

Atualização na Tabela de Serviços e Procedimentos em Saúde da ICISMEP, realizada em outubro de 2022, com publicação em outubro de 2022, para vigência a partir de outubro 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 INFANTIL		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA (QUANTIDADE 1)	R\$ 60,00
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 1)	
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
SEM CÓDIGO SUS	RETINOSCOPIA (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 DIOPIRIA 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; ADICÃO 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; ADICÃO 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)	
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 2)	
02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA (QUANTIDADE 1)	

02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR (R\$ 14,81 QUANTIDADE 2)	R\$	79,00
02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (QUANTIDADE 1)		
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			

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)	R\$	19,46
Tabela 6	TONOMETRIA (3,37 QUANTIDADE 2)		
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1)		
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/REAVLIAÇÃO 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 CórNEA			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CórNEA (QUANTIDADE 1)	R\$	53,54
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)		
02.11.06.026-7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CórNEA-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\$	60,00
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\$ 121,00
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.012-7	RETINOGRAFIA COLORIDA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA 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)	
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	ULTRASSONOGRAMA 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

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
		Mês
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-SONOGRAMA 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 BLEFAROESPASMO 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	EPLAÇÃO 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	OCLUSAO 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 TRIQUÍASE 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 MIÍASE 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 PROCEDIMENTOSDE 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 ENTRÓPIO 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\$ 1.450,56
04.05.02.002-3	CORREÇÃO CIRÚRGICA DO ESTRABISMO (ATÉ 2 MÚSCULOS)	R\$ 1.019,28
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
04.05.04.007-5	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	FACIEMULSIFICAÇÃO 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 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 Córnea - OURO PRETO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM Córnea (QUANTIDADE 1)	R\$ 73,50
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.026-7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Córnea-CERATOSCOPIA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
	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\$ 77,46
02.11.06.023-2	TESTE ORTÓPTICO (QUANTIDADE 1)	

AVALIAÇÃO/DIAGNÓSTICO DE RETINA - 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\$ 46,24
04.05.01.018-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BLEFAROCALASE - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 1.173,43
-	INJEÇÃO INTRA-VITREO COM ANTIBIÓTICO	R\$ 115,61
04.05.04.019-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO XANTELASMA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 149,13
04.05.05.016-0	INJEÇÃO SUBCONJUNTIVAL/SUBTENONIANA	R\$ 25,43
04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO	R\$ 404,62
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	FACOEMULSIFICAÇÃO 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	FACOEMULSIFICACAO 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	FACOEMULSIFICACAO 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 anestesista
- Serviço hospitalar / ambulatorial (estrutura, equipamentos, instrumental, insumos e recursos humanos)

OFTALMOLOGIA UNIDADES EXTERNAS - SANTA LUZIA

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/REAVIAÇÃO 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)	

DESCRIÇÃO DOS TRATAMENTOS MEDICAMENTOSOS DE GLAUCOMA - SANTA LUZIA

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

AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CórNEA - SANTA LUZIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CórNEA (QUANTIDADE 1)	R\$ 74,55
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.026-7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CórNEA-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 LACRIMAIAS - 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 CÔRNEA	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 CÔRNEA	R\$ 33,46
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. - 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 PALBEBRAL (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 CÔRNEA	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	FACOEMLSIFICACAO 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	FACOEMLSIFICACAO 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/REAVLIAÇÃO 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 ULTRASSONICA - MONOCULAR	
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
Tabela 30	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 - 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)	
DESCRIÇÃO DOS TRATAMENTOS MEDICAMENTOSOS DE GLAUCOMA - UNIDADES EXTERNAS		
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 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 Córnea - UNIDADES EXTERNAS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM Córnea (QUANTIDADE 1)	R\$ 74,55
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.026-7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Córnea-CERATOSCOPIA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) (24.24)	
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - 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 OPTICA 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	ULTRASSONOGRRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR) - ECO B- (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
02.11.06.028-3	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)	
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 OPTICA 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 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)	
EXAMES EM OFTALMOLOGIA - UNIDADES EXTERNAS		
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
02.11.06.015-1	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL	R\$ 52,02
02.11.06.017-8	RETINOGRRAFIA COLORIDA BINOCULAR	R\$ 86,71
02.11.06.018-6	RETINOGRRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	R\$ 115,61
02.11.06.025-9	TONOMETRIA	R\$ 5,78
02.11.06.026-7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Córnea (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 TRIQUIÁSE COM OU SEM ENXERTO (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 361,85
04.05.03.004-5	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER seco (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 Córnea	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 Córnea	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 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. - 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	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	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	FACOMULSIFICAÇÃO 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	FACOMULSIFICACAO 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	INJECÃO INTRA-VITREA DE EYLIA (AFLIBICERPT) COM OCT 30 DIAS APOS GRUPOS DE 3 APLICACÕES	R\$ 1.965,32
CISMEP-48	INJECÃO INTRA-VITREA DE LUCENTIS (RANIZUBIMABE) COM OCT 30 DIAS APOS GRUPOS DE 3 APLICACÕES	R\$ 2.173,41
CISMEP-49	CIRURGIA DE PRK - REFRAATIVA A LASER BINOCULAR	R\$ 1.849,71
Tabela 39	CIRURGIA DE PRK - REFRAATIVA A LASER MONOCULAR	R\$ 1.098,27
CISMEP-51	AVALIACAO DE CIRURGIA REFRAATIVA 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 CONDUITO 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

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H.			
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
04.04.01.010-5	ESTAPEDECTOMIA	R\$	2.366,91
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 CONDUITO 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

EXAMES EM OTORRINOLARINGOLOGIA - OURO PRETO			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
02.09.04.002-5	LARINGOSCOPIA	R\$	79,76
02.09.04.004-1	VIDEOLARINGOSCOPIA (FIBRONASOLARINGOSCOPIA)	R\$	113,10

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	IMITANCIOMETRIA = 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

FONOAUDIOLOGIA - OURO PRETO			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO		VALOR ICISMEP
02.11.07.004-1	AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL (PACOTE)	R\$	63,84
02.11.07.035-1	TESTES VESTIBULARES/OTONEUROLÓGICOS	R\$	82,87

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

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			
04.06.02.009-4	DISSECÇÃO DE VEIA/ARTÉRIA	R\$	15,16
04.06.02.013-2	EXCISAO E SUTURA DE HEMANGIOMA	R\$	98,53
04.06.02.014-0	EXCISAO E SUTURA DE LINFANGIOMA / NEVUS	R\$	98,53
03.09.07.001-5	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	R\$	208,21

* 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

ANGIOLOGIA - OURO PRETO

PROCEDIMENTOS - SERVIÇO AMBULATORIAL - AS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.09.07.001-5	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	R\$ 294,12

ANGIOLOGIA UNIDADES EXTERNAS

PROCEDIMENTOS - SERVIÇO AMBULATORIAL - AS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.09.07.001-5	AVALIAÇÃO TRATAMENTO ESCLEROSANTE + TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES	R\$ 577,20

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	FULGURAÇÃO/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 ARTICULAÇÕES 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	R\$ 1.024,90
04.08.02.037-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DOS METACARPÍANOS	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- METACARPÍANO	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 CALCANEIO	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 CICATRICIAL 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 CICATRICIAL DO COTOVELO	R\$	470,60
04.13.04.020-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RETRAÇÃO CICATRICIAL 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	R\$ 114,29
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 PRÓSTATA (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	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSLUCÊNCIA NUCAL	R\$	72,00
CISMEP-23	ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLÓGICA	R\$	218,35
CISMEP-25	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREÓIDE + DOPPLER	R\$	143,35
CISMEP-26	ULTRASSONOGRRAFIA 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	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL (ENDOVAGINAL)	R\$	65,73
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO (UMA ARTICULAÇÃO / UNILATERAL)	R\$	65,73
02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	R\$	65,73
ULTRASSONOGRRAFIA UNIDADES EXTERNAS			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 03 VASOS) = DUPLEX SCAN DE MEMBRO INFERIOR, MEMBRO SUPERIOR, DE CARÓTIDAS E ARTÉRIAS VERTEBRAIS.	R\$	130,00

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	CATETERISMO 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			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CIRURGIA GERAL)	R\$	59,94

AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CIRURGIAS GERAIS (HEMORROIDECTOMIA, FISTULECTOMIA, FISSURECTOMIA, PLASTICA ANAL E TUMOR DE			
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 RECIDIVANTE	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 - PROCTOLOGIA

CONSULTA EM CIRURGIA GERAL			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (PROCTOLOGIA)	R\$	59,94

TABELA 11 - UROLOGIA

CONSULTA EM CIRURGIA GERAL

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (UROLOGIA)	R\$ 59,94

TABELA 12 - GINECOLOGIA

CONSULTA EM CIRURGIA GERAL

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (GINECOLOGIA)	R\$ 59,94

TABELA 13 - 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		

ELETROENCEFALOGRAMA (EEG)

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

TABELA 14 - 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 15 - 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 16 - 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	BIÓPSIA 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	ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÃO CUTÂNEA ATÉ 05 LESÕES (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 71,52
04.01.01.005-8	EXCIÇÃO 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 17 - 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 18 - SERVIÇOS/ATIVIDADES ESPECIAIS - CEC CONTAGEM

SERVIÇO/ATIVIDADES		VALOR ICISMEP
DESCRIÇÃO		
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 19 - TOMOGRAFIAS

PROCEDIMENTOS TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEM CONTRASTE - UNIDADE ICISMEP		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.06.01.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL	R\$ 105,81
02.06.01.002-8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 123,30
02.06.01.003-6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA	R\$ 105,81
02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE/ SEIOS DA FACE/ ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES	R\$ 105,80
02.06.01.005-2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO	R\$ 105,80
02.06.01.006-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TÚRCICA	R\$ 118,84
02.06.01.007-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	R\$ 140,09
SEM CÓDIGO SUS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MASTÓIDES/ OUVIDOS	R\$ 105,80
02.06.02.001-5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 105,80
02.06.02.002-3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA E PÉ)	R\$ 105,80
02.06.02.003-1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	R\$ 166,37
02.06.02.004-0	TOMOGRAFIA DE HEMITORAX/ MEDIASTINO (POR PLANO)	R\$ 166,37
SEM CÓDIGO SUS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES (ESTERNO/ CLAVÍCULA/ OMBRO/ COTOVELO)	R\$ 113,29
02.06.03.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 169,07
02.06.03.002-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 105,80
02.06.03.003-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR	R\$ 254,45
SEM CÓDIGO SUS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 423,52

PROCEDIMENTOS TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - UNIDADES EXTERNAS		
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 20 - 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 21 - 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
02.08.01.002-6	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 22 - ANÁLISE DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICOS

PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICOS POR FRASCO		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
CISMPEP-17	SERVIÇOS DE ANÁLISE DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICOS DE FRAGMENTOS NOS RETIRADOS NO EXAME DE ENDOSCOPIA E COLONOSCOPIA	R\$ 61,65
CISMPEP-18	SERVIÇOS DE ANÁLISE DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICOS OU CITOLÓGICOS DE FRAGMENTOS RETIRADOS NA PUNÇÃO DE MAMA	R\$ 53,10
CISMPEP-19	SERVIÇOS DE ANÁLISE DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICOS DE FRAGMENTOS RETIRADOS NA PUNÇÃO DE PRÓSTATA	R\$ 61,65
CISMPEP-20	SERVIÇOS DE ANÁLISE DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICOS DE FRAGMENTOS RETIRADOS PUNÇÃO DE TIREÓIDE	R\$ 51,52

TABELA 23 - 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 24 - IMPLANTE

IMPLANTE DE LENTE ESCLERAL PINTADA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
CISMPEP-24	IMPLANTE DE LENTE ESCLERAL PINTADA: CONFECCIONADA INDIVIDUALMENTE ARTESANALMENTE, IDÊNTICA AO OLHO SÁDIO	R\$ 1.078,00

TABELA 25 - TELEMEDICINA

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

TABELA 26 - MEDICINA HIPERBÁRICA

SERVIÇOS DE MEDICINA HIPERBÁRICA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
CISMPEP-42	SESSÃO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA (POR SESSÃO DE ATÉ 02 HORAS)	R\$ 300,00

TABELA 27 - 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	RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA 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

CIRURGIA CARDIOLÓGICA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.06.03.002-2	ANGIOPLASTIA CORONARIANA C/ IMPLANTE DE DOIS STENTS (PACOTE) Incluindo os seguintes materiais: 01 Diária de CTI ou Enfermaria; Honorários médicos CTI; Stents; Balão Intraporto; Fio Guia; Introduzidor; Cateter Guia; Seringa Insufladora; Taxa de Sala Hemodinâmica; Honorários Médicos Hemodinâmica	R\$ 11.776,47
04.06.03.005-7	ANGIOPLASTIA PERIFERICA C/ IMPLANTE DE DOIS STENTS (PACOTE) Incluindo os seguintes materiais: 01 Diária de CTI ou Enfermaria; Honorários médicos CTI; Stents; Balão Intraporto; Fio Guia; Introduzidor; Cateter Guia; Seringa Insufladora; Taxa de Sala Hemodinâmica; Honorários Médicos Hemodinâmica	R\$ 14.058,82

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
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
INSTALAÇÃO ENDOSCÓPICA DE CATETER DUPLO J	CATETER DUPLO J	R\$ 396,00
RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE PROSTATA (RTU)	ALÇA DE RTU	R\$ 396,00
	EQUIPO DE IRRIGAÇÃO DE 3 VIAS	R\$ 400,00
URETEROLITOTRIPIA FLEXIVEL	CATETER DUPLO J	R\$ 396,00
	FIO GUIA HIDROFILICO	R\$ 675,00
	CATETER BASKET PARA RETIRADA DE CÁLCULO	R\$ 1.521,00
URETEROLITOTRIPIA 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
NEFROLITOTRIPIA 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

OPME CIRURGIA CARDIOLÓGICA		
CIRURGIA	OPME	VALOR ICISMEP
ANGIOPLASTIAS	STENT PARA ARTÉRIA PERIFÉRICA OU CORONARIA	R\$ 2.339,84

OUTROS SERVIÇOS RELACIONADOS ÀS CIRURGIAS		
CONSULTA MÉDICA PARA AVALIAÇÕES CIRÚRGICAS		R\$ 90,00
CURATIVO ESPECIAL (SEM HIDROCOLOIDE - MAIOR EXTENSÃO)		R\$ 85,80
CURATIVO SIMPLES		R\$ 65,95
LEITO DE CTI (DIÁRIA)		R\$ 1.800,00

* Serviço exclusivo para pacientes que necessitarem de suporte emergencial ao realizarem procedimentos em prestadores externos

TABELA DE SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS EM SAÚDE (TSPS) ICISMEP

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

TABELA DE SERVIÇOS MÉDICOS 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 - ORTOPEDIA	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 - PSIQUIATRA	Não se aplica	Consulta	R\$ 113,81
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGIA	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 - SAÚDE DA FAMÍLIA PSF	Não se aplica	Mês	R\$ 24.211,91
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA	Não se aplica	Mês	R\$ 17.071,26
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 ARCOS

Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGISTA (CONSULTAS AMBULATORIAIS E RISCO CIRÚRGICO)	Não se aplica	Consulta	R\$ 113,82

Tabela 4

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 5

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 - PSIQUIATRA	Não se aplica	Hora	R\$ 390,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA	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 - CIRURGIÃO	Não se aplica	12 horas	R\$ 1.575,76
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ESCLEROTERAPIA COM APLICAÇÃO DE ESPUMA (INCLUSOS MATERIAIS E MEDICAMENTO)	Não se aplica	Procedimento	R\$ 223,24
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REUMATOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 90,28

Tabela 6

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

Serviços/Atividades Realizadas por Profissional Médico - Especialista	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 - ORTOPEDIA	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	Não se aplica	Exame	R\$	66,30

Tabela 7

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 I	Não se aplica	Hora	R\$ 98,48
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 NEUROPIEDISTA	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 PSQUIÁTRICO	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 - PLANTONISTA HOSPITAL	Plantão	12 horas	R\$ 1.444,33
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\$ 17.072,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RADIOLOGISTA REFERÊNCIA TÉCNICA	Não se aplica	Mês	R\$ 2.626,05
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REFERÊNCIA TÉCNICA EM HEMATOLOGIA (AGÊNCIA TRANSFUSIONAL)	Não se aplica	Mês	R\$ 6.565,13
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RADIOLOGISTA (LAUDO TOMOGRAFIA EM ATÉ 24H)	Não se aplica	Procedimento	R\$ 65,66
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RADIOLOGISTA (LAUDO TOMOGRAFIA ELETIVA)	Não se aplica	Procedimento	R\$ 52,52
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RADIOLOGISTA (LAUDO MAMOGRAFIA)	Não se aplica	Procedimento	R\$ 26,26
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HOLTER 24 HORAS (3 CANAIS)	Não se aplica	Procedimento	R\$ 122,11
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MAPA	Não se aplica	Procedimento	R\$ 131,30
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PAAF MAMA	Não se aplica	Procedimento	R\$ 105,04
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES + AVALIAÇÃO	Não se aplica	Procedimento	R\$ 603,99
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN (ATÉ 3 VASOS)	Não se aplica	Procedimento	R\$ 122,11
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - VARICECTOMIA	Não se aplica	Procedimento	R\$ 919,12
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO EXERESE DE PTERÍGIO	Não se aplica	Procedimento	R\$ 330,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MAPEAMENTO DE RETINA	Não se aplica	Procedimento	R\$ 65,65
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO BLEFAROPLASTIA UNILATERAL	Não se aplica	Procedimento	R\$ 282,30
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO ANTIOGÊNICO RELACIONADO A RETINOLOGIA DIABÉTICA	Não se aplica	Procedimento	R\$ 341,39
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	Não se aplica	Procedimento	R\$ 787,82
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HERNIOPLASTIA INCISSIONAL	Não se aplica	Procedimento	R\$ 787,82
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HERNIOPLASTIA INGUINAL (BIRATERAL)	Não se aplica	Procedimento	R\$ 787,82
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HERNIOPLASTIA INGUINAL CRUCAL (UNILATERAL)	Não se aplica	Procedimento	R\$ 787,82
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	Não se aplica	Procedimento	R\$ 787,82
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HERNIOPLASTIA UMBILICAL	Não se aplica	Procedimento	R\$ 787,82
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEURÓLISE NÃO FUNCIONAL DE NERVOS PERIFÉRICOS	Não se aplica	Procedimento	R\$ 393,91
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - FIBRONASOLARINGOSCOPIA	Não se aplica	Procedimento	R\$ 160,00

Tabela 8

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.	Dias úteis	12 horas	R\$ 1.181,70
	Final de Semana/Feriado	12 horas	R\$ 1.313,33
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR MÉDICO - PEDIATRA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES HOSPITALARES.	Dias úteis	12 horas	R\$ 1.181,70
	Final de Semana/Feriado	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 - PSQUIATRA	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 9

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 - OFTAMOLOGIA	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
	Não se aplica	Hora	R\$	400,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROPIEDIAIRA	Não se aplica	Consulta	R\$	307,30
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA COM TESTE DE UREASE	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 10

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 11

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
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRIA	Dias úteis	Hora	R\$ 121,87
	Final de Semana/Feriado	Hora	R\$ 130,07
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA	Não se aplica	Hora	R\$ 101,79
	Dias úteis	Hora	R\$ 88,46
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICO GERAL	Final de Semana/Feriado	Hora	R\$ 96,67
	Dias úteis	Hora	R\$ 49,24
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO CIRURGIA GERAL - SOBRE AVISO	Final de Semana/Feriado	Hora	R\$ 65,66
	Dias úteis	Hora	R\$ 121,87
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OBSTETRA / ANESTESIOLOGISTA	Final de Semana/Feriado	Hora	R\$ 130,07
	Não se aplica	Hora	R\$ 109,42

Tabela 12

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 CLINICO)	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 - ULTRASSONOGRAFIA COM EQUIPAMENTO	Não se aplica	Procedimento	R\$ 108,25

Tabela 13

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 - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	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 - GASTROENTROLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 85,35
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - GASTROENTROLOGISTA 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	Laudo	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 - RAIOS 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 - ULTRASSONOGRAFIA - ULTRASSOM MORFOLÓGICO	Não se aplica	Exames	R\$	198,01
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA - ULTRASSOM DOPPLER	Não se aplica	Exames	R\$	232,44
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA - DUPLEX SCAN	Não se aplica	Exames	R\$	144,45
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA (ABDOMINAL SUPERIOR/ABDOMINAL TOTAL/BOLSA ESCROTAL/ENDOvaginal/OBSTETRICO SIMPLES/PAREDE ABDOMINAL/PARTES MOLES/RINS E VIAS URINÁRIAS/TIREOIDE/MAMAS/AXILAS)	Não se aplica	Exames	R\$	99,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RADIOLOGISTA/ULTRASSONOGRAFISTA - PUNÇÃO ASPIRATIVA POR AGULHA FINA	Não se aplica	Exames	R\$	296,32
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RADIOLOGISTA/ULTRASSONOGRAFISTA - CORE BIOPSY	Não se aplica	Exames	R\$	630,30
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXERESE 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 - ULTRASSONOGRAFIA COM DISPONIBILIDADE DE APARELHO	Não se aplica	Procedimento	R\$	109,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ECOCARDIOGRAMA	Não se aplica	Procedimento	R\$	246,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ECOCARDIOGRAMA 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 - HOLTTER	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 - EXCIÇÃO E ENXERTO DE PELE	Não se aplica	Procedimento	R\$	221,99
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXERESE 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 - EXCIÇÃO DE LESÃO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE	Não se aplica	Procedimento	R\$	110,90
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXERESE 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\$	85,35
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESCLEROSANTE/LIGADURA ELÁSTICA DE LESÃO HEMORRÁGICA DO APARELHO DIGESTIVO ALTO	Não se aplica	Procedimento	R\$	1.140,35

Tabela 14

Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de FORTUNA DE MINAS			
Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	Não se aplica	Plantão Diurno	R\$ 1.365,70
		Plantão Noturno	R\$ 1.091,34

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
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA I	Não se aplica	12 horas	R\$ 722,22
		Hora	R\$ 60,19
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA II	Não se aplica	12 horas	R\$ 820,71
		Hora	R\$ 68,39
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 - NEUROLOGIA INFANTIL	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 LIPOMAS/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 - DUPLEX SCAN/CARÓTIDAS E VÉRTEBRAS	Não se aplica	Exame	R\$	97,17
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO EXAME DE ULTRASONOGRAFIA – ENDOVAGINAL/OBSTETRICO/APARELHO URINARIO/DE MAMAS E AXILIAS/CERVICA/TIREÓIDE/ARICULAÇÃO/ PRÓSTATA TRASNRETAL 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
	Feriados 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 IGUATAMA			
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/ LIPOMA	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
	Final de Semana/Feriado diurno/noturno	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
	Final de Semana/Feriado diurno/noturno	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
	Não se aplica	Plantão	R\$ 1.784,25
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO GERAL	Não se aplica	Consulta	R\$ 91,91
	Não se aplica	Mês	R\$ 9.913,34
	Não se aplica	Consulta	R\$ 91,91
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGISTA/OBSTETRICIA	Não se aplica	Mês	R\$ 19.695,38
	Não se aplica	Consulta	R\$ 91,91
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA	Não se aplica	Mês	R\$ 15.756,30
	Não se aplica	Mês	R\$ 17.464,64
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA	Não se aplica	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	R\$ 1.852,69
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			
Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSOM ABDÔMEN TOTAL/APARELHO URINÁRIO/TRANSVAGINAL (ENDOVAGINAL)/PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL)/PÉLVICA MASCULINA/BOLSA ESCROTAL (BILATERAL)/MAMAS (BILATERAL)	Não se aplica	Procedimento	R\$ 75,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PNEUMOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 102,43
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HEMATOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 125,20

Tabela 22

Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de JUATUBA			
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
	Ferriados/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	Laudos	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
	Não se aplica	Consulta	R\$ 59,09
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PEDIATRA	Não se aplica	Hora	R\$ 175,96
	Não se aplica	Exame	R\$ 59,09
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ULTRASSONOGRAFIA	Não se aplica	Exame	R\$ 69,09
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PSIQUIATRA	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 - HEMATOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 110,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 118,50
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 Uteis (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 (EXCISÃO DE LESÃO E/ OU SUTURA DE FERIMENTOS DE PELE, INCISÃO E DRENAGEM DE ABSCESSO, EXCERSE 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 (EXCISÃO 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 (EXCISÃO DE LESÃO E/ OU SUTURA DE FERIMENTOS DE PELE, BIÓPSIA DE CÂNCER DE PELE COM REALIZAÇÃO DE SUTURA 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 - DUPLEX SCAN	Não se aplica	Procedimento	R\$ 150,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ECGARDIAGRAMA	Não se aplica	Procedimento	R\$ 190,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - 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
	Feriados Especiais	Hora	R\$ 196,97
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Dias úteis	Hora	R\$ 98,48
	Final de Semana/Feriado	Hora	R\$ 109,42
	Feriados Especiais	Hora	R\$ 164,13
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA	Dias úteis	Hora	R\$ 97,62
	Final de Semana/Feriado	Hora	R\$ 110,42
	Feriados Especiais	Hora	R\$ 209,23
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA II	Dias úteis	Hora	R\$ 122,14
	Final de Semana/Feriado	Hora	R\$ 116,23
	Feriados Especiais	Hora	R\$ 209,23
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PARA ATENDIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA	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 - ULTRASSONOGRAFIA	Não se aplica	Procedimento	R\$ 78,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN	Não se aplica	Procedimento	R\$ 160,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA/ PUNÇÃO/ EXERESE 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 - HOLTER 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
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PNEUMOLOGISTA (ESPIROMETRIA COM INSUMOS/CONSULTAS COM VISITAS DOMICILIARES)	Não se aplica	Procedimento + Consultas	R\$ 140,00

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
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA	Não se aplica	Consulta	R\$ 131,39
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 115,37
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPEDISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 115,37
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 115,37
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROPEDIATRA	Não se aplica	Consulta	R\$ 155,48
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO DE GERIATRIA EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	Não se aplica	Consulta	R\$ 108,13
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO DE GERIATRIA DOMICILIAR	Não se aplica	Consulta	R\$ 216,24
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO GERAL	Não se aplica	Hora	R\$ 341,43
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OTORRINOLARINGOLOGISTA	Não se aplica	Hora	R\$ 227,62
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICO GERAL	Não se aplica	Hora	R\$ 170,72

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
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
	Não se aplica	Mês	R\$ 17.070,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PEDIATRA	Não se aplica	12 horas	R\$ 1.575,76
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REGULADOR	Não se aplica	Guia auditada	R\$ 146,28
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIA GERAL	Não se aplica	Consulta	R\$ 81,90
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PNEUMOLOGIA ADULTO	Não se aplica	Consulta	R\$ 93,60
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PNEUMOLOGIA INFANTIL	Não se aplica	Consulta	R\$ 123,04
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 107,25
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
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROPEDIATRA	Não se aplica	Consulta	R\$	113,82
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RADIOLOGISTA	Não se aplica	Hora	R\$	210,50
	Plantão 6 Horas	Plantão	R\$	1.263,00

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
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN COM O APARELHO DO PROFISSIONAL	Não se aplica	Procedimento	R\$ 108,00

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
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PERITO DO TRABALHO	Não se aplica	20 Horas Mensais	R\$ 3.939,10

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	Finals de semana e Feriados	Plantão	R\$ 1.631,66
	Semanais		R\$ 1.770,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA	Finals de semana e Feriados	Plantão	R\$ 1.895,00
	Semanais		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 (07hs00 de segunda-feira às 19hs00 de sexta-feira)

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

Tabela 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
	Dias úteis - diurno	12 horas	R\$ 1.700,14
		Dias úteis - noturno	12 horas
	Final de Semana/Feriado - diurno	12 horas	R\$ 1.951,27
		Final de Semana/Feriado - noturno	12 horas
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
	Não se aplica	Consulta	R\$ 94,94
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO	Não se aplica	Plantão	R\$ 1.313,13
	Não se aplica	Consulta	R\$ 56,35
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPEDIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 56,35

SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSQUIATRA	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/OTORRINLARINGOLOGISTA/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
	Não se aplica	Procedimento	R\$	394,97
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OBSTETRA	Não se aplica	Consulta	R\$	37,05
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ENDOCRINOLOGISTA	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
	Plantão	12 horas	R\$	1.313,13
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$	49,25
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROCIURGIÃO	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 ESPÍROMETRIA	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 - ECOCARDIOGRAFIA 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 - COLANGIOPANCREATOGRAFIA 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\$	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 RETINOGRAFIA/ 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 RETINOGRAFIA/ 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)	Não se aplica	Consulta	R\$	257,17
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)				
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)				
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	Não se aplica	Procedimento	R\$	1.670,84
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - FONOEMLUSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL				
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ULTRASSONOGRAFIA				
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS				
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 TIREÓIDE	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 (ENDOVAGINAL)	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 TIREÓIDE + 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
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESOFAGOGASTRODUDENOSCOPIA	Não se aplica	Procedimento	R\$	80,00

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/OBSTETRÍCIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 120,00

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/	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	Dias úteis diurno	Consulta	R\$ 65,66

¹ - Teto de 12 plantões mensais

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

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

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

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

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

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

Tabela 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
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO GERAL	Não se aplica	Consulta	R\$ 136,57
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO GERAL/PEQUENAS CIRURGIAS	Não se aplica	Procedimento	R\$ 204,86

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 RAPOSOS			
Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	Não se aplica	Plantão	R\$ 1.385,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 69,25
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$ 69,25

SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$	69,25
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPEDISTA	Não se aplica	Consulta	R\$	69,25
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OTORRINOLARINGOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$	69,25
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GERIATRA	Não se aplica	Consulta	R\$	69,25
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSIQUIATRA	Não se aplica	Consulta	R\$	69,25
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA	Não se aplica	Consulta	R\$	69,25
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGISTA/OBSTETRÍCIA	Não se aplica	Consulta	R\$	69,25
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGISTA ADULTO	Não se aplica	Consulta	R\$	69,25
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGISTA INFANTIL	Não se aplica	Consulta	R\$	69,25
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ENDOCRINOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$	69,25
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OFTALMOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$	69,25
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEFROLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$	69,25
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$	69,25
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MÉDICO DA FAMÍLIA	Não se aplica	Mês	R\$	17.355,00

Tabela 41

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 - 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) COM EQUIPAMENTO DO PROFISSIONAL	Não se aplica	PROCEDIMENTO	R\$ 106,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL - MÉDICO REGULADOR	Não se aplica	Mês	R\$ 6.828,50
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL - PLANTONISTA	Plantão Semanal	Plantão	R\$ 1.524,21
	Plantão Final de Semana	Plantão	R\$ 1.657,84

Tabela 42

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/OBSTETRÍCIA	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
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSIQUIATRA	Não se aplica	Hora	R\$ 117,98
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO COMO MÉDICO PSF	Não se aplica	Mês	R\$ 14.000,00

Tabela 43

Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de SÃO GONÇALO DO PARÁ			
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 - PSIQUIATRA	Não se aplica	Consulta	R\$ 78,79
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO GERAL	Não se aplica	Consulta	R\$ 78,79

Tabela 44

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 45

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 - PSIQUIATRA	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 46

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, PSIQUIATRA, 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 DISGESTIVA 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\$ 130,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN VENOSO MEMBROS SUPERIORES C/ EQUIPAMENTO	Não se aplica	Procedimento	R\$ 130,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN ARTERIAL MEMBROS INFERIORES C/ EQUIPAMENTO	Não se aplica	Procedimento	R\$ 130,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN ARTERIAL MEMBROS SUPERIORES C/ EQUIPAMENTO	Não se aplica	Procedimento	R\$ 130,00
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 BIÓFÍSIO FETAL)	Não se aplica	Procedimento	R\$ 50,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA	Não se aplica	Procedimento	R\$ 65,66

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

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

TABELA DE GERENCIAMENTO DE UNIDADES OU SERVIÇOS 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-NUCLEOTIDASE	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 ASCÓRBICO	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 VANILMANDELÍCO	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-ANTITRÍPSINA	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 FRAZIONADAS)	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 SERICO	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	GASOMETRIA (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	CITOQUIMICA 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 HEMOSSSEDIMENTAÇÃO (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 ANTILHOTA 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 ANTIPARIETAIS	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 SINCICIAL 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 ANTITRANSGLUTAMINASE 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 ESTERCOBILINOGENIO 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

02.02.04.011-9	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 PORFIBILINOGENIO 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 MICROBIOLÓGICO 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	QUANTIFICAÇÃO/AMPLIFICAÇÃO DO HER-2	R\$	120,00	R\$	121,21
02.02.10.005-7	FOCALIZAÇÃO 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	IDENTIFICAÇÃO DE MUTAÇÃO/REARRANJOS POR PCR, PCR SENSÍVEL A METILAÇÃO, qPCR E qPCR SENSÍVEL A METILAÇÃO	R\$	-	R\$	-
02.02.10.009-0	FISH EM METÁFASE OU NÚCLEO INTERFÁSICO, POR DOENÇA	R\$	-	R\$	-
02.02.10.010-3	IDENTIFICAÇÃO DE ALTERAÇÃO CROMOSSÔNICA SUBMICROSCÓPICA POR ARRAY-CGH	R\$	-	R\$	-
02.02.10.011-1	IDENTIFICAÇÃO DE MUTAÇÃO POR SEQUENCIAMENTO POR AMPLICON ATÉ 500 PARES DE BASES	R\$	-	R\$	-
02.02.10.012-0	IDENTIFICAÇÃO DE GLICOSAMINOGLICANOS URINÁRIOS POR CROMATOGRAFIA EM CAMADA DELGADA , ELETROFORESE E DOSAGEM QUANTITATIVA	R\$	-	R\$	-
02.02.10.013-8	IDENTIFICAÇÃO 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	REAVLIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE LEUCEMIA CROMOSSOMA PHILADELPHIA POSITIVO POR TÉCNICA MOLECULAR	R\$	168,48	R\$	170,18
02.02.10.023-5	PESQUISA DE MUTAÇÃO 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	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA	R\$	66,00	R\$	66,67
02.02.11.013-3	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO 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		

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 Mensal	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\$ 56.039,71
FILME PARA MAMOGRAFIA - CAIXA COM 100 PELÍCULAS	R\$ 397,89

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 MENSAIS	
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
02.02.01.038-4	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
02.02.01.076-7	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
02.02.12.009-0	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
02.02.03.002-4	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	R\$ 15,75
02.02.03.006-7	DETERMINAÇÃO DE COMPLEMENTO (CH50)	R\$ 9,12
02.02.03.101-2	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
02.02.01.072-4	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
02.02.03.004-0	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
02.02.03.047-4	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
02.02.03.063-6	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
02.02.03.076-8	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 CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG)	R\$ 19,48
02.02.03.078-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$ 19,48
02.02.03.081-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 18,02
02.02.03.093-8	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
02.02.03.087-3	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
02.02.03.092-0	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
02.02.03.098-9	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	R\$ 19,48
02.02.03.100-4	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	R\$ 2,98
02.02.03.107-1	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
02.02.03.118-7	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINASE 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
02.02.05.009-2	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 8,53
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
02.02.05.026-2	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 (S - DHEA)	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
02.02.03.062-8	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
02.02.06.044-6	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
02.02.08.007-2	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	R\$ 2,95
02.02.08.008-0	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$ 5,90
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
02.02.03.075-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG e IGM ANTILEISHMANIAS	R\$ 10,50
02.02.03.080-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,02
02.02.03.077-6	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI POR IMUNOFLOURESCENCIA	R\$ 19,13
02.02.09.036-1	TESTE MOLECULAR PARA A DETECCAO DO COMPLEXO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS IGG	R\$ 10,50
02.02.09.036-1	TESTE MOLECULAR PARA A DETECCAO DO COMPLEXO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS IGM	R\$ 9,72
02.02.12.009-0	COOMBS INDIRETO	R\$ 2,87
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	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 BENCE JONES	R\$ 3,78
NÃO SUS	PSA ULTRA SENSIVEL	R\$ 22,78
NÃO SUS	TRAB –ANTICORPO ANTI-RECEPTOR DE TSH	R\$ 40,31
NÃO SUS	VITAMINA E	R\$ 54,51
NÃO SUS	ÍNDICE DE SATURACAO DA TRANSFERRINA	R\$ 26,37
NÃO SUS	INSULINA POS PRANDIAL GLICEMIA APOS SOBRECARGA C DEXTROSOL	R\$ 17,56
NÃO SUS	RELACAO ALBUMINA/CREATININA	R\$ 8,37
NÃO SUS	RELACAO PROTEINA/CREATININA URINARIA	R\$ 8,37

NÃO SUS	IGF BP3 PROTEINA LOGADORA DOS FATORES DE CRESCIMENTO INSULIN LIKE	R\$ 18,21
NÃO SUS	ANTI ENDOMISIO IGA	R\$ 78,76
NÃO SUS	ANTI ENDOMISIO IGG	R\$ 78,76
NÃO SUS	ANTI ENDOMISIO IGM	R\$ 78,76
NÃO SUS	ANTI GAD	R\$ 159,87
NÃO SUS	CAXUMBA IGG	R\$ 35,44
NÃO SUS	VITAMINA A	R\$ 2,98

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

QAUNTIDADE	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	DETERMINAÇÃO DE CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO	R\$ 2,01
02.02.01.004-0	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA (2 DOSAGENS)	R\$ 3,63
02.02.01.011-2	DOSAGEM DE ÁCIDO ASCORBICO	R\$ 2,01
02.02.01.012-0	DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO	R\$ 1,85
02.02.01.013-9	DOSAGEM DE ÁCIDO 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 FRAÇÕES	R\$ 2,01
02.02.01.021-0	DOSAGEM DE CÁLCIO	R\$ 1,85
02.02.01.021-0	DOSAGEM DE CÁLCIO AMOSTRA ISOLADA	R\$ 1,85
02.02.01.022-8	DOSAGEM DE CÁLCIO IONIZÁVEL	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 LÁTICA	R\$ 3,68
02.02.01.038-4	DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 15,59
02.02.01.039-2	DOSAGEM DE FERRO SÉRICO	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 MAGNÉSIO	R\$ 2,01
02.02.01.060-0	DOSAGEM DE POTÁSSIO	R\$ 1,85
02.02.01.062-7	DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES	R\$ 1,85
02.02.01.063-5	DOSAGEM DE SÓDIO	R\$ 1,85
02.02.01.064-3	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO-OXALACÉTICA (TGO)	R\$ 2,01
02.02.01.065-1	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$ 2,01
02.02.01.066-0	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$ 4,12
02.02.01.067-8	DOSAGEM DE TRIGLICÉRIDEOS	R\$ 3,51
02.02.01.069-4	DOSAGEM DE URÉIA	R\$ 1,85
02.02.01.070-8	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$ 15,24
02.02.01.072-4	ELETROFORESE DE PROTEÍNAS	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 RETICULÓCITOS	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 (ERITRÓCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATÓCRITO)	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 ANTISTREPTOLISINA 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 (WALLER-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 ANTITRANSGLUTAMINAISE 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 URINARIAS (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 CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$ 7,85
02.02.06.022-5	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	R\$ 10,21
02.02.06.023-3	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$ 7,89
02.02.06.024-1	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 8,97
02.02.06.025-0	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE TSH	R\$ 8,96
02.02.06.026-8	DOSAGEM DE INSULINA	R\$ 10,17
02.02.06.027-6	DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$ 43,13
02.02.06.028-4	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R\$ 15,35
02.02.06.029-2	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$ 10,22
02.02.06.030-6	DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$ 10,15
02.02.06.031-4	DOSAGEM DE RENINA	R\$ 13,19
02.02.06.032-2	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	R\$ 15,35
02.02.06.033-0	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	R\$ 13,11
02.02.06.034-9	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$ 10,43
02.02.06.035-7	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 13,11
02.02.06.037-3	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 (HANSENIASE)	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

UNIDADES E SERVIÇOS NO MUNICÍPIO DE SÃO GONÇALO DO PARÁ

Operacionalização e execução das ações e serviços de saúde desenvolvidas nas unidades de estratégia saúde da família – ESF's e unidade de Pronto Atendimento no município de São Gonçalo do Pará.

UNIDADES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

RECURSOS HUMANOS

QUANTIDADE	CARGO	SALARIO	VALOR TOTAL COM ENCARGOS SOCIAIS.
1	Coordenador Administrativo	R\$3.300,00	R\$5.173,05
1	Educador Físico	R\$2.800,00	R\$4.464,78
1	Fonoaudióloga	R\$3.099,99	R\$4.889,73

SUB TOTAL ESTIMADO - ATENÇÃO PRIMÁRIA

R\$14.527,56

PRONTO ATENDIMENTO

RECURSOS HUMANOS

2	Enfermeiro	R\$4.750,00	R\$15.440,99
2	Enfermeiro	R\$4.750,00	R\$17.159,77
2	Supervisor Administrativo	R\$3.020,00	R\$9.552,84

SUB TOTAL ESTIMADO - PRONTO ATENDIMENTO

R\$42.153,60

TOTAL

R\$56.681,16

SERVIÇOS MÉDICOS

Descrição	Valor Mensal
Prestação de Serviços Médicos (prestação de serviços médicos não efetivos nas ESF e cobertura de férias dos profissionais efetivos das ESF)	R\$80.000,00
TOTAL	R\$80.000,00

DEMAIS SERVIÇOS

Descrição	Valor Mensal
Locação de sistema informatizado em nuvem para gerenciamento, controle e faturamento de serviços de Saúde	R\$8.421,05
Consultoria realizada in loco por profissional com expertise no gerenciamento de atenção primária e secundária	R\$3.684,21

Manutenção Predial (Pequenos reparos, incluindo fornecimento de materiais e mão de obra (quando necessário), até o limite financeiro previsto emonitoramento das unidades)	R\$5.894,74
Manutenção de Equipamentos Médicos (incluindo os materiais odontológicos e o fornecimento de peças até o limite financeiro estabelecido)	R\$5.578,95
Estimativa de despesas com telefonia	R\$716,32
Estimativa mensal de materiais de escritório, gráfica e comunicação visual	R\$5.052,63
Estimativa de gêneros alimentícios	R\$7.043,16
Estimativa mensal de materiais de limpeza e higienização	R\$7.192,98
Estimativa mensal de materiais médicos hospitalares e medicamentos	R\$14.123,69
Despesa Administrativa	R\$12.722,02
TOTAL	R\$70.429,75

ESTIMATIVA DESPESAS EM PARCELA UNICA - PAGAMENTO 1º MÊS

DESCRIÇÃO	QUANT.	VALOR TOTAL
<p>Especificação mínima: que esteja em linha de produção pelo fabricante. Computador portátil (Notebook) com processador que possua no mínimo 4 núcleos, 8 threads e frequência de 2.4 GHz; Unidade de Armazenamento SSD 240 GB interface PCIe NVMeM.2, memória RAM de 8 GB, em 2 módulos idênticos de 4 GB cada, do tipo SDRAM DDR4 3000 MHz ou superior, tela LCD de 14 ou 15 polegadas widescreen, Anti reflexo, suportar resolução FULL HD (1920 x 1080 pixels), retro iluminada por LED, o teclado deverá conter todos os caracteres da língua portuguesa, inclusive ç e acentos, nas mesmas posições do teclado padrão ABNT2, mouse touchpad com 2 botões integrados, mouse óptico com conexão USB e botão de rolagem (scroll), interfaces de rede 10/100/1000 conector rj-45 fêmea e WIFI padrão IEEE 802.11 b/g/n/ac, Bluetooth mínimo 4.0 Sistema operacional Windows 10 pro (64 bits), bateria recarregável do tipo íon de lítio com no mínimo 4 células, fonte externa automática compatível com o item, possuir interfaces USB 2.0 e 3.0, 1 HDMI ou display port e 1 VGA, leitor de cartão, webcam FULL HD (1080 p). Deverá vir acompanhado de maleta do tipo acolchoada para transporte e acondicionamento do equipamento. O equipamento deverá ser novo, sem uso, reforma ou recondicionamento.</p>	10	R\$59.360,00
<p>Especificação mínima: que esteja em linha de produção pelo fabricante. No-Break com potência nominal mínima de 1,2 kVA. Potência real mínima de 600 W. Tensão entrada de 115/127/220 V (em corrente alternada) com comutação automática. Tensão de saída 110/ ou 220 V (a ser definida pelo solicitante). Alarme audiovisual. Bateria interna selada. Autonomia a plena carga de, no mínimo, 15 minutos considerando consumo de 240 W. Possuir, no mínimo, seis tomadas de saída padrão brasileiro. O produto deverá ser novo, sem uso, reforma ou recondicionamento.</p>	6	R\$5.916,00
TOTAL		R\$65.276,00