

## ANEXO I.

### VALORES E PROCEDIMENTOS.

PLANILHA DE PACOTES/PROCEDIMENTOS PRO-SAÚDE			
TABELA – OFTALMOLOGIA			
ORDEM	CÓDIGO	NOME DO PROCEDIMENTO	VALOR
1	90.03.003-5*	PACOTE DE PTERIGIO SEM COLA	R\$ 800,00
2	90.03.006-0*	PACOTE DE TRANSPLANTE DE CONJUNTIVA	R\$ 799,67
3	90.04.006-5*	PACOTE DE SUTURA DE CORNEA	R\$ 1.008,29
4	90.05.002-8*	PACOTE DE RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	R\$ 900,00
5	90.06.004-0*	PACOTE DE FACECTOMIA (CATARATA) POR FAÇOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR NACIONAL	R\$ 3.000,00
9	90.06.005-8*	PACOTE DE IMPLANTE SECUNDÁRIO LIO	R\$ 1.700,00
7	90.08.002-4*	PACOTE DE RESECCÃO DE TUMOR	R\$ 780,00
8	90.12.003-4*	PACOTE DE TUMOR DE ÓRBITA	R\$ 1.700,00
9	90.13.005-6*	PACOTE DE CALÁZIO	R\$ 582,42
10	90.15.005-7*	PACOTE DE SONDAGEM LACRIMAL	R\$ 770,00
11	90.30.708-2*	RETIRADA DE ÓLEO DE SILICONE VPP+REOP. S/REIMPLANTE DE ÓLEO	R\$ 3.523,81
12	90.30.712-0*	PACOTE DE VITRECTOMIA VPP+ENDOLASER+RETINOPEXIA+IMPLANTE DE ÓLEO (COPARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO DE 20%)	R\$ 3.919,51
13	90.31.213-2*	PACOTE DE TRATAMENTO OCULAR COM OZURDEX – (COPARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO DE 20%)	R\$ 4.155,00
14	91.30.712-0*	PACOTE DE VITRECTOMIA VPP+ENDOLASER+RETINOPEXIA+GAS (COPARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO DE 20%)	R\$ 3.531,60

#### Observações:

1- Nos pacotes de procedimentos oftalmológicos acima descritos, já estão inclusos: diárias, taxas, materiais, medicações e honorários médicos, OPME, anestesia.

2- Para procedimento de facectomia (catarata), coparticipação de R\$ 60,00 referente a 20% da lente intra.

TABELA – GASTROENTEROLOGIA/COLOPROCTOLOGIA			
ORDEM	CÓDIGO	NOME DO PROCEDIMENTO	VALOR
1	70.20.108-2	PACOTE DE COLONOSCOPIA	R\$ 500,00
2	70.20.117-1	PACOTE DE RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXIVEL	R\$ 265,00
3	70.20.118-0	PACOTE DE RETOSSIGMOIDOSCOPIA RÍGIDA	R\$ 85,00
4	80.20.203-8	PACOTE DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA/BÍOPIA E/OU CITOLOGIA	R\$ 260,00

#### Observações:

1. Pacotes de endoscopia, colonoscopia e retossigmoidoscopia acima descritos, já estão inclusos: taxas, materiais, medicações e honorários médicos. Para a realização de polipectomia concomitante com endoscopia e colonoscopia, o valor dos honorários médicos da endoscopia colonoscopia serão excluídos do pacote, sendo assim, pago o valor total do honorário médico da polipectomia.

2. Seguindo Regra da CBHPM, em suas diretrizes de pagamento, na realização de dois procedimentos de polipectomia (Exemplo: Polipectomia de colo e gastro), será pago 100% do honorário médico de um procedimento e 70% do honorário médico do segundo procedimento, seguindo as regras de via de acesso. 3. Utilização de OPME será cobrado 80% Pró Saúde e 20% Usuário.

4. Para cobrança de materiais de insumo comum, para procedimentos que não tem pacotes, os valores serão pagos conforme tabela Própria.

TABELA - OUTROS			
ORDEM	CÓDIGO	NOME DO PROCEDIMENTO	VALOR
1	20.10.207-0	TESTE DE INCLINAÇÃO ORTOSTÁTICA (TILT TEST)	R\$ 250,00
2	40.80.605-7*	ESÓFAGO-HIATO-ESTOMAGO E DUO	R\$250,00
3	40.80.705-3	URETRICISTOGRAFIA (ADULTO) ACIMA DE 12 ANOS	R\$ 280,00
4	40.80.903-0	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	R\$ 400,00
5	40.80.909-9	PACOTE PUNÇÃO BIÓPSIA ASPIRATIVA DE ÓRGÃOS OU ESTRUT., ORIENTADO POR RX, US OU CT - (INCLUI: MATERIAL, MEDICAÇÃO E HON. MÉD) ACRESCENTAR E.B.	R\$ 236,00
6	40.90.126-2*	U.S. MORFOLOGICO	R\$190,00
7	41.40.137-9	PACOTE PRICK TESTE - INALANTES (10 SUBSTÂNCIAS) - (INCLUI: MATERIAL, MEDICAÇÃO E HONORÁRIOS MÉDICOS)	R\$ 46,00
8	41.40.138-0*	PACOTE PRICK TESTE - ALIMENTOS (22 SUBSTÂNCIAS) - (INCLUI: MATERIAL, MEDICAÇÃO E HONORÁRIOS MÉDICOS)	R\$ 90,00
9	41.40.142-5	PACOTE PACH TESTE - PADRÃO (30 SUBSTÂNCIAS) - (INCLUI: MATERIAL, MEDICAÇÃO E HONORÁRIOS MÉDICOS)	R\$ 150,00
10	41.40.142-6*	PACOTE PACH TESTE - PADRÃO (40 SUBSTÂNCIAS) - (INCLUI: MATERIAL, MEDICAÇÃO E HONORÁRIOS MÉDICOS)	R\$ 180,00
11	40.10.352-8	POLISSONOGRAMA DE NOITE INTEIRA (PSG) (INCLUI POLISSONOGRAMAS) - COPARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO DE 20%	R\$ 600,00
12	40.10.354-4	POLISSONOGRAMA COM TESTE DE CPAP NASAL - COPARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO DE 20%	R\$ 600,00
13	57.00.000-0*	PACOTE NEFROLITOTRIPSIA EXTERNA POR ONDAS DE CHOQUE (MAT/MED/OXIGÊNIO/PORTE DA SALA V/HONORÁRIO CIRURGIÃO E TX. DE APARELHO)	R\$ 1.600,46
14	60.00.000-0*	PACOTE DE OTORRINOLARINGOLOGIA (INCLUI 6 EXAMES EM UM SO)	R\$ 250,00
15	90.00.507-1*	PACOTE BIÓPSIA HEPÁTICA TRANSPARIETAL GUIADA POR ULTRASSOM - (INCLUI: MATERIAL, MEDICAÇÃO, HONORÁRIO MÉDICO E EXAME DE BASE U.S.)	R\$ 700,00
16	90.08.019-4*	PACOTE CESÁRIA/VIA BAIXA - (PCTE. DE HONORÁRIO MÉDICO CIRURGIÃO+AUXILIAR)	R\$1.300,00
17	90.80.809-2*	PACOTE BIÓPSIA PERC. DE FRAGMENTO MAMÁRIO (CORE BIOPSY) ORIENT. P/ U.S. OU RX - (INCLUI: MATERIAL, MEDICAÇÃO, HON. MÉDICO) ACRESCENTAR E.B.	R\$ 550,00
18		PORTE ANESTÉSICO 1 (HONORÁRIO ANESTESISTA)	R\$ 216,00
19		PORTE ANESTÉSICO 2 (HONORÁRIO ANESTESISTA)	R\$ 302,40
20		PORTE ANESTÉSICO 3 (HONORÁRIO ANESTESISTA)	R\$ 388,80
21		PORTE ANESTÉSICO 4 (HONORÁRIO ANESTESISTA)	R\$475,20
22		PORTE ANESTÉSICO 5 (HONORÁRIO ANESTESISTA)	R\$ 648,00
23		PORTE ANESTÉSICO 6 (HONORÁRIO ANESTESISTA)	R\$ 864,00
24		PORTE ANESTÉSICO 7 (HONORÁRIO ANESTESISTA)	R\$ 1.296,00
25		PORTE ANESTÉSICO 8 (HONORÁRIO ANESTESISTA)	R\$ 1.468,80

### Observações:

- 1- Pacote de biópsia hepática guiado por U.S tem coparticipação do usuário de 20%;
- 2- Os portes anestésicos sofrerão acréscimo de 30% nos casos de cirurgia de urgência;
- 3- Os códigos com asteriscos (\*) na frente, são códigos criados.
- 4- Os procedimentos raliados a nível ambulatorial, sem necessidade de centro cirúrgico e sem necessidade de participação de anestesista, independente das quantidades de procedimentos realizados, será pago valor de R\$50,00 referente a taxa de sala de procedimentos ambulatoriais.

TABELA - EXAMES RADIOLÓGICOS (TOMOGRAFIA)				
CÓDIGO CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	VALOR TOTAL	PACIENTE (20%)	PRO SAÚDE (80%)
41001010	TC CRÂNIO OU SELA TÚRSICA OU ÓRBITAS	R\$ 243,14	R\$ 48,63	R\$ 194,51
41001028	TC DE MASTOÍDES OU ORELHAS	R\$ 243,14	R\$ 48,63	R\$ 194,51
41001036	TC DE FACE OU SEIOS DA FACE	R\$ 243,14	R\$ 48,63	R\$ 194,51
41001044	ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULARES	R\$ 243,14	R\$ 48,63	R\$ 194,51
41001060	TC PESCOÇO (PARTES MOLES, LARINGE, TIREÓIDE E FARINGE)	R\$ 243,14	R\$ 48,63	R\$ 194,51
41001079	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX	R\$ 243,14	R\$ 48,63	R\$ 194,51
41001095	TC ABDOMEN TOTAL (ABDOMEN SUPERIOR, PELVE E RETROPERITONEO)	R\$ 486,29	R\$ 97,26	R\$ 389,03
41001109	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 243,14	R\$ 48,63	R\$ 194,51
41001117	TC DE PELVE OU BACIA	R\$ 243,14	R\$ 48,63	R\$ 194,51
41001125	TC COLUNA CERVICAL OU DORSAL OU LOMBAR (ATÉ 3 SEGMENTOS)	R\$ 243,14	R\$ 48,63	R\$ 194,51
41001141	TC DAS ARTICULAÇÃO (ESTERNOCLAVICULAR, OU OMBRO OU COTOVELO OU PUNHO OU SACROILÍACAS OU COXOFEMORAL, OU JOELHO OU PÉ) - UNILATERAL	R\$ 243,14	R\$ 48,63	R\$ 194,51
41001150	TC SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO OU ANTEBRAÇO OU MÃO OU COXA OU PERNA OU PÉ).	R\$ 243,14	R\$ 48,63	R\$ 194,51
41001168	ANGIOTOMOGRAFIA (CRÂNIO, PESCOÇO, TORAX, ABDOME SUPERIOR OU PELVE) ARTERIAL OU VENOSA	R\$ 575,00	R\$ 115,00	R\$ 460,00
41001176	ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA TORÁCICA	R\$ 575,00	R\$ 115,00	R\$ 460,00
41001184	ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL	R\$ 575,00	R\$ 115,00	R\$ 460,00

41002016	TOMOMIELOGRAFIA (ATÉ 3 SEGMENTOS) - ACRESCENTAR A TC DA COLUNA E INCLUIR A PUNÇÃO)	R\$ 57,50	R\$ 11,50	R\$ 46,00
----------	--	-----------	-----------	-----------

**Observações:**

1- Nos exames acima já estão inclusos filme, custo operacional e honorários, não estão inclusos contrastes caso haja utilização (ver tabela abaixo).

2- Caso necessite de contraste, o prestador deverá anexar o valor dele na guia autorizada.

VALORES CONTRASTES (INCLUSO MAT/MED NECESSARIO PARA REALIZAÇÃO DO EXAME)	
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	R\$ 50,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ABDOMEN TOTAL	R\$ 50,00
ANGIOTOMOGRAFIA	R\$ 100,00
DEMAIS TOMOGRAFIAS COMPUTADORIZADAS	R\$ 38,57

Tomografias: Quando solicitado exame de 02 ou mais áreas, será pago 100% do exame de maior valor e 70% do exame de menor valor.

TABELA EXAMES RADIOLOGICOS (RESSONANCIA)				
CÓDIGO CBHPM	PROCEDIMENTO	VALOR TOTAL	PACIENTE (20%)	PRO SAÚDE (80)
41101014	RM DE CRÂNIO (ENCÉFALO)	R\$ 632,50	R\$ 126,50	R\$ 506,00
41101022	RN DE SELA TÚRCICA (HIPÓFISE)	R\$ 632,50	R\$ 126,50	R\$ 506,00
41101057	PERFUSÃO CEREBRAL POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	R\$ 230,00	R\$ 46,00	R\$ 184,00
41101065	ESPECTROSCOPIA POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	R\$ 230,00	R\$ 46,00	R\$ 184,00
41101073	RM DE ÓRBITA BILATERAL	R\$ 632,50	R\$ 126,50	R\$ 506,00
41101103	RM DE ATM (ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR - BILATERAL)	R\$ 632,50	R\$ 126,50	R\$ 506,00
41101111	RM DE PESCOÇO (NASOFARINGE, OROFARINGE, LARINGE, TRAQUÉIA, TIREÓIDE, PARATIREÓIDE)	R\$ 632,50	R\$ 126,50	R\$ 506,00
41101120	RM DE TÓRAX (MEDIÁSTINO, PULMÃO, PAREDE TORÁCICA)	R\$ 632,50	R\$ 126,50	R\$ 506,00
41101162	RM DE MAMA (BILATERAL)	R\$ 632,50	R\$ 126,50	R\$ 506,00
41101170	RM DE ABDOME SUPERIOR (FÍGADO, PÂNCREAS, BAÇO, RINS, SUPRA-RENAIS, RETROPERITÔNIO)	R\$ 632,50	R\$ 126,50	R\$ 506,00
41101189	RM DE PELVE (NÃO INCLUI ARTICULAÇÕES COXOFEMORAIS)	R\$ 632,50	R\$ 126,50	R\$ 506,00
41101227	RM DE COLUNA CERVICAL OU DORSAL OU LOMBAR	R\$ 632,50	R\$ 126,50	R\$ 506,00
41101235	FLUXO LIQUÓRICO (COMO COMPLEMENTAR)	R\$ 183,59	R\$ 36,72	R\$ 146,87
41101243	RM PLEXO BRAQUIAL (DESFILADEIRO TORÁCICO) OU LOMBOSSACRAL (NÃO INCLUI COLUNA CERVICAL OU LOMBAR)	R\$ 632,50	R\$ 126,50	R\$ 506,00
41101278	BACIA (ARTICULAÇÕES SACROILÍACAS)	R\$ 632,50	R\$ 126,50	R\$ 506,00
41101294	RM DA PERNA (UNILATERAL)	R\$ 632,50	R\$ 126,50	R\$ 506,00
41101308	RM DE PÉ (ANTEPÉ) - NÃO INCLUI TORNOZELO	R\$ 632,50	R\$ 126,50	R\$ 506,00

41101316	RM ARTICULAR (POR ARTICULAÇÃO: COXO FEMURAL - BILATERAL, OMBRO OU COTOVELO OU PUNHO OU JOELHO - UNILATERAL)	R\$ 632,50	R\$ 126,50	R\$ 506,00
41101324	ANGIO-RM POR SEGMENTO (CRÂNIO OU PESCOÇO OU TÓRAX OU ABDOME SUPERIOR OU PELVE) - ARTERIAL OU VENOSA	R\$ 690,00	R\$ 138,00	R\$ 552,00
41101332	ANGIO-RM DE AORTA TORÁCICA	R\$ 1.265,00	R\$ 253,00	R\$ 1.012,00
41101340	ANGIO-RM DE AORTA ABDOMINAL	R\$ 1.265,00	R\$ 253,00	R\$ 1.012,00
41101359	HIDRO-RM (COLÂNGIO-RM OU URO-RM OU MIELO-RM OU SIALO-RM OU CISTOGRAFIA POR RM)	R\$ 632,50	R\$ 126,50	R\$ 506,00
30020049 *	ANGIO-RM DE CARÓTIDAS E VERTEBRAIS	R\$ 1.265,00	R\$ 253,00	R\$ 1.012,00
36010308 *	ANGIO-RM VASOS CEREBRAIS	R\$ 862,50	R\$ 172,50	R\$ 690,00
36020014 *	ANGIO-RM (DE MEMBROS INFERIORES) UNILATERAL	R\$ 632,50	R\$ 126,50	R\$ 506,00
36020057 *	ANGIO-RM DE ARTERIAS RENAIS	R\$ 1.265,00	R\$ 253,00	R\$ 1.012,00

### Observações:

- 1- Os valores acima já estão inclusos contrastes e insumos.
- 2- Caso necessário, o uso justificado com relatório médico do primovist, o valor do contraste será complementado em R\$200,79;
- 3- Os exames com asterisco (\*) não tem codificação de referência na cbhpm (código criado)
- 4- Caso necessite de sedação, o prestador deverá anexar o valor dela na guia autorizada

VALOR DE SEDAÇÃO (INCLUSO MAT/MED E TAXAS NECESSÁRIOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES)	
RESSONANCIA NO GERAL	R\$ 550,00

### Observações:

Ressonância: Quando solicitado exame de 02 ou mais áreas, será pago 100% do exame de maior valor e 80% do exame de menor valor

TABELA EXAMES RADIOLÓGICOS (DOPPLER)				
CÓDIGO CBHPM	PROCEDIMENTO	VALOR TOTAL	PACIENTE (20%)	PRO SAÚDE (80)
40.90.148-3	DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO INFERI	R\$ 270,00	R\$ 54,00	R\$ 216,00
40.90.146-7	DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO SUPERI	R\$ 270,00	R\$ 54,00	R\$ 216,00
40.90.147-5	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO INFE	R\$ 270,00	R\$ 54,00	R\$ 216,00
40.90.136-0	DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS ARTE	R\$ 270,00	R\$ 54,00	R\$ 216,00

Código	TABELA EXAMES RADIOLÓGICOS (OUTROS)	PRO-SAÚDE
40.90.115-7	APARELHO URINARIO FEMININO (RINS, URETER)	R\$ 90,00
40.90.116-5	APARELHO URINARIO MASCULINO (RINS, URETE)	R\$ 100,00
40.80.116-0	ARCADA DENTARIA (POR ARCADA)	R\$ 28,00
40.80.110-1	ARCOS ZIGOMATICOS OU MALAR OU APOFISES E	R\$ 28,00
40.80.306-6	ARTICULACAO ACROMIOCLAVICULAR	R\$ 28,00
40.80.403-8	ARTICULACAO COXOFEMORAL (QUADRIL)	R\$ 28,00
40.80.307-4	ARTICULACAO ESCAPULOMERAL (OMBRO)	R\$ 28,00
40.80.302-3	ARTICULACAO ESTERNOCLAVICULAR	R\$ 28,00
40.80.111-0	ARTICULACAO TEMPOROMANDIBULAR – BILATERA	R\$ 28,00
40.80.408-9	ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)	R\$ 28,00
40.80.402-0	ARTICULACOES SACROILIACAS	R\$ 28,00
40.90.122-0	ARTICULAR (POR ARTICULACAO)	R\$ 90,00
40.80.401-1	BACIA	R\$ 28,00
40.80.308-2	BRACO	R\$ 28,00
40.80.410-0	CALCANEIO	R\$ 28,00
40.80.304-0	CLAVICULA	R\$ 28,00
40.80.201-9	COLUNA CERVICAL – 3 INCIDENCIAS	R\$ 28,00
40.80.202-7	COLUNA CERVICAL – 5 INCIDENCIAS	R\$ 38,00
40.80.203-5	COLUNA DORSAL – 2 INCIDENCIAS	R\$ 28,00
40.80.204-3	COLUNA DORSAL – 4 INCIDENCIAS	R\$ 38,00
40.80.208-6	COLUNA DORSO-LOMBAR PARA ESCOLIOSE	R\$ 38,00
40.80.206-0	COLUNA LOMBO-SACRA – 5 INCIDENCIAS	R\$ 38,00
40.80.205-1	COLUNA LOMBO-SACRA -3 INCIDENCIAS	R\$ 28,00
40.80.209-4	COLUNA TOTAL PARA ESCOLIOSE (TELESPONDIL)	R\$ 50,00
40.80.303-1	COSTELAS – POR HEMITORAX	R\$ 28,00
40.80.309-0	COTOVELO	R\$ 28,00
40.80.404-6	COXA	R\$ 28,00
40.80.101-2	CRANIO – 2 INCIDENCIAS	R\$ 28,00
40.80.102-0	CRANIO – 3 INCIDENCIAS	R\$ 28,00
40.80.103-9	CRANIO – 4 INCIDENCIAS	R\$ 38,00
40.90.110-6	ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO	R\$ 235,97
40.80.301-5	ESTERNO	R\$ 28,00
40.90.121-1	ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (CERVICAL OU AXI	R\$ 68,00
40.90.103-3	GLANDULAS SALIVARES (TODAS)	R\$ 80,00
40.80.405-4	JOELHO	R\$ 28,00

40.80.507-7	LARINGE OU HIPOFARINGE OU PESCOCO (PARTE	R\$	28,00
40.90.111-4	MAMAS	R\$	80,00
40.80.312-0	MAO OU QUIRODACTILO	R\$	28,00
40.80.108-0	MAXILAR INFERIOR	R\$	28,00
40.90.123-8	OBSTETRICA	R\$	68,00
40.90.129-7	OBSTETRICA 1º TRIMESTRE (ENDOVAGINAL)	R\$	150,00
40.90.124-6	OBSTETRICA CONVENCIONAL COM DOPPLER COLO	R\$	160,00
40.90.128-9	OBSTETRICA GESTACAO MULTIPLA COM DOPPLER	R\$	90,36
40.90.127-0	OBSTETRICA GESTACAO MULTIPLA: CADA FETO	R\$	48,46
40.80.305-8	OMOPLATA OU ESCAPULA	R\$	28,00
40.80.105-5	ORBITAS – BILATERAL	R\$	28,00
40.80.104-7	ORELHA, MASTOIDES OU ROCHELOS – BILATER	R\$	48,00
40.90.120-3	ORGAOS SUPERFICIAIS (TIREOIDE OU ESCROTO	R\$	78,51
40.80.109-8	OSSOS DA FACE	R\$	28,00
40.80.406-2	PATELA	R\$	28,00
40.80.409-7	PE OU PODODACTILO	R\$	28,00
40.80.407-0	PERNA	R\$	28,00
40.90.133-5	PROSTATA TRANSRETAL-INCLUI ABD.INF.MASCU	R\$	152,13
40.80.311-2	PUNHO	R\$	28,00
40.80.207-8	SACRO-COCCIX	R\$	28,00
40.80.106-3	SEIOS DA FACE	R\$	28,00
40.80.107-1	SELA TURCICA	R\$	28,00
40.80.501-8	TORAX – 1 INCIDENCIA	R\$	28,00
40.80.502-6	TORAX – 2 INCIDENCIAS	R\$	28,00
40.80.503-4	TORAX – 3 INCIDENCIAS	R\$	38,00
40.80.504-2	TORAX – 4 INCIDENCIAS	R\$	48,00
40.90.118-1	U.S. ABDOME INFERIOR FEMININO (BEXIGA, ÚTERO, OVÁRIOS E ANEXOS)	R\$	93,92
40.90.117-3	U.S. ABDOME INFERIOR MASCULINO (BEXIGA, PRÓSTATA, E VESÍCULAS SEMINAIS)	R\$	89,53
40.90.113-0	U.S. ABDOME SUPERIOR (FÍGADO, VIAS BILIARES, VESÍCULA, PANCREAS E BAÇO)	R\$	102,41
40.90.112-2	U.S. ABDOME TOTAL (INCLUI ABDOME INFERIOR)	R\$	145,22
40.90.115-7	U.S. APARELHO URINÁRIO FEMININO (RINS, URETERES E BEXIGA)	R\$	89,83
40.90.116-5	U.S. APARELHO URINÁRIO MASCULINO (RINS, URETERES E BEXIGA)	R\$	121,67
40.90.122-0	U.S. DE ARTICULAÇÕES (POR ARTICULAÇÃO)	R\$	86,31
40.90.121-1	U.S. ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (CERVICAL OU AXILAS OU MÚSCULO OU TENDÃO)	R\$	70,65
40.90.103-3	U.S. GLÂNDULAS SALIVARES (TODAS)	R\$	86,31
40.90.101-7	U.S. GLOBO OCULAR BILATERAL	R\$	86,31
40.90.111-4	U.S. MAMAS	R\$	86,31

40.90.129-7	U.S. OBSTÉTRICA (1º TRIMESTRE) – ENDOVAGINAL	R\$	153,43
40.90.120-3	U.S. ÓRGÃOS SUPERFICIAIS (TIREÓIDE OU ESCROTO OU PÊNIS OU (CRÂNIO-TRANSFONTANELA)	R\$	70,65
40.90.133-5	U.S. PRÓSTATA TRANS-RETAL (INCLUI ABDOME INFERIOR MASCULINO)	R\$	136,92
40.90.114-9	U.S. RETROPERITÔNIO (GRANDES VASOS OU ADRENALIS)	R\$	118,35
40.90.104-1	U.S. TORÁCICO (EXTRACARDÍACO)	R\$	59,22
40.90.130-0	U.S. TRANSVAGINAL (INCLUI ABDOME INFERIOR FEMININO)	R\$	86,90

OBS.: Os exames que não estão descritos acima serão acordados pontualmente entre as partes, caso haja cobertura.

TABELAS HOSPITALARES:	
DIÁRIA HOSPITALAR	VALOR (R\$)
50008 DIÁRIA DE INTERNAÇÃO	225,75
50009 UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO UTI	787,50
DIÁRIA DE ISOLAMENTO DE UTI (30% DO VALOR DA DIÁRIA) COM JUSTIFICATIVA MÉDICA	-
50010 BERÇÁRIO OU ALOJAMENTO CONJUNTO PARA RECÉM-NASCIDO NORMAL (INCLUSIVE BERÇO AQUECIDO)	87,87
50011 BERÇÁRIO PARA RECÉM NASCIDO PATOLÓGICO (INCLUI CAPACETE DEHOOD, FOTOTERAPIA, INCUBADORA)	175,82
TAXAS DE INTERNAÇÃO E TAXAS DE SALA	
50000 PORTE 0	147,04
50001 PORTE I	241,50
50002 PORTE II	309,75
50003 PORTE III	388,50
50004 PORTE IV	420,00
50005 PORTE V	509,25
50006 PORTE VI	556,50
50007 PORTE VII	640,50
OBSERVAÇÕES: AS CIRURGIAS INFECTADAS TERÃO ACRÉSCIMO DE 100% DO VALOR TOTAL DA TAXA DE SALA CORRESPONDENTE EM SE TRATANDO DE PEQUENAS CIRURGIAS FORA DO CENTRO CIRÚRGICO, ESSE ACRÉSCIMO DEPENDE DE RELATÓRIO MÉDICO. AS TAXAS DE SALAS TERÃO ACRÉSCIMO DE 20% DE 19 ÀS 07:00 HORAS DO DIA SEGUINTE, DIAS ÚTEIS, SÁBADOS APÓS AS 12:00 HORAS, DOMINGOS E FERIADOS EM QUALQUER HORÁRIO DESDE QUE CARACTERIZADA A EMERGÊNCIA. QUANDO OCORREREM DUAS OU MAIS CIRURGIAS PELA MESMA VIA DE ACESSO OU NÃO, A TAXA DE SALA A SER COBRADA SERÁ CORRESPONDENTE À TAXA DE SALA DE MAIOR PORTE, ACRÉSCIDA DE 50% DO VALOR DA SEGUNDA CIRURGIA. *PAGO CASO SEJA COMPROVADO A NECESSIDADE DE OBSERVAÇÃO MÉDICA.	
50009 DISSECAÇÃO DE VEIA (INCLUSA EM UTI)	42,40
50010 PUNÇÃO SUB-CLÁVIA (INCLUSA EM UTI)	42,40
50011 CURATIVO AMBULATORIAL (INCLUSO MAT./MED. NECESSÁRIO)	26,00
50012 NEBULIZAÇÃO AEROSOL (INCLUI MAT./MED. NECESSÁRIO, INCLUSIVE OXIGÊNIO)	7,00
50013 ARTROSCÓPIO CIRÚRGICO (INCLUI VÍDEO)	425,10
50014 ENDOSCÓPIO DIGESTIVO CIRÚRGICO (INCLUSO VÍDEO)	245,70
50015 ENDOSCÓPIO DIGESTIVO DIAGNÓSTICO (INCLUSO VÍDEO)	106,21
50016 ENDOSCÓPIO UROLÓGICO CIRURGIA (INCLUSO VÍDEO)	425,10
50017 INTENSIFICADOR DE IMAGEM	167,43
50018 ESTUDO URODINÂMICO	175,50
50019 UROFLUXOMETRIA	55,00

50020 SESSÃO DE HEMODIALISE AMBULATORIAL (TAXA) – R\$177,13 INSUMOS – R\$213,00 – OBS.: EXCLUI HONORÁRIO MÉDICO	390,13
50021 SESSÃO DE HEMODIALISE EM UTI (TAXA) – R\$300,00 INSUMOS – R\$350,00 – OBS.: EXCLUI HONORÁRIO MÉDICO	650,00
50022 MARCAPASSO TEMPORÁRIO POR DIA OU FRAÇÃO (SERÁ PAGO POR HORA SOMENTE PARA PACIENTE FORA DA UTI)	118,56
50023 MICROSCÓPIO CIRÚRGICO	200,00
50024 LASER (UROLOGIA)	128,70
50025 RESPIRADOR A VOLUME (MA1) POR HORA (SERÁ PAGO POR HORA SOMENTE PARA PACIENTE FORA DA UTI E CC)	10,66
50026 BOMBA DE INFUSÃO (FORA DA UTI E CC) POR DIA.	14,92
50027 VÍDEO LAPAROSCÓPIO CIRÚRGICO/TAXA DE VÍDEO	425,10
50028 VÍDEO COLONOSCÓPIO	89,18
50029 TAXA DE RETOSSIMOIDEOSCÓPIO	80,00
50030 FACOEMULSIFICADOR	420,00
50031 VÍDEO HISTEROSCÓPIO	425,10
50032 MONITOR DE PRESSÃO CEREBRAL (INCLUSO NA DIÁRIA – SERÁ PAGOSAMENTE SE O PACIENTE ESTIVER FORA DA UTI)	32,50
GASOTERAPIA	
50033 OXIGÊNIO P/ HORA (CATETER NASAL)	8,00
OXIGÊNIO P/HORA (MÁSCARA)	10,00
OXIGÊNIO P/HORA (VENTILAÇÃO MECÂNICA)	20,00
50034 PROTOXIDO DE AZOTO (P/MINUTO)	0,07
50035 GÁS CARBÔNICO (P/MINUTO)	0,04
50036 TAXA DE ALIMENTAÇÃO P ACOMPANHANTE (CAFÉ DA MANHÃ)	16,40
TAXA DE ALIMENTAÇÃO PARA ACOMPANHANTE (LANCHE)	16,40
TAXA DE ALIMENTAÇÃO PARA ACOMPANHANTE ( ALMOÇO)	30,75
TAXA DE ALIMENTAÇÃO PARA ACOMPANHANTE (JANTAR)	30,75
50037 HOSPITAL DIA (INTERNAÇÃO DE 12 HORAS)	123,62
90.06.004-0 PACOTE DE FACECTOMIA POR FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR NACIONAL – MATERIAL, MEDICAÇÃO, OPME, DIÁRIAS, TAXA DE SALA, TAXA DE MICROSCÓPIO, TAXA DE FACOEMULSIFICAÇÃO, HONORÁRIOS MÉDICOS (INCLUSIVE ANESTESISTA).	3.000,00

### Observação:

Ao adquirir um novo equipamento, o Prestador de Serviço terá que entrar em contato com a Gestão do Pró Saúde, através de ofício e apresentação de nota fiscal do equipamento, para fazer o processo de credenciamento.

DIÁRIA HOSPITALAR - É a permanência de um paciente por período indivisível de até 24 horas em uma instituição **HOSPITALAR**. A definição de hora início/fim do período é de competência da instituição **HOSPITALAR**.

### ITENS INCLUSOS NAS DIÁRIAS HOSPITALARES:

- Espaço físico (de acordo com as especificações da RDC nº 50/2002, da ANVISA);
- Atendimento médico por plantonista para intercorrências clínicas à beira do leito;
- Colchão para prevenção de lesões cutâneas de qualquer tipo ou modelo;



- Cuidados, materiais e soluções de uso na higiene e desinfecção ambiental, higienização concorrente e terminal;
- Avaliação e orientação nutricional no momento da alta;
- Fitas adesivas de qualquer tipo ou modelo em qualquer situação (internação, exames, procedimentos, consultas etc.);
- Materiais e soluções de assepsia e antisepsia de qualquer tipo ou modelo em qualquer situação (internação, exames, procedimentos, consultas etc.) do paciente e da equipe médica e multiprofissional, inclui: bolas de algodão, álcool, povidine (tópico, alcoólico e degermante), éter, asseptol, clorexidina qualquer tipo, água oxigenada, iodo, sabonete líquido, escova para assepsia, descartáveis ou não descartáveis;
- Dosador para medicação via oral; copos descartáveis; seringa dosadora descartável;
- Leito próprio comum ou especial (cama, berço/berço aquecido/incubadoras qualquer tipo ou modelo, sensor de temperatura);
- Pulseira de identificação do paciente e acompanhante, qualquer tipo ou modelo;
- Rouparia permanente e descartável (alguns exemplos: avental cirúrgico, campo cirúrgico de qualquer tipo e modelo, inclusive os campos cirúrgicos adesivos iodoforados, escova para assepsia, máscara facial cirúrgica, gorro, propé e botas);
- Troca de roupa de cama e banho do paciente e acompanhante;
- Taxa administrativa do hospital;
- Cânula de guedel, qualquer tipo ou modelo;
- Cortador de frascos de soro;
- Máscara facial silicone com coxim inflável, qualquer tipo ou modelo;
- Máscara de venturi e máscara de reservatório (incluso todos os acessórios);
- Máscara laríngea qualquer tipo ou modelo;
- Tubo de silicone, látex (prolongamento) qualquer tipo ou modelo para o transporte de gases e fluidos;
- Lixa cirúrgica permanente ou descartável, qualquer tipo ou modelo;
- Bisturi elétrico, placa, eletrodo, caneta e prolongador qualquer modelo, incluindo gel;
- Capnógrafo, qualquer tipo ou modelo;
- Marcador cirúrgico tipo caneta estéril qualquer tipo ou modelo (exceto azul demetileno);
- Aspirador elétrico e/ou a vácuo inclui tubo de silicone/látex;
- Bomba de infusão/bomba de seringa, qualquer tipo ou modelo;
- Conjunto de nebulização/inalação (nebulizador, inalador, máscara, extensão e reservatório para o medicamento), descartável ou não;
- Oxímetro qualquer tipo ou modelo inclui sensor e cabo;
- Equipamentos de monitorização hemodinâmica em geral, incluindo os cabos;
- Carrinho de emergência (incluso todos os equipamentos que compõe o carrinho): calsodada, circuitos e sensores, traqueias descartáveis ou não, ambú;
- Desfibrilador/cardioversor, qualquer tipo ou modelo que inclui cabos e gel.
- Perneiras de compressão pneumáticas;
- Eletrocardiógrafo o equipamento e a taxa do aparelho para o eletrocardiograma – ECG:incluso o papel e os eletrodos descartáveis, bem como todos os insumos necessários para realização do exame de eletrocardiograma;
- Kits-bandejas descartáveis para anestesia;
- Qualquer taxa para transporte de equipamentos;

- Aparelho/equipamento para fototerapia convencional ou tipo biliberço e bilispot;
- Equipamento de proteção individual – EPI (luva de procedimento não estéril, máscara descartável ou cirúrgica, máscara nº 95, avental descartável, propé, tocas ou turbantes, dispositivo para descarte de material perfurocortante e óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial) segundo a NR 32;
- Kits e materiais descartáveis para CPAP/BIPAP, como circuito, máscara, qualquer tipo ou modelo, e conexões, inclui todos os materiais reprocessáveis, descartáveis ou não;
- Quaisquer serviços e cuidados de enfermagem;
- Preparo e administração de medicamentos por todas as vias, assim como o ato de realizar trocas de frascos para soroterapia ou para dietas enterais ou parenterais;
- Controle de sinais vitais (pressão arterial não invasiva, frequência cardíaca e respiratória, temperatura por qualquer via);
- Controle de balanço hídrico, de drenos, de diurese, antropométrico, de PVC e de gerador de marca passo, dentre outros;
- Banho no leito, de imersão ou de aspersão;
- 
- Instalação e controle de monitorização cardíaca, mensuração de glicemia, irrigações vesicais, sondagens, aspirações, inalações;
- Mudanças de decúbito;
- Esterilização/desinfecção de instrumentais;
- Preparo do paciente para procedimentos médicos de qualquer tipo (alguns exemplos: enterocлизма, lavagem gástrica, tricotomia, preparo cirúrgico);
- Cuidados e higiene pessoal do paciente e desinfecção ambiental (está incluído o material utilizado como: espátula, absorventes, óleos, hidratantes, dentifício, sabonete de qualquer tipo e higienizante bucal, hastes de algodão);
- Preparo de corpo em caso de óbito, incluso todo material utilizado para o preparo, descartável ou não;
- Prescrição/anotação de enfermagem;
- Realização de curativos inclui: instrumental, invólucros para o instrumental, fita teste, esparadrapo ou micropore, fita crepe, algodão e soluções de assepsia e antisepsia como: álcool, povidine tópico e degermante, éter, água oxigenada, clorexidina de qualquer tipo;
- Todas as medidas de prevenção de lesão de pele, incluindo os materiais e medicamentos utilizados, como cremes, óleos, ácidos graxos essenciais, pomadas e outros produtos para hidratação da pele; coxins; placas para preservação da integridade da pele, colchões, almofadas;
- Locomoção do paciente ou transferência de leito ou unidades;
- Preparo e instalação de dieta; não inclui o frasco e equipo descartável;
- Sondagens em geral;
- Tricotomia - inclui tricotomizador elétrico e a lâmina do tricotomizador, inclui aparelho descartável de barbear;
- Punção e manutenção de acesso venoso pérvio, inclui tampa oclusora qualquer tipo ou modelo.

#### **ITENS NÃO INCLUSOS NAS DIÁRIAS:**

- Curativo filme transparente. Devem-se seguir os critérios técnicos estabelecidos para a utilização desse

material;

- Respirom, 1 por internação;
- Taxa de refeição do acompanhante conforme legislação vigente;
- Honorários médicos;
- SADT;
- Gasoterapia (caso não esteja negociado a inclusão desses em taxas e diárias);
- Hemocomponentes e hemoderivados;
- Eletrodos para monitorização de qualquer tipo ou modelo, exceto para eletrocardiografia;
- Dietas enterais e parenterais industrializadas administradas por SNE, SNG, SNO, gastrostomia, jejunostomia ou ileostomia.
- Bomba elastomérica;
- Filtro umidificador/antibacteriano para ventilação, será pago 1 unidade em UTI, a cada 7 (sete) dias, com justificativa médica;
- Compressa cirúrgica estéril e descartável;
- OPME
- Materiais e medicamentos de consumo hospitalar comum, salvo aqueles já inclusos em pacotes e em diárias.
- Utilização de equipamentos, salvo aqueles já inclusos em diárias e taxas.

#### **ITENS INCLUSOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI):**

- Todos os itens que compõem as diárias e “ITENS INCLUSOS NAS DIÁRIAS HOSPITALARES”
- Gerador de Marcapasso-provisório;
- Monitorização invasiva contínua (alguns exemplos: pressão invasiva, PVC, PAM, temperatura, PIC) inclui cabos;
- Taxa de equipamento cpap/bipap e todos os materiais reprocessáveis, descartáveis ou não. Materiais: kits e materiais descartáveis como: circuito, máscara qualquer tipo ou modelo, conexões e gorro;
- Suporte ventilatório: inclui cabos, circuito respiratório, máscaras nasais, bocais faciais, com ou sem coxim, ambú e macronebulização.
- Bomba de circulação extracorpórea;
- Equipamentos de monitoração hemodinâmica e suporte ventilatório, incluem cabos, circuito respiratório, máscaras nasais, bocais e faciais, com ou sem coxim, ambú e macronebulizador; traqueias, conexões, descartáveis ou não;
- Monitor de vídeo;
- Gerador de marca-passo (provisório);
- Os instrumentais cirúrgicos como drill, garrote pneumático, trépano, frezas permanentes, brocas permanentes, serras, lâminas de serras, lavagem pulsátil e bico de aspirador;
- Monitorização invasiva contínua do paciente (alguns exemplos: pressão-invasiva, PVC, PAM, temperatura, pressão intracraniana), inclui cabos;
- Faixa de Smarch (Pagamento será de 1/3 do valor).

#### **ITENS INCLUSOS DE TAXAS DE SALA CENTRO CIRÚRGICO E TAXAS DE SERVIÇOS DIVERSAS:**

Todos os itens descritos em “**ITENS INCLUSOS NAS DIÁRIAS HOSPITALARES, DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)**” acrescidos de:

- Espaço físico (de acordo com as especificações da RDC nº 50/2002, da ANVISA);
- Mobiliários para a cirurgia (mesas, hamper, focos cirúrgicos);
- Filtro HEPA, fluxo laminar;
- Iluminação (focos) de qualquer tipo ou modelo;
- Instrumentador;
- Instrumental/equipamento básico para a cirurgia e também aqueles que são permanentes na unidade; inclui desinfecção e esterilização;
- Instrumental/equipamentos de anestesia e também aqueles que são permanentes na unidade; inclui desinfecção e esterilização;
- Instrumental para realização de curativos (inclui desinfecção e esterilização);
- Mesa operatória;
- Bomba de circulação extracorpórea;
- Equipamentos de monitoração hemodinâmica e suporte ventilatório, incluem cabos, circuito respiratório, máscaras nasais, bocais e faciais, com ou sem coxim, ambú e macronebulizador; traqueias, conexões, descartáveis ou não;
- Monitor de vídeo;
- Filtro umidificador/antibacteriano para ventilação;
- Gerador de marca-passo (provisório);
- Os instrumentais cirúrgicos como drill, garrote pneumático, trépano, frezas, brocas, serras, lâminas de serras, lavagem pulsátil e bico de aspirador;
- Monitorização invasiva contínua do paciente (alguns exemplos: pressão-invasiva, PVC, PAM, temperatura, pressão intracraniana), inclui cabos;
- Faixa de Smarch.

#### **ITENS NÃO INCLUSOS NAS TAXAS HOSPITALARES:**

- Todos os itens descritos na relação de composição “**ITENS NÃO INCLUSOS NAS DIÁRIAS HOSPITALARES**”:
- Materiais e medicamentos de consumo, salvo aqueles já inclusos em pacote e diárias.
- Gasoterapia (caso não esteja negociado a inclusão desses em taxas e diárias)
- Equipamentos ou aparelhos de uso eventual, não incluso acima, salvo aqueles já inclusos em diárias e taxas.
- Honorários médicos;
- SADT

Obs: Materiais de equipamentos de proteção individual (EPI's) serão obrigatoriamente oferecidos pelo prestador aos profissionais (Norma Regulamentadora n.º 6 do Ministério do Trabalho), entre eles: luvas de procedimentos, máscara, capote, propé, gorro etc.

## MATERIAIS DE INSUMOS COMUM:

### Observação:

Os materiais de insumo comum serão pagos conforme tabela própria, descrita abaixo:

Tabela própria:

TABELA HOSPITAIS (MATERIAIS DE INSUMO COMUM):

TABELA HOSPITAIS (MATERIAIS DE INSUMO COMUM)		
DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR (R\$)
AGULHA GENGIVAL (QUALQUER TIPO/TAMANHO)	UN	0,78
AGULHA HIPODERMICA S/ AG (QUALQUER TIPO, TAMANHO E MARCA)	UN	0,94
AGULHA P/ RAQUI SPINAL 22GX3 1/2"	UN	25,20
AGULHA P/ RAQUI SPINAL 25GX3 1/2"	UN	33,36
AGULHA P/ RAQUI SPINAL 27GX3 1/2"	UN	32,80
AGULHA P/RAQUI G25X3 1/2"	UN	31,90
AGULHA P/RAQUI G25X4 3/4"	UN	50,06
AGULHA PERIDURAL 17GX3 ½	UN	48,00
AGULHA SUTURA ESTERIL (QUALQUER TIPO/TAMANHO)	UN	9,16
AGULHAS COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA (QUALQUER TAMANHO E MARCA)	UN	1,62
ATADURA CREPOM 10CMX1,8MT	UN	2,08
ATADURA DE CREPOM 15CMX1,80M	UN	2,93
ATADURA DE CREPOM 20CMX1,80M	UN	2,62
ATADURA GESSADA 08CMX2,0MT	UN	3,24
ATADURA GESSADA 10CMX3,0MT	UN	4,70
ATADURA GESSADA 15CMX3,0MT	UN	5,61
ATADURA GESSADA 20CMX4,0MT	UN	8,28
ATADURA ORTOPEDICA 10CMX1,8MT	UN	1,66
ATADURA ORTOPEDICA 15CMX1,5MT	UN	2,62
ATADURA ORTOPEDICA 20CMX1,8MT	UN	3,52
ATADURA RAYON 7,5CMX5,0MT	CM	9,48
BOLSA P/COLOSTOMIA (QUALQUER TIPO/TAMANHO)	UN	0,94
CANULA GUEDEL (QUALQUER TIPO/TAMANHO)	UN	15,00
CANULA P/TRAQUEOSTOMIA DESC. (QUALQUER TIPO/TAMANHO)	UN	50,80
CAPA P/ VIDEO CIRURGIA (QUALQUER TIPO)	UN	5,00
CATETER EPIDURAL ESTERIL 915MM 18G	UN	80,46
CATETER P/OXIGENIO (QUALQUER TIPO)	UN	3,50
CATETER PERIFERICO AGULHADO (QUALQUER TIPO/TAMANHO)	UN	3,32
CATETER PERIFERICO JELCO (QUALQUER TIPO/TAMANHO/MARCA)	UN	10,50
CATETER UMBILICAL MONO LUMEN POLIURETANO (QUALQUER TIPO/TAMANHO)	UN	45,00

CATETERES PERIFÉRICOS ABOCATH COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA (QUALQUER TAMANHO E MARCA)	UN	14,00
CLAMP P/HEMOSTASIA CORDAO UMBILICAL (QUALQUER TIPO/TAMANHO) clamp umbilical	UN	2,00
COLETOR URINA SIST. FECHADO 1000ML.(QUALQUER TIPO/TAMANHO)	UN	31,82
COLETOR URINA SIST. FECHADO 2000ML.(QUALQUER TIPO/TAMANHO)	UN	33,94
COMPRESSA GAZE (QUALQUER TIPO/TAMANHO)	UN	0,30
DRENO PENROSE ESTERIL (QUALQUER TIPO/TAMANHO)	UN	1,94
DRENO SUCCAO SIST.MOLA (QUALQUER TIPO/TAMANHO)	UN	66,60
DRENO TORAX RADIOPAÇO PVC (QUALQUER TIPO/TAMANHO)	UN	4,28
ELETRODO P/MONITORIZACAO (QUALQUER TIPO/TAMANHO)	UN	0,74
EQUIPO 2 VIAS (QUALQUER TIPO/TAMANHO)	UN	22,62
EQUIPO COMUM SEM FILTRO NO PRONTO ATENDIMENTO	UN	2,48
EQUIPO MICROGOTAS (QUALQUER TIPO/MODELO/TAMANHO/MARCA)	UN	5,94
EQUIPO MACROGOTAS (QUALQUER TIPO/MODELO/TAMANHO/MARCA)	UN	8,00
EQUIPO P/ BOMBA DE INFUSAO ENTERAL (QUALQUER TIPO/MODELO/MARCA)	UN	69,00
EQUIPO P/ BOMBA DE INFUSAO PARENTERAL COMUM (QUALQUER TIPO/MODELO/MARCA)	UN	73,50
EQUIPO P/ BOMBA DE INFUSAO PARENTERAL FOTOSSENSIVEL (QUALQUER TIPO/MODELO/MARCA)	UN	73,50
EXTENSOR P/INFUSAO LUER LOCK ADULTO 60CM	UN	19,00
FAIXA DE ESMARCH LATEX (QUALQUER TIPO/TAMANHO)	UN	31,44
FILTRO UMIDIFICADOR (CONFORME NORMAS CONTRATUAIS)	UN	19,60
FIO CAPROFYL FECH.OB/GIN.VIOLETA 2.0 70CM	UN	18,46
FIO DE SEDA QUALQUER TAMANHO	UN	14,64
FIO CAPROFYL FECH.GERAL OB/GIN VIOLETA 0 70CM	UN	17,80
FIO CAPROFYL FECH.GERAL OB/GIN1 70CM	UN	18,88
FIO CATGUT CROMADO 0 2,5M S/AG	UN	18,16
FIO CATGUT CROMADO 1 2,5M S/AG.	UN	18,16
FIO CATGUT CROMADO FECH.G.OB.GIN.0 70CM	UN	21,78
FIO CATGUT CROMADO FECH.G.OB/GIN.1 90CM	UN	18,75
FIO CATGUT CROMADO FECH.GERAL OB/GIN	UN	15,10
FIO CATGUT CROMADO GASTRO 2-0 70CM	UN	15,72
FIO CATGUT CROMADO GASTRO 3-0 70CM	UN	15,52
FIO CATGUT CROMADO GASTRO 4-0 70CM	UN	18,98
FIO CATGUT SIMPLES 2-0 2,5M S/AG	UN	34,75
FIO CATGUT SIMPLES AMIGDALECTOMIA 2-0 70CM	UN	22,00
FIO CATGUT SIMPLES FECH.GERAL OB/GIN 0 90CM	UN	26,10
FIO CATGUT SIMPLES GASTRO 2-0 70CM	UN	24,04
FIO CATGUT SIMPLES GASTRO 3-0 70CM	UN	20,00
FIO CATGUT SIMPLES UROLOGIA 4-0 70CM	UN	27,00
FIO ETHIBOND 0 C/AGULHA CANOA	UN	166,00
FIO ETHIBOND FECH.ESTERNO VERDE 5 4X75CM	UN	166,00

FIO MONOCRYL PLASTICA INCOLOR 4-0 45CM	UN	49,10
FIO MONONYLON CUTICULAR PRETO 0 45CM	UN	11,00
FIO MONONYLON CUTICULAR PRETO 2-0 45CM	UN	11,84
FIO MONONYLON CUTICULAR PRETO 4-0 45CM	UN	17,16
FIO MONONYLON CUTICULAR PRETO 5-0 45CM	UN	19,74
FIO MONONYLON CUTICULAR PRETO 6-0 45CM	UN	19,74
FIO MONONYLON INCOLOR 4-0 45CM	UN	19,74
FIO MONONYLON LAÇADO FECH.GERAL.OB.GIN PRETO 0 150CM	UN	23,00
FIO MONONYLON PRETO 4-0 45CM	UN	10,34
FIO NYLON CUTICULAR PRETO 3-0 45CM	UN	13,00
FIO POLYCOT AZUL 2-0 15X45CM S/AG	UN	10,52
FIO POLYCOT AZUL GASTRO 2-0 3X45CM AG.	UN	39,90
FIO POLYCOT AZUL 0 15X45CM S/ AG	UN	12,74
FIO POLYCOT GASTRO AZUL 0 70CM	UN	14,36
FIO PROLENE CARDIOV. AZUL 6-0 75CM	UN	53,76
FIO PROLENE CARDIOV. AZUL 3-0 90CM	UN	39,60
FIO PROLENE CARDIOV. AZUL 4-0 75CM	UN	39,04
FIO PROLENE CARDIOV. AZUL 5-0 75CM	UN	39,50
FIO PROLENE FECH.GERAL.OB/GIN AZUL 0 75CM	UN	17,08
FIO VICRYL FECH.GERAL.OB/GIN VIOLETA 1 70CM	UN	31,32
FIO VICRYL GASTRO VIOLETA 0 70CM	UN	14,40
FIO VICRYL GASTRO VIOLETA 2-0 70CM	UN	18,46
FIO VICRYL PLASTICA INCOLOR 3-0 45CM	UN	40,30
FIO VICRYL PLASTICA INCOLOR 4-0 45CM	UN	54,60
GAZE HIDROFILA 11FIOS (QUALQUER TIPO/TAMANHO)	UN	0,10
KIT CATARATA (QUALQUER TIPO/MARCA)	UN	95,00
KIT CESÁREA (QUALQUER TIPO/MARCA)	UN	80,00
LAMINA BISTURI ESTERIL NR.12 (QUALQUER TIPO/MARCA)	UN	4,00
LAMINA BISTURI ESTERIL NR.15 (QUALQUER TIPO/MARCA)	UN	4,00
LAMINA BISTURI ESTERIL NR.20 (QUALQUER TIPO/MARCA)	UN	4,00
LAMINA BISTURI ESTERIL NR.21 (QUALQUER TIPO/MARCA)	UN	4,00
LAMINA BISTURI ESTERIL NR.22 (QUALQUER TIPO/MARCA)	UN	4,00
LAMINA BISTURI ESTERIL NR.23 (QUALQUER TIPO/MARCA)	UN	4,00
LAMINA BISTURI ESTERIL NR.24 (QUALQUER TIPO/MARCA)	UN	4,00
LUVA CIRURGICA NR.6,5 ESTERIL (QUALQUER MARCA)	PAR	2,75
LUVA CIRURGICA NR.7,0 ESTERIL (QUALQUER MARCA)	PAR	2,75
LUVA CIRURGICA NR.7,5 ESTERIL (QUALQUER MARCA)	PAR	2,75
LUVA CIRURGICA NR.8,0 ESTERIL (QUALQUER MARCA)	PAR	2,75
MALHA TUBULAR (QUALQUER TIPO/TAMANHO)	CM	0,02

SERINGA 10ML C/AG. 25X7 DESC.	UN	0,71
SERINGA 10ML S/AG. DESC.	UN	0,56
SERINGA 1ML C/AG. 13X3,8 DESC.	UN	5,54
SERINGA 1ML C/AG. 13X4,5 DESC.	UN	3,66
SERINGA 1ML S/AG. DESC.	UN	2,94
SERINGA 20ML C/AG. 25X7 DESC.	UN	2,40
SERINGA 20ML S/AG. DESC.	UN	0,96
SERINGA 3ML C/AG. 25X7 DESC.	UN	0,83
SERINGA 3ML S/AG. DESC.	UN	0,45
SERINGA 5ML C/AG. 25X7 DESC.	UN	0,50
SERINGA 5ML S/AG. DESC.	UN	0,46
SERINGA 60ML S/AG.	UN	7,90
SERINGA VIDRO EPIDURAL 10ML	UN	30,60
SONDA NASOGASTRICA CURTA (QUALQUER TIPO/TAMANHO)	UN	3,04
SONDA ENDOTRAQUEAL ARAMADA PVC (QUALQUER TIPO/TAMANHO)	UN	32,49
SONDA ENDOTRAQUEAL PVC (QUALQUER TIPO/TAMANHO)	UN	26,07
SONDA FOLEY 30CC 2VIA SILICONIZADA (QUALQUER TAMANHO)	UN	11,00
SONDA FOLEY 30CC 3VIA SILICONIZADA (QUALQUER TAMANHO)	UN	37,50
SONDA FOLEY PED.3CC 2VIA SILICONIZADA QUALQUER TAMANHO	UN	11,00
SONDA NASOGASTRICA LONGA (QUALQUER TIPO/TAMANHO)	UN	4,80
SONDA P/ALIMENT.ENTERAL	UN	24,05
SONDA RETAL (QUALQUER TIPO/TAMANHO)	UN	4,20
SONDA URETRAL (QUALQUER TIPO/TAMANHO)	UN	7,64
SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL C/ VALVULA ( QUALQUER TIPO/TAMANHO)		1,20
TALA METALICA C/ESPUMA (QUALQUER TIPO/TAMANHO)	UN	0,93
TIRA GLICOSE (QUALQUER TIPO)	UN	2,20
TORNEIRINHA (QUALQUER TIPO/TAMANHO)	UN	6,00
TEGADERM	UN	2,96

### Observações:

1- Os materiais de insumo comum deverão ser cobrados conforme planilha acima independente de tipo, marca ou modelo. Ou seja, será considerado a indicação de uso, especificação técnica do mesmo e similaridade.

2- Os materiais de insumo comum que não estiverem listados na tabela acima **deverão ser pagos conforme NF (NOTA FISCAL) apresentada acrescido de 100%** dela, esse valor podendo ser pago no ato da apresentação da conta, caso a NF já seja apresentada. Ainda, o prestador poderá solicitar a inserção dos mesmos, na planilha, através de ofício enviado ao Pro Saúde com a sua devida Nota Fiscal anexada, respeitando a regra descrita na Observação 1.



Para os procedimentos **cirúrgicos abaixo relacionados** a cobrança deverá ser feita através dos seguintes pacotes abaixo:

PACOTES PROCEDIMENTOS CIRURGICOS:		
CÓDIGO CBHPM	PROCEDIMENTO	VALOR R\$
31309054	CESARIANA:	2.595,60
31309127	PARTO (VIA VAGINAL):	1.794,00
31009115	HERNIORRAFIA INGUINAL- UNILATERAL:	2.080,00
31005470	COLECISTECTOMIA COM COLANGIOGRAFIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA:	2.730,00
31005497	COLECISTECTOMIA SEM COLANGIOGRAFIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA:	2.600,00
30907136	VARIZES - TRATAMENTO CIRURGICO DE DOIS MEMBROS:	2.002,00
30907144	VARIZES - TRATAMENTO CIRURGICO DE UM MEMBRO:	1.690,00

### Observações:

1- Nos valores acima inclusos: materiais de insumo comum, medicamentos e refeições, dietas, diárias, taxas, exames complementares (exceto tomografia e ressonância) e gases medicinais.

2- Não estão inclusos nos pacotes acima, ou seja, poderão ser cobrados separadamente: materiais de OPME assim classificados e honorários médicos, exames de Tomografia e ressonância.

3- Caso haja necessidade da realização de dois ou mais pacotes acima, a cobrança será de 100% do de maior valor e 50% do de menor valor, limitado em dois pacotes.

### PACOTES HEMODINÂMICA:

**30911109** - Cateterização cardíaca E por via transeptal:

QUANTIDADE OPME	DESCRIÇÃO OPME	VALOR PACOTE
1	INTRODUTOR 5F, 6F OU 7F	R\$ 1.725,00
1	FIO GUIA HIDROFÍLICO (QUALQUER TAMANHO)	
2	CATETER DIAGNÓSTICO DE ANGIOGRAFIA	
1	AGULHA DE PUNÇÃO	

**30911044** - Cateterismo cardíaco D e/ou E com ou sem cinecoronariografia / cineangiografia com avaliação de reatividade vascular pulmonar ou teste de sobrecarga hemodinâmica:

QUANTIDADE OPME	DESCRIÇÃO OPME	VALOR PACOTE
1	INTRODUTOR 5F, 6F OU 7F	R\$ 1.725,00

1	FIO GUIA HIDROFÍLICO (QUALQUER TAMANHO)
2	CATETER DIAGNÓSTICO DE ANGIOGRAFIA
1	AGULHA DE PUNÇÃO

**30911079** - Cateterismo cardíaco E e/ou D com cineangiocoronariografia e ventriculografia:

QUANTIDADE OPME	DESCRIÇÃO OPME	VALOR PACOTE
1	INTRODUTOR 5F, 6F OU 7F	R\$ 1.725,00
1	FIO GUIA HIDROFÍLICO (QUALQUER TAMANHO)	
2	CATETER DIAGNÓSTICO DE ANGIOGRAFIA	
1	AGULHA DE PUNÇÃO	

**30911087** - Cateterismo cardíaco E e/ou D com cineangiocoronariografia, ventriculografia e estudo angiográfico da aorta e/ou ramos tóraco-abdominais e/ou membros:

QUANTIDADE OPME	DESCRIÇÃO OPME	VALOR PACOTE
1	INTRODUTOR 5F, 6F OU 7F	R\$ 1.725,00
1	FIO GUIA HIDROFÍLICO (QUALQUER TAMANHO)	
2	CATETER DIAGNÓSTICO DE ANGIOGRAFIA	
1	AGULHA DE PUNÇÃO	

**30911052** - Cateterismo cardíaco E e/ou D com estudo cineangiográfico e de revascularização cirúrgica do miocárdio:

QUANTIDADE OPME	DESCRIÇÃO OPME	VALOR PACOTE
1	INTRODUTOR 5F, 6F OU 7F	R\$ 1.725,00
1	FIO GUIA HIDROFÍLICO (QUALQUER TAMANHO)	
3	CATETER DIAGNÓSTICO DE ANGIOGRAFIA	
1	AGULHA DE PUNÇÃO	

**30912040** - Angioplastia transluminal percutânea por balão (1 vaso):

QUANTIDADE OPME	DESCRIÇÃO OPME	VALOR PACOTE
1	INTRODUTOR 5F, 6F OU 7F	R\$ 3.220,00
2	FIO GUIA HIDROFÍLICO (QUALQUER TAMANHO)	
2	CATETER DIAGNÓSTICO DE ANGIOGRAFIA	

1	CATETER BALÃO
1	AGULHA DE PUNÇÃO
1	FIO GUIA TEFLONADO
1	CONEXÃO ALTA
1	CONEXÃO BAIXA
1	CATETER GUIA ANGIOPLASTIA
1	INTRODUTOR CONTRA LATERAL OU LONGO
1	INSUFLADOR

**30912091 - Implante de prótese intravascular na aorta/pulmonar ou ramos com ou sem angioplastia:**

QUANTIDADE OPME	DESCRIÇÃO OPME	VALOR PACOTE
1	INTRODUTOR 5F, 6F OU 7F	R\$ 3.220,00
2	FIO GUIA HIDROFÍLICO (QUALQUER TAMANHO)	
2	CATETER DIAGNÓSTICO DE ANGIOGRAFIA	
1	CATETER BALÃO	
1	AGULHA DE PUNÇÃO	
1	FIO GUIA TEFLONADO	
1	CONEXÃO ALTA	
1	CONEXÃO BAIXA	
1	CATETER GUIA ANGIOPLASTIA	
1	INTRODUTOR CONTRA LATERAL OU LONGO	
1	INSUFLADOR	

**30912024 - Angioplastia transluminal da aorta ou ramos ou da artéria pulmonar e ramos (por vaso):**

QUANTIDADE DE OPME	DESCRIÇÃO OPME	VALOR PACOTE
1	INTRODUTOR 5F, 6F OU 7F	R\$ 3.220,00
2	FIO GUIA HIDROFÍLICO (QUALQUER TAMANHO)	
2	CATETER DIAGNÓSTICO DE ANGIOGRAFIA	
1	AGULHA DE PUNÇÃO	
1	FIO GUIA TEFLONADO	
1	CONEXÃO ALTA	
1	CONEXÃO BAIXA	

1	CATETER GUIA ANGIOPLASTIA	
1	INSUFLADOR	
1	CATETER BALÃO	

**30912032 – Angioplastia transluminal percutânea de múltiplos vasos ou de bifurcação com implante destent:**

QUANTIDADE DE OPME	DESCRIÇÃO OPME	VALOR PACOTE
1	INTRODUTOR 5F, 6F OU 7F	R\$ 3.795,00
2	FIO GUIA HIDROFÍLICO (QUALQUER TAMANHO)	
2	CATETER DIAGNÓSTICO DE ANGIOGRAFIA	
1	AGULHA DE PUNÇÃO	
1	FIO GUIA TEFLONADO	
1	CONEXÃO ALTA	
1	CONEXÃO BAIXA	
1	CATETER GUIA ANGIOPLASTIA	
1	INTRODUTOR CONTRA LATERAL OU LONGO	
1	INSUFLADOR	
1	CATETER BALÃO	

**30911109/30912040 - Cateterismo cardíaco E por via transeptal/Angioplastia transluminal percutânea por balão (1 vaso):**

QUANTIDADE DE OPME	DESCRIÇÃO OPME	VALOR PACOTE
1	INTRODUTOR 5F, 6F OU 7F	R\$ 3.795,00
2	FIO GUIA HIDROFÍLICO (QUALQUER TAMANHO)	
2	CATETER DIAGNÓSTICO DE ANGIOGRAFIA	
1	AGULHA DE PUNÇÃO	
1	FIO GUIA TEFLONADO	
1	CONEXÃO ALTA	
1	CONEXÃO BAIXA	
1	CATETER GUIA ANGIOPLASTIA	
1	INTRODUTOR CONTRA LATERAL OU LONGO	
1	INSUFLADOR	
1	CATETER BALÃO	

**30911044/30912040** - Cateterismo cardíaco D e/ou E ou sem cinecoronariografia com avaliação de reatividade vascular pulmonar ou teste de sobrecarga hemodinâmica/Angioplastia transluminal percutânea por balão (1 vaso):

QUANTIDADE OPME	DESCRIÇÃO OPME	VALOR PACOTE
1	INTRODUTOR 5F, 6F OU 7F	R\$ 3.795,00
2	FIO GUIA HIDROFÍLICO (QUALQUER TAMANHO)	
2	CATETER DIAGNÓSTICO DE ANGIOGRAFIA	
1	AGULHA DE PUNÇÃO	
1	CATETER BALÃO	
1	FIO GUIA TEFLONADO	
1	CONEXÃO ALTA	
1	CONEXÃO BAIXA	
1	CATETER GUIA ANGIOPLASTIA	
1	INTRODUTOR CONTRA LATERAL OU LONGO	
1	INSUFLADOR	
1	CATETER BALÃO	

**30911079/30912040** - Cateterismo cardíaco E e/ou D com cineangiocoronariografia e ventriculografia/Angioplastia transluminal percutânea por balão sem implante de stent:

QUANTIDADE DE OPME	DESCRIÇÃO OPME	VALOR PACOTE
1	INTRODUTOR 5F, 6F OU 7F	R\$ 3.795,00
2	FIO GUIA HIDROFÍLICO (QUALQUER TAMANHO)	
2	CATETER DIAGNÓSTICO DE ANGIOGRAFIA	
1	CATETER BALÃO	
1	AGULHA DE PUNÇÃO	
1	FIO GUIA TEFLONADO	
1	CONEXÃO ALTA	
1	CONEXÃO BAIXA	
1	CATETER GUIA ANGIOPLASTIA	
1	INTRODUTOR CONTRA LATERAL OU LONGO	
1	INSUFLADOR	
1	CATETER BALÃO	

**30911109/30912024** - Cateterização cardíaca E por via transeptal/Angioplastia transluminal da aorta ou ramos ou da artéria pulmonar e ramos (por vaso):

QUANTIDADE OPME	DESCRIÇÃO OPME	VALOR PACOTE
1	INTRODUTOR 5F, 6F OU 7F	R\$ 3.795,00
2	FIO GUIA HIDROFÍLICO (QUALQUER TAMANHO)	
2	CATETER DIAGNÓSTICO DE ANGIOGRAFIA	
1	CATETER BALÃO	
1	AGULHA DE PUNÇÃO	
1	FIO GUIA TEFLONADO	
1	CONEXÃO ALTA	
1	CONEXÃO BAIXA	
1	CATETER GUIA ANGIOPLASTIA	
1	INTRODUTOR CONTRA LATERAL OU LONGO	
1	INSUFLADOR	

**30911044/30912024** - Cateterismo cardíaco D e/ou E com ou sem cinecoronariografia cineangiografia com avaliação de reatividade vascular pulmonar ou teste de sobrecarga hemodinâmica/Angioplastia transluminal da aorta ou ramos ou da artéria pulmonar e ramos (por vaso):

QUANTIDADE OPME	DESCRIÇÃO OPME	VALOR PACOTE
1	INTRODUTOR 5F, 6F OU 7F	R\$ 3.795,00
2	FIO GUIA HIDROFÍLICO (QUALQUER TAMANHO)	
2	CATETER DIAGNÓSTICO DE ANGIOGRAFIA	
1	CATETER BALÃO	
1	AGULHA DE PUNÇÃO	
1	FIO GUIA TEFLONADO	
1	CONEXÃO ALTA	
1	CONEXÃO BAIXA	
1	CATETER GUIA ANGIOPLASTIA	
1	INTRODUTOR CONTRA LATERAL OU LONGO	
1	INSUFLADOR	

**30911079/30912024** - Cateterismo cardíaco E e/ou D com cineangiocoronariografia e ventriculografia/Angioplastia transluminal da aorta ou ramos ou da artéria pulmonar e ramos (por vaso):

QUANTIDADE OPME	DESCRIÇÃO OPME	VALOR PACOTE
1	INTRODUTOR 5F, 6F OU 7F	R\$ 3.795,00
2	FIO GUIA HIDROFÍLICO (QUALQUER TAMANHO)	
2	CATETER DIAGNÓSTICO DE ANGIOGRAFIA	
1	CATETER BALÃO	
1	AGULHA DE PUNÇÃO	
1	FIO GUIA TEFLONADO	
1	CONEXÃO ALTA	
1	CONEXÃO BAIXA	
1	CATETER GUIA ANGIOPLASTIA	
1	INTRODUTOR CONTRA LATERAL OU LONGO	
1	INSUFLADOR	

**30911109/30912091** - Cateterização cardíaca E por via transeptal/ Implante de prótese intravascular na aorta/pulmonar ou ramos com ou sem angioplastia:

QUANTIDADE OPME	DESCRIÇÃO OPME	VALOR PACOTE
1	INTRODUTOR 5F, 6F OU 7F	R\$ 3.795,00
2	FIO GUIA HIDROFÍLICO (QUALQUER TAMANHO)	
2	CATETER DIAGNÓSTICO DE ANGIOGRAFIA	
1	CATETER BALÃO	
1	AGULHA DE PUNÇÃO	
1	FIO GUIA TEFLONADO	
1	CONEXÃO ALTA	
1	CONEXÃO BAIXA	
1	CATETER GUIA ANGIOPLASTIA	
1	INTRODUTOR CONTRA LATERAL OU LONGO	
1	INSUFLADOR	

**30911044/30912091** - Cateterismo cardíaco D e/ou E com ou sem cinecoronariografia cineangiografia com avaliação de reatividade vascular pulmonar ou teste de sobrecarga hemodinâmica/ Implante de prótese intravascular na aorta/pulmonar ou ramos com ou sem angioplastia:

QUANTIDADE OPME	DESCRIÇÃO OPME	VALOR PACOTE
1	INTRODUTOR 5F, 6F OU 7F	R\$ 3.795,00

2	FIO GUIA HIDROFÍLICO (QUALQUER TAMANHO)
2	CATETER DIAGNÓSTICO DE ANGIOGRAFIA
1	CATETER BALÃO
1	AGULHA DE PUNÇÃO
1	FIO GUIA TEFLONADO
1	CONEXÃO ALTA
1	CONEXÃO BAIXA
1	CATETER GUIA ANGIOPLASTIA
1	INTRODUTOR CONTRA LATERAL OU LONGO
1	INSUFLADOR

**30911079/30912091** Cateterismo cardíaco E e/ou D com cineangiocoronariografia e ventriculografia / Implante de prótese intravascular na aorta/pulmonar ou ramos com ou sem angioplastia:

QUANTIDADE OPME	DESCRIÇÃO OPME	VALOR PACOTE
1	INTRODUTOR 5F, 6F OU 7F	R\$ 3.795,00
2	FIO GUIA HIDROFÍLICO (QUALQUER TAMANHO)	
2	CATETER DIAGNÓSTICO DE ANGIOGRAFIA	
1	CATETER BALÃO	
1	AGULHA DE PUNÇÃO	
1	FIO GUIA TEFLONADO	
1	CONEXÃO ALTA	
1	CONEXÃO BAIXA	
1	CATETER GUIA ANGIOPLASTIA	
1	INTRODUTOR CONTRA LATERAL OU LONGO	
1	INSUFLADOR	

**30911109/30912032** Cateterização cardíaca E por via transeptal/Angioplastia transluminal percutânea de múltiplos vasos ou de bifurcação com implante de stent:

QUANTIDADE OPME	DESCRIÇÃO OPME	VALOR PACOTE
1	INTRODUTOR 5F, 6F OU 7F	R\$ 3.795,00
2	FIO GUIA HIDROFÍLICO (QUALQUER TAMANHO)	
2	CATETER DIAGNÓSTICO DE ANGIOGRAFIA	
1	CATETER BALÃO	



1	AGULHA DE PUNÇÃO
1	FIO GUIA TEFLONADO
1	CONEXÃO ALTA
1	CONEXÃO BAIXA
1	CATETER GUIA ANGIOPLASTIA
1	INTRODUTOR CONTRA LATERAL OU LONGO
1	INSUFLADOR

**30911044/30912032** Cateterismo cardíaco D e/ou E sem cinecoronariografia cineangiografia com avaliação de relatividade vascular pulmonar ou teste de sobrecarga hemodinâmica /Angioplastia transluminal percutânea de múltiplos vasos ou de bifurcação com implante de stent:

QUANTIDADE OPME	DESCRIÇÃO OPME	VALOR PACOTE
1	INTRODUTOR 5F, 6F OU 7F	R\$3.795,00
2	FIO GUIA HIDROFÍLICO (QUALQUER TAMANHO)	
2	CATETER DIAGNÓSTICO DE ANGIOGRAFIA	
1	CATETER BALÃO	
1	AGULHA DE PUNÇÃO	
1	FIO GUIA TEFLONADO	
1	CONEXÃO ALTA	
1	CONEXÃO BAIXA	
1	CATETER GUIA ANGIOPLASTIA	
1	INTRODUTOR CONTRA LATERAL OU LONGO	
1	INSUFLADOR	

**30911079/30912032** Cateterismo cardíaco E e/ou D com cineangiocoronariografia e ventriculografia/ Angioplastia transluminal percutânea de múltiplos vasos ou de bifurcação com implante de stent:

QUANTIDADE OPME	DESCRIÇÃO OPME	VALOR PACOTE
1	INTRODUTOR 5F, 6F OU 7F	R\$ 3.795,00
2	FIO GUIA HIDROFÍLICO (QUALQUER TAMANHO)	
2	CATETER DIAGNÓSTICO DE ANGIOGRAFIA	
1	CATETER BALÃO	
1	AGULHA DE PUNÇÃO	
1	FIO GUIA TEFLONADO	

1	CONEXÃO ALTA
1	CONEXÃO BAIXA
1	CATETER GUIA ANGIOPLASTIA
1	INTRODUTOR CONTRA LATERAL OU LONGO
1	INSUFLADOR

TABELA DE OPME PARA MATERIAIS EXCEDENTES:		
MATERIAL	UNIDADE	VALOR (R\$)
INTRODUTOR 5F, 6F OU 7F	1	89,70
FIO GUIA HIDROFÍLICO	2	230,00
CATETER DIAGNÓSTICO DE ANGIOGRAFIA	1	126,50
AGULHA DE PUNÇÃO	1	103,50
FIO GUIA TEFLONADO	2	230,00
CONEXÃO ALTA	1	46,00
CONEXÃO BAIXA	1	46,00
CATETER GUIA ANGIOPLASTIA	1	345,00
INTRODUTOR CONTRA LATERAL OU LONGO	1	575,00
INSUFLADOR	1	172,50
CATETER BALÃO	1	575,00
EXTENSOR DE PRESSÃO	1	14,00

### Observação:

- 1- Para procedimentos de Hemodinâmica/Cardiologia Intervencionista, serão pagos apenas os pacotes acima;
- 2- Estão inclusos nos pacotes: diárias, taxas, materiais, contrastes, medicamentos, gases medicinais, OPME, exceto stents e honorários;
- 3- Para o Stent convencional fica estabelecido o valor de **R\$2.430,00 (dois mil e quatrocentos e trinta reais)** e para o Stent farmacológico o valor de **R\$4.000,00 (quatro mil reais)** e não caberá taxa de comercialização para os mesmos, sendo 80% pagos pelo PRO-SAÚDE e os 20% pelo segurado, direto ao prestador de serviço; **Não** caberá cobrança de taxa de comercialização para os Stents.
- 4- Os honorários médicos, que não são inclusos nos pacotes acima, serão pagos conforme a tabela indicada nesse Termo;

5- Para utilização de materiais de OPME excedentes, deverá ser apresentada a justificativa técnica, passível de glosa técnica caso não seja pertinente a utilização, onde o PRO-SAÚDE custeará 80% (oitenta por cento) do valor total e os 20% (vinte por cento) restantes o prestador receberá direto do segurado. Os valores dos mesmos serão pagos conforme Tabela de OPME acima (“Tabela de OPME para materiais excedentes). Caberá a cobrança de taxa de comercialização para eles.

6- Para utilização de materiais excedentes nos pacotes acima fica limitado a quantidade de 1(um) fio guia e 1 (um) cateter balão com apresentação de justificativa médica, sendo analisado pela auditoria, podendo ser deferido ou indeferido.

### **Ortopedia:**

Para materiais de OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais) para solicitações de alguns principais procedimentos, na especialidade de ortopedia, segue abaixo a Padronização (teto máximo) para autorização desses:

#### **1- Para o procedimento Artroplastia de Joelho:**

- Prótese Nacional (R\$5.673,00);
- Steri Drape (R\$180,00).

#### **2- Para o procedimento Ligamento – Meniscectomia e Reconstrução Ligamentar sem lesão meniscal associada:**

- 01 Lâmina de Shaver (R\$550,00);
- 01 equipo gravitacional comum (R\$ 55,00);
- 02 Parafusos de Interferência (R\$ 486,29 cada).

#### **3- Para o procedimento Lesão do Manguito Rotador:**

- 02 Lâminas de Shaver (R\$550,00 cada);
- 02 Âncoras Titânio (R\$730,00 cada);
- 01 Equipo de Bomba (R\$ 550,00).

#### **4- Procedimento Artroplastia de Quadril:**

- Prótese Nacional (R\$ 7.255,00)
- Steri Drape (R\$180,00)

### **Observação:**

1- Caso haja necessidade de utilização de mais 01 unidade de âncora, é necessário justificativa médica e apresentação de exame de Raio-x.

2- Caso haja necessidade de utilização de mais 01 unidade de cânula, será necessário a justificativa médica.

3- Nos valores acima, não está incluso a taxa de comercialização.

### Regras e Valorizações:

1- As medicações serão pagas conforme a lista de medicamentos da CMED (Câmara de Regulação do Mercado de Medicamento da ANVISA). As precificações serão conforme coluna de Preço de fábrica com acréscimo de 20% de taxa de manipulação e armazenamento. Todos os medicamentos serão pagos na forma genérica, exceto aqueles que não tenham essa forma no mercado.

<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/cmed/precos>

2- As dietas serão pagas conforme tabela abaixo: (Valor Unitário):

NOVASOURCE HI PROTEIN 1000ML	RS145,00;
NOVASOURCE GI CONTROL 1000ML	RS132,00;
ISOSOURCE 1.5 CAL 1000ML	RS98,00;
NOVASOURCE GC 1000ML	RS116,00;
FIBERSOURCE 1000ML	RS100,00;
FM 85 SACHE	RS3,83;
IMPACT 1.5 SF 1000ML	RS91,00;
ISOSOURCE SOYA FIBER 1000ML	RS41,00;
NOVASOURCE PROLINE SF 1000ML	RS180,00;
NOVASOURCE SENIOR SF 1000ML	RS82,24;
OLICLIMONEL 1900KCAL 2093 ML	RS500,00;
PEPTAMEN 400 GR (LATA)	RS200,00 (LATA);
PEPTAMEN INTENSE 1000ML	RS186,00;
KABIVEN 900KCAL 1026ML	RS305,00;
NUTRICOMP 500ML	RS45,00;
NUTREN 1.0 LATA 400G	RS72,00 (LATA);
FRESUBIN 500ML	RS51,00.

\*Caso haja uso de alguma dieta que não há na descrição acima, deverá ser apresentada, obrigatoriamente, a Nota Fiscal e será pago com um acréscimo de 50% (cinquenta por cento) do valor da Nota Fiscal apresentada.

**3- Os exames complementares laboratoriais e ambulatoriais serão pagos conforme Tabela CBHPM 5ª edição, ano 2008, com COMUNICADO 2010 (considerar porte, CO e UCO com deflator de 30%), exceto para aqueles valores e pacotes já descritos nesse edital.**

4- Os exames radiológicos, exceto tomografia e ressonância, serão pagos conforme Tabela CBHPM 5ª edição, ano 2008, com comunicado 2010 (considerar porte, CO, filme e UCO com deflator de 20%) e filme no valor de R\$21,70 m2 (vinte e um reais e setenta centavos por metro quadrado), exceto para aqueles valores e pacotes já descritos nesse edital.

5- As consultas médicas em consultório, serão pagas no valor de R\$75,90 (setenta e cinco reais e noventa centavos), sendo liberadas 8 guias por usuário, no período de 365 dias, acima desse número de guias, será cobrado 50% do valor da consulta (guia excedente).

6- **As visitas médicas aos pacientes internados serão pagas no valor de R\$42,00 (quarenta e dois reais);**

7- As consultas em Pronto Socorro serão pagas no valor de R\$75,90 (setenta e cinco e noventa);

7.1. Todos os atendimentos realizados em Pronto Socorro, serão pagos o valor de R\$170,00 (cento e setenta reais), incluindo: materiais, medicamentos, taxas, exames laboratoriais e de imagem, exceto tomografia e Ressonância. **(COM DIRETRIZES ACORDAS ENTRE AS PARTES).**

8 - Honorários médicos em procedimentos serão pagos conforme CBHPM 5ª edição, ano 2008, com COMUNICADO 2010 e com redutor de 20% (considerar apenas Porte).

9- Plantões de UTI serão pagos conforme tabela CBHPM 5ª edição, ano 2008, com COMUNICADO 2010 com redutor de 20% (considerar apenas Porte).

10- Para o serviço de atendimento pediátrico em pronto socorro, devidamente credenciado com o Pró Saúde previamente autorizado pela gestão do Programa, o valor a ser pago para a consulta será de R\$180,00 (cento e oitenta reais).

11- **As consultas de fisioterapia (exame clínico) terão o valor de R\$35,00 (trinta e cinco reais) e deverão ser cobradas apenas uma só vez no início do tratamento. As sessões de Fisioterapias serão pagas conforme tabela CBHPM 5ª edição ano 2008, com COMUNICADO 2010 e com deflator de 30%. (Considerar apenas Porte).**

12- O deslocamento do Atendimento de fisioterapia domiciliar, com cobertura dos códigos CBHPM, devem ser negociados junto ao profissional (usuário x profissional), devido a sua não cobertura, conforme Inciso II, do art. 24, do Decreto nº 971, de 09 maio 2018, onde as consultas domiciliares, ficam exclusas da cobertura do PRO-SAÚDE.

13- O usuário tem direito a 30 sessões de fisioterapia no período de 365 dias, acima disso o usuário pagará 50% do valor da sessão, sendo autorizadas 05 sessões ao mês, com excessões após apresentação de laudo ou relatório médico que comprovem a necessidade de maior número de sessões mensais passível de glosa e avaliação da Auditoria Médica).

14- Sessões de psicologia deverão ser cobradas no valor de R\$35,00(trinta e cinco reais) por sessão e cada usuário terá o direito de 1(uma) sessão a cada 7 (sete) dias, troca de psicólogo realizada somente mediante a relatório médico.

15- Consulta com nutricionista deverá ser cobrada no valor de R\$35,00(trinta e cinco reais), com o limite de 6 (seis) guias no período de 365 dias, acima desse número, será cobrado 50% do valor da consulta (guia excedente).

16- Consulta com médico psiquiatra será pago no valor de R\$110,00(cento e dez reais).

17- Sessões de fonoaudiologia com aplicação da técnica ABA, para pacientes com diagnóstico de autismo e, após autorização prévia da auditoria, deverão ser cobradas no valor de R\$ 60,00 (sessenta reais).

16. Para sessões de fonoaudiologia clínica, com relatório médico e análise pela auditoria técnica, o valor de cada sessão será de R\$45,00 (quarenta e cinco reais).

#### **Observações:**

O tratamento de fonoaudiologia tem o limite de cobertura integral de 30 (trinta) sessões e/ou consultas, no período de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, contadas da realização da primeira sessão ou procedimento, caso o usuário necessite de uma sessão, além do limite estabelecido, ficara ele responsável pelo pagamento correspondente a 50% (cinquenta por cento) do valor de cada guia ou sessão, podendo realizar máximo duas sessões semanais

18- Para a especialidade Acupuntura, será autorizado, apenas, os códigos (31601014 e 31602185 - Acupuntura e Estimulação Elétrica). Para o tratamento, é necessário encaminhamento médico para primeira consulta, justificando a necessidade das sessões.

Observações: O tratamento tem o limite de cobertura integral de 30 (trinta) sessões e/ou consultas, no período de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, contadas da primeira realização de consulta ou procedimento, caso o usuário necessite de emissão de guia de sessão além do limite ficará ele responsável pelo pagamento correspondente a 50% (cinquenta por cento) do valor de cada sessão.

19- Será liberada 1 (uma) Cirurgia Bariátrica a cada 30 dias, realizadas por vídeo, tendo uma participação do usuário na importância de 20% sobre os honorários médicos e sobre a taxa de vídeo e OPME.

20- Para a especialidade cirurgia Vascular, será autorizado, apenas, os códigos de Varizes (30907136-bilateral e 30907020 - Unilateral). Os outros procedimentos nessa especialidade deverão ser regulados. Os procedimentos poderão ser periciados antes e após a realização, sendo passíveis de glosa técnica.

21- Os materiais de OPME (órtese, próteses e materiais especiais) serão pagos conforme **tabela própria descrita abaixo**, e os demais serão negociados pontualmente entre as partes.

Deverá ser apresentado, por parte do Hospital/Prestador, no mínimo dois ~~orçamentos~~ em papel timbrado do fornecedor. Não será aceito o envio de orçamento em papel timbrado do Hospital/Prestador. Os orçamentos serão apresentados ao PRO-SAÚDE de forma prévia ao procedimento.

Fica o PRO-SAÚDE, livre para negociar valores com os fornecedores apresentados. Após a negociação, será enviado um parecer para o Hospital/Prestador, em papel timbrado do PRO-SAÚDE, descrevendo as quantidades e valores autorizados, bem como as observações e justificativas que se façam necessárias. Será pago uma taxa de 10% (dez por cento) de comercialização sobre o valor da Nota Fiscal apresentada com caráter obrigatório, passível de glosa caso contrário.

### Tabela Própria OPME

DESCRIÇÃO DO MATERIAL	VALOR UNITÁRIO
HASTE BLOQUEADA	R\$ 936,58
PARAFUSO (BLOQUEIO/PROXIMAL)	R\$ 105,00
PONTEIRA DISSECTORA (OTORRINO)	R\$1.650,00
FIXADOR LINEFIX	R\$ 1.163,90
PINO DE SHANZ	R\$ 35,00
SPLINT NASAL	R\$ 180,00
LÂMINA DE SHAVER	R\$ 550,00
FLUXOR P/ ARTROSCOPIA	R\$ 40,00
ALÇA DE POLIPECTOMIA	R\$ 190,00
CATETER DUPLIO LUMEN	R\$ 100,00
STERIDRAPE OPSITE INICISE (QUANDO AUTORIZADO)	R\$ 180,00
TELA DE PROLENE 15X15	R\$ 185,00
FIO DE KIRSCHNER	R\$ 40,00
KIT BARIÁTRICA (QUALQUER TÉCNICA/JÁ INCLUSO TODOS OS MATERIAIS NECESSÁRIOS)	R\$ 7.990,00
CATETER TRIPLIO LUMEN	R\$ 145,00
KIT DE RIZOTOMIA PERCUTANEA FACETARIA	R\$ 6.300,00
GELFOAN (QUALQUER TAMANHO)	R\$ 268,00
PARAFUSO CÂNULADO AÇO 4.5 E 7.0	R\$ 126,00
FIO LISO C/ PONTA	R\$ 31,00
PLACA FIBULA LATERAL/DISTAL	R\$ 2.800,00
PARAFUSO CORTICAL BLOQUEADO	R\$ 128,00
PARAFUSO CORTICAL (QUALQUER TAMANHO)	R\$22,00
BALÃO MANOMETRIA	R\$3.200,00
PARAFUSO ESPONJOSO AÇO (QUALQUER TAMANHO)	R\$34,00
SONDA GASTROSTOMIA	R\$300,00
CATETER ESCLEROSE	R\$300,00
CATETER DUPLIO J	R\$ 200,00
CATETER PLASMA ARGONIO	R\$ 520,20
CATETER MONO LUMEN	R\$ 45,00
KIT PRESSÃO ADULT. LOGICAL	R\$ 81,00
LIGA CLIP (CAIXA C/6)	R\$ 85,00
FIO GUIA HIDROFÍLICO	R\$ 322,00
BASKET	R\$ 1.200,00
FIBRA LASER (UROLOGIA)	R\$ 1.350,00

Obs: Nos valores acima não está incluso a taxa de comercialização.

Para os materiais classificados como OPME, não descritos na tabela acima, a negociação será feita pontualmente, entre as partes, seguindo o regramento do item 21 neste termo.

Os valores acima serão pagos independente de marca e fornecedor.

Para efetiva autorização dos materiais acima, é obrigatório ter autorização prévia do Pró Saúde. O Usuário pagará 20% (vinte por cento) do valor total dos materiais de OPME, incluindo a taxa de comercialização e o acerto deverá ser diretamente no Prestador de Serviço. É de responsabilidade do Prestador de Serviço, a cobrança dessa coparticipação, inclusive para materiais complementares.

22- Os procedimentos realizados a nível ambulatorial, sem necessidade de centro cirúrgico e sem necessidade da participação de anestesista, independente das quantidades de procedimentos realizados, será pago valor de 50,00 (cinquenta reais) referente a taxa de sala de procedimentos ambulatoriais. Seguindo Diretrizes

23- Autismo:

VALOR POR ATENDIMENTO.	
**VALOR POR ATENDIMENTO (PSICOLOGIA)	R\$ 70,00

### Observação:

- Seguirá as disposições da Portaria Normativa N° 001 de 03 de janeiro de 2023, a qual “Dispõe sobre a liberação, condição para autorização dos usuários nas sessões tratamento de intervenção ABA excedentes ao limite preestabelecido pelo pro-saúde.”
- Todas as autorizações prévias serão passíveis de revisão técnica posterior, podemos sofrer glosas técnicas e administrativas. Regra válida para todo edital.
- Para os atendimentos de pacientes com diagnóstico confirmado de autismo, o regime de atendimento será AMBULATORIAL, em dias e horários a serem estipulados pela CONTRATADA, cujos atendimentos se darão especificamente no serviço de PSICOLOGIA ESPECIALIZADA EM ABA, com especialização comprovada. Para que os atendimentos sejam efetivamente autorizados e pagos, devem ter o encaminhamento de médico neuropediatra e neuropsiquiatra contemplando laudo médico e cid comprobatório de autismo.

24- Casos de procedimentos cirúrgicos de alta complexidade (cardiologia, neurocirurgia etc.) e utilização de novas tecnologias como robótica, genética, entre outros procedimentos que forem de alta complexidade, terão a necessidade de regulação para serviço via sistema único de saúde.

25- Tabela de procedimentos de neurocirurgia com cobertura pelo programa de saúde:

CÓDIGOS	DESCRIÇÃO
3.07.15.01-6	1. ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR EM TRÊS OU MAIS NÍVEIS
3.07.15.02-4	2. ARTRODESE TÓRACO-LOMBO-SACRAL POSTERIOR EM ATÉ DOIS NÍVEIS
31.40.333-6	3. RIZOTOMIA
3.16.0216-9	4. BLOQUEIO PERIDURAL OU SUBARACNOIDEO COM CORTICOIDE
3.07.15.09-1	5. DESCOMPRESSÃO MEDULAR E/OU CAUDA EQUINA
3.07.15.18-0	6. HÉRNIA DE DISCO TORACO-LOMBAR- TRATAMENTO CIRÚRGICO
4.08.13.36-3	7. COLUNA VERTEBRAL: INFILTRAÇÃO FORAMINAL OU FACETÁRIA OU ARTICULAR
4.08.11.02-6	8. RADIOSCÓPIA PARA ACOMPANHAMENTO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO
3.07.15.36-9	9. TRATAMENTO MICROCIRÚRGICO DO CANAL VERTEBRAL ESTREITO POR SEGMENTO

26- As cirurgias que forem solicitadas como urgência e que, após a auditoria da conta hospitalar, for detectado pela equipe da auditoria técnica/médica, que não se caracteriza urgência, as adequações serão realizadas e a cobrança será passível de glosa.

27- Os procedimentos excludentes são direcionados para os atendimentos prestados de forma contemplar os procedimentos 100% colidentes entre si, ou seja, quando um procedimento é considerado parte de um outro de maior complexidade ou completude. A auditoria médica analisará, previamente e retrospectivamente, os códigos de procedimentos solicitados e utilizarão o entendimento técnico para códigos de procedimentos excludentes,



ou seja, os procedimentos que já estão associados em outros procedimentos, e que são mais completos ou complexos, onde excluirão os demais considerados parte na execução do procedimento excludente (procedimento excluído), quando solicitados juntos. Os procedimentos considerados excluídos, estarão sujeitos à glosa técnica.

28- Conforme Decreto ficam excluídos das coberturas do PRO-SAÚDE:

**Art. 24** – Ficam excluídos da cobertura do PRÓ- SAÚDE os serviços abaixo relacionados:

- I casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declaradas pela autoridade competente;
- II atendimentos domiciliares;
- III fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- IV fornecimento de medicamentos e materiais importados não ligados ao ato cirúrgico;
- V inseminação artificial;
- VI procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como óteses e próteses para o mesmo fim;
- VII transplante;
- VIII tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- IX tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- X tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- XI cirurgias Cardiológicas
- XII serviços realizados em desacordo com o disposto neste regulamento;
- XIII investigação diagnóstica e/ou cirúrgicas com o objetivo de identificar, produzir ou reverter a esterilidade masculina ou feminina, bem como técnicas de fecundação, inseminação assistida e controle de métodos anticoncepcionais;
- XIV a mastoplastia, ainda que a hipertrofia mamária possa repercutir sobre a coluna vertebral;
- XV check-up, investigação diagnóstica eletiva, em regime de integração hospitalar, necropsia, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- XVI exames médicos para piscina, ginástica e outros que não sejam por cuidados com a saúde;
- XVII tratamentos em clínicas de repouso, estâncias hidrominerais e clínicas para acolhimento de idosos;
- XVIII internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- XIX tratamentos de patologias cancerígenas;

29- O Pro-Saúde poderá criar cotas internas, de acordo com a disponibilidade financeira e orçamentaria, sendo que os valores dos termos de credenciamento são estimados, não representando, obrigatoriamente, que os credenciados possam usá-lo de forma total.

30. O PRO- SAÚDE terá um prazo de até 60 (sessenta) dias para efetuar o pagamento após a entrega do faturamento mensal.

31- As guias de: consultas, exames, terapias, atendimento em pronto socorro terão um prazo de 60 (sessenta dias) para a apresentação, após a data de autorização. Já para as guias de internação, o prazo poderá se estender

a 90 (noventa dias) para sua apresentação. Sendo passível de glosa as guias entregues foram desse prazo descrito.

32- Para exames e procedimentos que necessitam de sedação, sem previsão de porte, deverão ser solicitados previamente, com justificativa médica e indicação clínica, para análise da auditoria técnica.

33. Link para acesso à tabela CBHPM vigente para referência, conforme este Edital:

<https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1365298069cbhpm.pdf>

**É de obrigatoriedade do Prestador de Serviço, a inserção dos códigos dos procedimentos solicitados.**

34. Tabela vigente exames laboratoriais:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO ITEM	VALOR
4.03.05.01-5	1,25-DIHHIDROXI VITAMINA D	R\$ 51,46
4.03.05.74-0	11-DESOXICORTICOSTERONA	R\$ 59,00
4.03.16.01-7	17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	R\$ 28,58
4.03.05.04-0	17-CETOGENICOS (17-CGS)	R\$ 16,19
4.03.05.05-8	17-CETOGENICOS CROMATOGRAFIA	R\$ 22,46
4.03.05.06-6	17-CETOSTEROIDES (17-CTS) – CROMATOGRAFIA	R\$ 22,46
4.03.05.07-4	17-CETOSTEROIDES RELACAO ALFA/BETA	R\$ 16,19
4.03.05.08-2	17-CETOSTEROIDES TOTAIS (17-CTS)	R\$ 16,19
4.03.05.78-3	17-HIDROXICORTICOSTEROIDES (17-OHS)	R\$ 59,00
4.03.05.09-0	17-HIDROXIPREGNENOLONA	R\$ 105,22
4.03.11.23-6	2,5-HEXANODIONA, DOSAGEM NA URINA	R\$ 20,75
4.03.16.02-5	3 ALFA ANDROSTONEDIOL GLUCORONIDEO (3ALFDADIOL)	R\$ 38,82
4.03.01.01-0	3-METIL HISTIDINA, DOSAGEM NO SORO	R\$ 31,86
4.03.01.02-8	5-NUCLEOTIDASE	R\$ 17,58
4.03.10.01-9	A FRESCO, EXAME	R\$ 6,91
4.03.01.03-6	ACETAMINOFEN	R\$ 31,86
4.03.01.04-4	ACETILCOLINESTERASE, EM ERIITROCITOS	R\$ 17,58
4.03.01.05-2	ACETONA, DOSAGEM NO SORO	R\$ 20,75
4.03.11.26-0	ACIDEZ TITULAVEL	R\$ 4,95
4.03.05.11-2	ACIDO 5 HIDROXI INDOL ACETICO, DOSAGEM NA URINA	R\$ 22,46
4.03.13.29-8	ACIDO ACETICO	R\$ 20,75
4.03.01.06-0	ACIDO ASCORBICO (VITAMINA C)	R\$ 20,75
4.03.01.07-9	ACIDO BETA HIDROXI BUTIRICO	R\$ 17,58
4.03.11.01-5	ACIDO CITRICO	R\$ 20,75
4.03.13.01-8	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO (PARA CHUMBO INORGANICO)	R\$ 10,33

4.03.13.02-6	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO DESIDRATASE (PARA CHUMBO INORGANICO)	R\$ 16,47
4.03.13.03-4	ACIDO FENILGLIOXILICO (PARA ESTIRENO)	R\$ 16,47
4.03.01.08-7	ACIDO FOLICO, DOSAGEM NOS ERTTROCITOS	R\$ 17,58
4.03.01.09-5	ACIDO GLIOXILICO	R\$ 20,75
4.03.13.04-2	ACIDO HIPURICO (PARA TOLUENO)	R\$ 14,01
4.03.05.12-0	ACIDO HOMO VANILICO	R\$ 22,46
4.03.11.02-3	ACIDO HOMOGENTISICO	R\$ 10,33
4.03.01.10-9	ACIDO LACTICO (LACTATO)	R\$ 6,92
4.03.13.05-0	ACIDO MANDELICO (PARA ESTIRENO)	R\$ 14,01
4.03.13.30-1	ACIDO METIL MALONICO	R\$ 289,16
4.03.13.06-9	ACIDO METILHIPURICO (PARA XILENOS)	R\$ 16,47
4.03.01.11-7	ACIDO OROTICO	R\$ 435,87
4.03.01.12-5	ACIDO OXALICO	R\$ 20,75
4.03.01.13-3	ACIDO PIRUVICO	R\$ 44,81
4.03.13.07-7	ACIDO SALICILICO	R\$ 20,75
4.03.01.14-1	ACIDO SIALICO	R\$ 10,33
4.03.01.15-0	ACIDO URICO	R\$ 3,76
4.03.01.16-8	ACIDO VALPROICO	R\$ 31,86
4.03.16.03-3	ACIDO VANILMANDELICO (VMA)	R\$ 22,96
4.03.01.17-6	ACIDOS BILIARES	R\$ 44,81
4.03.01.18-4	ACIDOS GRAXOS LIVRES	R\$ 31,86
4.03.01.19-2	ACIDOS ORGANICOS (PERFIL QUANTITATIVO)	R\$ 338,65
4.03.01.20-6	ACILCARNITINAS (PERFIL QUALITATIVO)	R\$ 290,87
4.03.01.21-4	ACILCARNITINAS (PERFIL QUANTITATIVO)	R\$ 433,22
4.03.09.01-0	ADENOSINA DE AMINASE (ADA)	R\$ 44,81
4.03.06.01-1	ADENOVIRUS, IGG	R\$ 17,43
4.03.06.02-0	ADENOVIRUS, IGM	R\$ 23,93
4.03.16.04-1	ADRENOCORTICOTROFICO, HORMONIO (ACTH)	R\$ 57,32
4.03.01.22-2	ALBUMINA	R\$ 3,76
4.03.11.03-1	ALCAPTONURIA, PESQUISA	R\$ 5,81
4.03.01.23-0	ALDOLASE	R\$ 6,92
4.03.16.05-0	ALDOSTERONA	R\$ 37,37
4.03.07.90-5	ALERGENOS - PERFIL ANTIGENICO (PAINEL C/36 ANTIGENOS)	R\$ 616,36
4.03.03.01-2	ALFA -1-ANTITRIPSINA, (FEZES)	R\$ 13,50
4.03.01.24-9	ALFA-1-ANTITRIPSINA, DOSAGEM NO SORO	R\$ 11,20
4.03.01.25-7	ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	R\$ 11,20
4.03.01.26-5	ALFA-2-MACROGLOBULINA	R\$ 11,20
4.03.04.66-3	ALFA-2ANTIPLASMINA, TESTE FUNCIONAL	R\$ 98,84

4.03.16.06-8	ALFA-FETOPROTEINA	R\$ 27,34
4.03.01.27-3	ALUMINIO, DOSAGEM NO SORO	R\$ 31,86
4.03.08.30-8	AMEBIASE, IGG	R\$ 17,43
4.03.08.31-6	AMEBIASE, IGM	R\$ 23,93
4.03.01.28-1	AMILASE	R\$ 6,92
4.03.02.13-0	AMILASE OU ALFA-AMILASE, ISOENZIMAS	R\$ 31,86
4.03.01.29-0	AMINOACIDOS, FRACIONAMENTO E QUANTIFICACAO	R\$ 196,17
4.03.01.30-3	AMIODARONA	R\$ 129,87
4.03.01.31-1	AMTRIPTILINA, NORTRIPTILINA (CADA)	R\$ 31,86
4.03.01.32-0	AMONIA	R\$ 20,75
4.03.05.16-3	AMP CICLICO	R\$ 22,96
4.03.14.26-0	AMPLIFICACAO DE MATERIAL POR BIOLOGIA MOLECULAR (OUTROS AGENTES)	R\$ 103,71
4.03.03.02-0	ANAL SWAB, PESQUISA DE OXIURUS	R\$ 4,35
4.03.16.07-6	ANDROSTENEDIONA	R\$ 45,85
4.03.01.33-8	ANFETAMINAS, DOSAGEM	R\$ 114,33
4.03.08.55-3	ANTI TRANSGLUTAMINASE TECIDUAL - IGA	R\$ 49,86
4.03.06.05-4	ANTI-ACTINA	R\$ 49,22
4.03.07.91-3	ANTI-DMP	R\$ 17,43
4.03.06.06-2	ANTI-DNA	R\$ 13,75
4.03.07.92-1	ANTI-HIALURONIDASE, DETERMINACAO DA	R\$ 57,98
4.03.06.07-0	ANTI-JO1	R\$ 17,43
4.03.06.08-9	ANTI-LA/SSB	R\$ 17,43
4.03.06.09-7	ANTI-LKM-1	R\$ 27,84
4.03.06.10-0	ANTI-RNP	R\$ 17,43
4.03.06.11-9	ANTI-RO/SSA	R\$ 17,43
4.03.06.12-7	ANTI-SM	R\$ 17,43
4.03.16.15-7	ANTI-TPO	R\$ 30,06
4.03.10.41-8	ANTIBIOGRAMA (TESTE DE SENSIBILIDADE E ANTIBIOTICOS E QUIMIOTERICOS), POR BACTERIA - NAO AUTOMATIZADO	R\$ 24,42
4.03.10.42-6	ANTIBIOGRAMA AUTOMATIZADO	R\$ 38,95
4.03.10.03-5	ANTIBIOGRAMA P/ BACIOS ALCOOL-RESISTENTES - DROGAS DE 2 LINHAS	R\$ 31,00
4.03.01.34-6	ANTIBIOTICOS, DOSAGEM NO SORO, CADA	R\$ 31,86
4.03.06.04-6	ANTICANDIDA - IGG E IGM (CADA)	R\$ 23,93
4.03.06.13-5	ANTICARDIOLIPINA - IGA	R\$ 23,93
4.03.06.14-3	ANTICARDIOLIPINA - IGG	R\$ 17,43
4.03.06.15-1	ANTICARDIOLIPINA - IGM	R\$ 23,93
4.03.06.16-0	ANTICENTROMERO	R\$ 11,45
4.03.04.01-9	ANTICOAGULANTE LUPICO, PESQUISA	R\$ 17,94
4.03.04.02-7	ANTICORPO ANTI A E B	R\$ 12,91

4.03.08.21-9	ANTICORPO ANTI SACCHARAMYCES - ASCA	R\$ 300,78
4.03.06.17-8	ANTICORPO ANTI-DNASE B	R\$ 11,45
4.03.06.18-6	ANTICORPO ANTI-HORMONIO DO CRESCIMENTO	R\$ 211,10
4.03.16.08-4	ANTICORPO ANTI-RECEPTOR DE TSH (TRAB)	R\$ 65,33
4.03.09.30-4	ANTICORPO ANTIESPERMATOZOIDE	R\$ 21,10
4.03.04.67-1	ANTICORPO ANTIMIELOPEROXIDASE, MPO	R\$ 146,47
4.03.06.19-4	ANTICORPO ANTIVIRUS DA HEPATITE E (TOTAL)	R\$ 32,12
4.03.06.20-8	ANTICORPOS ANTI-ILHOTA DE LANGHERANS	R\$ 27,84
4.03.06.21-6	ANTICORPOS ANTI-INFLUENZA A, IGG	R\$ 17,43
4.03.06.22-4	ANTICORPOS ANTI-INFLUENZA A, IGM	R\$ 23,93
4.03.06.23-2	ANTICORPOS ANTI-INFLUENZA B, IGG	R\$ 17,43
4.03.06.24-0	ANTICORPOS ANTI-INFLUENZA B, IGM	R\$ 23,93
4.03.06.25-9	ANTICORPOS ANTIENDOMISIO - IGG, IGM, IGA (CADA)	R\$ 32,12
4.03.16.09-2	ANTICORPOS ANTIINSULINA	R\$ 23,93
4.03.04.03-5	ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS, CITOMETRIA DE FLUXO	R\$ 40,89
4.03.08.52-9	ANTICORPOS ANTIPNEUMOCOCOS	R\$ 134,53
4.03.23.90-0	ANTICORPOS ANTI TETANO	R\$ 66,53
4.03.16.10-6	ANTICORPOS ANTI TIREOIDE (TIREOGLOBULINA)	R\$ 37,37
4.03.04.04-3	ANTICORPOS IRREGULARES	R\$ 31,26
4.03.04.05-1	ANTICORPOS IRREGULARES, PESQUISA (MEIO SALINO A TEMPERATURA AMBIENTE E 37O E TESTE INDIRETO DE COOMBS)	R\$ 8,28
4.03.06.26-7	ANTICORPOS NATURAIS - ISOAGLUTININAS, PESQUISAS	R\$ 13,15
4.03.06.27-5	ANTICORPOS NATURAIS - ISOAGLUTININAS, TITULAGEM	R\$ 13,15
4.03.06.28-3	ANTICORTEIX SUPRA-RENAL	R\$ 39,30
4.03.07.93-0	ANTI DESOXIRIBONUCLEASE B, NEUTRALIZACAO QUANTITATIVA	R\$ 41,01
4.03.06.29-1	ANTI ESCLERODERMA (SCL 70)	R\$ 17,43
4.03.07.94-8	ANTI FIGADO (GLOMERULO, TUB. RENAL CORTE RIM DE RATO), IFI	R\$ 81,38
4.03.10.60-4	ANTI FUNGIGRAMA	R\$ 57,32
4.03.16.11-4	ANTI GENO AUSTRALIA (HBSAG)	R\$ 25,02
4.03.16.12-2	ANTI GENO CARCINOEMBRIOGENICO (CEA)	R\$ 32,12
4.03.16.13-0	ANTI GENO ESPECIFICO PROSTATICO LIVRE (PSA LIVRE)	R\$ 30,34
4.03.16.14-9	ANTI GENO ESPECIFICO PROSTATICO TOTAL (PSA)	R\$ 23,41
4.03.10.04-3	ANTI GENOS FUNGICOS, PESQUISA	R\$ 24,42
4.03.07.95-6	ANTI GENOS METILICOS SOLUVEIS DO BCG (1 APLICACAO)	R\$ 14,46
4.03.06.30-5	ANTI GLIADINA (GLUTEN) - IGA	R\$ 23,93
4.03.06.31-3	ANTI GLIADINA (GLUTEN) - IGG	R\$ 17,43
4.03.06.32-1	ANTI GLIADINA (GLUTEN) - IGM	R\$ 23,93
4.03.06.33-0	ANTI MEMBRANA BASAL	R\$ 23,93
4.03.06.34-8	ANTI MICROSSOMAL	R\$ 23,93

4.03.06.35-6	ANTIMITOCONDRIA	R\$ 13,75
4.03.06.36-4	ANTIMITOCONDRIA, M2	R\$ 21,10
4.03.06.37-2	ANTIMUSCULO CARDIACO	R\$ 17,43
4.03.06.38-0	ANTIMUSCULO ESTRIADO	R\$ 17,43
4.03.06.39-9	ANTIMUSCULO LISO	R\$ 17,43
4.03.06.40-2	ANTINEUTROFILOS (ANCA) C	R\$ 23,93
4.03.06.41-0	ANTINEUTROFILOS (ANCA) P	R\$ 23,93
4.03.06.42-9	ANTIPARIETAL	R\$ 17,43
4.03.06.43-7	ANTIPEROXIDASE TIREOIDEANA	R\$ 30,06
4.03.04.06-0	ANTITROMBINA III, DOSAGEM	R\$ 35,03
4.03.01.35-4	APOLIPOPROTEINA A (APO A)	R\$ 16,84
4.03.01.36-2	APOLIPOPROTEINA B (APO B)	R\$ 16,84
4.03.14.01-4	APOLIPOPROTEINA E, GENOTIPAGEM	R\$ 209,64
4.03.06.44-5	ASLO	R\$ 11,45
4.03.08.40-5	ASLO, QUANTITATIVO	R\$ 20,90
4.03.06.45-3	ASPERGILUS, REACAO SOROLOGICA	R\$ 21,10
4.03.04.07-8	ATIVADOR TISSULAR DE PLASMINOGENIO (TPA)	R\$ 144,16
2.01.01.20-1	AVALIACAO CLINICA E ELETRONICA DE PACIENTE PORTADOR DE MARCA-PASSO OU SINCRONIZADOR OU DESFIBRILADOR	R\$ 101,96
2.01.01.09-0	AVALIACAO DA COMPOSICAO CORPORAL POR ANTROPOMETRIA (INCLUI CONSULTA)	R\$ 44,97
2.01.01.10-4	AVALIACAO DA COMPOSICAO CORPORAL POR BIOIMPEDANCIOMETRIA	R\$ 13,47
2.01.01.11-2	AVALIACAO DA COMPOSICAO CORPORAL POR PESAGEM HIDROSTATICA	R\$ 8,25
2.01.01.07-4	AVALIACAO NUTRICIONAL (INCLUI CONSULTA)	R\$ 44,97
2.01.01.08-2	AVALIACAO NUTRICIONAL PRE E POS-CIRURGIA BARIATRICA (INCLUI CONSULTA)	R\$ 44,97
4.03.06.46-1	AVIDEZ DE IGG PARA TOXOPLASMOSE, CITOMEGALIA, RUBELOA, EB E OUTROS, CADA	R\$ 32,12
4.03.13.08-5	AZIDA SODICA, TESTE DA (PARA DEISSULFETO DE CARBONO)	R\$ 10,33
4.03.10.05-1	B.A.A.R. (ZIEHL OU FLUORESCENCIA, PESQUISA DIRETA E APOS HOMOGENEIZACAO)	R\$ 6,91
4.03.04.93-0	BACO, EXAME DE ESFREGACO DE ASPIRADO	R\$ 86,80
4.03.10.06-0	BACTERIOSCOPIA (GRAM, ZIEHL, ALBERT ETC), POR LAMINA	R\$ 6,91
4.03.01.37-0	BARBITURICOS, ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS (CADA)	R\$ 31,86
4.03.11.27-9	BARTTURATOS, PESQUISA	R\$ 31,86
4.03.01.74-5	BENZODIAZEPINICOS E SIMILARES (CADA)	R\$ 31,86
4.03.11.28-7	BETA MERCAPTO-LACTATO-DISULFIDURIA, PESQUISA	R\$ 4,95
4.03.06.47-0	BETA-2-MICROGLOBULINA	R\$ 32,12
4.03.01.38-9	BETA-GLICURONIDASE	R\$ 19,20
4.03.01.39-7	BILIRRUBINAS (DIRETA, INDIRETA E TOTAL)	R\$ 3,76
4.03.09.02-9	BIOQUIMICA ICR (PROTEINAS + PANDY + GLICOSE + CLORO)	R\$ 11,45
4.03.06.48-8	BIOTINIDASE ATIVIDADE DA, QUALITATIVO	R\$ 14,01
4.03.06.49-6	BLASTOMICOSE, REACAO SOROLOGICA	R\$ 17,43

4.03.06.50-0	BRUCELA - IGG	R\$ 17,43
4.03.06.51-8	BRUCELA - IGM	R\$ 21,10
4.03.06.52-6	BRUCELA, PROVA RAPIDA	R\$ 6,92
4.03.06.53-4	C1Q	R\$ 32,12
4.03.06.54-2	C3 PROATIVADOR	R\$ 32,12
4.03.06.55-0	C3A (FATOR B)	R\$ 32,12
4.03.06.56-9	CA 50	R\$ 46,40
4.03.06.57-7	CA-242	R\$ 46,40
4.03.06.58-5	CA-27-29	R\$ 132,06
4.03.01.40-0	CALCIO	R\$ 3,76
4.03.01.41-9	CALCIO IONICO	R\$ 10,33
4.03.16.16-5	CALCITONINA	R\$ 66,65
4.03.11.04-0	CALCULOS URINARIOS	R\$ 14,01
4.03.01.42-7	CAPACIDADE DE FIXACAO DE FERRO	R\$ 5,21
4.03.01.43-5	CARBAMAZEPINA	R\$ 31,86
4.03.13.09-3	CARBOXIHEMOGLOBINA (PARA MONOXIDO DE CARBONO DICLOROMETANO)	R\$ 8,88
4.03.01.44-3	CARNITINA LIVRE	R\$ 44,38
4.03.01.45-1	CARNITINA TOTAL E FRACOES	R\$ 290,87
4.03.01.46-0	CAROTENO	R\$ 5,21
4.03.16.17-3	CATECOLAMINAS	R\$ 19,45
4.03.11.05-8	CATECOLAMINAS FRACIONADAS - DOPAMINA, EPINEFRINA, NOREPINEFRINA (CADA)	R\$ 20,75
4.03.06.59-3	CAXUMBA, IGG	R\$ 46,40
4.03.06.60-7	CAXUMBA, IGM	R\$ 49,22
4.03.04.08-6	CD... (ANTIGENO DE DIF. CELULAR, CADA DETERMINACAO)	R\$ 71,44
4.03.04.79-5	CELULAS LE	R\$ 11,45
4.03.09.03-7	CELULAS, CONTAGEM TOTAL E ESPECIFICA	R\$ 7,52
4.03.09.04-5	CELULAS, PESQUISA DE CELULAS NEOPLASICAS (CITOLOGIA ONCOTICA)	R\$ 33,82
4.03.01.47-8	CERULOPLASMINA	R\$ 11,20
4.03.06.61-5	CHAGAS IGG	R\$ 17,43
4.03.06.62-3	CHAGAS IGM	R\$ 21,10
4.03.06.63-1	CHLAMYDIA - IGG	R\$ 21,10
4.03.06.64-0	CHLAMYDIA - IGM	R\$ 27,84
4.03.14.24-3	CHLAMYDIA POR BIOLOGIA MOLECULAR	R\$ 209,64
4.03.10.07-8	CHLAMYDIA, CULTURA	R\$ 31,00
4.03.13.10-7	CHUMBO	R\$ 26,73
4.03.01.48-6	CICLOSPORINA, METHOTREXATE - CADA	R\$ 47,63
4.03.06.65-8	CISTICERCOSE, AC	R\$ 21,10
4.03.11.24-4	CISTINA	R\$ 31,86

4.03.11.06-6	CISTINURIA, PESQUISA	R\$ 8,02
4.03.14.25-1	CITOGENÉTICA DE MEDULA ÓSSEA	R\$ 300,78
4.03.14.02-2	CITOMEGALOVIRUS - QUALITATIVO, POR PCR	R\$ 172,88
4.03.14.03-0	CITOMEGALOVIRUS - QUANTITATIVO, POR PCR	R\$ 241,86
4.03.10.36-1	CITOMEGALOVIRUS - SHELL VIAL	R\$ 351,73
4.03.06.66-6	CITOMEGALOVIRUS IGG	R\$ 17,18
4.03.06.67-4	CITOMEGALOVIRUS IGM	R\$ 20,86
4.03.04.09-4	CITOQUÍMICA PARA CLASSIFICAR LEUCEMIA: ESTERASE, FOSFATASE LEUCOCITÁRIA, PAS, PEROXIDASE OU SB, ETC - CADA	R\$ 13,65
4.03.01.49-4	CLEARANCE DE ÁCIDO ÚRICO	R\$ 10,33
4.03.01.50-8	CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 10,33
4.03.01.51-6	CLEARANCE DE FOSFATO	R\$ 10,33
4.03.01.52-4	CLEARANCE DE UREIA	R\$ 10,33
4.03.01.53-2	CLEARANCE OSMOLAR	R\$ 10,33
4.03.09.40-1	CLEMENTS, TESTE	R\$ 3,76
4.03.01.54-0	CLOMIPRAMINA	R\$ 31,86
4.03.01.55-9	CLORO	R\$ 3,76
4.03.06.68-2	CLOSTRIDIUM DIFFICILE, TOXINA A	R\$ 23,93
4.03.04.92-2	COAGULOGRAMA (TS, TC, PROVA DO LACO, RETRACAO DO COAGULO, CONTAGEM DE PLAQUETAS, TEMPO DE PROTOMBINA, TEMPO DE TROMBOPLASTINA, PARCIAL ATIVADO)	R\$ 23,68
4.03.01.56-7	COBRE	R\$ 31,86
4.03.01.57-5	COCAINA, DOSAGEM	R\$ 112,37
4.03.10.08-6	COLERA - IDENTIFICACAO (SOROTIPAGEM INCLUIDA)	R\$ 38,95
4.03.01.58-3	COLESTEROL (HDL)	R\$ 5,21
4.03.01.59-1	COLESTEROL (LDL)	R\$ 6,92
4.03.02.69-5	COLESTEROL (VLDL)	R\$ 6,92
4.03.01.60-5	COLESTEROL TOTAL	R\$ 3,76
4.03.13.11-5	COLINESTERASE (PARA CARBAMATOS ORGANOFOSFORADOS)	R\$ 8,88
4.03.06.69-0	COMPLEMENTO C2	R\$ 32,12
4.03.06.70-4	COMPLEMENTO C3	R\$ 13,50
4.03.07.99-9	COMPLEMENTO C3, C4 - TURBID. OU NEFELOMETRICO C3A	R\$ 26,93
4.03.06.71-2	COMPLEMENTO C4	R\$ 13,50
4.03.06.72-0	COMPLEMENTO C5	R\$ 32,12
4.03.06.73-9	COMPLEMENTO CH-100	R\$ 13,75
4.03.06.74-7	COMPLEMENTO CH-50	R\$ 11,20
4.03.16.18-1	COMPOSTO S (11 - DESOXICORTISOL)	R\$ 38,82
4.03.04.80-9	CONSUMO DE PROTROMBINA	R\$ 12,91
4.03.11.29-5	CONTAGEM SEDIMENTAR DE ADDIS	R\$ 8,69
2.01.01.12-0	CONTROLE ANTI-DOPING (POR PERIODO DE 2 HORAS) - DURANTE COMPETICOES	R\$ 168,64
2.01.01.13-9	CONTROLE ANTI-DOPING (POR PERIODO DE 2 HORAS) - FORA DE COMPETICOES	R\$ 168,64



4.03.04.10-8	COOMBS DIRETO	R\$ 6,07
4.03.04.88-4	COOMBS INDIRETO	R\$ 17,94
4.03.03.03-9	COPROLOGICO FUNCIONAL (CARACTERES, PH, DIGESTIBILIDADE, AMONIA, ACIDOS ORGANICOS E INTERPRETACAO)	R\$ 15,37
4.03.11.07-4	COPROPORFIRINA III	R\$ 14,01
4.03.13.12-3	COPROPORFIRINAS (PARA CHUMBO INORGANICO)	R\$ 14,01
4.03.11.08-2	CORPOS CETONICOS, PESQUISA	R\$ 4,36
4.03.10.09-4	CORPUSCULOS DE DONOVANI, PESQUISA DIRETA DE	R\$ 6,91
4.03.16.19-0	CORTISOL	R\$ 28,87
4.03.05.21-0	CORTISOL LIVRE	R\$ 22,22
4.03.01.61-3	COTININA	R\$ 93,04
4.03.01.62-1	CREATINA	R\$ 6,92
4.03.01.63-0	CREATININA	R\$ 3,76
4.03.01.66-4	CREATINO FOSFOQUINASE - FRACAO MB - ATIVIDADE	R\$ 20,75
4.03.01.65-6	CREATINO FOSFOQUINASE - FRACAO MB - MASSA	R\$ 31,86
4.03.01.64-8	CREATINO FOSFOQUINASE TOTAL (CK)	R\$ 10,33
4.03.16.20-3	CRESCIMENTO, HORMONIO DO (HGH)	R\$ 22,22
4.03.06.75-5	CRIO-AGLUTININA, GLOBULINA, DOSAGEM, CADA	R\$ 11,45
4.03.06.76-3	CRIO-AGLUTININA, GLOBULINA, PESQUISA, CADA	R\$ 6,92
4.03.08.01-4	CRIOGLOBULINAS, CARACTERIZACAO - IMUNOELETOFORESE	R\$ 17,43
4.03.10.10-8	CRIPTOCOCO (TINTA DA CHINA), PESQUISA DE	R\$ 6,91
4.03.09.05-3	CRIPTOCOCOSE, CANDIDA, ASPERGILUS (LATEX)	R\$ 17,43
4.03.10.11-6	CRIPTOSPORIUM, PESQUISA	R\$ 6,91
4.03.09.50-9	CRISTAIS COM LUZ POLARIZADA, PESQUISA	R\$ 8,02
4.03.12.01-1	CRISTALIZACAO DO MUCO CERVICAL, PEQUISA	R\$ 6,91
4.03.12.02-0	CROMATINA SEXUAL, PESQUISA	R\$ 7,77
4.03.11.09-0	CROMATOGRAFIA DE ACUCARES	R\$ 27,68
4.03.01.67-2	CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS (PERFIL QUALITATTIVO)	R\$ 31,86
4.03.13.31-0	CROMO	R\$ 31,86
4.03.14.04-9	CROMOSSOMO PHILADELFIA	R\$ 286,75
4.03.06.77-1	CROSS MATCH (PROVA CRUZADA DE HISTOCOMPATIBILIDADE PARA TRANSPLANTE RENAL)	R\$ 61,06
4.03.10.40-0	CULTURA AUTOMATIZADA	R\$ 48,10
4.03.10.12-4	CULTURA BACTERIANA (EM DIVERSOS MATERIAIS BIOLOGICOS)	R\$ 21,85
4.03.06.78-0	CULTURA OU ESTIMULACAO DOS LINFOCITOS IN VITRO POR CONCAVALINA, PHA OU POKWEEED	R\$ 47,63
4.03.10.13-2	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	R\$ 31,00
4.03.10.14-0	CULTURA PARA FUNGOS	R\$ 21,22
4.03.10.15-9	CULTURA PARA MYCOBACTERIUM	R\$ 21,22
4.03.10.16-7	CULTURA QUANTITATIVA DE SECRECOES PULMONARES, QUANDO NECESSITAR TRATAMENTO PREVIO C/ N.C.A.	R\$ 31,00
4.03.10.17-5	CULTURA, FEZES: SALMONELA, SHIGELLAE E ESC. COLI ENTEROPATOGENICAS, ENTEROINVASORA (SOROL. INCLUIDA) + CAMPYLOBACTER SP. + E. COLI ENTERO-HEMORRAGICA	R\$ 32,12

4.03.10.18-3	CULTURA, FEZES: SALMONELLA, SHIGELLA E ESCHERICHIA COLI ENTEROPATOGENICAS (SOROLOGIA INCLUIDA)	R\$ 31,00
4.03.10.19-1	CULTURA, HERPESVIRUS OU OUTRO	R\$ 56,18
4.03.10.20-5	CULTURA, MICOPLASMA OU UREAPLASMA	R\$ 31,00
4.03.10.21-3	CULTURA, URINA COM CONTAGEM DE COLONIAS	R\$ 17,43
4.03.01.68-0	CURVA GLICEMICA (4 DOSAGENS) VIA ORAL OU ENDOVENOSA	R\$ 17,58
4.03.05.22-8	CURVA GLICEMICA (6 DOSAGENS)	R\$ 30,38
4.03.05.23-6	CURVA INSULINICA (6 DOSAGENS)	R\$ 112,64
4.03.16.21-1	DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$ 37,37
4.03.16.22-0	DEHIDROTESTOSTERONA (DHT)	R\$ 45,85
4.03.06.79-8	DENGUE - IGG E IGM (CADA)	R\$ 27,84
4.03.01.69-9	DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	R\$ 6,92
4.03.01.70-2	DESIDROGENASE GLUTAMICA	R\$ 6,92
4.03.01.71-0	DESIDROGENASE ISOCITRICA	R\$ 6,92
4.03.01.72-9	DESIDROGENASE LACTICA	R\$ 6,92
4.03.01.73-7	DESIDROGENASE LACTICA - ISOENZIMAS FRACIONADAS	R\$ 31,86
4.03.13.13-1	DIALDEIDO MALONICO	R\$ 23,05
4.03.01.75-3	DIGITOXINA OU DIGOXINA	R\$ 31,86
4.03.04.90-6	DIMERO D	R\$ 77,68
4.03.11.10-4	DISMORFISMO ERITROCITARIO, PESQUISA (CONTRASTE DE FASE)	R\$ 8,02
4.03.08.02-2	DNCB - TESTE DE CONTATO	R\$ 31,86
4.03.05.27-9	DOSAGEM DE RECEPTOR DE PROGESTERONA OU DE ESTROGENIO	R\$ 181,85
4.03.16.23-8	DROGAS (IMUNOSSUPRESSORA, ANTICONVULSIVANTE, DIGITALICO, ETC.) CADA	R\$ 31,86
4.03.06.80-1	ECHOVIRUS (PAINEL) SOROLOGIA PARA	R\$ 73,28
4.03.01.76-1	ELETROFERESE DE PROTEINAS	R\$ 17,58
4.03.01.77-0	ELETROFORESE DE GLICOPROTEINAS	R\$ 17,58
4.03.01.78-8	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	R\$ 17,58
4.03.02.71-7	ELETROFORESE DE PROTEINAS DE ALTA RESOLUCAO	R\$ 31,86
4.03.09.06-1	ELETROFORESE DE PROTEINAS NO LIQUOR, COM CONCENTRACAO	R\$ 21,70
4.03.11.30-9	ELETROFORESE DE PROTEINAS URINARIAS, COM CONCENTRACAO	R\$ 21,70
4.03.01.79-6	ENOLASE	R\$ 47,63
4.03.05.28-7	ENZIMA CONVERSORA DA ANGIOTENSINA (ECA)	R\$ 51,46
4.03.04.11-6	ENZIMAS ERITROCITARIAS, (ADENILATOQUINASE, DESIDROGENASE LACTICA, FOSFOFRUCTOQUINASE, FOSFOGLICERATO QUINASE, GLICERALDEIDO, 3 - FOSFATO DESIDROGENASE, GLICOSE FOSFATO ISOMERASE, GLICOSE 6 - FOSFATO DESIDROGENASE, GLUTATION PEROXIDASE, GLUTATION	R\$ 13,65
4.03.04.81-7	ENZIMAS ERITROCITARIAS, RASTREIO PARA DEFICIENCIA	R\$ 9,93
4.03.03.04-7	EOSINOFILOS, PESQUISA NAS FEZES	R\$ 4,35
4.03.06.81-0	EQUINOCOSE (HIDATIDOSE), REACAO SOROLOGICA	R\$ 11,20
4.03.06.82-8	EQUINOCOSE, IDR	R\$ 7,17
4.03.05.29-5	ERITROPOIETINA	R\$ 51,46

4.03.11.11-2	ERROS INATOS DO METABOLISMO BATERIAS DE TESTES QUIMICOS DE TRIAGEM EM URINA (MINIMO DE 6 TESTES)	R\$ 47,68
4.03.09.41-0	ESPECTROFOTOMETRIA DE LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 3,76
4.03.09.31-2	ESPERMOGRAMA (CARACTERES FISICOS, PH, FLUIDIFICACAO, MOTILIDADE, VITALIDADE, CONTAGEM E MORFOLOGIA)	R\$ 31,00
4.03.09.32-0	ESPERMOGRAMA E TESTE DE PENETRACAO IN VITRO, VELOCIDADE PENETRACAO VERTICAL, COLOCACAO VITAL, TESTE DE REVITALIZACAO	R\$ 31,00
4.03.04.82-5	ESPLENOGRAMA (CITOLOGIA)	R\$ 33,82
4.03.06.83-6	ESPOROTRICOSE, REACAO SOROLOGICA	R\$ 11,20
4.03.06.84-4	ESPOROTRIQUINA, IDR	R\$ 7,17
4.03.03.17-9	ESTEATOCRITO, TRIAGEM PARA GORDURA FECAL	R\$ 26,24
4.03.03.18-7	ESTERCOBILINOGENIO FECAL, DOSAGEM	R\$ 4,35
4.03.16.24-6	ESTRADIOL	R\$ 28,87
4.03.10.22-1	ESTREPTOCOCOS - A, TESTE RAPIDO	R\$ 17,43
4.03.04.86-8	ESTREPTOZIMA	R\$ 17,43
4.03.16.25-4	ESTRIOL	R\$ 37,37
4.03.05.59-7	ESTROGENIOS TOTAIS (FENOLESTEROIDES)	R\$ 17,43
4.03.16.26-2	ESTRONA	R\$ 37,37
4.03.13.14-0	ETANOL	R\$ 20,75
4.03.01.80-0	ETOSSUXIMIDA	R\$ 31,86
4.03.04.13-2	FALCIZACAO, TESTE DE	R\$ 4,00
4.03.04.14-0	FATOR 4 PLAQUETARIO, DOSAGENS	R\$ 48,36
4.03.06.85-2	FATOR ANTINUCLEO, (FAN)	R\$ 11,45
4.03.04.15-9	FATOR II, DOSAGEM	R\$ 48,36
4.03.04.16-7	FATOR IX, DOSAGEM	R\$ 48,36
4.03.06.86-0	FATOR REUMATOIDE, QUANTITATIVO	R\$ 11,20
4.03.08.03-0	FATOR REUMATOIDE, TESTE DO LATEX (QUALITATIVO)	R\$ 11,20
4.03.14.05-7	FATOR V DE LAYDEN POR PCR	R\$ 244,09
4.03.04.17-5	FATOR V, DOSAGEM	R\$ 48,36
4.03.04.68-0	FATOR VII	R\$ 48,36
4.03.04.18-3	FATOR VIII, DOSAGEM	R\$ 48,36
4.03.04.19-1	FATOR VIII, DOSAGEM DO ANTIGENO (VON WILLEBRAND)	R\$ 108,97
4.03.04.20-5	FATOR VIII, DOSAGEM DO INIBIDOR	R\$ 108,97
4.03.04.21-3	FATOR X, DOSAGEM	R\$ 48,36
4.03.04.22-1	FATOR XI, DOSAGEM	R\$ 48,36
4.03.04.23-0	FATOR XII, DOSAGEM	R\$ 48,36
4.03.04.69-8	FATOR XIII, DOSAGEM, TESTE FUNCIONAL	R\$ 48,36
4.03.04.24-8	FATOR XIII, PESQUISA	R\$ 44,77
4.03.01.81-8	FENILALANINA, DOSAGEM	R\$ 10,09
4.03.11.31-7	FENILCETONURIA, PESQUISA	R\$ 4,95
4.03.01.82-6	FENTTOINA	R\$ 31,86

4.03.01.83-4	FENOBARBITAL	R\$ 31,86
4.03.13.15-8	FENOL (PARA BENZENO, FENOL)	R\$ 16,47
4.03.04.25-6	FENOTIPAGEM DO SISTEMA RH-HR (ANTI RHO(D) + ANTI RH(C) + ANTI RH(E))	R\$ 31,26
4.03.16.27-0	FERRITINA	R\$ 20,01
4.03.01.84-2	FERRO SERICO	R\$ 5,21
4.03.04.26-4	FIBRINOGENIO, TESTE FUNCIONAL, DOSAGEM	R\$ 5,47
4.03.14.06-5	FIBROSE CISTICA, PESQUISA DE UMA MUTACAO	R\$ 172,88
4.03.06.87-9	FILARIA SOROLOGIA	R\$ 17,43
4.03.04.27-2	FILARIA, PESQUISA	R\$ 4,00
4.03.13.16-6	FLUOR (PARA FLUORETOS)	R\$ 14,01
4.03.16.28-9	FOLICULO ESTIMULANTE, HORMONIO (FSH)	R\$ 20,70
4.03.01.85-0	FORMALDEIDO	R\$ 20,75
4.03.13.17-4	FORMOLDEIDO	R\$ 20,75
4.03.01.86-9	FOSFATASE ACIDA FRACAO PROSTATICA	R\$ 6,92
4.03.01.87-7	FOSFATASE ACIDA TOTAL	R\$ 6,92
4.03.01.88-5	FOSFATASE ALCALINA	R\$ 6,92
4.03.01.89-3	FOSFATASE ALCALINA COM FRACIONAMENTO DE ISOENZIMAS	R\$ 31,86
4.03.01.90-7	FOSFATASE ALCALINA FRACAO OSSEA - ELISA	R\$ 31,86
4.03.01.91-5	FOSFATASE ALCALINA TERMO-ESTAVEL	R\$ 6,92
4.03.01.92-3	FOSFOLIPIDIOS	R\$ 5,21
4.03.09.42-8	FOSFOLIPIDIOS (RELACAO LECTINA/ESFINGOMIELINA)	R\$ 14,01
4.03.01.93-1	FOSFORO	R\$ 3,76
4.03.01.94-0	FOSFORO, PROVA DE REABSORCAO TUBULAR	R\$ 6,92
4.03.08.04-9	FREI (LINFOGRANULOMA VENEREO), IDER	R\$ 7,17
4.03.01.95-8	FRUTOSAMINAS (PROTEINAS GLICOSILADAS)	R\$ 6,92
4.03.01.96-6	FRUTOSE	R\$ 6,92
4.03.11.12-0	FRUTOSURIA, PESQUISA	R\$ 5,81
4.03.10.23-0	FUNGOS, PESQUISA DE (A FRESCO LACTOFENOL, TINTA DA CHINA)	R\$ 6,91
4.03.05.34-1	GAD-AB-ANTIDECARBOXILASE DO ACIDO	R\$ 65,33
4.03.01.97-4	GALACTOSE	R\$ 14,01
4.03.01.98-2	GALACTOSE 1-FOSFATOURIDIL TRANSFERASE, DOSAGEM	R\$ 177,00
4.03.11.13-9	GALACTOSURIA, PESQUISA	R\$ 5,81
4.03.01.99-0	GAMA-GLUTAMIL TRANSFERASE	R\$ 6,92
4.03.02.01-6	GASOMETRIA (PH, PCO2, SA, O2, EXCESSO BASE)	R\$ 17,58
4.03.02.02-4	GASOMETRIA + HB + HT + NA + K + CL + CA + GLICOSE + LACTATO (QUANDO EFETUADO NO GASOMETRO)	R\$ 20,75
4.03.16.29-7	GASTRINA	R\$ 37,37
4.03.12.07-0	GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL PARA 60' E 4 AMOSTRAS APOS O ESTIMULO (FORNECIMENTO DE MATERIAL INCLUSIVE TUBAGEM) TESTE	R\$ 28,09
4.03.06.88-7	GENOTIPAGEM DO SISTEMA HLA	R\$ 347,73

4.03.06.89-5	GIARDIA, REACAO SOROLOGICA	R\$ 17,43
4.03.02.03-2	GLICEMIA APÓS SOBRECARGA COM DEXTROSOL OU GLICOSE	R\$ 5,46
4.03.02.04-0	GLICOSE	R\$ 3,76
4.03.02.05-9	GLICOSE-6-FOSFATO DEIDROGENASE (G6FD)	R\$ 12,91
4.03.16.30-0	GLOBULINA DE LIGACAO DE HORMONIOS SEXUAIS (SHBG)	R\$ 51,46
4.03.16.31-9	GLOBULINA TRANSPORTADORA DA TIROXINA (TBG)	R\$ 38,82
4.03.05.36-8	GLUCAGON, DOSAGEM	R\$ 38,82
4.03.16.32-7	GONADOTROFICO CORIONICO, HORMONIO (HCG)	R\$ 15,95
4.03.08.32-4	GONOCOCO - IGG	R\$ 17,43
4.03.08.33-2	GONOCOCO - IGM	R\$ 23,93
4.03.03.05-5	GORDURA FECAL, DOSAGEM	R\$ 26,24
4.03.04.28-0	GRUPO ABO, CLASSIFICACAO REVERSA	R\$ 7,78
4.03.04.29-9	GRUPO SANGUINEO ABO, E FATOR RHO (INCLUI DU)	R\$ 6,07
4.03.09.07-0	H. INFLUENZAE, S. PNEUMONIAEAE, N. MENINGITIDIS A, B E C W135 (CADA)	R\$ 21,70
4.03.09.08-8	HAEMOPHILUS INFLUENZAE - PESQUISA DE ANTICORPOS (CADA)	R\$ 21,70
4.03.04.30-2	HAM, TESTE DE (HEMOLISE ACIDA)	R\$ 6,07
4.03.10.28-0	HANSEN, PESQUISA DE (POR MATERIAL)	R\$ 6,91
4.03.02.06-7	HAPTOGLOBINA	R\$ 11,20
4.03.04.31-0	HEINZ, CORPUSCULOS, PESQUISA	R\$ 4,00
4.03.06.90-9	HELICOBACTER PYLORI - IGA	R\$ 121,67
4.03.06.91-7	HELICOBACTER PYLORI - IGG	R\$ 27,84
4.03.06.92-5	HELICOBACTER PYLORI - IGM	R\$ 32,12
4.03.04.32-9	HEMACIAS FETAIS, PESQUISA	R\$ 4,00
4.03.04.33-7	HEMATOCRITO, DETERMINACAO DO	R\$ 6,07
4.03.03.06-3	HEMATOXILINA FERRICA, PESQUISA DE PROTOZOARIOS	R\$ 6,57
4.03.10.24-8	HEMOCULTURA (POR AMOSTRA)	R\$ 21,85
4.03.10.25-6	HEMOCULTURA AUTOMATIZADA (POR AMOSTRA)	R\$ 31,00
4.03.10.26-4	HEMOCULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBIAS (POR AMOSTRA)	R\$ 31,00
4.03.04.35-3	HEMOGLOBINA (ELETROFORESE OU HPLC)	R\$ 20,75
4.03.02.07-5	HEMOGLOBINA GLICADA (A1 TOTAL)	R\$ 17,58
4.03.02.73-3	HEMOGLOBINA GLICADA (FRACAO A1C)	R\$ 31,86
4.03.04.83-3	HEMOGLOBINA INSTABILIDADE A 37 GRAUS C	R\$ 4,96
4.03.02.08-3	HEMOGLOBINA PLASMATICA LIVRE	R\$ 10,33
4.03.04.34-5	HEMOGLOBINA, DOSAGEM	R\$ 6,07
4.03.04.84-1	HEMOGLOBINA, SOLUBILIDADE (HBS E HBD)	R\$ 5,47
4.03.04.85-0	HEMOGLOBINOPATIA - TRIAGEM (EL.HB., HEMOGLOB. FETAL, RETICULOCITOS, CORPOS DE H, T. FALCIZACAO HEMACIAS, RESIST. OSMOTICA, TERMO ESTABILIDADE)	R\$ 27,43
4.03.04.36-1	HEMOGRAMA COM CONTAGEM DE PLAQUETAS OU FRACOES (ERITROGRAMA, LEUCOGRAMA, PLAQUETAS)	R\$ 8,35
4.03.10.27-2	HEMOPHILUS (BORDETELLA) PERTUSSIS	R\$ 49,22

4.03.04.37-0	HEMOSEDIMENTACAO, (VHS)	R\$ 3,76
4.03.04.38-8	HEMOSSIDERINA (SIDEROCTOS), SANGUE OU URINA	R\$ 11,16
4.03.04.39-6	HEPARINA, DOSAGEM	R\$ 31,26
4.03.06.93-3	HEPATITE A - HAV - IGG	R\$ 17,43
4.03.06.94-1	HEPATITE A - HAV - IGM	R\$ 21,10
4.03.14.07-3	HEPATITE B (QUALITATIVO) PCR	R\$ 103,71
4.03.14.08-1	HEPATITE B (QUANTITATIVO) PCR	R\$ 244,09
4.03.06.95-0	HEPATITE B - HBCAC - IGG (ANTI-CORE IGG OU ACOREG)	R\$ 17,43
4.03.06.96-8	HEPATITE B - HBCAC - IGM (ANTI-CORE IGM OU ACOREM)	R\$ 21,10
4.03.06.97-6	HEPATITE B - HBEAC (ANTI HBE)	R\$ 17,43
4.03.06.98-4	HEPATITE B - HBEAG (ANTIGENO E)	R\$ 17,43
4.03.06.99-2	HEPATITE B - HBSAC (ANTI-ANTIGENO DE SUPERFICIE)	R\$ 17,43
4.03.07.01-8	HEPATITE B - HBSAG (AU, ANTIGENO AUSTRALIA)	R\$ 25,02
4.03.14.09-0	HEPATITE C (QUALITATIVO) POR PCR	R\$ 103,71
4.03.14.10-3	HEPATITE C (QUANTITATIVO) POR PCR	R\$ 286,75
4.03.07.02-6	HEPATITE C - ANTI-HCV	R\$ 23,93
4.03.07.03-4	HEPATITE C - ANTI-HCV - IGM	R\$ 32,12
4.03.14.11-1	HEPATITE C - GENOTIPAGEM	R\$ 530,83
4.03.07.04-2	HEPATITE C - IMUNOBLOT	R\$ 150,74
4.03.07.05-0	HEPATITE DELTA, ANTICORPO IGG	R\$ 39,30
4.03.07.06-9	HEPATITE DELTA, ANTICORPO IGM	R\$ 38,44
4.03.07.07-7	HEPATITE DELTA, ANTIGENO	R\$ 38,44
4.03.08.23-5	HER-2 - DOSAGEM DO RECEPTOR	R\$ 150,74
4.03.07.08-5	HERPES SIMPLES - IGG	R\$ 17,43
4.03.07.09-3	HERPES SIMPLES - IGM	R\$ 21,10
4.03.07.10-7	HERPES ZOSTER - IGG	R\$ 17,43
4.03.07.11-5	HERPES ZOSTER - IGM	R\$ 21,10
4.03.02.09-1	HEXOSAMINIDASE A	R\$ 269,16
4.03.08.08-1	HIDATIDOSE (EQUINOCOSE) IDI DUPLA	R\$ 21,10
4.03.02.10-5	HIDROXIPROLINA	R\$ 20,75
4.03.07.12-3	HIPERSENSIBILIDADE RETARDADA (INTRADERMO REACAO IDER) CANDIDINA, CAXUMBA, ESTREPTOQUINASE-DORNASE, PPD, TRICOFTINA, VIRUS VACINAL, OUTRO(S), CADA	R\$ 7,17
4.03.07.13-1	HISTAMINA, DOSAGEM	R\$ 32,12
4.03.11.32-5	HISTIDINA, PESQUISA	R\$ 4,82
4.03.07.14-0	HISTONA	R\$ 67,55
4.03.07.15-8	HISTOPLASMOSE, REACAO SOROLOGICA	R\$ 17,43
4.03.07.16-6	HIV - ANTIGENO P24	R\$ 47,63
4.03.14.12-0	HIV - CARGA VIRAL PCR	R\$ 286,75
4.03.14.13-8	HIV - QUALITATIVO POR PCR	R\$ 103,71

4.03.14.14-6	HIV, GENOTIPAGEM	R\$ 573,50
4.03.07.17-4	HIV1 OU HIV2, PESQUISA DE ANTICORPOS	R\$ 27,84
4.03.07.18-2	HIV1+ HIV2, (DETERMINAÇÃO CONJUNTA), PESQUISA DE ANTICORPOS	R\$ 32,12
4.03.07.19-0	HLA-DR	R\$ 209,64
4.03.07.20-4	HLA-DR+DQ	R\$ 225,54
4.03.12.08-9	HOLLANDER (INCLUSIVE TUBAGEM) TESTE	R\$ 28,85
4.03.02.11-3	HOMOCISTEINA	R\$ 31,86
4.03.05.38-4	HORMONIO ANTIDIURETICO (VASOPRESSINA)	R\$ 38,82
4.03.05.75-9	HORMONIO GONODOTROFICO CORIONICO QUALITATIVO (HCG-BETA-HCG)	R\$ 15,95
4.03.05.76-7	HORMONIO GONODOTROFICO CORIONICO QUANTITATIVO (HCG-BETA-HCG)	R\$ 19,47
4.03.16.33-5	HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 20,70
4.03.14.15-4	HPV (VIRUS DO PAPILOMA HUMANO) + SUBTIPAGEM QUANDO NECESSARIO PCR	R\$ 317,27
4.03.14.16-2	HTLV I / II POR PCR (CADA)	R\$ 286,75
4.03.07.21-2	HTLV1 OU HTLV2 PESQUISA DE ANTICORPO (CADA)	R\$ 39,30
4.03.03.07-1	IDENTIFICACAO DE HELMINTOS, EXAME DE FRAGMENTOS	R\$ 4,35
4.03.07.22-0	IGA	R\$ 11,20
4.03.07.23-9	IGA NA SALIVA	R\$ 13,75
4.03.07.24-7	IGD	R\$ 23,93
4.03.07.25-5	IGE, GRUPO ESPECIFICO, CADA	R\$ 21,10
4.03.07.26-3	IGE, POR ALERGENO, CADA (CADA)	R\$ 17,43
4.03.07.27-1	IGE, TOTAL	R\$ 19,47
4.03.05.40-6	IGF BP3 (PROTEINA LIGADORA DOS FATORES DE CRESCIMENTO INSULIN-LIKE )	R\$ 51,46
4.03.07.28-0	IGG	R\$ 11,20
4.03.07.29-8	IGG, SUBCLASSES 1,2,3,4 (CADA)	R\$ 47,63
4.03.07.30-1	IGM	R\$ 11,20
4.03.02.12-1	IMIPRAMINA - DESIPRAMINA	R\$ 31,86
4.03.07.31-0	IMUNOCOMPLEXOS CIRCULANTES	R\$ 21,10
4.03.07.32-8	IMUNOCOMPLEXOS CIRCULANTES, COM CELULAS RAJI	R\$ 23,93
4.03.07.33-6	IMUNOELETOFORESE (ESTUDO DA GAMOPATIA)	R\$ 119,71
4.03.04.70-1	IMUNOFENOTIPAGEM PARA DOENÇA RESIDUAL MINIMA (*)	R\$ 234,79
4.03.04.71-0	IMUNOFENOTIPAGEM PARA HEMOGLOBINURIA PAROXISTICA NOTURNA (*)	R\$ 206,23
4.03.04.72-8	IMUNOFENOTIPAGEM PARA LEUCEMIAS AGUDAS OU SINDROME MIELODISPLASICA (*)	R\$ 466,82
4.03.04.73-6	IMUNOFENOTIPAGEM PARA LINFOMA NAO HODGKIN / SINDROME LINFOPROLIFERATIVA CRONICA (*)	R\$ 150,14
4.03.04.74-4	IMUNOFENOTIPAGEM PARA PERFIL IMUNE (*)	R\$ 150,14
4.03.02.72-5	IMUNOFIXACAO - CADA FRACAO	R\$ 31,86
4.03.16.34-3	IMUNOGLOBULINA (IGE)	R\$ 19,72
4.03.11.33-3	INCLUSAO CITOMEGALICA, PESQUISA DE CELULAS COM	R\$ 33,82
4.03.09.09-6	INDICE DE IMUNOPRODUCAO (ELETROF. E IGG EM SORO E LIQUOR)	R\$ 21,70

4.03.16.35-1	INDICE DE TIROXINA LIVRE (ITL)	R\$ 24,33
4.03.07.34-4	INIBIDOR DE CI ESTERASE	R\$ 23,93
4.03.04.75-2	INIBIDOR DO FATOR IX, DOSAGEM	R\$ 112,27
4.03.04.40-0	INIBIDOR DO TPA (PAI)	R\$ 124,63
4.03.04.76-0	INIBIDOR DOS FATORES DA HEMOSTASIA, TRIAGEM	R\$ 110,99
4.03.16.36-0	INSULINA	R\$ 20,70
4.03.05.60-0	iodo proteico (PBI)	R\$ 19,47
4.03.12.04-6	IONTOFORESE PARA A COLETA DE SUOR, COM DOSAGEM DE CLORO	R\$ 31,86
4.03.02.14-8	ISOMERASE FOSFOHEXOSE	R\$ 6,92
4.03.02.15-6	ISONIAZIDA	R\$ 31,86
4.03.07.35-2	ISOSPORA, PESQUISA DE ANTIGENO	R\$ 6,91
4.03.07.36-0	ITO (CANCRO MOLE), IDER	R\$ 7,17
4.03.07.37-9	KVEIM (SARCOIDOSE), IDER	R\$ 7,17
4.03.05.61-9	LACTOGENICO PLACENTARIO HORMONIO	R\$ 51,46
4.03.02.16-4	LACTOSE, TESTE DE TOLERANCIA	R\$ 20,75
4.03.02.74-1	LAMOTRIGINA	R\$ 269,16
4.03.03.08-0	LARVAS (FEZES), PESQUISA	R\$ 6,57
4.03.09.10-0	LCR AMBULATORIAL ROTINA (ASPECTOS COR + INDICE DE COR + CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE LEUCOCITOS E HEMACIAS + CITOLOGIA ONCOTICA + PROTEINA + GLICOSE + CLORO + ELETROFORESE COM CONCENTRACAO + IGG + REACOES PARA NEUROCISTICERCOSE (2) + REACOES PARA NEUROLES (2))	R\$ 84,65
4.03.09.11-8	LCR HOSPITALAR NEUROLOGIA (ASPECTOS COR + INDICES DE COR + CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE LEUCOCITOS E HEMACIAS + PROTEINA + GLICOSE + CLORO + REACOES PARA NEUROCISTICERCOSE (2) + REACOES PARA NEUROLUES (2) + BACTERIOSCOPIA + CULTURA + LATEX PARA BACTERIAS)	R\$ 111,66
4.03.09.12-6	LCR PRONTO SOCORRO (ASPECTOS COR + INDICE DE COR + CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE LEUCOCITOS E HEMACIAS + PROTEINA + GLICOSE + CLORO + LACTATO + BACTERIOSCOPIA + CULTURA + LATEX PARA BACTERIAS)	R\$ 84,65
4.03.07.38-7	LEGIONELLA - IGG E IGM (CADA)	R\$ 49,22
4.03.10.43-4	LEISHMANIA, PESQUISA	R\$ 49,68
4.03.07.39-5	LEISHMANIOSE - IGG E IGM (CADA)	R\$ 17,43
4.03.05.42-2	LEPTINA	R\$ 51,46
4.03.10.29-9	LEPTOSPIRA (CAMPO ESCURO APOS CONCENTRACAO) PESQUISA	R\$ 6,91
4.03.07.40-9	LEPTOSPIROSE - IGG	R\$ 21,10
4.03.07.41-7	LEPTOSPIROSE - IGM	R\$ 23,93
4.03.07.42-5	LEPTOSPIROSE, AGLUTINACAO	R\$ 17,43
4.03.02.17-2	LEUCINO AMINOPEPTIDASE	R\$ 6,92
4.03.03.09-8	LEUCOCITOS E HEMACIAS, PESQUISA NAS FEZES	R\$ 4,35
4.03.04.41-8	LEUCOCITOS, CONTAGEM	R\$ 6,07
4.03.03.10-1	LEVEDURAS, PESQUISA	R\$ 4,35
4.03.02.18-0	LIDOCAINA	R\$ 31,86
4.03.07.43-3	LINFOCITOS T HELPER CONTAGEM DE (IF COM OKT-4) (CD-4+) CITOMETRIA DE FLUXO	R\$ 35,02
4.03.07.44-1	LINFOCITOS T SUPRESSORES CONTAGEM DE (IF COM OKT-8) (D-8) CITOMETRIA DE FLUXO	R\$ 35,02
4.03.04.94-9	LINFONODO, EXAME DE ESFREGACO DE ASPIRADO	R\$ 86,80



4.03.02.19-9	LIPASE	R\$ 6,92
4.03.02.20-2	LIPASE LIPOPROTEICA	R\$ 17,58
4.03.02.63-6	LIPÍDIOS TOTAIS	R\$ 6,75
4.03.11.14-7	LÍPOIDES, PESQUISA	R\$ 4,61
4.03.02.21-0	LÍPOPROTEÍNA (A) - LP (A)	R\$ 16,84
4.03.07.45-0	LISTERIOSE, REAÇÃO SOROLÓGICA	R\$ 17,43
4.03.02.22-9	LÍTIPO	R\$ 5,21
4.03.07.46-8	LYME - IGG	R\$ 32,12
4.03.07.47-6	LYME - IGM	R\$ 32,12
4.03.05.77-5	MACROPROLACTINA	R\$ 66,65
4.03.02.23-7	MAGNÉSIO	R\$ 3,76
4.03.07.48-4	MALÁRIA - IGG	R\$ 17,43
4.03.07.49-2	MALÁRIA - IGM	R\$ 21,10
4.03.02.64-4	MALTOSE, TESTE DE TOLERÂNCIA	R\$ 20,75
4.03.07.50-6	MANTOUX, IDER	R\$ 7,17
4.03.16.37-8	MARCADORES TUMORAIS (CA 19.9, CA 125, CA 72-4, CA 15-3, ETC.) CADA	R\$ 32,12
4.03.09.43-6	MATURIDADE PULMONAR FETAL	R\$ 31,86
4.03.07.51-4	MCA (ANTÍGENO CARCINO-MAMÁRIO)	R\$ 32,12
4.03.04.48-5	MEDULA ÓSSEA, ASPIRAÇÃO PARA MIELOGRAMA OU MICROBIOLÓGICO	R\$ 86,80
4.03.11.15-5	MELANINA, PESQUISA	R\$ 5,81
4.03.13.18-2	META-HEMOGLOBINA (PARA ANILINA NITROBENZENO)	R\$ 8,88
4.03.04.43-4	META-HEMOGLOBINA, DETERMINAÇÃO DA	R\$ 8,04
4.03.13.19-0	METAIS AL, AS, CD, CR, MN, HG, NI, ZN, CO, OUTRO (S) ABSORÇÃO ATÔMICA (CADA)	R\$ 26,73
4.03.11.16-3	METANEFRINAS URINÁRIAS, DOSAGEM	R\$ 31,86
4.03.13.20-4	METANOL	R\$ 16,47
4.03.13.34-4	METIL ETIL CETONA	R\$ 26,73
4.03.07.52-2	MICOPLASMA PNEUMONIAE - IGG	R\$ 39,30
4.03.07.53-0	MICOPLASMA PNEUMONIAE - IGM	R\$ 47,63
4.03.11.17-1	MICROALBUMINURIA	R\$ 17,58
4.03.10.30-2	MICROORGANISMOS - TESTE DE SENSIBILIDADE A DROGAS MIC, POR DROGA TESTADA	R\$ 56,18
4.03.10.37-0	MICROSPÓRIDIA, PESQUISA NAS FEZES	R\$ 6,91
4.03.04.89-2	MIELOGRAMA	R\$ 48,36
4.03.02.24-5	MIOGLOBINA, DOSAGEM	R\$ 31,86
4.03.11.34-1	MIOGLOBINA, PESQUISA	R\$ 31,86
4.03.07.56-5	MONONUCLEOSE - EPSTEIN BARR - IGG	R\$ 17,43
4.03.07.57-3	MONONUCLEOSE, ANTI-VCA (EBV) IGG	R\$ 21,10
4.03.07.58-1	MONONUCLEOSE, ANTI-VCA (EBV) IGM	R\$ 23,93
4.03.08.34-0	MONONUCLEOSE, SOROLOGIA PARA (MONOTESTE OU PAUL-BUNNEL), CADA	R\$ 17,43

4.03.07.59-0	MONTENEGRO, IDER	R\$ 7,17
4.03.12.05-4	MUCO-NASAL, PESQUISA DE EOSINOFILOS E MASTOCITOS	R\$ 7,77
4.03.02.65-2	MUCOPOLISSACARIDOSE, PESQUISA	R\$ 17,58
4.03.02.66-0	MUCOPROTEINAS	R\$ 11,20
4.03.14.17-0	MYCOBACTERIA PCR	R\$ 103,71
4.03.05.44-9	N-TELOPEPTIDEO	R\$ 65,33
4.03.08.09-0	NBT ESTIMULADO	R\$ 31,36
4.03.02.25-3	NITROGENIO AMONIACAL	R\$ 20,75
4.03.02.26-1	NITROGENIO TOTAL	R\$ 20,75
4.03.09.17-7	NONNE-APPLE REACAO	R\$ 4,96
4.03.02.67-9	OCTOCINASE, DOSAGEM	R\$ 17,58
4.03.02.27-0	OSMOLALIDADE	R\$ 10,09
4.03.11.35-0	OSMOLALIDADE, DETERMINACAO	R\$ 10,06
4.03.16.38-6	OSTEOCALCINA	R\$ 51,46
4.03.07.60-3	OUTROS TESTES BIOQUIMICOS PARA DETERMINACAO DO RISCO FETAL (CADA)	R\$ 65,95
4.03.02.28-8	OXCARBAZEPINA, DOSAGEM	R\$ 31,86
4.03.13.21-2	P-AMINOFENOL (PARA ANILINA)	R\$ 15,97
4.03.13.22-0	P-NITROFENOL (PARA NITROBENZENO)	R\$ 14,01
4.03.12.09-7	PANCREOZIMA - SECRETINA NO SUCO DUODENAL, TESTE	R\$ 27,33
4.03.02.76-8	PAPP-A	R\$ 95,35
4.03.10.31-0	PARACOCCIDIOIDES, PESQUISA DE	R\$ 6,91
4.03.08.41-3	PARACOCCIDIOIDOMICOSE, ANTICORPOS TOTAIS / IGG	R\$ 53,75
4.03.03.11-0	PARASTOLOGICO	R\$ 9,13
4.03.03.12-8	PARASTOLOGICO, COLHETTA MULTIPLA COM FORNECIMENTO DO LIQUIDO CONSERVANTE	R\$ 9,13
4.03.05.46-5	PARATORMONIO - PTH OU FRACAO (CADA)	R\$ 65,33
4.03.07.61-1	PARVOVIRUS - IGG, IGM (CADA)	R\$ 55,07
4.03.14.18-9	PARVOVIRUS POR PCR	R\$ 350,62
4.03.16.39-4	PEPTIDEO C	R\$ 22,46
4.03.02.77-6	PEPTIDEO NATRIURETICO BNP/PROBNP	R\$ 77,68
4.03.07.62-0	PEPTIDIO INTESTINAL VASOATIVO, DOSAGEM	R\$ 376,28
4.03.02.75-0	PERFIL LIPIDICO / LIPIDOGRAMA (LIPIDIOS TOTAIS, COLESTEROL, TRIGLICERIDIOS E ELETROFORESE LIPOPROTEINAS)	R\$ 31,86
4.03.12.06-2	PERFIL METABOLICO P/ LITIASE RENAL: SANGUE (CA, P, AU, CR) URINA: (CA, AU, P, CTR, PESQ. CISTINA) AMP-CICLICO	R\$ 65,95
4.03.12.12-7	PERFIL REUMATOLOGICO (ACIDO URICO, ELETROFORESE DE PROTEINAS, FAN, VHS, PROVA DO LATEX P/F, R, W, ROSE)	R\$ 72,55
4.03.09.13-4	PESQUISA DE BANDAS OLIGOCLONAIIS POR ISOFOCALIZACAO	R\$ 155,01
4.03.14.28-6	PESQUISA DE MUTACAO DE ALELO ESPECIFICO POR PCR	R\$ 103,71
4.03.14.27-8	PESQUISA DE OUTROS AGENTES POR PCR	R\$ 103,71
4.03.11.50-3	PESQUISA DE SULFATIDEOS E MATERIAL METACROMATICO NA URINA	R\$ 32,62
4.03.11.18-0	PESQUISA OU DOSAGEM DE UM COMPONENTE URINARIO	R\$ 4,61

4.03.12.13-5	PH - TORNASSOL	R\$ 10,06
4.03.05.49-0	PIRIDINOLINA	R\$ 51,46
4.03.02.29-6	PIRUVATO QUINASE	R\$ 85,49
4.03.04.45-0	PLAQUETAS, TESTE DE AGREGACAO (POR AGENTE AGREGANTE), CADA	R\$ 53,49
4.03.04.46-9	PLASMINOGENIO, DOSAGEM	R\$ 77,68
4.03.04.47-7	PLASMODIO, PESQUISA	R\$ 4,00
4.03.10.32-9	PNEUMOCYSTI CARINII, PESQUISA POR COLORACAO ESPECIAL	R\$ 17,43
4.03.08.24-3	POLIOMELITE SOROLOGIA	R\$ 55,07
4.03.02.30-0	PORFIRINAS QUANTITATIVAS (CADA)	R\$ 20,20
4.03.11.25-2	PORFOBILINOGENIO	R\$ 20,75
4.03.11.19-8	PORFOBILINOGENIO, PESQUISA	R\$ 4,61
4.03.02.31-8	POTASSIO	R\$ 3,76
4.03.07.63-8	PPD (TUBERCULINA), IDER	R\$ 7,17
4.03.02.32-6	PRE-ALBUMINA	R\$ 20,75
4.03.05.50-3	PREGNANDIOL	R\$ 16,19
4.03.05.51-1	PREGNANTRIOL	R\$ 16,19
2.01.01.15-5	PRESTACAO DE SERVICOS EM DELEGACOES OU COMPETICOES ESPORTIVAS	R\$ 253,33
4.03.02.33-4	PRIMIDONA	R\$ 31,86
4.03.02.34-2	PROCAINAMIDA	R\$ 31,86
4.03.02.68-7	PROCALCITONINA	R\$ 144,16
4.03.04.49-3	PRODUTOS DE DEGRADACAO DA FIBRINA, QUALITATIVO	R\$ 48,36
4.03.04.77-9	PRODUTOS DE DEGRADACAO DA FIBRINA, QUANTITATIVO	R\$ 53,49
4.03.16.40-8	PROGESTERONA	R\$ 22,22
4.03.16.41-6	PROLACTINA	R\$ 26,52
4.03.02.35-0	PROPANOLOL	R\$ 31,86
4.03.08.25-1	PROTEINA AMILOIDE A	R\$ 55,07
4.03.04.50-7	PROTEINA C	R\$ 53,49
4.03.08.38-3	PROTEINA C REATIVA, QUALITATIVA	R\$ 11,20
4.03.08.39-1	PROTEINA C REATIVA, QUANTITATIVA	R\$ 20,86
4.03.07.65-4	PROTEINA C, TESTE IMUNOLOGICO	R\$ 205,97
4.03.07.66-2	PROTEINA EOSINOFILICA CATIONICA (ECP)	R\$ 113,82
4.03.02.36-9	PROTEINA LIGADORA DO RETINOL	R\$ 39,30
4.03.09.14-2	PROTEINA MIELINA BASICA, ANTICORPO ANTI	R\$ 84,65
4.03.04.78-7	PROTEINA S LIVRE, DOSAGEM	R\$ 144,16
4.03.14.19-7	PROTEINA S TOTAL + LIVRE, DOSAGEM	R\$ 167,84
4.03.04.51-5	PROTEINA S, TESTE FUNCIONAL	R\$ 77,68
4.03.11.20-1	PROTEINAS DE BENGE JONES, PESQUISA	R\$ 8,02
4.03.02.37-7	PROTEINAS TOTAIS	R\$ 3,76

4.03.02.38-5	PROTEÍNAS TOTAIS ALBUMINA E GLOBULINA	R\$ 5,21
4.03.04.52-3	PROTOPORFIRINA ERITROCITÁRIA LIVRE - ZINCO	R\$ 14,01
4.03.13.23-9	PROTOPORFIRINAS LIVRES (PARA CHUMBO INORGÂNICO)	R\$ 14,01
4.03.13.24-7	PROTOPORFIRINAS ZN (PARA CHUMBO INORGÂNICO)	R\$ 14,01
4.03.12.14-3	PROVA ATIVIDADE DE FEBRE REUMÁTICA (ASLO, ELETROFORESE DE PROTEÍNAS, MUÇO-PROTEÍNAS E PROTEÍNA C REATIVA)	R\$ 61,04
4.03.11.36-8	PROVA DE CONCENTRAÇÃO (FISHBERG OU VOLHARD)	R\$ 4,82
4.03.11.37-6	PROVA DE DILUIÇÃO	R\$ 4,95
4.03.04.53-1	PROVA DO LACO	R\$ 2,65
4.03.05.54-6	PROVA DO LH-RH, DOSAGEM DO FSH SEM FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO (CADA)	R\$ 60,83
4.03.05.55-4	PROVA DO LH-RH, DOSAGEM DO LH SEM FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO (CADA)	R\$ 60,83
4.03.05.56-2	PROVA DO TRH-HPR, DOSAGEM DO HPR SEM FORNECIMENTO DO MATERIAL (CADA)	R\$ 60,83
4.03.05.57-0	PROVA DO TRH-TSH, DOSAGEM DO TSH SEM FORNECIMENTO DO MATERIAL (CADA)	R\$ 59,88
4.03.05.58-9	PROVA PARA DIABETE INSIPIDO (RESTRICAO HIDRICA NACL 3% VASOPRESSINA)	R\$ 65,33
4.03.12.15-1	PROVAS DE FUNCAO HEPATICA (BILIRRUBINAS, ELETROFORESE DE PROTEINAS. FA, TGO, TGP E GAMA-PGT)	R\$ 48,62
4.03.05.62-7	PROVAS DE FUNCAO TIREOIDEANA (T3, T4, INDICES E TSH)	R\$ 58,25
4.03.08.37-5	PSITACOSE - IGA	R\$ 62,47
4.03.08.35-9	PSITACOSE - IGG	R\$ 49,22
4.03.08.36-7	PSITACOSE - IGM	R\$ 62,47
4.03.16.42-4	PTH	R\$ 65,33
2.01.01.16-3	PULSOTERAPIA (POR SESSAO)	R\$ 156,65
4.03.09.15-0	PUNCAO CISTERNAL SUBOCCIPITAL COM MANOMETRIA PARA COLETA DE LIQUIDO CEFALORRAQUEANO	R\$ 89,88
4.03.09.16-9	PUNCAO LOMBAR COM MANOMETRIA PARA COLETA DE LIQUIDO CEFALORRAQUEANO	R\$ 81,63
4.03.14.30-8	QUANTIFICACAO DE OUTROS AGENTES POR PCR	R\$ 286,75
4.03.02.39-3	QUINIDINA	R\$ 31,86
4.03.09.51-7	RAGOCITOS, PESQUISA	R\$ 4,00
4.03.07.68-9	REACAO SOROLOGICA PARA COXSACKIE, NEUTRALIZACAO IGG	R\$ 67,55
2.01.01.17-1	REJEICAO DE ENXERTO RENAL - TRATAMENTO AMBULATORIAL - AVALIACAO CLINICA DIARIA	R\$ 53,21
4.03.16.43-2	RENINA	R\$ 51,46
4.03.02.40-7	RESERVA ALCALINA (BICARBONATO)	R\$ 3,76
4.03.14.29-4	RESISTENCIA A AGENTES ANTI VIRAIS POR BIOLOGIA MOLECULAR (CADA DROGA)	R\$ 300,78
4.03.04.54-0	RESISTENCIA GLOBULAR, CURVA DE	R\$ 5,47
4.03.04.55-8	RETICULOCITOS, CONTAGEM	R\$ 5,47
4.03.04.56-6	RETRACAO DO COAGULO	R\$ 2,65
4.03.04.57-4	RISTOCETINA, CO-FATOR, TESTE FUNCIONAL, DOSAGEM	R\$ 89,61
4.03.10.33-7	ROTA VIRUS, PESQUISA, ELISA	R\$ 17,43
4.03.12.10-0	ROTINA DA BILES A, B, C E DO SUCO DUODENAL (CARACTERES FISICOS E MICROSCOPICOS INCLUSIVE TUBAGEM)	R\$ 29,22
4.03.11.21-0	ROTINA DE URINA (CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS ANORMAIS E SEDIMENTOSCOPIA)	R\$ 8,02
4.03.09.44-4	ROTINA DO LIQUIDO AMNIOTICO-AMNIOGRAMA (CITOLOGICO ESPECTROFOTOMETRIA, CREATININA E TESTE DE CLEMENTS)	R\$ 20,75

4.03.09.52-5	ROTINA LIQUIDO SINOVIAL - CARACTERES FISICOS, CITOLOGIA, PROTEINAS, ACIDO URICO, LATEX P/ F.R., BACT.	R\$ 20,75
4.03.07.69-7	RUBEOLA - IGG	R\$ 17,18
4.03.07.70-0	RUBEOLA - IGM	R\$ 20,86
4.03.14.20-0	RUBEOLA POR PCR	R\$ 350,62
4.03.02.41-5	SACAROSE, TESTE DE TOLERANCIA	R\$ 20,75
4.03.13.33-6	SALICILATOS, PESQUISA	R\$ 9,96
4.03.03.13-6	SANGUE OCULTO, PESQUISA	R\$ 9,13
4.03.08.12-0	SARAMPO - ANTICORPOS IGG	R\$ 17,43
4.03.08.13-8	SARAMPO - ANTICORPOS IGM	R\$ 21,10
4.03.10.38-8	SARCOPTES SCABEL, PESQUISA	R\$ 4,35
4.03.07.71-9	SCHISTOSOMOSE - IGG	R\$ 11,20
4.03.07.72-7	SCHISTOSOMOSE - IGM	R\$ 13,75
4.03.08.27-8	SCHISTOSOMOSE, PESQUISA	R\$ 30,37
4.03.13.25-5	SELENIO, DOSAGEM	R\$ 23,05
4.03.03.14-4	SHISTOSSOMA, PESQUISA OVOS EM FRAGMENTOS MUCOSA APOS BIOPSIA RETAL.	R\$ 9,13
4.03.07.73-5	SIFILIS - FTA-ABS-IGG	R\$ 11,20
4.03.07.74-3	SIFILIS - FTA-ABS-IGM	R\$ 13,75
4.03.07.75-1	SIFILIS - TPHA	R\$ 11,20
4.03.07.76-0	SIFILIS - VDRL	R\$ 7,17
4.03.08.28-6	SIFILIS ANTICORPO TOTAL	R\$ 17,18
4.03.08.29-4	SIFILIS IGM	R\$ 25,01
4.03.14.21-9	SIFILIS POR PCR	R\$ 209,64
4.03.11.38-4	SOBRECARGA DE ÁGUA, PROVA	R\$ 5,47
4.03.02.42-3	SODIO	R\$ 3,76
4.03.16.44-0	SOMATOMEDINA C (IGF1)	R\$ 51,46
4.03.05.63-5	SOMATOTROFICO CORIONICO (HCS OU PHL)	R\$ 51,46
4.03.03.15-2	SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	R\$ 4,35
4.03.02.43-1	SUCCINIL ACETONA	R\$ 276,68
4.03.16.45-9	SULFATO DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (S-DHEA)	R\$ 28,83
4.03.13.26-3	SULFATOS ORGANICOS OU INORGANICOS, PESQUISA (CADA)	R\$ 7,17
4.03.04.87-6	SULFO-HEMOGLOBINA, DETERMINACAO DA	R\$ 4,72
4.03.02.44-0	SULFONAMIDAS LIVRE E ACETILADA (% DE ACETILACAO)	R\$ 20,20
4.03.16.46-7	T3 LIVRE	R\$ 22,22
4.03.16.47-5	T3 RETENCAO	R\$ 19,47
4.03.16.48-3	T3 REVERSO	R\$ 66,65
4.03.16.49-1	T4 LIVRE	R\$ 24,33
4.03.02.45-8	TACROLIMUS	R\$ 152,19
4.03.09.18-5	TAKATA-ARA, REACAO	R\$ 4,96

4.03.02.46-6	TALIO, DOSAGEM	R\$ 31,86
4.03.04.58-2	TEMPO DE COAGULACAO	R\$ 2,65
4.03.19.27-0	TEMPO DE LISE DE EUGLOBULINA	R\$ 99,11
4.03.04.59-0	TEMPO DE PROTROMBINA	R\$ 5,47
4.03.04.60-4	TEMPO DE REPTILASE	R\$ 7,78
4.03.04.91-4	TEMPO DE SANGRAMENTO (DUKE)	R\$ 2,65
4.03.04.61-2	TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	R\$ 20,47
4.03.04.62-0	TEMPO DE TROMBINA	R\$ 7,78
4.03.04.63-9	TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA	R\$ 5,47
4.03.02.47-4	TEOFILINA	R\$ 31,86
4.03.07.77-8	TESTE DE INIBICAO DA MIGRACAO DOS LINFOCITOS (PARA CADA ANTIGENO)	R\$ 31,26
4.03.02.48-2	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA OU HIPOGLICEMIANES ORAIS (ATE 6 DOSAGENS)	R\$ 28,17
4.03.12.17-8	TESTE DO PEZINHO AMPLIADO (TSH NEONATAL + 17 OH PROGESTERONA + FENILALANINA + TRIPSINA IMUNO-REATIVA + ELETROFORESE DE HB PARA TRIAGEM DE HEMOPATIAS)	R\$ 90,33
4.03.12.16-0	TESTE DO PEZINHO BASICO (TSH NEONATAL + FENILALANINA + ELETROFORESE DE HB PARA TRIAGEM DE HEMOPATIAS)	R\$ 48,43
4.03.02.70-9	TESTE ORAL DE TOLERANCIA A GLICOSE - 2 DOSAGENS	R\$ 15,13
4.03.23.91-9	TESTE RAPIDO PARA DETECCAO DE HIV EM GESTANTE	R\$ 45,56
4.03.07.78-6	TESTE RESPIRATORIO PARA H. PYLORI	R\$ 66,18
4.03.16.50-5	TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 38,82
4.03.16.51-3	TESTOSTERONA TOTAL	R\$ 28,87
4.03.13.27-1	TIOCIANATO (PARA CIANETOS NITRILAS ALIFATICAS)	R\$ 20,75
4.03.16.52-1	TIREOESTIMULANTE, HORMONIO (TSH)	R\$ 19,47
4.03.16.53-0	TIREOGLOBULINA	R\$ 37,37
4.03.02.49-0	TIROSINA	R\$ 31,86
4.03.11.39-2	TIROSINOSE, PESQUISA	R\$ 4,82
4.03.16.54-8	TIROXINA (T4)	R\$ 19,47
4.03.07.79-4	TOXOCARA CANNIS - IGG	R\$ 17,43
4.03.07.80-8	TOXOCARA CANNIS - IGM	R\$ 21,10
4.03.07.81-6	TOXOPLASMINA, IDER	R\$ 7,17
4.03.08.15-4	TOXOPLASMOSE - IGA	R\$ 21,10
4.03.07.82-4	TOXOPLASMOSE IGG	R\$ 17,18
4.03.07.83-2	TOXOPLASMOSE IGM	R\$ 20,86
4.03.14.22-7	TOXOPLASMOSE POR PCR	R\$ 209,64
4.03.02.50-4	TRANSAMINASE OXALACETICA (AMINO TRANSFERASE ASPARTATO)	R\$ 6,92
4.03.02.51-2	TRANSAMINASE PIRUVICA (AMINO TRANSFERASE DE ALANINA)	R\$ 6,92
4.03.02.52-0	TRANSFERRINA	R\$ 13,50
4.03.10.34-5	TREPONEMA (CAMPO ESCURO)	R\$ 6,91
4.03.02.53-9	TRIAZOLAM	R\$ 47,63
4.03.13.28-0	TRICLOROCOMPOSTOS TOTAIS (PARA TETRACLOROETILENO, TRICLOROETANO, TRICLOROETILENO)	R\$ 16,47

4.03.02.54-7	TRIGLICERÍDEOS	R\$ 5,21
4.03.16.55-6	TRIODOTIRONINA (T3)	R\$ 19,47
4.03.02.55-5	TRIMIPRAMINA	R\$ 31,86
4.03.04.64-7	TRIPANOSSOMA, PESQUISA	R\$ 4,00
4.03.02.56-3	TRIPSINA IMUNO REATIVA (IRT)	R\$ 13,50
4.03.03.16-0	TRIPSINA, PROVA DE (DIGESTÃO DA GELATINA)	R\$ 4,35
4.03.04.65-5	TROMBOELASTOGRAMA	R\$ 77,68
4.03.02.57-1	TROPONINA	R\$ 31,86
4.03.12.11-9	TUBAGEM DUODENAL	R\$ 14,46
4.03.07.84-0	UREASE, TESTE RÁPIDO PARA HELICOBACTER PYLORI	R\$ 6,91
4.03.02.58-0	UREIA	R\$ 3,76
4.03.02.59-8	UROBILINOGENIO	R\$ 3,76
4.03.11.22-8	UROPORFIRINAS, DOSAGEM	R\$ 4,36
4.03.10.35-3	VACINA AUTOGENA	R\$ 39,08
4.03.08.16-2	VARICELA, IGG	R\$ 46,40
4.03.08.17-0	VARICELA, IGM	R\$ 49,22
4.03.16.56-4	VASOPRESSINA (ADH)	R\$ 38,82
4.03.07.85-9	VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO - ELISA - IGG	R\$ 39,30
4.03.08.19-7	VIRUS, (SINCICIAL, RESPIRATORIO) PESQUISA DIRETA	R\$ 39,30
4.03.02.60-1	VITAMINA A, DOSAGEM	R\$ 85,49
4.03.02.78-4	VITAMINA B1, DOSAGEM	R\$ 211,34
4.03.16.57-2	VITAMINA B12	R\$ 16,84
4.03.02.79-2	VITAMINA B2, DOSAGEM	R\$ 319,44
4.03.02.80-6	VITAMINA B3, DOSAGEM	R\$ 319,44
4.03.02.81-4	VITAMINA B6, DOSAGEM	R\$ 94,51
4.03.02.83-0	VITAMINA D 25 HIDROXI, DOSAGEM (VITAMINA D3)	R\$ 17,14
4.03.02.82-2	VITAMINA D2, DOSAGEM	R\$ 31,64
4.03.02.61-0	VITAMINA E	R\$ 85,49
4.03.02.84-9	VITAMINA K, DOSAGEM	R\$ 534,80
4.03.07.86-7	WAALER-ROSE (FATOR REUMATOIDE)	R\$ 7,17
4.03.08.20-0	WEIL FELIX (RICKETSIOSE), REACAO DE AGLUTINACAO	R\$ 7,17
4.03.07.87-5	WESTERN BLOT (ANTICORPOS ANTI-HIV)	R\$ 152,19
4.03.07.88-3	WESTERN BLOT (ANTICORPOS ANTI-HIV1 OU HTLVII) (CADA)	R\$ 152,19
4.03.07.89-1	WIDAL, REACAO DE	R\$ 7,17
4.03.14.23-5	X FRÁGIL POR PCR	R\$ 300,78
4.03.02.62-8	XILOSE, TESTE DE ABSORCAO A	R\$ 20,75
4.03.13.32-8	ZINCO	R\$ 31,86

Obs. Os exames que não estão descritos acima, serão negociados pontualmente entre as partes, caso tenha cobertura.

35. Tabela vigente exames oftamologicos, sendo 80% pago pelo Pro Saúde e 20% pago pelo usuário.

CODIGO	DESCRIÇÃO	VALOR	80%	20%
30.30.601-9	CAPSULOTOMIA YAG OU CIRURGICA	192,73	154,18	38,55
30.31.204-3	FOTOCOAGULACAO (LASER) - POR SESSAO - MO	192,73	154,18	38,55
40.10.313-7	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA - MONOCULAR	67,76	54,21	13,55
40.90.153-0	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNOSTICA - MONOCULAR	110,23	88,18	22,05
41.30.101-3	ANGIOFLUORESCENOGRAMIA - MONOCULAR	129,01	103,21	25,80
41.30.108-0	CERATOSCOPIA COMPUTADORIZADA - MONOCULAR	83,29	66,63	16,66
41.30.110-2	COLPOSCOPIA (CERVIX UTERINA E VAGINA)	28,26	22,61	5,65
41.30.112-9	CURVA TENSIONAL DIARIA - BINOCULAR	60,84	48,67	12,17
41.30.120-0	EXAME MOTILIDADE OCULAR (TESTE ORTOPT) BIN	20,37	16,30	4,07
41.30.124-2	GONIOSCOPIA - BINOCULAR	22,76	18,21	4,55
41.30.125-0	MAPEAMENTO DE RETINA (OFT.INDIV) MONOCULAR	41,27	33,02	8,25
41.30.126-9	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA - MONOCU	99,46	79,57	19,89
41.30.127-7	OFTALMODINAMOMETRIA - MONOCULAR	21,56	17,25	4,31
41.30.130-7	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL - MONOCULAR	22,97	18,38	4,59
41.30.131-5	RETINOGRAMIA (SO HONORARIO) MONOCULAR	45,23	36,18	9,05
41.30.132-3	TONOMETRIA - BINOCULAR	24,28	19,42	4,86
41.30.136-6	VISAO SUBNORMAL - MONOCULAR	71,67	57,34	14,33
41.30.143-9	FUNDOSCOPIA SOB MEDRIASES - BINOCULAR	10,00	8,00	2,00
41.50.101-2	BIOMETRIA ULTRA-SONICA - MONOCULAR	66,46	53,17	13,29
41.50.112-8	PAQUIMETRIA ULTRA-SONICA - MONOCULAR	43,33	34,66	8,67
41.50.114-4	TOMOGRAFIA DE COERENCIA OPTICA - MONOCULAR	178,62	142,90	35,72

Obs. Os exames que não estão descritos acima, serão negociados pontualmente entre as partes, caso tenha cobertura:

36. Tabela Vigente fisioterapia.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO ITEM	VALOR
2.01.03.64-6	REABILITACAO PERINEAL COM BIOFEEDBACK	R\$ 106,43
2.01.03.06-9	ASSISTENCIA FISIATRICA RESPIRATORIA EM PRE E POS-OPERATORIO DE CONDICOES CIRURGICAS	R\$ 16,49
2.01.03.07-7	ATAXIAS	R\$ 24,73
2.01.03.09-3	ATENDIMENTO FISIATRICO NO PRE E POS-OPERATORIO DE PACIENTES PARA PREVENCAO DE SEQUELAS	R\$ 16,49
2.01.03.10-7	ATENDIMENTO FISIATRICO NO PRE E POS-PARTO	R\$ 16,49
2.01.03.11-5	ATIVIDADE REFLEXA OU APLICACAO DE TECNICA CINESIOTERAPICA ESPECIFICA	R\$ 16,49



2.01.03.12-3	ATIVIDADES EM ESCOLA DE POSTURA (MAXIMO DE 10 PESSOAS) - POR SESSAO	R\$ 24,73
2.01.03.13-1	BIOFEEDBACK COM EMG	R\$ 53,21
2.01.03.18-2	DESVIOS POSTURAIIS DA COLUNA VERTEBRAL	R\$ 16,49
2.01.03.22-0	DOENCAS PULMONARES ATENDIDAS EM AMBULATORIO	R\$ 16,49
2.01.03.24-7	EXERCICIOS PARA REABILITACAO DO ASMATICO (ERAC) - POR SESSAO COLETIVA	R\$ 8,25
2.01.03.25-5	EXERCICIOS PARA REABILITACAO DO ASMATICO (ERAI) - POR SESSAO INDIVIDUAL	R\$ 16,49
2.01.03.26-3	HEMIPARESIA	R\$ 32,98
2.01.03.27-1	HEMIPLEGIA	R\$ 32,98
2.01.03.28-0	HEMIPLEGIA E HEMIPARESIA COM AFASIA	R\$ 32,98
2.01.03.29-8	HIPO OU AGENESIA DE MEMBROS	R\$ 16,49
2.01.03.31-0	LESAO NERVOSA PERIFERICA AFETANDO MAIS DE UM NERVO COM ALTERACOES SENSITIVAS E/OU MOTORAS	R\$ 24,73
2.01.03.32-8	LESAO NERVOSA PERIFERICA AFETANDO UM NERVO COM ALTERACOES SENSITIVAS E/OU MOTORAS	R\$ 24,73
2.01.03.33-6	MANIPULACAO VERTEBRAL	R\$ 44,97
2.01.03.34-4	MIOPATIAS	R\$ 24,73
2.01.03.36-0	PACIENTE COM D.P.O.C. EM ATENDIMENTO AMBULATORIAL NECESITANDO REEDUCACAO E REABILITACAO RESPIRATORIA	R\$ 24,73
2.01.03.37-9	PACIENTE EM POS-OPERATORIO DE CIRURGIA CARDIACA, ATENDIDO EM AMBULATORIO, DUAS A TRES VEZES POR SEMANA	R\$ 16,49
2.01.03.40-9	PACIENTES COM DOENÇAS NEURO-MUSCULO-ESQUELÉTICAS COM ENVOLVIMENTO TEGUMENTAR	R\$ 16,49
2.01.03.42-5	PARALISIA CEREBRAL	R\$ 32,98
2.01.03.43-3	PARALISIA CEREBRAL COM DISTURBIO DE COMUNICACAO	R\$ 32,98
2.01.03.44-1	PARAPARESIA/TETRAPARESIA	R\$ 24,73
2.01.03.45-0	PARAPLEGIA E TETRAPLEGIA	R\$ 24,73
2.01.03.46-8	PARKINSON	R\$ 32,98
2.01.03.53-0	RECUPERACAO FUNCIONAL POS-OPERATORIA OU POR IMOBILIZACAO DA PATOLOGIA VERTEBRAL	R\$ 24,73
2.01.03.62-0	REABILITACAO DE PACIENTE COM ENDOPROTESE	R\$ 16,49
2.01.03.63-8	REABILITACAO LABIRINTICA (POR SESSAO)	R\$ 24,73
2.01.03.65-4	RECUPERACAO FUNCIONAL DE DISTURBIOS CRANIO-FACIAIS	R\$ 16,49
2.01.03.66-2	RECUPERACAO FUNCIONAL POS-OPERATORIA OU POS-IMOBILIZACAO GESSADA DE PATOLOGIA OSTEOMIOARTICULAR COM COMPLICACOES NEUROVASCULARES AFETANDO UM MEMBRO	R\$ 16,49
2.01.03.67-0	RECUPERACAO FUNCIONAL POS-OPERATORIA OU POS-IMOBILIZACAO GESSADA DE PATOLOGIA OSTEOMIOARTICULAR COM COMPLICACOES NEUROVASCULARES AFETANDO MAIS DE UM MEMBRO	R\$ 16,49
2.01.03.68-9	RETARDO DO DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR	R\$ 16,49
2.01.03.70-0	SEQUELAS EM POLITRAUMATIZADOS (EM DIFERENTES SEGMENTOS)	R\$ 16,49
2.01.03.71-9	SINUSITES	R\$ 16,49
2.01.03.72-7	REABILITACAO CARDIACA SUPERVISIONADA. PROGRAMA DE 12 SEMANAS. DUAS A TRES SESSOES POR SEMANA (POR SESSAO)	R\$ 24,73
2.02.03.01-2	ASSISTENCIA FISIATRICA RESPIRATORIA EM PACIENTE INTERNADO COM VENTILACAO MECANICA	R\$ 16,49
2.02.03.04-7	ASSISTENCIA FISIATRICA RESPIRATORIA EM DOENTE CLINICO INTERNADO	R\$ 16,49

Obs. Os códigos que não estão descritos acima, serão negociados pontualmente entre as partes, caso tenha cobertura.

Catalão, 09 de abril de 2024.

**Karla Rosane Santos Rabelo.**  
Gestora do Programa de Saúde dos Servidores Municipais – PRO-SAÚDE.  
**Portaria nº 04 de 01 de janeiro de 2021.**  
Município de Catalão.

**Original assinado!**