

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

EDITAL DE CHAMAMENTO Nº 01/2005

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 fora da 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 SERVIÇOS E VALORES JULHO 2024

ANATOMIA PATOLÓGICA				
PROCEDIMENTO	COD. SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
EXAME ANATOMOPATOLÓGICO P/ CONGELAMENTO /PARAFINA (EXCETO COLO UTERINO) – PEÇA CIRÚRGICA	02.03.02.003-0	R\$ 40,78	R\$ 5,19	R\$ 45,97
EXAME CITOPATOLÓGICO HORMONAL SERIADO (MÍNIMO TRÊS COLETAS)	02.03.01.002-7	R\$ 20,96	R\$ 25,01	R\$ 45,97
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	02.03.02.004-9	R\$ 131,52	R\$ 278,51	R\$ 410,03
IMUNOHISTOQUÍMICA DE MAMAS	4740	R\$ 0,00	R\$ 385,17	R\$ 385,17
EXAME ANÁTOMO PATOLÓGICO	4743	R\$ 0,00	R\$ 80,76	R\$ 80,76
PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM PAINEL DE IMUNOHISTOQUÍMICA (DUAS A CINCO REAÇÕES) INDEPENDENTE DO ÓRGÃO	4745	R\$ 0,00	R\$ 410,03	R\$ 410,03
PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICO EM MARGENS CIRÚRGICAS	4746	R\$ 0,00	R\$ 68,33	R\$ 68,33
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\$ 43,48	R\$ 43,48
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
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
BIÓPSIAS (COLETA MATERIAIS)				
PROCEDIMENTO	COD. SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
BIÓPSIA DE PRÓSTATA GUIADA POR ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA VIA TRANSRETAL 0205020	02.01.01.041-0	R\$ 92,38	R\$ 249,32	R\$ 341,70
BIÓPSIA DE PRÓSTATA (POR PEÇA)	4759	R\$ 0,00	R\$ 33,64	R\$ 33,64
BIÓPSIA DE BOCA (LÍNGUA, LÁBIO, MUCOSA, CAVIDADE BUCAL)	02.01.01.052-6	R\$ 21,56	R\$ 40,57	R\$ 62,13
BIÓPSIA DE PÁLPEBRA	02.01.01.035-6	R\$ 18,33	R\$ 12,73	R\$ 31,06
BIÓPSIA DE PAVILHÃO AURICULAR	02.01.01.036-4	R\$ 14,66	R\$ 16,40	R\$ 31,06
BIÓPSIA DE PÊNIS	02.01.01.038-0	R\$ 18,33	R\$ 172,78	R\$ 191,11
BIÓPSIA DE ÂNUS E CANAL ANAL	02.01.01.004-6	R\$ 18,46	R\$ 22,54	R\$ 41,00
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 LESÃO DE PARTES MOLES (POR AGULHA CÉU ABERTO)	02.01.01.026-7	R\$ 114,36	R\$ 28,53	R\$ 142,89
BIÓPSIA/ PUNÇÃO DE TUMORES SUPERFICIAIS DE PELE	02.01.01.002-0	R\$ 14,10	R\$ 29,38	R\$ 43,48
PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA	02.01.01.058-5	R\$ 66,48	R\$ 275,22	R\$ 341,70
BIÓPSIA DE TIREÓIDE OU PARATIREÓIDE - PAAF	02.01.01.047-0	R\$ 23,73	R\$ 269,56	R\$ 293,29
BIÓPSIA DO COLO UTERINO	02.01.01.066-6	R\$ 18,33	R\$ 17,13	R\$ 35,46

COLETA DE PAAF DE ÓRGÃO OU ESTRUTURAS SUPERFICIAIS	4742	R\$ 0,00	R\$ 112,14	R\$ 112,14
PROCEDIMENTOS DIAGNOSTICOS EM LÂMINAS DE PAAF (ATE 5)	4747	R\$ 0,00	R\$ 93,07	R\$ 93,07
BIOPSIA DE RIM POR PUNÇÃO – GUIADA POR ULTRASSONOGRAFIA	5894	R\$ 46,19	R\$ 353,81	R\$ 400,00
BIOPSIA DE FÍGADO POR PUNÇÃO – GUIADA POR ULTRASSONOGRAFIA	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 (ECG)	02.11.02.003-6	R\$ 5,15	R\$ 13,49	R\$ 18,64
ECOCARDIOGRAFIA FETAL	5886	R\$ 0,00	R\$ 350,00	R\$ 350,00
ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA	02.05.01.003-2	R\$ 39,94	R\$ 208,56	R\$ 248,50
HOLTER (MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HORAS – 3 CANAIS)	02.11.02.004-4	R\$ 30,00	R\$ 138,98	R\$ 168,98
INTERPRETAÇÃO DE ELETROCARDIOGRAMA	5914	R\$ 0,00	R\$ 20,21	R\$ 20,21
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\$ 94,25	R\$ 124,25
CINTILOGRAFIA				
PROCEDIMENTO	COD. SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO / NECROSE (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)	02.08.01.004-1	R\$ 166,47	R\$ 54,86	R\$ 221,33
CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA CAMARAS CARDIACAS/ REPOUSO (MÍN. 3 PR.)	02.08.01.008-4	R\$ 176,72	R\$ 102,16	R\$ 278,88
CINTILOGRAFIA PARA QUANTIFICAÇÃO DE "SHUNT" DA DIREITA PARA ESQUERDA	02.08.01.006-8	R\$ 142,57	R\$ 46,99	R\$ 189,56
CINTILOGRAFIA PARA AVALIAÇÃO DE FLUXO SANGUÍNEO DAS EXTREMIDADES	02.08.01.005-0	R\$ 114,02	R\$ 37,58	R\$ 151,60
CINTILOGRAFIA SINCRON. CÂMARAS CARDÍACAS-ESFORÇO (MÍN. 2 PROJEÇÕES)	02.08.01.007-6	R\$ 214,85	R\$ 70,81	R\$ 285,66
CINTILOGRAFIA MIOCÁRDIO/PERFUSÃO - ESTRESSE (MÍN. 03 PROJEÇÕES)	02.08.01.002-5	R\$ 408,52	R\$ 332,88	R\$ 741,40
CINTILOGRAFIA MIOCÁRDIO/PERFUSÃO - REPOUSO (MÍN. 03 PROJEÇÕES)	02.08.01.003-3	R\$ 383,07	R\$ 312,13	R\$ 695,20
CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE DIVERTÍCULO DE MECKEL	02.08.02.008-0	R\$ 114,86	R\$ 66,40	R\$ 181,26
CINTILOGRAFIA PARA AVALIAÇÃO DE Esvaziamento Esofágico (LÍQUIDOS)	02.08.02.005-5	R\$ 135,38	R\$ 78,25	R\$ 213,63
CINTILOGRAFIA PARA AVALIAÇÃO DE Esvaziamento Gástrico	02.08.02.007-1	R\$ 114,22	R\$ 99,41	R\$ 213,63
DETERMINAÇÃO DE FLUXO SANGUINEO REGIONAL	02.08.01.009-2	R\$ 123,93	R\$ 40,84	R\$ 164,77
CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO	02.08.02.011-0	R\$ 135,38	R\$ 78,25	R\$ 213,63
CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NÃO ATIVA	02.08.02.010-1	R\$ 310,82	R\$ 179,68	R\$ 490,50
CINTILOGRAFIA GLÂNDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTÍMULO (MÍN 4 IMAGENS)	02.08.02.003-9	R\$ 87,89	R\$ 50,81	R\$ 138,70
CINTILOGRAFIA PARA ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFÁGICO (SEMI-SÓLIDOS)	02.08.02.006-3	R\$ 135,38	R\$ 78,25	R\$ 213,63
CINTILOGRAFIA DO FÍGADO E BAÇO - MÍNIMO 05 IMAGENS	02.08.02.001-2	R\$ 133,26	R\$ 77,04	R\$ 210,30
CINTILOGRAFIA DO FÍGADO E VIAS BILIARES	02.08.02.002-0	R\$ 187,93	R\$ 108,64	R\$ 296,57
CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE HEMORRAGIAS DIGESTIVAS ATIVAS	02.08.02.009-8	R\$ 157,23	R\$ 90,90	R\$ 248,13
CINTILOGRAFIA DA TIREÓIDE COM OU SEM CAPTAÇÃO	02.08.03.002-6	R\$ 77,28	R\$ 44,67	R\$ 121,95
CINTILOGRAFIA DA TIREÓIDE COM TESTE DE SUPRESSÃO/ ESTÍMULO	02.08.03.003-4	R\$ 107,30	R\$ 35,37	R\$ 142,67
TESTE DO PERCLORATO COM RADIOISÓTOPO	02.08.03.005-0	R\$ 107,40	R\$ 35,40	R\$ 142,80
CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DO CORPO INTEIRO (PCI)	02.08.03.004-2	R\$ 338,70	R\$ 195,80	R\$ 534,50
CINTILOGRAFIA DE PARATIREÓIDE	02.08.03.001-8	R\$ 324,54	R\$ 187,61	R\$ 512,15
CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)	02.08.04.005-6	R\$ 133,03	R\$ 491,83	R\$ 624,86

CINTILOGRAFIA TESTICULAR E BOLSA ESCROTAL	02.08.04.003-0	R\$ 108,94	R\$ 35,90	R\$ 144,84
DETERMINAÇÃO DA FILTRAÇÃO GLOMERULAR COM RADIOISÓTOPOS	02.08.04.008-0	R\$ 63,22	R\$ 20,83	R\$ 84,05
DETERMINAÇÃO DO FLUXO PLASMÁTICO RENAL COM RADIOISÓTOPOS	02.08.04.009-9	R\$ 63,22	R\$ 20,83	R\$ 84,05
CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA	02.08.04.007-2	R\$ 144,50	R\$ 83,54	R\$ 228,04
CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA	02.08.04.006-4	R\$ 122,97	R\$ 71,09	R\$ 194,06
CINTILOGRAFIA ARTICULAÇÕES E/OU EXTREMIDADES E/OU OSSO COM OU SEM FLUXOSANGUÍNEO	02.08.05.001-9	R\$ 180,32	R\$ 59,43	R\$ 239,75
CINTILOGRAFIA ÓSSEA COM OU SEM FLUXO SANGUÍNEO (CORPO INTEIRO)	02.08.05.003-5	R\$ 190,99	R\$ 155,61	R\$ 346,60
ESTUDO DO FLUXO SANGUÍNEO CEREBRAL	02.08.06.003-0	R\$ 119,16	R\$ 39,27	R\$ 158,43
CISTERNOCINTILOGRAFIA (MÍNIMO 05 IMAGENS)	02.08.06.002-2	R\$ 205,34	R\$ 118,71	R\$ 324,05
CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL COM TALIO	02.08.06.001-4	R\$ 438,01	R\$ 253,09	R\$ 691,10
LINFOCINTILOGRAFIA	02.08.08.004-0	R\$ 141,33	R\$ 81,70	R\$ 223,03
CINTILOGRAFIA CORPO INTEIRO COM GÁLIO 67 - EXCLUSIVO P/ DOENÇA DE HODGKIN	02.08.09.001-0	R\$ 906,80	R\$ 298,88	R\$ 1.205,68
CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)	02.08.09.003-7	R\$ 289,43	R\$ 167,32	R\$ 456,75
CINTILOGRAFIA PARA QUANTIFICAÇÃO DA CAPTAÇÃO PULMONAR DO GÁLIO 67	02.08.07.001-0	R\$ 457,55	R\$ 643,23	R\$ 1.100,78
CINTILOGRAFIA DE CORAÇÃO COM GALIO 67	02.08.01.001-7	R\$ 457,55	R\$ 150,81	R\$ 608,36
CINTILOGRAFIA DE RIM COM GALIO 67	02.08.04.002-1	R\$ 457,55	R\$ 150,81	R\$ 608,36
CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO OSSEO COM GALIO 67	02.08.05.004-3	R\$ 457,55	R\$ 49,42	R\$ 506,97
CINTILOGRAFIA PULMONAR (INALAÇÃO) COM MÍNIMO DE 02 PROJEÇÕES	02.08.07.003-6	R\$ 128,12	R\$ 42,22	R\$ 170,34
CINTILOGRAFIA PULMONAR PARA PESQUISA DE ASPIRAÇÃO	02.08.07.002-8	R\$ 127,51	R\$ 42,83	R\$ 170,34
CINTILOGRAFIA PULMONAR (PERFUSÃO) - MÍNIMO DE 04 PROJEÇÕES	02.08.07.004-4	R\$ 130,50	R\$ 75,44	R\$ 205,94
CINTILOGRAFIA SISTEMA RETÍCULO-ENDOTELIAL (MEDULA ÓSSEA)	02.08.08.001-5	R\$ 122,61	R\$ 55,09	R\$ 177,70
DEMONSTRAÇÃO DE SEQUESTRO DE HEMÁCIAS PELO BAÇO COM RADIOISÓTOPOS	02.08.08.002-3	R\$ 97,37	R\$ 32,09	R\$ 129,46
DETERMINAÇÃO DE SOBREVIDA DE HEMÁCIAS COM RADIOSÓTOPOS	02.08.08.003-1	R\$ 54,36	R\$ 17,91	R\$ 72,27
CINTILOGRAFIA DA GLÂNDULA LACRIMAL - DACRIOCINTILOGRAFIA	02.08.09.002-9	R\$ 66,23	R\$ 38,29	R\$ 104,52
IMUNO CINTILOGRAFIA (ANTICORPOS MONOCLONAL)	02.08.02.012-8	R\$ 1.103,26	R\$ 119,15	R\$ 1.222,41
ESTUDO RENAL DINÂMICO C/OUS/DIRÉTICO	02.08.04.010-2	R\$ 165,24	R\$ 282,23	R\$ 447,47
TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO (PLUMER -ATE 30MCI)	03.03.12.006-1	R\$ 443,70	R\$ 256,50	R\$ 700,20
TÉCNICA TOMOGRÁFICA	4795	R\$ 0,00	R\$ 115,32	R\$ 115,32
TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO GRAVES	03.03.12.007-0	R\$ 359,70	R\$ 207,94	R\$ 567,64
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
CLÍNICA MÉDICA				
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 CIRURGIA ELETIVA 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-ENERGETICA DE COLUNA (DOIS SEGMENTOS)	02.04.06.002-8	R\$ 55,10	R\$ 59,20	R\$ 114,30
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\$ 40,57	R\$ 62,13
BIÓPSIA DE PÁLPEBRA	02.01.01.035-6	R\$ 18,33	R\$ 12,73	R\$ 31,06
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\$ 16,40	R\$ 31,06
BIÓPSIA/ PUNÇÃO DE TUMORES SUPERFICIAIS DE PELE	02.01.01.002-0	R\$ 14,10	R\$ 29,38	R\$ 43,48
ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÃO CUTÂNEA – 05 LESÕES	04.01.01.004-0	R\$ 11,84	R\$ 143,28	R\$ 155,12
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
EXCISÃO DE LESÃO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA	04.01.01.005-8	R\$ 23,16	R\$ 207,73	R\$ 230,89
EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA PELE C/ PLÁSTICA EM Z OU ROTAÇÃO DE RETALHO	04.01.02.005-3	R\$ 356,81	R\$ 2,19	R\$ 359,00
EXTENSOS FERIMENTOS/CICATRIZES OU TUMORES - EXERESE E ROTAÇÃO DE RETALHOS	5909	R\$ 0,00	R\$ 771,41	R\$ 771,41
CRIOTERAPIA (ATÉ 5 LESÕES)	4791	R\$ 0,00	R\$ 110,80	R\$ 110,80
FOTOTERAPIA (SESSÃO – POR SEGMENTO)	03.03.08.010-8	R\$ 4,00	R\$ 20,84	R\$ 24,84
CAUTERIZAÇÃO/ELETROCAUTERIZAÇÃO/CRIOCAUTERIZAÇÃO CONDILOMA	4724	R\$ 0,00	R\$ 350,00	R\$ 350,00
ENDOCRINOLOGIA				
PROCEDIMENTO	COD. SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA ESPECIALIZADA EM ENDOCRINOLOGIA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 80,00	R\$ 90,00
ENDODONTIA				
PROCEDIMENTO	COD. SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	1166	R\$ 0,00	R\$ 77,00	R\$ 77,00
ACESSO A POLPA DENTÁRIA E MEDICAÇÃO (POR DENTE)	03.07.02.001-0	R\$ 0,00	R\$ 175,00	R\$ 175,00
CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECÂNICO	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 BIRRADICULAR	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 UNIRADICULAR	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
FISIATRIA				
PROCEDIMENTO	COD. SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA ESPECIALIZADA EM FISIATRIA	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 PCTES COM DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS	03.02.01.002-5	R\$ 4,67	R\$ 20,33	R\$ 25,00
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	03.02.05.002-7	R\$ 4,67	R\$ 20,33	R\$ 25,00
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PCTES NO 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\$ 14,95	R\$ 33,24
EQUOTERAPIA	4663	R\$ 0,00	R\$ 120,00	R\$ 120,00
SESSÃO DE FISIOTERAPIA AQUÁTICA (HIDROTERAPIA)	5915	R\$ 0,00	R\$ 120,00	R\$ 120,00
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 TONAL LIMIAR (VIA AÉREA/ ÓSSEA)	02.11.07.004-1	R\$ 21,00	R\$ 17,34	R\$ 38,34
AUDIOMETRIA DE CAMPO LIVRE	02.11.07.003-3	R\$ 20,13	R\$ 18,21	R\$ 38,34
POTENCIAL EVOCADO PARA TRIAGEM AUDITIVA - BERA	02.11.07.027-0	R\$ 13,51	R\$ 187,77	R\$ 201,28
EMISSÕES OTOACUSTICAS EVOCADAS PARA TRIAGEM AUDITIVA - TESTE ORELHINHA	02.11.07.014-9	R\$ 13,51	R\$ 3,28	R\$ 16,79
GUSTOMETRIA	02.11.07.019-0	R\$ 1,92	R\$ 16,72	R\$ 18,64
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\$ 17,27	R\$ 18,64
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
BIOPSIA DE ANUS E CANAL ANAL	02.01.01.004-6	R\$ 18,46	R\$ 22,54	R\$ 41,00
CONSULTA ESPECIALIZADA EM GASTROENTEROLOGIA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 80,00	R\$ 90,00
COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	02.09.01.002-9	R\$ 112,66	R\$ 260,09	R\$ 372,75
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (EDA) COM TESTE DE UREASE - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	02.09.01.003-7	R\$ 48,16	R\$ 163,06	R\$ 211,22
POLIPECTOMIA (ATÉ TRÊS PÓLIPOS)	04.07.01.025-4	R\$ 29,84	R\$ 168,96	R\$ 198,80
RETOSSIGMOIDOSCOPIA	02.09.01.005-3	R\$ 23,13	R\$ 138,39	R\$ 161,52
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA	04.07.01.024-6	R\$ 31,26	R\$ 130,26	R\$ 161,52
TROCA BOTTOM GASTROSTOMIA	5905	R\$ 0,00	R\$ 71,68	R\$ 71,68
MUCOSECTOMIA	5891	R\$ 0,00	R\$ 250,00	R\$ 250,00
CLIQUE HEMOSTÁTICO	5916	R\$ 0,00	R\$ 500,00	R\$ 500,00

GERIATRIA				
PROCEDIMENTO	COD. SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA ESPECIALIZADA EM GERIATRIA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 80,00	R\$ 90,00
GINECOLOGIA E OBSTETRICIA				
PROCEDIMENTO	COD. SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
BIOPSIA DO COLO UTERINO	02.01.01.066-6	R\$ 18,33	R\$ 17,13	R\$ 35,46
CONSULTA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 80,00	R\$ 90,00
COLPOSCOPIA	02.11.04.002-9	R\$ 3,38	R\$ 33,89	R\$ 37,27
CRIOCAUTERIZACAO / ELETROCOAGULACAO DE COLO DE UTERO	03.09.03.004-8	R\$ 11,26	R\$ 57,07	R\$ 68,33
CAUTERIZAÇÃO/ELETROCAUTERIZAÇÃO/CRIOCAUTERIZAÇÃO DE CONDILOMA	4724	R\$ 0,00	R\$ 350,00	R\$ 350,00
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
LITOTRIPSIA				
PROCEDIMENTO	COD.SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA (ONDA DE CHOQUE PARCIAL/COMPLETA EM 1 REGIÃO RENAL)	03.09.03.012-9	R\$ 172,00	R\$ 590,30	R\$ 762,30
LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA (ONDA DE CHOQUE TRATAMENTO SUBSEQUENTE EM 1 REGIÃO RENAL)	03.09.03.010-2	R\$ 172,00	R\$ 590,30	R\$ 762,30
MASTOLOGIA				
PROCEDIMENTO	COD. SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA EM 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 NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	4700	R\$ 0,00	R\$ 90,00	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\$ 88,06	R\$ 99,40
ELETROENCEFALOGRAFIA SONO INDUZIDO COM OU SEM MEDICAMENTO	02.11.05.003-2	R\$ 25,00	R\$ 74,40	R\$ 99,40

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
NUTRIÇÃO				
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
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
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
BIÓPSIA DE PIRÂMIDE NASAL	02.01.01.039-9	R\$ 18,33	R\$ 18,94	R\$ 37,27
BIÓPSIA DE SEIOS PARANASAIS	02.01.01.044-5	R\$ 18,33	R\$ 43,80	R\$ 62,13
BIÓPSIA DE FARINGE	02.01.01.019-4	R\$ 19,06	R\$ 18,21	R\$ 37,27
DRENAGEM DE ABSCESSO FARÍNGEO	04.04.01.005-9	R\$ 22,56	R\$ 14,71	R\$ 37,27
DRENAGEM DE FURÚNCULO NO CONDUTO AUDITIVO EXTERNO	04.04.01.007-5	R\$ 14,66	R\$ 22,61	R\$ 37,27
INCISÃO E DRENAGEM DE ABSCESSO	04.01.01.010-4	R\$ 11,84	R\$ 25,43	R\$ 37,27
DUCHA DE POLITZER (UNI/BILATERAL)	04.04.01.009-1	R\$ 11,28	R\$ 25,99	R\$ 37,27
INFILTRAÇÃO MEDICAMENTOSA EM CORNETO INFERIOR	04.04.01.015-6	R\$ 11,28	R\$ 38,41	R\$ 49,69
TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR E POSTERIOR	04.04.01.034-2	R\$ 17,00	R\$ 45,13	R\$ 62,13
ELETROGUSTOMETRIA	02.11.07.013-0	R\$ 1,37	R\$ 29,69	R\$ 31,06
VIDEOLARINGOSCOPIA E LARINGOSCOPIA	02.09.04.002-5	R\$ 47,14	R\$ 77,11	R\$ 124,25
NASOFIBROLARINGOSCOPIA	4793	R\$ 0,00	R\$ 242,65	R\$ 242,65
RESSECÇÃO DE MUCOCELE	5908	R\$ 0,00	R\$ 246,91	R\$ 246,91
FRENÉCTOMIA/FRENOTOMIA	04.01.01.008-2	R\$ 0,00	R\$ 100,55	R\$ 100,55
OFTALMOLOGIA				
PROCEDIMENTO	COD. SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 80,00	R\$ 90,00
BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)	02.11.06.001-1	R\$ 24,24	R\$ 29,19	R\$ 53,43
BIÓPSIA DE CONJUNTIVA (MONOCULAR)	02.01.01.009-7	R\$ 31,10	R\$ 22,33	R\$ 53,43
BIÓPSIA DE Córnea (MONOCULAR)	02.01.01.011-9	R\$ 68,62	R\$ 48,79	R\$ 117,41

BIÓPSIA DE ESCLERA (MONOCULAR)	02.01.01.018-6	R\$ 68,62	R\$ 48,79	R\$ 117,41
BIÓPSIA DE IRIS E CORPO CILIAR, RETINA CORÓIDE, VÍTREO E UMORE (MONOCULAR)	02.01.01.024-0	R\$ 199,21	R\$ 136,26	R\$ 335,47
CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRÁFICO (MONOCULAR)	02.11.06.003-8	R\$ 40,00	R\$ 94,19	R\$ 134,19
CAPSULOTOMIA A YAG LASER	04.05.05.002-0	R\$ 78,75	R\$ 485,10	R\$ 563,85
CAUTERIZAÇÃO DA CÓRNEA (MONOCULAR)	04.05.05.003-8	R\$ 19,14	R\$ 22,79	R\$ 41,93
CERATOMETRIA (MONOCULAR)	02.11.06.005-4	R\$ 3,37	R\$ 50,06	R\$ 53,43
CICLOCRIOCOAGULAÇÃO/DIATERMIA (MONOCULAR)	04.05.05.004-6	R\$ 587,51	R\$ 587,51	R\$ 1.175,02
CICLODIÁLISE (MONOCULAR)	04.05.05.005-4	R\$ 453,41	R\$ 453,41	R\$ 906,82
CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ASTIGMATISMO SECUNDÁRIO (MONOCULAR)	04.05.05.006-2	R\$ 19,14	R\$ 22,79	R\$ 41,93
CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ENTRÓPIO E ECTRÓPIO (MONOCULAR)	04.05.01.001-0	R\$ 203,74	R\$ 611,22	R\$ 814,96
CORREÇÃO CIRÚRGICA DE EPICANTO E TELECANTO (MONOCULAR)	04.05.01.002-8	R\$ 278,90	R\$ 557,80	R\$ 836,70
CORREÇÃO CIRÚRGICA DE HÉRNIA DE IRIS (MONOCULAR)	04.05.05.007-0	R\$ 259,20	R\$ 290,98	R\$ 550,18
CORREÇÃO CIRÚRGICA DE LAGOFTALMO (MONOCULAR)	04.05.04.001-6	R\$ 282,08	R\$ 564,19	R\$ 846,27
CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO CULAR CDPO (MÍNIMO TRÊS MEDIDAS) MONOCULAR)	02.11.06.006-2	R\$ 10,11	R\$ 8,34	R\$ 18,45
ELETRO-OCULOGRAFIA (BINOCULAR)	02.11.06.007-0	R\$ 24,24	R\$ 27,76	R\$ 52,00
ELETRORETINOGRÁFIA (BINOCULAR)	02.11.06.008-9	R\$ 24,24	R\$ 27,76	R\$ 52,00
EPILAÇÃO DE CÍLIOS (MONOCULAR)	04.05.01.006-0	R\$ 22,93	R\$ 19,00	R\$ 41,93
EXERESE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DE PÁLPEBRA E UPERCÍLIOS (UNILATERAL)	04.05.01.007-9	R\$ 78,75	R\$ 472,50	R\$ 551,25
EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA (MONOCULAR)	04.05.05.008-9	R\$ 82,28	R\$ 93,84	R\$ 176,12
FACECTOMIA COM LENTE INTRA-OCULAR (LENTE INCLUÍDA NO VALOR) (MONOCULAR)	04.05.05.009-7	R\$ 531,60	R\$ 531,60	R\$ 1.063,20
FACECTOMIA SEM IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR (INCLUI VITRECTOMIA ANTERIOR QUANDO	04.05.05.010-0	R\$ 483,60	R\$ 483,60	R\$ 967,20
FACOEMULSIFICAÇÃO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR RÍGIDA (LENTE INCLUÍDA)	04.05.05.011-9	R\$ 651,60	R\$ 70,37	R\$ 721,97
FACOEMULSIFICAÇÃO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL LENTE INCLUÍDA NO	04.05.05.037-2	R\$ 771,70	R\$ 552,25	R\$ 1.323,95
INJEÇÃO RETROBULAR/PERIBULBAR (MONOCULAR)	04.05.04.013-0	R\$ 22,93	R\$ 19,00	R\$ 41,93
IRIDECTOMIA CIRÚRGICA (MONOCULAR)	04.05.05.017-8	R\$ 297,46	R\$ 378,46	R\$ 675,92
MAPEAMENTO DE RETINA (MONOCULAR)	02.11.06.012-7	R\$ 24,24	R\$ 27,76	R\$ 52,00
MICROSCOPIA ESPECULAR DE CÓRNEA (MONOCULAR)	02.11.06.014-3	R\$ 24,24	R\$ 27,76	R\$ 52,00
OCLUSÃO DE PONTO LACRIMAL (MONOCULAR)	04.05.01.010-9	R\$ 19,14	R\$ 22,79	R\$ 41,93
PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)	02.05.02.002-0	R\$ 14,81	R\$ 12,03	R\$ 26,84
PARACENTESE DE CÂMARA ANTERIOR (MONOCULAR)	04.05.05.020-8	R\$ 82,28	R\$ 92,16	R\$ 174,44
PENTACAM (PTK)	5920	R\$ 0,00	R\$ 325,00	R\$ 325,00
POTENCIAL VISUAL EVOCADO (MONOCULAR)	02.11.06.016-0	R\$ 24,24	R\$ 17,69	R\$ 41,93
RADIAÇÃO PARA CROSS-LINKING CORNEANO	04.05.05.040-2	R\$ 372,72	R\$ 1.012,28	R\$ 1.385,00
RETINOGRÁFIA FLUORESCENTE (BINOCULAR)	02.11.06.018-6	R\$ 64,00	R\$ 154,05	R\$ 218,05
RETINOGRÁFIA COLORIDA (BINOCULAR)	02.11.06.017-8	R\$ 24,68	R\$ 17,25	R\$ 41,93
RETIRADA DE GLOBO OCULAR UNI/BILATERAL PARA TRANSPLANTE (BINOCULAR)	05.03.03.005-8	R\$ 322,38	R\$ 34,82	R\$ 357,20
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA ANTERIOR DO OLHO (MONOCULAR)	04.05.05.024-0	R\$ 335,72	R\$ 227,88	R\$ 563,60
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÓRNEA (MONOCULAR)	04.05.05.025-9	R\$ 25,00	R\$ 16,93	R\$ 41,93
SIMBLEFAROPLASTIA (MONOCULAR)	04.05.01.014-1	R\$ 203,74	R\$ 54,57	R\$ 258,31
SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS (BINOCULAR)	04.05.01.016-8	R\$ 22,93	R\$ 19,00	R\$ 41,93
SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL COM SEDAÇÃO (BINOCULAR)	04.05.01.015-0	R\$ 203,73	R\$ 611,19	R\$ 814,92
SUTURA DE CONJUNTIVA (MONOCULAR)	04.05.05.029-1	R\$ 82,28	R\$ 92,16	R\$ 174,44
SUTURA DE CÓRNEA (MONOCULAR)	04.05.05.030-5	R\$ 164,08	R\$ 112,69	R\$ 276,77
SUTURA DE ESCLERA (MONOCULAR)	04.05.03.009-6	R\$ 161,19	R\$ 110,55	R\$ 271,74

SUTURA DE PÁLPEBRAS (MONOCULAR)	04.05.01.017-6	R\$ 143,99	R\$ 32,13	R\$ 176,12
TESTE DE PROVOCAÇÃO DE GLAUCOMA (MONOCULAR)	02.11.06.020-8	R\$ 6,74	R\$ 8,35	R\$ 15,09
TESTE PARA ADAPTAÇÃO DE LENTE DE CONTATO (MONOCULAR)	02.11.06.024-0	R\$ 12,34	R\$ 14,50	R\$ 26,84
TESTE ORTÓPTICO (BINOCULAR)	02.11.06.023-2	R\$ 12,34	R\$ 14,50	R\$ 26,84
TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA - OCT (BINOCULAR)	4.15.01.14-4	R\$ 0,00	R\$ 166,20	R\$ 166,20
TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÔRNEA – CERATOSCOPIA (BINOCULAR)	02.11.06.026-7	R\$ 24,24	R\$ 16,45	R\$ 40,69
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BLEFAROCALASE (BINOCULAR)	04.05.01.018-4	R\$ 95,42	R\$ 162,89	R\$ 258,31
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEISCÊNCIA DE SUTURA DE ESCLERA (MONOCULAR)	04.05.03.010-0	R\$ 159,37	R\$ 109,01	R\$ 268,38
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE XANTELASMA (MONOCULAR)	04.05.04.019-9	R\$ 116,42	R\$ 141,89	R\$ 258,31
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO (MONOCULAR)	04.05.05.036-4	R\$ 209,55	R\$ 628,65	R\$ 838,20
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\$ 19,00	R\$ 41,93
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE NEOPLASIA DE ESCLERA (MONOCULAR)	04.05.03.012-6	R\$ 259,20	R\$ 294,33	R\$ 553,53
TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL (INCLUI TRATAMENTO DE BLEFAROCALASE) E COLOBOMA DE	04.05.04.020-2	R\$ 449,44	R\$ 449,44	R\$ 898,88
TRABECULECTOMIA (INCLUI A IRIDECTOMIA) (BINOCULAR)	04.05.05.032-1	R\$ 898,35	R\$ 898,35	R\$ 1.796,70
TRANSPLANTE DE CÔRNEA (MONOCULAR)	05.05.01.009-7	R\$ 2.070,00	R\$ 223,56	R\$ 2.293,56
VITRECTOMIA ANTERIOR (MONOCULAR)	04.05.03.013-4	R\$ 381,08	R\$ 762,16	R\$ 1.143,24
FOTOCOAGULAÇÃO A LASER	04.05.03.004-5	R\$ 107,61	R\$ 538,05	R\$ 645,66
ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR/ ORBITA (MONOCULAR)	02.05.02.008-9	R\$ 24,20	R\$ 49,53	R\$ 73,73
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\$ 3,14	R\$ 16,14
BIÓPSIA DE MEDULA ÓSSEA	02.01.01.027-5	R\$ 200,00	R\$ 21,60	R\$ 221,60
BIÓPSIA DE OSSO/CARTILAGEM DA CINTURA ESCAPULAR (POR AGULHA/CÉU ABERTO)	02.01.01.030-5	R\$ 182,75	R\$ 44,62	R\$ 227,37
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 MEMBRO SUPERIOR (POR AGULHA/CÉU ABERTO)	02.01.01.033-0	R\$ 188,26	R\$ 70,05	R\$ 258,31
BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE	02.01.01.034-8	R\$ 23,99	R\$ 20,74	R\$ 44,73
BIÓPSIA DE OSSO/CARTILAGEM DE CINTURA PÉLVICA (POR AGULHA/CÉU ABERTO)	02.01.01.031-3	R\$ 183,39	R\$ 45,22	R\$ 228,61
BIÓPSIA DE LESÃO DE PARTES MOLES (POR AGULHA/CÉU ABERTO)	02.01.01.026-7	R\$ 114,36	R\$ 28,53	R\$ 142,89
BIÓPSIA DE MÚSCULO	02.01.01.028-3	R\$ 18,33	R\$ 5,27	R\$ 23,60
BURSECTOMIA	04.08.06.008-5	R\$ 213,63	R\$ 23,07	R\$ 236,70
CIRURGIA DE UNHA (CANTOPLASTIA)	04.01.02.017-7	R\$ 0,00	R\$ 152,41	R\$ 152,41
CANTOPLASTIA + MATRICECTOMIA	5906	R\$ 0,00	R\$ 214,00	R\$ 214,00
FASCIOTOMIA DE MEMBROS SUPERIOR	04.08.02.010-5	R\$ 200,51	R\$ 21,66	R\$ 222,17
INFILTRAÇÃO D E S U B S T Â N C I A S EM CAVIDADE SINOVAL (ARTICULAÇÃO, BAINHA	03.03.09.003-0	R\$ 5,63	R\$ 4,31	R\$ 9,94
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\$ 4,13	R\$ 17,38
RESSECÇÃO DE CISTO SINOVAL	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\$ 6,37	R\$ 28,58
REVISÃO COM TROCA DE APARELHO GESSADO EM MEMBROS INFERIORES	03.03.09.007-3	R\$ 25,31	R\$ 8,23	R\$ 33,54
REVISÃO E TROCA DE APARELHO GESSADO EM LESÃO DE COLUNA VERTEBRAL	03.03.09.011-1	R\$ 27,32	R\$ 18,65	R\$ 45,97
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
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RUTURA DO APARELHO EXTENSOR DO DEDO	04.08.06.068-9	R\$ 28,42	R\$ 16,31	R\$ 44,73
REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA/LESÃO FISÁRIA NO PUNHO	04.08.02.017-2	R\$ 107,24	R\$ 11,58	R\$ 118,82
TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA NA CINTURA ESCAPULAR (COM IMOBILIZAÇÃO)	03.03.09.012-0	R\$ 36,59	R\$ 9,38	R\$ 45,97
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 UMEMERO	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 FÊMURO/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
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\$ 150,36	R\$ 186,38
ESPIROGRAFIA COM DETERMINAÇÃO DO VOLUME RESIDUAL	02.11.08.001-2	R\$ 2,78	R\$ 71,77	R\$ 74,55
GASOMETRIA	02.11.08.002-0	R\$ 2,78	R\$ 2,18	R\$ 4,96
ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR	02.11.08.005-5	R\$ 6,36	R\$ 91,09	R\$ 97,45
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
COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	02.09.01.002-9	R\$ 112,66	R\$ 260,09	R\$ 372,75
RETIRADA DE PÓLIPO DE TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA – POLIPECTOMIA (ATÉ TRÊS)	04.07.01.025-4	R\$ 29,84	R\$ 168,96	R\$ 198,80
RETOSSIGMOIDOSCOPIA	02.09.01.005-3	R\$ 23,13	R\$ 138,39	R\$ 161,52
BIOPSIA DE ANUS E CANAL ANAL	02.01.01.004-6	R\$ 18,46	R\$ 22,54	R\$ 41,00
DRENAGEM DE ABSCESSO ANU-RETAL	04.07.02.013-6	R\$ 159,15	R\$ 61,43	R\$ 220,58
ELETROCAUTERIZACAO DE LESAO TRANSPARIETAL DE ANUS	04.07.02.016-0	R\$ 0,00	R\$ 102,73	R\$ 102,73
MUCOSECTOMIA	5891	R\$ 0,00	R\$ 250,00	R\$ 250,00
CLIQUE HEMOSTÁTICO	5916	R\$ 0,00	R\$ 500,00	R\$ 500,00

EXERESE DE HEMORROIDA EXTERNA/FISSURAS ANAIS	5904	R\$ 0,00	R\$ 500,00	R\$ 500,00
PSICOLOGIA				
PROCEDIMENTO	COD. SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	CIS AMAUC
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	CIS AMAUC
CONSULTA ESPECIALIZADA EM 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 ESPECIALIZADA EM PSIQUIATRIA INCLUINDO TERAPIA INDIVIDUAL	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 138,00	R\$ 148,00
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
EXAMES DE IMAGEM				
ANGIORRESSONÂNCIA				
PROCEDIMENTO	COD. SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
ANGIORRESSONANCIA CEREBRAL	02.07.01.001-3	R\$ 268,75	R\$ 29,03	R\$ 297,78
ANGIORRESSONANCIA DE CRANIO/ PESCOÇO - ARTERIAL OU VENOSA	4667	R\$ 0,00	R\$ 465,36	R\$ 465,36
ANGIORRESSONANCIA DE TORAX - ARTERIAL OU VENOSA	4668	R\$ 0,00	R\$ 465,36	R\$ 465,36
ANGIORRESSONANCIA DE ABDOMEN/PELVE - ARTERIAL OU VENOSA	4669	R\$ 0,00	R\$ 465,36	R\$ 465,36
CONTRASTE PARA ANGIORRESSONÂNCIA	4673	R\$ 0,00	R\$ 110,80	R\$ 110,80
ANGIOTOMOGRAFIA				
PROCEDIMENTO	COD. SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
ANGIOTOMOGRAFIA CRÂNIO E VERTEBRAIS	4674	R\$ 0,00	R\$ 465,36	R\$ 465,36
ANGIOTOMOGRAFIA CAROTIDAS/AORTA ABDOMINAL E ILIACAS / ARTERIAS ILIACAS	4675	R\$ 0,00	R\$ 465,36	R\$ 465,36
ANGIOTOMOGRAFIA DE MEMBROS INFERIORES	4676	R\$ 0,00	R\$ 465,36	R\$ 465,36
ANGIOTOMOGRAFIA DE MEMBROS SUPERIORES	5902	R\$ 0,00	R\$ 465,36	R\$ 465,36
CONTRASTE PARA ANGIOTOMOGRAFIA	4710	R\$ 0,00	R\$ 110,80	R\$ 110,80
ECODOPPLER				

PROCEDIMENTO	COD. SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
ECODOPPLER DE TIREÓIDE	4787	R\$ 0,00	R\$ 199,44	R\$ 199,44
ECODOPPLER DE BOLSA ESCROTAL	4788	R\$ 0,00	R\$ 199,44	R\$ 199,44
ECODOPPLER TRANSVAGINAL	4789	R\$ 0,00	R\$ 199,44	R\$ 199,44
ECODOPPLER ORGÃOS OU ESTRUTURAS SUPERFICIAIS	4761	R\$ 0,00	R\$ 199,44	R\$ 199,44
ECODOPPLER UNILATERAL	4720	R\$ 0,00	R\$ 199,44	R\$ 199,44
ECODOPPLER BILATERAL	4721	R\$ 0,00	R\$ 332,40	R\$ 332,40
ECODOPPLER DE CARÓTIDAS E VERTEBRAIS	4722	R\$ 0,00	R\$ 199,44	R\$ 199,44
RADIODIAGNÓSTICO				
PROCEDIMENTO	COD. SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
MAMOGRAFIA UNILATERAL	02.04.03.003-0	R\$ 22,50	R\$ 17,88	R\$ 40,38
MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	02.04.03.018-8	R\$ 45,00	R\$ 21,48	R\$ 66,48
RADIOGRAFIA CAVUM (LATERAL +HIRTZ)	02.04.01.006-3	R\$ 6,88	R\$ 10,50	R\$ 17,38
RADIOGRAFIA ABDÔMEN AGUDO (MÍNIMO DE 3 INCIDÊNCIAS)	02.04.05.012-0	R\$ 15,30	R\$ 12,03	R\$ 27,33
RADIOGRAFIA DE ABDÔMEN SIMPLES (AP)	02.04.05.013-8	R\$ 10,73	R\$ 7,91	R\$ 18,64
RADIOGRAFIA DE ABDÔMEN (AP+LATERAL/LOCALIZADA)	02.04.05.011-1	R\$ 10,73	R\$ 16,60	R\$ 27,33
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO	02.04.04.001-9	R\$ 6,42	R\$ 12,22	R\$ 18,64
RADIOGRAFIA ARCADA ZIGOMÁTICA MALAR (AP+OBLIQUAS)	02.04.01.004-7	R\$ 6,96	R\$ 10,42	R\$ 17,38
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL	02.04.06.006-0	R\$ 7,77	R\$ 14,59	R\$ 22,36
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL	02.04.04.003-5	R\$ 7,40	R\$ 13,72	R\$ 21,12
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESTERNO CLAVICULAR	02.04.04.004-3	R\$ 7,40	R\$ 13,72	R\$ 21,12
RADIOGRAFIA DE CORAÇÃO E VASOS DA BASE (PA+LATERAL+OBLÍQUA)	02.04.03.005-6	R\$ 14,32	R\$ 15,50	R\$ 29,82
RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITÓRAX)	02.04.03.007-2	R\$ 8,37	R\$ 12,75	R\$ 21,12
RADIOGRAFIA DE COTOVELO	02.04.04.007-8	R\$ 5,90	R\$ 12,74	R\$ 18,64
RADIOGRAFIA DE COXA	02.04.06.011-7	R\$ 8,94	R\$ 13,42	R\$ 22,36
RADIOGRAFIA DE CRÂNIO (PA+LATERAL+OBLÍQUA/BRETTON+HIRTZ)	02.04.01.007-1	R\$ 9,15	R\$ 14,45	R\$ 23,60
RADIOGRAFIA DE CRÂNIO (PA+LATERAL)	02.04.01.008-0	R\$ 7,52	R\$ 9,86	R\$ 17,38
RADIOGRAFIA DE ESÔFAGO	02.04.03.008-0	R\$ 19,24	R\$ 18,03	R\$ 37,27
ESCANOMETRIA	02.04.06.003-6	R\$ 7,77	R\$ 17,07	R\$ 24,84
DUODENOGRAMA HIPOTÔNICA	02.04.05.004-9	R\$ 34,52	R\$ 31,33	R\$ 65,85
RADIOGRAFIA DO ESTERNO	02.04.03.009-9	R\$ 7,98	R\$ 13,14	R\$ 21,12
RADIOGRAFIA DE ESTÔMAGO E DUODENO	02.04.05.014-6	R\$ 35,22	R\$ 25,65	R\$ 60,87
RADIOGRAFIA DE ESÔFAGO, ESTÔMAGO E DUODENO (REED)	5917	R\$ 0,00	R\$ 495,00	R\$ 495,00
RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP+ LATERAL)	02.04.06.012-5	R\$ 6,78	R\$ 11,86	R\$ 18,64
RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP+LATERAL+AXIAL)	02.04.06.013-3	R\$ 7,16	R\$ 11,48	R\$ 18,64
RADIOGRAFIA DE LARINGE	02.04.01.009-8	R\$ 5,74	R\$ 10,40	R\$ 16,14
RADIOGRAFIA DE REGIÃO ORBITÁRIA (LOCALIZAÇÃO DE CORPO ESTRANHO)	02.04.01.013-6	R\$ 7,98	R\$ 16,86	R\$ 24,84
RADIOGRAFIA DE MÃO	02.04.04.009-4	R\$ 6,30	R\$ 12,34	R\$ 18,64
RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO (P/DETERMINAÇÃO DE IDADE ÓSSEA)	02.04.04.010-8	R\$ 6,00	R\$ 12,64	R\$ 18,64
RADIOGRAFIA DE MASTÓIDE/ROCHEDOS (BILATERAL)	02.04.01.010-1	R\$ 9,03	R\$ 14,57	R\$ 23,60
RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLÍQUA)	02.04.01.011-0	R\$ 7,20	R\$ 10,18	R\$ 17,38
RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA+PERFIL)	02.04.03.010-2	R\$ 8,73	R\$ 12,39	R\$ 21,12
RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (3 POSIÇÕES)	02.04.04.011-6	R\$ 7,98	R\$ 13,14	R\$ 21,12
RADIOGRAFIA BILATERAL DE ÓRBITAS (PA+OBLÍQUAS+HIRTZ)	02.04.01.003-9	R\$ 8,38	R\$ 15,22	R\$ 23,60
RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN+LATERAL+HIRTZ)	02.04.01.012-8	R\$ 8,38	R\$ 15,22	R\$ 23,60

RADIOGRAFIA DE PÉ/DEDOS DO PÉ	02.04.06.015-0	R\$ 6,78	R\$ 11,86	R\$ 18,64
RADIOGRAFIA DE PERNA	02.04.06.016-8	R\$ 8,94	R\$ 13,42	R\$ 22,36
RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP+LATERAL+OBLÍQUA)	02.04.04.012-4	R\$ 6,91	R\$ 11,73	R\$ 18,64
RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MÃO	02.04.04.008-6	R\$ 5,62	R\$ 13,02	R\$ 18,64
RADIOGRAFIA DE REGIÃO SACRO-COCCIGEA	02.04.02.012-3	R\$ 7,80	R\$ 14,56	R\$ 22,36
RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN+MN+LATERAL+HIRTZ)	02.04.01.014-4	R\$ 7,32	R\$ 10,06	R\$ 17,38
RADIOGRAFIA DE SELA TÚRSICA (PA+LATERAL+ BRETTON)	02.04.01.015-2	R\$ 7,20	R\$ 10,18	R\$ 17,38
RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA+INSPIRAÇÃO+EXPIRAÇÃO+LATERAL)	02.04.03.013-7	R\$ 14,32	R\$ 15,50	R\$ 29,82
RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA+LATERAL+OBLÍQUA)	02.04.03.014-5	R\$ 12,02	R\$ 12,82	R\$ 24,84
RADIOGRAFIA DE TÓRAX ÁPICO-LORDÓTICA	02.04.03.012-9	R\$ 5,56	R\$ 10,58	R\$ 16,14
RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA)	02.04.03.017-0	R\$ 6,88	R\$ 9,26	R\$ 16,14
RADIOGRAFIA DE COLUNA TÓRACO-LOMBAR	02.04.02.010-7	R\$ 9,73	R\$ 16,35	R\$ 26,08
RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRÂNSITO)	02.04.05.015-4	R\$ 47,59	R\$ 20,74	R\$ 68,33
RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA E PERFIL)	02.04.03.015-3	R\$ 9,50	R\$ 11,62	R\$ 21,12
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESTERNO CLAVICULAR	02.04.04.004-3	R\$ 7,40	R\$ 13,67	R\$ 21,07
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO SACRO-ILÍACA	02.04.06.007-9	R\$ 7,77	R\$ 14,59	R\$ 22,36
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TÍBIO-TÁRSICA	02.04.06.008-7	R\$ 6,50	R\$ 12,14	R\$ 18,64
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	02.04.01.005-5	R\$ 8,38	R\$ 15,22	R\$ 23,60
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR	02.04.04.002-7	R\$ 7,40	R\$ 13,72	R\$ 21,12
RADIOGRAFIA DE BACIA	02.04.06.009-5	R\$ 7,77	R\$ 14,59	R\$ 22,36
RADIOGRAFIA DE BRAÇO	02.04.04.005-1	R\$ 7,77	R\$ 13,35	R\$ 21,12
RADIOGRAFIA DE CALCÂNEO	02.04.06.010-9	R\$ 6,50	R\$ 12,14	R\$ 18,64
RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA	02.04.04.006-0	R\$ 7,40	R\$ 11,24	R\$ 18,64
CLISTER OPACO COM DUPLO CONTRASTE	02.04.05.001-4	R\$ 47,76	R\$ 30,51	R\$ 78,27
COLANGIOGRAFIA PÓS-OPERATÓRIA	02.04.05.003-0	R\$ 32,61	R\$ 29,52	R\$ 62,13
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	02.04.02.006-9	R\$ 10,96	R\$ 15,12	R\$ 26,08
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP+LATERAL+TO/FLEXÃO)	02.04.02.004-2	R\$ 8,19	R\$ 14,17	R\$ 22,36
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP+LATERAL+TO+OBLÍQUAS)	02.04.02.003-4	R\$ 8,33	R\$ 14,03	R\$ 22,36
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL/DINÂMICA	02.04.02.005-0	R\$ 10,29	R\$ 12,07	R\$ 22,36
RADIOGRAFIA DE COLUNA TORÁCICA (AP+LATERAL)	02.04.02.009-3	R\$ 9,16	R\$ 13,20	R\$ 22,36
RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINÂMICA	02.04.02.011-5	R\$ 15,58	R\$ 16,72	R\$ 32,30
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\$ 45,72	R\$ 103,12
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 MEMBROS SUPERIORES (UNILATERAL)	02.07.02.002-7	R\$ 268,75	R\$ 29,03	R\$ 297,78
RM MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	02.07.03.003-0	R\$ 268,75	R\$ 29,03	R\$ 297,78

RM COLUNA LOMBO SACRA	02.07.01.004-8	R\$ 268,75	R\$ 29,03	R\$ 297,78
RM DE COLUNA TORÁCICA	02.07.01.005-6	R\$ 268,75	R\$ 29,03	R\$ 297,78
RM DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	02.07.01.003-0	R\$ 268,75	R\$ 29,03	R\$ 297,78
RM DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	02.07.01.002-1	R\$ 268,75	R\$ 29,03	R\$ 297,78
RM DE BACIA/PELVE/ABDOMEN INFERIOR	02.07.03.002-2	R\$ 268,75	R\$ 29,03	R\$ 297,78
RM DE SELA TÚRCICA	02.07.01.007-2	R\$ 268,75	R\$ 29,03	R\$ 297,78
RM CRÂNIO	02.07.01.006-4	R\$ 268,75	R\$ 29,03	R\$ 297,78
RM VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA	02.07.03.004-9	R\$ 268,75	R\$ 29,03	R\$ 297,78
RM DE ABDÔMEN SUPERIOR	02.07.03.001-4	R\$ 268,75	R\$ 29,03	R\$ 297,78
RM DE BOCA	4670	R\$ 0,00	R\$ 297,78	R\$ 297,78
RM DE ORBITAS	4671	R\$ 0,00	R\$ 297,78	R\$ 297,78
RM DE FACE	4672	R\$ 0,00	R\$ 297,78	R\$ 297,78
RM DE OUVIDO	4629	R\$ 0,00	R\$ 297,78	R\$ 297,78
RM DE TÓRAX	02.07.02.003-5	R\$ 268,75	R\$ 29,03	R\$ 297,78
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
TOMOGRAFIAS				
PROCEDIMENTO	COD. SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
TC DE CRÂNIO (INCLUI REGIÃO MASTEOIDEA)	02.06.01.007-9	R\$ 97,44	R\$ 57,68	R\$ 155,12
TC DE SELA TURCICA	02.06.01.006-0	R\$ 97,44	R\$ 57,68	R\$ 155,12
TC DE COLUNA TORÁCICA	02.06.01.003-6	R\$ 86,76	R\$ 68,36	R\$ 155,12
TC DE COLUNA LOMBO SACRA	02.06.01.002-8	R\$ 101,10	R\$ 54,02	R\$ 155,12
TC DE COLUNA CERVICAL	02.06.01.001-0	R\$ 89,76	R\$ 65,36	R\$ 155,12
TC DE ARTICULAÇÃO DE MEMBRO SUPERIOR (ESTERNO CLAVICULAR/OMBRO/COTOVELO E PUNHO)	02.06.02.001-5	R\$ 86,75	R\$ 68,37	R\$ 155,12
TC DE ARTICULAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES	02.06.03.002-9	R\$ 86,75	R\$ 68,37	R\$ 155,12
TC DE FACE/SEIOS DA FACE/ARTICULAÇÕES TÊMPORO MANDIBULARES	02.06.01.004-4	R\$ 86,75	R\$ 68,37	R\$ 155,12
TC DE ABDÔMEN SUPERIOR	02.06.03.001-0	R\$ 138,63	R\$ 16,49	R\$ 155,12
TC DE ABDÔMEN TOTAL	4753	R\$ 0,00	R\$ 310,24	R\$ 310,24
TC DE TÓRAX	02.06.02.003-1	R\$ 136,41	R\$ 18,71	R\$ 155,12
TC DE PESCOÇO	02.06.01.005-2	R\$ 86,75	R\$ 68,37	R\$ 155,12
TC DE PELVE/BACIA/ABDOMEN INFERIOR	02.06.03.003-7	R\$ 138,63	R\$ 16,49	R\$ 155,12
TC DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)	02.06.02.002-3	R\$ 86,75	R\$ 68,37	R\$ 155,12
UROTOMOGRAFIA	4633	R\$ 0,00	R\$ 310,24	R\$ 310,24
CONTRASTE PARA TC	4711	R\$ 0,00	R\$ 77,56	R\$ 77,56
ULTRASSONOGRAFIAS				
PROCEDIMENTO	COD. SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)	02.05.02.003-8	R\$ 24,20	R\$ 72,18	R\$ 96,38
ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN INFERIOR/PELVE	5887	R\$ 0,00	R\$ 96,38	R\$ 96,38
ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	02.05.02.004-6	R\$ 37,95	R\$ 99,44	R\$ 137,39
ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	02.05.02.005-4	R\$ 24,20	R\$ 56,19	R\$ 80,39
ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO	02.05.02.006-2	R\$ 24,20	R\$ 54,20	R\$ 78,40
ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	02.05.02.007-0	R\$ 24,20	R\$ 54,82	R\$ 79,02
ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR/ORBITA (MONOCULAR)	02.05.02.008-9	R\$ 24,20	R\$ 49,53	R\$ 73,73
ULTRASSONOGRAFIA DE MAMÁRIA BILATERAL	02.05.02.009-7	R\$ 24,20	R\$ 60,02	R\$ 84,22

ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA POR VIA ABDOMINAL	02.05.02.010-0	R\$ 24,20	R\$ 52,94	R\$ 77,14
ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA VIA TRANSRETAL	02.05.02.011-9	R\$ 24,20	R\$ 102,45	R\$ 126,65
ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE	02.05.02.012-7	R\$ 24,20	R\$ 54,82	R\$ 79,02
ULTRASSONOGRAFIA DE OBSTÉTRICA	02.05.02.014-3	R\$ 24,20	R\$ 54,82	R\$ 79,02
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA C/DOPPLER COLORIDO E PULSADO	02.05.02.015-1	R\$ 39,60	R\$ 146,19	R\$ 185,79
ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)	02.05.02.016-0	R\$ 24,20	R\$ 54,82	R\$ 79,02
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM TRANSLUCÊNCIA NUCAL	4790	R\$ 0,00	R\$ 124,25	R\$ 124,25
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA	4712	R\$ 0,00	R\$ 185,79	R\$ 185,79
ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELAR	02.05.02.017-8	R\$ 24,20	R\$ 75,52	R\$ 99,72
ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	02.05.02.018-6	R\$ 24,20	R\$ 54,82	R\$ 79,02
ULTRASSONOGRAFIA DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS (PARTES MOLES)	4713	R\$ 0,00	R\$ 77,56	R\$ 77,56
UROLOGIA				
PROCEDIMENTO	COD. SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CONSULTA ESPECIALIZADA EM UROLOGIA	03.01.01.007-2	R\$ 10,00	R\$ 80,00	R\$ 90,00
AValiação URODINAMICA COMPLETA	02.11.09.001-8	R\$ 7,62	R\$ 340,28	R\$ 347,90
CISTOMETRIA SIMPLES (CISTOSCOPIA)	02.11.09.004-2	R\$ 8,82	R\$ 301,81	R\$ 310,63
BIÓPSIA DE PRÓSTATA GUIADA POR ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA VIA TRANSRETAL 0205020	02.01.01.041-0	R\$ 92,38	R\$ 249,32	R\$ 341,70
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
FRENULOPLASTIA	5907	R\$ 0,00	R\$ 300,00	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 UNILATERAL	4720	R\$ 0,00	R\$ 199,44	R\$ 199,44
ECODOPPLER BILATERAL	4721	R\$ 0,00	R\$ 332,40	R\$ 332,40
ECODOPPLER DE CARÓTIDAS E VERTEBRAIS	4722	R\$ 0,00	R\$ 199,44	R\$ 199,44
BOTA DE UNNA COM AVALIAÇÃO MÉDICA	20104340	R\$ 0,00	R\$ 149,58	R\$ 149,58
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
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO				
PROCEDIMENTO	COD. SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
COMPLEMENTAÇÃO PARA CIRURGIA ELETIVA COM AIH DE CAMPANHA	9900012	R\$ 0,00	R\$ 443,20	R\$ 443,20
ANÁLISES CLÍNICAS				
PROCEDIMENTO	COD. SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
CLEARANCE OSMOLAR	02.02.01.0.01-5	R\$ 3,51	R\$ 0,38	R\$ 3,89
DETERMINAÇÃO DE CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO	02.02.01.002-3	R\$ 2,01	R\$ 0,22	R\$ 2,23
DETERMINAÇÃO DE CROMATOGRAFIA 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\$ 0,71	R\$ 7,26
DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA C/ INDUÇÃO POR CORTISONA (QUATRO DOSAGENS)	02.02.01.006-6	R\$ 3,68	R\$ 0,40	R\$ 4,08

DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (CINCO DOSAGENS)	02.02.01.007-4	R\$ 10,00	R\$ 1,08	R\$ 11,08
DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE	02.02.01.008-2	R\$ 3,51	R\$ 0,38	R\$ 3,89
DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	02.02.01.009-0	R\$ 3,51	R\$ 0,38	R\$ 3,89
DOSAGEM DE ACETONA	02.02.01.010-4	R\$ 1,85	R\$ 0,20	R\$ 2,05
DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	02.02.01.011-2	R\$ 2,01	R\$ 0,22	R\$ 2,23
DOSAGEM DE ACIDO URICO	02.02.01.012-0	R\$ 1,85	R\$ 0,20	R\$ 2,05
DOSAGEM DE ACIDO 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\$ 0,40	R\$ 4,08
DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	02.02.01.015-5	R\$ 3,68	R\$ 0,40	R\$ 4,08
DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	02.02.01.016-3	R\$ 3,68	R\$ 0,40	R\$ 4,08
DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	02.02.01.017-1	R\$ 3,68	R\$ 0,40	R\$ 4,08
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\$ 0,20	R\$ 2,05
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\$ 0,20	R\$ 2,05
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\$ 0,20	R\$ 2,05
DOSAGEM DE COLINESTERASE	02.02.01.030-9	R\$ 3,68	R\$ 0,40	R\$ 4,08
DOSAGEM DE CREATININA	02.02.01.031-7	R\$ 1,85	R\$ 0,20	R\$ 2,05
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\$ 0,38	R\$ 3,89
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\$ 0,22	R\$ 2,23
DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	02.02.01.057-0	R\$ 2,01	R\$ 0,22	R\$ 2,23
DOSAGEM DE PIRUVATO	02.02.01.058-9	R\$ 3,68	R\$ 0,40	R\$ 4,08
DOSAGEM DE PORFIRINAS	02.02.01.059-7	R\$ 3,51	R\$ 0,38	R\$ 3,89
DOSAGEM DE POTASSIO	02.02.01.060-0	R\$ 1,85	R\$ 0,20	R\$ 2,05
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 GLUTAMICO-OXALACETICA (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\$ 0,20	R\$ 2,05
DOSAGEM DE VITAMINA B12	02.02.01.070-8	R\$ 15,24	R\$ 1,65	R\$ 16,89
ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	02.02.01.071-6	R\$ 3,68	R\$ 0,40	R\$ 4,08
ELETROFORESE DE PROTEINAS	02.02.01.072-4	R\$ 4,42	R\$ 0,48	R\$ 4,90
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\$ 0,40	R\$ 4,08
TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA/HIPOGLICEMIANTES ORAIS	02.02.01.075-9	R\$ 6,55	R\$ 0,71	R\$ 7,26
DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	02.02.01.076-7	R\$ 15,24	R\$ 1,65	R\$ 16,89

EXAMES HEMATOLOGICOS 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 ENZIMAS ERITROCITÁRIAS (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 SOBREVIVÊNCIA 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\$ 0,31	R\$ 3,16
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\$ 4,11	R\$ 0,44	R\$ 4,55
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 PLASMODIO	02.02.02.045-2	R\$ 3,91	R\$ 0,42	R\$ 4,33
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\$ 1,30	R\$ 13,30
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 SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS/ COPROLÓGICOS/DE UROANÁLISE/HORMONAIS/MICROBIOLÓGICOS/GENÉTICA				
PROCEDIMENTO	COD. SIA/SUS	*VALOR SUS	**COMPLEMENTO	***TOTAL
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
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\$ 10,37	R\$ 106,37
DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	02.02.03.006-7	R\$ 9,25	R\$ 1,00	R\$ 10,25
DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	02.02.03.007-5	R\$ 2,83	R\$ 0,31	R\$ 3,14
DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	R\$ 9,25	R\$ 1,00	R\$ 10,25
DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	02.02.03.009-1	R\$ 15,06	R\$ 1,63	R\$ 16,69
DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	02.02.03.010-5	R\$ 16,42	R\$ 1,77	R\$ 18,19
DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	02.02.03.011-3	R\$ 13,55	R\$ 1,46	R\$ 15,01

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 CRIOGLUTININA	02.02.03.014-8	R\$ 2,83	R\$ 0,31	R\$ 3,14
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\$ 1,00	R\$ 10,25
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\$ 1,00	R\$ 10,25
DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	02.02.03.020-2	R\$ 2,83	R\$ 0,31	R\$ 3,14
GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	02.02.03.021-0	R\$ 298,48	R\$ 32,24	R\$ 330,72
IMUNOELETOFORESE 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
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 ANTI-DNA	02.02.03.027-0	R\$ 8,67	R\$ 0,94	R\$ 9,61
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 (W ESTERN 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 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 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 IMUNOFLOURESCENCIA)	02.02.03.042-3	R\$ 10,00	R\$ 1,08	R\$ 11,08
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEIX SUPRARENAL	02.02.03.043-1	R\$ 17,16	R\$ 1,85	R\$ 19,01
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 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 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 ANTITIREOGLOBULINA	02.02.03.062-8	R\$ 18,55	R\$ 0,46	R\$ 19,01
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B	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 SINCICIAL 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	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 ANTIGENO CARCINOEMBRIÓNARIO (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 CLAMIDIA POR BIOLOGIA MOLECULAR (POR CAPTURA HÍBRIDA)	02.02.03.099-7	R\$ 60,00	R\$ 6,48	R\$ 66,48
PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	02.02.03.100-4	R\$ 2,83	R\$ 0,31	R\$ 3,14
PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (W AALER-ROSE)	02.02.03.101-2	R\$ 4,10	R\$ 0,44	R\$ 4,54
PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLOURESCENCIA	02.02.03.102-0	R\$ 10,00	R\$ 1,08	R\$ 11,08
PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	02.02.03.103-9	R\$ 9,25	R\$ 1,00	R\$ 10,25

PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	02.02.03.104-7	R\$ 10,00	R\$ 1,08	R\$ 11,08
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
TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECCAO DE SIFILIS	02.02.03.111-0	R\$ 2,83	R\$ 0,31	R\$ 3,14
TESTE TREPONEMICO PARA DETECCÃO DE SÍFILIS	02.02.03.109-8	R\$ 5,00	R\$ 0,54	R\$ 5,54
REACAO DE MONTENEGRO ID	02.02.03.110-1	R\$ 2,83	R\$ 0,31	R\$ 3,14
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
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
TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE	02.02.03.117-9	R\$ 2,83	R\$ 0,31	R\$ 3,14
DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINASE RECOMBINANTE HUMANO IGA	02.02.03.118-7	R\$ 18,55	R\$ 2,00	R\$ 20,55
DOSAGEM DE FRAÇÃO CQ1 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 ESTERCOBILINOGENIO FECAL	02.02.04.001-1	R\$ 1,65	R\$ 0,18	R\$ 1,83
DOSAGEM DE GORDURA FECAL	02.02.04.002-0	R\$ 3,04	R\$ 0,33	R\$ 3,37
EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	02.02.04.003-8	R\$ 3,04	R\$ 0,33	R\$ 3,37
IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	02.02.04.004-6	R\$ 1,65	R\$ 0,18	R\$ 1,83
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 GORDURA FECAL	02.02.04.007-0	R\$ 1,65	R\$ 0,18	R\$ 1,83
PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	02.02.04.008-9	R\$ 1,65	R\$ 0,18	R\$ 1,83
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 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 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 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
ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	02.02.05.001-7	R\$ 3,70	R\$ 0,40	R\$ 4,10
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
DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE	02.02.05.006-8	R\$ 3,70	R\$ 0,40	R\$ 4,10
IDENTIFICAÇÃO DE GLICIDEOS URINÁRIOS POR CROMATOGRAFIA (CAMADA DELGADA)	02.02.05.007-6	R\$ 3,70	R\$ 0,40	R\$ 4,10
DOSAGEM DE CITRATO	02.02.05.008-4	R\$ 2,01	R\$ 0,22	R\$ 2,23
DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	02.02.05.009-2	R\$ 8,12	R\$ 0,88	R\$ 9,00
DOSAGEM DE OXALATO	02.02.05.010-6	R\$ 3,68	R\$ 0,40	R\$ 4,08
DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	02.02.05.011-4	R\$ 2,04	R\$ 0,22	R\$ 2,26
DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	02.02.05.012-2	R\$ 3,04	R\$ 0,33	R\$ 3,37
EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	02.02.05.013-0	R\$ 3,70	R\$ 0,40	R\$ 4,10

PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA)	0.20.20.50.14-9	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 BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA	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 CISTINA NA URINA	02.02.05.019-0	R\$ 2,04	R\$ 0,22	R\$ 2,26
PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	02.02.05.020-3	R\$ 2,04	R\$ 0,22	R\$ 2,26
PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	02.02.05.021-1	R\$ 3,70	R\$ 0,40	R\$ 4,10
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\$ 4,04	R\$ 0,44	R\$ 4,48
PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	02.02.05.026-2	R\$ 2,04	R\$ 0,22	R\$ 2,26
PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	02.02.05.027-0	R\$ 2,04	R\$ 0,22	R\$ 2,26
PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	02.02.05.028-9	R\$ 3,70	R\$ 0,40	R\$ 4,10
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 TIROSINA NA URINA	02.02.05.031-9	R\$ 2,04	R\$ 0,22	R\$ 2,26
PROVA DE DILUICAO (URINA)	02.02.05.032-7	R\$ 2,04	R\$ 0,22	R\$ 2,26
DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE	02.02.06.001-2	R\$ 12,54	R\$ 1,35	R\$ 13,89
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\$ 1,59	R\$ 16,28
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\$ 0,73	R\$ 7,45
DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	02.02.06.006-3	R\$ 6,72	R\$ 0,73	R\$ 7,45
DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	02.02.06.007-1	R\$ 6,72	R\$ 0,73	R\$ 7,45
DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	02.02.06.008-0	R\$ 14,12	R\$ 1,52	R\$ 15,64
DOSAGEM DE ALDOSTERONA	02.02.06.009-8	R\$ 11,89	R\$ 1,28	R\$ 13,17
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 CALCITONINA	02.02.06.012-8	R\$ 14,38	R\$ 1,55	R\$ 15,93
DOSAGEM DE CORTISOL	02.02.06.013-6	R\$ 9,86	R\$ 1,06	R\$ 10,92
DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	02.02.06.014-4	R\$ 11,25	R\$ 1,22	R\$ 12,47
DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	02.02.06.015-2	R\$ 11,71	R\$ 1,26	R\$ 12,97
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 GASTRINA	02.02.06.019-5	R\$ 14,15	R\$ 1,53	R\$ 15,68
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 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 INSULINA	02.02.06.026-8	R\$ 10,17	R\$ 1,10	R\$ 11,27
DOSAGEM DE PARATORMONIO	02.02.06.027-6	R\$ 43,13	R\$ 4,66	R\$ 47,79
DOSAGEM DE PEPTIDEO C	02.02.06.028-4	R\$ 15,35	R\$ 1,66	R\$ 17,01

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 RENINA	02.02.06.031-4	R\$ 13,19	R\$ 1,42	R\$ 14,61
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 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 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 TRIIODOTIRONINA (T3)	02.02.06.039-0	R\$ 8,71	R\$ 0,94	R\$ 9,65
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 DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	02.02.06.041-1	R\$ 12,01	R\$ 1,30	R\$ 13,31
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 DO HGH APOS GLUCAGON	02.02.06.043-8	R\$ 12,01	R\$ 1,30	R\$ 13,31
TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS 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 P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	02.02.06.046-2	R\$ 8,43	R\$ 0,91	R\$ 9,34
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 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 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 ANFETAMINAS	02.02.07.010-7	R\$ 10,00	R\$ 1,08	R\$ 11,08
DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	02.02.07.011-5	R\$ 10,00	R\$ 1,08	R\$ 11,08
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 CADMIO	02.02.07.014-0	R\$ 6,55	R\$ 0,71	R\$ 7,26
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 COBRE	02.02.07.019-0	R\$ 3,51	R\$ 0,38	R\$ 3,89
DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	02.02.07.020-4	R\$ 8,97	R\$ 0,97	R\$ 9,94
DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA	02.02.07.021-2	R\$ 15,65	R\$ 1,69	R\$ 17,34
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 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 META-HEMOGLOBINA	02.02.07.027-1	R\$ 4,11	R\$ 0,44	R\$ 4,55
DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	02.02.07.028-0	R\$ 10,00	R\$ 1,08	R\$ 11,08
DOSAGEM DE METOTREXATO	02.02.07.029-8	R\$ 10,00	R\$ 1,08	R\$ 11,08
DOSAGEM DE QUINIDINA	02.02.07.030-1	R\$ 10,00	R\$ 1,08	R\$ 11,08

DOSAGEM DE SALICILATOS	02.02.07.031-0	R\$ 2,01	R\$ 0,22	R\$ 2,23
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 TIOCIANATO	02.02.07.034-4	R\$ 3,68	R\$ 0,40	R\$ 4,08
DOSAGEM DE ZINCO	02.02.07.035-2	R\$ 15,65	R\$ 1,69	R\$ 17,34
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 PARA MICOBACTERIAS	02.02.08.003-0	R\$ 13,33	R\$ 1,44	R\$ 14,77
BACIOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	02.02.08.004-8	R\$ 4,20	R\$ 0,45	R\$ 4,65
BACIOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSEIASE)	02.02.08.005-6	R\$ 4,20	R\$ 0,45	R\$ 4,65
BACIOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	02.02.08.006-4	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
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\$ 1,11	R\$ 11,36
CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	02.02.08.013-7	R\$ 4,19	R\$ 0,45	R\$ 4,64
EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO)	02.02.08.014-5	R\$ 2,80	R\$ 0,30	R\$ 3,10
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
PESQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	02.02.08.017-0	R\$ 4,33	R\$ 0,47	R\$ 4,80
PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	02.02.08.018-8	R\$ 2,80	R\$ 0,30	R\$ 3,10
PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	02.02.08.019-6	R\$ 4,33	R\$ 0,47	R\$ 4,80
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 LEPTOSPIRAS	02.02.08.022-6	R\$ 2,80	R\$ 0,30	R\$ 3,10
PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	02.02.08.023-4	R\$ 5,04	R\$ 0,54	R\$ 5,58
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
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
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
DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA – ESFINGOMIELINA NO LÍQUIDO	02.02.09.007-8	R\$ 6,56	R\$ 0,71	R\$ 7,27
DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	02.02.09.008-6	R\$ 1,89	R\$ 0,20	R\$ 2,09
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 GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	02.02.09.012-4	R\$ 1,89	R\$ 0,20	R\$ 2,09
DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	02.02.09.013-2	R\$ 1,89	R\$ 0,20	R\$ 2,09
ELETROFORESE 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 DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CÉLULAS	02.02.09.018-3	R\$ 1,89	R\$ 0,20	R\$ 2,09
MIELOGRAMA	02.02.09.019-1	R\$ 5,79	R\$ 0,63	R\$ 6,42
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	02.02.09.021-3	R\$ 9,70	R\$ 1,05	R\$ 10,75

DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA	02.02.09.022-1	R\$ 2,01	R\$ 0,22	R\$ 2,23
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 CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA	02.02.09.025-6	R\$ 1,89	R\$ 0,20	R\$ 2,09
PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)	02.02.09.026-4	R\$ 4,80	R\$ 0,52	R\$ 5,32
PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	02.02.09.027-2	R\$ 1,89	R\$ 0,20	R\$ 2,09
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 NEUMONIAE, NEISSERIA	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
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 GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS	02.02.09.034-5	R\$ 4,69	R\$ 0,51	R\$ 5,20
TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO	02.02.09.035-3	R\$ 4,69	R\$ 0,51	R\$ 5,20
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	02.02.10.002-2	R\$ 160,00	R\$ 17,28	R\$ 177,28
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\$ 7,13	R\$ 73,13
DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)	02.02.11.003-6	R\$ 66,00	R\$ 7,13	R\$ 73,13
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	02.02.11.006-0	R\$ 20,90	R\$ 2,26	R\$ 23,16
DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA (COMPONENTE DO TESTE 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 DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SANGUE EM PAPEL DE	02.02.11.010-9	R\$ 5,50	R\$ 0,59	R\$ 6,09
DOSAGEM DE 17 HIDROXIprogesterona EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE TESTE DO	02.02.11.009-5	R\$ 8,00	R\$ 0,86	R\$ 8,86
DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS	02.02.12.001-5	R\$ 10,65	R\$ 1,15	R\$ 11,80
DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	02.02.12.002-3	R\$ 1,37	R\$ 0,15	R\$ 1,52
FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	02.02.12.003-1	R\$ 10,65	R\$ 1,15	R\$ 11,80
IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS	02.02.12.004-0	R\$ 10,65	R\$ 1,15	R\$ 11,80
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 FATOR RH (INCLUI D FRACO)	02.02.12.008-2	R\$ 1,37	R\$ 0,15	R\$ 1,52
TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	02.02.12.009-0	R\$ 2,73	R\$ 0,29	R\$ 3,02
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
PESQUISA DE ANTICORPOSANTIGLIADINA (GLUTEN) IGG IGM E IGA (EXCLUÍDO SIG)	02.02.03.049-0	R\$ 24,55	R\$ 2,65	R\$ 27,20

***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° 01/2005
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 Oficces, Município de Concórdia - Estado de Santa Catarina, neste ato representado pelo seu Presidente Sr....., nos termos do Edital de Chamamento n° 01/2005, 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° 01/2005, 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 01/2005 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 ____.