | DOSAGEM DE BARBITURATOS | R\$ | 13,13 | R\$ | 13,26 |
| 02.02.07.013-1 | DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS | R\$ | 13,48 | R\$ | 13,62 |
| 02.02.07.014-0 | DOSAGEM DE CADMIO | R\$ | 6,55 | R\$ | 6,62 |
| 02.02.07.015-8 | DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA | R\$ | 17,53 | R\$ | 17,71 |
| 02.02.07.016-6 | DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA | R\$ | 4,11 | R\$ | 4,15 |
| 02.02.07.017-4 | DOSAGEM DE CHUMBO | R\$ | 8,83 | R\$ | 8,92 |
| 02.02.07.018-2 | DOSAGEM DE CICLOSPORINA | R\$ | 58,61 | R\$ | 59,20 |
| 02.02.07.019-0 | DOSAGEM DE COBRE | R\$ | 3,51 | R\$ | 3,55 |
| 02.02.07.020-4 | DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA) | R\$ | 8,97 | R\$ | 9,06 |
| 02.02.07.021-2 | DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA | R\$ | 15,65 | R\$ | 15,81 |
| 02.02.07.022-0 | DOSAGEM DE FENITOINA | R\$ | 35,22 | R\$ | 35,58 |
| 02.02.07.023-9 | DOSAGEM DE FENOL | R\$ | 2,05 | R\$ | 2,07 |
| 02.02.07.024-7 | DOSAGEM DE FORMALDEIDO | R\$ | 3,51 | R\$ | 3,55 |
| 02.02.07.025-5 | DOSAGEM DE LITIO | R\$ | 2,25 | R\$ | 2,27 |
| 02.02.07.026-3 | DOSAGEM DE MERCURIO | R\$ | 2,04 | R\$ | 2,06 |
| 02.02.07.027-1 | DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA | R\$ | 4,11 | R\$ | 4,15 |
| 02.02.07.028-0 | DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA | R\$ | 10,00 | R\$ | 10,10 |
| 02.02.07.029-8 | DOSAGEM DE METOTREXATO | R\$ | 10,00 | R\$ | 10,10 |
| 02.02.07.030-1 | DOSAGEM DE QUINIDINA | R\$ | 10,00 | R\$ | 10,10 |
| 02.02.07.031-0 | DOSAGEM DE SALICILATOS | R\$ | 2,01 | R\$ | 2,03 |
| 02.02.07.032-8 | DOSAGEM DE SULFATOS | R\$ | 3,51 | R\$ | 3,55 |
| 02.02.07.033-6 | DOSAGEM DE TEOFILINA | R\$ | 15,65 | R\$ | 15,81 |

| | | | | | |
|----------------|---|-----|-------|-----|-------|
| 02.02.07.034-4 | DOSAGEM DE TIOCIANATO | R\$ | 3,68 | R\$ | 3,72 |
| 02.02.07.035-2 | DOSAGEM DE ZINCO | R\$ | 15,65 | R\$ | 15,81 |
| 02.02.08.001-3 | ANTIBIOGRAMA | R\$ | 4,98 | R\$ | 5,03 |
| 02.02.08.002-1 | ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA | R\$ | 13,33 | R\$ | 13,46 |
| 02.02.08.003-0 | ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS | R\$ | 13,33 | R\$ | 13,46 |
| 02.02.08.004-8 | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA) | R\$ | 4,20 | R\$ | 4,24 |
| 02.02.08.005-6 | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE) | R\$ | 4,20 | R\$ | 4,24 |
| 02.02.08.006-4 | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE) | R\$ | 4,20 | R\$ | 4,24 |
| 02.02.08.007-2 | BACTERIOSCOPIA (GRAM) | R\$ | 2,80 | R\$ | 2,83 |
| 02.02.08.008-0 | CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO | R\$ | 5,62 | R\$ | 5,68 |
| 02.02.08.009-9 | CULTURA DO LEITE HUMANO (POS-PASTEURIZAÇÃO) | R\$ | 5,62 | R\$ | 5,68 |
| 02.02.08.010-2 | CULTURA P/ HERPESVIRUS | R\$ | 4,33 | R\$ | 4,37 |
| 02.02.08.011-0 | CULTURA PARA BAAR | R\$ | 5,63 | R\$ | 5,69 |
| 02.02.08.012-9 | CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS | R\$ | 10,25 | R\$ | 10,35 |
| 02.02.08.013-7 | CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS | R\$ | 4,19 | R\$ | 4,23 |
| 02.02.08.014-5 | EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO) | R\$ | 2,80 | R\$ | 2,83 |
| 02.02.08.015-3 | HEMOCULTURA | R\$ | 11,49 | R\$ | 11,61 |
| 02.02.08.016-1 | IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS | R\$ | 5,63 | R\$ | 5,69 |
| 02.02.08.017-0 | PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI | R\$ | 4,33 | R\$ | 4,37 |
| 02.02.08.018-8 | PESQUISA DE BACILO DIFTERICO | R\$ | 2,80 | R\$ | 2,83 |
| 02.02.08.019-6 | PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A | R\$ | 4,33 | R\$ | 4,37 |
| 02.02.08.020-0 | PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY | R\$ | 2,80 | R\$ | 2,83 |
| 02.02.08.021-8 | PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI | R\$ | 4,33 | R\$ | 4,37 |
| 02.02.08.022-6 | PESQUISA DE LEPTOSPIRAS | R\$ | 2,80 | R\$ | 2,83 |
| 02.02.08.023-4 | PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM | R\$ | 5,04 | R\$ | 5,09 |
| 02.02.08.024-2 | PROVA CONFIRMATÓRIA DA PRESENÇA DE MICRO-ORGANISMOS COLIFORMES | R\$ | 5,62 | R\$ | 5,68 |
| 02.02.09.001-9 | ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES | R\$ | 1,89 | R\$ | 1,91 |
| 02.02.09.002-7 | ADENOGRAMA | R\$ | 5,79 | R\$ | 5,85 |
| 02.02.09.003-5 | CITOLOGIA P/ CLAMIDIA | R\$ | 4,33 | R\$ | 4,37 |
| 02.02.09.004-3 | CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS | R\$ | 4,33 | R\$ | 4,37 |
| 02.02.09.005-1 | CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR | R\$ | 1,89 | R\$ | 1,91 |
| 02.02.09.006-0 | CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR | R\$ | 1,89 | R\$ | 1,91 |
| 02.02.09.007-8 | DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO | R\$ | 6,56 | R\$ | 6,63 |
| 02.02.09.008-6 | DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO | R\$ | 1,89 | R\$ | 1,91 |
| 02.02.09.009-4 | DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA | R\$ | 2,01 | R\$ | 2,03 |
| 02.02.09.010-8 | DOSAGEM DE FRUTOSE | R\$ | 2,01 | R\$ | 2,03 |
| 02.02.09.011-6 | DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA | R\$ | 2,01 | R\$ | 2,03 |
| 02.02.09.012-4 | DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES | R\$ | 1,89 | R\$ | 1,91 |
| 02.02.09.013-2 | DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES | R\$ | 1,89 | R\$ | 1,91 |
| 02.02.09.014-0 | DOSAGEM DE SODIO E CLORO NO SUOR (C/ COLETA) | R\$ | - | R\$ | - |
| 02.02.09.015-9 | ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR | R\$ | 5,23 | R\$ | 5,28 |
| 02.02.09.016-7 | ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO | R\$ | 6,56 | R\$ | 6,63 |
| 02.02.09.017-5 | ESPLENOGRAMA | R\$ | 5,79 | R\$ | 5,85 |
| 02.02.09.018-3 | EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS | R\$ | 1,89 | R\$ | 1,91 |
| 02.02.09.019-1 | MIELOGRAMA | R\$ | 5,79 | R\$ | 5,85 |
| 02.02.09.021-3 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA) | R\$ | 9,70 | R\$ | 9,80 |
| 02.02.09.022-1 | DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA | R\$ | 2,01 | R\$ | 2,03 |
| 02.02.09.023-0 | PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR | R\$ | 1,89 | R\$ | 1,91 |
| 02.02.09.024-8 | PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS | R\$ | 1,89 | R\$ | 1,91 |
| 02.02.09.025-6 | PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA | R\$ | 1,89 | R\$ | 1,91 |
| 02.02.09.026-4 | PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA) | R\$ | 4,80 | R\$ | 4,85 |
| 02.02.09.027-2 | PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES | R\$ | 1,89 | R\$ | 1,91 |
| 02.02.09.028-0 | PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA) | R\$ | 9,70 | R\$ | 9,80 |
| 02.02.09.029-9 | PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C) | R\$ | 1,89 | R\$ | 1,91 |
| 02.02.09.030-2 | PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE | R\$ | 1,89 | R\$ | 1,91 |
| 02.02.09.031-0 | REACAO DE PANDY | R\$ | 1,89 | R\$ | 1,91 |
| 02.02.09.032-9 | REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES | R\$ | 1,89 | R\$ | 1,91 |
| 02.02.09.033-7 | TESTE DE CLEMENTS | R\$ | 1,89 | R\$ | 1,91 |
| 02.02.09.034-5 | TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS | R\$ | 4,69 | R\$ | 4,74 |

| | | | | | |
|--|--|------------------------|--------|----------------------|--------|
| 02.02.09.035-3 | TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO | R\$ | 4,69 | R\$ | 4,74 |
| 02.02.09.036-1 | TESTE MOLECULAR PARA A DETECÇÃO DO COMPLEXO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS | R\$ | - | R\$ | - |
| 02.02.10.001-4 | DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TECNICA DE BANDAS) | R\$ | 180,00 | R\$ | 181,82 |
| 02.02.10.002-2 | DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS) | R\$ | 160,00 | R\$ | 161,62 |
| 02.02.10.003-0 | DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS) | R\$ | 160,00 | R\$ | 161,62 |
| 02.02.10.004-9 | QUANTIFICACAO/AMPLIFICACAO DO HER-2 | R\$ | 120,00 | R\$ | 121,21 |
| 02.02.10.005-7 | FOCALIZACAO ISOELÉTRICA DA TRANSFERRINA | R\$ | - | R\$ | - |
| 02.02.10.006-5 | ANÁLISE DE DNA PELA TÉCNICA DE SOUTHERN BLOT | R\$ | - | R\$ | - |
| 02.02.10.007-3 | ANÁLISE DE DNA POR MLPA | R\$ | - | R\$ | - |
| 02.02.10.008-1 | IDENTIFICACAO DE MUTACAO/REARRANJOS POR PCR, PCR SENSÍVEL A METILACAO, qPCR e qPCR SENSÍVEL A METILACAO | R\$ | - | R\$ | - |
| 02.02.10.009-0 | FISH EM METÁFASE OU NÚCLEO INTERFÁSICO, POR DOENÇA | R\$ | - | R\$ | - |
| 02.02.10.010-3 | IDENTIFICACAO DE ALTERACAO CROMOSSÔNICA SUBMICROSCÓPICA POR ARRAY-CGH | R\$ | - | R\$ | - |
| 02.02.10.011-1 | IDENTIFICACAO DE MUTACAO POR SEQUENCIAMENTO POR AMPLICON ATÉ 500 PARES DE BASES | R\$ | - | R\$ | - |
| 02.02.10.012-0 | IDENTIFICACAO DE GLICOSAMINOGLICANOS URINÁRIOS POR CROMATOGRAFIA EM CAMADA DELGADA , ELETROFORESE E DOSAGEM QUANTITATIVA | R\$ | - | R\$ | - |
| 02.02.10.013-8 | IDENTIFICACAO DE OLIGOSSACARÍDEOS E SIALOSSACARÍDEOS POR CROMATOGRAFIA (CAMADA DELGADA) | R\$ | - | R\$ | - |
| 02.02.10.014-6 | DOSAGEM QUANTITATIVA DE CARNITINA, PERFIL DE ACILCARNITINAS | R\$ | - | R\$ | - |
| 02.02.10.015-4 | DOSAGEM QUANTITATIVA DE AMINOÁCIDOS | R\$ | - | R\$ | - |
| 02.02.10.016-2 | DOSAGEM QUANTITATIVA DE ÁCIDOS ORGÂNICOS | R\$ | - | R\$ | - |
| 02.02.10.017-0 | ENSAIOS ENZIMÁTICOS NO PLASMA E LEUCÓCITOS PARA DIAGNÓSTICO DE ERROS INATOS DO METABOLISMO | R\$ | - | R\$ | - |
| 02.02.10.018-9 | ENSAIOS ENZIMÁTICOS EM ERITRÓCITOS PARA DIAGNÓSTICO DE ERROS INATOS DO METABOLISMO | R\$ | - | R\$ | - |
| 02.02.10.019-7 | ENSAIOS ENZIMÁTICOS EM TECIDO CULTIVADO PARA DIAGNÓSTICO DE ERROS INATOS DO METABOLISMO | R\$ | - | R\$ | - |
| 02.02.10.020-0 | SEQUENCIAMENTO COMPLETO DO EXOMA | R\$ | - | R\$ | - |
| 02.02.10.021-9 | DIAGNÓSTICO DE LEUCEMIA CROMOSSOMA PHILADELPHIA POSITIVO POR TÉCNICA MOLECULAR | R\$ | 144,24 | R\$ | 145,70 |
| 02.02.10.022-7 | REAVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE LEUCEMIA CROMOSSOMA PHILADELPHIA POSITIVO POR TÉCNICA MOLECULAR | R\$ | 168,48 | R\$ | 170,18 |
| 02.02.10.023-5 | PESQUISA DE MUTACAO DO GENE DA PROTROMBINA | R\$ | 180,00 | R\$ | 181,82 |
| 02.02.11.001-0 | DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO) | R\$ | 8,80 | R\$ | 8,89 |
| 02.02.11.002-8 | DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO) | R\$ | 66,00 | R\$ | 66,67 |
| 02.02.11.003-6 | DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO) | R\$ | 66,00 | R\$ | 66,67 |
| 02.02.11.004-4 | DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO) | R\$ | 5,50 | R\$ | 5,56 |
| 02.02.11.005-2 | DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4 | R\$ | 12,10 | R\$ | 12,22 |
| 02.02.11.006-0 | DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECCAO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO) | R\$ | 20,90 | R\$ | 21,11 |
| 02.02.11.007-9 | DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO) | R\$ | 5,50 | R\$ | 5,56 |
| 02.02.11.008-7 | DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO) | R\$ | 13,20 | R\$ | 13,33 |
| 02.02.11.009-5 | DOSAGEM DE 17 HIDROXI PROGESTERONA EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO) | R\$ | 8,00 | R\$ | 8,08 |
| 02.02.11.010-9 | DOSAGEM DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SANGUE EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO) | R\$ | 5,50 | R\$ | 5,56 |
| 02.02.11.011-7 | DOSAGEM QUANTITATIVA DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SORO | R\$ | 137,00 | R\$ | 138,38 |
| 02.02.11.012-5 | DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HIPERPLASIA ADRENAL CONGÉNITA | R\$ | 66,00 | R\$ | 66,67 |
| 02.02.11.013-3 | DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE | R\$ | 66,00 | R\$ | 66,67 |
| 02.02.11.014-1 | DOSAGEM DE CLORETO NO SUOR | R\$ | 150,00 | R\$ | 151,52 |
| 02.02.12.001-5 | DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS | R\$ | 10,65 | R\$ | 10,76 |
| 02.02.12.002-3 | DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO | R\$ | 1,37 | R\$ | 1,38 |
| 02.02.12.003-1 | FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR | R\$ | 10,65 | R\$ | 10,76 |
| 02.02.12.004-0 | IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS | R\$ | 10,65 | R\$ | 10,76 |
| 02.02.12.005-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO | R\$ | 5,79 | R\$ | 5,85 |
| 02.02.12.006-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC | R\$ | 5,79 | R\$ | 5,85 |
| 02.02.12.007-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO | R\$ | 5,79 | R\$ | 5,85 |
| 02.02.12.008-2 | PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO) | R\$ | 1,37 | R\$ | 1,38 |
| 02.02.12.009-0 | TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA) | R\$ | 2,73 | R\$ | 2,76 |
| 02.02.12.010-4 | TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B | R\$ | 5,79 | R\$ | 5,85 |
| PROCEDIMENTOS NÃO SUS | | | | | |
| Procedimento | | Valor Prestador | | Valor ICISMEP | |
| Dosagem de Albumina | | R\$ | 5,00 | R\$ | 5,05 |
| Teste Rápido para Determinação Qualitativa de Antígeno NS1 para o vírus da Dengue. | | R\$ | 145,00 | R\$ | 146,46 |
| Dengue IGG | | R\$ | 20,00 | R\$ | 20,20 |
| Dengue IGM | | R\$ | 20,00 | R\$ | 20,20 |
| FTA-ABS IGG (Quimioluminescência e Imunofluorescência Indireta) | | R\$ | 10,00 | R\$ | 10,10 |
| FTA-ABS IGM (Quimioluminescência e Imunofluorescência Indireta) | | R\$ | 12,00 | R\$ | 12,12 |
| Teste Rápido para detecção de anticorpos contra o vírus da Imunodeficiência Humana 1/2/O | | R\$ | 25,00 | R\$ | 25,25 |
| Determinação Quantitativa de D-Dímero | | R\$ | 98,00 | R\$ | 98,99 |

| | | | | |
|---|-----|--------|-----|--------|
| Determinação Qualitativa de Troponina I | R\$ | 42,00 | R\$ | 42,42 |
| RT-PCR para Sars- Cov-2 em swab combinado de nasofaringe | R\$ | 150,00 | R\$ | 151,52 |
| Pesquisa do Antígeno de SARS-COV-2 (Teste Rápido Covid-19 AG) | R\$ | 265,00 | R\$ | 267,68 |
| Pesquisa de Estreptococos Tipo B. | R\$ | 30,00 | R\$ | 30,30 |
| Coronavírus 2019 Anticorpos IGG e IGM (Covid19) | R\$ | 80,00 | R\$ | 80,81 |
| Coronavírus 2019 Anticorpos IGA (Covid19) | R\$ | 60,00 | R\$ | 60,61 |

| GERENCIAMENTO DE VEÍCULOS PARA ATUAÇÃO EM PROGRAMA DE INTENSIFICAÇÃO E RESPOSTAS À PANDEMIA DE COVID-19 | | | |
|---|---------------|--|----------|
| Serviço | Valor ICISMEP | | |
| Gerenciamento de Veículo de Passeio – 5 lugares | R\$ | | 2.057,53 |
| Gerenciamento de Veículo de Passeio – 7 lugares | R\$ | | 3.315,38 |
| Km Excedente | R\$ | | 0,68 |

| UNIDADES E SERVIÇOS NO MUNICÍPIO DE BARÃO DE COCAIS | |
|---|----------------------|
| Gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde desenvolvidas nas unidades de estratégia saúde da família – ESF's com equipes de saúde bucal – ESB e na unidade de 24 horas do distrito de Cocais no município de Barão de Cocais. | |
| UNIDADES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA | |
| Observação: esta tabela foi parametrizada de acordo com os valores apurados pelo município de Barão de Cocais através do Termo de Colaboração N°007/2020 formalizado junto ao Instituto Social Mais Saúde e também através do Termo de Referência para Formalização de Dispens de Chamamento Público, considerando o Instituto Social Mais Saúde como contratado pelo município, tomando por referência o ano de 2020, por se tratar de amostra mais recente. | |
| RECURSOS HUMANOS | |
| Descrição | Valor Mensal |
| Analista de Tecnologia da Informação | R\$206.724,55 |
| Auxiliar de Serviços Gerais | |
| Enfermeiro Ferista | |
| Enfermeiro Imunização e Epidemiologia | |
| Enfermeiro NEP | |
| Enfermeiro plantonista 12/36 - Diurno | |
| Enfermeiro plantonista 12/36 - Noturno | |
| Enfermeiro Referência Técnica | |
| Farmacêutico | |
| Gerente (coordenadores) | |
| Nutricionista | |
| Recepcionista | |
| Técnicos de Enfermagem plantonista 12/36 - Diurno | |
| Técnicos de Enfermagem plantonista 12/36 - Noturno | |
| Vigia (não armado) | |
| TOTAL | |
| SERVIÇOS MÉDICOS | |
| Descrição | Valor Mensal |
| Prestação de Serviços Médicos (prestação de serviços médicos não efetivos nas ESF's) | R\$145.341,99 |
| TOTAL | R\$145.341,99 |
| INSUMOS E MATERIAIS DE CONSUMO | |
| Descrição | Valor Mensal |
| Estimativa de material de escritório | R\$7.000,00 |
| Estimativa de material de limpeza e higienização | R\$10.000,00 |
| Estimativa de material de odontológico | R\$6.842,11 |
| Estimativa de material gráfico | R\$ 9.947,37 |
| Estimativa de material médico | R\$23.000,00 |
| Estimativa de medicamentos de urgência e emergência | R\$23.126,27 |
| Estimativa Gás de Cozinha | R\$ 473,68 |
| Estimativa Gêneros Alimentícios (água mineral, açúcar e pó de café) | R\$4.473,68 |
| TOTAL | R\$84.863,11 |

| INSUMOS E MATERIAIS DE CONSUMO | |
|--|----------------------|
| Descrição | Valor Mensal |
| Despesas Administrativas | R\$49.437,96 |
| Estimativa de material e serviços de informática | R\$2.500,00 |
| Estimativa de Sistema de informação | R\$16.000,00 |
| Manutenção de Ar- condicionado (incluindo a reposição de peças) | R\$ 8.594,30 |
| Manutenção de Equipamentos Médicos e odontológicos (incluindo o fornecimento de peças) | R\$ 11.052,63 |
| Manutenção Predial (incluindo fornecimento de materiais, limpeza de caixa d'água e dedetização das unidades) | R\$ 28.947,37 |
| Média gasto mensal - telefonia e internet | R\$4.000,00 |
| TOTAL | R\$120.532,26 |

| CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS | | |
|---|------------|---------------------|
| Gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde desenvolvidas no CEM - Centro de Especialidades Médicas de Barão de Cocais. | | |
| Estimativa de Recursos Humanos | | |
| Descrição | Quantidade | Valor Mensal |
| Auxiliar de Serviços Gerais | 2 | R\$99.596,27 |
| Coordenador | 1 | |
| Coordenador Geral | 1 | |
| Enfermeiro RT | 1 | |
| Farmacêutico | 1 | |
| Fisioterapeutas | 2 | |
| Fonoaudiólogo | 1 | |
| Nutricionista | 1 | |
| Psicólogo Infante juvenil (equipe apoio) | 2 | |
| Recepcionistas | 3 | |
| Técnico de faturamento | 1 | |
| Técnicos administrativos | 2 | |
| Técnicos de Enfermagem | 1 | |
| Vigia (não armado) | 1 | |
| Recursos Humanos | | R\$99.596,27 |

| Estimativa de Serviços Médicos | | |
|---|---------------|----------------------|
| ESPECIALISTAS | Carga Horária | Valor total mensal |
| ANGIOLOGISTA | 20h | R\$143.721,35 |
| CARDIOLOGISTA | 20h | |
| CIRURGIÃO GERAL | 20h | |
| DERMATOLOGISTA | 20h | |
| ENDOCRINOLOGISTA | 20h | |
| GASTROENTEROLOGISTA | 20h | |
| GINECOLOGISTA OBSTÉTRICO/ CIRURGIA GINECOLÓGICA | 20h | |
| Médico Regulador e de Apoio ao Serviço de Telemedicina MEDICO REGULADOR E DE APOIO A TELEMEDICINA | 20h | |
| MEDICO COORDENADOR | 20h | |
| NEUROLOGISTA | 20h | |
| OFTALMOLOGISTA | 20h | |
| PEDIATRA | 20h | |
| PSIQUIATRA INFANTE JUVENIL | 20h | |
| Serviços Médicos | | R\$143.721,35 |

| Estimativa de Insumos | |
|---|--------------------|
| Descrição | Valor total mensal |
| Estimativa de água mineral e gás de cozinha | R\$ 1.200,00 |
| Estimativa de descartáveis | R\$ 1.016,00 |

| | |
|--|---------------------|
| Estimativa de material de escritório | R\$ 2.000,00 |
| Estimativa de material de limpeza e higienização | R\$ 4.000,00 |
| Estimativa de material gráfico | R\$ 2.705,95 |
| Estimativa de material médico | R\$ 18.650,00 |
| Estimativa de medicamentos | R\$ 8.200,00 |
| Estimativa gêneros alimentícios | R\$ 1.500,00 |
| Subtotal Insumos e Materiais de Consumo | R\$39.271,95 |

| Estimativa de Demais serviços mensais | |
|--|---------------------|
| Descrição | Valor total mensal |
| Carro administrativo e combustível | R\$ 6.290,00 |
| Despesas administrativas | R\$ 27.680,23 |
| Estimativa de água e luz | R\$ 2.250,00 |
| Estimativa de Aluguel | R\$ 8.500,00 |
| Estimativa de manutenção predial, incluindo limpeza de caixa d'água, pintura, acessórios, fechadura, entre outros. | R\$ 3.000,00 |
| Estimativa de Monitoramento | R\$ 1.000,00 |
| Estimativa de Sistema de informação/ computadores/ impressora/ internet/manutenção | R\$ 16.000,00 |
| Estimativa de telefonia | R\$ 1.250,00 |
| Manutenção preventiva e corretiva de equipamentos médicos | R\$ 2.771,32 |
| Serviço de Controle de pragas | R\$ 565,03 |
| Total Demais Serviços Mensais | R\$69.306,58 |

| ESTIMATIVA DE CUSTO DE IMPLANTAÇÃO | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|--------|---------------------|
| Estimativa Aquisição de Bens Fixos | | | |
| Descrição | Local | Quant. | Valor Unit. |
| Armário para prontuários 4 | Arquivo | 2 | R\$1.849,82 |
| Micro-ondas | Cozinha | 1 | R\$699,93 |
| Mesas | Escritório (em L com duas gavetas) | 13 | R\$7.045,35 |
| Cadeira Empilhável verde escuro | Consultório | 29 | R\$3.480,00 |
| Cadeira | Giratória | 14 | R\$4.339,58 |
| TOTAL DO CUSTO DE IMPLANTAÇÃO | | | R\$17.414,68 |

UNIDADE MÓVEL DE MAMOGRAFIA

| | | |
|-----------------------------|-----|-----------|
| UNIDADE MÓVEL DE MAMOGRAFIA | R\$ | 90.000,00 |
|-----------------------------|-----|-----------|

UNIDADES E SERVIÇOS NO MUNICÍPIO DE RIO ACIMA

GERENCIAMENTO E OPERACIONALIZAÇÃO DE SERVIÇOS LABORATORIAIS DE ANÁLISES CLÍNICAS NO MUNICÍPIO DE RIO ACIMA/MG

ESTIMATIVA DESPESAS FIXAS MENSAS

| | |
|------------------------------|---------------------|
| Despesa Administrativa | R\$ 1.411,35 |
| Valor Total Fixo /Mês | R\$ 1.411,35 |

| CODIGO SUS | PROCEDIMENTO | VALOR |
|----------------|--|----------|
| 02.02.01.062-7 | DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES | R\$ 1,95 |
| 02.02.01.002-3 | DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO | R\$ 2,11 |
| 02.02.01.011-2 | DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO | R\$ 2,11 |
| 02.02.01.012-0 | DOSAGEM DE ACIDO URICO | R\$ 1,95 |
| 02.02.01.013-9 | DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO | R\$ 9,45 |
| 02.02.01.014-7 | DOSAGEM DE ALDOLASE | R\$ 3,87 |
| 02.02.01.018-0 | DOSAGEM DE AMILASE | R\$ 2,37 |
| 02.02.01.020-1 | DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES | R\$ 2,11 |

| | | |
|----------------|---|-----------|
| 02.02.01.021-0 | DOSAGEM DE CALCIO | R\$ 1,95 |
| 02.02.01.022-8 | DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL | R\$ 3,69 |
| 02.02.01.024-4 | CATECOLAMINAS URINA 24 HORAS | R\$ 50,88 |
| 02.02.01.024-4 | CATECOLAMINAS SANGUE | R\$ 45,34 |
| 02.02.01.026-0 | DOSAGEM DE CLORETO | R\$ 1,95 |
| 02.02.01.027-9 | DOSAGEM DE COLESTEROL HDL | R\$ 3,69 |
| 02.02.01.028-7 | DOSAGEM DE COLESTEROL LDL | R\$ 3,69 |
| 02.02.01.029-5 | DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL | R\$ 1,95 |
| 02.02.01.031-7 | DOSAGEM DE CREATININA | R\$ 1,95 |
| 02.02.01.032-5 | DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK) | R\$ 3,87 |
| 02.02.01.033-3 | DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB | R\$ 4,33 |
| 02.02.01.036-8 | DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA LDH | R\$ 3,87 |
| 02.02.01.037-6 | DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS) | R\$ 3,87 |
| 02.02.01.038-4 | DOSAGEM DE FERRITINA | R\$ 16,37 |
| 02.02.01.039-2 | DOSAGEM DE FERRO SERICO | R\$ 3,69 |
| 02.02.01.040-6 | DOSAGEM DE FOLATO | R\$ 16,44 |
| 02.02.01.042-2 | DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA | R\$ 2,11 |
| 02.02.01.043-0 | DOSAGEM DE FOSFORO | R\$ 2,11 |
| 02.02.01.044-9 | DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA | R\$ 2,11 |
| 02.02.01.046-5 | DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT) | R\$ 3,69 |
| 02.02.01.047-3 | DOSAGEM DE GLICOSE | R\$ 1,95 |
| 02.02.01.050-3 | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA | R\$ 8,26 |
| 02.02.01.055-4 | DOSAGEM DE LIPASE | R\$ 2,37 |
| 02.02.01.056-2 | DOSAGEM DE MAGNESIO | R\$ 2,11 |
| 02.02.01.057-0 | DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS | R\$ 2,11 |
| 02.02.01.060-0 | DOSAGEM DE POTASSIO | R\$ 1,95 |
| 02.02.01.063-5 | DOSAGEM DE SODIO | R\$ 1,95 |
| 02.02.01.064-3 | DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO) | R\$ 2,11 |
| 02.02.01.065-1 | DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP) | R\$ 2,11 |
| 02.02.01.066-0 | DOSAGEM DE TRANSFERRINA | R\$ 4,33 |
| 02.02.01.067-8 | DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS | R\$ 3,69 |
| 02.02.01.069-4 | DOSAGEM DE UREIA | R\$ 1,95 |
| 02.02.01.070-8 | DOSAGEM DE VITAMINA B12 | R\$ 16,01 |
| 02.02.01.072-4 | ELETROFORESE DE PROTEINAS | R\$ 4,65 |
| 02.02.01.076-7 | DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D | R\$ 16,01 |
| 02.02.02.002-9 | CONTAGEM DE PLAQUETAS | R\$ 2,87 |
| 02.02.02.003-7 | CONTAGEM DE RETICULOCITOS | R\$ 2,87 |
| 02.02.02.013-4 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA) | R\$ 6,06 |
| 02.02.02.014-2 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP) | R\$ 2,87 |
| 02.02.02.015-0 | DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO (VHS) | R\$ 2,87 |
| 02.02.02.017-7 | DOSAGEM DE ANTITROMBINA III | R\$ 6,81 |
| 02.02.02.020-7 | DOSAGEM DE FATOR V | R\$ 4,97 |
| 02.02.02.035-5 | ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA | R\$ 5,69 |
| 02.02.02.038-0 | HEMOGRAMA COMPLETO | R\$ 4,32 |
| 02.02.02.049-5 | PROVA DE RETRACAO DO COAGULO | R\$ 2,87 |
| 02.02.02.054-1 | TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD) | R\$ 2,87 |
| 02.02.02.055-0 | DOSAGEM DE PROTEINA C FUNCIONAL | R\$ 82,13 |
| 02.02.02.056-8 | DOSAGEM DE PROTEINA S FUNCIONAL | R\$ 64,28 |
| 02.02.02.057-6 | PESQUISA DE ANTICOAGULANTE LÚPICO | R\$ 19,13 |
| 02.02.03.002-4 | CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8 | R\$ 15,75 |
| 02.02.03.003-2 | CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS | R\$ 15,75 |
| 02.02.03.004-0 | DETECÇÃO DE ÁCIDOS NUCLEICOS DO HIV-1 (QUALITATIVO) | R\$ 68,26 |
| 02.02.03.006-7 | DETERMINAÇÃO DE COMPLEMENTO (CH50) | R\$ 9,12 |
| 02.02.03.007-5 | DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATOIDE | R\$ 2,98 |
| 02.02.03.009-1 | DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA | R\$ 15,82 |
| 02.02.03.010-5 | DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA) | R\$ 17,25 |
| 02.02.03.012-1 | DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3 | R\$ 14,42 |
| 02.02.03.013-0 | DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4 | R\$ 14,42 |
| 02.02.03.015-6 | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA) | R\$ 16,14 |

| | | |
|----------------|--|-----------|
| 02.02.03.016-4 | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) | R\$ 9,72 |
| 02.02.03.017-2 | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IGG) | R\$ 16,80 |
| 02.02.03.018-0 | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM) | R\$ 15,40 |
| 02.02.03.020-2 | DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA | R\$ 2,98 |
| 02.02.03.022-9 | IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS | R\$ 4,65 |
| 02.02.03.025-3 | PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA | R\$ 10,50 |
| 02.02.03.026-1 | PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA | R\$ 10,50 |
| 02.02.03.027-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA | R\$ 9,11 |
| 02.02.03.029-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT) | R\$ 57,04 |
| 02.02.03.030-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 HIV-2 (ELISA) | R\$ 10,50 |
| 02.02.03.032-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP) | R\$ 18,02 |
| 02.02.03.033-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS | R\$ 6,03 |
| 02.02.03.034-2 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM | R\$ 18,02 |
| 02.02.03.035-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO) | R\$ 19,48 |
| 02.02.03.036-9 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA) | R\$ 19,48 |
| 02.02.03.037-7 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS | R\$ 9,72 |
| 02.02.03.047-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO) | R\$ 2,98 |
| 02.02.03.055-5 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS | R\$ 16,32 |
| 02.02.03.056-3 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA | R\$ 18,02 |
| 02.02.03.059-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO | R\$ 18,02 |
| 02.02.03.062-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA | R\$ 18,02 |
| 02.02.03.063-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS) | R\$ 19,48 |
| 02.02.03.064-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE) | R\$ 19,48 |
| 02.02.03.067-9 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV) | R\$ 19,48 |
| 02.02.03.074-1 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS | R\$ 11,55 |
| 02.02.03.075-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS | R\$ 9,72 |
| 02.02.03.076-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA | R\$ 17,82 |
| 02.02.03.077-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI | R\$ 10,50 |
| 02.02.03.078-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL) | R\$ 19,48 |
| 02.02.03.078-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL) | R\$ 19,48 |
| 02.02.03.080-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG) | R\$ 19,48 |
| 02.02.03.081-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA | R\$ 18,02 |
| 02.02.03.082-2 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA HERPES ZOSTER | R\$ 18,02 |
| 02.02.03.083-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR | R\$ 18,02 |
| 02.02.03.085-7 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS | R\$ 12,20 |
| 02.02.03.086-5 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS | R\$ 10,50 |
| 02.02.03.087-3 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA | R\$ 19,48 |
| 02.02.03.088-1 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI | R\$ 9,72 |
| 02.02.03.089-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM) | R\$ 19,48 |
| 02.02.03.091-1 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV- IGG) | R\$ 19,48 |
| 02.02.03.092-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA | R\$ 18,02 |
| 02.02.03.093-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER | R\$ 18,02 |
| 02.02.03.094-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR | R\$ 18,02 |
| 02.02.03.096-2 | PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA) | R\$ 14,02 |
| 02.02.03.097-0 | PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B HBSAG | R\$ 19,48 |
| 02.02.03.098-9 | PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG) | R\$ 19,48 |
| 02.02.03.100-4 | PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS | R\$ 2,98 |
| 02.02.03.101-2 | PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE) | R\$ 2,98 |
| 02.02.03.103-9 | PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA | R\$ 9,72 |
| 02.02.03.104-7 | PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI POR IMUNOFLUORESCENCIA | R\$ 10,50 |
| 02.02.03.107-1 | QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO HIV-1 | R\$ 18,90 |
| 02.02.03.111-0 | TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS | R\$ 2,98 |
| 02.02.03.112-8 | TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS | R\$ 10,50 |
| 02.02.03.113-6 | TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS | R\$ 10,50 |
| 02.02.03.117-9 | TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS EM GESTANTES | R\$ 2,98 |
| 02.02.03.118-7 | DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA TTG | R\$ 19,48 |
| 02.02.03.121-7 | DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125 | R\$ 14,02 |
| 02.02.03.126-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 (WESTERN-BLOT) | R\$ 57,04 |
| 02.02.04.012-7 | PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS | R\$ 1,74 |

| | | |
|----------------|--|-----------|
| 02.02.04.014-3 | PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES | R\$ 1,74 |
| 02.02.05.001-7 | ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA | R\$ 3,89 |
| 02.02.05.002-5 | CLEARANCE DE CREATININA | R\$ 3,69 |
| 02.02.05.008-4 | DOSAGEM DE CITRATO | R\$ 2,11 |
| 02.02.05.008-4 | DOSAGEM DE CITRATO | R\$ 2,11 |
| 02.02.05.009-2 | DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA | R\$ 8,53 |
| 02.02.05.009-2 | DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA | R\$ 8,53 |
| 02.02.05.010-6 | DOSAGEM DE OXALATO | R\$ 3,87 |
| 02.02.05.010-6 | DOSAGEM DE OXALATO | R\$ 3,87 |
| 02.02.05.011-4 | DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS) | R\$ 2,15 |
| 02.02.05.019-0 | PESQUISA DE CISTINA NA URINA | R\$ 2,15 |
| 02.02.05.019-0 | PESQUISA DE CISTINA NA URINA | R\$ 2,15 |
| 02.02.05.026-2 | PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA | R\$ 2,15 |
| 02.02.06.001-2 | DETERMINAÇÃO DE ÍNDICE DE TIROXINA LIVRE | R\$ 13,17 |
| 02.02.06.004-7 | DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA | R\$ 10,72 |
| 02.02.06.008-0 | DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH) | R\$ 14,83 |
| 02.02.06.009-8 | DOSAGEM DE ALDOSTERONA | R\$ 12,49 |
| 02.02.06.011-0 | DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA | R\$ 12,11 |
| 02.02.06.012-8 | DOSAGEM DE CALCITONINA | R\$ 15,10 |
| 02.02.06.013-6 | DOSAGEM DE CORTISOL | R\$ 10,36 |
| 02.02.06.014-4 | DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA) | R\$ 11,82 |
| 02.02.06.016-0 | DOSAGEM DE ESTRADIOL | R\$ 10,66 |
| 02.02.06.017-9 | DOSAGEM DE ESTRIOL | R\$ 12,13 |
| 02.02.06.018-7 | DOSAGEM DE ESTRONA | R\$ 11,68 |
| 02.02.06.021-7 | DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG) | R\$ 8,25 |
| 02.02.06.022-5 | DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH) | R\$ 10,73 |
| 02.02.06.023-3 | DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH) | R\$ 8,29 |
| 02.02.06.024-1 | DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH) | R\$ 9,42 |
| 02.02.06.025-0 | DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH) | R\$ 9,41 |
| 02.02.06.026-8 | DOSAGEM DE INSULINA | R\$ 10,68 |
| 02.02.06.027-6 | DOSAGEM DE PARATORMONIO | R\$ 32,94 |
| 02.02.06.028-4 | DOSAGEM DE PEPTIDEO C | R\$ 16,12 |
| 02.02.06.029-2 | DOSAGEM DE PROGESTERONA | R\$ 10,74 |
| 02.02.06.030-6 | DOSAGEM DE PROLACTINA | R\$ 10,66 |
| 02.02.06.031-4 | DOSAGEM DE RENINA | R\$ 13,85 |
| 02.02.06.032-2 | DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1) | R\$ 16,12 |
| 02.02.06.033-0 | DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS) | R\$ 13,77 |
| 02.02.06.034-9 | DOSAGEM DE TESTOSTERONA | R\$ 10,96 |
| 02.02.06.035-7 | DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE | R\$ 13,77 |
| 02.02.06.036-5 | DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA | R\$ 18,02 |
| 02.02.06.037-3 | DOSAGEM DE TIROXINA (T4) | R\$ 12,18 |
| 02.02.06.038-1 | DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE) | R\$ 13,17 |
| 02.02.06.039-0 | DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3) | R\$ 9,15 |
| 02.02.06.039-0 | DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3) | R\$ 9,15 |
| 02.02.06.044-6 | TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA | R\$ 12,62 |
| 02.02.07.005-0 | DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO | R\$ 16,44 |
| 02.02.07.011-5 | DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS | R\$ 10,50 |
| 02.02.07.015-8 | DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA | R\$ 18,41 |
| 02.02.07.019-0 | DOSAGEM DE COBRE | R\$ 3,69 |
| 02.02.07.025-5 | DOSAGEM DE LITIO | R\$ 2,37 |
| 02.02.07.035-2 | DOSAGEM DE ZINCO | R\$ 16,44 |
| 02.02.08.004-8 | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA) | R\$ 4,42 |
| 02.02.08.005-6 | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE) | R\$ 4,42 |
| 02.02.08.006-4 | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE) | R\$ 3,85 |
| 02.02.08.007-2 | BACTERIOSCOPIA (GRAM) | R\$ 2,95 |
| 02.02.08.008-0 | CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO | R\$ 5,90 |
| 02.02.08.011-0 | CULTURA PARA BAAR | R\$ 5,92 |
| 02.02.09.036-1 | TESTE MOLECULAR PARA A DETECÇÃO DO COMPLEXO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS | R\$ 2,98 |
| 02.02.09.036-1 | TESTE MOLECULAR PARA A DETECÇÃO DO COMPLEXO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS | R\$ 4,42 |

| | | |
|----------------|---|-----------|
| 02.02.12.002-3 | DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO | R\$ 1,44 |
| 02.02.12.008-2 | PESQUISA DE FATOR RH INCLUI D FRACO | R\$ 1,44 |
| 02.02.12.009-0 | TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA) | R\$ 2,87 |
| NÃO SUS | ANTI ENDOMISIO IGA | R\$ 40,42 |
| NÃO SUS | ANTI ENDOMISIO IGG | R\$ 37,97 |
| NÃO SUS | ANTI ENDOMISIO IGM | R\$ 51,41 |
| NÃO SUS | ANTI GAD | R\$ 80,70 |
| NÃO SUS | ANTICORPOS ANTIGLIADINA (GLUTEN) IGG | R\$ 33,34 |
| NÃO SUS | ANTIGENO HLA B27 ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO B27 | R\$ 82,75 |
| NÃO SUS | ANTINEUTROFILOS ANCA C | R\$ 46,30 |
| NÃO SUS | CATECOLAMINAS –SANGUE | R\$ 47,73 |
| NÃO SUS | CAXUMBA IGG | R\$ 35,64 |
| NÃO SUS | CAXUMBA IGM | R\$ 40,36 |
| NÃO SUS | COMPLEMENTO CH 100 | R\$ 14,95 |
| NÃO SUS | FENOBARBITAL | R\$ 13,13 |
| NÃO SUS | FRUTOSAMINAS | R\$ 10,89 |
| NÃO SUS | MARCADORES TUMORAIS (CA 15-3) | R\$ 31,93 |
| NÃO SUS | MARCADORES TUMORAIS (CA 19.9) | R\$ 32,82 |
| NÃO SUS | MONOTESTE | R\$ 11,41 |
| NÃO SUS | PROTEINA DE BENICE JONES | R\$ 3,78 |
| NÃO SUS | PSA ULTRA SENSÍVEL | R\$ 22,78 |
| NÃO SUS | TRAB –ANTICORPO ANTI-RECEPTOR DE TSH | R\$ 40,31 |
| NÃO SUS | VITAMINA A | R\$ 50,77 |
| NÃO SUS | VITAMINA E | R\$ 54,51 |
| NÃO SUS | ÍNDICE DE SATURAÇÃO DA TRANSFERRINA | R\$ 26,37 |
| NÃO SUS | INSULINA POS PRANDIAL GLICEMIA APOS SOBRECARGA C DEXTROSOL | R\$ 17,56 |
| NÃO SUS | PROTEINÚRIA (URINA RECENTE E 24 HORAS) | R\$ 2,15 |
| NÃO SUS | RELAÇÃO ALBUMINA/CREATININA | R\$ 8,37 |
| NÃO SUS | RELAÇÃO PROTEÍNA/CREATININA URINÁRIA | R\$ 8,37 |
| NÃO SUS | IGF BP3 PROTEINA LOGADORA DOS FATORES DE CRESCIMENTO INSULIN LIKE | R\$ 18,21 |

UNIDADES E SERVIÇOS NO MUNICÍPIO DE NOVA LIMA

GERENCIAMENTO DOS SERVIÇOS LABORATORIAIS DE ANÁLISES CLÍNICAS NO MUNICÍPIO DE NOVA LIMA /MG

ESTIMATIVA DESPESAS FIXAS - MENSAL

RECURSOS HUMANOS

| QUNTIDADE | CARGO | SALARIO | VALOR TOTAL COM ENCARGOS SOCIAIS, TRABALHISTAS, BENEFICIOS E EPI |
|---------------------|---|----------------------|--|
| 1 | ANALISTA DE LABORATORIO - 44 HORAS SEMANAIS - SEGUNDA A SEXTA | R\$3.660,80 | R\$7.374,99 |
| 2 | ANALISTA DE LABORATORIO - 12/36 DIURNO | R\$3.660,80 | R\$14.493,56 |
| 2 | ANALISTA DE LABORATORIO - 12/36 NOTURNO | R\$3.660,80 | R\$16.436,39 |
| 2 | TECNICO DE LABORATORIO - 12/36 DIURNO | R\$2.341,26 | R\$10.681,30 |
| 2 | TECNICO DE LABORATORIO - 12/36 NOTURNO | R\$2.341,26 | R\$11.923,83 |
| 2 | TECNICO DE LABORATORIO / COLHEDOR FERISTA | R\$2.341,26 | R\$11.923,83 |
| 5 | COLHEDOR - 44 HORAS | R\$2.100,00 | R\$25.571,27 |
| 1 | COLHEDOR - 12/36 DIURNO | R\$2.100,00 | R\$4.986,04 |
| 2 | COLHEDOR - 12/36 NOTURNO | R\$2.100,00 | R\$11.086,58 |
| 9 | AUXILIAR ADMINISTRATIVO - 44 HORAS | R\$1.800,00 | R\$33.811,28 |
| TOTAL MENSAL | | R\$148.289,09 | |

| SERVICO DE LOGISTICA | | |
|---|--|---------------------|
| DESCRICA0 | | |
| Fornecimento de até 02 (dois) Veículos Fiorino, para realização de rotas entre as Unidades para o recolhimento das amostras biológicas (incluso: caixa termica para transporte, termômetros, seguro, aplicativos de localização, higienização, manutenção e combustível). | | R\$10.250,00 |
| Disponibilidade de até 2 motoristas condutores (salário, reposição em caso de ausencias encargos trabalhistas, beneficios, uniforme e EPI's) | | R\$9.240,00 |
| Fornecimento de até 3 plantões de 12horas de motoboy (motociclista, condutor ecombustivel) para coberturas emergenciais fora dos horários e/ou complemento de rotas. Valor excedente por plantão R\$ 313,43 | | R\$940,28 |
| TOTAL MENSAL | | R\$20.430,28 |
| DESPESA ADMINISTRATIVA | | |
| DESPESAS ADMINISTRATIVAS | | R\$39.751,96 |
| TOTAL MENSAL | | R\$39.751,96 |
| ESTIMATIVA DESPESAS VARIÁVEL - MENSAL | | |
| LABORATÓRIO | | |
| PROCEDIMENTOS SUS/SIGTAP | | |
| CODIGO SUS | PROCEDIMENTO | VALOR UNITARIO |
| 02.02.01.002-3 | DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO | R\$ 2,01 |
| 02.02.01.004-0 | DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS) | R\$ 3,63 |
| 02.02.01.011-2 | DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO | R\$ 2,01 |
| 02.02.01.012-0 | DOSAGEM DE ACIDO URICO | R\$ 1,85 |
| 02.02.01.013-9 | DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO | R\$ 9,00 |
| 02.02.01.014-7 | DOSAGEM DE ALDOLASE | R\$ 3,68 |
| 02.02.01.018-0 | DOSAGEM DE AMILASE | R\$ 2,25 |
| 02.02.01.020-1 | DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES | R\$ 2,01 |
| 02.02.01.021-0 | DOSAGEM DE CALCIO | R\$ 1,85 |
| 02.02.01.021-0 | DOSAGEM DE CALCIO AMOSTRA ISOLADA | R\$ 1,85 |
| 02.02.01.022-8 | DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL | R\$ 3,51 |
| 02.02.01.024-4 | CATECOLAMINAS URINA 24 HORAS | R\$ 50,88 |
| 02.02.01.026-0 | DOSAGEM DE CLORETO | R\$ 1,85 |
| 02.02.01.027-9 | DOSAGEM DE COLESTEROL HDL | R\$ 3,51 |
| 02.02.01.028-7 | DOSAGEM DE COLESTEROL LDL | R\$ 3,51 |
| 02.02.01.029-5 | DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL | R\$ 1,85 |
| 02.02.01.031-7 | DOSAGEM DE CREATININA | R\$ 1,85 |
| 02.02.01.032-5 | DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK) | R\$ 3,68 |
| 02.02.01.033-3 | DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB | R\$ 4,12 |
| 02.02.01.036-8 | DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA | R\$ 3,68 |
| 02.02.01.038-4 | DOSAGEM DE FERRITINA | R\$ 15,59 |
| 02.02.01.039-2 | DOSAGEM DE FERRO SERICO | R\$ 3,51 |
| 02.02.01.040-6 | DOSAGEM DE FOLATO | R\$ 15,65 |
| 02.02.01.042-2 | DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA | R\$ 2,01 |
| 02.02.01.043-0 | DOSAGEM DE FOSFORO | R\$ 1,85 |
| 02.02.01.046-5 | DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT) | R\$ 3,51 |
| 02.02.01.047-3 | DOSAGEM DE GLICOSE | R\$ 1,85 |

| | | |
|----------------|---|------------|
| 02.02.01.050-3 | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA | R\$ 7,86 |
| 02.02.01.055-4 | DOSAGEM DE LIPASE | R\$ 2,25 |
| 02.02.01.056-2 | DOSAGEM DE MAGNESIO | R\$ 2,01 |
| 02.02.01.060-0 | DOSAGEM DE POTASSIO | R\$ 1,85 |
| 02.02.01.062-7 | DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES | R\$ 1,85 |
| 02.02.01.063-5 | DOSAGEM DE SODIO | R\$ 1,85 |
| 02.02.01.064-3 | DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO) | R\$ 2,01 |
| 02.02.01.065-1 | DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP) | R\$ 2,01 |
| 02.02.01.066-0 | DOSAGEM DE TRANSFERRINA | R\$ 4,12 |
| 02.02.01.067-8 | DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS | R\$ 3,51 |
| 02.02.01.069-4 | DOSAGEM DE UREA | R\$ 1,85 |
| 02.02.01.070-8 | DOSAGEM DE VITAMINA B12 | R\$ 15,24 |
| 02.02.01.072-4 | ELETROFORESE DE PROTEINAS | R\$ 4,42 |
| 02.02.01.076-7 | DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D | R\$ 15,24 |
| 02.02.02.002-9 | CONTAGEM DE PLAQUETAS | R\$ 2,73 |
| 02.02.02.003-7 | CONTAGEM DE RETICULOCITOS | R\$ 2,73 |
| 02.02.02.013-4 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA) | R\$ 5,77 |
| 02.02.02.014-2 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP) | R\$ 2,73 |
| 02.02.02.017-7 | DOSAGEM DE ANTITROMBINA III | R\$ 6,48 |
| 02.02.02.035-5 | ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA | R\$ 5,41 |
| 02.02.02.036-3 | ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO) | R\$ 2,73 |
| 02.02.02.038-0 | HEMOGRAMA COMPLETO | R\$ 4,11 |
| 02.02.02.039-8 | LEUCOGRAMA | R\$ 2,73 |
| 02.02.02.044-4 | PESQUISA DE HEMOGLOBINA S | R\$ 2,73 |
| 02.02.02.049-5 | PROVA DE RETRACAO DO COAGULO | R\$ 2,73 |
| 02.02.02.054-1 | TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD) | R\$ 2,73 |
| 02.02.02.055-0 | DOSAGEM DE PROTEINA C FUNCIONAL | R\$ 75,00 |
| 02.02.02.056-8 | DOSAGEM DE PROTEINA S FUNCIONAL | R\$ 125,00 |
| 02.02.02.057-6 | PESQUISA DE ANTICOAGULANTE LUPICO | R\$ 110,00 |
| 02.02.03.002-4 | CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8 | R\$ 15,00 |
| 02.02.03.004-0 | DETECÇÃO DE ÁCIDOS NUCLEICOS DO HIV-1 (QUALITATIVO) | R\$ 65,00 |
| 02.02.03.006-7 | DETERMINAÇÃO DE COMPLEMENTO (CH50) | R\$ 9,25 |
| 02.02.03.008-3 | DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA | R\$ 9,25 |
| 02.02.03.009-1 | DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA | R\$ 15,06 |
| 02.02.03.010-5 | DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA) | R\$ 16,42 |
| 02.02.03.012-1 | DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3 | R\$ 17,16 |
| 02.02.03.013-0 | DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4 | R\$ 17,16 |
| 02.02.03.015-6 | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA) | R\$ 17,16 |
| 02.02.03.016-4 | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) | R\$ 9,25 |
| 02.02.03.017-2 | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IGG) | R\$ 27,22 |
| 02.02.03.018-0 | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM) | R\$ 17,16 |
| 02.02.03.025-3 | PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA | R\$ 10,00 |
| 02.02.03.027-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA | R\$ 8,67 |
| 02.02.03.031-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 HTLV-2 | R\$ 18,55 |
| 02.02.03.032-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP) | R\$ 17,16 |
| 02.02.03.033-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS | R\$ 5,74 |
| 02.02.03.034-2 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM | R\$ 17,16 |
| 02.02.03.035-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO) | R\$ 18,55 |
| 02.02.03.036-9 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA) | R\$ 18,55 |
| 02.02.03.045-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70) | R\$ 10,00 |
| 02.02.03.046-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES | R\$ 9,70 |
| 02.02.03.047-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO) | R\$ 2,83 |
| 02.02.03.048-2 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO | R\$ 10,00 |
| 02.02.03.053-9 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS | R\$ 4,10 |
| 02.02.03.056-3 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA | R\$ 17,16 |
| 02.02.03.057-1 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO | R\$ 17,16 |
| 02.02.03.058-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO | R\$ 17,16 |
| 02.02.03.059-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO | R\$ 17,16 |
| 02.02.03.060-1 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS | R\$ 17,16 |

| | | |
|----------------|--|-----------|
| 02.02.03.062-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA | R\$ 17,16 |
| 02.02.03.063-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS) | R\$ 18,55 |
| 02.02.03.067-9 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV) | R\$ 18,55 |
| 02.02.03.074-1 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS | R\$ 11,00 |
| 02.02.03.075-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS | R\$ 9,25 |
| 02.02.03.076-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA | R\$ 16,97 |
| 02.02.03.077-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI | R\$ 9,25 |
| 02.02.03.078-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL) | R\$ 18,55 |
| 02.02.03.078-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL) | R\$ 18,55 |
| 02.02.03.080-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG) | R\$ 18,55 |
| 02.02.03.081-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA | R\$ 17,16 |
| 02.02.03.083-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR | R\$ 17,16 |
| 02.02.03.085-7 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS | R\$ 11,61 |
| 02.02.03.087-3 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA | R\$ 18,55 |
| 02.02.03.091-1 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV- IGG) | R\$ 18,55 |
| 02.02.03.092-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA | R\$ 17,16 |
| 02.02.03.094-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR | R\$ 17,16 |
| 02.02.03.096-2 | PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA) | R\$ 13,35 |
| 02.02.03.097-0 | PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG) | R\$ 18,55 |
| 02.02.03.098-9 | PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG) | R\$ 18,55 |
| 02.02.03.101-2 | PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE) | R\$ 4,10 |
| 02.02.03.104-7 | PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLOURESCENCIA) | R\$ 10,00 |
| 02.02.03.107-1 | QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO HIV-1 | R\$ 18,00 |
| 02.02.03.109-8 | TESTE TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS | R\$ 4,10 |
| 02.02.03.111-0 | TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS | R\$ 2,83 |
| 02.02.03.112-8 | TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS | R\$ 10,00 |
| 02.02.03.113-6 | TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS | R\$ 10,00 |
| 02.02.03.118-7 | DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINASE RECOMBINANTE HUMANO IGA | R\$ 18,55 |
| 02.02.03.120-9 | DOSAGEM DE TROPONINA | R\$ 9,00 |
| 02.02.03.121-7 | DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125 | R\$ 13,35 |
| 02.02.04.002-0 | DOSAGEM DE GORDURA FECAL | R\$ 3,04 |
| 02.02.04.009-7 | PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES | R\$ 1,65 |
| 02.02.04.012-7 | PARASITOLÓGICO DE FEZES 1 AMOSTRA | R\$ 1,65 |
| 02.02.04.012-7 | PARASITOLÓGICO DE FEZES 2 AMOSTRA | R\$ 1,65 |
| 02.02.04.012-7 | PARASITOLÓGICO DE FEZES 3 AMOSTRA | R\$ 1,65 |
| 02.02.04.012-7 | PARASITOLÓGICO DE FEZES (MIF) | R\$ 1,65 |
| 02.02.04.014-3 | PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES | R\$ 1,65 |
| 02.02.04.014-3 | PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES 1 AMOSTRA | R\$ 1,65 |
| 02.02.04.014-3 | PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES 2 AMOSTRA | R\$ 1,65 |
| 02.02.04.014-3 | PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES 3 AMOSTRA | R\$ 1,65 |
| 02.02.05.001-7 | ANÁLISE DE CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA | R\$ 3,70 |
| 02.02.05.002-5 | CLEARANCE DE CREATININA | R\$ 3,51 |
| 02.02.05.004-1 | CLEARANCE DE UREIA | R\$ 3,51 |
| 02.02.05.008-4 | DOSAGEM DE CITRATO | R\$ 2,01 |
| 02.02.05.010-6 | DOSAGEM DE OXALATO | R\$ 3,68 |
| 02.02.05.011-4 | DOSAGEM DE PROTEÍNAS (URINA DE 24 HORAS) | R\$ 2,04 |
| 02.02.05.019-0 | PESQUISA DE CISTINA NA URINA | R\$ 2,04 |
| 02.02.05.030-0 | PESQUISA DE PROTEÍNAS URINÁRIAS (POR ELETROFORESE) | R\$ 4,44 |
| 02.02.06.004-7 | DOSAGEM DE 17 ALFA HIDROXIPROGESTERONA | R\$ 10,20 |
| 02.02.06.008-0 | DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTRÓFICO (ACTH) | R\$ 14,12 |
| 02.02.06.009-8 | DOSAGEM DE ALDOSTERONA | R\$ 11,89 |
| 02.02.06.011-0 | DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA | R\$ 11,53 |
| 02.02.06.013-6 | DOSAGEM DE CORTISOL | R\$ 9,86 |
| 02.02.06.014-4 | DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA) | R\$ 11,25 |
| 02.02.06.016-0 | DOSAGEM DE ESTRADIOL | R\$ 10,15 |
| 02.02.06.018-7 | DOSAGEM DE ESTRONA | R\$ 11,12 |
| 02.02.06.021-7 | DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIÔNICA HUMANA (HCG, BETA HCG) | R\$ 7,85 |
| 02.02.06.022-5 | DOSAGEM DE HORMÔNIO DE CRESCIMENTO (HGH) | R\$ 10,21 |
| 02.02.06.023-3 | DOSAGEM DE HORMÔNIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH) | R\$ 7,89 |

| | | |
|----------------|--|------------|
| 02.02.06.024-1 | DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH) | R\$ 8,97 |
| 02.02.06.025-0 | DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE TSH | R\$ 8,96 |
| 02.02.06.026-8 | DOSAGEM DE INSULINA | R\$ 10,17 |
| 02.02.06.027-6 | DOSAGEM DE PARATORMONIO | R\$ 43,13 |
| 02.02.06.028-4 | DOSAGEM DE PEPTIDEO C | R\$ 15,35 |
| 02.02.06.029-2 | DOSAGEM DE PROGESTERONA | R\$ 10,22 |
| 02.02.06.030-6 | DOSAGEM DE PROLACTINA | R\$ 10,15 |
| 02.02.06.031-4 | DOSAGEM DE RENINA | R\$ 13,19 |
| 02.02.06.032-2 | DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1) | R\$ 15,35 |
| 02.02.06.033-0 | DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS) | R\$ 13,11 |
| 02.02.06.034-9 | DOSAGEM DE TESTOSTERONA | R\$ 10,43 |
| 02.02.06.035-7 | DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE | R\$ 13,11 |
| 02.02.06.037-3 | DOSAGEM DE TIROXINA (T4) | R\$ 8,76 |
| 02.02.06.038-1 | DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE) | R\$ 11,60 |
| 02.02.06.039-0 | DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3) | R\$ 8,71 |
| 02.02.07.002-6 | DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO | R\$ 2,23 |
| 02.02.07.005-0 | DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO | R\$ 15,65 |
| 02.02.07.015-8 | DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA | R\$ 17,53 |
| 02.02.07.017-4 | DOSAGEM DE CHUMBO | R\$ 8,83 |
| 02.02.07.025-5 | DOSAGEM DE LITIO | R\$ 2,25 |
| 02.02.07.026-3 | DOSAGEM DE MERCURIO | R\$ 2,04 |
| 02.02.07.035-2 | DOSAGEM DE ZINCO | R\$ 15,65 |
| 02.02.08.004-8 | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA) | R\$ 4,20 |
| 02.02.08.005-6 | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSEIASE) | R\$ 4,20 |
| 02.02.08.006-4 | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE) | R\$ 4,20 |
| 02.02.08.007-2 | BACTERIOSCOPIA (GRAM) | R\$ 2,80 |
| 02.02.08.011-0 | CULTURA DE BARR | R\$ 5,63 |
| 02.02.08.015-3 | HEMOCULTURA | R\$ 11,49 |
| 02.02.08.019-6 | PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A | R\$ 4,33 |
| 02.02.09.036-1 | TESTE MOLECULAR PARA A DETECCAO DO COMPLEXO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS PPD TUBERCULINA | R\$ 17,62 |
| 02.02.10.003-0 | DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS) | R\$ 160,00 |
| 02.02.10.023-5 | PESQUISA DE MUTAÇÃO DO GENE DA PROTROMBINA | R\$ 180,00 |
| 02.02.11.008-7 | DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO) | R\$ 13,20 |
| 02.02.12.002-3 | DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO | R\$ 1,37 |
| 02.02.12.009-0 | TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA) | R\$ 2,73 |

LABORATÓRIO

PROCEDIMENTOS FORA DA TABELA SUS

| CODIGO SUS | PROCEDIMENTO | VALOR UNITARIO |
|-------------------|---|-----------------------|
| NÃO SUS | TESTE RÁPIDO DE ANTÍGENO COVID-19 | R\$ 157,41 |
| NÃO SUS | ANTINEUTROFILOS ANCA C | R\$ 42,16 |
| NÃO SUS | ANTICENTROMERO | R\$ 27,00 |
| NÃO SUS | ANTIGENO HLA B27 ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO B27 | R\$ 41,05 |
| NÃO SUS | MARCADORES TUMORAIS (CA 15-3) | R\$ 51,86 |
| NÃO SUS | COMPLEMENTO CH 100 | R\$ 24,72 |
| NÃO SUS | IGF BP3 PROTEINA LOGADORA DOS FATORES DE CRESCIMENTO INSULIN LIKE | R\$ 59,81 |
| NÃO SUS | GLICEMIA APOS SOBRECARGA C DEXTROSOL | R\$ 13,47 |
| NÃO SUS | VITAMINA A | R\$ 44,23 |
| NÃO SUS | CITRATO URINARIO URINA 24 HORAS | R\$ 2,12 |
| NÃO SUS | ANTI ENDOMISIO IGM | R\$ 71,65 |
| NÃO SUS | ANTI ENDOMISIO IGA | R\$ 57,95 |
| NÃO SUS | ANTI ENDOMISIO IGG | R\$ 60,44 |
| NÃO SUS | OXALATO URINA 24 HORAS | R\$ 3,87 |
| NÃO SUS | FENOBARBITAL | R\$ 37,03 |
| NÃO SUS | MICROALBUMINURIA URINA 24HORAS | R\$ 26,14 |
| NÃO SUS | ANTICORPOS ANTIGLIADINA (GLUTEN) IGG | R\$ 30,16 |

| | | |
|---------|---|------------|
| NÃO SUS | ANTICORPOS ANTIGLIADINA (GLUTEN) IGM | R\$ 33,38 |
| NÃO SUS | MARCADORES TUMORAIS CA 19.9 | R\$ 53,21 |
| NÃO SUS | CALCIO URINARIO 24 HORAS | R\$ 14,86 |
| NÃO SUS | CREATININA AMOSTRA ISOLADA | R\$ 15,31 |
| NÃO SUS | CREATININA URINARIA 24 HORAS | R\$ 1,95 |
| NÃO SUS | ACETILCOLINESTERASE ERITROCITARIA | R\$ 13,47 |
| NÃO SUS | DOSAGEM DE FRUTOSAMINA | R\$ 16,84 |
| NÃO SUS | TRAB - ANTICORPO ANTI RECEPTOR DE TSH | R\$ 53,46 |
| NÃO SUS | FOSFORO EM AMOSTRA ALEATORIA | R\$ 1,95 |
| NÃO SUS | FOSFORO URINARIO | R\$ 1,95 |
| NÃO SUS | MAGNESIO URINARIO 24 HORAS | R\$ 2,12 |
| NÃO SUS | MICROALBUMINURIA | R\$ 23,14 |
| NÃO SUS | MICROALBUMINURIA AMOSTRA ISOLADA | R\$ 23,14 |
| NÃO SUS | MONOTESTE | R\$ 20,47 |
| NÃO SUS | POTASSIO URINARIO 24 HORAS | R\$ 9,18 |
| NÃO SUS | PROTEINURIA URINA 24 HORAS | R\$ 2,15 |
| NÃO SUS | SODIO URINARIO 24 HORAS | R\$ 1,95 |
| NÃO SUS | TESTE DE SENSIBILIDADE AOS ANTIBIOTICOS 1 | R\$ 18,73 |
| NÃO SUS | TESTE DE TOLERANCIA A LACTOSE | R\$ 46,86 |
| NÃO SUS | UROCULTURA | R\$ 28,18 |
| NÃO SUS | RELACAO CALCIO / CREATININA | R\$ 13,56 |
| NÃO SUS | UREIA URINARIO | R\$ 9,18 |
| NÃO SUS | TESTE RAPIDO PARA DENGUE IGG | R\$ 30,77 |
| NÃO SUS | TESTE RAPIDO PARA DENGUE IGM | R\$ 29,39 |
| NÃO SUS | ALBUMINA | R\$ 11,34 |
| NÃO SUS | GLICOSE POS CAFE DA MANHA | R\$ 1,95 |
| NÃO SUS | GLICEMIA POS PRANDIAL | R\$ 28,08 |
| NÃO SUS | RELACAO PROTEINAS / CREATININA | R\$ 21,82 |
| NÃO SUS | CHIKUNGUNYA IGG | R\$ 136,84 |
| NÃO SUS | CHIKUNGUNYA IGM | R\$ 136,84 |

ESTIMATIVA DESPESAS EM PARCELA UNICA - PAGAMENTO 1º MÊS

IMPLANTAÇÃO E INTEGRAÇÃO DE SOFTWARE

Disponibilização e integração do software de gestão dos exames laboratoriais com o software de atendimento assistencial utilizado pelo município, nas Unidades de Saúde, visando gerar agilidade e maior resolutividade na entrega dos exames laboratoriais para os profissionais de saúde.
Treinamento e suporte técnico.

R\$38.421,05

VALOR DA PARCELA UNICA

R\$38.421,05

CUSTOS PARA ADAPTAÇÕES NAS ESTRUTURAS NOS POSTOS DE COLETA E PROCESSAMENTO DOS EXAMES

UNIDADE

VALOR DA ADAPTACAO

Unidade Jose de Almeida

R\$9.988,92

Unidade Cascalho

R\$32.614,58

Unidade Bom Retiro

R\$20.985,23

UBS Agua Limpa

R\$17.003,14

VALOR DA PARCELA UNICA

R\$80.591,87