

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO ALTO URUGUAI
CATARINENSE CIS AMAUC**

EDITAL DE CHAMAMENTO Nº 01/2013

O Presidente do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Uruguai Catarinense – CIS AMAUC, com sede à Rua Marechal Deodoro, 772, 12º andar, Edifício Mirage Offices, na cidade de Concórdia, Estado de Santa Catarina, no uso de suas atribuições, atendendo o disposto no art. 7º, parágrafo único, letra “e”, do Estatuto Social, e consoante com as disposições da Lei nº 8.666/93, TORNA PÚBLICO, que estão abertas inscrições para credenciamento de prestadores de serviços especializados na área da saúde, de acordo com os critérios e normas estabelecidas neste edital.

1. DO OBJETO

Art. 1º O presente Edital destina-se a receber as inscrições para credenciamento de prestadores de serviços especializados na área da saúde, sediados na região do CIS AMAUC, para fins de atendimento em consultas, procedimentos e exames de diagnose.

2. DOS BENEFICIÁRIOS

Art. 2º São beneficiários do presente sistema, os usuários comprovadamente residentes e domiciliados nos municípios pertencentes ao CIS AMAUC, vinculados ao Sistema Único de Saúde – SUS.

Parágrafo único. O beneficiário será encaminhado para atendimento, através da Secretaria Municipal de Saúde do município em que reside, mediante solicitação do médico do Município.

**3. DAS CONSULTAS/ DOS PREÇOS/DO REAJUSTE/DA VIGÊNCIA DO
CREDENCIAMENTO**

Art. 3º As consultas que trata este edital são os descritos na Tabela CIS AMAUC, anexo I.

Art. 4º O CIS AMAUC pagará à CREDENCIADA, pelos serviços efetivamente prestados aos usuários do SUS, os valores correspondentes estabelecidos na Tabela de Procedimentos Médicos, disponível no endereço <https://cisamauc.sc.gov.br>, e nos termos das disposições previstas na Lei nº 4.320/64.

Art. 5º A complementação de valores dar-se-á em conformidade com a Portaria GM/MS nº 1.606, de 11/09/2001.

Art. 6º Os valores fixados na Tabela de Procedimentos Médicos poderão ser reajustados pelos Secretários Municipais de Saúde e submetidos à análise e aprovação da Assembleia Geral de Prefeitos.

Art. 7º O preço fixado pelo CIS AMAUC e aceito pela CREDENCIADA inclui todos os custos e despesas inerentes à prestação dos serviços.

Art. 8º O Contrato de Credenciamento firmado com a CREDENCIADA vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses podendo ser prorrogado.

4. DOCUMENTAÇÃO PARA CREDENCIAMENTO

Art. 9º Para fins de credenciamento, os interessados deverão apresentar cópia da seguinte documentação:

- a) Contrato Social;
- b) CNPJ - Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica;
- c) Inscrição Estadual;
- d) Alvará de Localização;
- e) Alvará Sanitário;
- f) Certidões Negativas de Débito: Municipal, Estadual e Federal;
- g) Certidões Negativas de Débito: INSS e FGTS;
- h) Relação dos serviços ao qual se habilita para credenciamento, de acordo com os códigos da Tabela de Serviços e Valores – Anexo I;
- i) Carteira de Identidade, CPF e Inscrição no Conselho Regional e/ou Federal, dos profissionais que prestarão os serviços;
- j) Diploma de graduação dos profissionais;
- k) Comprovante de residência ou estágio de no mínimo 2 anos, reconhecidos pelo MEC, ou título de especialista na área (somente para médicos);
- l) Contrato ou Convênio de Controle de Qualidade;
- m) Certificado de Regularidade junto ao CRF do Laboratório (para Análises Clínicas);

5. DAS CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

Art. 10º Os serviços de saúde poderão ser prestados em clínicas/hospitais da própria CREDENCIADA ou em clínicas/hospitais de terceiros desde que previamente indicados e aceitos pelo CIS AMAUC.

Art. 11º A CREDENCIADA deverá contar com profissionais habilitados e regularmente inscritos nos respectivos conselhos da categoria.

Art. 12º Os profissionais da CREDENCIADA, assim como a equipe de apoio, obrigam-se a atender os usuários do SUS com respeito, dignidade, equidade e com foco na resolutividade do serviço executado.

Art. 13º A CREDENCIADA não poderá cobrar do paciente/responsável qualquer complementação dos valores pagos pelo Consórcio pelos serviços prestados, sob pena de descredenciamento.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 14º A documentação para habilitação de que trata o presente Edital, deverá ser entregue na sede do CIS AMAUC, de segunda às sextas-feiras, no horário das 08 horas às 11h30min e das 13h30min às 17 horas, a partir do dia 06 de dezembro de 2022.

Art. 15º Após o recebimento e análise da documentação de habilitação, julgada regular, o CIS AMAUC, credenciará os profissionais e instituições necessárias para prestação dos referidos serviços, mediante assinatura do Termo de Credenciamento.

Art. 15º O CIS AMAUC publicará a habilitação da CREDENCIADA, na forma de extrato, no Diário Oficial dos Municípios.

Art. 16º Fazem parte do presente Edital:

- a) Tabela de Serviços e Valores e Serviços (Anexo I);
- b) Minuta do Termo de Credenciamento (Anexo II);
- c) Minuta de solicitação de credenciamento (Anexo III).
- d) Declaração de pagamento do ISSQN (Anexo IV)

Parágrafo único. Os interessados no credenciamento poderão obter o presente edital e anexos, acessando a página <https://cisamauc.sc.gov.br>, ou diretamente na sede do CIS AMAUC, no endereço mencionado no preâmbulo deste edital, ou obter informações pelo telefone (49) 3482-3525.

Art. 17º O CIS AMAUC, justificando, reserva-se o direito de anular ou revogar este Edital de Chamamento de Interessados a qualquer momento, sem que caiba reclamação ou indenização de qualquer espécie.

Art. 18º Os casos omissos no presente Edital serão analisados pela Comissão especialmente nomeada para este fim.

Art. 19º O desatendimento das condições estabelecidas no presente edital poderá ensejar o descredenciamento da CREDENCIADA, assegurando o direito do contraditório e da ampla defesa

7. DO DESCREDENCIAMENTO

Art. 20º Fica facultado à CREDENCIADA, a qualquer tempo, solicitar o seu descredenciamento do CIS AMAUC, mediante simples notificação com, no mínimo, 30 (trinta) dias de antecedência.

Concórdia - SC, 06 de dezembro de 2022.

VANDERLEI CANCI
Presidente CIS AMAUC

MARLON GABRIEL CANDEIA
Diretor Executivo CIS AMAUC

ROBERTO KURTZ PEREIRA
Secretário Administrativo AMAUC

ANEXO I TABELA DE VALORES: JANEIRO 2024

ALERGIA E IMUNOLOGIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 80,00	R\$ 90,00
ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
EXAME CITOPATOLÓGICO HORMONAL SERIADO (MÍNIMO 3 COLETAS)	02.03.01.002-7	R\$ 20,96	R\$ 31,11	R\$ 52,07
EXAME CITOPATOLÓGICO CÉRVICO-VAGINAL/MICROFLORA	02.03.01.001-9	R\$ 13,72	R\$ 1,48	R\$ 15,20
IMUNOHISTOQUÍMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR-MÁXIMO 6 POR PACOTE)	02.03.02.004-9	R\$ 131,52	R\$ 339,38	R\$ 470,90
EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DE MAMA - BIÓPSIA	02.03.02.006-5	R\$ 45,83	R\$ 47,24	R\$ 93,07
EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DE COLO UTERINO - BIÓPSIA	02.03.02.008-1	R\$ 40,78	R\$ 9,08	R\$ 49,86
EXAME ANATOMOPATOLÓGICO (PEÇA CIRÚRGICA - EXCETO COLO UTERINO)	02.03.02.003-0	R\$ 40,78	R\$ 52,29	R\$ 93,07
PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS EM LÂMINAS DE PAAF (ATÉ 5)	4747	R\$ 0,00	R\$ 93,07	R\$ 93,07
COLORAÇÃO ESPECIAL (POR COLORAÇÃO)	90255	R\$ 0,00	R\$ 49,86	R\$ 49,86
PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS EM MARGENS CIRÚRGICAS	4746	R\$ 0,00	R\$ 68,33	R\$ 68,33
ANESTESIOLOGIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 80,00	R\$ 90,00
ANESTESIA GERAL	04.17.01.004-4	R\$ 84,00	R\$ 248,40	R\$ 332,40
ANGIOLOGIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 80,00	R\$ 90,00
BIÓPSIA (COLETA DE MATERIAIS)				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
BIÓPSIA DE PRÓSTATA GUIADA POR ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA VIA TRANSRETAL	02.01.01.041-0	R\$ 92,38	R\$ 249,32	R\$ 341,70
BIÓPSIA DE ÂNUS E CANAL ANAL	02.01.01.004-6	R\$ 18,46	R\$ 22,54	R\$ 41,00
BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA (LÍNGUA, LÁBIO, MUCOSA, CAVIDADE BUCAL)	02.01.01.052-6	R\$ 21,56	R\$ 46,78	R\$ 68,34
BIÓPSIA DE PÁLPEBRA (DERMATOLOGIA)	02.01.01.035-6	R\$ 18,33	R\$ 15,82	R\$ 34,15
BIÓPSIA DE PELE E PARTES MOLES (PELE, TECIDO CELULAR OU GÂNGLIOS SUBCUTÂNEOS, PAREDE A)	02.01.01.037-2	R\$ 25,83	R\$ 84,97	R\$ 110,80
BIÓPSIA DE PAVILHÃO AURICULAR (DERMATOLOGIA)	02.01.01.036-4	R\$ 14,66	R\$ 19,49	R\$ 34,15
BIÓPSIA/PUNÇÃO DE TUMORES SUPERFICIAIS DE PELE (DERMATOLOGIA)	02.01.01.002-0	R\$ 14,10	R\$ 33,72	R\$ 47,82
PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA	02.01.01.058-5	R\$ 66,48	R\$ 275,21	R\$ 341,69
BIÓPSIA DE TIREÓIDE OU PARATIREÓIDE -PAAF (COM AGULHAMENTO)	02.01.01.047-0	R\$ 23,73	R\$ 269,55	R\$ 293,28
BIÓPSIA DO COLO UTERINO	02.01.01.066-6	R\$ 18,33	R\$ 17,12	R\$ 35,45
BIÓPSIA DE MAMA GUIADA POR ULTRASSONOGRRAFIA DE MAMAS	5200	R\$ 0,00	R\$ 341,69	R\$ 341,69
COLETA DE PAAF DE ÓRGÃO OU ESTRUTURAS SUPERFICIAIS	4742	R\$ 0,00	R\$ 129,00	R\$ 129,00
BIÓPSIA DE RIM POR PUNÇÃO – GUIADA POR ULTRASSONOGRRAFIA	5894	R\$ 46,19	R\$ 353,81	R\$ 400,00
BIÓPSIA DE FÍGADO POR PUNÇÃO – GUIADA POR ULTRASSONOGRRAFIA	5895	R\$ 71,15	R\$ 328,85	R\$ 400,00
CARDIOLOGIA				

PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 80,00	R\$ 90,00
ELETROCARDIOGRAMA (EEG)	02.11.02.003-6	R\$ 5,15	R\$ 33,63	R\$ 38,78
ECOCARDIOGRAFIA FETAL	5886	R\$ 0,00	R\$ 350,00	R\$ 350,00
ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA	02.05.01.003-2	R\$ 39,94	R\$ 233,41	R\$ 273,35
HOLTER (MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HORAS – 3 CANAIS)	02.11.02.004-4	R\$ 30,00	R\$ 155,87	R\$ 185,87
MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DA PRESSÃO ARTERIAL- MAPA	02.11.02.005-2	R\$ 10,07	R\$ 158,91	R\$ 168,98
TESTE ERGOMÉTRICO OU ESFORÇO	02.11.02.006-0	R\$ 30,00	R\$ 106,67	R\$ 136,67
CINTILOGRAFIAS				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO / NECROSE (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)	02.08.01.004-1	R\$ 166,47	R\$ 77,00	R\$ 243,47
CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA CAMARAS CARDIACAS/REPOUSO (MÍN. 3 PR.)	02.08.01.008-4	R\$ 176,72	R\$ 130,05	R\$ 306,77
CINTILOGRAFIA PARA QUANTIFICAÇÃO DE "SHUNT" DA DIREITA PARA ESQUERDA	02.08.01.006-8	R\$ 142,57	R\$ 65,94	R\$ 208,51
CINTILOGRAFIA PARA AVALIAÇÃO DE FLUXO SANGUÍNEO DAS EXTREMIDADES	02.08.01.005- 0	R\$ 114,02	R\$ 52,73	R\$ 166,75
CINT. SINCRON. CÂMARAS CARDÍACAS-ESFORÇO (MÍN. 2 PROJEÇÕES)	02.08.01.007 -6	R\$ 214,85	R\$ 99,37	R\$ 314,22
CINT. MIOCÁRDIO/PERFUSÃO - ESTRESSE (MÍN. 03 PROJEÇÕES)	02.08.01.002-5	R\$ 408,52	R\$ 300,62	R\$ 709,14
CINT. MIOCÁRDIO/PERFUSÃO - REPOUSO (MÍN. 03 PROJEÇÕES)	02.08.01.003-3	R\$ 383,07	R\$ 281,89	R\$ 664,96
CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE DIVERTÍCULO DE MECKEL	02.08.02.008-0	R\$ 114,86	R\$ 84,52	R\$ 199,38
CINTILOGRAFIA PARA AVALIAÇÃO DE ESVAZIAMENTO ESOFÁGICO (LÍQUIDOS)	02.08.02.005-5	R\$ 135,38	R\$ 99,61	R\$ 234,99
CINTILOGRAFIA PARA AVALIAÇÃO DE ESVAZIAMENTO GÁSTRICO	02.08.02.007-1	R\$ 114,22	R\$ 120,77	R\$ 234,99
DETERMINAÇÃO DE FLUXO SANGUÍNEO REGIONAL	02.08.01.009-2	R\$ 123,93	R\$ 57,31	R\$ 181,24
CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE REFLUXO GASTROESOFÁGICO	02.08.02.011-0	R\$ 135,38	R\$ 99,61	R\$ 234,99
CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE HEMORRAGIA NÃO ATIVA	02.08.02.010-1	R\$ 310,82	R\$ 228,73	R\$ 539,55
CINTILOGRAFIA GLÂNDULAS SALIVARES C/ OU S/ESTÍMULO (MÍN 4 IMAGENS)	02.08.02.003-9	R\$ 87,89	R\$ 64,68	R\$ 152,57
CINTILOGRAFIA PARA ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFÁGICO (SEMI-SÓLIDOS)	02.08.02.006-3	R\$ 135,38	R\$ 99,61	R\$ 234,99
CINTILOGRAFIA DO FÍGADO E BAÇO - MÍNIMO 05 IMAGENS	02.08.02.001-2	R\$ 133,26	R\$ 98,06	R\$ 231,32
CINTILOGRAFIA DO FÍGADO E VIAS BILIARES	02.08.02.002-0	R\$ 187,93	R\$ 138,29	R\$ 326,22
CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE HEMORRAGIAS ATIVAS	02.08.02.009-8	R\$ 157,23	R\$ 115,70	R\$ 272,93
CINTILOGRAFIA DA TIREÓIDE COM OU SEM CAPTAÇÃO (I 131)	02.08.03.002-6	R\$ 77,28	R\$ 56,86	R\$ 134,14
CINTILOGRAFIA DA TIREÓIDE COM TESTE DE SUPRESSÃO/ ESTÍMULO	02.08.03.003-4	R\$ 107,30	R\$ 49,63	R\$ 156,93
TESTE DO PERCLORATO COM RADIOISÓTOPO	02.08.03.005-0	R\$ 107,40	R\$ 49,68	R\$ 157,08
CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DO CORPO INTEIRO (PCI)	02.08.03.004-2	R\$ 338,70	R\$ 249,24	R\$ 587,94
CINTILOGRAFIA DE PARATIREÓIDE	02.08.03.001-8	R\$ 324,54	R\$ 238,82	R\$ 563,36
CINTILOGRAFIA RENAL (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)	02.08.04.005-6	R\$ 133,03	R\$ 464,66	R\$ 597,69
CINTILOGRAFIA TESTICULAR (BOLSA ESCROTAL)	02.08.04.003-0	R\$ 108,94	R\$ 50,37	R\$ 159,31
DETERMINAÇÃO DA FILTRAÇÃO GLOMERULAR COM RADIOISÓTOPOS	02.08.04.008-0	R\$ 63,22	R\$ 29,24	R\$ 92,46
DETERMINAÇÃO DO FLUXO PLASMÁTICO RENAL COM RADIOISÓTOPOS	02.08.04.009-9	R\$ 63,22	R\$ 29,24	R\$ 92,46
CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA	02.08.04.007-2	R\$ 144,50	R\$ 106,34	R\$ 250,84
CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA	02.08.04.006-4	R\$ 122,97	R\$ 90,48	R\$ 213,45
CINT. ARTICULAÇÕES E/OU EXTREMIDADES COM OU SEM FLUXO SANGUÍNEO	02.08.05.001-9	R\$ 180,32	R\$ 83,40	R\$ 263,72
CINTILOGRAFIA ÓSSEA COM OU SEM FLUXO SANGUÍNEO (CORPO INTEIRO)	02.08.05.003-5	R\$ 190,99	R\$ 140,54	R\$ 331,53
ESTUDO DO FLUXO SANGUÍNEO CEREBRAL	02.08.06.003-0	R\$ 119,16	R\$ 55,11	R\$ 174,27

CISTERNOCINTILOGRAFIA (MÍNIMO 05 IMAGENS)	02.08.06.002-2	R\$ 205,34	R\$ 151,11	R\$ 356,45
PERFUSÃO CEREBRAL	02.08.06.001-4	R\$ 438,01	R\$ 322,19	R\$ 760,20
LINFOCINTILOGRAFIA	02.08.08.004-0	R\$ 141,33	R\$ 104,00	R\$ 245,33
CINTILOGRAFIA CORPO INTEIRO COM GÁLIO 67 - EXCLUSIVO P/ DOENÇA DE HODGKIN	02.08.09.001-0	R\$ 906,80	R\$ 419,45	R\$ 1.326,25
CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)	02.08.09.003-7	R\$ 289,43	R\$ 212,99	R\$ 502,42
CINTILOGRAFIA DE PULMAO C/ GALIO 67	02.08.07.001-0	R\$ 457,55	R\$ 753,30	R\$ 1.210,85
CINTILOGRAFIA DE CORAÇÃO COM GALIO 67	02.08.01.001-7	R\$ 457,55	R\$ 211,64	R\$ 669,19
CINTILOGRAFIA DE RIM COM GALIO 67	02.08.04.002-1	R\$ 457,55	R\$ 211,64	R\$ 669,19
CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO OSSEO COM GALIO 67	02.08.05.004-3	R\$ 457,55	R\$ 211,64	R\$ 669,19
CINTILOGRAFIA PULMONAR (INALAÇÃO) COM MÍNIMO DE 02 PROJEÇÕES	02.08.07.003-6	R\$ 128,12	R\$ 59,25	R\$ 187,37
CINTILOGRAFIA PULMONAR PARA PESQUISA DE ASPIRAÇÃO	02.08.07.002-8	R\$ 127,51	R\$ 59,86	R\$ 187,37
CINTILOGRAFIA PULMONAR (PERFUSÃO) - MÍNIMO DE 04 PROJEÇÕES	02.08.07.004-4	R\$ 130,50	R\$ 96,04	R\$ 226,54
CINTILOGRAFIA SISTEMA RETÍCULO-ENDOTELIAL (MEDULA ÓSSEA)	02.08.08.001-5	R\$ 112,61	R\$ 82,86	R\$ 195,47
DEMONSTRAÇÃO DE SEQUESTRO DE HEMÁCIAS PELO BAÇO COM RADIOISÓTOPOS	02.08.08.002-3	R\$ 97,37	R\$ 45,03	R\$ 142,40
DETERMINAÇÃO DE SOBREVIDA DE HEMÁCIAS COM RADIOISÓTOPOS	02.08.08.003-1	R\$ 54,36	R\$ 25,14	R\$ 79,50
CINTILOGRAFIA DA GLÂNDULA LACRIMAL - DACRIOCINTILOGRAFIA	02.08.09.002-9	R\$ 66,23	R\$ 48,74	R\$ 114,97
IMUNO CINTILOGRAFIA (ANTICORPOS MONOCLONAL)	02.08.02.012-8	R\$ 1.103,26	R\$ 241,40	R\$ 1.344,66
ESTUDO RENAL DINÂMICO C/OUS/DIRÉTICO	02.08.04.010-2	R\$ 164,24	R\$ 327,98	R\$ 492,22
TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO (PLUMER –ATE 30MCI)	03.03.12.006-1	R\$ 443,70	R\$ 326,53	R\$ 770,23
TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO GRAVE	03.03.12.007-0	R\$ 359,70	R\$ 264,70	R\$ 624,40
CIRURGIA GERAL				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 80,00	R\$ 90,00
CLÍNICA GERAL				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 80,00	R\$ 90,00
COLOCAÇÃO DE SONDA NASO ENTÉRICA				
COLOCAÇÃO DE SONDA NASO ENTÉRICA (INCLUI MATERIAL E RAIOS X)	5893	R\$ 28,00	R\$ 72,00	R\$ 100,00
COMPLEMENTO PARA CIRURGIAS ELETIVAS COM AIH DE CAMPANHA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
COMPLEMENTAÇÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS COM AIH DE CAMPANHA	9900012	R\$ 0,00	R\$ 443,20	R\$ 443,20
DENSITOMETRIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGÉTICA DE COLUNA VÉRTEBRAS LOMBARES E/OU FÊMUR	02.04.06.002-8	R\$ 55,10	R\$ 76,75	R\$ 131,85
DERMATOLOGIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 80,00	R\$ 90,00

BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA (LÍNGUA, LÁBIO, MUCOSA, CAVIDADE BUCAL)	02.01.01.052-6	R\$ 21,56	R\$ 46,78	R\$ 68,34
BIÓPSIA DE PÁLPEBRA	02.01.01.035-6	R\$ 18,33	R\$ 15,82	R\$ 34,15
BIÓPSIA PELE E PARTES MOLES (PELE, TECIDO CELULAR OU GÂNGLIOS SUBCUTÂNEOS, PAREDE ABDOMINAL)	02.01.01.037-2	R\$ 25,83	R\$ 84,97	R\$ 110,80
BIÓPSIA DE PAVILHÃO AURICULAR	02.01.01.036-4	R\$ 14,66	R\$ 19,49	R\$ 34,15
BIÓPSIA/ PUNÇÃO DE TUMORES SUPERFICIAIS DE PELE	02.01.01.002-0	R\$ 14,10	R\$ 33,72	R\$ 47,82
FOTOTERAPIA (SESSÃO – POR SEGMENTO)	03.03.08.010-8	R\$ 4,00	R\$ 23,32	R\$ 27,32
ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÃO CUTÂNEA – 05 LESÕES	04.01.01.004-0	R\$ 11,84	R\$ 143,28	R\$ 155,12
CRIOTERAPIA (ATÉ 05 LESÕES)	4791	R\$ 0,00	R\$ 110,80	R\$ 110,80
EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBÁCEO E LIPOMA	04.01.01.007-4	R\$ 12,46	R\$ 186,98	R\$ 199,44
CAUTERIZAÇÃO/ELETROCAUTERIZAÇÃO/CRIOCAUTERIZAÇÃO CONDILOMA	4724	R\$ 0,00	R\$ 385,00	R\$ 385,00
ENDOCRINOLOGIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 80,00	R\$ 90,00
ENDODONTIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
ACESSO A POLPA DENTARIA E MEDICACAO (POR DENTE)	03.07.02.001-0	R\$ 0,00	R\$ 175,00	R\$ 175,00
CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECANICO	03.07.02.002-9	R\$ 0,00	R\$ 150,00	R\$ 150,00
TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE DECÍDUO	03.07.02.003-7	R\$ 5,59	R\$ 480,00	R\$ 485,59
TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR	03.07.02.004-5	R\$ 5,71	R\$ 420,00	R\$ 425,71
TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE PERMANENTE COM TRÊS OU MAIS RAÍZES	03.07.02.005-3	R\$ 6,95	R\$ 420,00	R\$ 426,95
TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	03.07.02.006-1	R\$ 4,41	R\$ 420,00	R\$ 424,41
PULPOTOMIA DENTÁRIA	03.07.02.007-0	R\$ 0,00	R\$ 192,50	R\$ 192,50
RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR	03.07.02.008-8	R\$ 5,71	R\$ 420,00	R\$ 425,71
RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE COM 3 OU MAIS RAÍZES	03.07.02.009-6	R\$ 6,95	R\$ 420,00	R\$ 426,95
RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR	03.07.02.010-0	R\$ 4,41	R\$ 420,00	R\$ 424,41
SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR	03.07.02.0118	R\$ 2,56	R\$ 350,00	R\$ 352,56
EQUOTERAPIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
EQUOTERAPIA	4619	R\$ 0,00	R\$ 27,70	R\$ 27,70
FISIATRIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 80,00	R\$ 90,00
FISIOTERAPIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA FISIOTERAPIA	03.01.01.004-8	R\$ 6,30	R\$ 70,70	R\$ 77,00
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS	03.02.01.002-5	R\$ 4,67	R\$ 20,33	R\$ 25,00
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS (GERAL)	03.02.05.002-7	R\$ 4,67	R\$ 20,33	R\$ 25,00
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLIC	03.02.04.001-3	R\$ 6,35	R\$ 18,65	R\$ 25,00

ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICA	03.02.04.002-1	R\$ 4,67	R\$ 20,33	R\$ 25,00
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS CIRURGIA CARDIOVASCULAR	03.02.04.004-8	R\$ 6,35	R\$ 18,65	R\$ 25,00
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	03.02.04.003-0	R\$ 4,67	R\$ 20,33	R\$ 25,00
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS OPERATÓRIO DE NEUROLOGIA	03.02.06.005-7	R\$ 6,35	R\$ 18,65	R\$ 25,00
ASSISTÊNCIA DOMICILIAR POR EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.05.003-1	R\$ 18,29	R\$ 26,03	R\$ 44,32

FONOAUDIOLOGIA

PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA FONOAUDIOLOGIA	03.01.01.004-8	R\$ 6,30	R\$ 70,70	R\$ 77,00
TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INDIVIDUAL	03.01.07.011-3	R\$ 10,90	R\$ 39,10	R\$ 50,00
AUDIOMETRIA DE CAMPO LIVRE	021.107.003-3	R\$ 20,13	R\$ 18,21	R\$ 38,34
AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AÉREA/ ÓSSEA)	02.11.07.004-1	R\$ 21,00	R\$ 17,34	R\$ 38,34
POTENCIAL EVOCADO PARA TRIAGEM AUDITIVA - BERA	02.11.07.027-0	R\$ 13,51	R\$ 187,76	R\$ 201,27
EMISSÕES OTOACUSTICAS EVOCADAS PARA TRIAGEM AUDITIVA - TESTE ORELHINHA	02.11.07.014-9	R\$ 13,51	R\$ 3,27	R\$ 16,78
IMITANCIOMETRIA	02.11.07.020-3	R\$ 23,00	R\$ 20,81	R\$ 43,81
LOGOAUDIOMETRIA (LDV/IRF/LRF)	02.11.07.021-1	R\$ 26,25	R\$ 12,53	R\$ 38,78
PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL	02.11.07.034-3	R\$ 9,36	R\$ 258,55	R\$ 267,91

GASTROENTEROLOGIA

PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 80,00	R\$ 90,00
BIOPSIA DE ANUS E CANAL ANAL	02.01.01.004-6	R\$ 18,46	R\$ 22,54	R\$ 41,00
COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	02.09.01.002-9	R\$ 112,66	R\$ 297,37	R\$ 410,03
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (EDA) COM TESTE DE UREASE - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	02.09.01.003-7	R\$ 48,16	R\$ 195,60	R\$ 243,76
RETOSSIGMOIDOSCOPIA	02.09.01.005-3	R\$ 23,13	R\$ 154,54	R\$ 177,67
POLIPECTOMIA (ATÉ TRÊS PÓLIPOS)	04.07.01.025-4	R\$ 29,84	R\$ 199,51	R\$ 229,35
RETIRADA DE PÓLIPO DE TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA - POLIPECTOMIA (ATÉ TRÊS PÓLIPOS)	04.07.01.025-4	R\$ 29,84	R\$ 199,51	R\$ 229,35
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA	04.07.01.024-6	R\$ 31,26	R\$ 154,88	R\$ 186,14
MUCOSECTOMIA	5891	R\$ 0,00	R\$ 750,00	R\$ 750,00

GERIATRIA

PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 80,00	R\$ 90,00

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 80,00	R\$ 90,00
BIOPSIA DO COLO UTERINO	02.01.01.066-6	R\$ 18,33	R\$ 17,12	R\$ 35,45
COLPOSCOPIA	02.11.04.002-9	R\$ 3,38	R\$ 61,99	R\$ 65,37
CRIOCAUTERIZACAO / ELETROCOAGULACAO DE COLO DE UTERO	03.09.03.004-8	R\$ 11,26	R\$ 67,40	R\$ 78,66
CAUTERIZAÇÃO/ELETROCAUTERIZAÇÃO/CRIOCAUTERIZAÇÃO DE CONDILOMA	4724	R\$ 0,00	R\$ 385,00	R\$ 385,00

HEMATOLOGIA

PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 80,00	R\$ 90,00
INFECTOLOGIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 80,00	R\$ 90,00
MASTOLOGIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 80,00	R\$ 90,00
MEDICINA HIPERBÁRICA- OXIGENOTERAPIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 90,00
SESSÃO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA	4666	R\$ 0,00	R\$ 350,00	R\$ 350,00
NEFROLOGIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 80,00	R\$ 90,00
NEUROLOGIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 80,00	R\$ 90,00
ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGÍLIA COM OU SEM FOTO ESTÍMULO	02.11.05.002-4	R\$ 11,34	R\$ 99,46	R\$ 110,80
ELETROENCEFALOGRAFIA SONO INDUZIDO COM OU SEM MEDICAMENTO	02.11.05.003-2	R\$ 25,00	R\$ 85,80	R\$ 110,80
ELETRONEUROMIOGRAFIA DE FACE	4757	R\$ 0,00	R\$ 347,91	R\$ 347,91
ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MEMBROS INFERIORES - MI	4750	R\$ 0,00	R\$ 426,58	R\$ 426,58
ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MEMBROS SUPERIORES - MS	4751	R\$ 0,00	R\$ 426,58	R\$ 426,58
ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MEMBROS INFERIORES E SUPERIORES - MI/MS	4752	R\$ 0,00	R\$ 542,92	R\$ 542,92
TESTE DE ESTIMULAÇÃO REPETITIVA	4661	R\$ 0,00	R\$ 354,56	R\$ 354,56
POLISSONOGRAMA	02.11.05.010-5	R\$ 125,00	R\$ 373,60	R\$ 498,60
NEUROPSICOLOGIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA (INCLUI APLICAÇÃO DO TESTE DE WISC-IV)	5890	R\$ 0,00	R\$ 150,00	R\$ 150,00
NUTRICIONISTA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA NUTRIÇÃO	03.01.01.004-8	R\$ 6,30	R\$ 70,70	R\$ 77,00
SESSÃO DE NUTRICIONISTA	1001	R\$ 2,81	R\$ 42,19	R\$ 45,00
ODONTOPEDIATRIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA CIRURGIÃO ODONTOPEDIATRA	03.01.01.004-8	R\$ 6,30	R\$ 70,70	R\$ 77,00
TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE DECÍDUO (ANTERIOR E POSTERIOR)	03.07.02.003-7	R\$ 5,59	R\$ 326,81	R\$ 332,40

RADIOGRAFIA ODONTOLÓGICA PERIAPICAL/INTERPROXIMAL (CADA)	02.04.01.022-5	R\$ 0,00	R\$ 30,00	R\$ 30,00
OFTALMOLOGIA				
(a consulta de Oftalmologia inclui: Gonioscopia, Fundoscopia, check-up de Glaucoma e Tonometria)				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 80,00	R\$ 90,00
BIOMETRIA ULTRASSONICA (MONOCULAR)	02.11.06.001-1	R\$ 24,24	R\$ 34,53	R\$ 58,77
BIÓPSIA DE CONJUNTIVA (MONOCULAR)	02.01.01.009-7	R\$ 31,10	R\$ 27,67	R\$ 58,77
BIÓPSIA DE Córnea (MONOCULAR)	02.01.01.011-9	R\$ 68,62	R\$ 60,54	R\$ 129,16
BIÓPSIA DE ESCLERA (MONOCULAR)	02.01.01.018-6	R\$ 68,62	R\$ 60,54	R\$ 129,16
BIÓPSIA DE IRIS E CORPO CILIAR, RETINA CORÓIDE, VÍTREO E TUMOR (MONOCULAR)	02.01.01.024-0	R\$ 199,21	R\$ 169,81	R\$ 369,02
CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRÁFICO (MONOCULAR)	02.11.06.003-8	R\$ 40,00	R\$ 107,61	R\$ 147,61
CERATOMETRIA (MONOCULAR)	02.11.06.005-4	R\$ 3,37	R\$ 55,40	R\$ 58,77
CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO OCULAR CDPO (MÍNIMO TRÊS MEDIDAS) (MONOCULAR)	02.11.06.006-2	R\$ 10,11	R\$ 10,19	R\$ 20,30
ELETRO-OCULOGRAFIA (BINOCULAR)	02.11.06.007-0	R\$ 24,24	R\$ 32,95	R\$ 57,19
ELETRORETINOGRAMA (BINOCULAR)	02.11.06.008-9	R\$ 24,24	R\$ 32,95	R\$ 57,19
FOTOCOAGULAÇÃO A LASER	04.05.03.004-5	R\$ 107,61	R\$ 257,25	R\$ 364,86
MAPEAMENTO DE RETINA (MONOCULAR)	02.11.06.012-7	R\$ 24,24	R\$ 32,95	R\$ 57,19
MICROSCOPIA ESPECULAR DE Córnea (MONOCULAR)	02.11.06.014-3	R\$ 24,24	R\$ 32,95	R\$ 57,19
PAQUIMETRIA ULTRASSONICA (MONOCULAR)	02.05.02.002-0	R\$ 14,81	R\$ 14,71	R\$ 29,52
POTENCIAL VISUAL EVOCADO (MONOCULAR)	02.11.06.016-0	R\$ 24,24	R\$ 21,87	R\$ 46,11
RETINOGRAMA FLUORESCENTE (BINOCULAR)	02.11.06.018-6	R\$ 64,00	R\$ 175,86	R\$ 239,86
RETINOGRAMA COLORIDA (BINOCULAR)	02.11.06.017-8	R\$ 24,68	R\$ 21,43	R\$ 46,11
TESTE DE PROVOCAÇÃO DE GLAUCOMA (MONOCULAR)	02.11.06.020-8	R\$ 6,74	R\$ 9,86	R\$ 16,60
TESTE PARA ADAPTAÇÃO DE LENTE DE CONTATO (MONOCULAR)	02.11.06.024-0	R\$ 12,34	R\$ 17,18	R\$ 29,52
TESTE ORTÓPTICO (BINOCULAR)	02.11.06.023-2	R\$ 12,34	R\$ 17,18	R\$ 29,52
TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA - OCT (BINOCULAR)	4.15.01.14-4	R\$ 0,00	R\$ 182,82	R\$ 182,82
TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Córnea – CERATOSCOPIA (BINOCULAR)	02.11.06.026-7	R\$ 24,24	R\$ 20,51	R\$ 44,75
ULTRASSONOGRAMA DE GLOBO OCULAR/ ORBITA (MONOCULAR)	02.05.02.008-9	R\$ 24,20	R\$ 49,53	R\$ 73,73
CAPSULOTOMIA A YAG LASER	04.05.05.002-0	R\$ 112,77	R\$ 408,77	R\$ 521,54
CAUTERIZAÇÃO DA Córnea (MONOCULAR)	04.05.05.003-8	R\$ 19,14	R\$ 26,97	R\$ 46,11
CICLOCRIOAGULAÇÃO/DIATERMIA (MONOCULAR)	04.05.05.004-6	R\$ 587,51	R\$ 63,45	R\$ 650,96
CICLODIÁLISE (MONOCULAR)	04.05.05.005-4	R\$ 453,41	R\$ 151,79	R\$ 605,20
CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ASTIGMATISMO SECUNDÁRIO (MONOCULAR)	04.05.05.006-2	R\$ 19,14	R\$ 26,97	R\$ 46,11
CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ENTRÓPIO E ECTRÓPIO (MONOCULAR)	04.05.01.001-0	R\$ 203,74	R\$ 91,47	R\$ 295,21
CORREÇÃO CIRÚRGICA DE EPICANTO E TELECANTO (MONOCULAR)	04.05.01.002-8	R\$ 278,90	R\$ 30,12	R\$ 309,02
CORREÇÃO CIRÚRGICA DE HÉRNIA DE IRIS (MONOCULAR)	04.05.05.007-0	R\$ 259,20	R\$ 346,00	R\$ 605,20
CORREÇÃO CIRÚRGICA DE LAGOFTALMO (MONOCULAR)	04.05.04.001-6	R\$ 282,08	R\$ 30,46	R\$ 312,54
EPILAÇÃO DE CÍLIOS (MONOCULAR)	04.05.01.006-0	R\$ 22,93	R\$ 23,18	R\$ 46,11
EXERESE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DE PÁLPEBRA E SUPERCÍLIOS (UNILATERAL)	04.05.01.007-9	R\$ 78,75	R\$ 8,50	R\$ 87,25
EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA (MONOCULAR)	04.05.05.008-9	R\$ 82,28	R\$ 111,45	R\$ 193,73
FACECTOMIA SEM IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR (INCLUI VITRECTOMIA ANTERIOR QDO NECESSÁRIO) (MONOCULAR)	04.05.05.010-0	R\$ 483,60	R\$ 259,91	R\$ 743,51
FACECTOMIA COM LENTE INTRA-OCULAR (LENTE INCLUÍDA NO VALOR) (MONOCULAR)	04.05.05.009-7	R\$ 531,60	R\$ 378,03	R\$ 909,63
INJEÇÃO RETROBULAR/PERIBULBAR (MONOCULAR)	04.05.04.013-0	R\$ 22,93	R\$ 23,18	R\$ 46,11

IRIDECTOMIA CIRÚRGICA (MONOCULAR)	04.05.05.017-8	R\$ 297,46	R\$ 446,05	R\$ 743,51
OCLUSÃO DE PONTO LACRIMAL (MONOCULAR)	04.05.01.010-9	R\$ 19,14	R\$ 26,97	R\$ 46,11
PARACENTESE DE CÂMARA ANTERIOR (MONOCULAR)	04.05.05.020-8	R\$ 82,28	R\$ 109,60	R\$ 191,88
RADIAÇÃO PARA CROSS-LINKING CORNEANO	04.05.05.040-2	R\$ 372,72	R\$ 1.150,78	R\$ 1.523,50
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA ANTERIOR DO OLHO (MONOCULAR)	04.05.05.024-0	R\$ 335,72	R\$ 284,23	R\$ 619,95
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÓRNEA (MONOCULAR)	04.05.05.025-9	R\$ 25,00	R\$ 21,11	R\$ 46,11
SIMBLEFAROPLASTIA (MONOCULAR)	04.05.01.014-1	R\$ 203,74	R\$ 80,40	R\$ 284,14
SONDA DE VIAS LACRIMAIS	04.05.01.016-8	R\$ 22,93	R\$ 23,18	R\$ 46,11
SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL COM SEDAÇÃO (BINOCULAR)	04.05.01.015-0	R\$ 203,73	R\$ 80,41	R\$ 284,14
SUTURA DE CONJUNTIVA (MONOCULAR)	04.05.05.029-1	R\$ 82,28	R\$ 109,60	R\$ 191,88
SUTURA DE CÓRNEA (MONOCULAR)	04.05.05.030-5	R\$ 164,08	R\$ 140,37	R\$ 304,45
SUTURA DE ESCLERA (MONOCULAR)	04.05.03.009-6	R\$ 161,19	R\$ 137,73	R\$ 298,92
SUTURA DE PÁLPEBRAS (MONOCULAR)	04.05.01.017-6	R\$ 143,99	R\$ 49,74	R\$ 193,73
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BLEFAROCALASE (BINOCULAR)	04.05.01.018-4	R\$ 95,42	R\$ 188,72	R\$ 284,14
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEISCÊNCIA DE SUTURA DE ESCLERA (MONOCULAR)	04.05.03.010-0	R\$ 159,37	R\$ 135,85	R\$ 295,22
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE XANTELASMA (MONOCULAR)	04.05.04.019-9	R\$ 116,42	R\$ 167,72	R\$ 284,14
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO (MONOCULAR)	04.05.05.036-4	R\$ 209,55	R\$ 364,48	R\$ 574,03
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TRIQUIASE COM OU SEM ENXERTO (MONOCULAR)	04.05.01.019-2	R\$ 278,90	R\$ 30,12	R\$ 309,02
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MIIASE PALPEBRAL (MONOCULAR)	04.05.03.011-8	R\$ 22,93	R\$ 23,18	R\$ 46,11
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE NEOPLASIA DE ESCLERA (MONOCULAR)	04.05.03.012-6	R\$ 240,38	R\$ 368,51	R\$ 608,89
TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL (INCLUI TRATAMENTO DE BLEFAROCALASE) E COLOBOMA DE PÁLPEBRA (MONOCULAR)	04.05.04.020-2	R\$ 449,44	R\$ 159,45	R\$ 608,89
TRABECULECTOMIA (INCLUI A IRIDECTOMIA) (BINOCULAR)	04.05.05.032-1	R\$ 898,35	R\$ 97,02	R\$ 995,37
VITRECTOMIA ANTERIOR (MONOCULAR)	04.05.03.013-4	R\$ 381,08	R\$ 373,16	R\$ 754,24
FACOEMULSIFICAÇÃO C/IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR DOBRAVEL (INCLUÍDA NO VALOR) (MONOCULAR)	04.05.05.037-2	R\$ 771,60	R\$ 552,35	R\$ 1.323,95
TRANSPLANTE DE CÓRNEA (MONOCULAR)	05.05.01.009-7	R\$ 2.070,00	R\$ 452,92	R\$ 2.522,92
RETIRADA DE GLOBO OCULAR UNI/BILATERAL PARA TRANSPLANTE (BINOCULAR)	05.03.03.005-8	R\$ 322,38	R\$ 32,24	R\$ 392,92

ONCOLOGIA

PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 80,00	R\$ 90,00

ORTOPEDIA

PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 80,00	R\$ 90,00
ATENDIMENTO ORTOPÉDICO COM IMOBILIZAÇÃO PROVISÓRIA	03.01.06.010-0	R\$ 13,00	R\$ 4,76	R\$ 17,76
AMPUTAÇÃO DE DEDO - POR DEDO	04.08.06.004-2	R\$ 338,03	R\$ 36,51	R\$ 374,54
BIÓPSIA DE LESÃO DE PARTES MOLES (POR AGULHA/CÉU ABERTO)	02.01.01.026-7	R\$ 114,36	R\$ 42,82	R\$ 157,18
BIÓPSIA DE MEDULA ÓSSEA	02.01.01.027-5	R\$ 200,00	R\$ 43,76	R\$ 243,76
BIÓPSIA DE MÚSCULO	02.01.01.028-3	R\$ 18,33	R\$ 7,63	R\$ 25,96
BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE	02.01.01.034-8	R\$ 23,99	R\$ 25,21	R\$ 49,20
BIÓPSIA DE OSSO/ CARTILAGEM DA CINTURA ESCAPULAR (POR AGULHA/ CÉU ABERTO)	02.01.01.030-5	R\$ 182,75	R\$ 67,35	R\$ 250,10
BIÓPSIA DE OSSO/ CARTILAGEM DE MEMBRO INFERIOR (POR AGULHA/ CÉU ABERTO)	02.01.01.032-1	R\$ 188,78	R\$ 69,53	R\$ 258,31
BIÓPSIA DE OSSO/CARTILAGEM DE CINTURA PÉLVICA (POR AGULHA/CÉU ABERTO)	02.01.01.031-3	R\$ 183,39	R\$ 68,08	R\$ 251,47
BIÓPSIA DE OSSO/CARTILAGEM DE MEMBRO SUPERIOR (POR AGULHA/CÉU ABERTO)	02.01.01.033-0	R\$ 188,26	R\$ 70,05	R\$ 258,31

BURSECTOMIA	04.08.06.008-5	R\$ 213,63	R\$ 23,07	R\$ 236,70
FASCIOTOMIA DE MEMBRO SUPERIOR	04.08.02.010-5	R\$ 200,51	R\$ 21,66	R\$ 222,17
INFILTRAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS EM CAVIDADE SINOVIAL (ARTICULAÇÃO, BAINHA TENDINOSA)	03.03.09.003-0	R\$ 5,63	R\$ 5,45	R\$ 11,08
MANIPULAÇÃO ARTICULAR	04.08.06.015-8	R\$ 122,01	R\$ 13,18	R\$ 135,19
PUNÇÃO PARA ESVAZIAMENTO	02.01.01.064-0	R\$ 13,25	R\$ 5,87	R\$ 19,12
RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL	04.08.06.021-2	R\$ 91,49	R\$ 9,88	R\$ 101,37
RESSECÇÃO DE EXOSTOSE	04.08.06.022-0	R\$ 28,42	R\$ 16,31	R\$ 44,73
RESSECÇÃO MUSCULAR	04.08.06.030-1	R\$ 203,29	R\$ 21,96	R\$ 225,25
RETIRADA DE FIO OU PINO INTRAÓSSEO	04.08.06.035-2	R\$ 151,66	R\$ 16,38	R\$ 168,04
REVISÃO COM TROCA DE APARELHO GESSADO EM MEMBRO SUPERIOR	03.03.09.009-0	R\$ 22,21	R\$ 9,22	R\$ 31,43
REVISÃO COM TROCA DE APARELHO GESSADO EM MEMBROS INFERIORES	03.03.09.007-3	R\$ 25,31	R\$ 11,59	R\$ 36,90
REVISÃO E TROCA DE APARELHO GESSADO EM LESÃO DE COLUNA VERTEBRAL	03.03.09.011-1	R\$ 27,32	R\$ 23,25	R\$ 50,57
REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA E FRATURA-LUXAÇÃO AO NÍVEL DA CINTURA ESCAPULAR	04.08.01.012-6	R\$ 44,28	R\$ 19,09	R\$ 63,37
REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA/LESÃO FISÁRIA NO PUNHO	04.08.02.017-2	R\$ 107,24	R\$ 11,58	R\$ 118,82
REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO/FRATURA-LUXAÇÃO DE JOELHO	04.08.05.026-8	R\$ 108,25	R\$ 11,69	R\$ 119,94
REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA OU LESÃO FISÁRIA DO JOELHO	04.08.05.025-0	R\$ 112,50	R\$ 12,15	R\$ 124,65
REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA/LESÃO FISÁRIA DO EXTREMO PROXIMAL DE UMERO	04.08.02.016-4	R\$ 126,01	R\$ 13,61	R\$ 139,62
REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO OU FRATURA/LUXAÇÃO ESCÁPULO UMERAL	04.08.01.013-4	R\$ 165,99	R\$ 17,93	R\$ 183,92
REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA-LUXAÇÃO DE TORNOZELO	04.08.05.021-7	R\$ 141,04	R\$ 15,23	R\$ 156,27
REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DE OSSOS DO TARSO	04.08.05.024-1	R\$ 114,44	R\$ 12,36	R\$ 126,80
REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA/LESÃO FISÁRIA DOS MATATARSIANOS	04.08.05.020-9	R\$ 114,44	R\$ 12,36	R\$ 126,80
REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO FÊMUR/PATELAR	04.08.05.027-6	R\$ 108,25	R\$ 11,69	R\$ 119,94
REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO/FRATURA LUXAÇÃO DE COTOVELO	04.08.02.022-9	R\$ 269,80	R\$ 29,14	R\$ 298,94
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE POLIDACTILIA NÃO ARTICULADO	04.08.06.065-4	R\$ 28,42	R\$ 16,31	R\$ 44,73
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RUTURA DO APARELHO EXTENSOR DO DEDO	04.08.06.068-9	R\$ 28,42	R\$ 16,31	R\$ 44,73
TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA NA CINTURA ESCAPULAR (COM IMOBILIZAÇÃO)	03.03.09.012-0	R\$ 36,59	R\$ 13,98	R\$ 50,57
OTORRINOLARINGOLOGIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 80,00	R\$ 90,00
AUDIOMETRIA DE CAMPO LIVRE	021.107.00-33	R\$ 20,13	R\$ 18,21	R\$ 38,34
BIÓPSIA DE FARINGE	02.01.01.019-4	R\$ 19,06	R\$ 21,93	R\$ 40,99
BIÓPSIA DE PIRÂMIDE NASAL	02.01.01.039-9	R\$ 18,33	R\$ 22,66	R\$ 40,99
BIÓPSIA DE SEIOS PARANASAIS	02.01.01.044-5	R\$ 18,33	R\$ 50,01	R\$ 68,34
ELETROGUSTOMETRIA	02.11.07.013-0	R\$ 1,37	R\$ 32,78	R\$ 34,15
VIDEOLARINGOSCOPIA E LARINGOSCOPIA	02.09.04.002-5	R\$ 47,14	R\$ 89,53	R\$ 136,67
DRENAGEM DE ABSCESSO FARÍNGEO	04.04.01.005-9	R\$ 22,56	R\$ 18,44	R\$ 41,00
DRENAGEM DE FURÚNCULO NO CONDUTO AUDITIVOEXTERNO	04.04.01.007-5	R\$ 14,66	R\$ 26,33	R\$ 40,99
DUCHA DE POLITZER (UNI/BILATERAL)	04.04.01.009-1	R\$ 11,28	R\$ 29,71	R\$ 40,99
INCISÃO E DRENAGEM DE ABSCESSO	04.01.01.010-4	R\$ 11,84	R\$ 29,15	R\$ 40,99
INFILTRAÇÃO MEDICAMENTOSA EM CORNETO INFERIOR	04.04.01.015-6	R\$ 11,28	R\$ 43,38	R\$ 54,66
AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AÉREA/ ÓSSEA)	02.11.07.004-1	R\$ 21,00	R\$ 17,34	R\$ 38,34
POTENCIAL EVOCADO PARA TRIAGEM AUDITIVA - BERA	02.11.07.027-0	R\$ 13,51	R\$ 187,76	R\$ 201,27

EMISSÕES OTOACUSTICAS EVOCADAS PARA TRIAGEM AUDITIVA - TESTE ORELHINHA	02.11.07.014-9	R\$ 13,51	R\$ 3,27	R\$ 16,78
GUSTOMETRIA	02.11.07.019-0	R\$ 1,92	R\$ 19,68	R\$ 21,60
IMITANCIOMETRIA	02.11.07.020-3	R\$ 23,00	R\$ 20,81	R\$ 43,81
LOGOAUDIOMETRIA (LDV/IRF/LRF)	02.11.07.021-1	R\$ 26,25	R\$ 12,53	R\$ 38,78
PESQUISA DE PARES CRANIANOS	02.11.07.025-4	R\$ 1,37	R\$ 20,23	R\$ 21,60
PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL	02.11.07.034-3	R\$ 9,36	R\$ 258,55	R\$ 267,91
TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR E POSTERIOR	04.04.01.034-2	R\$ 17,00	R\$ 51,34	R\$ 68,34
NASOFRIBROLARINGOSCOPIA	4793	R\$ 0,00	R\$ 242,65	R\$ 242,65
PEDIATRIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 80,00	R\$ 90,00
PNEUMOLOGIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 80,00	R\$ 90,00
BRONCOSCOPIA (BRONCOFIBROSCOPIA)	02.09.04.001-7	R\$ 36,02	R\$ 168,99	R\$ 205,01
ESPIROGRAFIA COM DETERMINAÇÃO DO VOLUME RESIDUAL	02.11.08.001-2	R\$ 2,78	R\$ 79,22	R\$ 82,00
ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA CIM BRONCODILATADOR	02.11.08.005-5	R\$ 6,36	R\$ 91,08	R\$ 97,44
GASOMETRIA	02.11.08.002-0	R\$ 2,78	R\$ 2,68	R\$ 5,46
PRÁTICAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARES (ACUPUNTURA)				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
SESSÃO DE ACUPUNTURA APLICAÇÃO DE VENTOSAS/MOXA	03.09.05.001-4	R\$ 3,67	R\$ 29,57	R\$ 33,24
SESSÃO DE ACUPUNTURA INSERÇÃO DE AGULHAS	03.09.05.002-2	R\$ 4,13	R\$ 34,65	R\$ 38,78
PROCTOLOGIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 80,00	R\$ 90,00
BIOPSIA DE ANUS E CANAL ANAL	02.01.01.004-6	R\$ 18,46	R\$ 22,54	R\$ 41,00
COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	02.09.01.002-9	R\$ 112,66	R\$ 297,37	R\$ 410,03
RETOSSIGMOIDOSCOPIA	02.09.01.005-3	R\$ 23,13	R\$ 154,55	R\$ 177,68
POLIPECTOMIA (ATÉ 03 PÓLIPOS)	04.07.01.025-4	R\$ 29,84	R\$ 199,51	R\$ 229,35
RETIRADA DE PÓLIPO DE TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA - POLIPECTOMIA (ATÉ TRÊS PÓLIPOS)	04.07.01.025-4	R\$ 29,84	R\$ 199,51	R\$ 229,35
MUCOSECTOMIA	5891	R\$ 0,00	R\$ 750,00	R\$ 750,00
PSICOLOGIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA ESPECIALIZADA PSICOLOGIA	03.01.01.004-8	R\$ 6,30	R\$ 70,70	R\$ 77,00
ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA (SESSÃO)	03.01.08.017-8	R\$ 2,81	R\$ 42,19	R\$ 45,00
PSICOPEDAGOGIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA ESPECIALIZADA PSICOPEDAGOGIA	03.01.01.004-8	R\$ 6,30	R\$ 70,70	R\$ 77,00
ACOMPANHAMENTO PSICOPEDAGÓGICO DE PACIENTE EM REABILITAÇÃO	03.01.07.005-9	R\$ 17,67	R\$ 27,33	R\$ 45,00

PSIQUIATRIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 108,00	R\$ 118,00
REUMATOLOGIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 80,00	R\$ 90,00
TERAPIA OCUPACIONAL				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA EM TERAPIA OCUPACIONAL – AVALIAÇÃO	5888	R\$ 0,00	R\$ 77,00	R\$ 77,00
TERAPIA INDIVIDUAL DE TERAPEUTA OCUPACIONAL	5889	R\$ 0,00	R\$ 75,00	R\$ 75,00
UROLOGIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 80,00	R\$ 90,00
AVALIAÇÃO URODINÂMICA COMPLETA	02.11.09.001-8	R\$ 7,62	R\$ 375,07	R\$ 382,69
BIÓPSIA DE PRÓSTATA GUIADA POR ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA VIA TRANRETAL	02.01.01.041-0	R\$ 8,82	R\$ 332,88	R\$ 341,70
CISTOMETRIA SIMPLES (CISTOSCOPIA)	02.11.09.004-2	R\$ 92,38	R\$ 249,32	R\$ 341,70
LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA (ONDA DE CHOQUE PARCIAL/COMPLETA EM 1 REGIÃO RENAL)	03.09.03.012-9	R\$ 172,00	R\$ 590,30	R\$ 762,30
LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA (ONDA DE CHOQUE TRATAMENTO SUBSEQUENTE EM 1 REGIÃO RENA)	03.09.03.010-2	R\$ 172,00	R\$ 590,30	R\$ 762,30
URETROCISTOGRAFIA	02.04.05.017-0	R\$ 52,11	R\$ 47,89	R\$ 100,00
UROFLUXOMETRIA	02.11.09.007-7	R\$ 8,82	R\$ 291,18	R\$ 300,00
VASCULAR				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 80,00	R\$ 90,00
ECODOPPLER BILATERAL	4721	R\$ 0,00	R\$ 402,20	R\$ 402,20
ECODOPPLER UNILATERAL	4720	R\$ 0,00	R\$ 243,76	R\$ 243,76
TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES UNILATERAL	03.09.07.001-5	R\$ 300,78	R\$ 364,02	R\$ 664,80
TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES BILATERAL	03.09.07.002-3	R\$ 392,62	R\$ 936,98	R\$ 1.329,60
EXAMES DE IMAGEM				
ANGIORRESSONÂNCIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
ANGIORRESSONÂNCIA CEREBRAL	02.07.01.001-3	R\$ 268,75	R\$ 107,97	R\$ 376,72
ANGIORRESSONÂNCIA DE CRÂNIO/PESCOÇO - ARTERIAL OU VENOSA	4667	R\$ 0,00	R\$ 376,72	R\$ 376,72
ANGIORRESSONÂNCIA DE TÓRAX - ARTERIAL OU VENOSA	4668	R\$ 0,00	R\$ 376,72	R\$ 376,72
ANGIORRESSONÂNCIA DE ABDOMEN/PELVE - ARTERIAL OU VENOSA	4669	R\$ 0,00	R\$ 376,72	R\$ 376,72
CONTRASTE PARA ANGIORRESSONÂNCIA	4673	R\$ 0,00	R\$ 121,88	R\$ 121,88

ANGIOTOMOGRAFIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
ANGIOTOMOGRAFIA CRÂNIO E VERTEBRAIS	4674	R\$ 0,00	R\$ 282,54	R\$ 282,54
ANGIOTOMOGRAFIA CAROTIDAS/AORTA ABDOMINAL E ELICAS / ARTERIAS ILICAS	4675	R\$ 0,00	R\$ 282,54	R\$ 282,54
ANGIOTOMOGRAFIA DE MEMBROS INFERIORES	4676	R\$ 0,00	R\$ 282,54	R\$ 282,54
ANGIOTOMOGRAFIA DE MEMBROS SUPERIORES	5902	R\$ 0,00	R\$ 282,54	R\$ 282,54
CONTRASTE PARA ANGIOTOMOGRAFIA	4710	R\$ 0,00	R\$ 166,20	R\$ 166,20
ECODOPPLER				
PROCEDIMENTO	CÓD. SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
ECODOPPLER TRANSCRANIANO	02.05.02.001-1	R\$ 117,00	R\$ 126,76	R\$ 243,76
ECODOPPLER DE CARÓTIDAS E VERTEBRAIS	4722	R\$ 0,00	R\$ 199,44	R\$ 199,44
ECODOPPLER BILATERAL	4721	R\$ 0,00	R\$ 402,20	R\$ 402,20
ECODOPPLER UNILATERAL	4720	R\$ 0,00	R\$ 243,76	R\$ 243,76
ECODOPPLER DE TIREOIDE	4787	R\$ 0,00	R\$ 199,44	R\$ 199,44
ECODOPPLER TRANSVAGINAL	4789	R\$ 0,00	R\$ 199,44	R\$ 199,44
ECODOPPLER DE BOLSA ESCROTAL	4788	R\$ 0,00	R\$ 199,44	R\$ 199,44
ECODOPPLER ORGÃOS OU ESTRUTURAS SUPERFICIAIS	4671	R\$ 0,00	R\$ 199,44	R\$ 199,44
RADIODIAGNÓSTICO				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CLISTER OPACO COM DUPLO CONTRASTE	02.04.05.001-4	R\$ 47,76	R\$ 38,33	R\$ 86,09
COLANGIOGRAFIA PÓS-OPERATÓRIA	02.04.05.003-0	R\$ 32,61	R\$ 35,73	R\$ 68,34
DUODENOGRAMA HIPOTÔNICA	02.04.05.004-9	R\$ 34,52	R\$ 37,91	R\$ 72,43
ESCANOMETRIA	02.04.06.003-6	R\$ 7,77	R\$ 19,55	R\$ 27,32
MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	02.04.03.018-8	R\$ 45,00	R\$ 43,84	R\$ 88,84
MAMOGRAFIA UNILATERAL	02.04.03.003-0	R\$ 22,50	R\$ 21,91	R\$ 44,41
RADIOGRAFIA ABDÔMEN AGUDO (MÍNIMO DE 3 INCIDÊNCIAS)	02.04.05.012-0	R\$ 15,30	R\$ 14,77	R\$ 30,07
RADIOGRAFIA ARCADA ZIGOMÁTICA MALAR (AP+OBLIQUAS)	02.04.01.004-7	R\$ 6,96	R\$ 12,16	R\$ 19,12
RADIOGRAFIA BILATERAL DE ÓRBITAS (PA+OBLÍQUAS+HIRTZ)	02.04.01.003-9	R\$ 8,38	R\$ 17,58	R\$ 25,96
RADIOGRAFIA CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	02.04.01.006-3	R\$ 6,88	R\$ 12,24	R\$ 19,12
RADIOGRAFIA DE ABDÔMEN (AP+LATERAL/LOCALIZADA)	02.04.05.011-1	R\$ 10,73	R\$ 19,34	R\$ 30,07
RADIOGRAFIA DE ABDÔMEN SIMPLES (AP)	02.04.05.013-8	R\$ 10,73	R\$ 9,76	R\$ 20,49
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO	02.04.04.001-9	R\$ 6,42	R\$ 14,07	R\$ 20,49
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR	02.04.04.002-7	R\$ 7,40	R\$ 15,83	R\$ 23,23
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL	02.04.06.006-0	R\$ 7,77	R\$ 16,83	R\$ 24,60
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL	02.04.04.003-5	R\$ 7,40	R\$ 15,83	R\$ 23,23
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESTERNO CLAVICULAR	02.04.04.004-3	R\$ 7,40	R\$ 15,78	R\$ 23,18
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO SACRO-ILÍACA	02.04.06.007-9	R\$ 7,77	R\$ 16,82	R\$ 24,59
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR BILATERAL	02.04.01.005-5	R\$ 8,38	R\$ 17,58	R\$ 25,96
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TÍBIO-TÁRSICA	02.04.06.008-7	R\$ 6,50	R\$ 13,99	R\$ 20,49
RADIOGRAFIA DE BACIA	02.04.06.009-5	R\$ 7,77	R\$ 16,82	R\$ 24,59
RADIOGRAFIA DE BRAÇO	02.04.04.005-1	R\$ 7,77	R\$ 15,46	R\$ 23,23
RADIOGRAFIA DE CALCÂNEO	02.04.06.010-9	R\$ 6,50	R\$ 13,99	R\$ 20,49
RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA	02.04.04.006-0	R\$ 7,40	R\$ 13,09	R\$ 20,49
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP+LATERAL+TO/FLEXÃO)	02.04.02.004-2	R\$ 8,19	R\$ 16,40	R\$ 24,59
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP+LATERAL+TO+OBLÍQUAS)	02.04.02.003-4	R\$ 8,33	R\$ 16,26	R\$ 24,59

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL/DINÂMICA	02.04.02.005-0	R\$ 10,29	R\$ 14,31	R\$ 24,60
RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO SACRA	02.04.02.006-9	R\$ 10,96	R\$ 17,73	R\$ 28,69
RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO SACRA (C/OBLIQUAS)	02.04.02.007-7	R\$ 14,90	R\$ 22,37	R\$ 37,27
RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA	02.04.02.008-5	R\$ 16,88	R\$ 18,65	R\$ 35,53
RADIOGRAFIA DE COLUNA TORÁCICA (AP+LATERAL)	02.04.02.009-3	R\$ 9,16	R\$ 15,44	R\$ 24,60
RADIOGRAFIA DE COLUNA TÓRACO-LOMBAR	02.04.02.010-7	R\$ 9,73	R\$ 18,96	R\$ 28,69
RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINÂMICA	02.04.02.011-5	R\$ 15,58	R\$ 19,95	R\$ 35,53
RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUNA TOTAL-TELESPONDILOGRAFIA (P/ ESCOLIOSE)	02.04.02.013-1	R\$ 0,00	R\$ 60,94	R\$ 60,94
RADIOGRAFIA DE CORAÇÃO E VASOS DA BASE (PA+LATERAL+OBLÍQUA)	02.04.03.005-6	R\$ 14,32	R\$ 18,47	R\$ 32,79
RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITÓRAX)	02.04.03.007-2	R\$ 8,37	R\$ 14,86	R\$ 23,23
RADIOGRAFIA DE COTOVELO	02.04.04.007-8	R\$ 5,90	R\$ 14,59	R\$ 20,49
RADIOGRAFIA DE COXA	02.04.06.011-7	R\$ 8,94	R\$ 15,65	R\$ 24,59
RADIOGRAFIA DE CRÂNIO (PA+LATERAL)	02.04.01.008-0	R\$ 7,52	R\$ 11,60	R\$ 19,12
RADIOGRAFIA DE CRÂNIO (PA+LATERAL+OBLÍQUA/BRETTON+HIRTZ)	02.04.01.007-1	R\$ 9,15	R\$ 16,81	R\$ 25,96
RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MÃO	02.04.04.008-6	R\$ 5,62	R\$ 14,87	R\$ 20,49
RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (3 POSIÇÕES)	02.04.04.011-6	R\$ 7,98	R\$ 15,25	R\$ 23,23
RADIOGRAFIA DE ESÔFAGO	02.04.03.008-0	R\$ 19,24	R\$ 21,75	R\$ 40,99
RADIOGRAFIA DE ESTÔMAGO E DUODENO	02.04.05.014-6	R\$ 35,22	R\$ 31,73	R\$ 66,95
RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRÂNSITO)	02.04.05.015-4	R\$ 47,59	R\$ 27,57	R\$ 75,16
RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP+ LATERAL)	02.04.06.012-5	R\$ 6,78	R\$ 13,71	R\$ 20,49
RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP+LATERAL+AXIAL)	02.04.06.013-3	R\$ 7,16	R\$ 13,33	R\$ 20,49
RADIOGRAFIA DE LARINGE	02.04.01.009-8	R\$ 5,74	R\$ 12,02	R\$ 17,76
RADIOGRAFIA DE MÃO	02.04.04.009-4	R\$ 6,30	R\$ 14,19	R\$ 20,49
RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO (P/DETERMINAÇÃO DE IDADE ÓSSEA)	02.04.04.010-8	R\$ 6,00	R\$ 14,49	R\$ 20,49
RADIOGRAFIA DE MASTÓIDE/ROCHEDOS (BILATERAL)	02.04.01.010-1	R\$ 9,03	R\$ 16,93	R\$ 25,96
RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLÍQUA)	02.04.01.011-0	R\$ 7,20	R\$ 11,92	R\$ 19,12
RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA+PERFIL)	02.04.03.010-2	R\$ 8,73	R\$ 14,50	R\$ 23,23
RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN+LATERAL+HIRTZ)	02.04.01.012-8	R\$ 8,38	R\$ 17,58	R\$ 25,96
RADIOGRAFIA DE PÉ/DEDOS DO PÉ	02.04.06.015-0	R\$ 6,78	R\$ 13,71	R\$ 20,49
RADIOGRAFIA DE PERNA	02.04.06.016-8	R\$ 8,94	R\$ 15,65	R\$ 24,59
RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP+LATERAL+OBLÍQUA)	02.04.04.012-4	R\$ 6,91	R\$ 13,58	R\$ 20,49
RADIOGRAFIA DE REGIÃO ORBITÁRIA (LOCALIZAÇÃO DE CORPO ESTRANHO)	02.04.01.013-6	R\$ 7,98	R\$ 19,34	R\$ 27,32
RADIOGRAFIA DE REGIÃO SACRO-COCCIGEA	02.04.02.012-3	R\$ 7,80	R\$ 16,80	R\$ 24,60
RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN+MN+LATERAL+HIRTZ)	02.04.01.014-4	R\$ 7,32	R\$ 11,80	R\$ 19,12
RADIOGRAFIA DE SELA TÚRSICA (PA+LATERAL+BRETTON)	02.04.01.015-2	R\$ 7,20	R\$ 11,92	R\$ 19,12
RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA E PERFIL)	02.04.03.015-3	R\$ 9,50	R\$ 13,73	R\$ 23,23
RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA)	02.04.03.017-0	R\$ 6,88	R\$ 10,91	R\$ 17,79
RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA+INSPIRAÇÃO+EXPIRAÇÃO+LATERAL)	02.04.03.013-7	R\$ 14,32	R\$ 18,48	R\$ 32,80
RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA+LATERAL+OBLÍQUA)	02.04.03.014-5	R\$ 12,02	R\$ 15,30	R\$ 27,32
RADIOGRAFIA DE TÓRAX ÁPICO-LORDÓTICA	02.04.03.012-9	R\$ 5,56	R\$ 12,20	R\$ 17,76
RADIOGRAFIA DO ESTERNO	02.04.03.009-9	R\$ 7,98	R\$ 15,25	R\$ 23,23
RADIOGRAFIA PANORÂMICA MEMBROS INFERIORES	02.04.06.017-6	R\$ 9,29	R\$ 13,94	R\$ 23,23
RADIOGRAFIA PERIAPICAL	02.04.01.022-5	R\$ 0,00	R\$ 16,62	R\$ 16,62
URETROCISTOGRAFIA	02.04.05.017-0	R\$ 52,11	R\$ 47,89	R\$ 100,00
UROGRAFIA VENOSA (EXCRETORA)	02.04.05.018-9	R\$ 57,40	R\$ 56,03	R\$ 113,43

RADIODIAGNÓSTICO ODONTOLÓGICO				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
RADIOGRAFIA PANORÂMICA ODONTOLÓGICA COM LAUDO E TRAÇADO	5898	R\$ 0,00	R\$ 90,00	R\$ 90,00
RADIOGRAFIA PANORÂMICA ODONTOLÓGICA + ATM	5899	R\$ 0,00	R\$ 180,00	R\$ 180,00
RADIOGRAFIA ODONTOLÓGICA DE ATM	5900	R\$ 0,00	R\$ 90,00	R\$ 90,00
RADIOGRAFIA ODONTOLÓGICA PERIAPICAL/INTERPROXIMAL (CADA)	20.40.10.22-5	R\$ 0,00	R\$ 30,00	R\$ 30,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
RM DE CORAÇÃO/AORTA C/CINE	02.07.02.001-9	R\$ 361,25	R\$ 192,75	R\$ 554,00
RM MEMBROS SUPERIORES (UNILATERAL)	02.07.02.002-7	R\$ 268,75	R\$ 107,97	R\$ 376,72
RM MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	02.07.03.003-0	R\$ 268,75	R\$ 107,97	R\$ 376,72
RM COLUNA LOMBO SACRA	02.07.01.004-8	R\$ 268,75	R\$ 107,97	R\$ 376,72
RM DE COLUNA TORÁCICA	02.07.01.005-6	R\$ 268,75	R\$ 107,97	R\$ 376,72
RM DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	02.07.01.003-0	R\$ 268,75	R\$ 107,97	R\$ 376,72
RM DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	02.07.01.002-1	R\$ 268,75	R\$ 107,97	R\$ 376,72
RM DE BACIA/PELVE/ABDOMEN INFERIOR	02.07.03.002-2	R\$ 268,75	R\$ 107,97	R\$ 376,72
RM DE SELA TÚRCICA	02.07.01.007-2	R\$ 268,75	R\$ 107,97	R\$ 376,72
RM CRÂNIO	02.07.01.006-4	R\$ 268,75	R\$ 107,97	R\$ 376,72
RM VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA	02.07.03.004-9	R\$ 268,75	R\$ 285,25	R\$ 554,00
RM DE ABDÔMEN SUPERIOR	02.07.03.001-4	R\$ 268,75	R\$ 107,97	R\$ 376,72
RM DE BOCA	00.00.00.467-0	R\$ 0,00	R\$ 376,72	R\$ 376,72
RM DE ORBITAS	00.00.00.467-1	R\$ 0,00	R\$ 376,72	R\$ 376,72
RM DE FACE	00.00.00.467-2	R\$ 0,00	R\$ 376,72	R\$ 376,72
RM DE OUVIDO	00.00.00.467-3	R\$ 0,00	R\$ 376,72	R\$ 376,72
RM DE TÓRAX	02.07.02.003-5	R\$ 268,75	R\$ 107,97	R\$ 376,72
CONTRASTE PARA RESSONÂNCIA	4708	R\$ 0,00	R\$ 83,10	R\$ 83,10
SEDAÇÃO PARA RESSONÂNCIA	4709	R\$ 0,00	R\$ 277,00	R\$ 277,00
TOMOGRÁFIAS				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
TOMOGRAFIA DE CRÂNIO (INCLUI REGIÃO MASTEOIDEA)	02.06.01.007-9	R\$ 97,44	R\$ 185,10	R\$ 282,54
TOMOGRAFIA DE SELA TURCICA	02.06.01.006-0	R\$ 97,44	R\$ 119,17	R\$ 216,61
TOMOGRAFIA DE COLUNA TORÁCICA	02.06.01.003-6	R\$ 86,76	R\$ 129,85	R\$ 216,61
TOMOGRAFIA DE COLUNA LOMBO SACRA	02.06.01.002-8	R\$ 101,10	R\$ 115,51	R\$ 216,61
TOMOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL	02.06.01.001-0	R\$ 86,76	R\$ 129,85	R\$ 216,61
TOMOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO DE MMSS (ESTERNO CLAVICULAR/OMBRO/COTOVELO E PUNHO)	02.06.02.001-5	R\$ 86,75	R\$ 217,95	R\$ 304,70
TOMOGRÁFIA DE ARTICULAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES	02.06.03.002-9	R\$ 86,75	R\$ 217,95	R\$ 304,70
TOMOGRAFIA DE FACE/SEIOS DA FACE/ARTICULAÇÕES TEMPORO MANDIBULARES	02.06.01.004-4	R\$ 86,75	R\$ 129,86	R\$ 216,61
TOMOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	02.06.03.001-0	R\$ 138,63	R\$ 134,49	R\$ 273,12
TOMOGRÁFIA DE ABDÔMEN TOTAL	4753	R\$ 0,00	R\$ 452,06	R\$ 452,06
TOMOGRAFIA DE TÓRAX	02.06.02.003-1	R\$ 136,41	R\$ 136,71	R\$ 273,12
TOMOGRAFIA DE PESCOÇO	02.06.01.005-2	R\$ 86,75	R\$ 186,37	R\$ 273,12
TOMOGRAFIA DE PELVE/BACIA/ABDOMEN INFERIOR	02.06.03.003-7	R\$ 138,63	R\$ 134,49	R\$ 273,12
TOMOGRAFIA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)	02.06.02.002-3	R\$ 86,75	R\$ 176,95	R\$ 263,70

TOMOMIELOGRAFIA COMPUTADORIZADA	02.06.01.008-7	R\$ 138,63	R\$ 150,55	R\$ 289,18
UROTOMOGRAMIA	4633	R\$ 0,00	R\$ 452,06	R\$ 452,06
CONTRASTE PARA TOMOGRAFIA	4711	R\$ 0,00	R\$ 166,20	R\$ 166,20
ULTRASSONOGRAFIAS				
PROCEDIMENTO	CÓD. SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
ULTRASSONOGRAMIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)	02.05.02.003-8	R\$ 24,20	R\$ 72,18	R\$ 96,38
ULTRASSONOGRAMIA DE ABDOMEN INFERIOR/PELVE	5887	R\$ 0,00	R\$ 96,38	R\$ 96,38
ULTRASSONOGRAMIA DE ABDÔMEN TOTAL	02.05.02.004-6	R\$ 37,95	R\$ 99,44	R\$ 137,39
ULTRASSONOGRAMIA DE APARELHO URINÁRIO	02.05.02.005-4	R\$ 24,20	R\$ 56,19	R\$ 80,39
ULTRASSONOGRAMIA DE ARTICULAÇÃO	02.05.02.006-2	R\$ 24,20	R\$ 54,20	R\$ 78,40
ULTRASSONOGRAMIA DE BOLSA ESCROTAL	02.05.02.007-0	R\$ 24,20	R\$ 54,82	R\$ 79,02
ULTRASSONOGRAMIA DE GLOBO OCULAR/ORBITA (MONOCULAR)	02.05.02.008-9	R\$ 24,20	R\$ 49,53	R\$ 73,73
ULTRASSONOGRAMIA DE MAMÁRIA BILATERAL	02.05.02.009-7	R\$ 24,20	R\$ 50,25	R\$ 74,45
ULTRASSONOGRAMIA DE PRÓSTATA POR VIA ABDOMINAL	02.05.02.010-0	R\$ 24,20	R\$ 52,94	R\$ 77,14
ULTRASSONOGRAMIA DE PRÓSTATA VIA TRANSRETAL	02.05.02.011-9	R\$ 24,20	R\$ 102,45	R\$ 126,65
ULTRASSONOGRAMIA DE TIREÓIDE	02.05.02.012-7	R\$ 24,20	R\$ 54,82	R\$ 79,02
ULTRASSONOGRAMIA DE OBSTÉTRICA	02.05.02.014-3	R\$ 24,20	R\$ 54,82	R\$ 79,02
ULTRASSONOGRAMIA OBSTÉTRICA C/DOPPLER COLORIDO E PULSADO	02.05.02.015-1	R\$ 39,60	R\$ 146,19	R\$ 185,79
ULTRASSONOGRAMIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)	02.05.02.016-0	R\$ 24,20	R\$ 54,82	R\$ 79,02
ULTRASSONOGRAMIA OBSTÉTRICA COM TRANSLUCÊNCIA NUCAL	4790	R\$ 0,00	R\$ 124,25	R\$ 124,25
ULTRASSONOGRAMIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA	4712	R\$ 0,00	R\$ 185,79	R\$ 185,79
ULTRASSONOGRAMIA TRANSFONTANELAR	02.05.02.017-8	R\$ 24,20	R\$ 75,52	R\$ 99,72
ULTRASSONOGRAMIA TRANSVAGINAL	02.05.02.018-6	R\$ 24,20	R\$ 54,82	R\$ 79,02
ULTRASSONOGRAMIA DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS (PARTES MOLES)	4713	R\$ 0,00	R\$ 77,56	R\$ 77,56
EXAMES LABORATORIAIS BIOQUÍMICOS				
PROCEDIMENTO	CÓD. SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CLEARANCE OSMOLAR	02.02.01.0.01-5	R\$ 3,51	R\$ 0,29	R\$ 3,80
DETERMINAÇÃO DE CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO	02.02.01.002-3	R\$ 2,01	R\$ 0,21	R\$ 2,22
DETERMINAÇÃO DE CROMATOGRAMIA DE AMINOÁCIDOS	02.02.01.003-1	R\$ 15,65	R\$ 1,69	R\$ 17,34
DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA (DUAS DOSAGENS)	02.02.01.004-0	R\$ 3,63	R\$ 0,39	R\$ 4,02
DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA C/ INDUÇÃO POR CORTISONA (CINCO DOSAGENS)	02.02.01.005-8	R\$ 6,55	R\$ 0,70	R\$ 7,25
DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA C/ INDUÇÃO POR CORTISONA (QUATRO DOSAGENS)	02.02.01.006-6	R\$ 3,68	R\$ 0,39	R\$ 4,07
DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA CLÁSSICA (CINCO DOSAGENS)	02.02.01.007-4	R\$ 10,00	R\$ 1,08	R\$ 11,08
DETERMINAÇÃO DE OSMOLARIDADE	02.02.01.008-2	R\$ 3,51	R\$ 0,37	R\$ 3,88
DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	02.02.01.076-7	R\$ 15,24	R\$ 1,64	R\$ 16,88
DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	02.02.01.009-0	R\$ 3,51	R\$ 0,37	R\$ 3,88
DOSAGEM DE ACETONA	02.02.01.010-4	R\$ 1,85	R\$ 0,19	R\$ 2,04
DOSAGEM DE ÁCIDO ASCORBICO	02.02.01.011-2	R\$ 2,01	R\$ 0,21	R\$ 2,22
DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO	02.02.01.012-0	R\$ 1,85	R\$ 0,19	R\$ 2,04
DOSAGEM DE ÁCIDO VANILMANDELICO	02.02.01.013-9	R\$ 9,00	R\$ 0,97	R\$ 9,97
DOSAGEM DE ALDOLASE	02.02.01.014-7	R\$ 3,68	R\$ 0,39	R\$ 4,07
DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	02.02.01.015-5	R\$ 3,68	R\$ 0,39	R\$ 4,07
DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEÍNA ÁCIDA	02.02.01.016-3	R\$ 3,68	R\$ 0,39	R\$ 4,07

DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	02.02.01.017-1	R\$ 3,68	R\$ 0,39	R\$ 4,07
DOSAGEM DE AMILASE	02.02.01.018-0	R\$ 2,25	R\$ 0,24	R\$ 2,49
DOSAGEM DE AMONIA	02.02.01.019-8	R\$ 3,51	R\$ 0,38	R\$ 3,89
DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	02.02.01.020-1	R\$ 2,01	R\$ 0,22	R\$ 2,23
DOSAGEM DE CALCIO	02.02.01.021-0	R\$ 1,85	R\$ 0,19	R\$ 2,04
DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	02.02.01.022-8	R\$ 3,51	R\$ 0,38	R\$ 3,89
DOSAGEM DE CAROTENO	02.02.01.023-6	R\$ 2,01	R\$ 0,22	R\$ 2,23
DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	02.02.01.025-2	R\$ 3,68	R\$ 0,40	R\$ 4,08
DOSAGEM DE CLORETO	02.02.01.026-0	R\$ 1,85	R\$ 0,19	R\$ 2,04
DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	02.02.01.027-9	R\$ 3,51	R\$ 0,38	R\$ 3,89
DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	02.02.01.028-7	R\$ 3,51	R\$ 0,38	R\$ 3,89
DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	02.02.01.029-5	R\$ 1,85	R\$ 0,19	R\$ 2,04
DOSAGEM DE COLINESTERASE	02.02.01.030-9	R\$ 3,68	R\$ 0,39	R\$ 4,07
DOSAGEM DE CREATININA	02.02.01.031-7	R\$ 1,85	R\$ 0,19	R\$ 2,04
DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	02.02.01.032-5	R\$ 3,68	R\$ 0,40	R\$ 4,08
DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	02.02.01.033-3	R\$ 4,12	R\$ 0,44	R\$ 4,56
DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	02.02.01.034-1	R\$ 3,51	R\$ 0,38	R\$ 3,89
DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	02.02.01.035-0	R\$ 3,51	R\$ 0,38	R\$ 3,89
DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	02.02.01.036-8	R\$ 3,68	R\$ 0,40	R\$ 4,08
DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	02.02.01.037-6	R\$ 3,68	R\$ 0,40	R\$ 4,08
DOSAGEM DE FERRITINA	02.02.01.038-4	R\$ 15,59	R\$ 1,68	R\$ 17,27
DOSAGEM DE FERRO SERICO	02.02.01.039-2	R\$ 3,51	R\$ 0,37	R\$ 3,88
DOSAGEM DE FOLATO	02.02.01.040-6	R\$ 15,65	R\$ 1,69	R\$ 17,34
DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	02.02.01.041-4	R\$ 2,01	R\$ 0,22	R\$ 2,23
DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	02.02.01.042-2	R\$ 2,01	R\$ 0,22	R\$ 2,23
DOSAGEM DE FOSFORO	02.02.01.043-0	R\$ 1,85	R\$ 0,20	R\$ 2,05
DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	02.02.01.044-9	R\$ 2,01	R\$ 0,22	R\$ 2,23
DOSAGEM DE GALACTOSE	02.02.01.045-7	R\$ 3,51	R\$ 0,38	R\$ 3,89
DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	02.02.01.046-5	R\$ 3,51	R\$ 0,38	R\$ 3,89
DOSAGEM DE GLICOSE	02.02.01.047-3	R\$ 1,85	R\$ 0,20	R\$ 2,05
DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	02.02.01.048-1	R\$ 3,68	R\$ 0,40	R\$ 4,08
DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	02.02.01.049-0	R\$ 3,68	R\$ 0,40	R\$ 4,08
DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	02.02.01.050-3	R\$ 7,86	R\$ 0,85	R\$ 8,71
DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	02.02.01.051-1	R\$ 3,68	R\$ 0,40	R\$ 4,08
DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	02.02.01.052-0	R\$ 3,51	R\$ 0,38	R\$ 3,89
DOSAGEM DE LACTATO	02.02.01.053-8	R\$ 3,68	R\$ 0,40	R\$ 4,08
DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	02.02.01.054-6	R\$ 3,51	R\$ 0,38	R\$ 3,89
DOSAGEM DE LIPASE	02.02.01.055-4	R\$ 2,25	R\$ 0,24	R\$ 2,49
DOSAGEM DE MAGNESIO	02.02.01.056-2	R\$ 2,01	R\$ 0,21	R\$ 2,22
DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	02.02.01.057-0	R\$ 2,01	R\$ 0,21	R\$ 2,22
DOSAGEM DE PIRUVATO	02.02.01.058-9	R\$ 3,68	R\$ 0,39	R\$ 4,07
DOSAGEM DE PORFIRINAS	02.02.01.059-7	R\$ 3,51	R\$ 0,37	R\$ 3,88
DOSAGEM DE POTASSIO	02.02.01.060-0	R\$ 1,85	R\$ 0,19	R\$ 2,04
DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	02.02.01.061-9	R\$ 1,40	R\$ 0,15	R\$ 1,55
DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	02.02.01.062-7	R\$ 1,85	R\$ 0,20	R\$ 2,05
DOSAGEM DE SODIO	02.02.01.063-5	R\$ 1,85	R\$ 0,20	R\$ 2,05
DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICOXALACETICA (TGO)	02.02.01.064-3	R\$ 2,01	R\$ 0,22	R\$ 2,23

DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	02.02.01.065-1	R\$ 2,01	R\$ 0,22	R\$ 2,23
DOSAGEM DE TRANSFERRINA	02.02.01.066-0	R\$ 4,12	R\$ 0,44	R\$ 4,56
DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	02.02.01.067-8	R\$ 3,51	R\$ 0,38	R\$ 3,89
DOSAGEM DE TRIPTOFANO	02.02.01.068-6	R\$ 3,51	R\$ 0,38	R\$ 3,89
DOSAGEM DE UREIA	02.02.01.069-4	R\$ 1,85	R\$ 0,19	R\$ 2,04
DOSAGEM DE VITAMINA B12	02.02.01.070-8	R\$ 15,24	R\$ 1,64	R\$ 16,88
ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	02.02.01.071-6	R\$ 3,68	R\$ 0,39	R\$ 4,07
ELETROFORESE DE PROTEINAS	02.02.01.072-4	R\$ 4,42	R\$ 0,47	R\$ 4,89
GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)	02.02.01.073-2	R\$ 15,65	R\$ 1,69	R\$ 17,34
PROVA DA D-XILOSE	02.02.01.074-0	R\$ 3,68	R\$ 0,39	R\$ 4,07
TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA/HIPOGLICEMIANTES ORAIS	02.02.01.075-9	R\$ 6,55	R\$ 0,70	R\$ 7,25

EXAMES HEMATOLÓGICOS E HEMOSTASIA

PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CITOQUIMICA HEMATOLOGICA	02.02.02.001-0	R\$ 6,48	R\$ 0,70	R\$ 7,18
CONTAGEM DE PLAQUETAS	02.02.02.002-9	R\$ 2,73	R\$ 0,29	R\$ 3,02
CONTAGEM DE RETICULOCITOS	02.02.02.003-7	R\$ 2,73	R\$ 0,29	R\$ 3,02
DETERMINACAO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR	02.02.02.004-5	R\$ 2,73	R\$ 0,29	R\$ 3,02
DETERMINAÇÃO DE ENZIMA ERITROCITARIAS (CADA)	02.02.02.005-3	R\$ 2,73	R\$ 0,29	R\$ 3,02
DETERMINACAO DE SULFO-HEMOGLOBINA	02.02.02.006-1	R\$ 2,73	R\$ 0,29	R\$ 3,02
DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	02.02.02.007-0	R\$ 2,73	R\$ 0,29	R\$ 3,02
DETERMINACAO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	02.02.02.008-8	R\$ 2,73	R\$ 0,29	R\$ 3,02
DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	02.02.02.009-6	R\$ 2,73	R\$ 0,29	R\$ 3,02
DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	02.02.02.010-0	R\$ 9,00	R\$ 0,97	R\$ 9,97
DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS	02.02.02.011-8	R\$ 5,79	R\$ 0,63	R\$ 6,42
DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA	02.02.02.012-6	R\$ 2,85	R\$ 0,30	R\$ 3,15
DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	02.02.02.013-4	R\$ 5,77	R\$ 0,62	R\$ 6,39
DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	02.02.02.014-2	R\$ 2,73	R\$ 0,29	R\$ 3,02
DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTACAO (VHS)	02.02.02.015-0	R\$ 2,73	R\$ 0,29	R\$ 3,02
DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	02.02.02.016-9	R\$ 4,11	R\$ 0,44	R\$ 4,55
DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	02.02.02.017-7	R\$ 6,48	R\$ 0,70	R\$ 7,18
DOSAGEM DE FATOR II	02.02.02.018-5	R\$ 5,31	R\$ 0,57	R\$ 5,88
DOSAGEM DE FATOR IX	02.02.02.019-3	R\$ 7,61	R\$ 0,82	R\$ 8,43
DOSAGEM DE FATOR V	02.02.02.020-7	R\$ 4,73	R\$ 0,51	R\$ 5,24
DOSAGEM DE FATOR VII	02.02.02.021-5	R\$ 8,09	R\$ 0,87	R\$ 8,96
DOSAGEM DE FATOR VIII	02.02.02.022-3	R\$ 6,63	R\$ 0,72	R\$ 7,35
DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	02.02.02.023-1	R\$ 15,00	R\$ 1,62	R\$ 16,62
DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	02.02.02.024-0	R\$ 18,91	R\$ 2,04	R\$ 20,95
DOSAGEM DE FATOR X	02.02.02.025-8	R\$ 6,66	R\$ 0,72	R\$ 7,38
DOSAGEM DE FATOR XI	02.02.02.026-6	R\$ 9,11	R\$ 0,98	R\$ 10,09
DOSAGEM DE FATOR XII	02.02.02.027-4	R\$ 10,51	R\$ 1,14	R\$ 11,65
DOSAGEM DE FATOR XIII	02.02.02.028-2	R\$ 6,66	R\$ 0,72	R\$ 7,38
DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	02.02.02.029-0	R\$ 4,60	R\$ 0,50	R\$ 5,10
DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	02.02.02.030-4	R\$ 1,53	R\$ 0,17	R\$ 1,70
DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC	02.02.02.031-2	R\$ 2,73	R\$ 0,29	R\$ 3,02
DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	02.02.02.032-0	R\$ 2,73	R\$ 0,29	R\$ 3,02
DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	02.02.02.033-9	R\$ 2,73	R\$ 0,29	R\$ 3,02

DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	02.02.02.034-7	R\$ 4,11	R\$ 0,44	R\$ 4,55
ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	02.02.02.035-5	R\$ 5,41	R\$ 0,58	R\$ 5,99
ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	02.02.02.036-3	R\$ 2,73	R\$ 0,29	R\$ 3,02
HEMATOCRITO	02.02.02.037-1	R\$ 1,53	R\$ 0,17	R\$ 1,70
HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	R\$ 4,11	R\$ 0,44	R\$ 4,55
LEUCOGRAMA	02.02.02.039-8	R\$ 2,73	R\$ 0,29	R\$ 3,02
PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	02.02.02.040-1	R\$ 25,00	R\$ 2,70	R\$ 27,70
PESQUISA DE CELULAS LE	02.02.02.041-0	R\$ 2,73	R\$ 0,29	R\$ 3,02
PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	02.02.02.042-8	R\$ 2,73	R\$ 0,29	R\$ 3,02
PESQUISA DE FILARIA	02.02.02.043-6	R\$ 2,73	R\$ 0,29	R\$ 3,02
PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	02.02.02.044-4	R\$ 2,73	R\$ 0,29	R\$ 3,02
PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	02.02.02.046-0	R\$ 2,73	R\$ 0,29	R\$ 3,02
PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	02.02.02.048-7	R\$ 4,11	R\$ 0,44	R\$ 4,55
PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	02.02.02.049-5	R\$ 2,73	R\$ 0,29	R\$ 3,02
PROVA DO LACO	02.02.02.050-9	R\$ 2,73	R\$ 0,29	R\$ 3,02
RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	02.02.02.051-7	R\$ 2,73	R\$ 0,29	R\$ 3,02
TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS	02.02.02.052-5	R\$ 12,00	R\$ 1,29	R\$ 13,29
TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	02.02.02.053-3	R\$ 2,73	R\$ 0,29	R\$ 3,02
TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	02.02.02.054-1	R\$ 2,73	R\$ 0,29	R\$ 3,02
INDICE DE SATURACÃO DA TRANSFERRINA	5896	R\$ 0,00	R\$ 20,00	R\$ 20,00

EXAMES SOROLÓGICOS E IMUNOLÓGICOS, COPROLÓGICOS, DE UROANÁLISE, HORMONAIS, MICROBIOLÓGICOS, GENÉTICA,

PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	02.02.09.001-9	R\$ 1,89	R\$ 0,20	R\$ 2,09
ADENOGRAMA	02.02.09.002-7	R\$ 5,79	R\$ 0,63	R\$ 6,42
ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	02.02.05.001-7	R\$ 3,70	R\$ 0,40	R\$ 4,10
ANTIBIOGRAMA	02.02.08.001-3	R\$ 4,98	R\$ 0,54	R\$ 5,52
ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	02.02.08.002-1	R\$ 13,33	R\$ 1,44	R\$ 14,77
ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	02.02.08.003-0	R\$ 13,33	R\$ 1,44	R\$ 14,77
BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	02.02.08.005-6	R\$ 4,20	R\$ 0,45	R\$ 4,65
BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	02.02.08.006-4	R\$ 4,20	R\$ 0,45	R\$ 4,65
BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	02.02.08.004-8	R\$ 4,20	R\$ 0,45	R\$ 4,65
BACTEROSCOPIA (GRAM)	02.02.08.007-2	R\$ 2,80	R\$ 0,30	R\$ 3,10
CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	02.02.09.003-5	R\$ 4,33	R\$ 0,47	R\$ 4,80
CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	02.02.09.004-3	R\$ 4,33	R\$ 0,47	R\$ 4,80
CLEARANCE DE CREATININA	02.02.05.002-5	R\$ 3,51	R\$ 0,38	R\$ 3,89
CLEARANCE DE FOSFATO	02.02.05.003-3	R\$ 3,51	R\$ 0,38	R\$ 3,89
CLEARANCE DE UREIA	02.02.05.004-1	R\$ 3,51	R\$ 0,38	R\$ 3,89
CONTAGEM DE ADDIS	02.02.05.005-0	R\$ 2,04	R\$ 0,22	R\$ 2,26
CONTAGEM DE LINFOCITOS B	02.02.03.001-6	R\$ 15,00	R\$ 1,62	R\$ 16,62
CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	02.02.03.002-4	R\$ 15,00	R\$ 1,62	R\$ 16,62
CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	02.02.03.003-2	R\$ 15,00	R\$ 1,62	R\$ 16,62
CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	02.02.09.005-1	R\$ 1,89	R\$ 0,20	R\$ 2,09
CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	02.02.09.006-0	R\$ 1,89	R\$ 0,20	R\$ 2,09
CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	02.02.08.008-0	R\$ 5,62	R\$ 0,61	R\$ 6,23
CULTURA DO LEITE MATERNO (POS-PASTEURIZACAO)	02.02.08.009-9	R\$ 5,62	R\$ 0,61	R\$ 6,23
CULTURA P/ HERPESVIRUS	02.02.08.010-2	R\$ 4,33	R\$ 0,47	R\$ 4,80

CULTURA PARA BAAR	02.02.08.011-0	R\$ 5,63	R\$ 0,61	R\$ 6,24
CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	02.02.08.012-9	R\$ 10,25	R\$ 1,10	R\$ 11,35
CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	02.02.08.013-7	R\$ 4,19	R\$ 0,45	R\$ 4,64
DETECCÃO DE CLAMÍDIA E GONOCOPO POR BIOLOGIA MOLECULAR	02.02.03.099-7	R\$ 60,00	R\$ 6,48	R\$ 66,48
DETECCAO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)	02.02.03.004-0	R\$ 65,00	R\$ 7,02	R\$ 72,02
DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	02.02.03.005-9	R\$ 96,00	R\$ 10,36	R\$ 106,36
DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)	02.02.11.001-0	R\$ 8,80	R\$ 0,95	R\$ 9,75
DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)	02.02.11.002-8	R\$ 66,00	R\$ 7,12	R\$ 73,12
DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)	02.02.11.003-6	R\$ 66,00	R\$ 7,12	R\$ 73,12
DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS	02.02.12.001-5	R\$ 10,65	R\$ 1,15	R\$ 11,80
DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TECNICAS DE BANDAS)	02.02.10.001-4	R\$ 180,00	R\$ 19,44	R\$ 199,44
DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TÉCNICAS DE BANDAS)	02.02.10.002-2	R\$ 160,00	R\$ 17,28	R\$ 177,28
DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	02.02.03.006-7	R\$ 9,25	R\$ 0,99	R\$ 10,24
DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	02.02.03.007-5	R\$ 2,83	R\$ 0,30	R\$ 3,13
DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA – ESFINGOMIELINA NO LÍQUIDO AMNIÓTICO	02.02.09.007-8	R\$ 6,56	R\$ 0,70	R\$ 7,26
DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE	02.02.06.001-2	R\$ 12,54	R\$ 1,35	R\$ 13,89
DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE	02.02.05.006-8	R\$ 3,70	R\$ 0,39	R\$ 4,09
DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3	02.02.06.002-0	R\$ 12,54	R\$ 1,35	R\$ 13,89
DETERMINACAO DE T3 REVERSO	02.02.06.003-9	R\$ 14,69	R\$ 1,58	R\$ 16,27
DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	02.02.12.002-3	R\$ 1,37	R\$ 0,14	R\$ 1,51
DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	R\$ 9,25	R\$ 0,99	R\$ 10,24
DOSAGEM DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SANGUE EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	02.02.11.010-9	R\$ 5,50	R\$ 0,59	R\$ 6,09
DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO	02.02.03.119-5	R\$ 17,16	R\$ 1,85	R\$ 19,01
DOSAGEM DE TROPONINA	02.02.03.120-9	R\$ 9,00	R\$ 0,97	R\$ 9,97
DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	02.02.06.004-7	R\$ 10,20	R\$ 1,10	R\$ 11,30
DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	02.02.06.005-5	R\$ 6,72	R\$ 0,72	R\$ 7,44
DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	02.02.06.006-3	R\$ 6,72	R\$ 0,72	R\$ 7,44
DOSAGEM DE 17 HIDROXI PROGESTERONA EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE TESTE DO PEZINHO)	02.02.11.009-5	R\$ 8,00	R\$ 0,86	R\$ 8,86
DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	02.02.06.007-1	R\$ 6,72	R\$ 0,73	R\$ 7,45
DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	02.02.07.001-8	R\$ 2,06	R\$ 0,22	R\$ 2,28
DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	02.02.07.002-6	R\$ 2,23	R\$ 0,24	R\$ 2,47
DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	02.02.07.003-4	R\$ 3,68	R\$ 0,40	R\$ 4,08
DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	02.02.07.004-2	R\$ 2,04	R\$ 0,22	R\$ 2,26
DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	02.02.07.005-0	R\$ 15,65	R\$ 1,69	R\$ 17,34
DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	02.02.06.008-0	R\$ 14,12	R\$ 1,52	R\$ 15,64
DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	02.02.07.006-9	R\$ 3,51	R\$ 0,38	R\$ 3,89
DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	02.02.07.007-7	R\$ 2,01	R\$ 0,22	R\$ 2,23
DOSAGEM DE ALDOSTERONA	02.02.06.009-8	R\$ 11,89	R\$ 1,28	R\$ 13,17
DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	02.02.03.009-1	R\$ 15,06	R\$ 1,63	R\$ 16,69
DOSAGEM DE ALUMINIO	02.02.07.008-5	R\$ 27,50	R\$ 2,97	R\$ 30,47
DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	02.02.07.009-3	R\$ 10,00	R\$ 1,08	R\$ 11,08
DOSAGEM DE AMP CICLICO	02.02.06.010-1	R\$ 12,01	R\$ 1,30	R\$ 13,31
DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	02.02.06.011-0	R\$ 11,53	R\$ 1,25	R\$ 12,78
DOSAGEM DE ANFETAMINAS	02.02.07.010-7	R\$ 10,00	R\$ 1,08	R\$ 11,08

DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINASE RECOMBINANTE HUMANO IGA	02.02.03.118-7	R\$ 18,55	R\$ 2,00	R\$ 20,55
DOSAGEM DO ANTÍGENO CA125	02.02.03.121-7	R\$ 13,35	R\$ 1,44	R\$ 14,79
DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	02.02.07.011-5	R\$ 10,00	R\$ 1,08	R\$ 11,08
DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	02.02.03.010-5	R\$ 16,42	R\$ 1,77	R\$ 18,19
DOSAGEM DE BARBITURATOS	02.02.07.012-3	R\$ 13,13	R\$ 1,42	R\$ 14,55
DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	02.02.07.013-1	R\$ 13,48	R\$ 1,46	R\$ 14,94
DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	02.02.03.011-3	R\$ 13,55	R\$ 1,46	R\$ 15,01
DOSAGEM DE CADMIO	02.02.07.014-0	R\$ 6,55	R\$ 0,71	R\$ 7,26
DOSAGEM DE CALCITONINA	02.02.06.012-8	R\$ 14,38	R\$ 1,55	R\$ 15,93
DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	02.02.07.015-8	R\$ 17,53	R\$ 1,89	R\$ 19,42
DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	02.02.07.016-6	R\$ 4,11	R\$ 0,44	R\$ 4,55
DOSAGEM DE CHUMBO	02.02.07.017-4	R\$ 8,83	R\$ 0,95	R\$ 9,78
DOSAGEM DE CICLOSPORINA	02.02.07.018-2	R\$ 58,61	R\$ 6,33	R\$ 64,94
DOSAGEM DE CITRATO	02.02.05.008-4	R\$ 2,01	R\$ 0,22	R\$ 2,23
DOSAGEM DE COBRE	02.02.07.019-0	R\$ 3,51	R\$ 0,38	R\$ 3,89
DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	02.02.03.012-1	R\$ 17,16	R\$ 1,85	R\$ 19,01
DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	02.02.03.013-0	R\$ 17,16	R\$ 1,85	R\$ 19,01
DOSAGEM DE CORTISOL	02.02.06.013-6	R\$ 9,86	R\$ 1,06	R\$ 10,92
DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	02.02.03.014-8	R\$ 2,83	R\$ 0,30	R\$ 3,13
DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	02.02.09.008-6	R\$ 1,89	R\$ 0,20	R\$ 2,09
DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	02.02.06.014-4	R\$ 11,25	R\$ 1,21	R\$ 12,46
DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	02.02.07.020-4	R\$ 8,97	R\$ 0,96	R\$ 9,93
DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	02.02.06.015-2	R\$ 11,71	R\$ 1,26	R\$ 12,97
DOSAGEM DE ESTERCIBILINOGENIO FECAL	02.02.04.001-1	R\$ 1,65	R\$ 0,17	R\$ 1,82
DOSAGEM DE ESTRADIOL	02.02.06.016-0	R\$ 10,15	R\$ 1,10	R\$ 11,25
DOSAGEM DE ESTRIOL	02.02.06.017-9	R\$ 11,55	R\$ 1,25	R\$ 12,80
DOSAGEM DE ESTRONA	02.02.06.018-7	R\$ 11,12	R\$ 1,20	R\$ 12,32
DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA	02.02.07.021-2	R\$ 15,65	R\$ 1,69	R\$ 17,34
DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	02.02.11.004-4	R\$ 5,50	R\$ 0,59	R\$ 6,09
DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4	02.02.11.005-2	R\$ 12,10	R\$ 1,31	R\$ 13,41
DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECCAO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	02.02.11.006-0	R\$ 20,90	R\$ 2,26	R\$ 23,16
DOSAGEM DE FENITOINA	02.02.07.022-0	R\$ 35,22	R\$ 3,80	R\$ 39,02
DOSAGEM DE FENOL	02.02.07.023-9	R\$ 2,05	R\$ 0,22	R\$ 2,27
DOSAGEM DE FORMALDEIDO	02.02.07.024-7	R\$ 3,51	R\$ 0,38	R\$ 3,89
DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA	02.02.09.022-1	R\$ 2,01	R\$ 0,22	R\$ 2,23
DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	02.02.09.009-4	R\$ 2,01	R\$ 0,22	R\$ 2,23
DOSAGEM DE FRUTOSE	02.02.09.010-8	R\$ 2,01	R\$ 0,22	R\$ 2,23
DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	02.02.09.011-6	R\$ 2,01	R\$ 0,22	R\$ 2,23
DOSAGEM DE GASTRINA	02.02.06.019-5	R\$ 14,15	R\$ 1,53	R\$ 15,68
DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	02.02.09.012-4	R\$ 1,89	R\$ 0,20	R\$ 2,09
DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	02.02.06.020-9	R\$ 15,35	R\$ 1,66	R\$ 17,01
DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	02.02.06.021-7	R\$ 7,85	R\$ 0,85	R\$ 8,70
DOSAGEM DE GORDURA FECAL	02.02.04.002-0	R\$ 3,04	R\$ 0,33	R\$ 3,37
DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	02.02.06.022-5	R\$ 10,21	R\$ 1,10	R\$ 11,31
DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	02.02.06.023-3	R\$ 7,89	R\$ 0,85	R\$ 8,74
DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	02.02.06.024-1	R\$ 8,97	R\$ 0,97	R\$ 9,94
DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	02.02.06.025-0	R\$ 8,96	R\$ 0,97	R\$ 9,93

DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	02.02.03.015-6	R\$ 17,16	R\$ 1,85	R\$ 19,01
DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	02.02.03.016-4	R\$ 9,25	R\$ 0,99	R\$ 10,24
DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	02.02.03.018-0	R\$ 17,16	R\$ 1,85	R\$ 19,01
DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	02.02.03.019-9	R\$ 9,25	R\$ 0,99	R\$ 10,24
DOSAGEM DE INSULINA	02.02.06.026-8	R\$ 10,17	R\$ 1,09	R\$ 11,26
DOSAGEM DE LITIO	02.02.07.025-5	R\$ 2,25	R\$ 0,24	R\$ 2,49
DOSAGEM DE MERCURIO	02.02.07.026-3	R\$ 2,04	R\$ 0,22	R\$ 2,26
DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	02.02.07.028-0	R\$ 10,00	R\$ 1,08	R\$ 11,08
DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	02.02.07.027-1	R\$ 4,11	R\$ 0,44	R\$ 4,55
DOSAGEM DE METOTREXATO	02.02.07.029-8	R\$ 10,00	R\$ 1,08	R\$ 11,08
DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	02.02.05.009-2	R\$ 8,12	R\$ 0,87	R\$ 8,99
DOSAGEM DE OXALATO	02.02.05.010-6	R\$ 3,68	R\$ 0,39	R\$ 4,07
DOSAGEM DE PARATORMONIO	02.02.06.027-6	R\$ 43,13	R\$ 4,65	R\$ 47,78
DOSAGEM DE PEPTIDEO C	02.02.06.028-4	R\$ 15,35	R\$ 1,65	R\$ 17,00
DOSAGEM DE PROGESTERONA	02.02.06.029-2	R\$ 10,22	R\$ 1,10	R\$ 11,32
DOSAGEM DE PROLACTINA	02.02.06.030-6	R\$ 10,15	R\$ 1,10	R\$ 11,25
DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	02.02.03.020-2	R\$ 2,83	R\$ 0,31	R\$ 3,14
DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	02.02.05.011-4	R\$ 2,04	R\$ 0,22	R\$ 2,26
DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	02.02.09.013-2	R\$ 1,89	R\$ 0,20	R\$ 2,09
DOSAGEM DE QUINIDINA	02.02.07.030-1	R\$ 10,00	R\$ 1,08	R\$ 11,08
DOSAGEM DE RENINA	02.02.06.031-4	R\$ 13,19	R\$ 1,42	R\$ 14,61
DOSAGEM DE SALICILATOS	02.02.07.031-0	R\$ 2,01	R\$ 0,22	R\$ 2,23
DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	02.02.06.032-2	R\$ 15,35	R\$ 1,66	R\$ 17,01
DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	02.02.06.033-0	R\$ 13,11	R\$ 1,42	R\$ 14,53
DOSAGEM DE SULFATOS	02.02.07.032-8	R\$ 3,51	R\$ 0,38	R\$ 3,89
DOSAGEM DE TEOFILINA	02.02.07.033-6	R\$ 15,65	R\$ 1,69	R\$ 17,34
DOSAGEM DE TESTOSTERONA	02.02.06.034-9	R\$ 10,43	R\$ 1,13	R\$ 11,56
DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	02.02.06.035-7	R\$ 13,11	R\$ 1,42	R\$ 14,53
DOSAGEM DE TIOCIANATO	02.02.07.034-4	R\$ 3,68	R\$ 0,40	R\$ 4,08
DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	02.02.06.036-5	R\$ 15,35	R\$ 1,66	R\$ 17,01
DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	02.02.06.037-3	R\$ 8,76	R\$ 0,95	R\$ 9,71
DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	02.02.06.038-1	R\$ 11,60	R\$ 1,25	R\$ 12,85
DOSAGEM DE TROPONINA	02.02.03.120-9	R\$ 9,00	R\$ 0,97	R\$ 9,97
DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	02.02.06.039-0	R\$ 8,71	R\$ 0,94	R\$ 9,65
DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA (COMPONENTE DOTESTE DO PEZINHO)	02.02.11.007-9	R\$ 5,50	R\$ 0,59	R\$ 6,09
DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	02.02.11.008-7	R\$ 13,20	R\$ 1,43	R\$ 14,63
DOSAGEM DE ZINCO	02.02.07.035-2	R\$ 15,65	R\$ 1,69	R\$ 17,34
DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	02.02.05.012-2	R\$ 3,04	R\$ 0,33	R\$ 3,37
ELETOFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR	02.02.09.015-9	R\$ 5,23	R\$ 0,56	R\$ 5,79
ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	02.02.09.016-7	R\$ 6,56	R\$ 0,71	R\$ 7,27
ESPLENOGRAMA	02.02.09.017-5	R\$ 5,79	R\$ 0,63	R\$ 6,42
EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	02.02.04.003-8	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CÉLULAS	02.02.09.018-3	R\$ 1,89	R\$ 0,20	R\$ 2,09
EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)	02.02.08.014-5	R\$ 2,80	R\$ 0,30	R\$ 3,10
EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	02.02.05.013-0	R\$ 3,70	R\$ 0,40	R\$ 4,10
FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	02.02.12.003-1	R\$ 10,65	R\$ 1,15	R\$ 11,80
GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	02.02.03.021-0	R\$ 298,48	R\$ 32,24	R\$ 330,72

HEMOCULTURA	02.02.08.015-3	R\$ 11,49	R\$ 1,24	R\$ 12,73
IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	02.02.08.016-1	R\$ 5,63	R\$ 0,61	R\$ 6,24
IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS	02.02.12.004-0	R\$ 10,65	R\$ 1,15	R\$ 11,80
IDENTIFICACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFÉRICO (C/TECNICA DE BANDAS)	02.02.10.003-0	R\$ 160,00	R\$ 17,28	R\$ 177,28
IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	02.02.04.004-6	R\$ 1,65	R\$ 0,18	R\$ 1,83
IDENTIFICACAO DE GLICIDEOS URINÁRIOS POR CROMATOGRAFIA (CAMADA DELGADA)	02.02.05.007-6	R\$ 3,70	R\$ 0,40	R\$ 4,10
IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS	02.02.03.022-9	R\$ 17,16	R\$ 1,85	R\$ 19,01
IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	02.02.03.023-7	R\$ 80,00	R\$ 8,64	R\$ 88,64
MIELOGRAMA	02.02.09.019-1	R\$ 5,79	R\$ 0,63	R\$ 6,42
PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA)	02.02.05.014-9	R\$ 3,70	R\$ 0,40	R\$ 4,10
PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	02.02.05.015-7	R\$ 2,04	R\$ 0,22	R\$ 2,26
PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	02.02.05.016-5	R\$ 3,70	R\$ 0,40	R\$ 4,10
PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	02.02.03.025-3	R\$ 10,00	R\$ 1,08	R\$ 11,08
PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	02.02.03.026-1	R\$ 10,00	R\$ 1,08	R\$ 11,08
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	02.02.03.037-7	R\$ 9,25	R\$ 1,00	R\$ 10,25
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	02.02.03.038-5	R\$ 10,00	R\$ 1,08	R\$ 11,08
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	02.02.03.039-3	R\$ 9,25	R\$ 1,00	R\$ 10,25
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	02.02.03.040-7	R\$ 3,70	R\$ 0,40	R\$ 4,10
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	02.02.03.041-5	R\$ 5,83	R\$ 0,63	R\$ 6,46
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	02.02.03.042-3	R\$ 10,00	R\$ 1,08	R\$ 11,08
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEZ SUPRARENAL	02.02.03.043-1	R\$ 17,16	R\$ 1,85	R\$ 19,01
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	02.02.03.027-0	R\$ 8,67	R\$ 0,94	R\$ 9,61
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS	02.02.03.044-0	R\$ 9,25	R\$ 1,00	R\$ 10,25
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	02.02.03.045-8	R\$ 10,00	R\$ 1,08	R\$ 11,08
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	02.02.03.046-6	R\$ 9,70	R\$ 1,05	R\$ 10,75
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	02.02.09.021-3	R\$ 9,70	R\$ 1,05	R\$ 10,75
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	02.02.03.047-4	R\$ 2,83	R\$ 0,31	R\$ 3,14
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	02.02.03.048-2	R\$ 10,00	R\$ 1,08	R\$ 11,08
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	02.02.03.050-4	R\$ 10,00	R\$ 1,08	R\$ 11,08
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	02.02.03.028-8	R\$ 17,16	R\$ 1,85	R\$ 19,01
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	02.02.03.029-6	R\$ 85,00	R\$ 9,18	R\$ 94,18
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	02.02.03.030-0	R\$ 10,00	R\$ 1,08	R\$ 11,08
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	02.02.03.031-8	R\$ 18,55	R\$ 2,00	R\$ 20,55
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	02.02.03.051-2	R\$ 10,00	R\$ 1,08	R\$ 11,08
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	02.02.03.052-0	R\$ 17,16	R\$ 1,85	R\$ 19,01
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	02.02.03.053-9	R\$ 4,10	R\$ 0,44	R\$ 4,54
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	02.02.03.054-7	R\$ 5,50	R\$ 0,59	R\$ 6,09
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	02.02.03.055-5	R\$ 17,16	R\$ 1,85	R\$ 19,01
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	02.02.03.056-3	R\$ 17,16	R\$ 1,85	R\$ 19,01
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	02.02.03.057-1	R\$ 17,16	R\$ 1,85	R\$ 19,01
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	02.02.03.058-0	R\$ 17,16	R\$ 1,85	R\$ 19,01
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	02.02.03.059-8	R\$ 17,16	R\$ 1,85	R\$ 19,01
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	02.02.03.060-1	R\$ 17,16	R\$ 1,85	R\$ 19,01
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	02.02.03.061-0	R\$ 10,00	R\$ 1,08	R\$ 11,08
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	02.02.03.032-6	R\$ 17,16	R\$ 1,85	R\$ 19,01
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	02.02.03.033-4	R\$ 5,74	R\$ 0,62	R\$ 6,36

PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	02.02.03.034-2	R\$ 17,16	R\$ 1,85	R\$ 19,01
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	02.02.03.035-0	R\$ 18,55	R\$ 2,00	R\$ 20,55
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	02.02.03.036-9	R\$ 18,55	R\$ 2,00	R\$ 20,55
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	02.02.03.062-8	R\$ 17,16	R\$ 1,85	R\$ 19,01
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	02.02.03.063-6	R\$ 18,55	R\$ 2,00	R\$ 20,55
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	02.02.03.064-4	R\$ 18,55	R\$ 2,00	R\$ 20,55
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	02.02.03.065-2	R\$ 7,78	R\$ 0,84	R\$ 8,62
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII	02.02.03.066-0	R\$ 9,71	R\$ 1,05	R\$ 10,76
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	02.02.03.067-9	R\$ 18,55	R\$ 2,00	R\$ 20,55
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	02.02.03.068-7	R\$ 18,55	R\$ 2,00	R\$ 20,55
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	02.02.03.069-5	R\$ 9,25	R\$ 1,00	R\$ 10,25
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS	02.02.03.070-9	R\$ 4,10	R\$ 0,44	R\$ 4,54
PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCIAL RESPIRATÓRIO	02.02.03.071-7	R\$ 18,55	R\$ 2,00	R\$ 20,55
PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	02.02.03.072-5	R\$ 17,16	R\$ 1,85	R\$ 19,01
PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	02.02.03.073-3	R\$ 2,83	R\$ 0,31	R\$ 3,14
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	02.02.03.074-1	R\$ 11,00	R\$ 1,19	R\$ 12,19
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	02.02.03.075-0	R\$ 9,25	R\$ 1,00	R\$ 10,25
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	02.02.03.076-8	R\$ 16,97	R\$ 1,83	R\$ 18,80
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	02.02.03.077-6	R\$ 9,25	R\$ 1,00	R\$ 10,25
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI- HBC-TOTAL)	02.02.03.078-4	R\$ 18,55	R\$ 2,00	R\$ 20,55
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE)	02.02.03.079-2	R\$ 30,00	R\$ 3,24	R\$ 33,24
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	02.02.03.080-6	R\$ 18,55	R\$ 2,00	R\$ 20,55
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	02.02.03.081-4	R\$ 17,16	R\$ 1,85	R\$ 19,01
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	02.02.03.082-2	R\$ 17,16	R\$ 1,85	R\$ 19,01
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	02.02.03.083-0	R\$ 17,16	R\$ 1,85	R\$ 19,01
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	02.02.03.084-9	R\$ 17,16	R\$ 1,85	R\$ 19,01
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	02.02.03.085-7	R\$ 11,61	R\$ 1,25	R\$ 12,86
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	02.02.03.086-5	R\$ 10,00	R\$ 1,08	R\$ 11,08
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	02.02.03.087-3	R\$ 18,55	R\$ 2,00	R\$ 20,55
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	02.02.03.088-1	R\$ 9,25	R\$ 1,00	R\$ 10,25
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS	02.02.03.089-0	R\$ 18,55	R\$ 2,00	R\$ 20,55
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE)	02.02.03.090-3	R\$ 20,00	R\$ 2,16	R\$ 22,16
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	02.02.03.091-1	R\$ 18,55	R\$ 2,00	R\$ 20,55
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	02.02.03.092-0	R\$ 17,16	R\$ 1,85	R\$ 19,01
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES	02.02.03.093-8	R\$ 17,16	R\$ 1,85	R\$ 19,01
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	02.02.03.094-6	R\$ 17,16	R\$ 1,85	R\$ 19,01
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	02.02.03.095-4	R\$ 17,16	R\$ 1,85	R\$ 19,01
PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO	02.02.12.005-8	R\$ 5,79	R\$ 0,63	R\$ 6,42
PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37 OC	02.02.12.006-6	R\$ 5,79	R\$ 0,63	R\$ 6,42
PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO	02.02.12.007-4	R\$ 5,79	R\$ 0,63	R\$ 6,42
PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	02.02.03.096-2	R\$ 13,35	R\$ 1,44	R\$ 14,79
PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (H)	02.02.03.097-0	R\$ 18,55	R\$ 2,00	R\$ 20,55

PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	02.02.03.098-9	R\$ 18,55	R\$ 2,00	R\$ 20,55
PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	02.02.08.018-8	R\$ 2,80	R\$ 0,30	R\$ 3,10
PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATODISSULFIDURIA	02.02.05.017-3	R\$ 2,04	R\$ 0,22	R\$ 2,26
PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	02.02.05.018-1	R\$ 2,40	R\$ 0,26	R\$ 2,66
PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	02.02.09.023-0	R\$ 1,89	R\$ 0,20	R\$ 2,09
PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS	02.02.09.024-8	R\$ 1,89	R\$ 0,20	R\$ 2,09
PESQUISA DE CISTINA NA URINA	02.02.05.019-0	R\$ 2,04	R\$ 0,22	R\$ 2,26
PESQUISA DE CLAMIDIA (POR CAPTURA HIBRIDA)	02.02.03.099-7	R\$ 60,00	R\$ 6,48	R\$ 66,48
PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	02.02.05.020-3	R\$ 2,04	R\$ 0,22	R\$ 2,26
PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	02.02.03.100-4	R\$ 2,83	R\$ 0,31	R\$ 3,14
PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA	02.02.09.025-6	R\$ 1,89	R\$ 0,20	R\$ 2,09
PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	02.02.04.005-4	R\$ 1,65	R\$ 0,18	R\$ 1,83
PESQUISA DE EOSINOFILOS	02.02.04.006-2	R\$ 1,65	R\$ 0,18	R\$ 1,83
PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	02.02.05.021-1	R\$ 3,70	R\$ 0,40	R\$ 4,10
PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)	02.02.09.026-4	R\$ 4,80	R\$ 0,52	R\$ 5,32
PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	02.02.08.019-6	R\$ 4,33	R\$ 0,47	R\$ 4,80
PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	02.02.03.101-2	R\$ 4,10	R\$ 0,44	R\$ 4,54
PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	02.02.12.008-2	R\$ 1,37	R\$ 0,15	R\$ 1,52
PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	02.02.05.022-0	R\$ 2,04	R\$ 0,22	R\$ 2,26
PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	02.02.05.023-8	R\$ 2,04	R\$ 0,22	R\$ 2,26
PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	0.20.20.50.24-6	R\$ 3,36	R\$ 0,36	R\$ 3,72
PESQUISA DE GONADOTROFINA CORIONICA (TESTE DE GRAVIDEZ)	02.02.05.025-4	R\$ 0,00	R\$ 4,48	R\$ 4,48
PESQUISA DE GORDURA FECAL	02.02.04.007-0	R\$ 1,65	R\$ 0,18	R\$ 1,83
PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	02.02.08.020-0	R\$ 2,80	R\$ 0,30	R\$ 3,10
PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	02.02.08.021-8	R\$ 4,33	R\$ 0,47	R\$ 4,80
PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLOURESCENCIA	02.02.03.102-0	R\$ 10,00	R\$ 1,08	R\$ 11,08
PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	02.02.05.026-2	R\$ 2,04	R\$ 0,22	R\$ 2,26
PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENOESPECIFICA	02.02.03.103-9	R\$ 9,25	R\$ 1,00	R\$ 10,25
PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	02.02.05.027-0	R\$ 2,04	R\$ 0,22	R\$ 2,26
PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	02.02.04.008-9	R\$ 1,65	R\$ 0,18	R\$ 1,83
PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	02.02.08.022-6	R\$ 2,80	R\$ 0,30	R\$ 3,10
PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	02.02.04.009-7	R\$ 1,65	R\$ 0,18	R\$ 1,83
PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	02.02.04.010-0	R\$ 1,65	R\$ 0,18	R\$ 1,83
PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	02.02.05.028-9	R\$ 3,70	R\$ 0,40	R\$ 4,10
PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)	02.02.04.011-9	R\$ 1,65	R\$ 0,18	R\$ 1,83
PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	02.02.04.012-7	R\$ 1,65	R\$ 0,18	R\$ 1,83
PESQUISA DE PNEUMOCYISTI CARINI	02.02.08.017-0	R\$ 4,33	R\$ 0,47	R\$ 4,80
PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	02.02.05.029-7	R\$ 2,04	R\$ 0,22	R\$ 2,26
PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	02.02.05.030-0	R\$ 4,44	R\$ 0,48	R\$ 4,92
PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	02.02.09.027-2	R\$ 1,89	R\$ 0,20	R\$ 2,09
PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	02.02.04.013-5	R\$ 10,25	R\$ 1,11	R\$ 11,36
PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	02.02.04.014-3	R\$ 1,65	R\$ 0,18	R\$ 1,83
PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	02.02.04.015-1	R\$ 1,65	R\$ 0,18	R\$ 1,83
PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	02.02.05.031-9	R\$ 2,04	R\$ 0,22	R\$ 2,26
PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	02.02.08.023-4	R\$ 5,04	R\$ 0,54	R\$ 5,58
PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	02.02.04.016-0	R\$ 1,65	R\$ 0,18	R\$ 1,83
PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	02.02.04.017-8	R\$ 1,65	R\$ 0,18	R\$ 1,83

PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLOURESCENCIA)	02.02.03.104-7	R\$ 10,00	R\$ 1,08	R\$ 11,08
PROVA DE DILUICAO (URINA)	02.02.05.032-7	R\$ 2,04	R\$ 0,22	R\$ 2,26
PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)	02.02.09.028-0	R\$ 9,70	R\$ 1,05	R\$ 10,75
PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGIDITIS (SORO TIPOS A, B, C)	02.02.09.029-9	R\$ 1,89	R\$ 0,20	R\$ 2,09
PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	02.02.09.030-2	R\$ 1,89	R\$ 0,20	R\$ 2,09
PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	02.02.03.105-5	R\$ 1,77	R\$ 0,19	R\$ 1,96
PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	02.02.03.106-3	R\$ 1,77	R\$ 0,19	R\$ 1,96
QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1	02.02.03.107-1	R\$ 18,00	R\$ 1,94	R\$ 19,94
QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	02.02.03.108-0	R\$ 168,48	R\$ 18,20	R\$ 186,68
REACAO DE MONTENEGRO ID	02.02.03.110-1	R\$ 2,83	R\$ 0,31	R\$ 3,14
REACAO DE PANDY	02.02.09.031-0	R\$ 1,89	R\$ 0,20	R\$ 2,09
REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	02.02.09.032-9	R\$ 1,89	R\$ 0,20	R\$ 2,09
TESTE DE CLEMENTS	02.02.09.033-7	R\$ 1,89	R\$ 0,20	R\$ 2,09
TESTE DE COM GNRH OU COM AGONISTA GNRH	02.02.06.042-0	R\$ 12,01	R\$ 1,30	R\$ 13,31
TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APÓS CLORPROMAZINA	02.02.06.041-1	R\$ 12,01	R\$ 1,30	R\$ 13,31
TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA/TSH APOS TRH	02.02.06.040-3	R\$ 12,01	R\$ 1,30	R\$ 13,31
TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	02.02.06.043-8	R\$ 12,01	R\$ 1,30	R\$ 13,31
TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO	02.02.09.035-3	R\$ 4,69	R\$ 0,51	R\$ 5,20
TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APÓS DEXAMETASONA	02.02.06.044-6	R\$ 12,01	R\$ 1,30	R\$ 13,31
TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE	02.02.06.045-4	R\$ 12,01	R\$ 1,30	R\$ 13,31
TESTE NÃO TREPONÊMICO P/DETECÇÃO DE SÍFILIS	02.02.03.111-0	R\$ 2,83	R\$ 0,31	R\$ 3,14
TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	02.02.12.054-1	R\$ 2,73	R\$ 0,29	R\$ 3,02
TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	02.02.03.112-8	R\$ 10,00	R\$ 1,08	R\$ 11,08
TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	02.02.03.113-6	R\$ 10,00	R\$ 1,08	R\$ 11,08
TESTE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS	02.02.09.034-5	R\$ 4,69	R\$ 0,51	R\$ 5,20
TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	02.02.12.009-0	R\$ 2,73	R\$ 0,29	R\$ 3,02
TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECAO DE SIFILIS EM GESTANTE	02.02.03.117-9	R\$ 2,83	R\$ 0,31	R\$ 3,14
TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	02.02.06.046-2	R\$ 8,43	R\$ 0,91	R\$ 9,34
TESTE TREPONEMICO PARA DETECÇÃO DE SÍFILIS	02.02.03.109-8	R\$ 5,00	R\$ 0,54	R\$ 5,54
TESTES ALERGICOS DE CONTATO	02.02.03.114-4	R\$ 1,77	R\$ 0,19	R\$ 1,96
TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA	02.02.03.115-2	R\$ 1,77	R\$ 0,19	R\$ 1,96
TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	02.02.12.010-4	R\$ 5,79	R\$ 0,63	R\$ 6,42
RESERVA ALCALINA (BICARBONATO CO2)	5897	R\$ 0,00	R\$ 40,00	R\$ 40,00

***VALOR SUS** : REFERENTE A TABELA SIGTAP- SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS, ORTESES E PROTESES

****COMPLEMENTO** : VALOR REFERENTE RECURSO MUNICIPAL

*****TOTAL**: VALOR TOTAL PAGO PELO PROCEDIMENTO AO PRESTADOR

**EDITAL DE CHAMAMENTO N° 01/2013
ANEXO II**

TERMO DE CREDENCIAMENTO E CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

O Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Uruguai Catarinense – CIS/AMAUC, com sede na Rua Marechal Deodoro, 772 - 12º Andar – Edifício Mirage Offices, Município de Concórdia - Estado de Santa Catarina, neste ato representado pelo seu Presidente Sr....., nos termos do Edital de Chamamento n° 01/2013, CREDENCIA, através deste termo(qualificação, endereço, identidade, CPF) ou a(empresa, instituição, CNPJ, endereço, identificação do responsável), para prestação de serviços especializados de saúde.....ao CIS AMAUC, de acordo com as seguintes condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA
DO OBJETO**

Art. 1º A credenciada prestará aos usuários do CIS AMAUC, serviços especializados de saúde em _____ (especialidade a que se habilita).

**CLÁUSULA SEGUNDA
DO PREÇO**

Art. 2º O preço ajustado entre as partes será o constante na Tabela de Serviços e Valores CIS AMAUC – Anexo I do Edital de Credenciamento n° 01/2013, estando inclusos taxas de administração, gastos com materiais, taxas de sala, e outros dispêndios necessários para a realização dos serviços pela credenciada.

**CLÁUSULA TERCEIRA
DO REAJUSTE**

Art. 3º Os valores fixados na Tabela de Serviços e Valores poderão ser reajustados pelos Secretários Municipais de Saúde e submetidos à análise e aprovação da Assembleia Geral de Prefeitos.

**CLÁUSULA QUARTA
DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES**

Art. 4º São obrigações do CIS AMAUC:

I - Efetuar o pagamento até o 10º (décimo) dia útil do mês subsequente ao da realização dos serviços, mediante apresentação pela credenciada da Nota Fiscal/Fatura;

II - Efetuar conferência técnica e administrativa das faturas e relações de serviços apresentados;

III - Fiscalizar os serviços e esclarecer dúvidas.

IV - Fornecer requisições de consultas e exames.

Art. 5º São obrigações da credenciada:

I - atender todos os encaminhamentos do CIS AMAUC, em consultório ou clínica própria, em horário de expediente normal, pré-definido, dentro da cota mensal previamente estipulada pelas partes;

II - atender os encaminhamentos somente mediante a apresentação de documentação hábil, previamente autorizado pelo CIS AMAUC ou pela Secretaria Municipal de Saúde do Município de origem;

III - preencher com exatidão e clareza todos os campos das solicitações, demais formulários e documentos fornecidos pelo CIS AMAUC, inclusive o de contra-referência (consultas);

IV - apresentar a nota fiscal/fatura, relação dos serviços realizados com a devida comprovação dos encaminhamentos, até o 5º (quinto) dia do mês subsequente ao da prestação dos serviços, anexando relação dos usuários, com nome completo e município de origem;

V – reavaliar os pacientes, mesmo quando para apresentação de exames solicitados, em todas as especialidades médicas, em até 30 (trinta) dias após a primeira consulta.

VI - entregar ao usuário exames realizados, com o laudo técnico, para repassar ao serviço básico de saúde de seu município;

VII - comunicar com antecedência de 10 dias, a não disponibilidade de prestar serviços, justificando os motivos e definindo o período de não atendimento.

VIII – enviar a comprovação mensal do pagamento da guia ISSQN e o relatório mensal das notas fiscais emitidas ou a Declaração - Anexo, quando for o caso de ISSQN devido ao município sede da instituição credenciada.

IX – informar a conta bancária para transferência dos valores referentes à produção de cada mês

CLÁUSULA SEXTA DAS CONDIÇÕES GERAIS

Art. 6º Em caso de atraso na entrega das faturas pela credenciada, o pagamento devido pelo CIS AMAUC será retardado proporcionalmente.

Art. 7º Em nenhuma hipótese a credenciada poderá cobrar do beneficiário qualquer importância sob pena de descredenciamento.

Art. 8º O CIS AMAUC reserva-se o direito de, após a conferência técnica e administrativa efetuada por profissionais habilitados, das faturas apresentadas, solicitar perícia e informações adicionais e, em justificando, glosar despesas e procedimentos.

Art. 9º A remuneração recebida pela credenciada não gerará direito adquirido ou ato jurídico perfeito, não havendo nenhum vínculo de natureza trabalhista ou providenciária.

Art. 10º O presente termo de credenciamento é de caráter precário e "*intuitu personae*", podendo ser revogado a qualquer momento a juízo de conveniência e oportunidade pelo CIS AMAUC.

Art. 11º A credenciada poderá solicitar o seu descredenciamento por meio de comunicação formal ao CIS AMAUC, com antecedência mínima de 30 dias.

Parágrafo único. É vedado à credenciada delegar ou transferir a terceiros, no todo ou em parte os serviços previstos neste termo.

Art. 12º Os casos omissos serão resolvidos pelo CIS AMAUC sob os aspectos da legislação pertinente, visando sempre o melhor atendimento aos usuários.

Art. 13º Para dirimir as questões oriundas deste Termo de Credenciamento e Contrato de Prestação de Serviço que não forem resolvidas administrativamente, fica eleito o foro da Comarca de Concórdia, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Concórdia - SC, _____ -.

Presidente

Credenciada

TESTEMUNHAS:

SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

EDITAL DE CHAMAMENTO 01/2013 ANEXO III

IDENTIFICAÇÃO DO PROPONENTE	
Razão Social	
CNES	
Endereço	
Bairro	
Cidade/CEP/Estado	
CNPJ/CPF	
Fone/Fax	
Endereço Eletrônico	
Nome de Fantasia	

Solicito(amos) o credenciamento junto ao CIS AMAUC, para prestação de serviços na especialidade de _____. Para tanto, encaminho(amos) a documentação solicitada no Edital de Chamamento 01/2005.

Informo(amos) que possuo(imos) os seguintes equipamentos para efetivar o atendimento (quando for o caso):

Relação dos Profissionais (quando for o caso):

Nome	Especialidade

Escritório Contábil: Nome, Endereço Eletrônico e Fone:

Conta Bancária e Agência Banco do Brasil (exclusivo para depósito bancário):

CC: _____ Ag: _____

Opção de Boleto Bancário (demais bancos) () (marque com "X" se a opção for boleto bancário)

Data:

Assinatura e carimbo da Credenciada: _____

DECLARAÇÃO PAGAMENTO ISSQN

ANEXO IV

Declaro para todos os fins e efeitos que no comprovante de pagamento do Imposto Sobre Serviço de Qualquer Natureza – ISSQN, recolhido para o Município de _____, no valor de R\$ _____ (*valor total do recolhimento*), na data de _____ (*data do pagamento da guia de ISS*), anexo a esta declaração, está (estão) inserido(s) o valor do ISSQN referente às Notas Fiscais de Serviços - NFS de números _____ (*informar o número das NFS*), em _____ (*data da emissão da NFS*), emitidas para o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Uruguai Catarinense – CIS Amauc, CNPJ 07.654.807/00001-97, estabelecido à Rua Marechal Deodoro, 772, 12º andar – Edifício *Mirage Offices* – Município de Concórdia – Estado de Santa Catarina.

Por ser expressão da verdade, assino esta declaração.

_____ - SC, ____ de _____ de ____.