



**Diário Oficial**  
Municípios de Santa Catarina

Sexta-feira, 13 de outubro de 2023 às 09:37, Florianópolis - SC

PUBLICAÇÃO

## **Nº 5204638: RESOLUÇÃO Nº 15 - REPUBLICADA**

ENTIDADE

Consórcio Intermunicipal de Saúde Macro Sul

MUNICÍPIO

Criciúma



<https://www.diariomunicipal.sc.gov.br/?q=id:5204638>

CIGA - Consórcio de Inovação na Gestão Pública  
Rua Gen. Liberato Bittencourt, n.º 1885 - Sala 102, Canto - CEP 88070-800 - Florianópolis / SC  
<https://www.diariomunicipal.sc.gov.br>





## RESOLUÇÃO Nº 15, DE 06 DE OUTUBRO DE 2023.

*Fixa a Tabela de Procedimentos com valores referenciais para o chamamento público.*

O **PRESIDENTE DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE MACRO SUL**, no exercício das atribuições legais conferidas pelo Protocolo de Intenções, pelo Contrato de Consórcio Público e pelo Estatuto Social, e de acordo com a Assembleia Geral realizada em 04 de setembro de 2023, e após a reunião do Conselho de Saúde realizada no dia 02 de outubro de 2023, **RESOLVE**:

**Art. 1º** Fixar a Tabela de Procedimentos com valores referenciais para o chamamento público, denominada TABELA CIS – MACRO SUL, na forma do Anexo Único, parte integrante desta Resolução.

**Art. 2º** Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Criciúma, 06 de outubro de 2023.

**CLÉSIO SALVARO**  
Presidente

Republicado por ter constado incorreção, quanto ao original, na Auto Publicação nº 5195704, de 06 de outubro de 2023.

**ANEXO ÚNICO**

<b>LOTE I - CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS COM RETORNO</b>					
<b>Item</b>	<b>Código</b>	<b>Procedimento</b>	<b>Valor SUS R\$</b>	<b>Valor Compl. R\$</b>	<b>Total R\$</b>
1.	03.01.01.007-2	Consulta em Alergologia e Imunologia	10,00	90,00	100,00
2.	03.01.01.007-2	Consulta em Angiologia	10,00	90,0	100,00
3.	03.01.01.007-2	Consulta em Cabeça E Pescoço	10,00	90,00	100,00
4.	03.01.01.007-2	Consulta em Cardiologia	10,00	90,00	100,00
5.	03.01.01.007-2	Consulta em Cardiologia Pediatra	10,00	190,00	200,00
6.	03.01.01.007-2	Consulta em Cirurgia Vascular	10,00	90,00	100,00
7.	03.01.01.007-2	Consulta em Dermatologia	10,00	90,00	100,00
8.	03.01.01.007-2	Consulta em Endocrinologia Pediatra	10,00	190,00	200,00
9.	03.01.01.007-2	Consulta em Gastroenterologia	10,00	90,00	100,00
10.	03.01.01.007-2	Consulta em Geriatria	10,00	90,00	100,00
11.	03.01.01.007-2	Consulta em Ginecologia	10,00	90,00	100,00
12.	03.01.01.007-2	Consulta em Hematologia	10,00	90,00	100,00
13.	03.01.01.007-2	Consulta em Infectologista	10,00	90,00	100,00
14.	03.01.01.007-2	Consulta em Infectologista Pediatra	10,00	190,00	200,00
15.	03.01.01.007-2	Consulta em Mastologia	10,00	90,00	100,00
16.	03.01.01.007-2	Consulta em Nefrologia	10,00	140,00	200,00
17.	03.01.01.007-2	Consulta em Nefrologia Pediatra	10,00	190,00	200,00
18.	03.01.01.007-2	Consulta em Neurologia	10,00	90,00	100,00
19.	03.01.01.007-2	Consulta em Oftalmologia (Acuidade Visual)	10,00	55,00	65,00
20.	03.01.01.007-2	Consulta em Oftalmologia (Retina, Glaucoma, dentre outras) não se enquadra acuidade visual	10,00	90,00	100,00
21.	03.01.01.007-2	Consulta em Ortopedia	<b>10,00</b>	<b>90,00</b>	<b>100,00</b>
22.	03.01.01.007-2	Consulta em Otorrinolaringologia	10,00	90,00	100,00
23.	03.01.01.007-2	Consulta em Pediatria	10,00	90,00	100,00
24.	03.01.01.007-2	Consulta em Pneumologia	10,00	190,00	200,00

25.	03.01.01.007-2	Consulta em Pneumologia Pediatra	10,00	240,00	250,00
26.	03.01.01.007-2	Consulta em Proctologia	10,00	90,00	100,00
27.	03.01.01.007-2	Consulta em Reumatologia	10,00	190,00	200,00
28.	03.01.01.007-2	Consulta em Urologia	10,00	90,00	100,00
29.	03.01.01.007-2	Consulta Médica Na Atenção Básica	10,00	20,00	30,00

**LOTE II - CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS SEM RETORNO**

Item	Código	Procedimento	Valor SUS R\$	Valor Compl. R\$	Total R\$
1.	03.01.01.007-2	Consulta em Anestesiologia	10,00	55,00	65,00
2.	03.01.01.007-2	Consulta em Cirurgia Geral	10,00	55,00	65,00
3.	03.01.01.007-2	Consulta em Endocrinologia	10,00	55,00	65,00
4.	03.01.01.007-2	Consulta em Endocrinologia Pediatra	10,00	90,00	100,00
5.	03.01.01.007-2	Consulta em Neurologia Infantil	10,00	150,00	160,00
6.	03.01.01.007-2	Consulta em Psiquiatria	10,00	80,00	90,00
7.	03.01.01.007-2	Consulta em Psiquiatria Infantil	10,00	90,00	100,00

**LOTE III- CONSULTAS/TERAPIAS OUTROS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR**

Item	Código	Procedimento	Valor SUS R\$	Valor Compl. R\$	Total R\$
1.		Atendimento Multiprofissional Em Fibromialgia - até 6 sessões		60,00	60,00
2.		Atendimento Multiprofissional Em Fibromialgia - 6 sessões ou mais		40,00	40,00
3.	03.01.01.004-8	Consulta Enfermeiro Domiciliar	6,30	28,70	35,00
4.	03.01.01.013-7	Consulta Enfermeiro - Atendimento Domiciliar/Atenção Especializada	6,30	107,70	114,00
5.	03.01.01.004-8	Consulta Terapia Ocupacional Avaliação	6,30	28,70	35,00
6.	03.01.01.004-8	Consulta Nutricionista	6,30	28,70	35,00
7.	03.01.01.004-8	Consulta Em Fonoaudiologia	6,30	38,70	45,00
8.	03.01.01.004-8	Consulta Em Fonoaudiologia Domiciliar	6,30	83,70	90,00
9.	03.01.01.004-8	Psicologia Terapia Individual	6,30	28,70	35,00
10.	03.01.01.004-8	Fisioterapia Sessão (Domiciliar)	6,30	38,70	45,00

**LOTE IV - PROCEDIMENTOS DE DIAGNOSE E CLÍNICOS EM OFTALMOLOGIA**

Item	Código	Procedimento	Valor SUS	Valor	Total
------	--------	--------------	-----------	-------	-------

			<b>R\$</b>	<b>Compl. R\$</b>	<b>R\$</b>
1.		Pentacan Binocular			350,00
2.		Pentacan Monocular			280,00
3.	04.05.05.002-0	Capsulotomia A Yag Laser (Monocular)	112,77	87,23	200,00
4.	02.05.02.002-0	Paquimetria Ultrassônica (Monocular)	14,81	65,19	80,00
5.	02.11.06.001-1	Biometria Ultrassônica (Monocular)	24,24	7,76	32,00
6.	02.11.06.002-0	Biomicroscopia de Fundo De Olho	12,34		12,34
7.	02.11.06.003-8	Campimetria Computadorizada Campo Visual (Monocular)	40,00		40,00
8.	02.11.06.008-9	Eletrorretinografia (Binocular)	24,24	425,76	450,00
9.	02.11.06.006-2	Curva Diária De Pressão Ocular (Mínimo 3 Medidas) (Binocular)	10,11	14,89	25,00
10.	02.11.06.010-0	Fundoscopia	3,37		3,37
11.	02.11.06.011-9	Gonioscopia (Binocular)	6,74	93,26	100,00
12.	02.11.06.012-7	Mapeamento De Retina (Monocular)	24,24	24,24	48,48
13.	02.11.06.014-3	Microscopia Especular de Córnea (Monocular)	24,24	95,76	120,00
14.	02.11.06.016-0	Potencial Visual Evocado	24,24		24,24
15.	02.11.06.017-8	Retinografia Colorida (Binocular)	24,68	95,32	120,00
16.	02.11.06.018-6	Retinografia Fluorescente (Angiofluorescência) (Binocular)	64,00	196,00	260,00
17.	02.11.06.020-8	Teste de Provocação de Glaucoma (Binocular)	6,74	33,26	40,00
18.	02.11.06.023-2	Teste Ortoptico (Binocular)	12,34	57,66	70,00
19.		Teste Óptico (Binocular)			70,00
20.	02.11.06.025-9	Tonometria (Monocular)	3,37	16,63	20,00
21.	02.11.06.026-7	Topografia Computadorizada de Córnea Ceratoscopia (Binocular)	24,24	23,76	48,00
22.	02.11.06.028-3	Tomografia de Coerência Óptica	48,00	152,00	200,00
23.	02.05.02.008-9	Ultrassonografia de Globo Ocular ou de Órbita (Monocular)	24,20	60,80	85,00

24.		Estererofoto de Papila (Binocular)		190,00	190,00
<b>LOTE V - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS EM OFTALMOLOGIA</b>					
Item	Código	Procedimento	Valor SUS R\$	Valor Compl. R\$	Total R\$
1.	04.05.01.007-9	Exérese de Calázio e Outras Peq. Lesões Da Pálpebra E Supercílios	78,75	450,00	528,75
2.	04.05.05.036-4	Tratamento Cirúrgico de Pterígio	209,55	450,00	659,55
3.	04.05.05.012-7	Fototrabelculoplastia a Laser	45,00	205,00	250,00
4.	04.05.05.017-8	Iridectomia Cirúrgica	297,46		297,46
5.	04.05.05.019-4	Iridotomia Laser	45,00	165,00	210,00
6.	04.05.05.011-9	Facoemulsificação com Implante Lente Intra Ocular Rígida	651,60	450,00	1.101,6
7.	04.05.03.004-5	Fotocoagulação A Laser (Monocular)	107,61	72,39	180,00
8.	04.05.03.019-3	Pan-Fotocoagulação de Retina a Laser (Monocular)	430,46		430,46
9.	04.05.05.005-4	Ciclodíalise	453,41		453,41
<b>LOTE VI - PROCEDIMENTOS DE DIAGNOSE, CLÍNICOS E CIRÚRGICOS EM OTORRINO-LARINGOLOGIA</b>					
Item	Código	Procedimento	Valor SUS R\$	Valor Compl. R\$	Total R\$
1.	02.09.04.004-1	Videolaringoscopia Adulto	45,50	194,50	240,00
2.	02.09.04.004-1	Videolaringoscopia Pediátrico	45,50	194,50	240,00
<b>LOTE VII - PROCEDIMENTOS DE DIAGNOSE EM GINECOLOGIA</b>					
Item	Código	Procedimento	Valor SUS R\$	Valor Compl. R\$	Total R\$
1.	02.11.04.002-9	Colposcopia	3,38	66,62	70,00
2.	02.11.04.004-5	Vídeo Histeroscopia (Diagnóstica)	25,00	225,00	250,00
<b>LOTE VIII - PROCEDIMENTOS DE DIAGNOSE E CLÍNICO EM CARDIOLOGIA</b>					
Item	Código	Procedimento	Valor SUS R\$	Valor Compl. R\$	Total R\$
1.	02.05.01.002-4	Ecocardiograma Transesofágico	165,00	215,00	380,00
2.	02.05.01.001-6	Ecocardiografia Estresse Físico	165,00	132,45	225,00

3.	02.05.01.001-6	Ecocardiografia Estresse Farmacológico	165,00	185,00	350,00
4.	02.05.01.003-2	Ecocardiografia Transtorácica	67,86	82,14	150,00
5.	02.05.01.003-2	Ecocardiografia Transtorácica Pediátrico	67,86	82,14	150,00
6.	02.11.02.006-0	Teste De Esforço/Teste Ergométrico	30,00	70,00	100,00
7.	02.11.02.004-4	Monitoramento Pelo Sistema Holter 24 Horas	30,00	100,00	130,00
8.	02.11.02.005-2	Monitorização Ambulatorial De Pressão Arterial (Mapa)	10,07	109,93	120,00
9.	02.11.02.003-6	Eletrocardiograma	5,15	24,85	30,00

**LOTE IX - PROCEDIMENTOS DE DIAGNOSE E CIRÚRGICOS EM PNEUMOLOGIA**

Item	Código	Procedimento	Valor SUS R\$	Valor Compl. R\$	Total R\$
1.	02.11.08.005-5	Prova Função Pulmonar Completa (Farmacodinâmica)	6,36	63,64	70,00
2.	02.09.04.001-7	Broncofibroscopia Flexível com Biópsia	36,02	563,98	600,00
3.		Polissonografia Com Cpap		500,00	500,00
4.	02.11.05.010-5	Polissonografia Presencial	170,00	280,00	450,00

**LOTE X - PROCEDIMENTOS DE DIAGNOSE E CLÍNICO EM NEUROLOGIA**

Item	Código	Procedimento	Valor SUS R\$	Valor Compl. R\$	Total R\$
1.	02.11.05.003-2	Eletroencefalograma com Sono Medicamentoso c/ Foto Estímulo	25,00	175,00	200,00
2.		Eletroencefalograma Com Sono Medicamentoso C/ Foto Estímulo e Hiperventilação		200,00	200,00
3.		Eletroencefalograma em 4 Horas		250,00	250,00
4.	02.11.05.005-9	Eletroencefalograma com Mapeamento	25,00	215,00	240,00
5.	02.11.05.002-4	Eletroencefalograma em Vigília Com ou Sem Foto Estimulo	11,34	108,66	120,00
6.	02.11.05.004-0	Eletroencefalograma em Vigilia E Sono Espontando C/ ou S/ Foto Estimulo	25,00	115,00	140,00
7.	02.11.05.008-3	Eletroneuromiografia (Por Mem-	27,00	193,00	220,00

bro)					
<b>LOTE XI - PROCEDIMENTOS – FISIOTERAPIA</b>					
<b>Item</b>	<b>Código</b>	<b>Procedimento</b>	<b>Valor SUS R\$</b>	<b>Valor Compl. R\$</b>	<b>Total R\$</b>
1.	03.02.01.001-7	Atendimento Fisioterapêutico Em Paciente no Pré/Pós Cirurgias Uroginecológicas	6,35		6,35
2.	03.02.01.002-5	Atendimento Fisioterapêutico em Pacientes C/ Disfunções Uroginecológicas	4,67	30,33	35,00
3.	03.02.02.001-2	Atendimento Fisioterapêutico de Paciente Com Cuidados Paliativos	6,35		6,35
4.	03.02.02.002-0	Atendimento Fisioterapêutico em Paciente Oncológico Clínico	4,67		4,67
5.	03.02.02.003-9	Atendimento Fisioterapêutico em Paciente No Pré E Pós Cirurgia Oncológica	6,35		6,35
6.	03.02.04.001-3	Atendimento Fisioterapêutico em Paciente Com Transtorno Respiratório Com Complicações Sistêmicas	6,35		6,35
7.	03.02.04.002-1	Atendimento Fisioterapêutico em Paciente Com Transtorno Respiratório Sem Complicações Sistêmicas	4,67		4,67
8.	03.02.04.003-0	Atendimento Fisioterapêutico em Paciente Com Transtorno Clínico Cardiovascular	4,67		4,67
9.	03.02.04.004-8	Atendimento Fisioterapêutico em Paciente Pré/Pós Cirurgia Cardiovascular	6,35		6,35
10.	03.02.04.005-6	Atendimento Fisioterapêutico Nas Disfunções Vasculares Periféricas	4,67		4,67
11.	03.02.05.001-9	Atendimento Fisioterapêutico em Pacientes No Pré e Pós Operatório Nas Disfunções Músculo Esqueléticas	6,35		6,35
12.	03.02.05.002-7	Atendimento Fisioterapêutico Nas Alterações Motoras	4,67		4,67
13.	03.02.06.001-4	Atendimento Fisioterapêutico em	4,67		4,67



		Pacientes Com Distúrbios Neuro Cinético Funcionais Sem Complicações Sistêmicas			
14.	03.02.06.002-2	Atendimento Fisioterapêutico em Pacientes Com Distúrbios Neuro Cinético funcionais Com Complicações Sistêmicas	6,35		6,35
15.	03.02.06.003-0	Atendimento Fisioterapêutico Nas Desordens do Desenvolvimento Neuro Motor	4,67		4,67
16.	03.02.06.004-9	Atendimento Fisioterapêutico Em Paciente C/ Comprometimento Cognitivo	6,35		6,35
17.	03.02.06.005-7	Atendimento Fisioterapêutico Em Paciente No Pré/Pós Operatório De Neurocirurgia	6,35		6,35
18.	03.02.07.001-0	Atendimento Fisioterapêutico Em Paciente Médio Queimado	4,67		4,67
19.	03.02.07.003-6	Atendimento Fisioterapêutico Em Paciente Com Seqüelas Por Queimaduras (Médio E Grande Queimados)	4,67		4,67

**LOTE XII - PROCEDIMENTOS EM DERMATOLOGIA**

Item	Código	Procedimento	Valor SUS R\$	Valor Compl. R\$	Total R\$
1.	04.01.01.009-0	Fulguração / Cauterização Química De Lesões Cutâneas	11,84	288,16	300,00
2.		Crioterapia (Até Cinco Lesões) Crioterapia Com Nitrogênio Líquido (Para Tratamento De Cauterização)		150,00	150,00
3.	03.09.05.017-0	Sessão De Ozônioterapia Aplicada Ao Tratamento De Feridas.		120,00	120,00
4.	03.01.04.009-5	Exame do Pé Diabético		45,00	45,00

**LOTE XIII - PROCEDIMENTOS DE DIAGNOSE E CIRÚRGICOS EM GASTROENTEROLOGIA**

Item	Código	Procedimento	Valor SUS R\$	Valor Compl. R\$	Total R\$
1.	02.09.01.003-7	Esofagogastroduodenoscopia com Sedação (Endoscopia Digestiva) Acima 16 Anos com Biópsia	48,16	91,84	140,00

2.	02.09.01.002-9	Colonoscopia (Incluso a Retirada de Corpo Estranho /Polipos Do Reto/Colo Sigmoide)	112,66	267,34	380,00
3.		Colonoscopia Com Mucosectomia e/ ou Polipectomia - (por lesão), incluso: Procedimento, serviços, protocolos, orientações, preparos, OPME e todos os Clips e custos relacionados a cada polipectomia por conta do prestador		650,00	650,00
4.		Mucosectomia Endoscópica de Cólon			450,00
5.		PhMetria Esofágica			300,00
6.		Esofagomanometria - Manometria Esofágica			300,00

**LOTE XIV - PROCEDIMENTOS DE DIAGNOSE, CLÍNICOS E CIRÚRGICOS EM UROLOGIA**

Item	Código	Procedimento	Valor SUS R\$	Valor Compl. R\$	Total R\$
1.	02.11.09.001-8	Avaliação Urodinâmica Completa	7,62	232,38	240,00
2.	03.09.03.011-0	Litotripsia Extracorporia (Onda De Choque Tratamento Subsequente Em 2 Região Renal (8 Tiros)	150,50	537,50	688,00

**LOTE XV - EXAMES DE ANATOMOPATOLOGIA E CITOPATOLOGIA**

Item	Código	Procedimento	Valor SUS R\$	Valor Compl. R\$	Total R\$
1.		Biopsia De Mama Orientada Por Usg		380,00	380,00
2.	02.01.01.054-2	Biopsia Percutânea Orientada Por Usg	97,00	283,00	380,00
3.	02.01.01.054-2	Biopsia Percutânea Orientada Por Tomografia ou Ressonância	97,00	403,00	500,00
4.	020.101.041-0	Biopsia de Próstata Transretal por Usg	202,81	177,19	380,00
5.	02.03.01.001-9	Exame Citopatológico Cérvico Vaginal e Microflora	13,72		13,72
6.		Exame Citopatológico Cérvico - Vaginal (Citologia em Meio Líquido)		40,00	40,00
7.	02.03.02.003-0	Exame Anátomo Patológico para Biopsia para Congelamento / Parafina (Exceto Colo Uterino e Mama) - Peça Cirúrgica	40,78		40,78
8.		Peça Cirúrgica/Anatômica Complexas - Grande/Médio Porte com Finalidade Diagnóstico - Terapêutica		110,00	110,00

9.	02.03.02.008-1	Exame Anátomo Patológico do Colo Uterino	40,78		40,78
10.	02.03.02.006-5	Exame Anatomopatológico de Mama Biopsia	45,83		45,83
11.	02.03.01.003-5	Exame Citopatológico de Líquidos (Exceto Cérvico vaginal)	20,96		20,96
12.	02.03.01.004-3	Exame Citopatológico de Mama	35,34		35,34
13.	02.03.02.002-2	Exame Anátomo - Patológico do Colo Uterino - Peça Cirúrgica	61,77		61,77
14.	02.03.02.007-3	Exame Anatomopatológico de Mama - Peça Cirúrgica	61,77		61,77
<b>LOTE XVI - EXAMES RADIODIAGNÓSTICO COM CONTRASTE</b>					
Item	Código	Procedimento	Valor SUS R\$	Valor Compl. R\$	Total R\$
1.	02.04.03.008-0	Radiografia Esôfago	19,24	60,76	80,00
2.	02.04.05.002-2	Colangiografia Pré Operatório	32,61	217,39	250,00
3.	02.04.05.003-0	Colangiografia Pós Operatório	32,61	217,39	250,00
4.	02.04.05.001-4	Clister Opaco com Duplo Contraste	47,76	142,39	190,15
5.	02.04.05.014-6	Radiografia de Estômago e Duodeno	35,22	124,78	160,00
6.	02.04.05.015-4	Radiografia do Intestino Delgado Transito	47,59	112,41	160,00
7.	02.04.05.017-0	Uretrocistografia (Abdomen r Pelve)	52,11	112,89	165,00
8.	02.04.03.002-1	Ductografia por Mama	57,16	15,84	72,00
9.	02.04.01.001-2	Dacriocistografia	48,85	251,15	300,00
10.	02.04.01.019-5	Sialografia por Glândula	48,85	201,15	250,00
11.	02.04.05.006-5	Histerossalpingografia	45,34	304,66	350,00
<b>LOTE XVII- EXAMES RADIODIAGNÓSTICO SEM CONTRASTE</b>					
Item	Código	Procedimento	Valor SUS R\$	Valor Compl. R\$	Total R\$
1.	02.04.01.006-3	Radiografia Cavum (Lateral+Hietz)	6,88	6,12	13,00
2.	02.04.010.03-9	Radiografia Bilateral de Orbitas (Pa + Obliquas + Hirtz)	8,38	9,62	18,00
3.	02.04.010.04-7	Radiografia de Arcada Zigomatico Malar (Ap+ Obliquas)	6,96	8,04	15,00
4.	02.04.010.05-5	Radiografia de Articulação Têmporo Mandibular Bilateral	8,38	15,62	24,00

5.	02.04.010.07-1	Radiografia de Crânio (Pa + Lateral + Obliqua / Bretton + Hirtz)	9,15	9,85	19,00
6.	02.04.010.08-0	Radiografia de Crânio (Pa + Lateral)	7,52	7,48	15,00
7.	02.04.010.09-8	Radiografia de Laringe, Pescoço, Hipofaringe (Partes Moles)sacro	5,74	7,26	13,00
8.	02.04.010.10-1	Radiografia de Mastoide / Rochedos (Bilateral)	9,03	7,97	17,00
9.	02.04.010.11-0	Radiografia de Maxilar (Pa + Obliqua)	7,20	10,80	18,00
10.	02.04.010.12-8	Radiografia de Ossos da Face (Mn + Lateral + Hirtz)	8,38	6,62	15,00
11.	02.04.010.13-6	Radiografia de Região Orbitaria (Localização de Corpo Estranho)	7,98	5,22	13,20
12.	02.04.010.14-4	Radiografia de Seios da Face (Fn + Mn + Lateral + Hirtz)	7,32	6,98	14,30
13.	02.04.010.15-2	Radiografia de Sela Turcica (Pa + Lateral + Bretton)	7,20	6,00	13,20
14.		Radiografia de Coluna Dorsal – Ap + Lateral		20,00	20,00
15.	02.04.020.03-4	Radiografia de Coluna Cervical (Ap + Lateral + To + Obliquas)	8,33	8,67	17,00
16.	02.04.020.04-2	Radiografia de Coluna Cervical (Ap + Lateral + To / Flexão)	8,19	6,81	15,00
17.	02.04.020.05-0	Radiografia de Coluna Cervical Funcional / Dinâmica	10,29	7,71	18,00
18.	02.04.020.06-9	Radiografia de Coluna Lombo Sacra	10,96	8,04	19,00
19.	02.04.020.07-7	Radiografia de Coluna Lombo Sacra (C/ Oblíquas)	14,90	9,30	24,20
20.	02.04.020.08-5	Radiografia de Coluna Lombo Sacra Funcional / Dinâmica	16,88	0,12	17,00
21.	02.04.020.09-3	Radiografia de Coluna Torácica (Ap + Lateral)	9,16	4,84	24,00
22.	02.04.020.10-7	Radiografia de Coluna Tóraco Lombar	9,73	6,77	16,50
23.	02.04.020.11-5	Radiografia de Coluna Tóraco Lombar Dinâmica	15,58	15,42	27,50
24.	02.04.020.12-3	Radiografia de Região Sacro Coccígea	7,80	5,20	13,00
25.	02.04.020.13-1	Radiografia Panorâmica de Coluna Total (Escoliose)		227,00	227,00
26.	02.04.030.05-6	Radiografia de Coração e Vasos da Base (Pa + Lateral + Obliquá)	14,32	1,08	15,40
27.	02.04.030.06-4	Radiografia de Coração e Vasos da	9,05	4,95	14,00

		Base (Pa + Lateral)			
28.	02.04.030.07-2	Radiografia de Costelas (Por Hemitórax)	8,37	5,93	14,30
29.	02.04.030.09-9	Radiografia de Esterno	7,98	5,22	13,20
30.	02.04.030.10-2	Radiografia de Mediastino (Pa e Perfil)	8,73	6,67	15,40
31.	02.04.030.12-9	Radiografia de Tórax (Apico Lordótica)	5,56	15,44	21,00
32.	02.04.030.13-7	Radiografia de Tórax (Pa + Inspiração + Expiração + Lateral)	14,32	9,68	24,00
33.	02.04.030.14-5	Radiografia de Tórax (Pa + Lateral + Oblíqua)	12,02	5,58	17,60
34.	02.04.030.15-3	Radiografia de Tórax (Pa e Perfil)	9,50	11,40	20,90
35.	02.04.030.16-1	Radiografia de Tórax (Pa Padrão Oit)	6,55	7,75	14,30
36.	02.04.030.17-0	Radiografia de Tórax (Pa)	6,88	7,42	14,30
37.	02.04.040.01-9	Radiografia de Antebraço	6,42	7,88	14,30
38.	02.04.040.02-7	Radiografia de Articulação Acrômio Clavicular	7,40	10,20	17,60
39.	02.04.040.03-5	Radiografia de Articulação Escapulo Umeral	7,40	7,60	15,00
40.	02.04.040.04-3	Radiografia de Articulação Esterno Clavicular	7,40	7,60	15,00
41.	02.04.040.05-1	Radiografia de Braço	7,77	6,23	14,00
42.	02.04.040.06-0	Radiografia de Clavícula	7,40	8,60	16,00
43.	02.04.040.07-8	Radiografia de Cotovelo	5,90	7,10	13,00
44.	02.04.040.08-6	Radiografia de Dedos da Mão	5,62	6,38	12,00
45.	02.04.040.09-4	Radiografia de Mão	6,30	5,70	12,00
46.	02.04.040.10-8	Radiografia de Mão e Punho (P/ Determinação de Idade Óssea)	6,00	7,00	13,00
47.	02.04.040.11-6	Radiografia de Escapula/Ombro (Três Posições)	7,98	7,02	15,00
48.	02.04.040.12-4	Radiografia de Punho (Ap + Lateral + Oblíqua)	6,91	7,09	14,00
49.	02.04.050.11-1	Radiografia de Abdômen (Ap + Lateral / Localizada)	10,73	9,27	20,00
50.	02.04.050.12-0	Radiografia de Abdômen Agudo (Mínimo de 3 Incidências)	15,30	12,70	28,00
51.	02.04.050.13-8	Radiografia de Abdômen Simples (Ap)	7,17	6,83	14,00

52.	02.04.050.16-2	Radiografia P/ Estudo do Delgado C/ Duplo Raio X (Enteróclise)	48,09	16,91	65,00
53.	02.04.060.03-6	Escanometria	7,77	102,23	110,00
54.	02.04.060.06-0	Radiografia de Articulação Coxo Femoral	7,77	10,23	18,00
55.	02.04.060.07-9	Radiografia de Articulação Sacro Ilíaca	7,77	6,23	14,00
56.	02.04.060.08-7	Radiografia de Articulação Tíbio Társica	6,50	7,50	14,00
57.	02.04.060.09-5	Radiografia de Bacia	7,77	5,23	13,00
58.	02.04.060.10-9	Radiografia de Calcâneo	6,50	7,50	14,00
59.	02.04.060.11-7	Radiografia de Coxa	8,94	5,06	14,00
60.	02.04.060.12-5	Radiografia de Joelho (Ap + Lateral)	6,78	8,22	15,00
61.	02.04.060.13-3	Radiografia de Joelho ou Patela (Ap + Lateral + Axial)	7,16	7,84	15,00
62.	02.04.060.14-1	Radiografia de Joelho ou Patela (Ap + Lateral + Obliqua + 3 Axiais)	9,29	8,71	18,00
63.	02.04.060.15-0	Radiografia de Pé / Dedos do Pé	6,78	7,22	14,00
64.	02.04.060.16-8	Radiografia de Perna	8,94	6,06	15,00
65.	02.04.060.17-6	Radiografia Panorâmica de Membros Inferiores	9,29	6,31	270,00
66.	02.04.02.013-1	Radiografia Panorâmica de Col. Total (escoliose)		227,00	227,00
67.	020.404.010-8	Radiografia de Mão e Punho (p/ determinação de idade óssea)	6,00	7,00	13,00
68.	020.401.005-5	Radiografia de Articulação Temporomandibular Bilateral	8,38	6,62	15,00
69.	02.04.06.002-8	Densitometria Óssea Duo Energética de Coluna (Vértebras Lombares) + Colo do Fêmur	55,10		55,10

**LOTE XVIII - EXAMES DE MAMOGRAFIA**

Item	Código	Procedimento	Valor SUS R\$	Valor Compl. R\$	Total R\$
1.	02.04.03.003-0	Mamografia Unilateral	22,50		22,50
2.	02.04.03.018-8	Mamografia Bilateral	45,00	45,00	90,00

**LOTE XIX- EXAMES ULTRASSONOGRÁFICOS**

Item	Código	Procedimento	Valor SUS R\$	Valor Compl. R\$	Total R\$
------	--------	--------------	---------------	------------------	-----------

				<b>R\$</b>	
1.	02.05.01.004-0	Ultrassonografia Doppler Colorido de Vasos	39,60	110,40	150,00
2.	02.05.02.016-0	Ultrassonografia Pélvica (Ginecológica)	24,20	50,80	75,00
3.	02.05.02.014-3	Ultrassonografia Obstétrica	24,20	50,80	90,00
4.		Ultrassonografia Obstétrica Com TN		125,00	125,00
5.	02.05.02.018-6	Ultrassonografia Transvaginal	24,20	50,80	75,00
6.	02.05.02.017-8	Ultrassonografia Transfontanela (Craniana)	24,20	50,80	75,00
7.	02.05.02.005-4	Ultrassonografia do Aparelho Urinário (Rins, Bexiga)	24,20	55,80	80,00
8.	02.05.02.006-2	Ultrassonografia de Articulação	24,20	50,80	75,00
9.	02.05.02.003-8	Ultrassonografia Abdômen Superior (Fígado, Vesícula, Vias Biliares, Pâncreas)	24,20	50,80	75,00
10.	02.05.01.005-9	Ultrassonografia Doppler Fluxo Obstétrico	42,90	177,10	220,00
11.	02.05.02.015-1	Ultrassonografia Obstétrica: Com Doppler Colorido	39,60	110,40	150,00
12.	02.05.01.005-9	Ultrassonografia Obstétrica: Com Doppler Colorido (Gemelar)	39,60	290,40	330,00
13.		Ultrassonografia Morfológica Obstétrica: Com Doppler		230,00	230,00
14.		Ecocardiograma Fetal		280,00	280,00
15.	02.05.02.011-9	Ultrassonografia Próstata (Via Transretal)	24,20	50,80	75,00
16.	02.05.02.010-0	Ultrassonografia Próstata (Via Abdominal)	24,20	50,80	75,00
17.	02.05.02.010-0	Ultrassonografia de Mamas Bilateral	24,20	50,80	75,00
18.		Ultrassonografia de Órgãos e Estruturas (Partes Moles)		75,00	75,00
19.	02.05.02.012-7	Ultrassonografia de Tireoide	24,20	50,80	75,00
20.	02.05.02.004-6	Ultrassonografia Abdômen Total (Abdômen Sup. Retroperitônio, Rins e Bexiga)	37,95	52,05	90,00
21.	02.05.02.007-0	Ultrassonografia de Bolsa Escrotal com Doppler	24,20	50,80	75,00
22.	02.05.02.009-7	Ultrassonografia de Mamas Bilateral	24,20	50,80	75,00



<b>LOTE XX - ULTRASSONOGRAFIA VASCULAR DOPPLER COLORIDO</b>					
<b>Item</b>	<b>Código</b>	<b>Procedimento</b>	<b>Valor SUS R\$</b>	<b>Valor Compl. R\$</b>	<b>Total R\$</b>
1.		Ecodoppler Arterial ou Venoso de Cada Membro		200,00	200,00
2.		Ecodoppler de Tireoide		130,00	130,00
3.		Ecodoppler Bolsa Escrotal		170,00	170,00
4.		Ecodoppler de Abdômen Total		170,00	170,00
5.		Ecodoppler de Artéria Aorta e Artérias Renais (Arterial e Venoso)		250,00	250,00
6.		Ecodoppler de Artéria Aorta e Artérias Ilíacas (Arterial e Venoso)		250,00	250,00
7.	020.501.004-0	Ecodoppler Arterial ou Venoso (cada membro)	39,60	160,40	200,00
8.		Ecodoppler de Pênis com Vasodilatador – Não inclui medicamento		300,00	300,00
9.		Ecodoppler de Órgãos e Estruturas (Partes Moles)		150,00	150,00
10.		Ecodoppler de Vasos (até 3 vasos)	39,60	110,40	150,00
11.	02.05.02.001-1	Ecodoppler Transcraniano	117,00	13,00	130,00
12.		Ecodoppler de Carótidas e Vertebrais (Por Paciente)		200,00	200,00
13.		Ecodoppler de Aorte, Artérias, Ilíacas ou Artérias Renais		160,40	160,40
14.		Ecodoppler Transvaginal		250,00	250,00
<b>LOTE XXI - EXAMES DE BIÓPSIA</b>					
<b>Item</b>	<b>Código</b>	<b>Procedimento</b>	<b>Valor SUS R\$</b>	<b>Valor Compl. R\$</b>	<b>Total R\$</b>
1.		Core Biopsia de Microcalcificação Agrupada		700,00	700,00
2.		Punção Aspirativa Agulha Grossa de Mama		250,00	250,00
3.	02.01.01.058-5	Punção Aspirativa Agulha Fina de Mama		220,00	220,00
4.	02.01.01.054-2	Punção Aspirativa Agulha Fina de Mama P/Nódulo Líquido (Cisto) Orientada Por Us	97,00	253,00	350,00



5.	02.01.01.047-0	Biópsia de Tireoide ou Paratireoide – PAAF (Até 5 nódulos)	23,73	186,27	210,00
6.	02.01.01.915-8	Por Nódulo Adjacente a partir do 6º Nódulo		70,00	70,00
7.		Punção de Tireoide com Agulha Fina - Coleta do Material		200,00	200,00
8.		Biópsia de Tireoide ou Paratireoide – Paaf P/Nódulo a Mais (Cisto) Orientada por Us		50,00	50,00

**LOTE XXII - EXAMES DE AUDIOLOGIA/OTOLOGIA**

Item	Código	Procedimento	Valor SUS R\$	Valor Compl. R\$	Total R\$
1.		Bera (Fonoaudiologia)		250,00	250,00
2.	02.11.07.021-1	Logaudiometria (Ldv, Irf, Lrf)	26,25		26,25
3.	02.11.07.020-3	Imitanciometria	23,00	17,00	40,00
4.	02.11.07.004-1	Audiometria Tonal Limiar (Via Aérea/Óssea)	21,00		21,00
5.	02.11.07.005-0	Avaliação Auditiva Comportamental	18,00		18,00
6.	02.11.07.002-5	Audiometria de Reforço Visual Vra (Via Aérea/Óssea)	21,00		21,00
7.	02.11.07.003-3	Audiometria em Campo Livre	20,13		20,13
8.		Audiometria Ocupacional			20,00

**LOTE XXIII - EXAMES DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA**

Item	Código	Procedimento	Valor SUS R\$	Valor Compl. R\$	Total R\$
1.		Consulta + Anestesia Para Ressonância		500,00	500,00
2.		Sedação Para Ressonância Magnética (Por Pcte)		1.100,00	1.100,00
3.		Contraste Para Ressonância Magnética (Por Pcte)		80,00	80,00
4.	02.07.01.001-3	Angiorressonância Cerebral	268,75	101,20	369,95
5.		Angiorressonância de Abdômen			369,95
6.		Angiorressonância de Região Pélvica			369,95
7.	02.07.03.003-0	Ressonância Magnética Membro Inferior (Unilateral)	268,75	101,20	369,95
8.	02.07.01.002-1	Ressonância Magnética de Articulação Têmporo - Mandibular (Bilateral)	268,75	101,20	369,95

9.	02.07.01.003-0	Ressonância Magnética da Coluna Cervical	268,75	101,20	369,95
10.	02.07.01.004-8	Ressonância Magnética da Coluna Lombo Sacra	268,75	101,20	369,95
11.	02.07.01.005-6	Ressonância Magnética da Coluna Torácica	268,75	101,20	369,95
12.	02.07.01.002-1	Ressonância Magnética de Atm (Bilateral)	268,75	101,20	369,95
13.	02.07.03.002-2	Ressonância Magnética de Bacia ou Pélvis	268,75	101,20	369,95
14.	02.07.02.002-7	Ressonância Magnética de Membro Superior (Unilateral)	268,75	101,20	369,95
15.	02.07.01.006-4	Ressonância Magnética de Crânio	268,75	101,20	369,95
16.	02.07.01.007-2	Ressonância Magnética de Sela Túrcica	268,75	101,20	369,95
17.		Ressonância Magnética / Orbita Ocular			369,95
18.	02.07.03.004-9	Ressonância Magnética de Vias Biliares	268,75	101,20	369,95
19.		Colangiressonancia		550,00	550,00
20.	02.07.03.001-4	Ressonância Magnética do Abdômen Superior	268,75	101,20	369,95
21.	02.07.02.003-5	Ressonância Magnética do Tórax	268,75	101,20	369,75
22.	02.07.02.001-9	Ressonância Magnética de Coração / Aorta C/ Cine	361,25	101,20	462,45
23.		Ressonância Magnética de Mama Bilateral com Contraste			900,00

**LOTE XXIV - EXAMES PARA MEDICINA NUCLEAR IN VIVO**

Item	Código	Procedimento	Valor SUS R\$	Valor Compl. R\$	Total R\$
1.	02.08.06.003-0	Cintilografia - Fluxo Sanguíneo Cerebral	119,16	143,64	262,80
2.	02.08.06.801-4	Cintilografia Cerebral Com Transportadores De Dopamina (Pesquisa De Parkinson)	438,01	2.864,99	3.303,00
3.	02.08.05.004-3	Cintilografia Com Gálio-67 - Focada/Segmento (Infecção/Osteomielite)	457,55	62,10	519,65
4.	02.08.09.916-3	Cintilografia Com Mibg (Metaiodo-benzilguanidina)	0,00	1.327,41	1.327,41

5.	02.08.05.001-9	Cintilografia de Articulações e/ou Extremidades e/ou Osso	0,00	199,00	199,00
6.	02.08.01.001-7	Cintilografia De Coração C/ Gálio 67	457,55	60,04	517,59
7.	02.08.03.916-8	Cintilografia De Corpo Inteiro - Pci Pesquisa Metástase Com Mibi (Sestamibi)	0,00	720,30	720,30
8.	02.08.09.001-0	Cintilografia De Corpo Inteiro C/ Gálio 67 P/ Pesquisa De Neoplasias (Tumor/Linfoma)	906,80	117,06	1.023,86
9.	02.08.02.001-2	Cintilografia De Fígado E Baço	133,26	62,83	196,09
10.	02.08.02.002-0	Cintilografia De Fígado E Vias Biliares	187,93	23,99	211,92
11.	02.08.09.002-9	Cintilografia de Glândula Lacrimal (Dacriocintilografia)	66,23	232,18	300,00
12.	02.08.02.003-9	Cintilografia de Glândulas Salivares C/ Ou S/ Estimulo	87,89	25,30	113,19
13.	02.08.07.902-7	Cintilografia de Inalação Pulmonar	0,00	617,00	617,00
14.	02.08.01.002-5	Cintilografia de Miocárdio P/ Avaliação da Perfusão Em Situação de Estresse (Mínimo 3 Projeções) Com Teste de Esforço / Teste Ergométrico	408,52	161,48	570,00
15.	02.08.01.003-3	Cintilografia de Miocárdio P/ Avaliação da Perfusão Em Situação de Repouso (Mínimo 3 Projeções)	383,07	100,56	483,63
16.	02.08.05.003-5	Cintilografia de Ossos C/ Ou S/ Fluxo Sanguíneo (Corpo Inteiro) Focada Com Mdp (Com Spect/Ct E/Ou Fluxo)	190,99	313,22	504,21
17.	02.08.03.001-8	Cintilografia de Paratireoides	324,54	45,90	370,44
18.	02.08.06.001-4	Cintilografia de Perfusão Cerebral	438,01	42,53	1.281,00
19.	02.08.06.901-4	Cintilografia de Perfusão Cerebral (Pesquisa De Alzheimer)	438,01	842,99	1.281,00
20.	02.08.07.004-4	Cintilografia de Perfusão Pulmonar + Inalatória ou Spect/Ct	130,50	579,51	710,01
21.	02.08.04.003-0	Cintilografia de Testículo e Bolsa Escrotal	108,94	14,54	123,48
22.	02.08.02.916-4	Cintilografia De Transito Intestinal Com Gálio-67 (5 Dias)	0,00	519,65	519,65
23.	02.08.02.916-5	Cintilografia De Transito Intestinal	0,00	452,76	452,76

		Com Tecnécio 99m (3 Dias)			
24.	02.08.07.002-8	Cintilografia Detecção Aspiração Pulmonar	127,51	88,58	216,09
25.	02.08.01.917-1	Cintilografia do Miocárdio Perfusão + Viabilidade Com Duplo Isótopo (Tálio)	0,00	1.188,50	1.188,50
26.	02.08.04.916-9	Cintilografia Estudo Renal Dinâmico - Dtpa - Com Diurético	0,00	329,28	329,28
27.	02.08.02.007-1	Cintilografia Esvaziamento Gástrico Com Tecnécio 99m	144,22	20,42	164,64
28.	02.08.01.005-0	Cintilografia P/ Avaliação de Fluxo Sanguíneo De Extremidades	114,02	75,98	190,00
29.	02.08.02.005-5	Cintilografia P/ Estudo de Transito Esofágico (Líquido)	135,38	18,97	154,35
30.	02.08.02.006-3	Cintilografia P/ Estudo de Transito Esofágico (Semissólido) Semi-Sólido	135,38	18,97	154,35
31.	02.08.02.008-0	Cintilografia P/ Pesquisa de Diverticulose de Meckel (C/ Spect/Ct)	114,86	18,91	133,77
32.	02.08.02.010-1	Cintilografia P/ Pesquisa de Hemorragia Digestiva Não Ativa / Cint Com Hemácias Não Ativa) / Pesquisa De Hemangioma	310,82	39,04	349,86
33.	02.08.02.011-0	Cintilografia P/ Pesquisa De Refluxo Gastroesofágico (Pesquisa De Refluxo Gástrico (Rge) (Gastroesofágico)	135,38	18,97	154,35
34.	02.08.03.004-2	Cintilografia Para Pesquisa De Corpo Inteiro ((Pci) Com Iodo-131)	338,70	62,61	401,31
35.	02.08.04.010-2	Cintilografia Renal Dinâmico - Dtpa	165,24	90,23	255,47
36.	02.08.04.917-0	Cintilografia Renal Dinâmico - Dtpa - (Précaptópril e Pós Captópril)	0,00	658,56	658,56
37.	02.08.04.005-6	Cintilografia Renal Estática – Dmsa	133,03	139,66	272,69
38.	02.08.02.916-7	Cintilografia Tireoide Com Duplo Isótopo (Tecnécio-99m + Iodo-131) + Captação Iodo-131	0,00	355,01	355,01
39.	02.08.02.916-6	Cintilografia Tireoide E/Ou Captação Tecnécio – 99m	0,00	195,51	195,51
40.	02.08.03.002-6	Cintilografia de Tireoide Com ou Sem Captação (Capt Iodo-131)	77,28	277,73	355,01
<b>LOTE XXV - EXAMES POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA</b>					
<b>Item</b>	<b>Código</b>	<b>Procedimento</b>	<b>Valor SUS</b>	<b>Valor</b>	<b>Total</b>

			<b>R\$</b>	<b>Compl. R\$</b>	<b>R\$</b>
1.	02.06.01.002-8	Tomografia Computadorizada de Coluna Lombo	101,10		101,10
2.	02.06.01.003-6	Tomografia Computadorizada Coluna Torácica	86,76		86,76
3.	02.06.01.006-0	Tomografia Computadorizada de Sela Túcica	97,44		97,44
4.	02.06.01.007-9	Tomografia Computadorizada de Crânio	97,44		97,44
5.	02.06.02.003-1	Tomografia Computadorizada do Tórax	136,41		136,41
6.	02.06.03.001-0	Tomografia Computadorizada do Abdômen Superior	138,63		138,63
7.	02.06.01.004-4	Tomografia Computadorizada de Face ou Seios de Face ou Articulações Têmporo - Mandibular	86,75		86,75
8.	02.06.03.003-7	Tomografia Computadorizada de Pelve ou Bacia	138,63		138,63
9.	02.06.01.005-2	Tomografia Computadorizada de Pescoço (Partes Moles, Laringe, Tireoide ou Paratireoide, e Faringe)	86,75		86,75
10.	02.06.02.002-3	Tomografia Computadorizada dos Segmentos Apendiculares (Braços, Antebraços, Coxas, Pernas, Mãos, Pés)	86,75		86,75
11.	02.06.01.008-7	Tomomielografia até Três Segmentos	138,63		138,63
12.	02.06.02.001-5	Tomografia Computadorizada das Articulações de Membro Superior	86,75		86,75
13.	02.06.03.002-9	Tomografia Computadorizada das Articulações de Membro Inferior	86,75		86,75
14.	02.06.01.009-5	Tomografia Por Emissão de Pósitrons (Pet Ct)	2.107,22		2.107,22
15.		Angiotomografia de Crânio		450,00	450,00
16.		Angiotomografia de Tórax		450,00	450,00
17.		Angiotomografia de Carótidas		450,00	450,00
18.		Angiotomografia Coronariana		1000,00	1.000,00
19.		Angiotomografia de Artéria Pulmonar (Tep)		450,00	450,00
20.		Angiotomografia de Artérias Renais		450,00	450,00
21.		Angiotomografia de Veia Cava e Iliac		450,00	450,00

		cas			
22.		Angiotomografia de Artérias Ilíacas		450,00	450,00
23.		Angiotomografia de Pescoço (Arterial ou Venoso)		450,00	450,00
24.		Angiotomografia de Pelve (Venosa ou Arterial)		450,00	450,00
25.		Angiotomografia de Pelve e Bacia		450,00	450,00
26.		Angiotomografia Aorta Torácica		450,00	450,00
27.		Angiotomografia Aorta Pulmonar		450,00	450,00
28.		Angiotomografia Aorta Abdominal		450,00	450,00
29.		Angiotomografia Aorta Torácica		450,00	450,00
30.		Angiotomografia Aorta Ilíaca		450,00	450,00
31.		Angiotomografia de Membro Inferior e Superior		450,00	450,00
<b>LOTE XXVI - APLICAÇÃO DE CONTRASTE RESSONÂNCIA E TOMOGRAFIA</b>					
Item	Código	Procedimento	Valor SUS R\$	Valor Compl. R\$	Total R\$
1.		Aplicação de Contraste em Procedimentos Diagnostico de Ressonância Magnética		80,00	80,00
<b>LOTE XXVII - ANESTESIA</b>					
Item	Código	Procedimento	Valor SUS R\$	Valor Compl. R\$	Total R\$
1.		Anestesia Regional		150,00	150,00
<b>LOTE XXVIII - PROCEDIMENTO REPARADOR SEM AIH</b>					
Item	Código	Procedimento	Valor SUS R\$	Valor Compl. R\$	Total R\$
1.	03.01.10.027-6	Curativo Especial (Realizados em Feridas Complexas, com uso de Elementos de Cobertura Adicionais) que consiste em curativos realizados em feridas complexas, com uso de elementos de cobertura adicionais à gaze como hidrocoloide (placas ou gel), alginatos e enzimas, na presença de exsudação considerável, perda significativa de tecido/necrose, maceração, processo inflamatório relevante ou outras caracte-		35,00	35,00

		rísticas locais que demandam avaliação mais qualificada e no geral determinam uma cicatrização mais lenta e difícil.			
2.		Laserterapia por Sessão		80,00	80,00
3.		Pequenas Cirurgias de Baixa Complexidade (Ambulatorial)		130,00	130,00
4,	04.03.05.900-1	Aplicação – Bloqueio Fenólico ou Com Toxina Botulínica “A”, de Pontos Motores, Não Incluso a Medicação (Por Ponto de Aplicação)		50,00	50,00
<b>LOTE XXIX - PRÓTESE DENTÁRIA – PACOTE</b>					
Item	Código	Procedimento	Valor SUS R\$	Valor Compl. R\$	Total R\$
1.	07.01.07.012-9	<b>PRÓTESE TOTAL MANDIBULAR</b>	150,00	310,00	460,00
		Inclui Placa de Mordida, Montagem, Ceroplastia, Prensagem e Acrilização. Inclui Serviços Clínicos: Consulta Com Cirurgião Dentista Para Moldagem, Moldagem Para Confecção de Modelo de Trabalho, Consulta Para Retirada da Mordida e Escolha da Cor, Confecção do Modelo de Trabalho e Se Necessário, Nova Prova de Mordida, Consulta Para Prova dos Dentes, Consulta e Entrega da Prótese e Ajustes, Sendo Entregue Devidamente Polida e Pronta Para Uso			
2.	07.01.07.013-7	<b>PRÓTESE TOTAL MAXILAR</b>	150,00	310,00	460,00
		Inclui Placa de Mordida, Montagem, Ceroplastia, Prensagem e Acrilização. Inclui Serviços Clínicos: Consulta com Cirurgião Dentista Para Moldagem, Moldagem Para Confecção de Modelo de Trabalho, Consulta para Retirada da Mordida e Escolha da Cor, Confecção do Modelo de Trabalho e se Necessário, Nova Prova de Mordida, Consulta Para Prova dos Dentes, Consulta e Entrega Da Prótese e Ajustes, Sendo Entregue Devidamente Polida e Pronta Para Uso			
3.	07.01.07.010-2	<b>PRÓTESE PARCIAL MAXILAR REMOVÍVEL - ESTRUTURA</b>	150,00	390,00	540,00



Item	Código SUS	Procedimento	Valor SUS R\$	Valor Compl. R\$	Total R\$
		<b>ACRÍLICA - UNITÁRIA</b>			
		Inclui Placa de Mordida, Montagem, Ceroplastia, Prensagem e Acrilização. Inclui Serviços Clínicos: Consulta Com Cirurgião Dentista Para Moldagem, Moldagem Para Confecção de Modelo de Trabalho, Consulta Para Retirada da Mordida e Escolha da Cor, Confecção do Modelo de Trabalho e se Necessário, Nova Prova de Mordida, Consulta Para Prova dos Dentes, Consulta e Entrega da Prótese e Ajustes, Sendo Entregue Devidamente Polida e Pronta Para Uso			
4.	07.01.07.009-9	<b>PRÓTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVÍVEL ESTRUTURA ACRÍLICA - UNITÁRIA</b>	150,00	390,00	540,00
		Inclui placa de mordida, montagem, ceroplastia, prensagem e acrilização. inclui serviços clínicos: consulta com cirurgião dentista para moldagem, moldagem para confecção de modelo de trabalho, consulta para retirada da mordida e escolha da cor, confecção do modelo de trabalho e se necessário, nova prova de mordida, consulta para prova dos dentes, consulta e entrega da prótese e ajustes, sendo entregue devidamente polida e pronta para uso			
<b>LOTE XXX - PROCEDIMENTOS PARA CONFECÇÃO DE PRÓTESE INDIVIDUALIZADA</b>					
Item	Código SUS	Procedimento	Valor SUS R\$	Valor Compl. R\$	Total R\$
1.	07.01.07.012-9	Confecção de Próteses Dentárias – Prótese Total Mandibular	150,00	100,00	250,00
2.	07.01.07.013-7	Confecção de Próteses Dentárias - Prótese Total Maxilar.	150,00	100,00	250,00
3.	07.01.07.009-9	Confecção de Próteses Dentárias - Prótese Parcial Mandibular Removível a grampo.	150,00	180,00	330,00
4.	070.107.010-2	Confecção de próteses dentárias - prótese parcial maxilar removível a grampo.	150,00	180,00	330,00



5.	070 .10 7.0 10- 2	Confecção de Próteses Dentárias - Prótese parcial mandibular provisória.	24,15	155,85	180,00
6.	070.107.900-1	Confecção de Próteses Dentárias - Prótese parcial maxilar provisória.	24,15	155,85	180,00
7.	030.704.900-1	Conserto em Próteses Totais/Parciais Mandibulares, Maxilares e Parciais Removíveis		80,00	80,00
8.	03.07.04.008-9	Reembasamento e Conserto de Prótese Dentária	1,16	88,84	90,00
9.	030.101.900-1	Consulta Odontológica para Prótese		40,00	40,00
10.	030.704.007-0	Moldagem para construção de Prótese Dentária		40,00	40,00
11.	030.704.900-5	Prova do Plano de Cera (Rodete de Cera)		40,00	40,00
12.	030.704.900-6	Prova dos dentes para Prótese Dentária		40,00	40,00
13.	03.07.04.013-5	Cimentação de Prótese Dentária		40,00	40,00
14.	030.704.014-3	Adaptação de Prótese Dentária		40,00	40,00
15.	030.704.014-3	Instalação de Prótese Dentária		40,00	40,00
<b>LOTE XXXI - PROCEDIMENTOS DE ENDODONTIA - ENDODONTISTA</b>					
Item	Código SUS	Procedimento	Valor SUS R\$	Valor Compl. R\$	Total R\$
1.	03.07.02.004-5	Obturação em Dente Permanente Birradicular (Consulta, Obturação, Restauração Final e 2 - 4 RX / Incluindo R-X Final)	5,71	274,29	280,00
2.	03.07.02.005-3	Obturação em Dente Permanente C/ Três ou Mais Raízes (Consulta, Obturação, Restauração Final E 2 - 4 RX / Incluindo RX Final)	6,95	393,05	400,00
3.	03.07.02.006-1	Obturação em Dente Permanente Unirradicular (Consulta, Obturação, Restauração Final E 2 - 4 RX / Incluindo RX Final).	4,41	245,59	250,00

4.	03.07.02.008-8	Retratamento Endodôntico em Dente Permanente Birradicular (Consulta, Desobturação, Obturação, Restauração Final E 2 - 4 RX / Incluindo RX Final).	5,71	494,29	500,00
5.	03.07.02.009-6	Retratamento Endodôntico em Dente Permanente C/3 ou Mais Raízes (Consulta, Desobturação, Obturação, Restauração Final E 2 - 4 RX / Incluindo RX Final).	6,95	593,05	600,00
6.	03.07.02.010-0	Retratamento Endodôntico em Dente Permanente Unirradicular (Consulta, Desobturação, Obturação, Restauração Final E 2 - 4 RX / Incluindo RX Final).	4,41	395,59	400,00
<b>LOTE XXXII - PROCEDIMENTOS DE CIRURGIA ORAL (BUCOMAXILOFACIAL)</b>					
<b>Item</b>	<b>Código SUS</b>	<b>Procedimento</b>	<b>Valor SUS R\$</b>	<b>Valor Compl. R\$</b>	<b>Total R\$</b>
1.	02.01.01.023-2	Biópsia de Glândula Salivar (Coleta: Retirada de Fragmentos de Tecido de Glândula Salivar Para Exame Histopatológico - Coleta de Material Por Meio de Punção/Biópsia) (Com Entrega da Peça Em Recipiente Específico Embebido Em Formol, Ao Paciente Ou Laboratório, Para Posterior Biópsia Conforme Conduta do Município)	31,27	218,73	250,00
2.	02.01.01.034-8	Biópsia de Osso do Crânio e da Face (Coleta: Retirada de Fragmentos de Ossos do Crânio e da Face, Para Exame Histopatológico - Coleta de Material Por Meio de Punção/Biópsia)	23,99	276,01	300,00
3.	02.01.01.052-6	Exerése* de Lesão de Tecidos Moles (Exerése de Lesão de Tecidos Moles e Entrega da Peça em Recipiente Específico Embebido em Formol, ao Responsável Pelo Paciente, Para Posterior Biópsia Laboratorial Conforme Conduta do Município). Coleta de Material Por Meio de Punção/Biópsia *Somente o Serviço do Prestador em	21,56	218,44	240,00

		Coletar o Material.			
4.		Biópsia de Tecidos Moles (Tecidos Moles em Recipiente Específico Embebido em Formol). Realização do Exame Anatomopatológico e Laudo, Por Peça.		40,00	40,00
5.	03.07.01.005-8	Tratamento de Nevralgias Faciais	10,82	239,18	250,00
6.	04.14.01.034-5	Excisão de Cálculo de Glândula Salivar (Bucamaxilo)	18,72	581,28	600,00
7.	04.14.01.036-1	Exérese de Cisto Odontogênico e Não-Odontogênico (Com Entrega da Peça em Recipiente Específico Embebido em Formol, ao Paciente ou Laboratório, Para Posterior Biópsia Conforme Conduta do Município). (Bucamaxilo)	35,53	314,47	350,00
8.	04.14.01.038-8	Tratamento Cirúrgico de Fístula Intra /Extraoral (Por Atendimento)	19,18	480,82	500,00
9.	04.01.01.008-2	Frenéctomia		250,00	250,00
10.	04.01.01.008-2	Frenotomia		250,00	250,00
11.	04.04.02.008-9	Excisão de Rânula ou Fenômeno de Retenção Salivar	156,17	143,83	150,00
12.	04.04.02.009-7	Excisão e Sutura de Lesão na Boca	28,00	272,00	300,00
13.	04.14.02.002-2	Apicectomia Com ou Sem Obturação Retrógrada	21,92	378,08	400,00
14.	04.14.02.020-0	Marsupialização de Cistos e Pseudocistos	15,02	534,98	550,00
15.		Remoção de Dente Retido 3º Molar (Incluso / Impactado/ Parcialmente Incluso) (Os Encaminhamentos Serão Enviados Juntamente Com RX Panorâmico. Se O Especialista Considerar Necessário a Tomografia, o Mesmo Emite a Solicitação Para Que o Município Conduza o Exame Conforme Fluxo Interno), Por Dente.		300,00	300,00
16.		Remoção de Dente Retido Exceto 3º Molar (Incluso / Impactado / Parcialmente Incluso) (Os Encaminhamentos Serão Enviados Juntamente Com RX Panorâmico. Se o Especialista Considerar Necessário a Tomografia, o Mesmo Emite a Solicitação Para que o		300,00	300,00

		Município Conduza o Exame Conforme Fluxo Interno), Por Dente.			
17.		Colagem de Dispositivo Para Tracionamento de Dente Incluso Exceto 3º Molar (Incluso / Impactado / Parcialmente Incluso) (Os Encaminhamentos Serão Enviados Juntamente Com RX Panorâmico. Se o Especialista Considerar Necessário a Tomografia, o Mesmo Emite a Solicitação Para Que o Município Conduza o Exame Conforme Fluxo Interno), Por Dente.		250,00	250,00
18.	04.14.02.029-4	Remoção de Tórus e Exostoses	11,36	288,64	300,00
19.		Tratamento de Osteorradionecrose e Osteonecrose (Tratamento Clínico Não Cirúrgico)		250,00	250,00
<b>LOTE XXXIII - CONSULTA ESPECIALIZADA</b>					
<b>Item</b>	<b>Código SUS</b>	<b>Procedimento</b>	<b>Valor SUS R\$</b>	<b>Valor Compl. R\$</b>	<b>Total R\$</b>
1.		Consulta Especializada em Bucomaxilo - Facial		120,00	120,00
2.		Consulta Especializada em Odontologia		80,00	80,00
<b>LOTE XXXIV - EXAMES DE IMAGENS E OUTROS PROCEDIMENTOS</b>					
<b>Item</b>	<b>Código SUS</b>	<b>Procedimento</b>	<b>Valor SUS R\$</b>	<b>Valor Compl. R\$</b>	<b>Total R\$</b>
1.	02.04.01.022-5	Radiografia periapical		15,00	15,00
2.	02.04.01.021-7	Radiografia interproximal		15,00	15,00
3.	02.04.01.016-0	Radiografia oclusal por arcada	3,51	16,49	20,00
4.	02.04.01.017-9	Radiografia Panorâmica	9,03	35,97	45,00
5.	02.04.01.020-9	Teleradiografia de perfil com traçados e sem traçados	6,44	38,56	45,00
6.		Levantamento periapical radiografia todos os dentes	24,50	145,50	170,00
7.	02.06.01.004-4	Tomografia Computadorizada – Cone Bean de 1 elemento dental	86,75	53,25	140,00
8.	020.061.004-4	Tomografia Computadorizada – Cone Bean de 2 (dois) elemento dental do mesmo lado hemiarco.	86,75	58,25	145,00

9.	02.06.01.004-4	Tomografia Computadorizada – Cone Bean por região mais de 2 (dois) elemento dental do mesmo lado do hemiarco.	86,75	73,25	160,00
10.	02.06.01.004-4	Tomografia Computadorizada – Cone Bean por região mais de 2 (dois) elemento dental em lados opostos do hemiarco.	86,75	88,25	175,00
11.		Tomografia Computadorizada – Cone Bean de mandíbula ou maxila (cada)	86,75	63,25	150,00
12.		Tomografia Computadorizada – Cone Bean de Mandíbula e Maxila (2 arcadas)	86,75	208,25	295,00
13.		Tomografia Computadorizada – Cone Bean de ATM Unilateral	86,75	73,25	160,00
14.		Tomografia Comp – Cone Bean de 1 ATM Unilateral	86,75	148,25	235,00
15.		Teleradiografia de Perfil Traçado	6,44	48,56	55,00
16.		Biópsia de Tecidos Moles (Tecidos Moles em Recipiente Específico Embebido em Formol). Realização Do Exame Anatomopatológico e Laudo, Por Peça.		40,00	40,00
17.		Biópsia de Tecidos Moles, Realizado Por Dentista Patologista . (Tecidos Moles em Recipiente Específico Embebido em Formol). Realização Do Exame Anatomopatológico e Laudo, Por Peça e Lâmina.		40,00	40,00