



Prefeitura Municipal de Bom Despacho
Estado de Minas Gerais
Gabinete do Prefeito

Of. nº 74/2017/GPFJCC

Bom Despacho, 6 de março de 2.017

Recebido 06/03/17 às 15:15h
Charinelly

À Sua Excelência o Senhor
Vereador Vital Guimarães
Presidente da Câmara Municipal
Rua Marechal Floriano Peixoto – 40 – Centro
35600-000 – Bom Despacho-MG

Assunto: Encaminha Projeto de Lei que autoriza o Município a firmar convênio com a Instituição de Cooperação Intermunicipal do Médio Paraopeba – i.CISMEP

Senhor Presidente

Como todas as cidades brasileiras, Bom Despacho tem uma fila significativa de pessoas aguardando cirurgia. Atualmente Bom Despacho tem 827 pacientes aguardando cirurgias em diversas especialidades. Este assunto é de extrema relevância e demanda urgência urgentíssima em sua solução. Por isso – e pensando na dignidade e no bem-estar do cidadão bom-despachense – o Poder Executivo colocou como prioridade máxima de 2017, acabar com estas filas.

A solução vem da combinação de dois pontos essenciais: de um lado, um esforço grande para encontrar médicos que possam operar e hospitais e clínicas onde as operações possam ser realizadas. Do outro lado, encontrar dinheiro para pagar todas estas despesas, orçadas em torno de R\$1,5 milhão.

Vale ressaltar que este R\$ 1,5 milhão está fora da quantia que o Município já reservou para a Saúde em 2017, que atinge R\$40,5 milhões (mais de 32% de tudo o que o Município arrecadará, e mais do dobro do mínimo constitucional).

Isto significa que parte das cirurgias será realizada com as dotações já alocadas para a Secretaria de Saúde. Isto significa que cerca de 200 cirurgias já estão encaminhadas pelos meios habituais do SUS e, portanto, não aparecem no decreto. Da mesma forma, no decreto não aparecem seus respectivos custos.

Assim, o Decreto nº 7.505, de 3 de março de 2.017, que instituiu o Programa Cirurgias sem Fila – PROCIR cobre, essencialmente as cirurgias e valores que ainda não estavam previstos no orçamento normal da Secretaria de Saúde. O que o decreto faz é criar um fundo contábil próprio que será formado por 15% dos recursos arrecadados com o IPTU em 2017.

O PROCIR – Cirurgia sem Fila, é o maior programa destinado a acabar com filas de cirurgia em Bom Despacho e talvez no Brasil, pois almeja zerar todas as filas num tempo máximo de 12 meses.



Prefeitura Municipal de Bom Despacho

Estado de Minas Gerais

Gabinete do Prefeito

A fim de incentivar a formação do fundo que financiará o PROCIR, o Decreto nº 7.505/2017 concedeu benefícios aos contribuintes do IPTU. O benefício foi duplo. Para todos, a data de pagamento foi adiada por 30 dias. Para quem pagar à vista, o antigo desconto de 6,45% foi ampliado para 12,24%. Na prática, isto significa que, para quem pagar à vista, o IPTU de 2017 será o mesmo de 2016.

Desta forma, o Poder Executivo criou oportunidade para que todo contribuinte possa colaborar de forma efetiva para o sucesso do PROCIR.

Para fins de registro, esclareça-se que o desconto somente atinge o IPTU. Os demais tributos são regulados por dispositivos próprios e podem ou não ter outras regras de reajuste. São exemplos a taxa de coleta de lixo e a taxa de iluminação pública de lotes.

Assim, o contribuinte que pagar antecipadamente o valor total de seu imposto estará não apenas contribuindo com o seu dever legal e cívico de pagar o imposto como também exercendo um ato de bondade, compaixão e solidariedade para com o próximo, que tanto necessita de ajuda e que aguarda há tanto tempo pela necessária cirurgia.

Mas, ter o dinheiro não é suficiente para garantir as cirurgias. É necessário encontrar os especialistas para realizá-las e os hospitais e clínicas onde possam ser realizadas.

No caso de Bom Despacho a competência reconhecida da Santa Casa e também de clínicas e hospitais-dia capazes de realizar a maioria das cirurgias. Quando este for o caso, e havendo compatibilidade de custos, a prioridades será sempre para que as operações sejam feitas aqui.

Mas sabemos que a Santa Casa não tem condições de atender a toda a demanda. Em alguns casos porque não conta com o profissional específico; em outros casos, porque a cirurgia exige CTI, o que no momento não está disponível.

Assim, para que seja possível realizar todas as cirurgias, mesmo as que não podem ser realizadas em Bom Despacho, precisamos de alternativas. Uma delas, é usar dos benefícios proporcionados pelos consórcios intermunicipais de saúde. Um deles, bem estabelecido, com muito sucesso, preços acessíveis e ampla faixa de atendimento é a Instituição de Cooperação Intermunicipal do Médio Paraopeba – i.CISMEP.

Assim, o objetivo do anexo Projeto de Lei é obter autorização legislativa para que o Município possa assinar um termo de cooperação com o i.CISMEP de modo a poder, oportunamente, contar com seus serviços.

Cumpramos destacar que esta autorização legislativa não envolve nenhum compromisso entre o Município e o i.CISMEP. Não há transferência de recurso nem impõe qualquer limitação à autonomia do Município.

Uma vez autorizado e assinado o termo de cooperação, o município negociará, caso a caso, os serviços a serem contratados com o consórcio, sempre aplicando a prioridade em igualdade de condições para os médicos e hospitais de Bom Despacho, bem como seguindo as determinações da Lei nº 8.666/93, demais regras aplicáveis e observando os critérios de oportunidade e conveniência.

Como esclarecido acima e reafirmado no próprio PL, a autorização legislativa não acarreta nenhuma obrigação financeira ou qualquer outra para o Município. No entanto, julgamos conveniente juntar a tabela de serviços oferecidos pelo i.CISMEP, com os respectivos custos. Os vereadores poderão constatar que a entidade é capaz de atender a uma parte significativa da demanda de Bom Despacho a um custo muito vantajoso.



Prefeitura Municipal de Bom Despacho
Estado de Minas Gerais
Gabinete do Prefeito

A amplitude dos serviços oferecidos garantirá um atendimento melhor e mais rápido para nossos cidadãos, e os preços, vantajosos, garantirão que o erário será capaz de arcar com número maior de procedimentos.

Julgo oportuno registrar que o PROCIR – Programa de Cirurgia Sem Fila faz parte de um esforço maior que envolve três outras grandes medidas para fazer avançar a saúde: a chegada do SAMU, que deverá acontecer dentro de algumas semanas, a construção do CTI, que será iniciada este ano e a provável chegada do Corpo de Bombeiros, cujas tratativas já estão em andamento para a chegada de um guarnição.

Portanto, de um lado está a forma como será custeada a solução desta demanda, que tem como fonte o contribuinte bom-despachense que, com um ato de solidariedade antecipará o pagamento do seu IPTU, sabendo que 15% dele será investido exclusivamente na realização das cirurgias. De outro, a busca de parcerias com médicos, clínicas hospitalares e outras entidades que possam oferecer os serviços. No caso específico de que trata este Projeto de Lei, o i.CISMEP, que detém a experiência necessária e goza de excelente reputação no atendimento aos municípios.

É com este propósito de tornar o PROCIR uma realidade no menor prazo possível, e considerando o relevante interesse público, que **convoco sessão extraordinária**, com fundamento no art. 58, I da Lei Orgânica Municipal, para apreciação, discussão e votação do anexo Projeto de Lei pelo plenário dessa Egrégia Casa.

Atenciosamente,


Fernando Cabral
Prefeito Municipal



Prefeitura Municipal de Bom Despacho
Estado de Minas Gerais
Gabinete do Prefeito

Projeto de Lei nº 16 /2.017

Autoriza o Município a firmar convênio com a Instituição de Cooperação Intermunicipal do Médio Paraopeba – i.CISMEP e dá outras providências.

O Prefeito Municipal de Bom Despacho/MG, no uso de suas atribuições, especialmente o disposto no inciso IV, do art. 87, encaminha o presente Projeto de Lei para posterior tramitação legal nessa Egrégia Casa.

Art. 1º Fica o Poder Executivo autorizado a assinar convênio com a Instituição de Cooperação Intermunicipal do Médio Paraopeba – i.CISMEP, Pessoa Jurídica de Direito Público, com sede na rua São José, 135, bairro Brasileira, Betim/MG, inscrita no CNPJ sob o nº 05.802.877/0001-10, cujo objeto é a execução de ações e serviços de saúde voltada exclusivamente ao Sistema Único de Saúde – SUS, observando os princípios e diretrizes da Lei Orgânica da Saúde.

Art. 2º O convênio terá prazo de vigência durante 12 (doze) meses, contados da data da publicação, podendo ser prorrogado de comum acordo entre as partes, por meio de Termo Aditivo, até o prazo máximo de 60 (sessenta) meses, conforme art. 57, II, da Lei 8.666/93.

§ 1º A celebração do convênio não ensejará transferência de recursos financeiros entre os partícipes.

§ 2º Caso haja a necessidade de transferência de valores, poderão ser celebrados instrumentos específicos, observados os ditames das Leis 8.666/93 e 11107/05.

Art. 3º A despesa decorrente do cumprimento deste convênio correrá por conta de dotação do orçamento corrente.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Bom Despacho, 24 de fevereiro de 2.017, 105º ano de emancipação do Município.


Fernando Cabral
Prefeito Municipal



Prefeitura Municipal de Bom Despacho
Estado de Minas Gerais
Gabinete do Prefeito

ANEXO I

**CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO ENTRE i.CISMEP –
INSTITUIÇÃO DE COOPERAÇÃO INTERMUNICIPAL DO
MÉDIO PARAÓPEBA E O MUNICÍPIO DE BOM
DESPACHO/MG.**



Prefeitura Municipal de Bom Despacho
Estado de Minas Gerais
Gabinete do Prefeito

CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO QUE ENTRE SI CELEBRAM A i.CISMEP – INSTITUIÇÃO DE COOPERAÇÃO INTERMUNICIPAL DO MÉDIO PARAÓPEBA E O MUNICÍPIO DE BOM DESPACHO/MG.

Considerando o interesse mútuo dos partícipes na execução de serviços voltados aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS;

Considerando que a Resolutividade é um dos Princípios esculpidos nos Art. 7º, XII da Lei 8.080/90 – Lei Orgânica da Saúde;

Considerando que nos termos do Art. 197 da Constituição Federal “as ações e serviços de saúde” podem “ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.”;

Considerando que o Art. 17 da Lei 11.107/05 deu nova redação ao Art. 24, XXVI da Lei 8.666/93, permitindo a celebração de Convênio de Cooperação entre Ente Consorcial e Entes Públicos:

A INSTITUIÇÃO DE COOPERAÇÃO INTERMUNICIPAL DO MÉDIO PARAÓPEBA – i.CISMEP, pessoa jurídica de Direito Público, com sede na R. São Jorge, n. 135, Bairro Brasília, inscrita no CNPJ sob o nº 05.802.877/0001-10, representado por seu Presidente Sr. Wether Clayton de Rezende, Prefeito Municipal de Sarzedo/MG, doravante denominada **CISMEP** e o **MUNICÍPIO DE BOM DESPACHO**, pessoa jurídica de Direito Público interno, com sede na Praça Irmã Albuquerque, 120, Centro, Bom Despacho, inscrito no CNPJ sob o Nº 18301002/0001-86, neste ato representado pelo Prefeito Municipal, Sr. Fernando José Castro Cabral e pela Secretária Municipal de Saúde, Sra. **Neide Aparecida Braga Lopes**, doravante denominado **MUNICÍPIO**, com base na Lei 11.107/05, Decreto 6017/07 e Art. 24, XXVI e 116 da Lei 8.666/93 resolvem celebrar o presente **CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO**, mediante as seguintes cláusulas e condições:

1 CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

1.1 O presente CONVÊNIO tem por objeto a cooperação entre os partícipes visando à execução das ações e serviços de saúde voltada exclusivamente ao Sistema Único de Saúde – SUS, observando os princípios e diretrizes da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90).

2 CLÁUSULA SEGUNDA – ATRIBUIÇÕES DOS PARTÍCIPIES

2.1 Competem conjuntamente aos partícipes:

2.1.1 Analisar e avaliar formas de execução de ações e serviços de saúde segundo normas e regramentos aplicáveis ao Sistema Único de Saúde – SUS;

2.1.2 Intercambiar experiências e informações sobre questões relacionadas à gestão da saúde



Prefeitura Municipal de Bom Despacho
Estado de Minas Gerais
Gabinete do Prefeito

pública e;

2.1.3 Atuar de forma conjunta visando à execução de ações e serviços de saúde atendendo à população usuária do **MUNICÍPIO**.

3 CLÁUSULA TERCEIRA - RECURSOS FINANCEIROS

3.1 A celebração do presente Convênio de Cooperação não enseja transferência de recursos financeiros entre os partícipes.

3.2. Na hipótese de se verificar a necessidade de repasse de recursos financeiros, a fim de permitir a plena consecução do presente Termo, poderá ser celebrado instrumentos específicos observando-se as respectivas particularidades, em estrita observância à Lei 8.666/93 e Lei 11.107/05.

4 CLÁUSULA QUARTA - VIGÊNCIA

4.1 O presente instrumento terá vigência de 12 (doze) meses, contados a partir da data de sua publicação, podendo ser prorrogado de comum acordo entre as partes, por meio de Termo Aditivo, até o prazo máximo de 60 (sessenta) meses, conforme Art. 57, II da Lei 8.666/93.

5 CLÁUSULA QUINTA - MODIFICAÇÃO

5.1 O presente convênio poderá ser modificado em qualquer de suas cláusulas, exceto quanto ao seu objeto, mediante termo aditivo, de comum acordo entre os partícipes.

6 CLÁUSULA SEXTA – DENÚNCIA E RESILIÇÃO

6.1 O presente convênio poderá ser denunciado a qualquer tempo, pela iniciativa unilateral de qualquer dos partícipes mediante notificação por escrito com antecedência mínima de sessenta dias.

6.2 Os partícipes poderão, por mútuo consentimento, optar pelo término amigável do presente convênio.

6.3 A extinção do presente convênio não gera efeitos nas relações contratuais já celebradas, as quais observarão as respectivas cláusulas dos contratos em vigor.

7 CLÁUSULA SÉTIMA - PUBLICAÇÃO

7.1 A publicação de extrato do presente instrumento e de seus aditamentos será providenciada pelo **MUNICÍPIO DE BOM DESPACHO**, no Diário Oficial do Município – DOME.

8 CLÁUSULA OITAVA - FORO



Prefeitura Municipal de Bom Despacho
Estado de Minas Gerais
Gabinete do Prefeito

8.1 Fica eleito o foro de BOM DESPACHO para as eventuais controvérsias decorrentes do presente Termo.

E estando ajustados os partícipes, assinam o presente instrumento em 3 (três) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo firmadas para que produza seus efeitos jurídicos e legais.

Bom Despacho, 24 de fevereiro de 2017.

**ICISMEP – INSTITUIÇÃO DE COOPERAÇÃO INTERMUNICIPAL DO MÉDIO
PARAOPEBA**
Presidente

MUNICÍPIO DE BOM DESPACHO
Prefeito Municipal

MUNICÍPIO DE BOM DESPACHO
Secretária Municipal de Saúde

Testemunhas:

1.

2.



Prefeitura Municipal de Bom Despacho
Estado de Minas Gerais
Gabinete do Prefeito

ANEXO II

TABELA DE PROCEDIMENTOS

Atualização e inclusão de procedimentos nas Tabelas de Procedimentos da ICISMEP realizadas pela gerente de regulação, em 01 de junho de 2016, em acatamento às decisões da Secretaria Executiva, com publicação no Órgão Diário Oficial do Município de Betim em 16 de agosto de 2016, para vigência a partir da competência de junho de 2016.

Tabela 1

Constituição do Pacote Básico da Consulta Oftalmológica

Grupo 03 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS			
Subgrupo 01 -CONSULTAS/ATENDIMENTOS/ACOMPANHAMENTOS EM ESPECIALIDADES			
Forma de Organização 01 - CONSULTAS MÉDICAS/OUTROS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR			
Código	Descrição	Valor	
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (oftalmologia)	(pacote)	R\$ 10,00
Grupo 03 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS			
Subgrupo 01 -CONSULTAS/ATENDIMENTOS/ACOMPANHAMENTOS EM ESPECIALIDADES			
Forma de Organização 10 -ATENDIMENTOS DE ENFERMAGEM EM GERAL			
Código	Descrição	Valor	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR PACIENTE	(pacote)	R\$ 0,63
Grupo 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA			
Subgrupo 11 - MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADES			
Forma de Organização 06 - DIAGNÓSTICO EM OFTALMOLOGIA			
Código	Descrição	Valor	
02.11.06.010-0	FUNDOSCOPIA	(pacote)	R\$ 3,37
02.11.06.025-9	TONOMETRIA	(pacote)	R\$ 3,37
Subtotal PPI (Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS)		R\$	17,37
Valor complemento FPM		R\$	21,01
TOTAL DO PACOTE BÁSICO DA CONSULTA OFTALMOLÓGICA NO CISMED		R\$	38,38

Tabela 2

Procedimentos do Projeto Olhar Brasil

Grupo 03 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS		
Subgrupo 03 -TRATAMENTOS CLÍNICOS (OUTRAS ESPECIALIDADES)		
Forma de Organização 05 - TRATAMENTO DE DOENÇAS DO APARELHO DA VISÃO		
Código	Descrição	Valor do Procedimento
03.03.05.012-8	CONSULTA OFTALMOLÓGICA PROJETO OLHAR BRASIL	R\$ 38,38
Grupo 03 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS		
Subgrupo 01 -CONSULTAS/ATENDIMENTOS/ACOMPANHAMENTOS EM ESPECIALIDADES		
Forma de Organização 01 - CONSULTAS MÉDICAS/OUTROS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR		
Código	Descrição	Valor do Procedimento
03.01.01.018-8	CONSULTA MÉDICA OFTALMOLÓGICA ESPECIALIZADA PROJETO OLHAR BRASIL - Consulta de Retorno	R\$ 38,38
Grupo 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA		
Subgrupo 05 - DIAGNÓSTICO POR ULTRA-SONOGRAFIA		
Forma de Organização 02 - ULTRA-SONOGRAFIA DOS DEMAIS SISTEMAS		
Código	Descrição	Valor do Procedimento
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA	R\$ 21,20
02.05.02.008-9	ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) ECO B	R\$ 40,40
Grupo 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA		
Subgrupo 11 - MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADES		
Forma de Organização 06 - DIAGNÓSTICO EM OFTALMOLOGIA		
Código	Descrição	Valor do Procedimento
02.11.06.001-1	BIOMETRIA ULTRASSÔNICA MONOCULAR (ECO A)	R\$ 24,24
02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA	R\$ 20,20
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO	R\$ 25,60
02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	R\$ 24,68
02.11.06.018-6	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	R\$ 64,00
02.11.06.023-2	TESTE ORTÓPTICO	R\$ 13,08
02.11.06.026-7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Córnea (CERATOSCOPIA)	R\$ 32,00
Grupo 04 - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS		
Subgrupo 05 - CIRURGIA DO APARELHO DA VISÃO		
Forma de Organização 03 - CORPO VÍTREO, RETINA, CORÓIDE E ESCLERA		
Código	Descrição	Valor do Procedimento
04.05.03.004-5	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER (APAC)	R\$ 62,01
Grupo 04 - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS		
Subgrupo 05 - CIRURGIA DO APARELHO DA VISÃO		
Forma de Organização 02 - MÚSCULOS OCULOMOTORES		
Código	Descrição	Valor do Procedimento

04.05.02.001-5	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MÚSCULOS HIPERTROPIAS)	R\$	1.028,13
04.05.02.002-3	CORREÇÃO CIRÚRGICA DO ESTRABISMO (ATÉ 2 MÚSCULOS)	R\$	863,40

Tabela 3

**Procedimentos Ambulatoriais de Diagnóstico e Terapêutica
em Oftalmologia**

Grupo 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA			
Subgrupo 05 - DIAGNÓSTICO POR ULTRA-SONOGRAFIA			
Forma de Organização 02 - ULTRA-SONOGRAFIA DOS DEMAIS SISTEMAS			
Código	Descrição	Valor do Procedimento	
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA	R\$	21,20
02.05.02.008-9	ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) ECO B	R\$	40,40
Grupo 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA			
Subgrupo 11 - MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADES			
Forma de Organização 06 - DIAGNÓSTICO EM OFTALMOLOGIA			
Código	Descrição	Valor do Procedimento	
02.11.06.001-1	BIOMETRIA ULTRASSONICA MONOCULAR (ECO A)	R\$	24,24
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO	R\$	13,08
02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA	R\$	42,20
02.11.06.005-4	CERATOMETRIA	R\$	10,60
02.11.06.006-2	CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO OCULAR - CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS)	R\$	20,20
02.11.06.010-0	FUNDOSCOPIA	R\$	3,37
02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA	R\$	20,20
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO	R\$	25,89
02.11.06.015-1	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL	R\$	8,48
02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	R\$	24,68
02.11.06.018-6	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	R\$	64,00
02.11.06.020-8	TESTE DE PROVOCAÇÃO DE GLAUCOMA	R\$	20,20
02.11.06.021-6	TESTE DE SCHIRMER	R\$	3,57
02.11.06.022-4	TESTE DE VISÃO DE CORES	R\$	8,48
02.11.06.023-2	TESTE ORTÓPTICO	R\$	13,08
02.11.06.024-0	TESTE PARA ADAPTAÇÃO DE LENTE DE CONTATO	R\$	13,08
02.11.06.025-9	TONOMETRIA	R\$	3,37
02.11.06.026-7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÔRNEA (CERATOSCOPIA)	R\$	32,00
CIOMEP-01	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA (OCT)	R\$	101,62
CIOMEP-12	TRATAMENTO MEDICAMENTOSO PARA BLEFAROSPASMO COM TOXINA BOTULÍNICA		94,94

Tabela 4

**Constituição do Pacote de Procedimentos Ambulatoriais de
Assistência ao Portador de Glaucoma**

Grupo 03 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS			
Subgrupo 01 - CONSULTAS / ATENDIMENTOS / ACOMPANHAMENTOS			
Forma de Organização 01 - CONSULTAS MÉDICAS / OUTROS PROFISSIONAIS DE SUPERIOR			
Código	Descrição	Valor APAC (do procedimento)	
03.01.01.010-2 *	CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAVIAÇÃO DE GLAUCOMA (TONOMETRIA, FUNDOSCOPIA E CAMPIMETRIA) - TABELA SUS/SIGTAP	R\$	57,74
* composta por consulta médica com especialista em glaucoma (quantidade 1), fundoscopia (quantidade 1), tonometria (quantidade 2), campimetria computadorizada (quantidade 1), gonioscopia (quantidade 1), paquimetria ultrassônica (quantidade 2), OCT (se necessário será realizado), administração de medicamentos (quantidade 1).			
03.03.05.001-2 *	ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DE GLAUCOMA POR FUNDOSCOPIA E TONOMETRIA - TABELA SUS/SIGTAP	R\$	17,74
* composta por consulta médica com especialista em glaucoma (quantidade 1), fundoscopia (quantidade 1), tonometria (quantidade 1), administração de medicamento (quantidade 1).			
Código	Descrição	Valor do Procedimento	
03.03.05.003-9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (1ª LINHA)	R\$	18,66
03.03.05.004-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (2ª LINHA)	R\$	79,38
03.03.05.005-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (3ª LINHA)	R\$	127,98

03.03.05.006-3	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (1ª LINHA)	R\$	12,44
03.03.05.007-1	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (2ª LINHA)	R\$	52,92
03.03.05.008-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (3ª LINHA)	R\$	85,33
03.03.05.009-8	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE ACETAZOLAMIDA MONOCULAR OU BINOCULAR	R\$	93,10
03.03.05.010-1	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA MONOCULAR	R\$	8,93
03.03.05.011-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA BINOCULAR	R\$	13,39
03.03.05.015-2	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - MONOCULAR	R\$	65,36
03.03.05.016-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - BINOCULAR	R\$	98,04
03.03.05.017-9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR	R\$	97,77
03.03.05.018-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR	R\$	146,64
03.03.05.019-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR	R\$	138,25
03.03.05.020-9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR	R\$	207,36
03.03.05.021-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS	R\$	150,69
03.03.05.022-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS	R\$	226,02

Tabela 5

Procedimentos Cirúrgicos em Oftalmologia-SA-Hospital Dia

Grupo 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA

Subgrupo 01 - COLETA DE MATERIAL

Forma de Organização 01 - COLETA DE MATERIAL POR MEIO DE PUNÇÃO/BÍOPIA

Código	Descrição	Valor do Procedimento
02.01.01.009-7	BIÓPSIA DE CONJUNTIVA (BPA individualizado)	R\$ 44,99
02.01.01.011-9	BIÓPSIA DE CÔRNEA (BPA individualizado)	R\$ 97,76
02.01.01.018-6	BIÓPSIA DE ESCLERA (BPA individualizado)	R\$ 97,76
02.01.01.035-6	BIÓPSIA DE PÁLPEBRA (BPA individualizado)	R\$ 36,24

Grupo 04 - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Subgrupo 05 - CIRURGIA DO APARELHO DA VISÃO

Forma de Organização 01 - PÁLPEBRAS E VIAS LACRIMAIS

Código	Descrição	Valor do Procedimento
04.05.01.004-4	DRENAGEM DE ABSCESSO DE PÁLPEBRA	R\$ 33,07
04.05.01.005-2	EPILAÇÃO A LASER (bilateral)	R\$ 65,12
04.05.01.006-0	EPILAÇÃO DE CÍLIOS (bilateral)	R\$ 33,07
04.05.01.007-9	EXERESE DE CALÁZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PÁLPEBRA E SUPERCÍLIOS (unilateral) (BPA individualizado)	R\$ 65,12
04.05.01.010-9	OCCLUSÃO DE PONTO LACRIMAL (unilateral)	R\$ 27,70
04.05.01.014-1	SIMBLEFAROPLASTIA (unilateral)	R\$ 219,50
04.05.01.016-8	SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS (bilateral)	R\$ 55,12
04.05.01.017-6	SUTURA DE PÁLPEBRAS (bilateral) (BPA individualizado)	R\$ 123,50
04.05.01.018-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BLEFAROCALASE (bilateral) (BPA individualizado)	R\$ 219,50
04.05.01.019-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TRIQUIASE COM OU SEM ENXERTO (unilateral) (BPA individualizado)	R\$ 271,96
04.05.01.020-6	PUNCTOPLASTIA (unilateral)	R\$ 28,94

Grupo 04 - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Subgrupo 05 - CIRURGIA DO APARELHO DA VISÃO

Forma de Organização 03 - CORPO VÍTREO, RETINA, CORÓIDE E ESCLERA

Código	Descrição	Valor do Procedimento
04.05.03.003-7	CRIOTERAPIA OCULAR	R\$ 167,84
04.05.03.004-5	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER (APAC)	R\$ 62,01
04.05.03.005-3	INJEÇÃO INTRA-VITREO (BPA individualizado)	R\$ 263,90
CISMED 13	INJEÇÃO INTRA-VITREO COM ANTIBIÓTICO	R\$ 169,20
04.05.03.009-6	SUTURA DE ESCLERA (unilateral) (BPA individualizado)	R\$ 247,78
04.05.03.010-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEISCÊNCIA DE SUTURA DE ESCLERA	R\$ 245,18

04.05.03.011-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MÍASE PALPEBRAL (bilateral) (BPA individualizado)	R\$	34,72
04.05.03.012-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE NEOPLASIA DE ESCLERA (BPA individualizado)	R\$	408,98
04.05.03.015-0	VITRIÓLISE A YAG LASER (BPA CONSOLIDADO)	R\$	74,41
04.05.03.019-3	PAN-FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA A LASER corresponde a 4 procedimentos de fotocoagulação a laser. (APAC)	R\$	248,04
04.05.03.021-5	RETINOPEXIA PNEUMÁTICA (BPA individualizado)	R\$	528,45
04.05.03.022-3	REMOÇÃO DE ÓLEO DE SILICONE (BPA individualizado)	R\$	637,00
Grupo 04 - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS			
Subgrupo 05 - CIRURGIA DO APARELHO DA VISÃO			
Forma de Organização 04 - CAVIDADE ORBITÁRIA E GLOBO OCULAR			
Código	Descrição	Valor do Procedimento	
04.05.04.013-0	INJEÇÃO RETROBULBAR/ PERIBULBAR	R\$	43,41
04.05.04.019-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO XANTELASMA	R\$	190,58
Grupo 04 - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS			
Subgrupo 05 - CIRURGIA DO APARELHO DA VISÃO			
Forma de Organização 05 - CONJUNTIVA, CÔRNEA, CÂMARA ANTERIOR, ÍRIS, CORPO CILIAR E CRISTALINO			
Código	Descrição	Valor do Procedimento	
04.05.05.002-0	CAPSULOTOMIA A YAG LASER (APAC)	R\$	62,01
04.05.05.003-8	CAUTERIZAÇÃO DE CÔRNEA	R\$	28,94
04.05.05.006-2	CORREÇÃO DE ASTIGMATISMO SECUNDÁRIO	R\$	28,94
04.05.05.007-0	CORRECAO CIRURGICA DE HERNIA DE ÍRIS	R\$	408,46
04.05.05.008-9	EXÉRESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA (BPA individualizado)	R\$	163,28
04.05.05.012-7	FOTOTRABECULOPLASTIA A LASER (APAC)	R\$	62,01
04.05.05.016-0	INJEÇÃO SUBCONJUNTIVAL/SUBTENONIANA	R\$	22,05
04.05.05.017-8	IRIDECTOMIA CIRÚRGICA (BPA individualizado)	R\$	407,94
04.05.05.019-4	IRIDOTOMIA A LASER (APAC)	R\$	62,01
04.05.05.020-8	PARACENTESE DE CÂMARA ANTERIOR	R\$	119,05
04.05.05.021-6	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL (BPA individualizado)	R\$	191,62
04.05.05.024-0	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA ANTERIOR DO OLHO (BPA individualizado)	R\$	456,82
04.05.05.025-9	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO NA CÔRNEA	R\$	28,94
04.05.05.026-7	SINEQUIÓLISE A YAG LASER (BPA individualizado)	R\$	62,01
04.05.05.029-1	SUTURA DE CONJUNTIVA	R\$	119,05
04.05.05.030-5	SUTURA DE CÔRNEA	R\$	245,31
04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO (bilateral)	R\$	201,50
CISMEP - 11	CROSSLINKING	R\$	420,00

Tabela 6

Procedimentos Cirúrgicos em Oftalmologia – SH - Hospital Dia

Grupo 04 - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS			
Subgrupo: 180 CLÍNICA CIRÚRGICA SH SUS MÉDIA COMPLEXIDADE			
Código	Descrição	Valor do Procedimento	
02.01.01.011-9	BIÓPSIA DE CÔRNEA	R\$	98,80
02.01.01.024-0	BIÓPSIA DE ÍRIS, CORPO CILIAR, RETINA, CORÓIDE E VITREO	R\$	273,00
03.08.04.001-5	TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS OU CLÍNICOS	R\$	270,40
04.05.01.001-0	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ENTRÓPIO E ECTRÓPIO (bilateral)	R\$	229,97
04.05.01.002-8	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE EPICANTO E ELECANTO	R\$	240,18
04.05.01.003-6	DACRIOCISTORRINOSTOMIA (unilateral)	R\$	581,81
04.05.01.006-7	EXTIRPAÇÃO DE GLÂNDULA LACRIMAL	R\$	497,72
04.05.01.011-7	RECONSTITUIÇÃO DE CANAL LACRIMAL (unilateral)	R\$	534,30
04.05.01.012-5	RECONSTITUIÇÃO PARCIAL DA PÁLPEBRA COM TARSORRAFIA (bilateral)	R\$	357,50
04.05.01.015-0	SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL (bilateral)	R\$	181,82

04.05.01.017-6	SUTURA DE PÁLPEBRAS (bilateral)	R\$	136,50
04.05.02.001-5	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MÚSCULOS HIPERTROPIAS)	R\$	1.028,13
04.05.02.002-3	CORREÇÃO CIRÚRGICA DO ESTRABISMO (ATÉ 2 MÚSCULOS)	R\$	863,40
04.05.03.002-9	BIÓPSIA DE TUMOR INTRA-OCULAR	R\$	81,90
04.05.03.007-0	RETINOPEXIA COM INTROFLEXÃO ESCLERAL	R\$	869,70
04.05.03.009-6	SUTURA DE ESCLERA	R\$	247,00
04.05.03.013-4	VITRECTOMIA ANTERIOR	R\$	516,10
04.05.03.014-2	VITRECTOMIA POSTERIOR	R\$	2.190,50
04.05.03.016-9	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER	R\$	2.839,23
04.05.03.017-7	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO, ÓLEO DE SILICONE E ENDOLASER	R\$	3.380,00
CISMED-03	MEMBRANECTOMIA	R\$	339,30
CISMED-04	TROCA FLUIDO GASOSA	R\$	204,10
CISMED-05	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA POSTERIOR DO OLHO	R\$	340,60
04.05.03.020-7	DRENAGEM DE HEMORRAGIA DE CORÓIDE	R\$	353,60
04.05.04.001-6	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE LAGOFTALMO	R\$	267,77
04.05.04.006-7	ENUCLEAÇÃO DO GLOBO OCULAR	R\$	325,00
04.05.04.007-5	EVISCERAÇÃO DE GLOBO OCULAR	R\$	461,50
04.05.04.018-0	TRANSPLANTE DE PERIÓSTEO EM ESCLEROMALÁCIA	R\$	1.315,60
04.05.04.020-2	TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL	R\$	486,75
04.05.05.001-1	CAPSULECTOMIA POSTERIOR CIRÚRGICA	R\$	312,00
04.05.05.004-6	CICLOCRIOCOAGULAÇÃO/DIATERMIA (= ENDODIATERMIA)	R\$	481,00
04.05.05.005-4	CICLODIÁLISE	R\$	356,20
04.05.05.013-5	IMPLANTE DE PRÓTESE ANTI-GLAUCOMATOSA*	R\$	691,60
04.05.05.021-6	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL	R\$	191,10
04.05.05.022-4	RECONSTITUIÇÃO DE FÓRNIX CONJUNTIVAL	R\$	461,50
04.05.05.032-1	TRABECULECTOMIA (cirurgia fistulizante antiglaucomatosa)	R\$	895,32
04.05.05.035-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE GLAUCOMA CONGÊNITO	R\$	956,80
04.05.05.039-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEISCÊNCIA DE SUTURA DE Córnea	R\$	244,40

Grupo 07 - ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS**Subgrupo 02 - ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS****Forma de Organização 07- OPM EM CIRURGAS OPTÁLICAS**

Código	Descrição	Valor do Procedimento	
07.02.07.004-1 Não exige habilitação	ESFERA DE MULLER (PROCED. ESPECIAL)	R\$ 78,00	R\$ 78,00 AIH (PE) APAC (PS)
07.02.07.005-0 Não exige habilitação	TUBO DE DRENAGEM PARA GLAUCOMA (PROCED. ESPECIAL)	R\$ 1.040,00	R\$ 1.040,00 AIH (PE)
04.15.01.001-2	TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MÚLTIPLAS (São atos cirúrgicos sem vínculo de continuidade, interdependência ou complementaridade, realizado em conjunto pela mesma equipe ou equipes distintas, aplicados a órgão único ou diferentes órgãos localizados em região anatômica única ou regiões diversas, bilaterais ou não, devidos a diferentes doenças, executados através de única ou várias vias de acesso e praticados sob o mesmo ato anestésico. A complexidade deste procedimento, depende das cirurgias que forem realizadas). 1ª Cirurgia 100 % do valor do procedimento; 2ª Cirurgia 75 % do valor do procedimento; 3ª Cirurgia 75 % do valor do procedimento; 4ª Cirurgia 60 % do valor do procedimento; 5ª Cirurgia 50 % do valor do procedimento. Os serviços profissionais médicos SPM recebem remuneração de 100 % de valores em todos os registros, em conformidade com o Manual do SIH do Ministério da Saúde.		

Tabela 7

Pacotes de Cirurgias de Catarata e Correlatos - SH - Hospital Dia

Subgrupo: 180 CLÍNICA CIRÚRGICA SH SUS MÉDIA COMPLEXIDADE		
Código	Descrição	Valor do Procedimento

04.05.04.010-5	Explane de lente intra- ocular LIO	R\$	772,20
04.05.04.021-0	Reposicionamento de lente intra-ocular	R\$	352,30
04.05.05.009-7	Facectomia c/ implante de lente intra-ocular	R\$	904,20
Procedimento hospitalar para remoção de catarata e implante de lente intra-ocular, incluindo fornecimento dos colírios pós-operatórios			
04.05.05.010-0	Facectomia s/ implante de lente intra-ocular	R\$	707,20
04.05.05.011-9	Facoemulsificação c/ implante de lente intra-ocular rígida	R\$	904,20
Procedimento hospitalar para remoção de catarata e implante de lente intra-ocular rígida, incluindo fornecimento dos colírios pós-operatórios			
04.05.05.014-3	Implante intraestromal	R\$	1.300,00
04.05.05.015-1	Implante secundário de lente intra-ocular LIO	R\$	1.122,00
Procedimento hospitalar para implante de lente intra-ocular em câmara anterior, como segunda intervenção após facectomia sem implante de LIO (realizado em dia diferente, incluindo fornecimento dos colírios pós-operatórios)			
Grupo 04 - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS			
Subgrupo 05 - CIRURGIA DO APARELHO DA VISÃO			
Forma de Organização 05 - CONJUNTIVA, CÔRNEA, CÂMARA ANTERIOR, ÍRIS, CORPO CILIAR E CRISTALINO			
Código	Descrição	Valor do Procedimento	
04.05.05.037-2	FACOEMULSIFICACAO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL	R\$	904,20
04.05.05.038-0	CIRURGIA DE CATARATA CONGÊNITA	R\$	676,00

Tabela 8

Pacote de Cirurgia de Catarata e Correlatos - SA - Hospital Dia

Grupo 04 - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS			
Subgrupo 05 - CIRURGIA DO APARELHO DA VISÃO			
Forma de Organização 05 - CONJUNTIVA, CÔRNEA, CÂMARA ANTERIOR, ÍRIS, CORPO CILIAR E CRISTALINO			
Código	Descrição	Valor do Procedimento	
04.05.05.028-3	SUBSTITUIÇÃO DE LENTE INTRA-OCULAR	R\$	824,20

Tabela 9

Constituição do Pacote Básico da Consulta Otorrinolaringológica

Grupo 03 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS			
Subgrupo 01 - CONSULTAS/ATENDIMENTOS/ACOMPANHAMENTOS EM ESPECIALIDADES			
Forma de Organização 01 - CONSULTAS MÉDICAS/OUTROS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR			
Código	Descrição	Valor do Procedimento	
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (otorrinolaringologia)*	R\$	44,00

Tabela 10

Procedimentos Cirúrgicos em Otorrinolaringologia-SA-Hospital Dia

Grupo 02- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA			
Subgrupo 01 - COLETA DE MATERIAL			
Forma de Organização 01 - COLETA DE MATERIAL POR MEIO DE PUNÇÃO/BÍOPIA			
Código	Descrição	Valor do Procedimento	
02.01.01.008-9	BIÓPSIA DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO	R\$	28,94
02.01.01.019-4	BIÓPSIA DE FARINGE (BPA individualizado)	R\$	28,94
02.01.01.036-4	BIÓPSIA DE PAVILHAO AURICULAR	R\$	22,05
02.01.01.039-9	BIÓPSIA DE PIRAMIDE NASAL	R\$	28,94
02.01.01.044-5	BIÓPSIA DE SEIO PARANASAL	R\$	28,94
02.01.01.052-6	BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA	R\$	31,89
Grupo 04 - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS			
Subgrupo 04 - CIRURGIAS DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES, DA CABEÇA E DO PESCOÇO			
Forma de Organização 01 - CIRURGIAS DE OUVIDO, NARIZ E GARGANTA			
Código	Descrição	Valor do Procedimento	
04.04.01.007-5	DRENAGEM DE FURÚNCULO NO CONDUTO AUDITIVO EXTERNO	R\$	26,26

04.04.01.015-6	INFILTRAÇÃO MEDICAMENTOSA EM CORNETO INFERIOR	R\$	17,91
04.04.01.024-5	MIRINGOTOMIA	R\$	17,91
04.04.01.025-3	PARACENTESE DO TÍMPANO	R\$	22,05
04.04.01.026-1	PUNÇÃO TRANSMÉATICA DO SEIO MAXILAR (UNILATERAL)	R\$	17,91
04.04.01.027-0	REMOÇÃO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO UNILATERAL/BILATERAL	R\$	6,00
04.04.01.029-6	RESSECAÇÃO DE SINÉQUIAS	R\$	57,88
04.04.01.031-8	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO, FARINGE, LARINGE, NARIZ	R\$	37,21
04.04.01.034-2	TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR E/OU POSTERIOR	R\$	26,26
04.04.01.036-9	TIMPANOTOMIA PARA TUBO DE VENTILAÇÃO	R\$	430,24
04.04.01.039-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PERICONDRITE DE PAVILHÃO	R\$	57,88
04.04.01.044-0	ANTROSTOMIA MAXILAR INTRA-NASAL	R\$	68,90

Grupo 04 - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS**Subgrupo 04 - CIRURGIAS DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES, DA CABEÇA E DO PESCOÇO****Forma de Organização 02 - CIRURGIA DA FACE E DO SISTEMA ESTOMATOGNOMÁTICO**

Código	Descrição	Valor do Procedimento
04.04.02.005-4	DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS	R\$ 22,05
04.04.02.010-0	EXCISÃO EM CUNHA DE LÁBIO (BPA individualizado)	R\$ 55,12

Tabela 11

Procedimentos Diagnósticos em Otorrinolaringologia**Grupo 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA****Subgrupo 09 - DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA****Forma de Organização 04 - APARELHO RESPIRATÓRIO**

Código	Descrição	Valor do Procedimento
02.09.04.002-5	LARINGOSCOPIA	R\$ 50,88
02.09.04.004-1	VIDEOLARINGOSCOPIA (FIBRONASOLARINGOSCOPIA) - com uso de equipamento	R\$ 48,23

Tabela 12

Procedimentos Cirúrgicos da Otorrinolaringologia - SH - Hospital Dia

Subgrupo: 180 CLÍNICA CIRÚRGICA SH SUS MÉDIA COMPLEXIDADE		
Código	Descrição	Valor do Procedimento
02.01.01.026-7	BIÓPSIA DE LESÃO DE PARTES MOLES (por agulha / céu aberto) - EXCLUSIVO PARA CASOS EM LARINGE REALIZADOS EM AMBIENTE HOSPITALAR (BLOCO CIRÚRGICO) SOB ANESTESIA GERAL	R\$ 560,50
03.08.04.001-5	TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS OU CLÍNICOS	R\$ 290,40
04.01.02.015-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO SINUS PRE-AURICULAR	R\$ 555,10
04.04.01.001-6	ADENOIDECTOMIA	R\$ 763,00
04.04.01.002-4	AMIGDALECTOMIA	R\$ 503,00
04.04.01.003-2	AMIGDALECTOMIA COM ADENOIDECTOMIA	R\$ 990,50
04.04.01.004-0	ANTROTOMIA DA MASTÓIDE (DRENAGEM DE OTITE NO LACTENTE)	R\$ 406,10
04.04.01.005-9	DRENAGEM DE ABSCESSO FARÍNGEO	R\$ 356,70
04.04.01.006-7	DRENAGEM DE ABSCESSO PERIAMIGDALIANO	R\$ 356,70
04.04.01.008-3	DRENAGEM DO SACO ENDO-LINFÁTICO (SHUNT) COM AUDIÇÃO VIA TRANSMASTÓIDEA (idade mínima de 12 anos)	R\$ 1.118,50
04.04.01.010-5	ESTAPEDECTOMIA	R\$ 1.529,00
04.04.01.011-3	EXÉRESE DE PAILOMA EM LARINGE	R\$ 612,55
04.04.01.012-1	EXÉRESE DE TUMOR DE VIAS AÉREAS SUPERIORES, FACE E PESCOÇO	R\$ 504,90
04.04.01.013-0	EXTIRPAÇÃO DO TUMOR DO CAVUM E FARINGE	R\$ 345,00
04.04.01.016-4	LABIRINTECTOMIA MEMBRANOSA/ÓSSEA COM OU SEM AUDIÇÃO	R\$ 1.125,00
04.04.01.021-0	MASTOIDECTOMIA RADICAL	R\$ 1.263,60
04.04.01.022-9	MASTOIDECTOMIA SUBTOTAL	R\$ 1.094,10
04.04.01.023-7	MICROCIRURGIA OTOLOGICA	R\$ 563,40
04.04.01.028-8	RESSECÇÃO DO GLOMO TÍMPÂNICO	R\$ 1.176,80
04.04.01.031-8	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO/ FARINGE/LARINGE/NARIZ	R\$ 345,00

04.04.01.032-6	SINUSOTOMIA BILATERAL	R\$	599,80
04.04.01.033-4	SINUSOTOMIA ESFENOIDAL	R\$	614,10
04.04.01.035-0	TIMPANOPLASTIA (UNI/BILATERAL)	R\$	1.271,48
04.04.01.037-7	TRAQUEOSTOMIA	R\$	770,10
04.04.01.038-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ESTENOSE DO CONDUTO AUDITIVO	R\$	807,80
04.04.01.040-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RINITE CRÔNICA (OZENA)	R\$	464,60
04.04.01.041-5	TURBINECTOMIA (idade mínima de 12 anos)	R\$	568,60
CISMED-06	ELETROCOAGULAÇÃO DE MUCOSA DE CORNETOS NASAIS EM PACIENTES COM IDADE ABAIXO DE 12 ANOS EM CIRURGIAS DE A + A	R\$	150,00
04.04.01.048-2	SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	R\$	610,90
04.04.01.049-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE IMPERFURAÇÃO COANAL (UNILATERAL/BILATERAL)	R\$	438,60
04.04.01.050-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PERFURAÇÃO DO SEPTO NASAL	R\$	438,60
04.04.01.051-2	SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR	R\$	647,90
04.04.01.052-0	SEPTOPLASTIA REPARADORA NÃO ESTÉTICA	R\$	319,00
04.04.01.053-9	RESSECÇÃO DE TUMOR DO ACÚSTICO (PELA FOSSA MÉDIA)	R\$	800,00
04.04.01.055-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RINOFIMA	R\$	475,00
04.04.02.001-1	ALONGAMENTO DE COLUMELA	R\$	293,00
04.04.02.003-8	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORO-NASAL/ORO-SINUSAL	R\$	592,00
04.04.02.004-6	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA SALIVAR COM RETALHO	R\$	280,00
04.04.02.027-5	RESSECÇÃO DE LESÃO MALIGNA E BENIGNA DA REGIÃO CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL (idade mínima 10 anos)	R\$	1.580,00
04.04.02.032-1	RINOPLASTIA PARA DEFEITOS PÓS-TRAUMÁTICOS	R\$	644,00
04.04.02.034-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ATRESIA NARINÁRIA	R\$	410,00
04.04.02.035-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA E CISTOS ORO-MAXILARES	R\$	540,00
04.04.02.077-1	RESSECÇÃO DE LESÃO DA BOCA	R\$	488,00
04.04.03.008-4	ALVEOLOPLASTIA COM ENXERTO ÓSSEO EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIOFACIAL	R\$	1.414,90
04.13.04.023-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO NÃO ESTÉTICO DA ORELHA	R\$	549,10
04.15.01.001-2	TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MÚLTIPLAS (São atos cirúrgicos sem vínculo de continuidade, interdependência ou complementaridade, realizado em conjunto pela mesma equipe ou equipes distintas, aplicados a órgão único ou diferentes órgãos localizados em região anatômica única ou regiões diversas, bilaterais ou não, devidos a diferentes doenças, executados através de única ou várias vias de acesso e realizados sob o mesmo ato anestésico. A complementaridade deste procedimento, depende das cirurgias que forem realizadas) 1ª Cirurgia 100 % do valor do procedimento; 2ª Cirurgia 75 % do valor do procedimento; 3ª Cirurgia 75 % do valor do procedimento; 4ª Cirurgia 60 % do valor do procedimento; 5ª Cirurgia 50 % do valor do procedimento. Os serviços profissionais médicos SPM recebem remuneração de 100 % de valores em todos os registros, em conformidade com o Manual do SIH do Ministério da Saúde		

Tabela 13

Procedimentos Complementares para Avaliação do Risco Cirúrgico

Grupo 02- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA		
Subgrupo 11 -MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADES		
Forma de Organização 02 - DIAGNÓSTICO EM CARDIOLOGIA		
Código	Descrição	Valor do Procedimento
02.11.02.003-6	ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 5,15

Tabela 14

Constituição do Pacote de Consulta Médica para Avaliação

Pré-Operatória de Risco Cirúrgico

Grupo 03- PROCEDIMENTOS CLÍNICOS		
Subgrupo 01 -CONSULTAS/ATENDIMENTOS/ACOMPANHAMENTOS EM ESPECIALIDADES		
Forma de Organização 01 - CONSULTAS MÉDICAS/OUTROS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR		
Código	Descrição	Valor do Procedimento
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (consulta médica para avaliação pré-cirúrgica e emissão de laudo de risco cirúrgico)	R\$ 38,38

Tabela 15

Procedimentos Diagnósticos em Ultrassonografia

Grupo 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA		
Subgrupo 05 - DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRRAFIA		
Forma de Organização 01 - ULTRASSONOGRRAFIA DO SISTEMA CIRCULATÓRIO		
Código	Descrição	Valor do Procedimento
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 03 VASOS) = DUPLEX SCAN DE MEMBRO INFERIOR, MEMBRO SUPERIOR, DE CARÓTIDAS E ARTÉRIAS VERTEBRAIS.	R\$ 83,90
02.05.01.005-9	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO	R\$ 48,97

Grupo 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA**Subgrupo 05 - DIAGNÓSTICO POR ULTRA-SONOGRAFIA****Forma de Organização 02 - ULTRASSONOGRAMA DOS DEMAIS SISTEMAS**

Código	Descrição	Valor do Procedimento
02.05.02.003-8	ULTRASSONOGRAMA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)	R\$ 37,40
02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRAMA DE ABDÔMEN TOTAL	R\$ 48,95
02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRAMA DE APARELHO URINÁRIO	R\$ 37,40
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAMA DE ARTICULAÇÃO (UMA ARTICULAÇÃO / UNILATERAL)	R\$ 39,99
02.05.02.007-0	ULTRASSONOGRAMA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL)	R\$ 37,40
02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRAMA MAMÁRIA BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 55,56
02.05.02.010-0	ULTRASSONOGRAMA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL) (PÉLVICA MASCULINA)	R\$ 38,88
02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRAMA DE TIREÓIDE	R\$ 37,40
02.05.02.013-5	ULTRASSONOGRAMA DE TÓRAX (EXTRA CARDÍACA)	R\$ 37,40
02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRAMA OBSTÉTRICA (VIA ABDOMINAL OU VIA TRANSVAGINAL)	R\$ 37,40
02.05.02.015-1	ULTRASSONOGRAMA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R\$ 74,80
02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRAMA PÉLVICA (GINECOLÓGICA) (PÉLVICA FEMININA)	R\$ 37,40
02.05.02.017-8	ULTRASSONOGRAMA TRANSFONTANELA	R\$ 37,40
02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRAMA TRANSVAGINAL (ENDOVAGINAL)	R\$ 37,40
CISMEP-07	ULTRASSONOGRAMA DE PAREDE ABDOMINAL	R\$ 37,40

Tabela 16

Constituição do Pacote Básico da Consulta Anestesiológica**Grupo 03- PROCEDIMENTOS CLÍNICOS****Subgrupo 01 -CONSULTAS/ATENDIMENTOS/ACOMPANHAMENTOS EM ESPECIALIDADES****Forma de Organização 01 - CONSULTAS MÉDICAS/OUTROS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR**

Código	Descrição	Valor do Procedimento
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (anestesiologia)	R\$ 38,38

Grupo 04 - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS**Subgrupo 17 - ANESTESIOLOGIA****Forma de Organização 01- ANESTESIAS**

Código	Descrição	Valor do Procedimento
04.17.01.004-4	ANESTESIA GERAL	R\$ 233,55
04.17.01.005-2	ANESTESIA REGIONAL	R\$ 209,08
04.17.01.006-0	SEDAÇÃO	R\$ 117,98

Tabela 17

Constituição do Pacote Básico da Consulta Gastroenterológica**Grupo 03- PROCEDIMENTOS CLÍNICOS****Subgrupo 01 -CONSULTAS/ATENDIMENTOS/ACOMPANHAMENTOS EM ESPECIALIDADES****Forma de Organização 01 - CONSULTAS MÉDICAS/OUTROS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR**

Código	Descrição	Valor do Procedimento
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (gastroenterologia)	R\$ 38,38

Tabela 18

Procedimentos Diagnósticos em Endoscopia do Aparelho Digestivo-SA e SH**Grupo 03- PROCEDIMENTOS CLÍNICOS****Subgrupo 01 -CONSULTAS/ATENDIMENTOS/ACOMPANHAMENTOS EM ESPECIALIDADES****Forma de Organização 01 - CONSULTAS MÉDICAS/OUTROS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR**

Código	Descrição	Valor do Procedimento
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (consulta de pré-endoscopia para menores de 15 anos)	R\$ 38,38
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (consulta de pré-colonosopia) -Consulta com especialista em gastroenterologia para orientações, fornecimento de TCLE e preparo pré colonoscopia	R\$ 38,38

Grupo 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA**Subgrupo 09 - DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA**

Forma de Organização 01 - APARELHO DIGESTIVO		
Código	Descrição	Valor do Procedimento
02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	R\$ 450,00
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	R\$ 158,30
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (SOB SEDAÇÃO)	R\$ 158,30
02.09.01.005-3	RETOSSIGMOÍDOSCOPIA	R\$ 84,80

Tabela 19

Procedimentos Clínicos em Endoscopia do Aparelho Digestivo Alto

Grupo 03 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS		
Subgrupo 03 - TRATAMENTOS CLÍNICOS (OUTRAS ESPECIALIDADES)		
Forma de Organização 07 - TRATAMENTO DE DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO		
Código	Descrição	Valor do Procedimento
03.03.07.001-3	DILATAÇÃO DE ESÔFAGO COM OGIVAS SOB VISÃO ENDOSCÓPICA (POR SESSÃO)	R\$ 520,00
03.03.07.004-8	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO ESÔFAGO	R\$ 84,80
03.03.07.005-6	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO ESTÔMAGO/DUODENO	R\$ 84,80

Tabela 20

Procedimentos Cirúrgico-terapêuticos em Endoscopia do Aparelho Digestivo Alto

Grupo 04 - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS		
Subgrupo 07 - CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, ÓRGÃOS ANEXOS E PAREDE ABDOMINAL		
Forma de Organização 01 - ESÔFAGO, ESTÔMAGO, DUODENO		
Código	Descrição	Valor do Procedimento
04.07.01.025-4	RETIRADA DE PÓLIPO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA	R\$ 42,40
Grupo 04 - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS		
Subgrupo 07 - CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, ÓRGÃOS ANEXOS E PAREDE ABDOMINAL		
Forma de Organização 01 - ESÔFAGO, ESTÔMAGO, DUODENO		
Código	Descrição	Valor do Procedimento
04.07.01.031-9	TRATAMENTO ESCLEROSANTE/LIGADURA ELÁSTICA DE LESÃO HEMORRÁGICA DO APARELHO DIGESTIVO ALTO	R\$ 584,25
04.07.01.032-7	TRATAMENTO ESCLEROSANTE DE LESÕES NÃO HEMORRÁGICAS DO APARELHO DIGESTIVO ALTO	R\$ 318,00

Tabela 21

Procedimentos Cirúrgico-terapêuticos em Endoscopia do Aparelho Digestivo Baixo

Grupo 04 - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS		
Subgrupo 07 - CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, ÓRGÃOS ANEXOS E PAREDE ABDOMINAL		
Forma de Organização 02 - INTESTINOS, RETO E ANUS		
Código	Descrição	Valor do Procedimento
04.07.02.039-0	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO / PÓLIPO (S) DO RETO / COLO SIGMÓIDE/ COLO DESCENDENTE	R\$ 53,00*

* Retirada de 1 (um) pólio ou de conjunto de pólipos - faturamento e apuração por sessão.

Tabela 22

Constituição do Pacote Básico da Consulta em Cirurgia Geral

Grupo 03- PROCEDIMENTOS CLÍNICOS		
Subgrupo 01 -CONSULTAS/ATENDIMENTOS/ACOMPANHAMENTOS EM ESPECIALIDADES		
Forma de Organização 01 - CONSULTAS MÉDICAS/OUTROS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR		
Código	Descrição	Valor do Procedimento
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (Cirurgia Geral)	R\$ 38,38

Tabela 23

Procedimentos Cirúrgicos da Cirurgia Geral - SA

Grupo 02 – PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA		
Subgrupo 01 – COLETA DE MATERIAL		
Forma de Organização 01 – COLETA DE MATERIAL POR MEIO DE PUNÇÃO/BÍOPIA		
Código	Descrição	Valor do Procedimento

02.01.01.002-0	BIÓPSIA/PUNÇÃO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE	R\$	99,38
02.01.01.022-4	BIÓPSIA DE GÂGLIO LINFÁTICO (Somente linfonodos superficiais)	R\$	99,38
02.01.01.037-2	BIÓPSIA DE PELE E PARTES MOLES	R\$	65,79

Grupo 04 – PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS**Subgrupo 01 – PEQUENAS CIRURGIAS E CIRURGIAS DA PELE, TECIDO SUBCUTÂNEO E MUCOSA****Forma de Organização 01 – PEQUENAS CIRURGIAS**

Código	Descrição	Valor do Procedimento
04.01.01.004-0	ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÃO CUTÂNEA até 05 lesões (BPA individualizado)	R\$ 71,52
04.01.01.005-8	EXCISÃO DE LESÃO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA (CANTOPLASTIA UNGUEAL)	R\$ 85,45
04.01.01.007-4	EXÉRESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS/CISTO SEBÁCEO/LIPOMA	R\$ 113,32
04.01.01.011-2	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO (cirurgia geral)	R\$ 85,45

Tabela 24
Procedimentos Cirúrgicos da Cirurgia Geral - SH

Grupo 04 - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS		
Subgrupo: 180 CLÍNICA CIRÚRGICA SIH SUS MÉDIA COMPLEXIDADE		
Código	Descrição	Valor do Procedimento
04.01.02.004-5	EXCISÃO E ENXERTO DE PELE (HEMANGIOMA, NEVUS OU TUMOR)	R\$ 169,05
04.01.02.008-8	EXÉRESE DE CISTO SACRO-COCCÍGEO	R\$ 363,68
04.01.02.010-0	EXTIRPAÇÃO E SUPRESSÃO DE LESÃO DE PELE E DE TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO	R\$ 127,25
04.07.02.009-8	COLORRAFIA POR VIA ABDOMINAL	R\$ 531,08
04.07.02.021-7	ESFINCTEROTOMIA INTERNA E TRATAMENTO DE FISSURA ANAL	R\$ 476,10
04.07.02.022-5	EXCISÃO DE LESÃO/TUMOR ANU-RETAL	R\$ 376,48
04.07.02.027-6	FISTULECTOMIA/FISTULOTOMIA ANAL	R\$ 476,10
04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA	R\$ 675,34
04.07.02.032-2	PLÁSTICA ANAL EXTERNA / ESFINCTEROPLASTIA ANAL	R\$ 476,10
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	R\$ 762,64
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	R\$ 1.034,32
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL) - inclui femoral	R\$ 1.020,36
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL/CRURAL (UNILATERAL) - inclui femoral	R\$ 811,99
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	R\$ 816,97
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	R\$ 709,92
04.07.04.024-2	RESSUTURA DE PAREDE ABDOMINAL (POR DEISCÊNCIA) - Apenas para cirurgias realizadas pelo profissional do CISMED	R\$ 719,87
04.15.01.001-2	TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MÚLTIPLAS (São atos cirúrgicos sem vínculo de continuidade, interdependência ou complementaridade, realizado em conjunto pela mesma equipe ou equipes distintas, aplicados a órgão único ou diferentes órgãos localizados em região anatômica única ou regiões diversas, bilaterais ou não, devidos a diferentes doenças, executados através de única ou várias vias de acesso e praticados sob o mesmo ato anestésico. A complexidade deste procedimento, depende das cirurgias que forem realizadas). 1ª Cirurgia 100 % do valor do procedimento; 2ª Cirurgia 75 % do valor do procedimento; 3ª Cirurgia 75 % do valor do procedimento; 4ª Cirurgia 60 % do valor do procedimento; 5ª Cirurgia 50 % do valor do procedimento. Os serviços profissionais médicos SPM recebem remuneração de 100 % de valores em todos os registros, em conformidade com o Manual do SIH do Ministério da Saúde.	

Tabela 25
Procedimentos de Mamografia

Grupo 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA		
Subgrupo 04 - DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA		
Forma de Organização 03 - EXAMES RADIOLÓGICOS DO TÓRAX E MEDIASTINO		
Código	Descrição	Valor do Procedimento
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIAÇÃO PERIODICA BILATERAL (BPA individualizado)	R\$ 45,00
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIAÇÃO PERIODICA UNILATERAL (BFA individualizado)	R\$ 22,50

02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO - MULHERES DE 35 A 49 ANOS (BPA individualizado)	R\$	45,00
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO - MULHERES DE 50 A 69 ANOS (BPA individualizado)	R\$	45,00
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO - MULHERES DE ACIMA DE 70 ANOS (BPA individualizado)	R\$	45,00

Tabela 26

Constituição do Pacote Básico da Consulta Angiológica / Cirurgia Vascular

Grupo 03- PROCEDIMENTOS CLÍNICOS		
Subgrupo 01 -CONSULTAS/ATENDIMENTOS/ACOMPANHAMENTOS EM ESPECIALIDADES		
Forma de Organização 01 - CONSULTAS MÉDICAS/OUTROS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR		
Código	Descrição	Valor do Procedimento
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (angiologia/cirurgia vascular)	R\$ 40,00

Tabela 27

Procedimentos Ambulatoriais de Cirurgia Vascular

Grupo 04- PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS		
Subgrupo 06 - CIRURGIA DO APARELHO CIRCULATÓRIO		
Forma de Organização 02 - CIRURGIA VASCULAR		
Código	Descrição	Valor do Procedimento
04.06.02.009-4	DISSECÇÃO DE VEIA/ARTÉRIA	R\$ 15,16
04.06.02.013-2	EXCISAO E SUTURA DE HEMANGIOMA	R\$ 98,53
04.06.02.014-0	EXCISAO E SUTURA DE LINFANGIOMA / NEVUS	R\$ 98,53
CISMED-08	ESCLEROTERAPIA COM APLICAÇÃO DE ESPUMA GUIADA POR ULTRASSOM (POR TRATAMENTO)	R\$ 401,00

Tabela 28

Procedimentos Hospitalares de Cirurgia Vascular - SH

Subgrupo: 180 CLÍNICA CIRÚRGICA SIH SUS MÉDIA COMPLEXIDADE		
Código	Descrição	Valor do Procedimento
04.06.02.056-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL)	R\$ 1.092,60
04.06.02.057-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	R\$ 727,85

Tabela 29

Constituição do Pacote Básico da Consulta Ortopédica

Grupo 03- PROCEDIMENTOS CLÍNICOS		
Subgrupo 01 -CONSULTAS/ATENDIMENTOS/ACOMPANHAMENTOS EM ESPECIALIDADES		
Forma de Organização 01 - CONSULTAS MÉDICAS/OUTROS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR		
Código	Descrição	Valor do Procedimento
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (ortopedia)	R\$ 38,38

Tabela 30

Procedimentos Cirúrgicos da Ortopedia- SA- Hospital Dia

Grupo 03 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS		
Subgrupo 03 - TRATAMENTOS CLÍNICOS (OUTRAS ESPECIALIDADES)		
Forma de Organização 09 - TRATAMENTO DE DOENÇAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO		
Código	Descrição	Valor do Procedimento
03.03.09.003-0	INFILTRAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS EM CAVIDADE SINOVAL (ARTICULAÇÃO, BAINHA TENDINOSA)	R\$ 52,00
Grupo 4 - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS		
Subgrupo 1 - PEQUENAS CIRURGIAS E CIRURGIAS DE PELE, TECIDO SUBCUTÂNEO E MUCOSA		
Forma de Organização 1 - PEQUENAS CIRURGIAS		
Código	Descrição	Valor do Procedimento
04.01.01.009-0	FULGURAÇÃO/CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE LESÕES CUTÂNEAS	R\$ 65,00
Grupo 04 - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS		

Subgrupo 08 - CIRURGIA DO SISTEMA ÓSTEOMUSCULAR

Forma de Organização 06 - GERAIS

Código	Descrição	Valor do Procedimento
04.08.06.022-0	RESSECÇÃO DE EXOSTOSE	R\$ 81,90
04.08.06.035-2	RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-ÓSSEO (INSERIDO EM CIRURGIA ANTERIOR REALIZADA PELO CISMED) - EM AMBIENTE AMBULATORIAL	R\$ 28,42
04.08.06.065-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE POLIDACTILIA NÃO ARTICULADA	R\$ 266,38
04.08.06.068-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RUTURA DO APARELHO EXTENSOR DO DEDO	R\$ 81,90

Tabela 31

Procedimentos Cirúrgicos da Ortopedia- SH- Hospital Dia

Grupo 04 - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS		
Subgrupo: 180 CLÍNICA CIRÚRGICA SIH SUS MÉDIA COMPLEXIDADE		
Código	Descrição	Valor do Procedimento
03.08.04.001-5	TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS OU CLÍNICOS	R\$ 270,40
04.03.02.007-7	NEURÓLISE NÃO FUNCIONAL DE NERVOS PERIFÉRICOS	R\$ 704,38
04.03.02.008-5	NEURORRAFIA	R\$ 1.024,91
04.03.02.010-7	TRANSPOSIÇÃO DO NERVO CUBITAL	R\$ 689,00
04.03.02.012-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SÍNDROME COMPRESSIVA EM TÚNEL OSTEO-FIBROSO AO NÍVEL DO CARPO	R\$ 885,50
04.08.01.001-0	ARTRODESE DE GRANDES ARTICULAÇÕES ESCAPULO-TORÁICAS	R\$ 801,15
04.08.01.002-9	ARTRODESE DE GRANDES ARTICULAÇÕES ESCAPULO-UMERAIS	R\$ 851,92
04.08.01.003-7	ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL (NÃO CONVENCIONAL)	R\$ 1.336,66
04.08.01.004-5	ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL PARCIAL	R\$ 1.384,54
04.08.01.005-3	ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL TOTAL	R\$ 1.336,66
04.08.01.006-1	ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL TOTAL - REVISÃO / RECONSTRUÇÃO	R\$ 1.349,44
04.08.01.007-0	DESARTICULAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL	R\$ 1.006,98
04.08.01.008-8	DESARTICULAÇÃO INTERESCAPULO-TORÁICA	R\$ 2.562,46
04.08.01.009-6	ESCAPULOPEXIA C/ OU S/ OSTEOTOMIA DA ESCAPULA / RESSECÇÃO BARRA OMO-CERVICAL	R\$ 3.612,35
04.08.01.010-0	OSTEOTOMIA DA CLAVÍCULA OU DA ESCAPULA	R\$ 670,70
04.08.01.011-8	OSTEOTOMIA DA CLAVÍCULA OU DA ESCAPULA	R\$ 641,69
04.08.01.012-6	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA E FRATURA-LUXAÇÃO AO NÍVEL DA CINTURA ESCAPULAR	R\$ 99,95
04.08.01.013-4	REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO OU FRATURA / LUXAÇÃO ESCAPULO-UMERAL	R\$ 374,70
04.08.01.014-2	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)	R\$ 667,61
04.08.01.015-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA	R\$ 854,85
04.08.01.016-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO COLO E CAVIDADE GLENOIDE DE ESCAPULA	R\$ 855,87
04.08.01.017-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO CORPO DE ESCAPULA	R\$ 680,36
04.08.01.018-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR	R\$ 852,35
04.08.01.019-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO ESCAPULO-UMERAL AGUDA	R\$ 680,36
04.08.01.020-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO ESTERNO-CLAVICULAR	R\$ 1.022,35
04.08.01.021-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO RECIDIVANTE / HABITUAL DE ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL	R\$ 855,87
04.08.01.022-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO DA PSEUDARTROSE DE CLAVÍCULA / ESCAPULA	R\$ 641,69
04.08.01.023-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DESCOMPRESSIVO SUB-ACROMIAL	R\$ 667,61
04.08.02.001-6	AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE MÃO E PUNHO	R\$ 436,34
04.08.02.002-4	AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE MEMBROS SUPERIORES	R\$ 811,42
04.08.02.003-2	ARTRODESE DE MÊDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 345,54
04.08.02.004-0	ARTROPLASTIA DE ARTICULAÇÃO DA MÃO (por ressecção)	R\$ 544,70
04.08.02.005-9	ARTROPLASTIA DE CABECA DO RÁDIO	R\$ 638,06
04.08.02.006-7	ARTROPLASTIA DE PUNHO	R\$ 556,28
04.08.02.007-5	ARTROPLASTIA TOTAL DE COTOVELO	R\$ 1.117,22
04.08.02.008-3	ARTROPLASTIA TOTAL DE COTOVELO (REVISÃO / RECONSTRUÇÃO)	R\$ 908,76
04.08.02.009-1	CUPULECTOMIA RADIAL / RESSECÇÃO DO OLECRANO	R\$ 698,67

04.08.02.010-5	FASCIOTOMIA DE MEMBROS SUPERIORES	R\$	452,62
04.08.02.011-3	INSTALACAO DE TRACAO ESQUELETICA DO MEMBRO SUPERIOR	R\$	33,86
04.08.02.013-0	RECONSTRUÇÃO CAPSULO-LIGAMENTAR DE COTOVELO/PUNHO	R\$	464,10
04.08.02.014-8	RECONSTRUÇÃO DE POLIA TENDINOSA DE MÃO	R\$	470,60
04.08.02.015-6	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA / LESAO FISARIA DE COTOVELO	R\$	343,95
04.08.02.016-4	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA / LESAO FISARIA DO EXTREMO PROXIMAL DO UMERO	R\$	284,45
04.08.02.017-2	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA / LESAO FISARIA NO PUNHO	R\$	242,08
04.08.02.018-0	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA / LUXACAO DE MONTEGGIA OU DE GALEAZZI	R\$	260,61
04.08.02.019-9	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DA DIAFISE DO UMERO	R\$	258,33
04.08.02.020-2	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRACO	R\$	260,61
04.08.02.021-0	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DOS METACARPIANOS	R\$	242,08
04.08.02.022-9	REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO DO COTOVELO	R\$	609,03
04.08.02.023-7	REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO E METACARPO-FALANGIANA / METATARSO-FALANGIANA / INTER-FALANGIANA	R\$	242,08
04.08.02.024-5	REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO OU FRATURA / LUXACAO NO PUNHO	R\$	242,08
04.08.02.025-3	REIMPLANTE DO OMBRO ATE O TERCO MEDIO DO ANTEBRACO	R\$	5.555,58
04.08.02.026-1	REIMPLANTE DO TERCO DISTAL DO ANTEBRACO ATE OS METACARPIANOS	R\$	5.555,58
04.08.02.027-0	REIMPLANTE OU REVASCULARIZACAO AO NIVEL DA MAO E OUTROS DEDOS (EXCETO POLEGAR)	R\$	810,02
04.08.02.028-8	REIMPLANTE OU REVASCULARIZACAO DO POLEGAR	R\$	1.103,68
04.08.02.029-6	REVISAO CIRURGICA DE COTO DE AMPUTACAO DO MEMBRO SUPERIOR (EXCETO MAO)	R\$	388,13
04.08.02.030-0	TENOSINOECTOMIA EM MEMBRO SUPERIOR	R\$	418,60
04.08.02.031-8	TRANSPOSICAO DA ULNA PARA O RADIO	R\$	827,02
04.08.02.032-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO	R\$	636,76
04.08.02.033-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO UMERO	R\$	1.217,08
04.08.02.034-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DAS FALANGES DA MÃO (COM FIXAÇÃO)	R\$	640,55
04.08.02.035-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DE EPICONDILIO/ EPITROClea DO UMERO	R\$	832,73
04.08.02.036-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DO CONDILO/ TROCANTER DO UMERO/ APOFISE CORONARIA DA ULNA/ CABEÇA DO RADIO	R\$	1.024,90
04.08.02.037-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DOS METACARPIANOS	R\$	832,73
04.08.02.038-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA SUPRA-CONDILIANA DO UMERO	R\$	1.024,90
04.08.02.039-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMERO	R\$	1.024,90
04.08.02.040-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE EXTREMIDADE/ METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	R\$	832,73
04.08.02.041-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE EXTREMIDADE/ METAFISE PROXIMAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	R\$	928,81
04.08.02.042-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE AMBOS OS OSSOS ANTEBRAÇOS (COM SÍNTESE)	R\$	1.024,90
04.08.02.043-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA ÚNICA DO RÁDIO/ DA ULNA	R\$	832,73
04.08.02.044-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESAO FISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRACO	R\$	453,77
04.08.02.045-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA- LUXAÇÃO DE GALEAZZE/ MONTEGGIA/ ESSEX-LOPRESTI	R\$	928,81
04.08.02.046-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO	R\$	1.024,90
04.08.02.047-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE GIGANTISMO DA MAO	R\$	495,87
04.08.02.048-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO AGUDA CAPSULO-LIGAMENTAR DO MEMBRO SUPERIOR COTOVELO/ PUNHO	R\$	736,63
04.08.02.049-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO DA MUSCULATURA INTRÍNSECA DA MÃO PARA SUA LIBERAÇÃO	R\$	392,60
04.08.02.050-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESAO EVOLUTIVA FISARIA NO MEMBRO SUPERIOR	R\$	590,61
04.08.02.051-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO/ FRATURA- LUXAÇÃO CARPO- METACARPIANO	R\$	736,63
04.08.02.052-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO/ FRATURA- LUXAÇÃO DOS OSSOS DO CARPO	R\$	1.024,90

04.08.02.053-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO/ FRATURA- LUXAÇÃO METACARPO-FALANGIANA	R\$	832,73
04.08.02.054-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO OU FRATURA- LUXAÇÃO DO COTOVELO	R\$	1.217,08
04.08.02.055-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDOARTROSE/RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO/PERDA ÓSSEA DA MÃO	R\$	470,60
04.08.02.056-3	TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDACAO / PERDA OSSEA DO ANTEBRACO	R\$	1.064,06
04.08.02.057-1	TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDACAO / PERDA OSSEA DO UMERO	R\$	851,72
04.08.02.058-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE AO NIVEL DO COTOVELO	R\$	1.002,44
04.08.02.059-8	TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE NA REGIAO METAFISO-EPIFISARIA DISTAL DO RADIO E ULNA	R\$	517,58
04.08.02.060-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDO RETARDO/CONSOLIDAÇÃO/PERDA ÓSSEA AO NÍVEL DO CARPO	R\$	431,60
04.08.02.061-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA/DESINSERÇÃO/ARRANCAMENTO CAPSULO-TENO-LIGAMENTAR NA MÃO	R\$	736,63
04.08.02.062-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SINDACTILIA DA MÃO (POR ESPAÇO INTERDIGITAL)	R\$	470,60
04.08.02.063-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE SINOSTOSE RADIO ULNAR	R\$	839,46
04.08.02.064-4	TRATAMENTO CIRURGICO P/ CENTRALIZACAO DO PUNHO	R\$	556,28
04.08.03.001-1	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO TORACICA POSTERIOR CINCO NIVEIS - INCLUI INSTRUMENTACAO	R\$	6.279,23
04.08.03.002-0	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO-TORACICA POSTERIOR UM NIVEL - INCLUI INSTRUMENTACAO	R\$	3.557,56
04.08.03.003-8	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO-TORACICA POSTERIOR DOIS NIVEIS - INCLUI INSTRUMENTACAO	R\$	2.941,31
04.08.03.004-6	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO-TORACICA POSTERIOR SEIS NIVEIS - INCLUI INSTRUMENTACAO	R\$	3.611,74
04.08.03.005-4	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO-TORACICA POSTERIOR TRES NIVEIS - INCLUI INSTRUMENTACAO	R\$	6.279,23
04.08.03.006-2	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR TRES NIVEIS	R\$	4.678,83
04.08.03.007-0	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR DOIS NIVEIS	R\$	3.189,62
04.08.03.008-9	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR C1-C2 VIA TRANS-ORAL / EXTRA-ORAL	R\$	3.880,50
04.08.03.009-7	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR CINCO NIVEIS	R\$	6.279,23
04.08.03.010-0	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR QUATRO NIVEIS	R\$	6.279,23
04.08.03.011-9	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR UM NIVEL	R\$	3.189,62
04.08.03.012-7	ARTRODESE CERVICAL POSTERIOR C1-C2	R\$	2.941,65
04.08.03.013-5	ARTRODESE INTERSOMATICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL UM NIVEL	R\$	4.251,17
04.08.03.014-3	ARTRODESE INTERSOMATICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL DOIS NIVEIS	R\$	4.890,05
04.08.03.015-1	ARTRODESE INTERSOMATICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL QUATRO NIVEIS	R\$	4.890,05
04.08.03.016-0	ARTRODESE INTERSOMATICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL TRES NIVEIS	R\$	4.890,05
04.08.03.017-8	ARTRODESE OCCIPTO-CERVICAL (C2) POSTERIOR	R\$	3.507,90
04.08.03.018-6	ARTRODESE OCCIPTO-CERVICAL (C3)POSTERIOR	R\$	3.507,90
04.08.03.019-4	ARTRODESE OCCIPTO-CERVICAL (C4)POSTERIOR	R\$	3.507,90
04.08.03.020-8	ARTRODESE OCCIPTO-CERVICAL (C5) POSTERIOR	R\$	3.507,90
04.08.03.021-6	ARTRODESE OCCIPTO-CERVICAL (C6)POSTERIOR	R\$	3.507,90
04.08.03.022-4	ARTRODESE OCCIPTO-CERVICAL (C7) POSTERIOR	R\$	3.507,90
04.08.03.023-2	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA ANTERIOR UM NIVEL - INCLUI INSTRUMENTACAO	R\$	3.887,79
04.08.03.024-0	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA ANTERIOR (DOIS NIVEIS - INCLUI INSTRUMENTCAO)	R\$	3.883,23
04.08.03.025-9	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA ANTERIOR, TRES NIVEIS, INCLUI INSTRUMENTACAO	R\$	6.279,23
04.08.03.026-7	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR (UM NIVEL - INCLUI INSTRUMENTACAO)	R\$	3.887,97
04.08.03.027-5	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR (TRES NIVEIS - INCLUI INSTRUMENTACAO)	R\$	6.279,23
04.08.03.028-3	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR CINCO NIVEIS, INCLUI INSTRUMENTACAO	R\$	6.279,23
04.08.03.029-1	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR, DOIS NIVEIS, INCLUI INSTRUMENTACAO	R\$	6.279,23
04.08.03.030-5	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR, QUATRO NIVEIS, INCLUI INSTRUMENTACAO	R\$	6.279,23
04.08.03.031-3	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR, SEIS NIVEIS, INCLUI INSTRUMENTACAO	R\$	6.279,23
04.08.03.032-1	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR, SETE NIVEIS, INCLUI INSTRUMENTACAO	R\$	6.279,23
04.08.03.033-0	COSTO-TRANSVERSECTOMIA	R\$	2.645,21

04.08.03.034-8	COSTOPLASTIA (3 OU MAIS COSTELAS)	R\$	1.111,94
04.08.03.035-6	DESCOMPRESSÃO DA JUNCÃO CRANIO-CERVICAL VIA TRANSORAL / RETROFARINGEA	R\$	4.025,06
04.08.03.036-4	DESCOMPRESSÃO OSSEA NA JUNCÃO CRANIO-CERVICAL VIA POSTERIOR	R\$	2.856,95
04.08.03.037-2	DESCOMPRESSÃO OSSEA NA JUNCÃO CRANIO-CERVICAL VIA POSTERIOR C/ AMPLIAÇÃO DURAL	R\$	3.260,18
04.08.03.038-0	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (1 NÍVEL C/ MICROSCOPIO)	R\$	3.883,23
04.08.03.039-9	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (UM NÍVEL)	R\$	1.726,21
04.08.03.040-2	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (DOIS NÍVEIS)	R\$	2.269,71
04.08.03.041-0	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (DOIS OU MAIS NÍVEIS C/ MICROSCOPIO)	R\$	4.031,42
04.08.03.042-9	DISCECTOMIA CERVICAL ANTERIOR (ATE 2 NÍVEIS C/ MICROSCOPIO)	R\$	3.883,23
04.08.03.043-7	DISCECTOMIA CERVICAL POR VIA ANTERIOR (1 NÍVEL)	R\$	3.031,60
04.08.03.044-5	DISCECTOMIA CERVICAL POR VIA ANTERIOR (2 OU MAIS NÍVEIS)	R\$	3.897,34
04.08.03.045-3	DISCECTOMIA TORACO-LOMBO-SACRA POR VIA ANTERIOR (C/ 2 OU MAIS NÍVEIS)	R\$	3.851,63
04.08.03.046-1	DISCECTOMIA TORACO-LOMBO-SACRA POR VIA ANTERIOR (1 NÍVEL)	R\$	3.851,63
04.08.03.047-0	DRENAGEM CIRURGICA DO PSOAS	R\$	674,45
04.08.03.048-8	INSTALAÇÃO DE TRACAO CRANIANA	R\$	79,01
04.08.03.050-0	RESSECCAO DE 2 OU MAIS CORPOS VERTEBRAIS CERVICAIS (INCLUI RECONSTRUÇÃO)	R\$	4.409,10
04.08.03.051-8	RESSECCAO DE 2 OU MAIS CORPOS VERTEBRAIS TORACO-LOMBO-SACROS (INCLUI RECONSTRUÇÃO)	R\$	4.409,10
04.08.03.052-6	RESSECCAO DE COCCIX	R\$	442,42
04.08.03.053-4	RESSECCAO DE ELEMENTO VERTEBRAL POSTERIOR / POSTERO-LATERAL / DISTAL A C2 (MAIS DE 2 SEGMENTOS)	R\$	2.661,08
04.08.03.054-2	RESSECCAO DE ELEMENTO VERTEBRAL POSTERIOR / POSTERO-LATERAL DISTAL A C2 (ATE 2 SEGMENTOS)	R\$	2.446,12
04.08.03.055-0	RESSECCAO DE UM CORPO VERTEBRAL CERVICAL	R\$	3.886,04
04.08.03.056-9	RESSECCAO DE UM CORPO VERTEBRAL TORACO-LOMBO-SACRO (INCLUI RECONSTRUÇÃO)	R\$	3.886,04
04.08.03.057-7	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA COLUNA CERVICAL POR VIA ANTERIOR	R\$	3.684,88
04.08.03.058-5	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA COLUNA CERVICAL POR VIA POSTERIOR	R\$	2.178,19
04.08.03.059-3	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA COLUNA TORACO-LOMBO-SACRA POR VIA ANTERIOR	R\$	3.684,88
04.08.03.060-7	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA COLUNA TORACO-LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR	R\$	4.251,53
04.08.03.061-5	REVISAO DE ARTRODESE / TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE DA COLUNA TORACO-LOMBO-SACRA ANTERIOR	R\$	4.352,39
04.08.03.062-3	REVISAO DE ARTRODESE / TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE DA COLUNA CERVICAL POSTERIOR	R\$	3.643,88
04.08.03.063-1	REVISAO DE ARTRODESE / TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE DA COLUNA TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR	R\$	3.639,07
04.08.03.064-0	REVISAO DE ARTRODESE TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE DA COLUNA CERVICAL ANTERIOR	R\$	3.189,62
04.08.03.065-8	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERO-POSTERIOR NOVE OU MAIS NÍVEIS	R\$	6.701,53
04.08.03.066-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERIOR OITO NÍVEIS	R\$	5.958,76
04.08.03.067-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERIOR QUATRO NÍVEIS	R\$	3.883,23
04.08.03.068-2	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERIOR CINCO NÍVEIS	R\$	4.528,98
04.08.03.069-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERIOR POSTERIOR NOVE NÍVEIS	R\$	4.528,98
04.08.03.070-4	VERTEBROPLASTIA POR DISPOSITIVO GUIADO EM UM NÍVEL	R\$	2.224,65
04.08.03.071-2	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERIOR SEIS NÍVEIS	R\$	6.277,13
04.08.03.072-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERIOR SETE NÍVEIS	R\$	4.528,98
04.08.03.073-9	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR OITO NÍVEIS	R\$	4.682,01
04.08.03.074-7	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA NÍVEL C1 - C2 POR VIA ANTERIOR (OSTEOSSINTESE)	R\$	3.883,23
04.08.03.075-5	TRATAMENTO CIRURGICO DE TORCICOLO CONGENITO	R\$	593,59
04.08.03.076-3	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR NOVE NÍVEIS	R\$	5.961,02
04.08.03.077-1	TRATAMENTO CIRURGICO DESCOMPRESSIVO AO NÍVEL DO DESFILADEIRO TORACICO	R\$	732,66
04.08.03.078-0	VERTEBROPLASTIA POR DISPOSITIVO GUIADO DOIS NÍVEIS	R\$	2.497,79
04.08.03.079-8	VERTEBROPLASTIA POR DISPOSITIVO GUIADO TRES NÍVEIS	R\$	2.224,65
04.08.03.080-1	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR DOZE NÍVEIS OU MAIS	R\$	5.961,02

04.08.03.081-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR DEZ NIVEIS	R\$	5.961,02
04.08.03.082-8	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR ONZE NIVEIS	R\$	5.961,02
04.08.03.083-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERIOR DOIS NIVEIS	R\$	5.961,02
04.08.03.084-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERIOR TRES NIVEIS	R\$	5.961,02
04.08.03.085-2	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR CINCO NIVEIS	R\$	5.961,02
04.08.03.086-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR SEIS NIVEIS	R\$	5.659,01
04.08.03.087-9	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR TRES NIVEIS	R\$	5.961,02
04.08.03.088-7	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR QUATRO NIVEIS	R\$	5.961,02
04.08.03.089-5	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR DOIS NIVEIS	R\$	5.915,87
04.08.03.090-9	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR SETE NIVEIS	R\$	5.915,87
04.08.03.091-7	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO TORACICA POSTERIOR QUATRO NIVEIS INCLUI INSTRUMENTACAO	R\$	6.279,23
04.08.04.001-7	ARTRODESE DE GRANDES ARTICULACOES COXO-FEMURAIS	R\$	3.691,38
04.08.04.002-5	ARTRODESE DE GRANDES ARTICULACOES DA SINFISE PUBICA	R\$	1.771,90
04.08.04.003-3	ARTRODESE DE GRANDES ARTICULACOES SACRO-ILIACAS	R\$	1.771,90
04.08.04.004-1	ARTROPLASTIA DE QUADRIL (NAO CONVENCIONAL)	R\$	3.691,35
04.08.04.005-0	ARTROPLASTIA DE QUADRIL PARCIAL	R\$	3.545,51
04.08.04.006-8	ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL (CONVERSAO)	R\$	4.325,26
04.08.04.007-6	ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL (REVISAO / RECONSTRUCAO)	R\$	3.789,77
04.08.04.008-4	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO QUADRIL CIMENTADA	R\$	3.691,35
04.08.04.009-2	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO QUADRIL NAO CIMENTADA / HIBRIDA	R\$	2.742,03
04.08.04.010-6	DESARTICULACAO DA COXO-FEMORAL	R\$	3.691,38
04.08.04.011-4	DESARTICULACAO INTERILIO-ABDOMINAL	R\$	4.501,69
04.08.04.012-2	EPIFISIODESE DO TROCANTER MAIOR DO FEMUR	R\$	1.714,29
04.08.04.013-0	EPIFISIODESE FEMORAL PROXIMAL IN SITU	R\$	1.714,27
04.08.04.014-9	OSTECTOMIA DA PELVE	R\$	1.771,90
04.08.04.015-7	OSTEOTOMIA DA PELVE	R\$	1.885,15
04.08.04.016-5	RECONSTRUCAO OSTEOPLASTICA DO QUADRIL	R\$	3.616,64
04.08.04.017-3	REDUCAO INCRUENTA C/ MANIPULACAO DE LUXACAO ESPONTANEA / PROGRESSIVA DO QUADRIL P/ APLICAO DE DISPOSITIVOS DE CONTENCAO	R\$	338,69
04.08.04.018-1	REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO CONGENITA COXO FEMORAL	R\$	343,59
04.08.04.019-0	REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO COXO-FEMORAL TRAUMATICA / POS-ARTROPLASTIA	R\$	299,12
04.08.04.020-3	REDUCAO INCRUENTA DISJUNCAO / LUXACAO / FRATURA / FRATURA-LUXACAO AO NIVEL DO ANEL PELVICO	R\$	275,89
04.08.04.021-1	RETIRADA DE ENXERTO AUTOGENO DE ILIACO	R\$	130,05
04.08.04.022-0	REVISAO CIRURGICA DE LUXACAO COXO FEMORAL CONGENITA	R\$	4.020,38
04.08.04.023-8	TRANSPOSICAO / ALONGAMENTO MIOTENDINOSO DO ILIOPSOAS EM DOENCA NEUROMUSCULAR	R\$	1.771,90
04.08.04.024-6	TRATAMENTO CIRURGICO COM AVULSAO DE TUBEROSIDADES / ESPINHAS E CRISTA ILIACA S/ LESAO DO ANEL PELVICO	R\$	442,42
04.08.04.025-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE ASSOCIACAO FRATURA / LUXACAO / FRATURA-LUXACAO / DISJUNCAO DO ANEL PELVICO	R\$	2.361,04
04.08.04.026-2	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LUXACAO / FRATURA-LUXACAO / DISJUNCAO DO ANEL PELVICO ANTERO/POSTERIOR	R\$	1.966,82
04.08.04.027-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LUXACAO / FRATURA-LUXACAO DO COCCIX	R\$	442,42
04.08.04.028-9	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LUXACAO COXO-FEMORAL C/ FRATURA DA EPIFISE FEMORAL	R\$	4.145,42
04.08.04.029-7	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO ACETABULO	R\$	3.691,35
04.08.04.030-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO SACRO	R\$	442,42
04.08.04.031-9	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA-LUXACAO DA ARTICULACAO COXO-FEMORAL (DUPLO ACESSO)	R\$	3.888,76
04.08.04.032-7	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO COXO-FEMORAL CONGENITA	R\$	3.691,35
04.08.04.033-5	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO COXO-FEMORAL TRAUMATICA / POS-ARTROPLASTIA	R\$	3.691,35

04.08.04.034-3	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO ESPONTANEA / PROGRESSIVA / PARALITICA DO QUADRIL	R\$	3.691,35
04.08.05.001-2	AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE MEMBROS INFERIORES	R\$	2.015,21
04.08.05.002-0	AMPUTACAO/ DESARTICULACAO DE PÉ E TARSO	R\$	832,73
04.08.05.003-9	ARTRODESE DE MEDIAS / GRANDES ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	R\$	837,74
04.08.05.004-7	ARTROPLASTIA DE JOELHO (NAO CONVENCIONAL)	R\$	3.616,66
04.08.05.005-5	ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO - REVISAO / RECONSTRUCAO	R\$	3.479,32
04.08.05.006-3	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO JOELHO	R\$	2.606,86
04.08.05.007-1	ARTROPLASTIA UNICOMPARTIMENTAL PRIMARIA DO JOELHO	R\$	2.606,86
04.08.05.008-0	FASCIOTOMIA DE MEMBROS INFERIORES	R\$	762,39
04.08.05.009-8	INSTALACAO DE TRACAO ESQUELETICA DO MEMBRO INFERIOR	R\$	33,86
04.08.05.010-1	PATELECTOMIA TOTAL OU PARCIAL	R\$	776,66
04.08.05.011-0	QUADRICEPSPLASTIA	R\$	3.616,66
04.08.05.012-8	REALINHAMENTO DO MECANISMO EXTENSOR DO JOELHO	R\$	616,59
04.08.05.013-6	RECONSTRUCAO DE TENDAO PATELAR / TENDAO QUADRICIPITAL	R\$	3.616,66
04.08.05.014-4	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DO TORNOZELO	R\$	928,81
04.08.05.015-2	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR DO JOELHO	R\$	1.306,75
04.08.05.016-0	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	R\$	3.616,66
04.08.05.017-9	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR C/ OU S/ ANTERIOR)	R\$	3.616,66
04.08.05.018-5	REDUCAO INCRUENTA DA LUXACAO / FRATURA-LUXACAO METATARSO-FALANGIANA / INTERFALANGIANA DO PE	R\$	258,33
04.08.05.020-9	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS	R\$	258,33
04.08.05.021-7	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA / LUXACAO / FRATURA-LUXACAO DO TORNOZELO	R\$	318,37
04.08.05.022-5	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA / LESAO FISARIA DISTAL DA TIBIA C/ OU S/ FRATURA DA FIBULA	R\$	244,36
04.08.05.023-3	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA / LESAO FISARIA PROXIMAL DO FEMUR	R\$	269,84
04.08.05.024-1	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DOS OSSOS DO TARSO	R\$	258,33
04.08.05.025-0	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA OU LESAO FISARIA DO JOELHO	R\$	253,95
04.08.05.026-8	REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO DO JOELHO	R\$	244,36
04.08.05.027-6	REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO FEMURO-PATELAR	R\$	244,36
04.08.05.028-4	REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO OU FRATURA / LUXACAO SUBTALAR E INTRATARSICA	R\$	258,33
04.08.05.029-2	REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO OU FRATURA / LUXACAO TARSO-METATARSICA	R\$	258,33
04.08.05.030-6	REIMPLANTE AO NIVEL DA COXA ATE O TERCO PROXIMAL DA PERNA	R\$	5.555,58
04.08.05.031-4	REIMPLANTE DO TERCO MEDIO DA PERNA ATE O PE	R\$	5.555,58
04.08.05.032-2	REPARO DE BAINHA TENDINOSA AO NIVEL DO TORNOZELO	R\$	481,49
04.08.05.033-0	REVISAO CIRURGICA DE COTO DE AMPUTACAO EM MEMBRO INFERIOR (EXCETO DEDOS DO PE)	R\$	388,13
04.08.05.034-9	REVISAO CIRURGICA DO PE TORTO CONGENITO	R\$	777,70
04.08.05.035-7	SINDACTILIA CIRÚRGICA DOS DEDOS DO PÉ (PROCEDIMENTO TIPO KELIKIAN)	R\$	470,60
04.08.05.036-5	TALECTOMIA	R\$	605,89
04.08.05.037-3	TENOSINOECTOMIA EM MEMBRO INFERIOR	R\$	470,60
04.08.05.038-1	TRANSFERENCIA DO GRANDE TROCANTER (PROCEDIMENTO ISOLADO)	R\$	1.714,27
04.08.05.039-0	TRANSFERENCIA MUSCULAR / TENDINOSA NO MEMBRO INFERIOR	R\$	1.124,51
04.08.05.040-3	TRANSPLANTE DE MENISCO	R\$	3.616,66
04.08.05.041-1	TRANSPOSICAO DA FIBULA PARA A TIBIA	R\$	1.386,64
04.08.05.042-0	TRATAMENTO CIRURGICO DAS DESINSERCOES DAS ESPINHAS INTERCONDILARES / EPICONDILARES	R\$	869,19

04.08.05.043-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE AVULSAO DO GRANDE E DO PEQUENO TROCANTER	R\$	1.714,27
04.08.05.044-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE COALIZAÇÃO TARSAL	R\$	434,20
04.08.05.045-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DE OSSOS DO MÉDIO-PÉ	R\$	1.024,90
04.08.05.046-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DOS METATARSIAIS	R\$	1.024,90
04.08.05.047-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DOS PODODACTILOS	R\$	640,55
04.08.05.048-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA PROXIMAL (CÓLO) DO FEMUR (SÍNTESE)	R\$	2.171,22
04.08.05.049-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR/ TRIMALEOLAR/ DA FRATURA- LUXAÇÃO DO TORNOZELO	R\$	1.024,90
04.08.05.050-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA	R\$	1.910,52
04.08.05.051-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR	R\$	2.196,32
04.08.05.052-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXAÇÃO INTERNA (PATELECTOMIA)	R\$	1.136,95
04.08.05.053-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA CALCANEÓ	R\$	1.121,00
04.08.05.054-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL	R\$	1.217,08
04.08.05.055-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL	R\$	896,50
04.08.05.056-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TALUS	R\$	1.024,90
04.08.05.057-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR	R\$	928,81
04.08.05.058-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA INTERCONDILEANA / DOS CONDILOS DO FEMUR	R\$	896,50
04.08.05.059-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISARIA AO NÍVEL DO JOELHO	R\$	896,50
04.08.05.060-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISARIA DISTAL DE TÍBIA	R\$	1.327,81
04.08.05.061-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA	R\$	1.714,27
04.08.05.062-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FEMUR (METAFISE DISTAL)	R\$	2.196,32
04.08.05.063-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA	R\$	2.196,32
04.08.05.064-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE GIGANTISMO DO PE	R\$	678,94
04.08.05.065-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HÁLUX VALGUS COM OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO	R\$	838,25
04.08.05.066-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO AGUDA CAPSULO-LIGAMENTAR DO MEMBRO INFERIOR (JOELHO/ TORNOZELO)	R\$	928,81
04.08.05.067-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO EVOLUTIVA FISARIA NO MEMBRO INFERIOR	R\$	1.183,81
04.08.05.068-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO AO NÍVEL DO JOELHO	R\$	896,50
04.08.05.069-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO/ FRATURA- LUXAÇÃO METATARSO- FALANGIANA/INTER-FALANGIANA	R\$	832,73
04.08.05.070-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO/ FRATURA- LUXAÇÃO SUBTALAR E INTRA-TARSICA	R\$	928,81
04.08.05.071-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO/ FRATURA- LUXAÇÃO TARSO METATARSICA	R\$	1.024,90
04.08.05.072-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE METATARSO PRIMO VARO	R\$	405,60
04.08.05.073-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PE CAVO	R\$	605,91
04.08.05.074-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ PLANO VALGO (NÃO ADQUIRIDO)	R\$	703,21
04.08.05.075-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PE TALO VERTICAL	R\$	777,70
04.08.05.076-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PE TORTO CONGENITO	R\$	641,22
04.08.05.077-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PE TORTO CONGENITO (INVETERADO)	R\$	777,70
04.08.05.078-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA OSSEA AO NÍVEL DO TARSO	R\$	447,60
04.08.05.079-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA OSSEA DA DIAFISE DO FEMUR	R\$	1.714,27

04.08.05.080-2	TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDACAO / PERDA OSSEA DA REGIAO TROCANTERIANA (COLO DO FEMUR)	R\$	1.714,27
04.08.05.081-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDACAO / PERDA OSSEA DO COLO DO FEMUR	R\$	2.281,65
04.08.05.082-9	TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDACAO / PERDA OSSEA DO PE	R\$	605,89
04.08.05.083-7	TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDACAO / PERDA OSSEA METAFISE DISTAL DO FEMUR	R\$	1.714,27
04.08.05.084-5	TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDACAO AO NIVEL DO JOELHO	R\$	896,50
04.08.05.085-3	TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE CONGENITA DA TIBIA	R\$	1.351,24
04.08.05.086-1	TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDACAO / PERDA OSSEA DA DIAFISE TIBIAL	R\$	1.736,82
04.08.05.087-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDACAO / PERDA OSSEA DA METAFISE TIBIAL	R\$	1.351,26
04.08.05.088-8	TRATAMENTO CIRURGICO DE ROTURA DE MENISCO COM SUTURA MENISCAL UNI / BICOMPATIMENTAL	R\$	1.306,75
04.08.05.089-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	R\$	750,02
04.08.05.090-0	TRATAMENTO CIRURGICO DO HALUX RIGIDUS	R\$	608,90
04.08.05.091-8	TRATAMENTO CIRURGICO DE HALUX VALGUS SEM OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO METATARSIANO	R\$	462,80
04.08.05.092-6	TRATAMENTO DAS LESOES OSTEO-CONDRAIS POR FIXACAO OU MOSAICOPLASTIA JOELHO/TORNOZELO	R\$	3.003,09
04.08.06.001-8	ALONGAMENTO / ENCURTAMENTO MIOTENDINOSO	R\$	573,21
04.08.06.002-6	ALONGAMENTO E/OU TRANSPORTE DE OSSEO DOS OSSOS CURTOS OU LONGOS DA MAO E DO PE	R\$	582,98
04.08.06.003-4	ALONGAMENTO E/OU TRANSPORTE OSSEO DE OSSOS LONGOS (EXCETO DA MAO E DO PE)	R\$	1.827,86
04.08.06.004-2	AMPUTACAO/DESARTICULACAO DE DEDO	R\$	515,73
04.08.06.005-0	ARTRODESE DE PEQUENAS ARTICULACOES	R\$	470,60
04.08.06.006-9	ARTROPLASTIA DE RESSECCAO DE MEDIA / GRANDE ARTICULACAO	R\$	2.492,96
04.08.06.007-7	ARTROPLASTIA DE RESSECCAO DE PEQUENAS ARTICULACOES	R\$	470,60
04.08.06.008-5	BURSECTOMIA	R\$	597,54
04.08.06.009-3	DESCOMPRESSAO COM ESVAZIAMENTO MEDULAR POR BROCCAGEM / VIA CORTICOTOMIA	R\$	1.591,47
04.08.06.010-7	DIAFISECTOMIA DE OSSOS LONGOS	R\$	969,19
04.08.06.011-5	ENCURTAMENTO DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO E DO PE	R\$	639,62
04.08.06.012-3	EXPLORACAO ARTICULAR C/ OU S/SINOVECTOMIA DE MEDIAS/GRANDES ARTICULACOES	R\$	522,60
04.08.06.013-1	EXPLORACAO ARTICULAR C/ OU S/SINOVECTOMIA DE PEQUENAS ARTICULACOES	R\$	392,60
04.08.06.014-0	FASCIECTOMIA	R\$	649,32
04.08.06.015-8	MANIPULACAO ARTICULAR	R\$	299,00
04.08.06.016-6	OSTECTOMIA DE OSSOS LONGOS E CURTOS DA MAO E DO PE	R\$	583,77
04.08.06.017-4	OSTECTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO E DO PE	R\$	1.466,68
04.08.06.018-2	OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS E CURTOS DA MAO E DO PE	R\$	490,88
04.08.06.019-0	OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO E DO PE	R\$	1.457,52
04.08.06.020-4	REINSECCAO MUSCULAR	R\$	458,89
04.08.06.021-2	RESSECCAO DE CISTO SINOVIAL	R\$	643,01
04.08.06.023-9	RESSECCAO DE TUMOR E RECONSTRUCAO C/ RETALHO MICROCIRURGICO	R\$	5.109,57
04.08.06.024-7	RESSECCAO DE TUMOR E RECONSTRUCAO C/ RETALHO NAO MICROCIRURGICO (EXCETO MAO E PE)	R\$	2.460,45

04.08.06.025-5	RESSECCAO DE TUMOR E RECONSTRUCAO C/ TRANSPORTE OSSEO	R\$	2.460,45
04.08.06.026-3	RESSECCAO DE TUMOR OSSEO C/ SUBSTITUICAO (ENDOPROTESE)	R\$	5.781,58
04.08.06.027-1	RESSECCAO DE TUMOR OSSEO E RECONSTRUCAO C/ ENXERTO	R\$	2.460,45
04.08.06.028-0	RESSECCAO DE TUMOR OSSEO E RECONSTRUCAO C/ RETALHO NAO MICROCIRURGICO (APENAS MAO E PE)	R\$	2.460,45
04.08.06.029-8	RESSECCAO DE TUMOR OSSEO E RECONSTRUCAO POR DESLIZAMENTO	R\$	706,84
04.08.06.030-1	RESSECCAO MUSCULAR	R\$	64,15
04.08.06.031-0	RESSECÇÃO SIMPLES DE TUMOR ÓSSEO DE PARTES MOLES (TUMORES BENIGNOS)	R\$	707,86
04.08.06.032-8	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRA-ARTICULAR	R\$	338,00
04.08.06.033-6	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRA-OSSEO	R\$	316,77
04.08.06.034-4	RETIRADA DE ESPACADORES / OUTROS MATERIAIS	R\$	342,37
04.08.06.035-2	RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-ÓSSEO (INSERIDO EM CIRURGIA ANTERIOR REALIZADA PELO CISMED) - EM AMBIENTE HOSPITALAR	R\$	525,31
04.08.06.036-0	RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO	R\$	352,26
04.08.06.037-9	RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS	R\$	448,36
04.08.06.038-7	RETIRADA DE PROTESE DE SUBSTITUICAO DE GRANDES ARTICULACOES (OMBRO / COTOVELO / QUADRIL / JOELHO)	R\$	1.714,27
04.08.06.039-5	RETIRADA DE PROTESE DE SUBSTITUICAO EM PEQUENAS E MEDIAS ARTICULACOES	R\$	857,13
04.08.06.040-9	RETIRADA DE TRACAO TRANS-ESQUELETICA	R\$	508,28
04.08.06.041-7	RETRAÇÃO CICATRICIAL DOS DEDOS C/ COMPROMETIMENTO TENDINOSO (POR DEDO)	R\$	418,60
04.08.06.042-5	REVISÃO CIRÚRGICA DE COTO DE AMPUTAÇÃO DOS DEDOS	R\$	392,60
04.08.06.043-3	TENODESE	R\$	392,60
04.08.06.044-1	TENÓLISE	R\$	392,60
04.08.06.045-0	TENOMIORRAFIA	R\$	832,73
04.08.06.046-8	TENOMIOTOMIA/DESINSERÇÃO	R\$	392,60
04.08.06.047-6	TENOPLASTIA OU ENXERTO DE TENDAO UNICO	R\$	1.535,44
04.08.06.048-4	TENORRAFIA ÚNICA EM TÚNEL ÓSTEO-FIBROSO	R\$	832,73
04.08.06.049-2	TRANSPLANTE DO HALUX P/ O POLEGAR	R\$	765,06
04.08.06.050-6	TRANSPLANTE DO SEGUNDO PODODACTILIO P/ POLEGAR / QUALQUER OUTRO DEDO DA MAO	R\$	907,81
04.08.06.051-4	TRANSPLANTE MUSCULO-CUTANEO C/ MICRO-ANASTOMOSE NO TRONCO / EXTREMIDADE	R\$	2.927,79
04.08.06.052-2	TRANSPLANTE OSTEO-MUSCULO-CUTANEO C/ MICRO-ANASTOMOSE NO TRONCO OU EXTREMIDADES	R\$	2.358,60
04.08.06.053-0	TRANSPOSIÇÃO/TRANSFERÊNCIA MIOTENDINOSA MÚLTIPLA	R\$	1.217,08
04.08.06.054-9	TRANSPOSIÇÃO/TRANSFERÊNCIA MIOTENDINOSA ÚNICA	R\$	1.217,08
04.08.06.055-7	TRATAMENTO CIRURGICO DE ARTRITE INFECCIOSA (GRANDES E MEDIAS ARTICULACOES)	R\$	948,53
04.08.06.056-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ARTRITE INFECCIOSA DAS PEQUENAS ARTICULAÇÕES	R\$	832,73
04.08.06.057-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM MARTELO/EM GARRA (MÃO E PÉ)	R\$	652,76
04.08.06.058-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE ARTICULAR POR RETRAÇÃO TENO-CAPSULO-LIGAMENTAR	R\$	517,40
04.08.06.059-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA VICIOSAMENTE CONSOLIDADA DOS OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO E DO PE	R\$	1.254,70

04.08.06.060-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HERNIA MUSCULAR	R\$	458,89
04.08.06.061-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INFEÇÃO EM ARTROPLASTIA DAS MÊDIAS / PEQUENAS ARTICULAÇÕES	R\$	757,13
04.08.06.062-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INFEÇÃO POS-ARTROPLASTIA (GRANDES ARTICULAÇÕES)	R\$	1.384,54
04.08.06.063-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METATARSO INTER-FALANGEANA	R\$	434,76
04.08.06.064-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MÃO OU PÉ EM FENDA / DEDO BÍFIDO / MACRODACTILIA	R\$	543,12
04.08.06.066-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE POLIDACTILIA ARTICULADA	R\$	524,33
04.08.06.067-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RETRAÇÃO MUSCULAR	R\$	544,70
04.08.06.069-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SINDACTILIA COMPLEXA (C/ FUSÃO ÓSSEA)	R\$	608,49
04.08.06.070-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SINDACTILIA SIMPLES (DOIS DEDOS)	R\$	481,00
04.08.06.071-9	VIDEOARTROSCOPIA	R\$	550,00
04.13.04.017-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTÂNCIA CUTÂNEA	R\$	1.200,99
04.13.04.019-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RETRAÇÃO CICATRICIAL DO COTOVELO	R\$	470,60
04.13.04.020-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RETRAÇÃO CICATRICIAL DOS DEDOS DA MÃO/PÉ SEM COMPROMETIMENTO TENDINOSO	R\$	481,00
04.13.04.024-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO P/ REPARAÇÕES DE PERDA DE SUBSTÂNCIA DA MÃO	R\$	804,09
CISMED-09	REALINHAMENTO DE MECANISMO EXTENSOR DOS DEDOS DA MÃO	R\$	780,00
04.15.01.001-2	TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MÚLTIPLAS (São atos cirúrgicos sem vínculo de continuidade, interdependência ou complementaridade, realizado em conjunto pela mesma equipe ou equipes distintas, aplicados a órgão único ou diferentes órgãos localizados em região anatômica única ou regiões diversas, bilaterais ou não, devidos a diferentes doenças, executados através de única ou várias vias de acesso e praticados sob o mesmo ato anestésico. A complexidade deste procedimento, depende das cirurgias que forem realizadas). 1ª Cirurgia 100 % do valor do procedimento; 2ª Cirurgia 75 % do valor do procedimento; 3ª Cirurgia 75 % do valor do procedimento; 4ª Cirurgia 60 % do valor do procedimento; 5ª Cirurgia 50 % do valor do procedimento. Os serviços profissionais médicos SPM recebem remuneração de 100 % de valores em todos os registros, em conformidade com o Manual do SIH do Ministério da Saúde.		

Tabela 32

Procedimentos Propedêuticos em Neurologia - Eletroencefalograma

Grupo 02- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA		
Subgrupo 11 -MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADES		
Forma de Organização 05 - DIAGNÓSTICO EM NEUROLOGIA		
Código	Descrição	Valor do Procedimento
02.11.05.008-3	ELETRONEUROMIOGRAFIA (ENMG) por membro	R\$ 133,00

Tabela 33

Procedimentos Propedêuticos em Cardiologia

Grupo 02- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA		
Subgrupo 05 -DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA		

Forma de Organização 01 - ULTRASSONOGRÁFIAS DO SISTEMA CIRCULATÓRIO		
Código	Descrição	Valor do Procedimento
02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA	R\$ 114,00
Grupo 02- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA		
Subgrupo 11- MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADES		
Forma de Organização 02 - DIAGNÓSTICO EM CARDIOLOGIA		
Código	Descrição	Valor do Procedimento
02.11.02.006-0	TESTE ESFORÇO/TESTE ERGOMÉTRICO	R\$ 98,00

Tabela 34

Constituição do Pacote Básico da Consulta de Dermatologia

Grupo 03- PROCEDIMENTOS CLÍNICOS		
Subgrupo 01 -CONSULTAS/ATENDIMENTOS/ACOMPANHAMENTOS EM ESPECIALIDADES		
Forma de Organização 01 - CONSULTAS MÉDICAS/OUTROS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR		
Código	Descrição	Valor do Procedimento
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (Dermatologia)	R\$ 38,38

Tabela 35

Procedimentos Ambulatoriais em Dermatologia

Grupo 03 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS		
Subgrupo 3 - TRATAMENTOS CLÍNICOS (OUTRAS ESPECIALIDADES)		
Forma de Organização 8 - TRATAMENTO DE DOENÇAS DA PELE E DO TECIDO SUBCUTÂNEO		
Código	Descrição	Valor do Procedimento
CISMEP-10	DERMATOSCOPIA (POR LESÃO)	R\$ 5,00

Tabela 36

Outros Serviços Médicos

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde da I.CISMEP		
Descrição		Valor do Serviço
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO (POR HORA DE TRABALHO)		R\$ 135,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (POR HORA DE TRABALHO)		R\$ 160,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO EM PEDIATRIA (POR HORA DE TRABALHO)		R\$ 180,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA (POR HORA DE TRABALHO)		R\$ 150,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO CONSULTOR (POR HORA DE TRABALHO)		R\$ 200,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA (PLANTÃO DE 12 HORAS)		R\$ 1.394,00

Tabela 37

Procedimentos do Contrato de Gestão da I.Cismep no município de Mário Campos

Procedimentos Executados na Unidade de Saúde do Município de Mário Campos sob gestão da I.CISMEP		
Descrição		Valor do procedimento
CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM CARDIOLOGIA		R\$ 68,97

CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM UROLOGIA	R\$	68,97
CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM MEDICINA DO TRABALHO	R\$	68,97
CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM ORTOPEdia	R\$	68,97

Anexo 1 - Tabelas de Departamentos em Especialidades

Tabela 1 - A

Departamentos da Oftalmologia

Descrição	Valor do Departamento
AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CATARATA	
• Consulta médica com especialista em catarata (quantidade 1)	
• Biometria ultrassônica monocular – Eco A (quantidade 2)	
• Mapeamento de retina (quantidade 1)	
• Tonometria (quantidade 1)	
• Ultrassonografia do globo ocular ECO-B (se necessário será realizado)	
• Administração de medicamentos (quantidade 1)	
	R\$ 90,91
AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CÔRNEA	
• Consulta médica com especialista em córnea (quantidade 1)	
• Administração de medicamentos (quantidade 1)	
• Topografia computadorizada de córnea- ceratoscopia (se necessário será realizado)	
• Paquimetria ultrassônica (se necessário será realizado)	
	R\$ 53,54
CONTROLE ANTECIPADO DE GLAUCOMA	
• Consulta médica com especialista em glaucoma (quantidade 1)	
• Tonometria (quantidade 2)	
• Gonioscopia (quantidade 1)	
• Paquimetria (quantidade 2)	
• Campimetria computadorizada (quantidade 1)	
• OCT (se necessário será realizado)	
• Administração de medicamentos (quantidade 1)	
	R\$ 101,01
AVALIAÇÃO CIRÚRGICA DE GLAUCOMA	
• Consulta médica com especialista em glaucoma (quantidade 1)	
• Tonometria (quantidade 1)	
• Fundoscopia (quantidade 1)	
• Campimetria computadorizada (se necessário será realizado)	
• Retinografia colorida (se necessário será realizado)	
• Administração de medicamentos (quantidade 1)	
	R\$ 53,54
CONTROLE DE GLAUCOMA 30 A 60 DIAS	
• Fundoscopia (quantidade 1)	
• Administração de medicamentos (quantidade 1)	
• Tonometria (quantidade 1)	
	R\$ 19,46
AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE ESTRABISMO	
• Consulta médica com especialista em estrabismo (quantidade 1)	
• Teste ortóptico (quantidade 1)	
	R\$ 46,46
AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE PLÁSTICA OCULAR	

• Consulta médica com especialista em plástica ocular (quantidade 1)	R\$	40,37
AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA		
• Consulta médica com especialista em retina (quantidade 1)		
• Mapeamento de retina (quantidade 1)		
• Retinografia colorida (quantidade 1)	R\$	128,98
• OCT (se necessário será realizado)		
• Administração de medicação (quantidade 1)		
• Retinografia Fluorescente (se necessário será realizado)		
AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CIRURGIAS RETINIANAS - AVAL. DEPARTAMENTO DE VITRECTOMIA		
• Consulta médica com especialista em cirurgias retinianas (quantidade 1)		
• Mapeamento de retina (quantidade 1)		
• Eco B ultra-som de globo ocular/órbita (se necessário será realizado)	R\$	95,96
• OCT (se necessário será realizado)		
• Administração de medicamentos (quantidade 1)		
• Tonometria (quantidade 1)		
AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA - CONTROLE DE VITRECTOMIA		
• Consulta médica com especialista em cirurgias retinianas (quantidade 1)		
• Mapeamento de retina (quantidade 1)		
• Administração de medicamentos (quantidade 1)	R\$	56,57
• ECO-B ultra-som de globo ocular/órbita (se necessário será realizado)		
• OCT (se necessário será realizado)		
AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINOPATIA DA PREMATURIDADE	R\$	242,42
• Não inclui a fotocoagulação a laser		
AVALIAÇÃO DE RETINA PÓS INJEÇÃO INTRA-VITREO		
• Consulta médica com o especialista em retina (quantidade 1)		
• OCT (se necessário será realizado)	R\$	90,91
• Mapeamento de retina (quantidade 1)		
• Administração de medicamentos (quantidade 1)		

Tabela 1 - B

Departamentos da Fonoaudiologia

Descrição	Valor do Departamento
AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL (pacote)	
• Audiometria tonal limiar - via aérea/óssea	R\$ 49,25
• Logaudiometria (audiometria vocal)	
• Testes Acumétricos (diapasão)	
AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL + IMITÂNCIOMETRIA (pacote)	
• Audiometria tonal limiar - via aérea/óssea	
• Logaudiometria (audiometria vocal)	R\$ 72,25
• Testes Acumétricos (diapasão)	
• Imitânciometria (impedânciometria)	
PACOTE DE TRATAMENTO IN LOCO (Município)	
• Avaliação auditiva comportamental	

- Audiometria tonal limiar (via aérea / óssea) - Logaudiometria (audiometria vocal) - Exame de organização perceptiva (organização auditiva, tátil, visual e cinestésica)	R\$ 73,47
PACOTE DE ATENDIMENTO DOMILIAR - Avaliação auditiva comportamental - Audiometria tonal limiar (via aérea / óssea) - Exame neuropsicomotor evolutivo - Logaudiometria (audiometria vocal) - Exame de organização perceptiva (organização auditiva, tátil, visual e cinestésica) - Atendimento/acompanhamento intensivo de pacientes em reabilitação física (1 turno)	R\$ 113,47
ESTUDO DE OTOEMISSIONES ACÚSTICAS EVOCADAS TRANSITÓRIAS E POR PRODUTO DE DISTORÇÃO (EOA) - Avaliação Auditiva Comportamental - Estudo de Otoemissões Acústicas Evocadas Transitórias e por Produto de Distorção - EOA	R\$ 64,88

Tabela 1 - C

Departamentos da Ortopedia	
Descrição	Valor do Departamento
AValiação NO DEPARTAMENTO DE CIRURGIAS DO MEMBRO SUPERIOR - Consulta com especialista em ortopedia de membro superior - Consulta de acompanhamento pós-operatório/retornos	R\$ 46,64
AValiação NO DEPARTAMENTO DE CIRURGIAS DO MEMBRO INFERIOR - Consulta com especialista em ortopedia de membro inferior - Consulta de acompanhamento pós-operatório/retornos	R\$ 46,64

Tabela 1 - D

Departamentos da Neurologia	
Descrição	Valor do Departamento
DIAGNÓSTICO POR ELETRONEUROMIOGRAMA (bilateral) Eletroneuromiograma dos membros inferiores (MMII / bilateral) ou Eletroneuromiograma dos membros superiores (MMSS / bilateral)	R\$ 266,00
AValiação NO DEPARTAMENTO DE ELETRONEUROMIOGRAMA (4 membros) - Eletroneuromiograma dos membros inferiores (MMII) - Eletroneuromiograma dos membros superiores (MMSS)	R\$ 426,00

Tabela 1 - E

Departamentos de Procedimentos com finalidade diagnóstica	
Descrição	Valor do Departamento
COL. SANGUE PARA CIRURGIAS DE ANGIOLOGIA - Hemograma completo - Dosagem de glicose - Determinação de tempo de tromboplastina parcial ativada (TTP ativada) - Determinação de tempo e atividade da protombina (TAP) - Análise de caracteres físicos, elementos e sedimento da urina	R\$ 18,16

COL. SANGUE PARA CIRURGIAS DE OFTALMOLOGIA / OTORRINOLARINGOLOGIA / ORTOPEDIA E CIRURGIA GERAL • Hemograma completo • Dosagem de glicose • Determinação de tempo de tromboplastina parcial ativada (TTP ativada) • Determinação de tempo e atividade da protombina (TAP)	R\$ 14,46
COL. SANGUE PARA PROCEDIMENTO DE COLONOSCOPIA • Hemograma completo • Dosagem de glicose • Determinação de tempo de tromboplastina parcial ativada (TTP ativada) • Determinação de tempo e atividade da protombina (TAP) • Análise de caracteres físicos, elementos e sedimento da urina • Dosagem de creatinina • Dosagem de ureia • Bacterioscopia (GRAM) • Pesquisa de ovos e cistos de parasitas	R\$ 27,97

Tabela 1 - F

Departamentos da Cirurgia Geral

Descrição	Valor do Departamento
AVALIAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE CIRURGIAS ORIFÍCIAS (HEMORROIDECTOMIA, FISTULECTOMIA, FISSURECTOMIA, PLÁSTICA ANAL E TUMOR DE ANORRETAL) • Consulta com especialista em cirurgia geral • Retossigmoidoscopia	R\$ 109,00

Anexo 2 - Tabelas de Exames e Serviços Complementares

Atas de Registro de Preços

Tabela 2 - A

Procedimentos Ambulatoriais da Fonoaudiologia/Otorrinolaringologia

Grupo 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA		
Subgrupo 11 - MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADES		
Forma de Organização 07- DIAGNÓSTICO EM OTORRINOLARINGOLOGIA/FONOAUDIOLOGIA		
Código	Descrição	Valor do Procedimento
02.11.07.001-7	ANÁLISE ACÚSTICA DA VOZ POR MEIO DE LABORATÓRIO DE VOZ	R\$ 4,11
02.11.07.002-5	AUDIOMETRIA DE REFORÇO VISUAL (VIA AÉREA/ÓSSEA) - Sendo SP = R\$ 18,00 e CIM =R\$ 3,00 - BPA (consolidado) / APAC (procedimento secundário) / AIH (procedimento secundário)	R\$ 21,00
02.11.07.003-3	AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE (consiste na audiometria em campo livre com pesquisa do ganho funcional) / Sendo SP = R\$ 18,00 e CIM =R\$ 3,13	R\$ 20,13
02.11.07.004-1	AUDIOMETRIA TONAL LIMAR (VIA AÉREA/ÓSSEA) - Sendo SP = R\$ 18,00 e CIM =R\$ 3,00	R\$ 21,00
02.11.07.005-0	AVALIAÇÃO AUDITIVA COMPORTAMENTAL - Sendo SP = R\$ 14,00 e CIM =R\$ 4,00	R\$ 18,00
02.11.07.006-8	AVALIAÇÃO DE LINGUAGEM ESCRITA/LEITURA	R\$ 4,11
02.11.07.007-6	AVALIAÇÃO DE LINGUAGEM ORAL (consiste na avaliação da linguagem oral interativa, expressiva e compreensiva).	R\$ 4,11
02.11.07.008-4	AVALIAÇÃO MIOFUNCIONAL DE SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO (consiste nos exames dos órgãos fonoarticulatórios e das funções: respiração, sucção, mastigação, deglutição e fala).	R\$ 4,11
02.11.07.011-4	AVALIAÇÃO VOCAL (consiste na avaliação da qualidade vocal, grau de severidade da disfonia, foco e ressonância e registro vocal).	R\$ 4,11
02.11.07.014-9	EMISSIONES OTOACÚSTICAS EVOCADAS P/TRIAGEM AUDITIVA	R\$ 13,51

02.11.07.015-7	ESTUDO DE OTOEMISSIONES ACUSTICAS EVOCADAS TRANSITÓRIAS E PRODUTOS DE DISTORÇÃO (EOA) - Sendo SP = R\$ 36,00 e CIM =R\$ 10,88 - BPA (consolidado) / APAC (procedimento secundário) / AIH (procedimento secundário)	R\$	46,88
02.11.07.017-3	EXAME DE ORGANIZACAO PERCEPTIVA (consiste no exame da organização perceptiva: auditiva, tátil,visual e cinestésica)	R\$	4,11
02.11.07.018-1	EXAME NEUROPSICOMOTOR EVOLUTIVO	R\$	4,11
02.11.07.020-3	IMITANCIOMETRIA = impedânciometria (consiste em timpanometria, complacência estática, medida do reflexo estapédico e pesquisa do recrutamento de METZ) - Sendo SP = R\$ 20,00 e CIM =R\$ 3,00 - BPA (consolidado) / APAC (procedimento secundário) / AIH (procedimento secundário)	R\$	23,00
02.11.07.021-1	LOGOaudiometria = audiometria vocal (LDV, IRF, LRF) - BPA (consolidado) / APAC (procedimento secundário) / AIH (procedimento secundário)	R\$	26,25
02.11.07.023-8	PESQUISA DE FÍSTULA PERILINFÁTICA	R\$	4,80
02.11.07.024-6	PESQUISA DE GANHO DE INSERCAO (consiste na pesquisa do ganho de inserção medida com microfone e sonda).	R\$	12,00
02.11.07.028-2	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA, MÉDIA E LONGA LATÊNCIA (BERA) - Sendo SP = R\$ 40,00 e CIM =R\$ 6,88 - BPA (consolidado) / APAC (procedimento secundário) / AIH (procedimento secundário)	R\$	46,88
02.11.07.027-0	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO PARA TRIAGEM AUDITIVA	R\$	13,51
02.11.07.032-7	TESTES ACUMÉTRICOS (DIAPASÃO)	R\$	2,00
02.11.07.033-5	TESTES AUDITIVOS SUPRALIMINARES (consiste na realização dos testes de Tone Decay, Sisi e Fowler)	R\$	1,37
02.11.07.034-3	TESTES DE PROCESSAMENTO AUDITIVO	R\$	9,36
02.11.07.035-1	TESTES VESTIBULARES/OTONEUROLÓGICOS (inclui também vectonistagmografia, vectoeletronistagmografia, eletronistagmografia, provas labirínticas com ou sem registro eletronistagmografico)	R\$	52,00
02.11.07.036-0	TRIAGEM AUDITIVA DE ESCOLARES	R\$	12,00

Tabela 2 - B

Procedimentos de Fisioterapia

Grupo 03 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS		
Subgrupo 01 - CONSULTAS/ATENDIMENTOS/ACOMPANHAMENTOS		
Forma de Organização 01 - CONSULTAS MÉDICAS/OUTROS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR		
Código	Descrição	Valor do Procedimento
03.01.01.004-8	CONSULTA DE PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) (primeira consulta com o fisioterapeuta/ avaliação inicial)	R\$ 15,00
Grupo 03 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS		
Subgrupo 01 - CONSULTAS/ATENDIMENTOS/ACOMPANHAMENTOS		
Forma de Organização 07 - ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO EM REABILITAÇÃO FÍSICA, MENTAL, VISUAL E MÚLTIPLAS DEFICIÊNCIAS		
Código	Descrição	Valor do Procedimento
03.01.07.010-5	ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO INTENSIVO DE PACIENTES EM REABILITAÇÃO FÍSICA (1 TURNO PACIENTE-DIA 15 ATENDIMENTOS / MÊS)	R\$ 25,00
Grupo 03 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS		
Subgrupo 02 - FISIOTERAPIA		
Forma de Organização 01 - ASSISTÊNCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERAÇÕES OBSTÉTRICAS, NEONATAIS E UROGINECOLÓGICAS		
Código	Descrição	Valor do Procedimento
03.02.01.001-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS	R\$ 6,35
03.02.01.002-5	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS	R\$ 4,67
Grupo 03 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS		
Subgrupo 02 - FISIOTERAPIA		
Forma de Organização 02 - ASSISTÊNCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERAÇÕES ONCOLÓGICAS		
Código	Descrição	Valor do Procedimento

03.02.02.001-2	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS	R\$	10,00
03.02.02.002-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE ONCOLÓGICO CLÍNICO (POR SÍTIO)	R\$	6,00
03.02.02.003-9	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA	R\$	10,00
Grupo 03 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS			
Subgrupo 02 - FISIOTERAPIA			
Forma de Organização 04 - ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA NAS DISFUNÇÕES CARDIOVASCULARES E PNEUMO-FUNCIONAIS			
Código	Descrição	Valor do Procedimento	
03.02.04.001-3	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$	6,35
03.02.04.002-1	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$	4,67
03.02.04.005-6	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS (POR SÍTIO)	R\$	6,00
Grupo 03 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS			
Subgrupo 02 - FISIOTERAPIA			
Forma de Organização 05 - ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS (TODAS AS FORMAS)			
Código	Descrição	Valor do Procedimento	
03.02.05.001-9	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS (sessão de fisioterapia)	R\$	10,00
03.02.05.002-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS (atendimento de reavaliação, seguimento e outras avaliações)	R\$	6,00
Grupo 03 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS			
Subgrupo 02 - FISIOTERAPIA			
Forma de Organização 06 - ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA NAS ALTERAÇÕES EM NEUROLOGIA			
Código	Descrição	Valor do Procedimento	
03.02.06.001-4	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$	6,00
03.02.06.002-2	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$	10,00
03.02.06.003-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO-MOTOR	R\$	6,00
03.02.06.004-9	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM COMPROMETIMENTO COGNITIVO	R\$	10,00
03.02.06.005-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA	R\$	6,35
Grupo 03 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS			
Subgrupo 02 - FISIOTERAPIA			
Forma de Organização 07 - ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA EM QUEIMADOS			
Código	Descrição	Valor do Procedimento	
03.02.07.001-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO	R\$	6,00
03.02.07.002-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SEQUELAS POR QUEIMADURAS (MÉDIO E GRANDE QUEIMADO)	R\$	6,00

Tabela 2 - C

Procedimentos Propedêuticos em Tomografia Computadorizada (somente para municípios coparticipantes da Ata RP 074/2015)

Grupo 02- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA		
Subgrupo 06 –DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA		
Forma de Organização 01 – TOMOGRAFIA DA CABEÇA, PESCOÇO E COLUNA VERTEBRAL		
Código	Descrição	Valor do Procedimento
02.06.01.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL	R\$ 86,76
02.06.01.002-8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 101,10

02.06.01.003-6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA	R\$	86,75
02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE/ SEIOS DA FACE/ ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES	R\$	86,75
02.06.01.005-2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO	R\$	86,75
02.06.01.006-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TÚRCICA	R\$	97,44
02.06.01.007-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO	R\$	97,44
	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MASTÓIDES/ OUVIDOS	R\$	194,27

Grupo 02- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA
Subgrupo 06 –DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA
Forma de Organização 02 – TOMOGRAFIA DO TORAX E MEMBROS SUPERIORES

Código	Descrição	Valor do Procedimento
02.06.02.001-5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 86,75
02.06.02.002-3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (braço, antebraço, mão, coxa, perna e pé)	R\$ 86,75
02.06.02.003-1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	R\$ 136,41
02.06.02.004-0	TOMOGRAFIA DE HEMITORAX/ MEDIASTINO (POR PLANO)	R\$ 136,41
	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES (ESTERNO/ CLAVÍCULA/ OMBRO/ COTOVELO)	R\$ 194,27

Grupo 02- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA
Subgrupo 06 –DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA
Forma de Organização 03 – TOMOGRAFIA DO ABDOMEN, PELVE E MEMBROS INFERIORES

Código	Descrição	Valor do Procedimento
02.06.03.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 138,63
02.06.03.002-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 86,75
02.06.03.003-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR	R\$ 138,63
	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 237,27
	CONTRASTE (PARA USO NOS ITENS ACIMA DISCRIMINADOS, CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	R\$ 10,00
	SEDAÇÃO (PARA USO NOS ITENS ACIMA DISCRIMINADOS, CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	R\$ 16,00

Tabela 2 - D

Procedimentos Propedêuticos em Ressonância Magnética (somente para municípios participantes da Ata RP 063/2014)

Grupo 02- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA		
Subgrupo 07 –DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA		
Forma de Organização 01 – RM DA CABEÇA, PESCOÇO E COLUNA VERTEBRAL		
Código	Descrição	Valor do Procedimento
02.07.01.001-3	ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL	R\$ 654,00
02.07.01.002-1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	R\$ 719,99

02.07.01.003-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL	R\$	630,00
02.07.01.004-8	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$	610,00
02.07.01.005-6	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA	R\$	610,00
02.07.01.006-4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRANIO	R\$	630,00
02.07.01.007-2	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TÚRCICA	R\$	630,00
Grupo 02- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA			
Subgrupo 07 –DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA			
Forma de Organização 02 – RM DO TORAX E MEMBROS SUPERIORES			
Código	Descrição	Valor do Procedimento	
02.07.02.002-7	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R\$	580,00
02.07.02.003-5	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TORAX	R\$	610,00
Grupo 02- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA			
Subgrupo 07 –DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA			
Forma de Organização 03 – RM DO ABDOMEN, Pelve e MEMBROS INFERIORES			
Código	Descrição	Valor do Procedimento	
02.07.03.001-4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$	640,00
02.07.03.002-2	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA/PELVE	R\$	640,00
02.07.03.003-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R\$	610,00
02.07.03.004-9	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES	R\$	625,00
	APLICAÇÃO DE CONTRASTE (PARA USO NOS ITENS ACIMA DISCRIMINADOS, CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	R\$	135,37

Tabela 2 - E

Procedimentos Propedêuticos em Medicina Nuclear - Cintilografia (somente para municípios participantes da Ata RP 063/2014)

Grupo 02- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA			
Subgrupo 06 –DIAGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO			
Forma de Organização 01 – APARELHO CARDIOVASCULAR			
Código	Descrição	Valor do Procedimento	
02.08.01.001-7	CINTILOGRAFIA DE CORAÇÃO C/ GÁLIO 67	R\$	457,55
02.08.01.002-5	CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE ESTRESSE (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)	R\$	408,52
02.08.01.003-3	CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE REPOUSO (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)	R\$	383,07
02.08.01.004-1	CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ LOCALIZAÇÃO DE NECROSE (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)	R\$	166,47
02.08.01.005-0	CINTILOGRAFIA P/ AVALIAÇÃO DE FLUXO SANGÜÍNEO DE EXTREMIDADES	R\$	114,02
02.08.01.006-8	CINTILOGRAFIA P/ QUANTIFICAÇÃO DE SHUNT EXTRACARDÍACO	R\$	142,57
02.08.01.007-6	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CÂMARAS CARDÍACAS EM SITUAÇÃO DE ESFORÇO	R\$	214,85
02.08.01.008-4	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CÂMARAS CARDÍACAS EM SITUAÇÃO DE REPOUSO (VENTRICULOGRAFIA)	R\$	176,72
Grupo 02- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA			
Subgrupo 08 –DIAGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO			

Forma de Organização 02 – APARELHO DIGESTIVO		
Código	Descrição	Valor do Procedimento
02.08.02.001-2	CINTILOGRAFIA DE FÍGADO E BAÇO (MÍNIMO 5 IMAGENS)	R\$ 133,26
02.08.02.002-0	CINTILOGRAFIA DE FÍGADO E VIAS BILIARES	R\$ 187,93
02.08.02.003-9	CINTILOGRAFIA DE GLÂNDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTÍMULO	R\$ 87,89
02.08.02.005-5	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFÁGICO (LÍQUIDO)	R\$ 135,38
02.08.02.006-3	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFÁGICO (SEMI-SÓLIDO)	R\$ 135,38
02.08.02.007-1	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRÂNSITO GÁSTRICO	R\$ 144,22
02.08.02.008-0	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL	R\$ 114,86
02.08.02.009-8	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA	R\$ 157,23
02.08.02.010-1	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NÃO ATIVA	R\$ 310,82
02.08.02.011-0	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO	R\$ 135,38
Grupo 02- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA		
Subgrupo 08 –DIAGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO		
Forma de Organização 03 – APARELHO ENDÓCRINO		
Código	Descrição	Valor do Procedimento
02.08.03.001-8	CINTILOGRAFIA DE PARATIREÓIDES	R\$ 324,54
02.08.03.002-6	CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE C/ OU S/ CAPTAÇÃO	R\$ 77,28
02.08.03.003-4	CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE C/ TESTE DE SUPRESSÃO/ ESTÍMULO	R\$ 107,30
02.08.03.004-2	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTERNO	R\$ 336,70
02.08.03.005-0	TESTE DO PERCLORATO C/ RADIOISÓTOPO	R\$ 107,40
Grupo 02- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA		
Subgrupo 08 –DIAGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO		
Forma de Organização 04 – APARELHO GENITURINÁRIO		
Código	Descrição	Valor do Procedimento
02.08.04.002-1	CINTILOGRAFIA DE RIM C/ GÁLIO 67	R\$ 457,55
02.08.04.003-0	CINTILOGRAFIA DE TESTÍCULO E BOLSA ESCROTAL	R\$ 108,94
02.08.04.005-6	CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVAS E/OU QUANTITATIVA)	R\$ 133,03
02.08.04.006-4	CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA	R\$ 122,97
02.08.04.007-2	CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA	R\$ 144,50
02.08.04.008-0	DETERMINAÇÃO DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR	R\$ 63,22
02.08.04.009-9	DETERMINAÇÃO DE FLUXO PLASMÁTICO RENAL	R\$ 63,22
02.08.04.010-2	ESTUDO RENAL DINÂMICO C/ OU S/ DIURÉTICO	R\$ 165,24
Grupo 02- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA		

Subgrupo 08 –DIAGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO**Forma de Organização 05 – APARELHO ESQUELÉTICO**

Código	Descrição	Valor do Procedimento
02.08.05.001-9	CINTILOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO E/OU EXTREMIDADES E/OU OSSO	R\$ 180,32
02.08.05.003-5	CINTILOGRAFIA DE OSSOS C/ OU S/ FLUXO SANGÜÍNEO (CORPO INTEIRO)	R\$ 190,99
02.08.05.004-3	CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO ÓSSEO COM GÁLIO 67	R\$ 457,55

Grupo 02- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA**Subgrupo 08 –DIAGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO****Forma de Organização 06 – APARELHO NERVOSO**

Código	Descrição	Valor do Procedimento
02.08.06.001-4	CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL C/ TÁLIO (SPCTO)	R\$ 438,01
02.08.06.002-2	CISTERNOCINTILOGRAFIA (INCLUINDO PESQUISA E/OU AVALIAÇÃO DO TRÂNSITO LIQUÓRICO)	R\$ 205,34
02.08.06.003-0	ESTUDO DE FLUXO SANGÜÍNEO CEREBRAL	R\$ 119,16

Grupo 02- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA**Subgrupo 08 –DIAGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO****Forma de Organização 07 – APARELHO RESPIRATÓRIO**

Código	Descrição	Valor do Procedimento
02.08.07.001-0	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO C/ GÁLIO 67	R\$ 457,55
02.08.07.002-8	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO P/ PESQUISA DE ASPIRAÇÃO	R\$ 127,51
02.08.07.003-6	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR INALAÇÃO (MÍNIMO 2 PROJEÇÕES)	R\$ 128,12
02.08.07.004-4	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR PERFUSÃO (MÍNIMO 4 PROJEÇÕES)	R\$ 130,50

Grupo 02- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA**Subgrupo 08 –DIAGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO****Forma de Organização 08 – APARELHO HEMATOLÓGICO**

Código	Descrição	Valor do Procedimento
02.08.08.001-5	CINTILOGRAFIA DE SISTEMA RETÍCULOENDOTELIAL (MEDULA ÓSSEA)	R\$ 112,61
02.08.08.002-3	DEMONSTRAÇÃO DE SEQUESTRO DE HEMÁCIAS PELO BAÇO (C/ RADIOISÓTOPOS)	R\$ 97,37
02.08.08.004-0	LINFOCINTILOGRAFIA	R\$ 141,33

Grupo 02- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA**Subgrupo 08 –DIAGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO****Forma de Organização 09 – OUTROS MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO EM MEDICINA NUCLEAR IN VIVO**

Código	Descrição	Valor do Procedimento
02.08.09.001-0	CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GÁLIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS	R\$ 906,80
02.08.09.002-9	CINTILOGRAFIA DE GLÂNDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA)	R\$ 66,23
02.08.09.003-7	CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)	R\$ 289,43

Tabela 2 - F**Diagnóstico em Laboratório****Grupo 02- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA****Subgrupo 02 – DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO**

Forma de Organização 01 – EXAMES BIOQUÍMICOS		
Código	Descrição	Valor do Procedimento
02.02.01.001-5	CLEARANCE OSMOLAR	R\$ 3,51
02.02.01.002-3	DETERMINAÇÃO DE CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO	R\$ 2,01
02.02.01.003-1	DETERMINAÇÃO DE CROMATOGRÁFIA DE AMINOÁCIDOS	R\$ 15,65
02.02.01.004-0	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA (2 DOSAGENS)	R\$ 3,63
02.02.01.005-8	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA C/ INDUÇÃO POR CORTISONA (5 DOSAGENS)	R\$ 6,55
02.02.01.006-6	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA C/ INDUÇÃO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)	R\$ 3,68
02.02.01.007-4	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA CLÁSSICA (5 DOSAGENS)	R\$ 10,00
02.02.01.008-2	DETERMINAÇÃO DE OSMOLARIDADE	R\$ 3,51
02.02.01.009-0	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTÍDASE	R\$ 3,51
02.02.01.010-4	DOSAGEM DE ACETONA	R\$ 1,85
02.02.01.011-2	DOSAGEM DE ÁCIDO ASCÓRBICO	R\$ 2,01
02.02.01.012-0	DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO	R\$ 1,85
02.02.01.013-9	DOSAGEM DE ÁCIDO VANILMANDELÍCO	R\$ 9,00
02.02.01.014-7	DOSAGEM DE ALDOLASE	R\$ 3,68
02.02.01.015-5	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRÍPSINA	R\$ 3,68
02.02.01.016-3	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEÍNA ÁCIDA	R\$ 3,68
02.02.01.017-1	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	R\$ 3,68
02.02.01.018-0	DOSAGEM DE AMILASE	R\$ 2,25
02.02.01.019-8	DOSAGEM DE AMONÍAC	R\$ 3,51
02.02.01.020-1	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES	R\$ 2,01
02.02.01.021-0	DOSAGEM DE CÁLCIO	R\$ 1,85
02.02.01.022-8	DOSAGEM DE CÁLCIO IONIZÁVEL	R\$ 3,51
02.02.01.023-6	DOSAGEM DE CAROTENO	R\$ 2,01
02.02.01.025-2	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	R\$ 3,68
02.02.01.026-0	DOSAGEM DE CLORETO	R\$ 1,85
02.02.01.027-9	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$ 3,51
02.02.01.028-7	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$ 3,51
02.02.01.029-5	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$ 1,85
02.02.01.030-9	DOSAGEM DE COLINESTERASE	R\$ 3,68
02.02.01.031-7	DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 1,85
02.02.01.032-5	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 3,68
02.02.01.033-3	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$ 4,12
02.02.01.034-1	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTÍRICA	R\$ 3,51
02.02.01.035-0	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTÂMICA	R\$ 3,51
02.02.01.036-8	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA	R\$ 3,68
02.02.01.037-6	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	R\$ 3,68

02.02.01.038-4	DOSAGEM DE FERRITINA	R\$	15,59
02.02.01.039-2	DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$	3,51
02.02.01.040-6	DOSAGEM DE FOLATO	R\$	15,65
02.02.01.041-4	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	R\$	2,01
02.02.01.042-2	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$	2,01
02.02.01.043-0	DOSAGEM DE FOSFORO	R\$	1,85
02.02.01.044-9	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	R\$	2,01
02.02.01.045-7	DOSAGEM DE GALACTOSE	R\$	3,51
02.02.01.046-5	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$	3,51
02.02.01.047-3	DOSAGEM DE GLICOSE	R\$	1,85
02.02.01.048-1	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	R\$	3,68
02.02.01.049-0	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	R\$	3,68
02.02.01.050-3	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$	7,86
02.02.01.051-1	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	R\$	3,68
02.02.01.052-0	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	R\$	3,51
02.02.01.053-8	DOSAGEM DE LACTATO	R\$	3,68
02.02.01.054-6	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	R\$	3,51
02.02.01.055-4	DOSAGEM DE LIPASE	R\$	2,25
02.02.01.056-2	DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$	2,01
02.02.01.057-0	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	R\$	2,01
02.02.01.058-9	DOSAGEM DE PIRUVATO	R\$	3,68
02.02.01.059-7	DOSAGEM DE PORFIRINAS	R\$	3,51
02.02.01.060-0	DOSAGEM DE POTASSIO	R\$	1,85
02.02.01.061-9	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	R\$	1,40
02.02.01.062-7	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$	1,85
02.02.01.063-5	DOSAGEM DE SODIO	R\$	1,85
02.02.01.064-3	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$	2,01
02.02.01.065-1	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$	2,01
02.02.01.066-0	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$	4,12
02.02.01.067-8	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$	3,51
02.02.01.068-6	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	R\$	3,51
02.02.01.069-4	DOSAGEM DE UREIA	R\$	1,85
02.02.01.070-8	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$	15,24
02.02.01.071-6	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	R\$	3,68
02.02.01.072-4	ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$	4,42
02.02.01.073-2	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE)	R\$	15,65
02.02.01.074-0	PROVA DA D-XILOSE	R\$	3,68

02.02.01.075-9	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTE ORAIS	R\$	6,55
02.02.01.076-7	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$	15,24
02.02.01.077-5	DETERMINAÇÃO DE CREMATÓCRITO NO LEITE HUMANO ORDENHADO	R\$	1,53
02.02.01.078-3	ACIDEZ TITULÁVEL NO LEITE HUMANO (DORNIC)	R\$	3,04
Grupo 02- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA			
Subgrupo 02 – DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO			
Forma de Organização 02 – EXAMES HEMATOLÓGICOS E HEMOSTASIA			
Código	Descrição	Valor do Procedimento	
02.02.02.001-0	CITOQUÍMICA HEMATOLOGICA	R\$	6,48
02.02.02.002-9	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$	2,73
02.02.02.003-7	CONTAGEM DE RETICULÓCITOS	R\$	2,73
02.02.02.004-5	DETERMINAÇÃO DE CURVA DE RESISTÊNCIA GLOBULAR	R\$	2,73
02.02.02.005-3	DETERMINAÇÃO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)	R\$	2,73
02.02.02.006-1	DETERMINAÇÃO DE SULFO-HEMÓGLOBINA	R\$	2,73
02.02.02.007-0	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	R\$	2,73
02.02.02.008-8	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	R\$	2,73
02.02.02.009-6	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	R\$	2,73
02.02.02.010-0	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	R\$	9,00
02.02.02.011-8	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SOBREVIVÊNCIA DE HEMÁCIAS	R\$	5,79
02.02.02.012-6	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA	R\$	2,85
02.02.02.013-4	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$	5,77
02.02.02.014-2	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$	2,73
02.02.02.015-0	DETERMINAÇÃO DA VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO (VHS)	R\$	2,73
02.02.02.016-9	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	R\$	4,11
02.02.02.017-7	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	R\$	6,48
02.02.02.018-5	DOSAGEM DE FATOR II	R\$	5,31
02.02.02.019-3	DOSAGEM DE FATOR IX	R\$	7,61
02.02.02.020-7	DOSAGEM DE FATOR V	R\$	4,73
02.02.02.021-5	DOSAGEM DE FATOR VII	R\$	8,09
02.02.02.022-3	DOSAGEM DE FATOR VIII	R\$	6,63
02.02.02.023-1	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	R\$	15,00
02.02.02.024-0	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	R\$	18,91
02.02.02.025-8	DOSAGEM DE FATOR X	R\$	6,66

02.02.02.026-6	DOSAGEM DE FATOR XI	R\$	9,11
02.02.02.027-4	DOSAGEM DE FATOR XII	R\$	10,51
02.02.02.028-2	DOSAGEM DE FATOR XIII	R\$	6,66
02.02.02.029-0	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	R\$	4,60
02.02.02.030-4	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$	1,53
02.02.02.031-2	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC	R\$	2,73
02.02.02.032-0	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	R\$	2,73
02.02.02.033-9	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	R\$	2,73
02.02.02.034-7	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	R\$	4,11
02.02.02.035-5	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$	5,41
02.02.02.036-3	ERITROGRAMA (ERITRÓCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATÓCRITO)	R\$	2,73
02.02.02.037-1	HEMATOCRITO	R\$	1,53
02.02.02.038-0	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$	4,11
02.02.02.039-8	LEUCOGRAMA	R\$	2,73
02.02.02.040-1	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	R\$	25,00
02.02.02.041-0	PESQUISA DE CELULAS LE	R\$	4,11
02.02.02.042-8	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	R\$	2,73
02.02.02.043-6	PESQUISA DE FILARIA	R\$	2,73
02.02.02.044-4	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	R\$	2,73
02.02.02.046-0	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	R\$	2,73
02.02.02.048-7	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	R\$	4,11
02.02.02.049-5	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	R\$	2,73
02.02.02.050-9	PROVA DO LACO	R\$	2,73
02.02.02.051-7	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	R\$	2,73
02.02.02.052-5	TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS	R\$	12,00
02.02.02.053-3	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	R\$	2,73
02.02.02.054-1	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$	2,73

Grupo 02- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA**Subgrupo 02 – DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO****Forma de Organização 03 – EXAMES SOROLÓGICOS E IMUNOLÓGICOS**

Código	Descrição	Valor do Procedimento
02.02.03.001-6	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	R\$ 15,00
02.02.03.002-4	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	R\$ 15,00
02.02.03.003-2	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	R\$ 15,00
02.02.03.004-0	DETECCAO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)	R\$ 65,00
02.02.03.005-9	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	R\$ 96,00

02.02.03.006-7	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	R\$	9,25
02.02.03.007-5	DETERMINACAO DE FATOR REUMATÓIDE	R\$	2,83
02.02.03.008-3	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	R\$	9,25
02.02.03.009-1	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R\$	15,06
02.02.03.010-5	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$	16,42
02.02.03.011-3	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	R\$	13,55
02.02.03.012-1	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$	17,16
02.02.03.013-0	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	R\$	17,16
02.02.03.014-8	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	R\$	2,83
02.02.03.015-6	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R\$	17,16
02.02.03.016-4	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$	9,25
02.02.03.018-0	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$	17,16
02.02.03.019-9	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	R\$	9,25
02.02.03.020-2	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$	2,83
02.02.03.021-0	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	R\$	298,48
02.02.03.022-9	IMUNELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$	17,16
02.02.03.023-7	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R\$	80,00
02.02.03.025-3	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	R\$	10,00
02.02.03.026-1	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	R\$	10,00
02.02.03.027-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$	8,67
02.02.03.028-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	R\$	17,16
02.02.03.029-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	R\$	85,00
02.02.03.030-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R\$	10,00
02.02.03.031-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R\$	18,55
02.02.03.032-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	R\$	17,16
02.02.03.033-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	R\$	5,74
02.02.03.034-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$	17,16
02.02.03.035-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$	18,55
02.02.03.036-9	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	R\$	18,55
02.02.03.037-7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	R\$	9,25
02.02.03.038-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	R\$	10,00
02.02.03.039-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	R\$	9,25
02.02.03.040-7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	R\$	3,70
02.02.03.041-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	R\$	5,83

02.02.03.042-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLOURESCENCIA)	R\$	10,00
02.02.03.043-1	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEZ SUPRARENAL	R\$	17,16
02.02.03.044-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS	R\$	9,25
02.02.03.045-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	R\$	10,00
02.02.03.046-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDEOS	R\$	9,70
02.02.03.047-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	R\$	2,83
02.02.03.048-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	R\$	10,00
02.02.03.050-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	R\$	10,00
02.02.03.051-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	R\$	10,00
02.02.03.052-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	R\$	17,16
02.02.03.053-9	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	R\$	4,10
02.02.03.054-7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	R\$	5,50
02.02.03.055-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R\$	17,16
02.02.03.056-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	R\$	17,16
02.02.03.057-1	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	R\$	17,16
02.02.03.058-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	R\$	17,16
02.02.03.059-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	R\$	17,16
02.02.03.060-1	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	R\$	17,16
02.02.03.061-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	R\$	10,00
02.02.03.062-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R\$	17,16
02.02.03.063-6	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$	18,55
02.02.03.064-4	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	R\$	18,55
02.02.03.065-2	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	R\$	7,78
02.02.03.066-0	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII	R\$	9,71
02.02.03.067-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$	18,55
02.02.03.068-7	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	R\$	18,55
02.02.03.069-5	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	R\$	9,25
02.02.03.070-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS	R\$	4,10
02.02.03.071-7	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCIAL RESPIRATORIO	R\$	18,55
02.02.03.072-5	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	R\$	17,16
02.02.03.073-3	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$	2,83

02.02.03.074-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$	11,00
02.02.03.075-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	R\$	9,25
02.02.03.076-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$	16,97
02.02.03.077-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$	9,25
02.02.03.078-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG)	R\$	18,55
02.02.03.079-2	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R\$	30,00
02.02.03.080-5	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$	18,55
02.02.03.081-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$	17,16
02.02.03.082-2	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$	17,16
02.02.03.083-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$	17,16
02.02.03.084-9	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$	17,16
02.02.03.085-7	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$	11,61
02.02.03.086-5	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	R\$	10,00
02.02.03.087-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$	18,55
02.02.03.088-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$	9,25
02.02.03.089-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$	18,55
02.02.03.090-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R\$	20,00
02.02.03.091-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$	18,55
02.02.03.092-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$	17,16
02.02.03.093-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$	17,16
02.02.03.094-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$	17,16
02.02.03.095-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$	17,16
02.02.03.096-2	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R\$	13,35
02.02.03.097-0	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$	18,55
02.02.03.098-9	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	R\$	18,55
02.02.03.099-7	PESQUISA DE CLAMIDIA (POR CAPTURA HIBRIDA)	R\$	60,00
02.02.03.100-4	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	R\$	2,83
02.02.03.101-2	PESQUISA DE FATOR REUMATÓIDE (WAALER-ROSE)	R\$	4,10
02.02.03.102-0	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLORESCENCIA	R\$	10,00
02.02.03.103-9	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	R\$	9,25
02.02.03.104-7	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLORESCENCIA)	R\$	10,00
02.02.03.105-5	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	R\$	1,77
02.02.03.106-3	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	R\$	1,77

02.02.03.107-1	QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1	R\$	18,00
02.02.03.108-0	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	R\$	168,48
02.02.03.109-8	REACAO DE HEMAGLUTINACAO (TPHA) P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$	4,10
02.02.03.110-1	REACAO DE MONTENEGRO ID	R\$	2,83
02.02.03.111-0	TESTE DE VDRL P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$	2,83
02.02.03.112-8	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$	10,00
02.02.03.113-6	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$	10,00
02.02.03.114-4	TESTES ALERGICOS DE CONTATO	R\$	1,77
02.02.03.115-2	TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA	R\$	1,77
02.02.03.117-9	VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE	R\$	2,83
02.02.03.118-7	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINASE RECOMBINANTE HUMANO IGA	R\$	18,55
02.02.03.119-5	DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO	R\$	17,16
02.02.03.120-9	DOSAGEM DE TROPONINA	R\$	9,00
02.02.03.121-7	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	R\$	13,35

Grupo 02- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA**Subgrupo 02 – DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO****Forma de Organização 04 – EXAMES COPROLÓGICOS**

Código	Descrição	Valor do Procedimento
02.02.04.001-1	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	R\$ 1,65
02.02.04.002-0	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	R\$ 3,04
02.02.04.003-8	EXAME COPROLÓGICO FUNCIONAL	R\$ 3,04
02.02.04.004-6	IDENTIFICAÇÃO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	R\$ 1,65
02.02.04.005-4	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARIS (OXIURUS OXUURA)	R\$ 1,65
02.02.04.006-2	PESQUISA DE EOSINOFILOS	R\$ 1,65
02.02.04.007-0	PESQUISA DE GORDURA FECAL	R\$ 1,65
02.02.04.008-9	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	R\$ 1,65
02.02.04.009-7	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	R\$ 1,65
02.02.04.010-0	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	R\$ 1,65
02.02.04.011-9	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)	R\$ 1,65
02.02.04.012-7	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$ 1,65
02.02.04.013-5	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	R\$ 10,25
02.02.04.014-3	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 1,65
02.02.04.015-1	PESQUISA DE SUBSTANCIAIS REDUTORAS NAS FEZES	R\$ 1,65
02.02.04.016-0	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	R\$ 1,65
02.02.04.017-8	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	R\$ 1,65

Grupo 02- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA

Subgrupo 02 – DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO
Forma de Organização 05 – EXAMES DE UROANÁLISE

Código	Descrição	Valor do Procedimento
02.02.05.001-7	ANÁLISE DE CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$ 3,70
02.02.05.002-5	CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 3,51
02.02.05.003-3	CLEARANCE DE FOSFATO	R\$ 3,51
02.02.05.004-1	CLEARANCE DE UREIA	R\$ 3,51
02.02.05.005-0	CONTAGEM DE ADDIS	R\$ 2,04
02.02.05.006-8	DETERMINAÇÃO DE OSMOLALIDADE	R\$ 3,70
02.02.05.007-6	DOSAGEM DE ACUCARES (POR CROMATOGRAFIA)	R\$ 3,70
02.02.05.008-4	DOSAGEM DE CITRATO	R\$ 2,01
02.02.05.009-2	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 8,12
02.02.05.010-6	DOSAGEM DE OXALATO	R\$ 3,68
02.02.05.011-4	DOSAGEM DE PROTEÍNAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$ 2,04
02.02.05.012-2	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ÁCIDOS ORGÂNICOS	R\$ 3,04
02.02.05.013-0	EXAME QUALITATIVO DE CÁLCULOS URINÁRIOS	R\$ 3,70
02.02.05.014-9	PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOÁCIDOS (POR CROMATOGRAFIA)	R\$ 3,70
02.02.05.015-7	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	R\$ 2,04
02.02.05.016-5	PESQUISA DE AMINOÁCIDOS NA URINA	R\$ 3,70
02.02.05.017-3	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDÚRIA	R\$ 2,04
02.02.05.018-1	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	R\$ 2,40
02.02.05.019-0	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	R\$ 2,04
02.02.05.020-3	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	R\$ 2,04
02.02.05.021-1	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	R\$ 3,70
02.02.05.022-0	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	R\$ 2,04
02.02.05.023-8	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	R\$ 2,04
02.02.05.024-6	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	R\$ 3,36
02.02.05.026-2	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	R\$ 2,04
02.02.05.027-0	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	R\$ 2,04
02.02.05.028-9	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARÍDEOS NA URINA	R\$ 3,70
02.02.05.029-7	PESQUISA DE PORFEBILINOGENIO NA URINA	R\$ 2,04
02.02.05.030-0	PESQUISA DE PROTEÍNAS URINÁRIAS (POR ELETROFORESE)	R\$ 4,44
02.02.05.031-9	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	R\$ 2,04
02.02.05.032-7	PROVA DE DILUIÇÃO (URINA)	R\$ 2,04

Grupo 02- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA

Subgrupo 02 – DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO**Forma de Organização 08 – EXAMES MICROBIOLÓGICOS**

Código	Descrição	Valor do Procedimento
02.02.08.001-3	ANTIBIOGRAMA	R\$ 4,98
02.02.08.002-1	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRAÇÃO INIBITÓRIA MÍNIMA	R\$ 13,33
02.02.08.003-0	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	R\$ 13,33
02.02.08.004-8	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	R\$ 4,20
02.02.08.005-6	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	R\$ 4,20
02.02.08.006-4	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	R\$ 4,20
02.02.08.007-2	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	R\$ 2,80
02.02.08.008-0	CULTURA DE BACTÉRIAS PARA IDENTIFICAÇÃO	R\$ 5,62
02.02.08.009-9	CULTURA DO LEITE HUMANO (POS-PASTEURIZAÇÃO)	R\$ 5,62
02.02.08.010-2	CULTURA P/ HERPESVIRUS	R\$ 4,33
02.02.08.011-0	CULTURA PARA BAAR	R\$ 5,63
02.02.08.012-9	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	R\$ 10,25
02.02.08.013-7	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	R\$ 4,19
02.02.08.014-5	EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO)	R\$ 2,80
02.02.08.015-3	HEMOCULTURA	R\$ 11,49
02.02.08.016-1	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	R\$ 5,63
02.02.08.017-0	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	R\$ 4,33
02.02.08.018-8	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	R\$ 2,80
02.02.08.019-6	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	R\$ 4,33
02.02.08.020-0	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	R\$ 2,80
02.02.08.021-8	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	R\$ 4,33
02.02.08.022-6	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	R\$ 2,80
02.02.08.023-4	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	R\$ 5,04
02.02.08.024-2	PROVA CONFIRMATÓRIA DA PRESENÇA DE MICRO-ORGANISMOS COLIFORMES	R\$ 5,62

Tabela 2 - G

Prótese ocular**Grupo 07 - ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS****Subgrupo 01 - ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS NÃO RELACIONADOS NO ATO CIRÚRGICO****Forma de Organização 04- OPM OFTALMOLÓGICAS**

Código	Descrição	Valor do Procedimento
07.01.04.006-8	PROTESE OCULAR (BPA individualizado)	R\$ 1.150,00

Anexo 3 - Tabela de Procedimentos Ambulatoriais de Oftalmologia em Unidade Externa

Constituição do Pacote Básico da Consulta Oftalmológica em Unidade Externa

Grupo 03 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS

Subgrupo 01 -CONSULTAS/ATENDIMENTOS/ACOMPANHAMENTOS EM ESPECIALIDADES

Forma de Organização 01 - CONSULTAS MÉDICAS/OUTROS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR

Código	Descrição	Valor SUS
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (oftalmologia)	R\$ 10,00

Grupo 03 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS

Subgrupo 01 -CONSULTAS/ATENDIMENTOS/ACOMPANHAMENTOS EM ESPECIALIDADES

Forma de Organização 10 -ATENDIMENTOS DE ENFERMAGEM EM GERAL

Código	Descrição	Valor SUS
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR PACIENTE (pacote)	R\$ 0,63

Grupo 02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA

Subgrupo 11 - MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADES

Forma de Organização 06 - DIAGNÓSTICO EM OFTALMOLOGIA

Código	Descrição	Valor SUS
02.11.06.005-4	CERATOMETRIA	R\$ 3,37
02.11.06.010-0	FUNDOSCOPIA (pacote)	R\$ 3,37
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (pacote)	R\$ 3,37
Subtotal PPI (Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS)		R\$ 20,74
Valor complemento (procedimentos não codificados pelo SUS)		R\$ 6,26
TOTAL DO PACOTE BÁSICO DA CONSULTA OFTALMOLÓGICA NO CISMED *		R\$ 27,00

* O Pacote Básico da Consulta Oftalmológica em Unidade Externa, além dos procedimentos SUS elencados acima, ainda é composto por anamnese, inspeção, exame de pupilas, medida de acuidade visual, refração, retinoscopia, biomicroscopia do segmento anterior, exame sumário da motilidade ocular e do senso cromático



Prefeitura Municipal de Bom Despacho
Estado de Minas Gerais
Gabinete do Prefeito

ANEXO III

TABELA DE SERVIÇOS MÉDICOS

Atualização e inclusão de Serviços Médicos realizados pelo Setor de Faturamento da CISMEP, em 23 de Maio de 2016, em decorrência da necessidade da inclusão da tabela de serviços médicos do Município de Sete Lagoas em atendimento às decisões da Secretaria Executiva, com publicação no Diário Oficial do Município de Betim em 25 de Junho de 2016, para vigência a partir da competência Julho de 2016.

Tabela 1

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do CISMEP

Descrição	Tipo de Plantão	Parâmetro	Valor
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	Não se aplica	Valor da hora	R\$ 135,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Não se aplica	Valor da hora	R\$ 160,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO EM PEDIATRIA	Não se aplica	Valor da hora	R\$ 180,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	Não se aplica	Valor da hora	R\$ 150,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO CONSULTOR	Não se aplica	Valor da hora	R\$ 200,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA	Não se aplica	12 horas	R\$ 1.394,00

Tabela 2

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

Serviços Médicos Executados em Urgência e Emergência / Pronto Socorro Municipal de Itaipava - CNES 7326610			
Descrição	Tipo de Plantão	Parâmetro	Valor
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA NAS CLASSIFICAÇÕES DO PROTOCOLO DE MANCHESTER VERDE E AZUL	Dias úteis diurno	12 horas	R\$ 1.323,58
	Dias úteis noturno	12 horas	R\$ 1.393,24
	Final de Semana diurno	12 horas	R\$ 1.462,90
	Final de Semana noturno	12 horas	R\$ 1.602,23
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA NAS CLASSIFICAÇÕES DO PROTOCOLO DE MANCHESTER VERDE E AZUL	Feriado/Dias úteis diurno	12 horas	R\$ 1.720,65
	Feriado/Dias úteis noturno	12 horas	R\$ 1.811,21
	Feriado/Final de Semana diurno	12 horas	R\$ 1.901,77
	Feriado/Final de Semana noturno	12 horas	R\$ 2.082,90
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Dias úteis diurno	12 horas	R\$ 1.323,58
	Dias úteis noturno	12 horas	R\$ 1.393,24
	Final de Semana diurno	12 horas	R\$ 1.462,90
	Final de Semana noturno	12 horas	R\$ 1.602,23
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Feriado/Dias úteis diurno	12 horas	R\$ 1.720,65
	Feriado/Dias úteis noturno	12 horas	R\$ 1.811,21
	Feriado/Final de Semana diurno	12 horas	R\$ 1.901,77
	Feriado/Final de Semana noturno	12 horas	R\$ 2.082,90
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO CONSULTOR	Não se aplica	Valor da hora	R\$ 200,00
Serviços Médicos Executados nas Demais Unidades de Saúde do Município			
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA	Dias úteis diurno	12 horas	R\$ 1.323,58
	Dias úteis noturno	12 horas	R\$ 1.393,24
	Final de Semana diurno	12 horas	R\$ 1.462,90
	Final de Semana noturno	12 horas	R\$ 1.602,23
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA	Feriado/Dias úteis diurno	12 horas	R\$ 1.720,65
	Feriado/Dias úteis noturno	12 horas	R\$ 1.811,21
	Feriado/Final de Semana diurno	12 horas	R\$ 1.901,77
	Feriado/Final de Semana noturno	12 horas	R\$ 2.082,90
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	Não se aplica	Valor da hora	R\$ 130,62
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO EM PEDIATRIA	Não se aplica	Valor da hora	R\$ 121,91

Tabela 3

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

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município			
Descrição	Tipo de Plantão	Parâmetro	Valor
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Dias úteis	12 horas	R\$ 1.139,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA - PEDIATRIA	Final de Semana/Feriado	12 horas	R\$ 1.423,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES HOSPITALARES	Dias úteis	12 horas	R\$ 1.139,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES HOSPITALARES - PEDIATRIA	Final de Semana/Feriado	12 horas	R\$ 2.135,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES HOSPITALARES	Dias úteis	12 horas	R\$ 1.423,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES HOSPITALARES - PEDIATRIA	Final de Semana/Feriado	12 horas	R\$ 1.565,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA (POR HORA TRABALHADA)	Dias úteis	12 horas	R\$ 1.423,00
	Final de Semana/Feriado	12 horas	R\$ 1.850,00
	Não se aplica	Valor da hora	R\$ 95,32

Tabela 4

Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde dos Municípios de Contagem e Ibiturá

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município			
Descrição	Tipo de Plantão	Parâmetro	Valor
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Dias úteis	12 horas	R\$ 1.115,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA - PEDIATRIA	Final de Semana/Feriado	12 horas	R\$ 1.394,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES HOSPITALARES	Dias úteis	12 horas	R\$ 1.115,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES HOSPITALARES - PEDIATRIA	Final de Semana/Feriado	12 horas	R\$ 2.090,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES HOSPITALARES	Dias úteis	12 horas	R\$ 1.394,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES HOSPITALARES - PEDIATRIA	Final de Semana/Feriado	12 horas	R\$ 1.533,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA HORIZONTAL (30 horas - 6 horas por dia - 5 dias por semana)	Dias úteis	12 horas	R\$ 1.394,00
	Final de Semana/Feriado	12 horas	R\$ 1.811,00
	Não se aplica	30 horas	R\$ 3.300,00

Tabela 5

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de Bonfim

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município			
Descrição	Tipo de Plantão	Parâmetro	Valor
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	Dias úteis	12 horas	R\$ 1.000,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Final de Semana/Feriado	12 horas	R\$ 1.000,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO EM PEDIATRIA	Dias úteis	12 horas	R\$ 1.000,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	Final de Semana/Feriado	12 horas	R\$ 1.000,00
	Dias úteis	12 horas	R\$ 800,00
	Final de Semana/Feriado	12 horas	R\$ 1.000,00

Tabela 6

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de Brumadinho

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município			
Descrição	Tipo de Plantão	Parâmetro	Valor
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	Não se aplica	Valor da hora	R\$ 52,25
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	Não se aplica	Valor da hora	R\$ 80,84
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Dias úteis	Valor da hora	R\$ 116,10
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	Final de Semana/Feriado	Valor da hora	R\$ 121,91
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA I	Não se aplica	Valor da hora	R\$ 69,66
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA II	Não se aplica	Valor da hora	R\$ 104,48
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA III	Não se aplica	Valor da hora	R\$ 43,36
	Não se aplica	Valor da hora	R\$ 34,69

Tabela 7

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de Crucilândia

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município			
Descrição	Tipo de Plantão	Parâmetro	Valor
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	Não se aplica	12 horas	R\$ 835,95
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO EM PEDIATRIA	Não se aplica	12 horas	R\$ 1.116,16
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	Não se aplica	12 horas	R\$ 1.016,54

Tabela 8

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de Esmeraldas

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município			
Descrição	Tipo de Plantão	Parâmetro	Valor
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	Não se aplica	Valor da hora	R\$ 115,17
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Não se aplica	Valor da hora	R\$ 92,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO EM PEDIATRIA	Não se aplica	Valor da hora	R\$ 108,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	Não se aplica	Valor da hora	R\$ 108,00

Tabela 9

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de Igarapé

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município			
Descrição	Tipo de Plantão	Parâmetro	Valor
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA	Semanal diurno	12 horas	R\$ 1.253,92
	Semanal noturno	12 horas	R\$ 1.365,38
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO HORIZONTAL	Não se aplica	01 hora	R\$ 156,74
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA I	Não se aplica	12 horas	R\$ 766,28
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA II	Não se aplica	12 horas	R\$ 870,78
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ORTOPEDISTA I	Semanal diurno	12 horas	R\$ 1.393,24
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ORTOPEDISTA II	Não se aplica	01 hora	R\$ 63,33
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA EM CLÍNICA MÉDICA	Não se aplica	01 hora	R\$ 170,99

Tabela 10

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de Itaituba

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município			
Descrição	Tipo de Plantão	Parâmetro	Valor
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Dias úteis diurno	12 horas	R\$ 1.384,33
	Dias úteis noturno	12 horas	R\$ 1.494,94
	Segunda Feira diurno	12 horas	R\$ 1.566,30
	Final de Semana/Feriado diurno	12 horas	R\$ 1.566,30
	Final de Semana/Feriado noturno	12 horas	R\$ 1.602,30
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO DE APOIO	Não se aplica	Valor da hora	R\$ 115,36
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO DE APOIO II	Não se aplica	Valor da hora	R\$ 104,54
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	Não se aplica	Valor da hora	R\$ 276,86
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA I - CIRURGIA UROLOGICA	Não se aplica	Valor da hora	R\$ 461,45
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA II - PEQUENAS CIRURGIAS	Não se aplica	Valor da hora	R\$ 346,08

Tabela 11

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de Juatuba

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município			
Descrição	Tipo de Plantão	Parâmetro	Valor
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	Dias úteis	12 horas	R\$ 1.253,92
	Final de Semana/Feriado	12 horas	R\$ 1.404,39
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Dias úteis	12 horas	R\$ 1.253,92
	Final de Semana/Feriado	12 horas	R\$ 1.404,39
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO EM PEDIATRIA	Dias úteis	12 horas	R\$ 1.253,92
	Final de Semana/Feriado	12 horas	R\$ 1.404,39
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	Dias úteis	12 horas	R\$ 1.253,92
	Final de Semana/Feriado	12 horas	R\$ 1.404,39
Serviços Médicos de Urgência e Emergência / Pronto Atendimento Municipal de Juatuba - CNES 2108828			
Descrição	Tipo de Plantão	Parâmetro	Valor
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Dias úteis diurno	12 horas	R\$ 1.253,92
	Dias úteis noturno	12 horas	R\$ 1.323,58
	Final de Semana/Feriado diurno	12 horas	R\$ 1.404,39
	Final de Semana/Feriado noturno	12 horas	R\$ 1.404,39
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO CONSULTOR (DIRETOR CLÍNICO)	Não se aplica	Valor da hora	R\$ 200,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO CONSULTOR (SUBDIRETOR/RESPONSÁVEL TÉCNICO)	Não se aplica	Valor da hora	R\$ 200,00

Tabela 12

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de Mário Campos

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município			
Descrição	Tipo de Plantão	Parâmetro	Valor
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA I	Não se aplica	Valor da hora	R\$ 146,66
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA II	Não se aplica	Valor da hora	R\$ 147,42
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA III	Não se aplica	Valor da hora	R\$ 144,48
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA	Não se aplica	Valor da hora	R\$ 155,77
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PLANTONISTA 1	Não se aplica	Valor da hora	R\$ 104,49
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PLANTONISTA 2	Não se aplica	Valor da hora	R\$ 116,10
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PLANTONISTA 3	Não se aplica	Valor da hora	R\$ 127,71

Tabela 13

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de Mateus Leme			
Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município			
Descrição	Tipo de Plantão	Parâmetro	Valor
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	Dias úteis diurno	Valor da hora	R\$ 92,88
	Dias úteis noturno	Valor da hora	R\$ 94,62
	Final de Semana/Feriado	Valor da hora	R\$ 101,59
	Feriados Especiais	Valor da hora	R\$ 208,99
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Dias úteis	Valor da hora	R\$ 104,49
	Final de Semana/Feriado	Valor da hora	R\$ 116,10
	Feriados Especiais	Valor da hora	R\$ 221,99
	Dias úteis	Valor da hora	R\$ 103,58
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	Final de Semana/Feriado	Valor da hora	R\$ 117,16
	Feriados Especiais	Valor da hora	R\$ 221,99
	Dias úteis	Valor da hora	R\$ 129,59
	Final de Semana/Feriado	Valor da hora	R\$ 123,32
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA II	Feriados Especiais	Valor da hora	R\$ 221,99

Tabela 14

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de Onça de Pitangui			
Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município			
Descrição	Tipo de Plantão	Parâmetro	Valor
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	Não se aplica	Valor da hora	R\$ 63,86
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM	Não se aplica	Valor da hora	R\$ 63,86
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO EM PEDIATRIA	Não se aplica	Valor da hora	R\$ 63,86
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	Não se aplica	Valor da hora	R\$ 63,86

Tabela 15

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de Piracema			
Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município			
Descrição	Tipo de Plantão	Parâmetro	Valor
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	Não se aplica	Valor da hora	R\$ 125,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM	Não se aplica	Valor da hora	R\$ 125,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO EM PEDIATRIA	Não se aplica	Valor da hora	R\$ 125,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	Não se aplica	Valor da hora	R\$ 125,00

Tabela 16

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de Pitangui			
Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município			
Descrição	Tipo de Plantão	Parâmetro	Valor
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	Não se aplica	Valor da hora	R\$ 117,39
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	Não se aplica	Valor da hora	R\$ 116,10

Tabela 17

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de Rio Manso			
Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município			
Descrição	Tipo de Plantão	Parâmetro	Valor
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	Não se aplica	12 horas	R\$ 1.044,93
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM	Não se aplica	12 horas	R\$ 1.058,86
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO EM PEDIATRIA	Não se aplica	12 horas	R\$ 1.755,49
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	Não se aplica	12 horas	R\$ 870,78

Tabela 18

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de São João del-Rei			
Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município			
Descrição	Tipo de Plantão	Parâmetro	Valor
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	Dias úteis diurno	12 horas	R\$ 1.253,92
	Dias úteis noturno	12 horas	R\$ 1.393,24
	Final de Semana/Feriado	12 horas	R\$ 1.393,24

Tabela 19

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de Sarzedo			
Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município			
Descrição	Tipo de Plantão	Parâmetro	Valor
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO CONSULTOR	Não se aplica	Valor da hora	R\$ 200,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA I	Não se aplica	Valor da hora	R\$ 111,46
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA II	Não se aplica	Valor da hora	R\$ 125,39
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA III	Não se aplica	Valor da hora	R\$ 139,32

Tabela 20

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de Florestal			
Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município			
Descrição	Tipo de Plantão	Parâmetro	Valor
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	Não se aplica	Valor do plantão	R\$ 975,27

Tabela 21

Tabela de Preços Pagos Pela Prestação de Serviços Médicos Plantonistas nas Unidades de Saúde do Município de Itabirito			
Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município			
Descrição	Tipo de Plantão	Parâmetro	Valor
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	Dias úteis diurno / noturno	Valor do plantão	R\$ 1.200,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	Final de Semana/Feriado diurno/noturno	Valor do plantão	R\$ 1.350,00

Tabela 22

Tabela de Preços Pagos Pela Prestação de Serviços Médicos Plantonistas nas Unidades de Saúde do Município de Itaúna			
Serviços Médicos de Urgência e Emergência / Pronto Socorro Municipal de Itaúna - CNES 7326610			
Descrição	Tipo de Plantão	Parâmetro	Valor
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA NAS CLASSIFICAÇÕES DO PROTOCOLO DE MANCHESTER VERDE E AZUL	Dias úteis diurno	12 horas	R\$ 950,00
	Dias úteis noturno	12 horas	R\$ 1.000,00
	Final de Semana diurno	12 horas	R\$ 1.050,00
	Final de Semana noturno	12 horas	R\$ 1.150,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Dias úteis diurno	12 horas	R\$ 950,00
	Dias úteis noturno	12 horas	R\$ 1.000,00
	Final de Semana diurno	12 horas	R\$ 1.050,00
	Final de Semana noturno	12 horas	R\$ 1.150,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO CONSULTOR	Não se aplica	Valor da hora	R\$ 143,55
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COORDENADOR CLÍNICO	Não se aplica	Mensal	R\$ 2.850,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESPONSÁVEL TÉCNICO	Não se aplica	Mensal	R\$ 14.250,00
Serviços Médicos Executados nas Demais Unidades de Saúde do Município			
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA	Feriado/Dias úteis diurno	12 horas	R\$ 950,00
	Feriado/Dias úteis noturno	12 horas	R\$ 1.000,00
	Feriado/Final de Semana diurno	12 horas	R\$ 1.050,00
	Feriado/Final de Semana noturno	12 horas	R\$ 1.150,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	Não se aplica	Valor da hora	R\$ 93,75
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO EM PEDIATRIA	Não se aplica	Valor da hora	R\$ 87,50

Tabela 23

Tabela de Preços Pagos Pela Prestação de Serviços Médicos Plantonistas nas Unidades de Saúde do Município de Betim			
Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município			
Descrição	Tipo de Plantão	Parâmetro	Valor
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Dias úteis	12 horas	R\$ 800,00
	Final de Semana/Feriado	12 horas	R\$ 1.000,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA - PEDIATRIA	Dias úteis	12 horas	R\$ 800,00
	Final de Semana	12 horas	R\$ 1.500,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES HOSPITALARES	Dias úteis	12 horas	R\$ 1.000,00
	Final de Semana/Feriado	12 horas	R\$ 1.100,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES HOSPITALARES - PEDIATRIA	Dias úteis	12 horas	R\$ 1.000,00
	Final de Semana/Feriado	12 horas	R\$ 1.300,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA (POR HORA TRABALHADA)	Não se aplica	Valor da hora	R\$ 67,00

Tabela 24

Tabela de Preços Pagos Pela Prestação de Serviços Médicos Plantonistas nas Unidades de Saúde dos Municípios de Contagem e Ibitiré

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município			
Descrição	Tipo de Plantão	Parâmetro	Valor
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Dias úteis	12 horas	R\$ 800,00
	Final de Semana/Feriado	12 horas	R\$ 1.000,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA - PEDIATRIA	Dias úteis	12 horas	R\$ 800,00
	Final de Semana/Feriado	12 horas	R\$ 1.500,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES HOSPITALARES	Dias úteis	12 horas	R\$ 1.000,00
	Final de Semana/Feriado	12 horas	R\$ 1.100,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES HOSPITALARES - PEDIATRIA	Dias úteis	12 horas	R\$ 1.000,00
	Final de Semana/Feriado	12 horas	R\$ 1.300,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA HORIZONTAL (30 horas - 6 horas por dia - 5 dias por semana)	Não se aplica	30 horas	R\$ 2.368,00

Tabela 25

Tabela de Preços Pagos Pela Prestação de Serviços Médicos Plantonistas nas Unidades de Saúde dos Municípios de Ribeirão das Neves

Serviços Médicos Executados na Unidade de Saúde do Município - UPA Joaquin Cirilo e Hospital São Judas Tadeu			
Descrição	Tipo de Plantão	Parâmetro	Valor
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA E UNIDADES HOSPITALARES - CLÍNICA MÉDICA	Dias úteis	12 horas	R\$ 900,00
	Final de Semana/Feriado	12 horas	R\$ 1.000,00
	Feriados especiais	12 horas	R\$ 1.500,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA E UNIDADES HOSPITALARES - CLÍNICO MÉDICO ESPECIALISTA	Dias úteis	12 horas	R\$ 1.000,00
	Final de Semana/Feriado	12 horas	R\$ 1.100,00
	Feriados especiais	12 horas	R\$ 1.500,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA E UNIDADES HOSPITALARES - PEDIATRIA	Dias úteis	12 horas	R\$ 1.150,00
	Final de Semana/Feriado	12 horas	R\$ 1.300,00
	Feriados especiais	12 horas	R\$ 1.500,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA E UNIDADES HOSPITALARES - ESPECIALISTA EM GINECOLOGIA	Dias úteis	12 horas	R\$ 1.000,00
	Final de Semana/Feriado	12 horas	R\$ 1.150,00
	Feriados especiais	12 horas	R\$ 1.500,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA E UNIDADES HOSPITALARES - ESPECIALISTA EM NEONATOLOGIA	Dias úteis	12 horas	R\$ 1.300,00
	Final de Semana/Feriado	12 horas	R\$ 1.500,00
	Feriados especiais	12 horas	R\$ 1.500,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA E UNIDADES HOSPITALARES - ESPECIALISTAS	Dias úteis	12 horas	R\$ 1.000,00
	Final de Semana/Feriado	12 horas	R\$ 1.150,00
	Feriados especiais	12 horas	R\$ 1.500,00
Serviços Médicos Executados na Unidade de Saúde do Município - UPA Acrísio de Menezes - Justindópolis			
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA - CLÍNICA MÉDICA	Dias úteis	12 horas	R\$ 1.000,00
	Final de Semana/Feriado	12 horas	R\$ 1.100,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA - ESPECIALISTAS	Dias úteis	12 horas	R\$ 1.150,00
	Final de Semana/Feriado	12 horas	R\$ 1.300,00

Tabela 26

Tabela de Preços Pagos Pela Prestação de Serviços Médicos Plantonistas nas Unidades de Saúde do Município de Sete Lagoas

Serviços Médicos Executados na Unidade de Saúde do Município - UPA Joaquin Cirilo e Hospital São Judas Tadeu			
Descrição	Tipo de Plantão	Parâmetro	Valor
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA	Dias úteis	12 horas	R\$ 1.000,00
	Final de Semana/Feriado	12 horas	R\$ 1.200,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA	Dias úteis	Valor da hora	R\$ 83,33
	Final de Semana/Feriado	Valor da hora	R\$ 100,00



Prefeitura Municipal de Bom Despacho
Estado de Minas Gerais
Gabinete do Prefeito

ANEXO IV

PLANO DE TRABALHO

1. DADOS CADASTRAIS			
1.1 IDENTIFICAÇÃO DOS PARTÍCIPES			
1.1.1 - DO CONCEDENTE/COOPERANDO			
RAZÃO SOCIAL: Instituição de Cooperação Intermunicipal do Médio Paraopeba		CNPJ Nº 05.802.877/0001-10	
ENDEREÇO: Rua São Jorge, 135		BAIRRO: Brasília	
MUNICÍPIO: Betim	UF:MG	CEP:32600-284	DDD/ TELEFONE Nº: (31)25713026
NOME DO RESPONSÁVEL LEGAL: João Luiz Teixeira			
CPF Nº	C.I/ÓRGÃO EXPEDIDOR	CARGO: SECRETÁRIO EXECUTIVO	
ENDEREÇO: Rua São Jorge, 135		BAIRRO: Brasília	
MUNICÍPIO:Betim	UF:MG	CEP:32600-284	DDD/ TELEFONE Nº: (31)25713026
1.1.2 - DO CONVENIENTE/COOPERADO			
RAZÃO SOCIAL: Prefeitura Municipal de Bom Despacho		CNPJ Nº18301002/0001-86	
ENDEREÇO: Praça Irmã Albuquerque, 45		BAIRRO: Centro	
MUNICÍPIO: Bom Despacho	UF:MG	CEP:35600-000	DDD/ TELEFONE Nº(37)35213736
CONTA CORRENTE Nº:	BANCO:	AGÊNCIA Nº:	PRAÇA DE PAGAMENTO
NOME DO RESPONSÁVEL LEGAL: Fernando José Castro Cabral			
CPF Nº124366666-87	C.I/ÓRGÃO EXPEDIDOR: MG 3.76366	CARGO: PREFEITO MUNICIPAL	
ENDEREÇO: Praça Irmã Albuquerque, 45		BAIRRO: Centro	
MUNICÍPIO: Bom Despacho	UF:MG	CEP:35600-000	DDD/ TELEFONE Nº: (37)35213736
2. DESCRIÇÃO DO PROJETO/PROGRAMA			
2.1 TÍTULO DO PROJETO:			
ATIVIDADES ENVOLVIDAS:		PERÍODO DE EXECUÇÃO	
		INÍCIO	TÉRMINO
☐ Ensino		2017	2018
☐ Pesquisa			
☐ Extensão			
☐ Capacitação profissional			
☐ Serviços			
☐ Intercâmbio de docentes			
☐ Intercâmbio de discentes			
☐ cessão de espaços			
☐ Apoio técnico especializado			
☒ Convênio de cooperação entre entes federados			
☐ outros: especificar			
2.1.1 DESCRIÇÃO DO OBJETO			
Prestação de Serviços Médico Hospitalares a nível ambulatorial e hospitalar de consultas, cirurgias eletivas, exame de imagem			
2.1.2 OBJETIVO GERAL – Razões que justificam a celebração do Convênio ou do Termo de Colaboração			
Um dos grandes desafios do Sistema Único de saúde nos dias de hoje é o número significativo de cirurgias eletivas represadas nas mais diversas especialidades. Particularmente no município de Bom Despacho a maior dificuldade encontra-se nas especialidades de ortopedia, otorrinolaringologia e oftalmologia no procedimento de catarata. A espera em alguns casos principalmente ortopédicos pode chegar a quatro anos na fila no setor de Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria e muitas das vezes essa demora na execução pode ter agravado na clínica do usuário ou mesmo não ser mais a demanda solicitada no início do tratamento, sendo necessário uma reavaliação dos casos solicitados. A dificuldade de se obter informações precisas do procedimento no que diz respeito à previsão e realização da sua cirurgia, na maioria das vezes, acaba gerando atritos entre os usuários do sistema e a gestão local. Assim, com o Plano de Trabalho de Convênio de Cooperação o município de Bom Despacho terá como meta acabar com todas as filas de espera nas especialidades de ortopedia, otorrinolaringologia e na oftalmologia nos procedimentos de catarata além de manter atendimentos é ambulatorial de ortopedia e otorrinolaringologia.			
2.1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS – Descrição completa do objeto a ser executado			
Execução dos Procedimentos de Cirurgia Eletivas na fila de espera de Ortopedia, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Geral, Vascular, Plástica não Estética, Urologia, Cabeça e Pescoço, Endovascular e Cardiovascular, Mastologia Ginecológica, totalizando um saldo de aproximadamente 740 (setecentos e quarenta), demanda codificado e anexa ao plano de trabalho. Além de plantões e atendimentos nas especialidades de ortopedia, oftalmologia, otorrinolaringologia, cirurgia geral, cabeça e pescoço, mastologia, reumatologia e outras que fizerem necessária conforme solicitações e demanda a ser registrada no Setor de Regulação Municipal.			
3. RESULTADOS (Metas a serem atingidas)			
Atender a demanda de solicitações de consultas especializadas, avaliações pré-operatórias e cirurgias eletivas de média complexidade registradas na fila de espera no Setor de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Bom Despacho em 2017.			
4. OBRIGAÇÕES DOS PARTÍCIPES			

5. REQUISITOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS E DE SUPORTE INDISPENSÁVEIS À EXECUÇÃO DO QUE SE CONVENCIONA					
6. PRAZO DE VIGÊNCIA/CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO (META, ETAPA OU FASE)					
Metas Fases	Descrição	Indicador Físico		Duração (mm/aa)	
		Unidade	Quant.	Unidade	Quant.
Meta 1					
Fase 1.1	Avaliação Pré Cirúrgicas de Todos a Demanda de Cirurgia do Município de Bom Despacho registrada no Setor de Regulação	Paciente	740	Dias	30
Fase 1.2	Execução de todo a demanda cirúrgica avaliada na Fase 1.1	Paciente	740	Dias	120
Fase 1.3	Avaliação pós operatória de todos os procedimentos cirúrgicos realizados na Fase 1.2	Paciente	740	Dias	130
Meta 2					
Fase 2.1	Realização de Plantões Médicos nas Especialidades Médicas que tiverem registro de demanda acima de 40 atendimento mês no Setor de Regulação	Plantões	20	Consulta	800
Fase 2.2	Realização de exames de imagens e métodos gráficos	Paciente	1500	Dias	125
7. DECLARAÇÃO DO CONCEDENTE/COOPERANDO					
Declaro, para efeitos e sob as penas da Lei, que inexistente qualquer débito em mora ou situação de inadimplência com a Instituição de Cooperação Intermunicipal do Médio Paraopeba, na forma deste Plano de Trabalho. O quantitativo exposto neste Plano poderá sofrer alterações para mais ou para menos de acordo com a necessidade da Saúde Pública Municipal. Declaro, ainda, que pelo presente Termo de Colaboração ou Convênio não há transferência de recursos.					
NOME/ASSINATURA REPRESENTANTE DO CONCEDENTE/COOPERANDO					
Venho submeter à apreciação de Vossa Excelência o presente Plano de Trabalho para firmar com esta Instituição Termo de Cooperação Técnica/Ensino ou Convênio de Cooperação.					
BETIM, DE DE					
NOME/ASSINATURA REPRESENTANTE DO CONVENENTE/COOPERADO					
8. RESERVADO AO CONCEDENTE					
ANÁLISE DA SECRETARIA EXECUTIVA () DEFERIDO () INDEFERIDO				ANÁLISE DA CONTROLADORIA () DEFERIDO () INDEFERIDO	
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL				ASSINATURA DO RESPONSÁVEL	



Prefeitura Municipal de Bom Despacho
Estado de Minas Gerais
Gabinete do Prefeito

ANEXO V

**DEMANDA DE ESPERA DE CIRURGIA ELETIVA DE MÉDIA
COMPLEXIDADE DE BOM DESPACHO**
TABELA SUS – INCENTIVO PROCIR

DEMANDA DE ESPERA DE CIRURGIA ELETIVA DE MÉDIA COMPLEXIDADE EM BOM DESPACHO

CIRURGIA BARIÁTRICA						
Procedimento	Código Proced.	Demanda	Tabela SUS	Total Sus	Incentivo Procir	Total com Incentivo
GASTROPLASTIA VERTICAL COM BANDA	04.07.01.018-1	1	R\$ 3.850,00	R\$ 3.850,00	R\$ 11.550,00	R\$ 11.550,00
		1		R\$ 3.850,00		R\$ 11.550,00
CIRURGIA OTORRINOLARINGOLOGIA						
Procedimento	Código Proced.	Demanda	Tabela SUS	Total Sus	Incentivo Procir	Total com Incentivo
AMIGDALECTOMIA	04.04.01.002-4	20	R\$ 306,57	R\$ 6.131,40	R\$ 919,71	R\$ 18.394,20
ADENOIDECTOMIA	04.04.01.001-6	5	R\$ 348,18	R\$ 1.740,90	R\$ 503,00	R\$ 2.515,00
AMIGDALECTOMIA/ADENOIDECTOMIA	04.04.01.003-2	29	R\$ 337,22	R\$ 9.779,38	R\$ 990,50	R\$ 28.724,50
TIMPANOPLASTIA (UNI/BILATERAL)	04.04.01.035-0	32	R\$ 618,15	R\$ 19.780,80	R\$ 1.271,48	R\$ 40.687,36
MASTOIDECTOMIA SUBTOTAL	04.04.01.022-9	7	R\$ 483,55	R\$ 3.384,85	R\$ 1.094,10	R\$ 7.658,70
MASTOIDECTOMIA RADICAL	04.04.01.021-0	5	R\$ 757,13	R\$ 3.785,65	R\$ 1.263,60	R\$ 6.318,00
ESTAPEDECTOMIA	04.04.01.010-5	9	R\$ 676,26	R\$ 6.086,34	R\$ 1.529,00	R\$ 13.761,00
SINUSOTOMIA BILATERAL	04.04.01.032-6	3	R\$ 349,24	R\$ 1.047,72	R\$ 599,80	R\$ 1.799,40
EXERESE DE PAPILOMA EM LARINGE	04.04.01.011-3	1	R\$ 163,10	R\$ 163,10	R\$ 612,55	R\$ 612,55
MICROCIRURGIA OTOLÓGICA	04.04.01.023-7	1	R\$ 376,75	R\$ 376,75	R\$ 563,40	R\$ 563,40
SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	04.04.01.048-2	11	R\$ 247,46	R\$ 2.722,06	R\$ 610,90	R\$ 6.719,90
TURBINECTOMIA	04.04.01.041-5	3	R\$ 315,65	R\$ 946,95	R\$ 568,60	R\$ 1.705,80
CIRURGIA MÚLTIPLAS (AMIG/ADENOID/TIMPA/SEPT/TURB)	04.15.01.001-2	81	R\$ 1.500,00	R\$ 121.500,00	R\$ 2.800,00	R\$ 226.800,00
		207		R\$ 177.445,90		R\$ 356.259,81
CIRURGIA UROLOGIA						
Procedimento	Código Proced.	Demanda	Tabela SUS	Total Sus	Incentivo Procir	Total com Incentivo
NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA	04.09.01.023-5	10	R\$ 801,50	R\$ 8.015,00	R\$ 2.404,50	R\$ 24.045,00
NEFROLITOTOMIA PARCIAL	04.09.01.020-0	1	R\$ 841,74	R\$ 841,74	R\$ 2.525,22	R\$ 2.525,22
RESSECÇÃO ENDOSCOPIA DE PRÓSTATA	04.09.03.004-0	3	R\$ 594,68	R\$ 1.784,04	R\$ 1.784,04	R\$ 5.352,12
NEFROLITOTOMIA (URETEROLITOMIA + DUPLO J)	04.09.01.022-7	3	R\$ 818,24	R\$ 2.454,72	R\$ 2.454,72	R\$ 7.364,16
URETEROLITOTOMIA	04.09.01.056-1	2	R\$ 766,11	R\$ 1.532,22	R\$ 2.298,33	R\$ 4.596,66
CISTOLITOMIA E OUJ/ RETIRADA DE CORPO ESTRANHO BEXIGA	04.09.01.006-5	2	R\$ 549,72	R\$ 1.099,44	R\$ 1.649,16	R\$ 3.298,32
URETROPLASTIA (RESSECÇÃO DE CORDA)	04.09.02.012-5	2	R\$ 214,08	R\$ 428,16	R\$ 642,24	R\$ 1.284,48
PLÁSTICA DA BOLSA ESCROTAL	04.09.04.017-7	1	R\$ 178,83	R\$ 178,83	R\$ 536,49	R\$ 536,49
		24		R\$ 16.334,15		R\$ 49.002,45
CIRURGIA EM OFTALMOLOGIA						
Procedimento	Código Proced.	Demanda	Tabela SUS	Total Sus	Incentivo Procir	Total com Incentivo

Planilha1

ESTRABISMO	04.05.02.001-5	6	R\$ 694,88	R\$ 4.169,28	R\$ 2.084,64	R\$ 12.507,84
CALÁZIO	04.05.01.007-9	1	R\$ 45,00	R\$ 45,00	R\$ 135,00	R\$ 135,00
VITRECTOMIA POSTERIOR OLHO ESQUERDO	04.05.03.014-2	3	R\$ 1.619,67	R\$ 4.859,01	R\$ 4.859,01	R\$ 14.577,03
IMPLANTE INTRA-ESTOMAL	04.05.05.014-3	3	R\$ 619,17	R\$ 1.857,51	R\$ 1.857,51	R\$ 5.572,53
CORREÇÃO DE ENTROPIO	04.05.01.001-0	2	R\$ 116,42	R\$ 232,84	R\$ 349,26	R\$ 698,52
FACOMULSIFICAÇÃO C/ IMPLANTE	04.05.05.037-2	260	R\$ 643,00	R\$ 167.180,00	R\$ 1.929,00	R\$ 501.540,00
		275		R\$ 178.343,64		R\$ 535.030,92
CIRURGIA ORTOPÉDICA						
	Procedimento	Demanda	Tabela SUS	Total Sus	Incentivo Procir	Total com Incentivo
ARTRODESE DE MEDIAS/GRANDES ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INF.	04.08.05.003-9	3	R\$ 371,12	R\$ 1.113,36	R\$ 1.113,36	R\$ 3.340,08
RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL	04.08.06.021-2	9	R\$ 91,49	R\$ 823,41	R\$ 274,47	R\$ 2.470,23
ARTRODESE DE MEDIAS/GRANDE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUP.	04.08.02.003-2	7	R\$ 230,37	R\$ 1.612,59	R\$ 691,11	R\$ 4.837,77
TRATAMENTO SÍNDROME COMPRESSIVA EM TÚNEL DO CARPO	04.03.02.012-3	10	R\$ 347,62	R\$ 3.476,20	R\$ 1.042,86	R\$ 10.428,60
RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	04.08.05.016-0	31	R\$ 1.602,18	R\$ 49.667,58	R\$ 4.806,54	R\$ 149.002,74
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA	04.08.05.089-6	15	R\$ 332,26	R\$ 4.983,90	R\$ 996,78	R\$ 14.951,70
OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E PÉ	04.08.06.019-0	3	R\$ 645,68	R\$ 1.937,04	R\$ 1.937,04	R\$ 5.811,12
ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO JOELHO	04.08.05.006-3	10	R\$ 1.154,84	R\$ 11.548,40	R\$ 3.464,52	R\$ 34.645,20
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE METARSO PRIMO VARO	04.08.05.072-1	1	R\$ 268,42	R\$ 268,42	R\$ 805,26	R\$ 805,26
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO RECIDIVANTE/HABITUAL DE ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL	04.08.01.021-5	3	R\$ 379,15	R\$ 1.137,45	R\$ 1.137,45	R\$ 3.412,35
RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS	04.08.06.037-9	5	R\$ 225,16	R\$ 1.125,80	R\$ 675,48	R\$ 3.377,40
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DE MENISCO COM SUTURA MENISCAL	04.08.05.088-8	1	R\$ 578,89	R\$ 578,89	R\$ 1.736,67	R\$ 1.736,67
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HALUX	04.08.05.090-0	1	R\$ 268,42	R\$ 268,42	R\$ 805,26	R\$ 805,26
VIDEOARTROSCOPIA	04.08.06.071-9	16	R\$ 300,00	R\$ 4.800,00	R\$ 900,00	R\$ 14.400,00
REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTO DESCOMPRESSIVOS)	04.08.01.014-2	6	R\$ 295,75	R\$ 1.774,50	R\$ 887,25	R\$ 5.323,50
TRATAMENTO PSEUDARTROSE/RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO/PERDA ÓSSEA DA DIÁFISE FÊMUR	04.08.05.079-9	2	R\$ 759,42	R\$ 1.518,84	R\$ 2.278,26	R\$ 4.556,52
OSTEOTOMIA DE OSSOS DA MÃO E/OU DO PÉ	04.08.06.018-2	2	R\$ 327,25	R\$ 654,50	R\$ 981,75	R\$ 1.963,50
RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR)	04.08.05.017-9	4	R\$ 1.602,18	R\$ 6.408,72	R\$ 4.806,54	R\$ 19.226,16
ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO QUADRIL NÃO CIMENTADA/HÍDRIDA	04.08.04.009-2	1	R\$ 1.214,72	R\$ 1.214,72	R\$ 3.644,16	R\$ 3.644,16
TENOTOMIA/DESINSERÇÃO	04.08.06.046-8	1	R\$ 208,94	R\$ 208,94	R\$ 626,82	R\$ 626,82
REVISÃO CIRÚRGICA DE COTO DE AMPUTAÇÃO DOS DEDOS	04.08.06.042-5	2	R\$ 207,02	R\$ 414,04	R\$ 621,06	R\$ 1.242,12
REALINHAMENTO DO MECANISMO EXTENSOR DO JOELHO	04.08.05.012-8	1	R\$ 273,15	R\$ 273,15	R\$ 819,45	R\$ 819,45
DEDO EM GATILHO	04.08.02.032-6	1	R\$ 241,15	R\$ 241,15	R\$ 723,45	R\$ 723,45
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA- LUXAÇÃO AO NÍVEL DO JOELHO	04.08.05.068-3	1	R\$ 397,15	R\$ 397,15	R\$ 1.191,45	R\$ 1.191,45
TRATAMENTO DE LESÕES OSTEO-CONDRAIS POR FIXAÇÃO OU MOSAICOPLASTIA JOELHO/TORNOZELO	04.08.05.092-6	1	R\$ 1.330,37	R\$ 1.330,37	R\$ 3.991,11	R\$ 3.991,11

REALINHAMENTO DE MECANISMO EXTENSOR DOS DEDOS DA MÃO	04.08.02.012-1	1	R\$ 205,53	R\$ 205,53	R\$ 616,59	R\$ 616,59
ALONGAMENTO/ENC. MIOTENDINOSO	04.08.06.001-8	1	R\$ 253,93	R\$ 253,93	R\$ 761,79	R\$ 761,79
RESSECÇÃO SIMPLES DE TUMOR ÓSSEO	04.08.06.031-0	1	R\$ 368,03	R\$ 368,03	R\$ 1.104,09	R\$ 1.104,09
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SINDACTILIA DA MÃO	04.08.02.062-8	1	R\$ 192,60	R\$ 192,60	R\$ 577,80	R\$ 577,80
FRATURA DE DIAFISE DA TÍBIA	04.08.05.050-0	1	R\$ 846,36	R\$ 846,36	R\$ 2.539,08	R\$ 2.539,08
PSEUDOARTROSE EM TÍBIA D	04.08.05.087-0	1	R\$ 598,61	R\$ 598,61	R\$ 1.795,83	R\$ 1.795,83
ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL	04.08.04.008-4	3	R\$ 1.635,27	R\$ 4.905,81	R\$ 4.905,81	R\$ 14.717,43
FASCIECTOMIA	04.08.06.014-0	1	R\$ 222,95	R\$ 222,95	R\$ 668,85	R\$ 668,85
PSEUDOARTROSE EM PUNHO D	04.08.02.060-1	2	R\$ 229,29	R\$ 458,58	R\$ 687,87	R\$ 1.375,74
ARTRODESE INTERSOMÁTICA	04.08.03.014-3	1	R\$ 2.166,29	R\$ 2.166,29	R\$ 6.498,87	R\$ 6.498,87
LESÃO DA MUSCULATURA DA MÃO	04.08.02.049-0	1	R\$ 222,09	R\$ 222,09	R\$ 666,27	R\$ 666,27
REVISÃO DE COTO DE AMPUTAÇÃO DE DEDOS	04.08.06.042-5	1	R\$ 207,02	R\$ 207,02	R\$ 621,06	R\$ 621,06
DEFORMIDADE ARTICULAR	04.08.06.058-1	3	R\$ 377,00	R\$ 1.131,00	R\$ 3.393,00	R\$ 3.393,00
FRATURA DE PUNHO D	04.08.02.006-7	1	R\$ 246,43	R\$ 246,43	R\$ 739,29	R\$ 739,29
ARTRODESE DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES	04.08.06.005-0	1	R\$ 213,79	R\$ 213,79	R\$ 641,37	R\$ 641,37
OSTECTOMIA DE OSSOS DA MÃO	04.08.06.016-6	1	R\$ 258,61	R\$ 258,61	R\$ 775,83	R\$ 775,83
PSEUDOARTROSE DE UMERO	04.08.02.057-1	1	R\$ 377,31	R\$ 377,31	R\$ 1.131,93	R\$ 1.131,93
HALUX VALGO	04.08.05.091-8	1	R\$ 336,60	R\$ 336,60	R\$ 1.009,80	R\$ 1.009,80
NEUROLISE	04.03.02.007-7	1	R\$ 382,18	R\$ 382,18	R\$ 1.146,54	R\$ 1.146,54
RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DE JOELHO	04.08.05.015-2	1	R\$ 578,89	R\$ 578,89	R\$ 1.736,67	R\$ 1.736,67
		162		R\$ 111.950,15		R\$ 335.850,45

Página 3

Planilha1

ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	04.09.04.013-7	5	R\$ 360,07	R\$ 1.800,35	R\$ 1.080,21	R\$ 5.401,05
HERNIOPLASTIA INGUINAL CRURAL	04.07.04.010-2	5	R\$ 445,51	R\$ 2.227,55	R\$ 1.336,53	R\$ 6.682,65
ESPLENECTOMIA	04.07.03.012-3	3	R\$ 975,98	R\$ 2.927,94	R\$ 2.927,94	R\$ 8.783,82
DEBRIDAMENTO DE ÚLCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS	04.15.04.003-5	1	R\$ 543,08	R\$ 543,08	R\$ 1.629,24	R\$ 1.629,24
RETIRADA DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA	04.06.02.062-0	1	R\$ 20,74	R\$ 20,74	R\$ 62,22	R\$ 62,22
HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	04.07.04.006-4	7	R\$ 559,87	R\$ 3.919,09	R\$ 1.679,61	R\$ 11.757,27
LAPAROTOMIA	04.07.04.016-1	2	R\$ 637,19	R\$ 1.274,38	R\$ 1.911,57	R\$ 3.823,14
HERNIOPLASTIA INGUINAL	04.07.04.010-2	5	R\$ 445,51	R\$ 2.227,55	R\$ 1.336,53	R\$ 6.682,65
HERNIA INGUINAL BILATERAL	04.07.04.009-9	8	R\$ 426,02	R\$ 3.408,16	R\$ 1.278,06	R\$ 10.224,48
EXCISÃO DE SUTURA DE LESÃO DA PELE EM TÊC EM Z	04.01.02.005-3	8	R\$ 356,81	R\$ 2.854,48	R\$ 1.070,43	R\$ 8.563,44
COLECISTECTOMIA	04.07.03.002-6	10	R\$ 695,77	R\$ 6.957,70	R\$ 2.087,31	R\$ 20.873,10
COLECISTECTOMIA VIDEO LAPAROSCÓPICA	04.07.03.003-4	25	R\$ 693,05	R\$ 17.326,25	R\$ 2.079,15	R\$ 51.978,75
HERNIOPLASTIA INCISIONAL	04.07.04.008-0	1	R\$ 539,92	R\$ 539,92	R\$ 1.619,76	R\$ 1.619,76
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE REFLUXO GASTROESOFÁGICO	04.07.01.029-7	1	R\$ 766,06	R\$ 766,06	R\$ 2.298,18	R\$ 2.298,18
FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	04.07.02.027-6	2	R\$ 254,12	R\$ 508,24	R\$ 762,36	R\$ 1.524,72
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA RETO-VAGINAL	04.09.07.023-8	1	R\$ 339,52	R\$ 339,52	R\$ 1.018,56	R\$ 1.018,56
		85		R\$ 47.641,01		R\$ 142.923,03
CIRURGIA PLÁSTICA						
Procedimento	Código Proced.	Demanda	Tabela SUS	Total Sus	Incentivo Procir	Total com Incentivo
DERMOPLIECTOMIA ABDOMINAL NAO ESTETICA (PLASTICA ABDOMINAL)	04.13.04.004-6	1	R\$ 621,84	R\$ 621,84	R\$ 1.865,52	R\$ 1.865,52
PLASTICA MAMARIA FEMININA NAO ESTETICA	04.10.01.007-3	20	R\$ 514,17	R\$ 10.283,40	R\$ 1.542,51	R\$ 30.850,20
TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA	04.13.04.017-8	2	R\$ 741,69	R\$ 1.483,38	R\$ 2.225,07	R\$ 4.450,14
RECONSTRUÇÃO POR MICROCIRURGIA QUALQUER PARTE	04.13.04.026-7	1	R\$ 4.098,37	R\$ 4.098,37	R\$ 12.295,11	R\$ 12.295,11
		24		R\$ 16.486,99		R\$ 49.460,97
CIRURGIA ENDOVASCULAR						
Procedimento	Código Proced.	Demanda	Tabela SUS	Total Sus	Incentivo Procir	Total com Incentivo
ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DAS EXTREMIDADES (C/ STENT REC.)	04.06.04.007-9	1	1065,36	R\$ 1.065,36	R\$ 3.196,08	R\$ 3.196,08
ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DO PESCOÇO OU TRONCO	04.06.04.009-5	1	1065,36	R\$ 1.065,36	R\$ 3.196,08	R\$ 3.196,08
		2		R\$ 2.130,72		R\$ 6.392,16
CIRURGIA CARDIOVASCULAR						
Procedimento	Código Proced.	Demanda	Tabela SUS	Total Sus	Incentivo Procir	Total com Incentivo
VALVULOPLASTIA MITRAL PERCUTÂNEA	04.06.03.012-0	1	R\$ 1.739,19	R\$ 1.739,19	R\$ 5.217,57	R\$ 5.217,57
REVASCULARIZAÇÃO POR PONTE/TROMBOENDARTERECTOMIA FEMOROPOLITEA DISTAL	04.06.02.044-2	1	R\$ 1.457,57	R\$ 1.457,57	R\$ 4.372,71	R\$ 4.372,71

Planilha1

REVASCLARIZAÇÃO MIOCÁRDICA C/ USO DE EXTRACORPÓREA (C/2 OU MAIS ENXERTOS)	04.06.01.093-5	1	R\$ 6.956,37	R\$ 6.956,37	R\$ 20.869,11	R\$ 20.869,11
ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE AORTA VEA CAVA/VASOS ILÍACOS (C/STEND)	04.06.04.002-8	1	R\$ 1.614,75	R\$ 1.614,75	R\$ 4.844,25	R\$ 4.844,25
		4		R\$ 11.767,88		R\$ 35.303,64
Procedimento	Código Proced.	Demanda	Tabela SUS	Total Sus	Incentivo Procir	Total com Incentivo
HEMIFREURETERECTOMIA DE CAROTIDA	04.06.02.037-0	1	R\$ 1.231,36	R\$ 1.231,36	R\$ 3.694,08	R\$ 3.694,08
		1		R\$ 1.231,36		R\$ 3.694,08
CIRURGIA GINECOLÓGICA						
Procedimento	Código Proced.	Demanda	Tabela SUS	Total Sus	Incentivo Procir	Total com Incentivo
VIDEOLAPAROSCOPIA CIRURGICA	04.09.06.029-7	2		R\$ 1.500,00	R\$ 2.800,00	R\$ 5.600,00
CURETAGEM SEMIÓTICA	04.09.06.004-6	29	R\$ 167,42	R\$ 4.855,18	R\$ 502,26	R\$ 14.565,54
HISTERECTOMIA TOTAL	04.09.06.013-5	40	R\$ 634,03	R\$ 25.361,20	R\$ 1.902,09	R\$ 76.083,60
MIOMECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	04.09.06.020-8	1	R\$ 437,46	R\$ 437,46	R\$ 1.312,38	R\$ 1.312,38
TRATAMENTO COM CIRURGIAS MÚLTIPLAS	04.15.01.001-2	1	R\$ 1.500,00	R\$ 1.500,00	R\$ 2.800,00	R\$ 2.800,00
COLPERINEOPLASTIA	04.09.07.005-0	1	R\$ 472,43	R\$ 472,43	R\$ 1.417,29	R\$ 1.417,29
DOFORECTOMIA	04.09.06.021-6	1	R\$ 339,02	R\$ 339,02	R\$ 1.017,06	R\$ 1.017,06
LAQUEADURA TUBARIA	04.09.06.018-6	22	R\$ 339,02	R\$ 7.458,44	R\$ 1.017,06	R\$ 22.375,32
SALPINGOPLASTIA VIDEOLAPAROSCOPICA	04.09.06.026-7	5	R\$ 337,17	R\$ 1.685,85	R\$ 1.011,51	R\$ 5.057,55
HISTERECTOMIA POR VIA VAGINAL	04.09.06.010-0	3	R\$ 460,08	R\$ 1.380,24	R\$ 1.380,24	R\$ 4.140,72
CONIZAÇÃO	04.09.06.003-8	15	R\$ 443,66	R\$ 6.654,90	R\$ 1.330,98	R\$ 19.964,70
COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	04.09.07.005-0	15	R\$ 472,43	R\$ 7.086,45	R\$ 1.417,29	R\$ 21.259,35
OPERAÇÃO DE BURCH	04.09.07.020-3	6	R\$ 457,67	R\$ 2.746,02	R\$ 1.373,01	R\$ 8.238,06
MARSUPIALIZAÇÃO DE GLANDULA DE BARTOLIN	04.09.07.019-0	5	R\$ 139,96	R\$ 699,80	R\$ 2.800,00	R\$ 14.000,00
		146		R\$ 62.176,99		R\$ 197.831,57
CIRURGIA VASCULAR						
Procedimento	Código Proced.	Demanda	Tabela SUS	Total Sus	Incentivo Procir	Total com Incentivo
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL)	04.06.02.056-6	15	R\$ 582,04	R\$ 8.730,60	R\$ 1.746,12	R\$ 26.191,80
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	04.06.02.057-4	30	R\$ 483,37	R\$ 14.501,10	R\$ 1.450,11	R\$ 43.503,30
		45		R\$ 23.231,70		R\$ 69.695,10
		1005		R\$ 668.686,83		R\$ 1.841.283,20

Observação: Foi usado como parâmetro de cálculo o valor de R\$ 1500,00 para tabela SUS e R\$ 2800,00 para incentivo os Procedimentos de Cirurgia Multiplas que não possui valor tabela SIGTAP.



Prefeitura Municipal de Bom Despacho
Estado de Minas Gerais
Gabinete do Prefeito

EM. nº 001/2017/SEMUSA

Bom Despacho, 2 de março de 2017.

Senhor Prefeito

Submeto à apreciação de Vossa Excelência o anexo Projeto de Lei – PL – que autoriza o município de Bom Despacho/MG a celebrar Convênio de Cooperação com a Instituição de Cooperação Intermunicipal do Médio Paraopeba – i.CISMEP. O Município não consegue, por si só, e da forma como é feita a distribuição de valores pelos entes, acabar com a demanda reprimida existente de cirurgias. O Convênio é necessário tanto do ponto de vista prático quanto econômico.

Muitas das cirurgias que constam da lista de espera podem e são realizadas em Bom Despacho. Mas algumas não têm que ser realizadas fora, seja porque não há aqui o especialistas necessário, seja porque o hospital local não tem condições de realizá-las por falta de aparelhagem ou de CTI.

Desta forma, o objetivo da Secretaria Municipal de Saúde com a realização deste Convênio é ter condições de complementar a oferta de serviço e acabar com as demandas de cirurgias nas especialidades de otorrinolaringologia, ortopedia, oftalmologia, urologia, cabeça e pescoço e, se possível, também das demais especialidades, pois nestas, dependemos de dotações orçamentárias e saldo financeiro suficiente.

Atualmente, a Central de Regulação Municipal conta com a seguinte demanda reprimida de procedimentos cirúrgicos eletivos de média e alta complexidade: *a)* otorrinolaringologia: 211 (duzentos e onze); *b)* ortopedia: 162 (cento e sessenta e dois); *c)* oftalmologia: 260 (duzentos e sessenta); *d)* cabeça e pescoço 18 (dezoito); *e)* urologia 23 (vinte e três); *f)* cirurgia geral: 62 (sessenta e dois); *g)* vascular: 71 (setenta e um); *h)* plástica mamária: 22 (vinte e duas); *i)* ginecológica: 104 (cento e quatro); *j)* endovascular e cardiovascular: 6 (seis); *k)* bariátrica: 1 (um); *l)* mastológica: 26 (vinte e seis); e *m)* proctológica: 3 (três); perfazendo, assim, o quantitativo total de 969 (novecentos e sessenta e nove) procedimentos.

A execução do projeto se faz necessária uma vez que o Governo Federal paga ao Município de Bom Despacho/MG apenas o valor da AIH – Autorização de Internação Hospitalar, para realizar tais cirurgias. Este valor está muito aquém do valor que é cobrado pelo mercado. Em consequência, o Município não consegue prestador para executar todos os procedimentos demandados.

O Estado, por sua vez, cria programas específicos como o Pro-hosp. Por meio deste Programa foram realizadas 209 (duzentas e nove) cirurgias em 2016, além de outras 83 (oitenta e três) que foram feitas por meio de Campanhas. Mas, estes números são muito pequenos se comparados com a demanda existente que continua crescendo.

A situação se agrava porque os municípios que são referência para nós, assim como Belo Horizonte e Divinópolis, têm restringido a execução de procedimentos cirúrgicos eletivos,



Prefeitura Municipal de Bom Despacho
Estado de Minas Gerais
Gabinete do Prefeito

alegando que a Programação Pactuada Integrada – PPI está se esgotando com o atendimento em urgência. Isto limita ainda mais o acesso da população bom-despachense a tais procedimentos.

A título de informação, a cidade de Divinópolis, que é referência macrorregional, está pagando três vezes a tabela SUS para o Hospital São João de Deus para atender demanda reprimida daquela cidade.

Vale ressaltar que, mesmo sendo procedimentos eletivos, alguns casos já evoluíram para situações um pouco mais complicadas e demandam celeridade para suas realizações. Desta forma, caso o objeto da presente Exposição de Motivos não se concretize, qual seja, a autorização para que o Município pactue convênio com a i.CISMEP, tais demandas poderão evoluir para urgência e complicar ainda mais a situação.

Diante da situação exposta e considerando que os recursos oriundos da União e do Estado não absorvem a demanda diária, tampouco a demanda reprimida, após reiteradas reuniões a respeito do assunto, decidiu-se potencializar a política de saúde local por meio de investimentos próprios.

Para consolidar tal decisão, a Secretaria Municipal de Saúde iniciou processo para contratação de instituições hospitalares, clínicas, médicos, consórcios e outros municípios, para execução dos procedimentos cirúrgicos.

Em busca de um valor compatível com o mercado, que permitisse economizar dinheiro público, verificou-se que o valor pago por outros municípios, conforme dito alhures (Divinópolis), corresponde ao valor de três vezes a Tabela SUS para cada cirurgia.

No entanto após visita realizada por servidores da Secretaria Municipal de Saúde e da Procuradoria Geral do Município à i.CISMEP, verificou-se que os valores cobrados pela instituição estão aquém dos valores de mercado, conforme tabela anexa que demonstra o valor da tabela SUS paralelo com o valor ofertado pela i.CISMEP.

Também são perceptíveis outras vantagens em pactuar com a i.CISMEP, porque outros procedimentos poderão ser executados com uma economia para o município de 33% (trinta e três por cento) a 40% (quarenta por cento), como por exemplo os exames de imagens e consultas de especialidades médicas.

A efetivação do Convênio com a i.CISMEP aumentará as possibilidades de execução de procedimentos de saúde em larga escala, com valores condizentes com a realidade do SUS Municipal.

São estas, senhor Prefeito, as razões que nos levaram a elaborar o anexo Projeto de Lei, submetendo-o a sua apreciação e posterior envio à Câmara Municipal, se assim for o entendimento de Vossa Excelência.

Atenciosamente,


Neide Aparecida Braga Lopes
Secretária Municipal de Saúde