



PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO LEOPOLDO  
Estado de Minas Gerais



**RELATÓRIO DE IMPACTO ORÇAMENTÁRIO E FINANCEIRO  
CONSORCIO COM O CISMEP**

**I – METODOLOGIA DO CÁLCULO**

O presente relatório de impacto visa atender ao disposto na Constituição Federal (Art. 169) e Lei Complementar nº 101/00 (Art's. 16 e 17), bem como o artigo 6º da Lei 655, no que se refere à concessão de benefício e assunção de despesa de caráter continuado. Os valores propostos compreendem a autorização legislativa do município de Pedro Leopoldo consorciar a instituição Intermunicipal do Médio Paraopeba-CISMEP em atendimento a Secretaria Municipal de Saúde.

O cálculo envolve o levantamento dos custos com despesas de Rateio especificados nos quadro A. Os valores relativos ao rateio incluem previsão a partir de dezembro de 2018.

Passamos a análise do quadro abaixo:

<b>QUADRO A</b>			
<b>DEMONSTRATIVO DO RELATÓRIO DE IMPACTO ORÇAMENTÁRIO E FINANCEIRO</b>			
<b>Nº</b>	<b>SERVIÇO CONTINUADO</b>	<b>CUSTO</b>	<b>Gasto 2018</b>
<b>*</b>	<b>SERVIÇO</b>	<b>MENSAL</b>	<b>ANUAL</b>
<b>1</b>	Rateio	5.000,00	5.000,00
<b>*</b>	<b>Total Geral Gasto Pessoal</b>	<b>5.000,00</b>	<b>5.000,00</b>

<b>Nº</b>	<b>SERVIÇO CONTINUADO</b>	<b>CUSTO</b>	<b>Gasto 2019</b>
<b>*</b>	<b>SERVIÇO</b>	<b>MENSAL</b>	<b>ANUAL</b>
<b>1</b>	Rateio	5.250,00	63.000,00
<b>*</b>	<b>Total Geral Gasto Pessoal</b>	<b>5.250,00</b>	<b>63.000,00</b>

<b>Nº</b>	<b>SERVIÇO CONTINUADO</b>	<b>CUSTO</b>	<b>Gasto 2020</b>
<b>*</b>	<b>SERVIÇO</b>	<b>Atual</b>	<b>ANUAL</b>
<b>1</b>	Rateio	5.512,50	66.150,00
<b>*</b>	<b>Total Geral Gasto Pessoal</b>	<b>5.512,50</b>	<b>66.150,00</b>



PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO LEOPOLDO  
Estado de Minas Gerais



	PREVISÃO DESPESA	PREVISÃO	INCLUSÃO/ DESPESAS	TOTAL DESPESA
DOTAÇÃO ORÇAMENTO 2018	626.100,00	626.100,00	5.000,00	631.100,00
DOTAÇÃO ORÇAMENTO 2019	824.500,00	631.100,00	63.000,00	694.100,00
DOTAÇÃO ORÇAMENTO 2020	1.022.900,00	694.100,00	66.150,00	760.250,00

O gasto para o exercício de 2018 com a contratação do CISMED estabelecido no **quadro B**, totaliza o valor de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), com uma previsão orçamentária de R\$ 626.100,00 (seiscentos e vinte e seis reais e cem centavos), o gasto com rateio que está projetado para o ano de 2018 com um valor de R\$ R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) superara a previsão estimada para o exercício de 2018 tendo em vista o custo de outros consórcios, podendo ser utilizado os recursos por suplementação ora autorizado pelo legislativo.

Os custos decorrentes da presente lei onerarão os recursos próprios da municipalidade consignados no Orçamento Vigente, guardando consonância com as disposições da Lei de Diretrizes Orçamentárias do Município, combinado com as disposições do Artigo 169 da Constituição da República Federativa do Brasil, do Artigo 38, do Ato das Disposições Transitórias da Constituição, da Lei Federal nº. 4.320/64, e da Lei Complementar Nº.01/2000.

Nos termos do artigo 16, I, da Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº. 101/2000), a estimativa do impacto orçamentário-financeiro das despesas no exercício financeiro presente e nos dois subsequentes, guardam consonância com os limites de despesas nos exercícios abrangidos, estando às despesas previstas no Plano Plurianual de Investimentos, na Lei de Diretrizes Orçamentárias e na Lei Orçamentária Anual.

### CERTIDÃO

Tendo em vista que 50% do rateio é revertido ao município em realização de consultas e/ou exames que serão utilizadas em procedimentos em que não se



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO LEOPOLDO**  
**Estado de Minas Gerais**

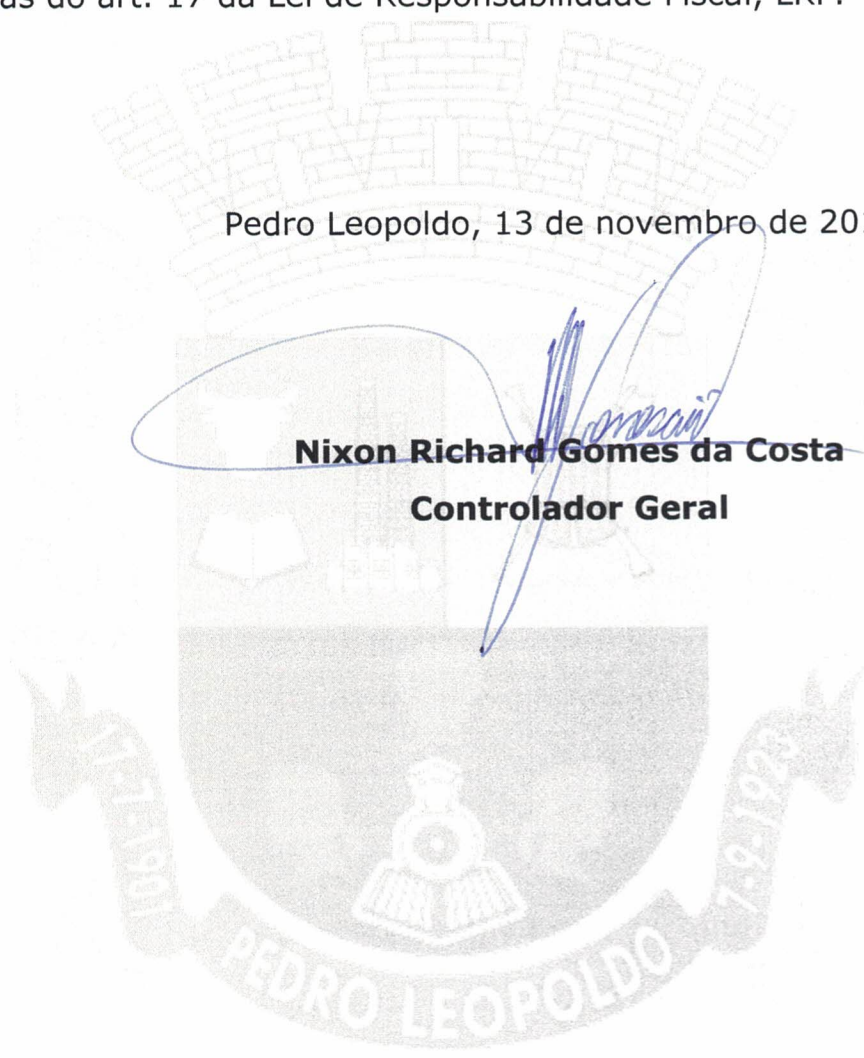


encontra na carteira de serviços ou encontra-se com valor menor do que o ofertado pelo consórcio intermunicipal de saúde da região do calcário (CISREC).

Esta controladoria opina pelo impacto positivo do projeto de lei que não afetará as metas fixadas para o resultado primário e nominal, atendendo, assim às exigências do art. 17 da Lei de Responsabilidade Fiscal, LRF.

Pedro Leopoldo, 13 de novembro de 2018.

  
**Nixon Richard Gomes da Costa**  
**Controlador Geral**





**PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO LEOPOLDO**  
**Estado de Minas Gerais**



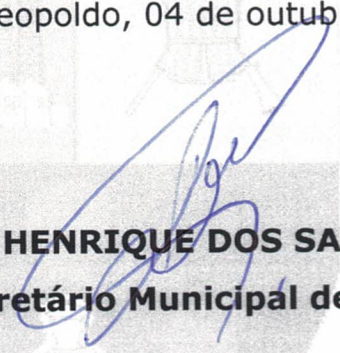
**II - DECLARAÇÃO DO ORDENADOR DE DESPESAS**

Declaro para fins de adequação ao disposto no inciso II da Lei Complementar nº 101/00, que tenho ciência do impacto orçamentário e financeiro, ocasionado pela proposta para contratação dos cargos estabelecido no quadro A com impacto não terá impacto orçamentário.

Declaro ainda que, os serviços têm compatibilidade com a Lei Orçamentária anual, com a Lei de Diretrizes Orçamentárias e com o Plano Plurianual de Governo.

Acrescento que as dotações orçamentárias relativas ao custeio do serviço de pessoal são de previsão obrigatória no orçamento do Poder Executivo, suportando a despesa integralmente.

Pedro Leopoldo, 04 de outubro de 2018.

  
**FABRICIO HENRIQUE DOS SANTOS SIMÕES**  
**Secretário Municipal de Saúde**



## Anexo

Ao se levar em consideração as ações a serem possivelmente prestadas pela Instituição de Intermunicipal do Médio Paraopeba – CISMEP pode-se apresentar uma vasta lista de procedimentos de saúde aos municípios de Pedro Leopoldo. O CISMEP conta com uma linha de cuidado que vai desde a consulta até a cirurgia em diversas especialidades conforme o quadro a seguir:

QUADRO I – especialidades disponibilizadas pela ICISMEP

Item	Procedimento
01	Angiologia
02	Gastroenterologia
03	Oftalmologia
04	Ortopedia
05	Otorrinolaringologia
06	Exames de imagem
07	Fonoaudiologia
08	Cardiologia
09	dermatologia

Fonte: ICISMEP

Ressalta-se que dentro dessas especialidades, vários procedimentos são executados pelo consórcio, cujo seus valores são iguais ou menores que a tabela do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme apenso a este documento. Aponta-se também que o ICISMEP conta com uma ampla rede de prestadores de serviços, bem como duas unidades assistenciais próprias localizadas no município de Betim e Brumadinho.

O consorciamento a esta instituição favorecerá os municípios de Pedro Leopoldo na realização dos procedimentos não ofertados por outros consórcios públicos, bem como trará benefícios em compras de medicamentos e outros insumos e materiais médicos de forma conjunta. Para esta ação, o município de



Prefeitura Municipal de Pedro Leopoldo  
Secretaria Municipal de Saúde



Pedro Leopoldo realizará a adesão ao respectivo consórcio e realizará o pagamento mensal do rateio no valor de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais). Ressalta-se que o valor a ser repassado ao consórcio para o pagamento mensal do rateio é revertido, no percentual de até 50%, para a realização de consultas e/ou exame. Este valor será utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde para realização de procedimentos em que não se encontra na carteira de serviços ou encontra-se com valor menor do que o ofertado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Calcária (CISREC).

Atenciosamente,



Nixon Ricardo Gomes da Costa  
Controlador Geral

Atualização na Tabela de Procedimentos da ICISMEP, realizadas em 08 de Junho de 2018, com publicação no Órgão Diário Oficial do Município de Betim em 09 de Junho de 2018, para vigência a partir da segunda quinzena da competência de Junho de 2018.

**TABELA 01 - OFTALMOLOGIA**

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

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

CONTROLE ANTECIPADO DE GLAUCOMA - CONSULTA			VALOR SUS <sup>1</sup>	VALOR ICISMEP
CÓDIGO	DESCRIÇÃO			
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)		R\$ 10,00	
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (3,37 QUANTIDADE 2)		R\$ 6,74	
02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA (QUANTIDADE 1)		R\$ 6,74	
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA - MONOCULAR (R\$ 14,81 QUANTIDADE 2)		R\$ 29,62	
02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (QUANTIDADE 1)		R\$ 40,00	
CISMEP-01	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)		R\$ 60,00	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)		R\$ 0,63	
	<b>TOTAL DO PACOTE</b>		<b>R\$ 153,73</b>	<b>R\$ 79,00</b>

CONTROLE DE GLAUCOMA 30 A 60 DIAS - ACOMPANHAMENTO			VALOR SUS <sup>1</sup>	VALOR ICISMEP
CÓDIGO	DESCRIÇÃO			
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)		R\$ 10,00	
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (3,37 QUANTIDADE 2)		R\$ 6,74	
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1)		R\$ 12,34	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)		R\$ 0,63	
	<b>TOTAL DO PACOTE</b>		<b>R\$ 29,71</b>	<b>R\$ 19,46</b>

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

CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAVLIAÇÃO DE GLAUCOMA			VALOR SUS <sup>1</sup>	VALOR ICISMEP
CÓDIGO	DESCRIÇÃO			
03.01.01.010-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)		R\$ 56,74	
	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)			
	FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1)			
	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)			
02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA (QUANTIDADE 1)		R\$ 6,74	
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA - MONOCULAR (R\$ 14,81 QUANTIDADE 2)		R\$ 29,62	
CISMEP-01	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)		R\$ 60,00	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)		R\$ 0,63	
	<b>TOTAL DO PACOTE</b>		<b>R\$ 159,73</b>	<b>R\$ 57,74</b>

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

DESCRIÇÃO DOS TRATAMENTOS MEDICAMENTOSOS - GLAUCOMA			VALOR SUS <sup>1</sup>	VALOR ICISMEP
CÓDIGO	DESCRIÇÃO			
03.03.05.003-9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (1ª LINHA)		R\$ 18,66	R\$ 18,66
03.03.05.004-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (2ª LINHA)		R\$ 79,38	R\$ 79,38
03.03.05.005-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (3ª LINHA)		R\$ 127,98	R\$ 127,98
03.03.05.006-3	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (1ª LINHA)		R\$ 12,44	R\$ 12,44
03.03.05.007-1	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (2ª LINHA)		R\$ 52,92	R\$ 52,92
03.03.05.008-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (3ª LINHA)		R\$ 85,33	R\$ 85,33
03.03.05.009-8	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE ACETAZOLAMIDA MONOCULAR OU BINOCULAR		R\$ 93,10	R\$ 93,10
03.03.05.010-1	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE Pilocarpina MONOCULAR		R\$ 8,93	R\$ 8,93
03.03.05.011-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE Pilocarpina BINOCULAR		R\$ 13,39	R\$ 13,39
03.03.05.012-2	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - MONOCULAR		R\$ 65,36	R\$ 65,36
03.03.05.013-1	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - BINOCULAR		R\$ 98,04	R\$ 98,04
03.03.05.014-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR		R\$ 97,77	R\$ 97,77
03.03.05.015-2	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR		R\$ 146,64	R\$ 146,64
03.03.05.016-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR		R\$ 138,25	R\$ 138,25
03.03.05.017-9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR		R\$ 207,36	R\$ 207,36
03.03.05.018-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR		R\$ 150,69	R\$ 150,69
03.03.05.019-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS		R\$ 226,02	R\$ 226,02
03.03.05.020-9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS		R\$ 226,02	R\$ 226,02
03.03.05.021-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS		R\$ 226,02	R\$ 226,02
03.03.05.022-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS		R\$ 226,02	R\$ 226,02

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

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

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

AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA			VALOR SUS <sup>1</sup>	VALOR ICISMEP
CÓDIGO	DESCRIÇÃO			
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM RETINA (QUANTIDADE 1)		R\$ 10,00	
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)		R\$ 24,24	
02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA (QUANTIDADE 1)		R\$ 24,68	
CISMEP-01	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)		R\$ 60,00	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)		R\$ 0,63	
02.11.06.018-6	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)		R\$ 64,00	
	<b>TOTAL DO PACOTE</b>		<b>R\$ 183,55</b>	<b>R\$ 121,00</b>





CÓDIGO	DESCRIÇÃO	R\$	3.283,41	R\$	318,00
04.05.03.017-7	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO, ÓLEO DE SILICONE E ENDOLASER	R\$	-	R\$	339,30
CISMEP-03	MEMBRANECTOMIA	R\$	-	R\$	204,10
CISMEP-04	TROCA FLUIDO GASOSA	R\$	-	R\$	340,60
CISMEP-05	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA POSTERIOR DO OLHO	R\$	453,60	R\$	344,04
04.05.03.020-7	DRENAGEM DE HEMORRAGIA DE CORÓIDE	R\$	282,09	R\$	257,77
04.05.04.001-6	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE LAGOFTALMO	R\$	415,58	R\$	325,00
04.05.04.006-7	ENUCLIAÇÃO DO GLOBO OCULAR	R\$	587,52	R\$	461,50
04.05.04.007-5	EVISCERAÇÃO DE GLOBO OCULAR	R\$	965,45	R\$	1.197,98
04.05.04.018-0	TRANSPLANTE DE PERÍOSTEO EM ESCLEROMALÁCIA	R\$	449,44	R\$	486,75
04.05.04.020-2	TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL	R\$	249,85	R\$	301,18
04.05.05.001-1	CAPSULECTOMIA POSTERIOR CIRÚRGICA	R\$	587,51	R\$	481,00
04.05.05.004-6	CICLOCROCAGULAÇÃO/DIATERMIA (= ENDODIATERMIA)	R\$	453,41	R\$	334,94
04.05.05.005-4	CICLODIÁLISE	R\$	873,61	R\$	691,60
04.05.05.013-5	IMPLANTE DE PRÓTESE ANTI-GLAUCOMATOSA	R\$	172,27	R\$	187,20
04.05.05.021-6	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL	R\$	436,44	R\$	461,50
04.05.05.022-4	RECONSTITUIÇÃO DE FÓRNIX CONJUNTIVAL	R\$	898,35	R\$	835,20
04.05.05.032-1	TRABECULECTOMIA (CIRURGIA FISTULIZANTE ANTIGLAUCOMATOSA)	R\$	1.236,75	R\$	956,80
04.05.05.035-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE GLAUCOMA CONGÊNITO	R\$	172,12	R\$	240,84
04.05.05.039-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEISCÊNCIA DE SUTURA DE CórNEA	R\$	60,00	R\$	78,00
07.02.07.004-1	ESFERA DE MULHER (PROCED. ESPECIAL)	R\$	800,00	R\$	1.040,00
07.02.07.005-0	TUBO DE DRENAGEM PARA GLAUCOMA (PROCED. ESPECIAL)	R\$	846,19	R\$	710,96
04.05.04.010-5	EXPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR LIO	R\$	453,61	R\$	324,22
04.05.04.021-0	REPOSIÇONAMENTO DE LENTE INTRA- OCULAR	R\$	531,60	R\$	863,96
04.05.05.009-7	FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR	R\$	483,60	R\$	643,16
04.05.05.010-0	FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR	R\$	651,60	R\$	863,96
04.05.05.011-9	FACOEMULSIFICAÇÃO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR RÍGIDA	R\$	1.083,55	R\$	1.267,00
04.05.05.014-3	IMPLANTE INTRAESTRÓMAL	R\$	1.112,83	R\$	1.122,00
04.05.05.015-1	IMPLANTE SECUNDÁRIO DE LENTE INTRA- OCULAR LIO	R\$	771,60	R\$	863,96
04.05.05.037-2	FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL	R\$	895,16	R\$	676,00
04.05.05.038-0	CIRURGIA DE CATARATA CONGÊNITA	R\$	-	R\$	-

### TABELA 02 - OTORRINOLARINGOLOGIA

CONSULTA EM OTORRINOLARINGOLOGIA		VALOR SUS <sup>3</sup>	VALOR ICISMEP
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	R\$	R\$
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (OTORRINOLARINGOLOGIA - COM CIRURGIÃO)	10,00	44,00

EXAMES EM OTORRINOLARINGOLOGIA		VALOR SUS <sup>3</sup>	VALOR ICISMEP
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	R\$	R\$
02.09.04.002-5	LARINGOSCOPIA	47,14	50,88
02.09.04.004-1	VIDEOLARINGOSCOPIA (FIBRONASOLARINGOSCOPIA)	45,50	48,23

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

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H.		VALOR SUS <sup>3</sup>	VALOR ICISMEP
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	R\$	R\$
02.01.01.026-7	BIÓPSIA DE LESÃO DE PARTES MOLES POR AGULHA / CÉU ABERTO) - EXCLUSIVO PARA CASOS EM LARINGE REALIZADOS EM AMBIENTE HOSPITALAR (BLOCO	114,36	560,50
02.08.04.001-5	TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS OU CLÍNICOS	119,33	290,40
04.01.02.015-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO SINUS PRE-AURICULAR	343,62	555,10
04.04.01.001-6	ADENOIDECTOMIA	348,18	763,00
04.04.01.002-4	AMIGDALECTOMIA	306,57	503,00
04.04.01.003-2	AMIGDALECTOMIA COM ADENOIDECTOMIA	337,22	990,50
04.04.01.004-0	ANTROTOMIA DA MASTÓIDE (DRENAGEM DE OTITE NO LACTENTE)	295,09	408,10
04.04.01.005-9	DRENAGEM DE ABSCESSO FARÍNGEO	238,44	356,70
04.04.01.006-7	DRENAGEM DE ABSCESSO PERIAMIGDALIANO	238,44	1.118,50
04.04.01.008-3	DRENAGEM DO SACO ENDO-LINFÁTICO (SHUNT) COM AUDIÇÃO VIA TRANSMASTÓIDEA (IDADE MÍNIMA DE 12 ANOS)	809,83	1.529,00
04.04.01.010-5	ESTAPEDECTOMIA	163,10	612,55
04.04.01.011-3	EXÉRESE DE PAPILOMA EM LARINGE	358,58	504,90
04.04.01.012-1	EXÉRESE DE TUMOR DE VIAS AÉREAS SUPERIORES, FACE E PESCOÇO	242,23	345,00
04.04.01.013-0	EXTIRPAÇÃO DO TUMOR DO CAVUM E FARINGE	812,17	1.125,00
04.04.01.016-4	LABIRINTECTOMIA MEMBRANOSA/ÓSSEA COM OU SEM AUDIÇÃO	757,13	1.263,60
04.04.01.021-0	MASTOIDECTOMIA RADICAL	483,55	1.094,10
04.04.01.022-9	MASTOIDECTOMIA SUBTOTAL	376,75	563,40
04.04.01.023-7	MICROCIRURGIA OTOLOGICA	807,15	1.176,80
04.04.01.028-8	RESSECCÃO DO GLOMO TÍMPANICO	236,31	345,00
04.04.01.031-8	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO/ FARINGE/LARINGE/NARIZ	349,24	599,80
04.04.01.032-6	SINUSOTOMIA BILATERAL	378,98	614,10
04.04.01.033-4	SINUSOTOMIA ESFENOIDAL	618,15	1.271,48
04.04.01.035-0	TÍMPANOPLASTIA (UNI/BILATERAL)	554,73	770,10
04.04.01.037-7	TRAQUEOSTOMIA	577,96	807,80
04.04.01.038-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ESTENOSE DO CONDUTO AUDITIVO	328,97	464,60
04.04.01.040-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RINITE CRÔNICA (OZENA)	315,65	568,60
04.04.01.041-5	TURBINECTOMIA (IDADE MÍNIMA DE 12 ANOS)	-	150,00
CISMEP-06	ELETROCOAGULAÇÃO DE MUCOSA DE CORNETOS NASAIS EM PACIENTES COM IDADE ABAIXO DE 12 ANOS EM CIRURGIAS DE A + A	247,46	610,90
04.04.01.048-2	SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	265,23	438,60
04.04.01.049-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE IMPERFURAÇÃO COANAL (UNILATERAL/BILATERAL)	265,23	438,60
04.04.01.050-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PERFURAÇÃO DO SEPTO NASAL	384,33	647,90
04.04.01.051-2	SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR	213,75	319,00
04.04.01.052-0	SEPTOPLASTIA REPARADORA NÃO ESTÉTICA	533,12	800,00
04.04.01.053-9	RESSECCÃO DE TUMOR DO ACÚSTICO (PELA FOSSA MÉDIA)	315,43	475,00
04.04.01.055-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RINOFIMA	200,76	293,00
04.04.02.001-1	ALONGAMENTO DE COLUMELA	172,63	592,00
04.04.02.003-8	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORO-NASAL/ORO-SINUSAL	1.162,56	1.580,00
04.04.02.004-6	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA SALIVAR COM RETALHO	444,20	644,00
04.04.02.022-5	RESSECCÃO DE LESÃO MALIGNA E BENIGNA DA REGIÃO CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL (IDADE MÍNIMA DE 10 ANOS)	268,23	810,00
04.04.02.032-1	RIÑOPLASTIA PARA DEFEITOS FÓRM (UNILATERAL/BISS)	199,16	640,00
04.04.02.034-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ATRESIA NARINÁRIA	341,30	488,00
04.04.02.035-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA E CISTOS ORO-MAXILARES	1.003,10	1.414,90
04.04.02.077-1	RESSECCÃO DE LESÃO DA BOCA	391,88	549,10
04.04.03.008-4	ALVEOLOPLASTIA COM EXERTO ÓSSEO EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIOFACIAL	-	-
04.13.04.023-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO NÃO ESTÉTICO DA ORELHA	-	-

### TABELA 03 - FONOAUDIOLOGIA

AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL (pacote)		VALOR SUS <sup>3</sup>	VALOR ICISMEP
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	R\$	R\$
02.11.07.004-1	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR - VIA AÉREA/ÓSSEA	21,00	21,00
02.11.07.021-1	LOGO-AUDIOMETRIA (AUDIOMETRIA VOCAL)	26,25	26,25
02.11.07.032-7	TESTES ACUMÉTRICOS (DIAPASÃO)	1,37	2,00
TOTAL DO PACOTE		48,62	48,62



AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL + IMITÂNCIOMETRIA (pacote)			VALOR SUS¹	VALOR ICISMEP
CÓDIGO	DESCRIÇÃO			
02.11.07.004-1	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR - VIA AÉREA/ÓSSEA		R\$ 21,00	R\$ 21,00
02.11.07.021-1	LOGOUDIOMETRIA (AUDIOMETRIA VOCAL)		R\$ 26,25	R\$ 26,25
02.11.07.032-7	TESTES ACUMÉTRICOS (DIAPASÃO)		R\$ 1,37	R\$ 2,00
02.11.07.020-3	IMITÂNCIOMETRIA (IMPEDÂNCIOMETRIA)		R\$ 23,00	R\$ 23,00
TOTAL DO PACOTE			R\$ 71,62	R\$ 72,62

ESTUDO DE OTOEMISSIONES ACÚSTICAS EVOCADAS TRANSITÓRIAS E POR PRODUTO DE DISTORÇÃO (EOA)			VALOR SUS¹	VALOR ICISMEP
CÓDIGO	DESCRIÇÃO			
02.11.07.005-0	AVALIACÃO AUDITIVA COMPORTAMENTAL		R\$ 18,00	R\$ 18,00
02.11.07.015-7	ESTUDO DE OTOEMISSIONES ACÚSTICAS EVOCADAS TRANSITÓRIAS E POR PRODUTO DE DISTORÇÃO - EOA		R\$ 46,88	R\$ 46,88
TOTAL DO PACOTE			R\$ 64,88	R\$ 64,88

EXAMES			VALOR SUS¹	VALOR ICISMEP
CÓDIGO	DESCRIÇÃO			
02.11.07.020-3	IMITÂNCIOMETRIA = IMPEDÂNCIOMETRIA		R\$ 23,00	R\$ 23,00
02.11.07.026-2	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA, MÉDIA E LONGA LATÊNCIA (BERA)		R\$ 46,88	R\$ 46,88
02.11.07.035-1	TESTES VESTIBULARES/OTONEUROLÓGICOS		R\$ 12,12	R\$ 12,12

### TABELA 04 - GASTROENTEROLOGIA

CONSULTA EM GASTROENTEROLOGIA			VALOR SUS¹	VALOR ICISMEP
CÓDIGO	DESCRIÇÃO			
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (GASTROENTEROLOGIA)		R\$ 10,00	R\$ 38,38
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (PRÉ-ENDOSCOPIA PARA MENORES DE 12 ANOS)		R\$ 10,00	R\$ 38,38
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CONSULTA PRÉ-COLONOSCOPIA)		R\$ 10,00	R\$ 38,38
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CONSULTA PRÉ-DILATAÇÃO / PRÉ-LIGADURA)		R\$ 10,00	R\$ 38,38

EXAMES EM GASTROENTEROLOGIA			VALOR SUS¹	VALOR ICISMEP
CÓDIGO	DESCRIÇÃO			
03.03.07.001-3	DILATAÇÃO DE ESÔFAGO COM OGIVAS SOB VISÃO ENDOSCÓPICA (POR SESSÃO)		R\$ 49,50	R\$ 520,00
03.03.07.004-8	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO ESÔFAGO		R\$ 49,50	R\$ 84,80
03.03.07.005-6	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO ESTÔMAGO/DUODÉNO		R\$ 47,25	R\$ 84,80
04.07.01.025-4	RETIRADA DE PÓLIP DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA		R\$ 29,84	R\$ 42,40
04.07.01.031-9	TRATAMENTO ESCLEROSANTE/LIGADURA ELÁSTICA DE LESÃO HEMORRÁGICA DO APARELHO DIGESTIVO ALTO		R\$ 51,75	R\$ 584,25
04.07.01.032-7	TRATAMENTO ESCLEROSANTE DE LESÕES NÃO HEMORRÁGICAS DO APARELHO DIGESTIVO ALTO		R\$ 51,75	R\$ 318,00
04.07.02.039-0	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO / PÓLIP(S) DO RETO / COLO SIGMOÍDE/ COLO DESCENDENTE		R\$ 13,63	R\$ 53,00

PROCEDIMENTOS - SERVIÇO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL - SA/SH			VALOR SUS¹	VALOR ICISMEP
CÓDIGO	DESCRIÇÃO			
02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)		R\$ 112,66	R\$ 450,00
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA		R\$ 48,16	R\$ 158,30
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (SOB SEDAÇÃO)		R\$ 48,16	R\$ 158,30
02.09.01.005-3	RETOSIGMOÍDOSCOPIA		R\$ 23,13	R\$ 84,80

### TABELA 05 - ANGIOLOGIA

CONSULTA EM ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR			VALOR SUS¹	VALOR ICISMEP
CÓDIGO	DESCRIÇÃO			
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (ANGIOLOGIA - COM CIRURGIÃO)		R\$ 10,00	R\$ 40,00
CISMEP - 14	AVALIACÃO TRATAMENTO ESCLEROSANTE/ESPUMA			R\$ 40,00

PROCEDIMENTOS - SERVIÇO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL - SA/SH			VALOR SUS¹	VALOR ICISMEP
CÓDIGO	DESCRIÇÃO			
04.06.02.009-4	DISSECÇÃO DE VEIA/ARTÉRIA		R\$ 6,19	R\$ 15,16
04.06.02.013-2	EXCISAO E SUTURA DE HEMANGIOMA		R\$ 29,86	R\$ 98,53
04.06.02.014-0	EXCISAO E SUTURA DE LINFANGIOMA / NEVUS		R\$ 29,86	R\$ 98,53
03.09.07.001-5	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL) - FAEC		R\$ 300,78	R\$ 401,00

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H.			VALOR SUS¹	VALOR ICISMEP
CÓDIGO	DESCRIÇÃO			
04.06.02.056-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL)		R\$ 582,04	R\$ 1.092,60
04.06.02.057-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)		R\$ 483,37	R\$ 727,85

### TABELA 06 - ORTOPEDIA

AVALIACÃO NO DEPARTAMENTO DE CIRURGIAS ORTOPÉDICA - MEMBRO SUPERIOR			VALOR SUS¹	VALOR ICISMEP
CÓDIGO	DESCRIÇÃO			
03.01.01.007-2	CONSULTA COM ESPECIALISTA EM ORTOPEDIA DE MEMBRO SUPERIOR		R\$ 10,00	R\$ 10,00
03.01.01.007-2	CONSULTA DE ACOMPANHAMENTO PÓS- OPERATORIO/RETORNOS		R\$ 10,00	R\$ 10,00
TOTAL DO PACOTE			R\$ 20,00	R\$ 46,64

AVALIACÃO NO DEPARTAMENTO DE CIRURGIAS ORTOPÉDICAS - MEMBRO INFERIOR			VALOR SUS¹	VALOR ICISMEP
CÓDIGO	DESCRIÇÃO			
03.01.01.007-2	CONSULTA COM ESPECIALISTA EM ORTOPEDIA DE MEMBRO INFERIOR		R\$ 10,00	R\$ 10,00
03.01.01.007-2	CONSULTA DE ACOMPANHAMENTO PÓS- OPERATORIO/RETORNOS		R\$ 10,00	R\$ 10,00
TOTAL DO PACOTE			R\$ 20,00	R\$ 46,64

CONSULTA DE ORTOPEDIA			VALOR SUS¹	VALOR ICISMEP
CÓDIGO	DESCRIÇÃO			
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (ORTOPEDIA GERAL)		R\$ 10,00	R\$ 40,00

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO AMBULATORIAL - S.A.			VALOR SUS¹	VALOR ICISMEP
CÓDIGO	DESCRIÇÃO			
03.03.09.003-0	INFILTRAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS EM CAVIDADE SINOVIAL (ARTICULAÇÃO, BANHA TENDINOSA)		R\$ 5,63	R\$ 52,00
04.01.01.009-0	FULGURACÃO/CAUTERIZACÃO QUÍMICA DE LESÕES CUTÂNEAS		R\$ 11,84	R\$ 65,00
04.06.02.022-0	RESSECÇÃO DE EXOSTOSE		R\$ 28,42	R\$ 63,00
04.06.02.035-2	RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-ÓSSEO (INSERIDO EM CIRURGIA ANTERIOR REALIZADA PELO CISMEP) - EM AMBIENTE AMBULATORIAL		R\$ 28,42	R\$ 266,38
04.06.02.065-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE POLIDACTILIA NÃO ARTICULADA		R\$ 28,42	R\$ 63,00
04.06.02.068-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RUTURA DO APARELHO EXTENSOR DO DEDO		R\$ 28,42	R\$ 63,00

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H.			VALOR SUS¹	VALOR ICISMEP
CÓDIGO	DESCRIÇÃO			
03.08.04.001-5	TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS OU CLÍNICOS		R\$ 199,33	R\$ 270,40
04.03.02.007-7	NEUROLISE NÃO FUNCIONAL DE NERVOS PERIFÉRICOS		R\$ 382,18	R\$ 704,38
04.03.02.008-5	NEURORRAFIA		R\$ 432,47	R\$ 1.024,91
04.03.02.010-7	TRANSPOSIÇÃO DO NERVO CUBITAL		R\$ 515,25	R\$ 689,00
04.03.02.012-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SÍNDROME COMPRESSIVA EM TÚNEL ÓSTEO-FIBROSO AO NÍVEL DO CARPO		R\$ 347,62	R\$ 885,50
04.08.02.003-2	ARTRODESE DE MÊDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR		R\$ 230,37	R\$ 345,54
04.08.02.004-0	ARTROPLASTIA DE ARTICULAÇÃO DA MÃO (POR RESSECÇÃO)		R\$ 316,48	R\$ 544,70
04.08.02.011-0	RECONSTRUÇÃO CAPSULO-LIGAMENTAR DE COTOVELO/PUNHO		R\$ 241,43	R\$ 464,10
04.08.02.013-0	RECONSTRUÇÃO DE TENDÃO SUPRACONDILIANO DO CARPO		R\$ 205,53	R\$ 470,60
04.08.02.030-0	TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO SUPERIOR		R\$ 196,89	R\$ 418,60
04.08.02.032-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO		R\$ 498,98	R\$ 1.217,08
04.08.02.033-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO UMBRO		R\$ 192,60	R\$ 640,55
04.08.02.034-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DAS FALANGES DA MÃO (COM FIXAÇÃO)		R\$ 311,42	R\$ 832,73
04.08.02.035-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DE EPICONDILIO/ EPITROCLEA DO UMBRO		R\$ 368,64	R\$ 1.024,90
04.08.02.036-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DO CONDILO/ TROCANTER DO UMBRO/ APOFISE CORONARIA DA ULNA/ CABEÇA DO RÁDIO		R\$ 258,26	R\$ 1.024,90
04.08.02.037-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DOS METACARPÍANOS		R\$ 499,74	R\$ 1.024,90
04.08.02.038-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA SUPRA-CONDILIANA DO UMBRO		R\$ 364,95	R\$ 832,73
04.08.02.039-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMBRO		R\$ 366,37	R\$ 928,81
04.08.02.040-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE EXTREMIDADE/ METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO		R\$ 547,30	R\$ 1.024,90
04.08.02.041-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE EXTREMIDADE/ METAFISE PROXIMAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO		R\$ 265,29	R\$ 832,73
04.08.02.042-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS ANTEBRACOS (COM SÍNTESE)		R\$ 366,37	R\$ 928,81
04.08.02.043-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RÁDIO/ DA ULNA		R\$ 250,56	R\$ 1.024,90
04.08.02.045-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA- LUXAÇÃO DE GALEAZZE/ MONTEGGIA/ ESSEX-LOPRESTI		R\$ 241,43	R\$ 736,63
04.08.02.046-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO		R\$ 222,09	R\$ 392,60
04.08.02.048-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO AGUDA CAPSULO-LIGAMENTAR DO MEMBRO SUPERIOR COTOVELO/ PUNHO		R\$ 208,94	R\$ 736,63
04.08.02.049-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO DA MÚSCULATURA INTRÍNSECA DA MÃO PARA SUA LIBERAÇÃO		R\$ 201,02	R\$ 1.024,90
04.08.02.051-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO/ FRATURA- LUXAÇÃO CARPO- METACARPIANO		R\$ 192,60	R\$ 832,73
04.08.02.052-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO/ FRATURA- LUXAÇÃO DOS OSSOS DO CARPO			
04.08.02.053-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO/ FRATURA- LUXAÇÃO METACARPO-FALANGIANA			



04.08.02.054-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO OU FRATURA- LUXAÇÃO DO COTOVELO	R\$	311,42	R\$	1.217,08
04.08.02.055-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDOARTROSE/RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO/PERDA OSSA DA MÃO	R\$	203,12	R\$	1.108,90
04.08.02.060-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDO RETARDO/CONSOLIDAÇÃO/PERDA OSSA AO NÍVEL DO CARPO	R\$	229,29	R\$	438,00
04.08.02.061-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA/DESINSERÇÃO/ARRANCAMENTO CAPSULO-TENO-LIGAMENTAR NA MÃO	R\$	258,26	R\$	736,63
04.08.02.062-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SINDACTILIA DA MÃO (POR ESPAÇO INTERDIGITAL)	R\$	192,60	R\$	470,60
04.08.05.002-0	AMPUTAÇÃO/ DESARTICULAÇÃO DE PÉ E TARSO	R\$	274,01	R\$	832,73
04.08.05.014-4	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DO TORNOZELO	R\$	432,14	R\$	825,81
04.08.05.035-7	SINDACTILIA CIRÚRGICA DOS DEDOS DO PÉ (PROCEDIMENTO TIPO KELIKIAN)	R\$	284,06	R\$	470,60
04.08.05.037-3	TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO INFERIOR	R\$	243,81	R\$	470,60
04.08.05.044-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE COALIZÃO TARSAL	R\$	268,41	R\$	434,20
04.08.05.045-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DE OSSOS DO MÉDIO-PÉ	R\$	268,41	R\$	1.024,90
04.08.05.046-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DOS METATARSIANOS	R\$	336,60	R\$	640,55
04.08.05.047-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DOS PODOACTILOS	R\$	432,14	R\$	1.024,90
04.08.05.049-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR/ TRIMALEOLAR/ DA FRATURA- LUXAÇÃO DO TORNOZELO	R\$	268,42	R\$	1.121,00
04.08.05.053-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA CALCANEIO	R\$	465,96	R\$	1.217,08
04.08.05.054-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL	R\$	268,42	R\$	1.024,90
04.08.05.056-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TALUS	R\$	481,49	R\$	928,81
04.08.05.057-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR	R\$	355,81	R\$	838,25
04.08.05.065-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HÁLUX VALGUS COM OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO	R\$	473,83	R\$	928,81
04.08.05.066-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO AGUDA CAPSULO-LIGAMENTAR DO MEMBRO INFERIOR (JOELHO/ TORNOZELO)	R\$	268,42	R\$	832,73
04.08.05.069-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO/ FRATURA- LUXAÇÃO METATARSO- FALANGIANA/INTER-FALANGIANA	R\$	268,42	R\$	928,81
04.08.05.070-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO/ FRATURA- LUXAÇÃO SUBTALAR E INTRA-TARSICA	R\$	268,42	R\$	1.024,90
04.08.05.071-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO/ FRATURA- LUXAÇÃO TARSO METATARSICA	R\$	268,42	R\$	405,60
04.08.05.072-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE METATARSO PRIMO VARO	R\$	268,42	R\$	703,21
04.08.05.074-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ PLANO VALGO (NÃO ADQUIRIDO)	R\$	298,41	R\$	447,60
04.08.05.078-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA OSSA AO NÍVEL DO TARSO	R\$	268,42	R\$	608,90
04.08.05.090-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HÁLUX RIGIDUS	R\$	336,60	R\$	462,80
04.08.05.091-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HÁLUX VALGUS SEM OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO METATARSIANO	R\$	338,03	R\$	515,73
04.08.06.004-2	AMPUTAÇÃO/DESARTICULAÇÃO DE DEDO	R\$	213,79	R\$	470,60
04.08.06.005-0	ARTRODESE DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES	R\$	268,41	R\$	470,60
04.08.06.007-7	ARTROPLASTIA DE RESSECÇÃO DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES	R\$	213,63	R\$	597,54
04.08.06.008-5	BURSECTOMIA	R\$	283,66	R\$	522,60
04.08.06.012-3	EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/SINOVECTOMIA DE MÉDIAS/GRANDES ARTICULAÇÕES	R\$	142,06	R\$	392,60
04.08.06.013-1	EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/SINOVECTOMIA DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES	R\$	222,95	R\$	649,32
04.08.06.014-0	FASCIECTOMIA	R\$	122,01	R\$	299,00
04.08.06.015-8	MANIPULACAO ARTICULAR	R\$	327,25	R\$	490,88
04.08.06.018-2	OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS E CURTOS DA MAO E DO PE	R\$	91,49	R\$	643,01
04.08.06.021-2	RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL	R\$	368,03	R\$	707,86
04.08.06.031-0	RESSECÇÃO SIMPLES DE TUMOR OSSO DE PARTES MOLES (TUMORES BENIGNOS)	R\$	139,07	R\$	338,00
04.08.06.032-8	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRA-ARTICULAR	R\$	151,66	R\$	525,31
04.08.06.035-2	RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-OSSO (INSERIDO EM CIRURGIA ANTERIOR REALIZADA PELO CISMEP) - EM AMBIENTE HOSPITALAR	R\$	151,67	R\$	352,26
04.08.06.036-0	RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO	R\$	225,16	R\$	448,36
04.08.06.037-9	RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS	R\$	205,53	R\$	418,60
04.08.06.041-7	RETRAÇÃO CICATRICIAL DOS DEDOS C/ COMPROMETIMENTO TENDINOSO (POR DEDO)	R\$	207,02	R\$	392,60
04.08.06.042-5	REVISÃO CIRÚRGICA DE COTO DE AMPUTAÇÃO DOS DEDOS	R\$	204,09	R\$	392,60
04.08.06.043-3	TENODESE	R\$	229,40	R\$	392,60
04.08.06.044-1	TENOLISE	R\$	205,91	R\$	832,73
04.08.06.045-0	TENOMIORRAFIA	R\$	208,94	R\$	392,60
04.08.06.046-8	TENOMIOTOMIA/DESINSERÇÃO	R\$	421,30	R\$	832,73
04.08.06.048-4	TENORRAFIA ÚNICA EM TÚNEL ÓSTEO-FIBROSO	R\$	346,53	R\$	1.217,08
04.08.06.053-0	TRANSPOSIÇÃO/TRANSFERÊNCIA MIOTENDINOSA MÚLTIPLA	R\$	214,21	R\$	1.217,08
04.08.06.054-9	TRANSPOSIÇÃO/TRANSFERÊNCIA MIOTENDINOSA ÚNICA	R\$	268,41	R\$	832,73
04.08.06.056-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ARTRITE INFECCIOSA DAS PEQUENAS ARTICULAÇÕES	R\$	268,41	R\$	652,76
04.08.06.057-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM MARTELO/EM GARRA (MÃO E PÉ)	R\$	377,00	R\$	517,40
04.08.06.058-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE ARTICULAR POR RETRAÇÃO TENO-CAPSULO-LIGAMENTAR	R\$	394,68	R\$	544,70
04.08.06.067-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RETRAÇÃO MUSCULAR	R\$	209,82	R\$	481,00
04.08.06.070-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SINDACTILIA SIMPLES (DOIS DEDOS)	R\$	300,00	R\$	550,00
04.08.06.071-9	VIDEOARTROSCOPIA	R\$	741,69	R\$	1.200,99
04.13.04.017-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES EXTENSAS COM PERDA DE SUBSTÂNCIA CUTÂNEA	R\$	315,61	R\$	470,60
04.13.04.019-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RETRAÇÃO CICATRICIAL DO COTOVELO	R\$	256,23	R\$	481,00
04.13.04.020-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RETRAÇÃO CICATRICIAL DOS DEDOS DA MÃO/PÉ SEM COMPROMETIMENTO TENDINOSO	R\$	324,20	R\$	804,09
04.13.04.024-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REPARAÇÕES DE PERDA DE SUBSTÂNCIA DA MÃO	R\$	-	R\$	780,00
CISMEP-09	REALINHAMENTO DE MECANISMO EXTENSOR DOS DEDOS DA MÃO				

### TABELA 07 - ULTRASSONOGRAFIA

EXAMES		VALOR SUS¹	VALOR ICISMEP
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	R\$	R\$
02.01.01.058-5	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA	66,48	66,00
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 03 VASOS) = DUPLEX SCAN DE MEMBRO INFERIOR, MEMBRO SUPERIOR, DE CARÓTIDAS E ARTERIAS	39,60	83,90
02.05.01.005-9	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO	42,90	48,97
02.05.02.003-8	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)	24,20	37,40
02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	37,95	48,95
02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	24,20	37,40
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO (UMA ARTICULAÇÃO / UNILATERAL)	24,20	37,40
02.05.02.007-0	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL)	24,20	37,40
02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	24,20	38,88
02.05.02.010-0	ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL) (PÉLVICA MASCULINA)	24,20	37,40
02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE	24,20	37,40
02.05.02.013-5	ULTRASSONOGRAFIA DE TÓRAX (EXTRA CARDÍACA)	24,20	37,40
02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA (VIA ABDOMINAL OU VIA TRANSVAGINAL)	24,20	37,40
02.05.02.015-1	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO	24,20	37,40
02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA) (PÉLVICA FEMININA)	24,20	37,40
02.05.02.017-8	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	-	72,00
CISMEP-16	ULTRASSONOGRAFIA TRANSLUCÊNCIA NUCAL	24,20	37,40
02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL (ENDOVAGINAL)	-	37,40
CISMEP-07	ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	-	37,40

### TABELA 08 - CARDIOLOGIA

CONSULTA EM CARDIOLOGIA		VALOR SUS¹	VALOR ICISMEP
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	R\$	R\$
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CARDIOLOGIA)	10,00	40,00
EXAMES		VALOR SUS¹	VALOR ICISMEP
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	R\$	R\$
02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA	39,94	114,00
02.11.02.006-0	TESTE ESFORÇO/TESTE ERGOMÉTRICO	30,00	83,30

### TABELA 09 - CIRURGIA GERAL

CONSULTA EM CIRURGIA GERAL		VALOR SUS¹	VALOR ICISMEP
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	R\$	R\$
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CIRURGIA GERAL)	10,00	38,38
ANÁLISES NO DEPARTAMENTO DE CIRURGIAS GERAIS (HEMORROIDECTOMIA, FISTULECTOMIA, FISSURECTOMIA, PLÁSTICA ANAL E TUMOR DE ANORRETAL)		VALOR SUS¹	VALOR ICISMEP
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	R\$	R\$
03.01.01.007-2	CONSULTA COM ESPECIALISTA EM CIRURGIA GERAL	29,13	84,80
02.09.01.005-3	RETOSSIGMOIDOSCOPIA	33,13	109,00
TOTAL DO PACOTE			

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITALAR DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H.		VALOR SUS¹	VALOR ICISMEP
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	R\$	R\$
04.01.02.004-5	EXCIÇÃO E ENXERTO DE PELE (HEMANGIOMA, NEVUS OU TUMOR)	356,81	169,05
04.01.02.008-8	EXÉRESE DE CISTO SACRO-COCCÍGEO	143,72	363,68
04.01.02.010-0	EXTIRPAÇÃO E SUPRESSÃO DE LESÃO DE PELE E DE TÊCIDO CELULAR SUBCUTÂNEO	158,11	127,25
04.07.02.009-8	COLORRAFIA POR VIA ABDOMINAL	629,10	531,08
04.07.02.021-7	ESFINCTEROTOMIA INTERNA E TRATAMENTO DE FISSURA ANAL	246,81	476,10
04.07.02.022-5	EXCIÇÃO DE LESÃO/TUMOR ANU-RETAL	335,35	376,48
04.07.02.027-6	FISTULECTOMIA/FISTULOTOMIA ANAL	254,12	476,10
04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA	315,94	675,34
04.07.02.032-2	PLÁSTICA ANAL EXTERNA / ESFINCTEROPLASTIA ANAL	178,24	476,10
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	559,87	762,64
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	539,92	1.034,32



04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL) - INCLUI FEMORAL	R\$	426,02	R\$	1.020,36
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL/CRURAL (UNILATERAL) - INCLUI FEMORAL	R\$	445,51	R\$	811,99
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	R\$	416,43	R\$	816,97
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	R\$	434,99	R\$	709,92
04.07.04.024-2	RESSUTURA DE PAREDE ABDOMINAL (POR DEISCÊNCIA)	R\$	531,89	R\$	719,87

### TABELA 10 - ELETRONEUROMIOGRAFIA

DIAGNÓSTICO POR ELETRONEUROMIOGRAMA (BILATERAL)		VALOR SUS <sup>1</sup>	VALOR ICISMEP
CÓDIGO	DESCRIÇÃO		
02.11.05.008-3	ELETRONEUROMIOGRAMA DOS MEMBROS INFERIORES (MMII/BILATERAL) OU DOS MEMBROS SUPERIORES (MMSS/BILATERAL)	R\$ 54,00	R\$ 266,00
TOTAL DO PACOTE			

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

### TABELA 11 - MAMOGRAFIA

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

### TABELA 12 - RISCO CIRÚRGICO

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

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

### TABELA 13 - DERMATOLOGIA

CONSULTA EM DERMATOLOGIA		VALOR SUS <sup>1</sup>	VALOR ICISMEP
CÓDIGO	DESCRIÇÃO		
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (DERMATOLOGIA)	R\$ 10,00	
CISMEP-10	DERMATOSCOPIA (POR LESÃO)	R\$ -	R\$ 42,00
TOTAL DO PACOTE		R\$ 10,00	R\$ 42,00

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

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

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

### TABELA 15 - EXAMES LABORATORIAIS

DEPARTAMENTO DE PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA		VALOR SUS <sup>1</sup>	VALOR ICISMEP
CÓDIGO	DESCRIÇÃO: COLETA SANGUE PARA CIRURGIAS DE ANGIOLOGIA	R\$ 4,11	
02.02.02.038-0	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 1,85	
02.02.01.047-3	DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 5,77	
02.02.02.013-4	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$ 2,73	
02.02.02.014-2	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTOMBINA (TAP)	R\$ 3,70	
02.02.05.001-7	ANÁLISE DE CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$ 18,16	R\$ 18,16
TOTAL DO PACOTE			

DEPARTAMENTO DE PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA		VALOR SUS <sup>1</sup>	VALOR ICISMEP
CÓDIGO	DESCRIÇÃO: COLETA SANGUE PARA CIRURGIAS DE OFTALMOLOGIA / OTORRINOLARINGOLOGIA / ORTOPEDIA E CIRURGIA GERAL	R\$ 4,11	
02.02.02.038-0	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 1,85	
02.02.01.047-3	DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 5,77	
02.02.02.013-4	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$ 2,73	
02.02.02.014-2	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTOMBINA (TAP)	R\$ 14,46	R\$ 14,46
TOTAL DO PACOTE			

DEPARTAMENTO DE PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA		VALOR SUS <sup>1</sup>	VALOR ICISMEP
CÓDIGO	DESCRIÇÃO: COLETA SANGUE PARA PROCEDIMENTO DE COLONOSCOPIA	R\$ 4,11	
02.02.02.038-0	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 1,85	
02.02.01.047-3	DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 5,77	
02.02.02.013-4	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$ 2,73	
02.02.02.014-2	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTOMBINA (TAP)	R\$ 3,70	
02.02.05.001-7	ANÁLISE DE CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$ 1,85	
02.02.01.031-7	DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 2,80	
02.02.01.069-4	DOSAGEM DE URÉIA	R\$ 1,65	
02.02.08.007-2	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	R\$ 26,31	R\$ 26,31
02.02.04.012-7	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$ -	R\$ -
TOTAL DO PACOTE		R\$ 26,31	R\$ 26,31

### TABELA 16 - ATAS REGISTRO DE PREÇOS

PROCEDIMENTOS TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (PARA MUNICÍPIOS COPARTICIPANTES ATA RP 034/2018)		VALOR SUS <sup>1</sup>	VALOR ICISMEP
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	R\$ 86,76	R\$ 86,76
02.06.01.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL	R\$ 101,10	R\$ 101,10
02.06.01.002-8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 86,76	R\$ 86,76
02.06.01.003-6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA	R\$ 86,75	R\$ 101,10
02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE/ SEIOS DA FACE/ ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES	R\$ 86,75	R\$ 86,75
02.06.01.005-2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO	R\$ 97,44	R\$ 97,44
02.06.01.006-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCA	R\$ 97,44	R\$ 97,44
02.06.01.007-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO	R\$ -	R\$ 190,85
SEM CÓDIGO	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MASTÓIDES/ OUVÍDOS	R\$ 86,75	R\$ 86,76
02.06.02.001-5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 86,75	R\$ 86,76
02.06.02.002-3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA E PÉ)	R\$ 136,41	R\$ 136,41
02.06.02.003-1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	R\$ 136,41	R\$ 136,41
02.06.02.004-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE HEMITORAX/ MADIÁSTINO (POR PLANO)	R\$ -	R\$ 86,76
SEM CÓDIGO	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES (ESTERNO/ CLAVÍCULA/ OMBRO/ COTOVELO)	R\$ 138,63	R\$ 138,63
02.06.03.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 86,75	R\$ 86,75
02.06.03.002-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 138,63	R\$ 138,63
02.06.03.003-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Pelve / BACIA / ABDOMEN INFERIOR	R\$ 138,63	R\$ 138,63



SEM CÓDIGO	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN TOTAL	R\$	-	R\$	277,26
SEM CÓDIGO	CONTRASTE (PARA USO NOS ITENS ACIMA DISCRIMINADOS, CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	R\$	-	R\$	0,01
04.17.01.006-0	SEDAÇÃO (PARA USO NOS ITENS ACIMA DISCRIMINADOS, CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	R\$	-	R\$	150,00
<b>PROCEDIMENTOS RESSONANCIA MAGNETICA (PARA MUNICIPIOS COPARTICIPANTES ATA RP 008/2018)</b>					
Código	Descrição	VALOR SUS <sup>1</sup>	-	VALOR ICISMEP	
02.07.01.001-3	ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	R\$	268,75	R\$	268,94
SEM CÓDIGO	CONTRASTE-ANGIORESSONANCIA CEREBRAL(CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	R\$	-	R\$	55,04
04.17.01.006-0	SEDAÇÃO-ANGIORESSONANCIA CEREBRAL (CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	R\$	15,15	R\$	110,00
02.07.01.002-1	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	R\$	268,75	R\$	268,94
SEM CÓDIGO	CONTRASTE-TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)(CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	R\$	-	R\$	55,40
04.17.01.006-0	SEDAÇÃO-TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL) (CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	R\$	15,15	R\$	110,00
02.07.01.003-0	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL	R\$	268,75	R\$	271,30
SEM CÓDIGO	CONTRASTE- COLUNA CERVICAL(CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	R\$	-	R\$	55,39
04.17.01.006-0	SEDAÇÃO - COLUNA CERVICAL(CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	R\$	15,15	R\$	110,00
02.07.01.004-8	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$	268,75	R\$	268,75
SEM CÓDIGO	CONTRASTE- COLUNA LOMBO-SACRA(CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	R\$	-	R\$	55,00
04.17.01.006-0	SEDAÇÃO -COLUNA LOMBO-SACRA(CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	R\$	15,15	R\$	110,00
02.07.01.005-6	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	R\$	268,75	R\$	270,61
SEM CÓDIGO	CONTRASTE- COLUNA TORACICA(CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	R\$	-	R\$	55,00
04.17.01.006-0	SEDAÇÃO -COLUNA TORACICA(CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	R\$	15,15	R\$	110,00
02.07.01.006-4	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	R\$	268,75	R\$	281,40
SEM CÓDIGO	CONTRASTE- CRANIO(CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	R\$	-	R\$	56,95
04.17.01.006-0	SEDAÇÃO -CRANIO(CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	R\$	15,15	R\$	110,00
02.07.01.007-2	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TÚRCICA	R\$	268,75	R\$	419,66
SEM CÓDIGO	CONTRASTE- SELA TÚRCICA(CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	R\$	-	R\$	79,59
04.17.01.006-0	SEDAÇÃO -SELA TÚRCICA(CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	R\$	15,15	R\$	120,00
02.07.02.002-7	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R\$	268,75	R\$	286,00
SEM CÓDIGO	CONTRASTE- MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)(CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	R\$	-	R\$	57,68
04.17.01.006-0	SEDAÇÃO - MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) (CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	R\$	15,15	R\$	110,00
02.07.02.002-7	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R\$	268,75	R\$	284,10
SEM CÓDIGO	CONTRASTE- MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)(CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	R\$	-	R\$	57,50
04.17.01.006-0	SEDAÇÃO -MAGNETICA DE TORAX (UNILATERAL) (CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	R\$	15,15	R\$	110,00
02.07.03.001-4	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$	268,75	R\$	269,03
SEM CÓDIGO	CONTRASTE - ABDOMEN SUPERIOR (CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	R\$	-	R\$	56,60
04.17.01.006-0	SEDAÇÃO - ABDOMEN SUPERIOR (CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	R\$	15,15	R\$	110,00
02.07.03.002-2	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA/PELVE	R\$	268,75	R\$	271,60
SEM CÓDIGO	CONTRASTE -BACIA/PELVE (CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	R\$	-	R\$	56,00
04.17.01.006-0	SEDAÇÃO -BACIA/PELVE(CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	R\$	15,15	R\$	110,00
02.07.03.003-0	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R\$	268,75	R\$	286,09
SEM CÓDIGO	CONTRASTE - MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) (CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	R\$	-	R\$	57,80
04.17.01.006-0	SEDAÇÃO - MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) (CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	R\$	15,15	R\$	110,00
02.07.03.004-9	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES	R\$	268,75	R\$	287,42
SEM CÓDIGO	CONTRASTE - VIAS BILIARES (CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	R\$	-	R\$	67,50
04.17.01.006-0	SEDAÇÃO - VIAS BILIARES (CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	R\$	15,15	R\$	110,00
<b>PROCEDIMENTOS CINTILOGRAFIA (PARA MUNICIPIOS COPARTICIPANTES ATA RP 008/2018)</b>					
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR SUS <sup>1</sup>	-	VALOR ICISMEP	
02.08.01.001-7	CINTILOGRAFIA DE CORACAO C/ GALIO 67	R\$	457,55	R\$	457,55
02.08.09.001-0	CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GALIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS	R\$	906,80	R\$	906,80
02.08.02.001-2	CINTILOGRAFIA DE FIGADO E BACO (MÍNIMO 5 IMAGENS)	R\$	133,26	R\$	133,26
02.08.02.002-0	CINTILOGRAFIA DE FIGADO E VIAS BILIARES	R\$	187,93	R\$	187,93
02.08.09.002-9	CINTILOGRAFIA DE GLANDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA)	R\$	66,23	R\$	66,23
02.08.02.003-9	CINTILOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTIMULO	R\$	87,89	R\$	87,89
02.08.09.003-7	CINTILOGRAFIA DE MAMA I (BILATERAL)	R\$	289,43	R\$	289,43
02.08.01.002-5	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE ESTRESSE (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)	R\$	408,52	R\$	408,52
02.08.01.003-3	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE REPOUSO (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)	R\$	383,07	R\$	383,07
02.08.01.004-1	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ LOCALIZACAO DE NECROSE (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)	R\$	166,47	R\$	166,47
02.08.05.003-5	CINTILOGRAFIA DE OSSOS C/ OU S/ FLUXO SANGUINEO (CORPO INTEIRO)	R\$	190,99	R\$	190,99
02.08.03.001-8	CINTILOGRAFIA DE PARATIREÓIDES	R\$	324,54	R\$	324,54
02.08.06.001-4	CINTILOGRAFIA DE PERFUSAO CEREBRAL C/ TALIO (SPCTO)	R\$	438,01	R\$	438,01
02.08.07.001-0	CINTILOGRAFIA DE PULMAO C/ GALIO 67	R\$	457,55	R\$	457,55
02.08.07.002-8	CINTILOGRAFIA DE PULMAO P/ PESQUISA DE ASPIRACAO	R\$	127,51	R\$	127,51
02.08.07.003-6	CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR INALACAO (MÍNIMO 2 PROJEÇÕES)	R\$	128,12	R\$	128,12
02.08.07.004-4	CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR PERFUSAO (MÍNIMO 4 PROJEÇÕES)	R\$	130,50	R\$	130,50
02.08.04.002-1	CINTILOGRAFIA DE RIM C/ GALIO 67	R\$	457,55	R\$	457,55
02.08.05.004-3	CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO OSSEO COM GALIO 67	R\$	457,55	R\$	457,55
02.08.04.003-0	CINTILOGRAFIA DE TESTICULO E BOLSA ESCROTAL	R\$	108,94	R\$	108,94
02.08.01.005-0	CINTILOGRAFIA P/ AVALIACAO DE FLUXO SANGUINEO DE EXTREMIDADES	R\$	114,02	R\$	114,02
02.08.02.005-5	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (LIQUIDO)	R\$	135,38	R\$	135,38
02.08.02.006-3	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (SEMI-SOLIDO)	R\$	144,22	R\$	144,22
02.08.02.007-1	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO GASTRICO	R\$	114,86	R\$	114,86
02.08.02.008-0	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL	R\$	157,23	R\$	157,23
02.08.02.009-8	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA	R\$	310,82	R\$	310,82
02.08.02.010-1	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NÃO ATIVA	R\$	135,38	R\$	135,38
02.08.02.011-0	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFAGICO	R\$	338,70	R\$	338,70
02.08.03.004-2	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTERNO	R\$	133,03	R\$	133,03
02.08.04.005-6	CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVAS E/OU QUANTITATIVA)	R\$	176,72	R\$	176,72
02.08.01.008-4	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE REPOUSO (VENTRICULOGRAFIA)	R\$	205,34	R\$	205,34
02.08.06.002-2	CISTERNOCINTILOGRAFIA (INCLUINDO PESQUISA E/OU AVALIACAO DO TRANSITO LIQUORICO)	R\$	122,97	R\$	122,97
02.08.04.006-4	CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA	R\$	144,50	R\$	144,50
02.08.04.007-2	CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA	R\$	165,24	R\$	165,24
02.08.04.010-2	ESTUDO RENAL DINAMICO C/ OU S/ DIURETICO	R\$	141,33	R\$	141,33
02.08.08.004-0	LINFOCINTILOGRAFIA	R\$		R\$	

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