

TABELA OFICIAL DE VALORES DE PROCEDIMENTOS SESAP PG 2022

| Código SIGTAP | Especialidade/Procedimento | Valor Atribuído |
|---------------|----------------------------|-----------------|
|---------------|----------------------------|-----------------|

## Nota Orientativa Geral da Tabela Oficial de Valores de Procedimentos SESAP PG 22

Para adesão a Tabela Oficial de Valores de Procedimentos SESAP PG 22, os Credenciados deverão encaminhar e-mail para o seguinte endereço: [compras.saude@praiagrande.sp.gov.br](mailto:compras.saude@praiagrande.sp.gov.br), relatando o interesse e elencando quais grupos de procedimentos desejam se credenciar, informar ainda qual a capacidade instalada que poderá ser ofertada ao Município. Além disso os credenciados ficam cientes de que a adesão impõe efetuar todos os lançamentos necessários junto ao Sistema Informatizado de Saúde Municipal, utilizado pela Secretaria de Saúde, inclusive, quando for o caso, utilizando o ambiente do Consultório Informatizado e utilização de demais sistemas informatizados pertinentes, de acordo com as normas do Ministério da Saúde.

OBS: Em caso de realização de procedimentos com códigos SUS que não constam nesta tabela municipal, o pagamento poderá ser efetuado conforme o valor definido na Tabela SIGTAP do Ministério da Saúde. Entretanto caso esses procedimentos sejam do grupo 04 (cirúrgicos) o valor será multiplicado por 2 (valor dobrado), após auditoria médica.

## CIRURGIAS ELETIVAS - PACOTE

## QUADRO INFORMATIVO SOBRE AS CIRURGIAS ELETIVAS - PACOTE

Fonte: tabelas de referência e propostas de preços de mercado (P.A. nº 11.777/2019 – 93 A.O.V.0, folhas 341 e 366.)

Obs1: Os procedimentos previstos na presente tabela incluem os serviços de ambulatório pré e pós-cirúrgico (consultas e exames necessários) e OPME pertinente, bem como a hotelaria hospitalar dentro da média de permanência definida na Tabela SIGTAP do Ministério da Saúde.

Obs2: Mediante prévia autorização regulatória e observado o parâmetro do Manual SIHD de PM = Di – (mp x 2) – Di UTI, as Diárias de Permanência à Maior, devido intercorrências clínico-cirúrgicas, serão valoradas conforme referência de diária do Complexo Hospitalar Irmã Dulce (fixadas em R\$ 958,74 para o exercício 2020).

Obs3: O Instrumento de Registro dos procedimentos do grupo 04 é a AIH, cabendo a credenciada o devido registro no sistema pertinente.

|   |   |              |
|---|---|--------------|
| 04.09.06.018-6  | Avaliação Cirúrgica - Planejamento Familiar - Laqueadura*   | R\$ 1.802,76 |
| *Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE |   |              |
| 04.09.04.024-0  | Avaliação Cirúrgica - Planejamento Familiar - Vasectomia*   | R\$ 712,18   |
| *Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE |   |              |
| 04.07.03.003-4  | Avaliação Cirúrgica - Cirurgia Geral - Colectomia Videolaparoscópica*                               | R\$ 3.417,64 |
| *Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE |   |              |
| 04.09.06.013-5  | Avaliação Cirúrgica - Ginecologia - Histerectomia Total*  | R\$ 4.428,28 |
| *Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE |   |              |
| 04.09.06.011-9  | Avaliação Cirúrgica - Ginecologia - Histerectomia c/ Anexectomia (UNI/BILATERAL)*                   | R\$ 3.669,64 |
| *Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE |   |              |
| 04.07.04.006-4  | Avaliação Cirúrgica - Cirurgia Geral - Hernioplastia Epigástrica*                                   | R\$ 1.913,33 |
| *Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE |   |              |
| 04.07.04.008-0  | Avaliação Cirúrgica - Cirurgia Geral - Hernioplastia Incisional*                                    | R\$ 1.523,30 |
| *Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE |   |              |
| 04.07.04.010-2  | Avaliação Cirúrgica - Cirurgia Geral - Hernioplastia Inguinal Unilateral*                           | R\$ 1.724,59 |
| *Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE |   |              |
| 04.07.04.012-9  | Avaliação Cirúrgica - Cirurgia Pediátrica - Hernioplastia Umbilical*                                | R\$ 1.294,51 |
| *Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE |   |              |
| 04.09.07.027-0  | Avaliação Cirúrgica - Ginecologia - Tratamento Cirúrgico de Incontinência Urinária por Via Vaginal* | R\$ 2.270,80 |
| *Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE |   |              |
| 04.09.07.005-0  | Avaliação Cirúrgica - Ginecologia - Colpoperineoplastia Anterior e Posterior*                       | R\$ 1.829,06 |
| *Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE |   |              |
| 04.06.02.057-4  | Avaliação Cirúrgica - Cirurgia Vascular - Tratamento Cirúrgico de Varizes (UNILATERAL)*             | R\$ 2.839,35 |
| *Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE |   |              |

|   |  |              |
|---|--|--------------|
| 04.06.02.056-6  | Avaliação Cirúrgica - Cirurgia Vascular - Tratamento Cirúrgico de Varizes (BILATERAL)* | R\$ 3.163,69 |
| *Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE |  |              |

**DEMAIS CIRURGIAS ELETIVAS**

**QUADRO INFORMATIVO SOBRE AS CIRURGIAS ELETIVAS - DEMAIS CIRURGIAS**

Obs1: Os procedimentos referentes aos serviços de ambulatório pré e pós-cirúrgico (consultas e exames necessários), relacionados à cirurgia e com prévia autorização, serão pagos de acordo com os valores presentes nesta Tabela de Procedimentos e no casos dos procedimentos que não constarem em tabela, os valores praticados serão os contantes na Tabela SIGTAP vigente. A hotelaria hospitalar deverá obedecer a média de permanência definida na Tabela SIGTAP do Ministério da Saúde. Em todos os casos os procedimentos são passíveis de auditoria.

Obs2: Mediante prévia autorização regulatória e observado o parâmetro do Manual SIHD de PM = Di – (mp x 2) – Di UTI, as Diárias de Permanência à Maior, devido intercorrências clínico-cirúrgicas, serão valoradas conforme referência de diária do Complexo Hospitalar Irmã Dulce (fixadas em R\$ 958,74 para o exercício 2020).

Obs3: O Instrumento de Registro dos procedimentos do grupo 04 é a AIH, cabendo a credenciada o devido registro no sistema pertinente.

**Avaliação Cirúrgica - Cirurgia Cardíaca \***

|                |  |               |
|----------------|--|---------------|
| 04.06.01.094-3 | Revascularização Miocárdia s/ uso de Extracorporea | R\$ 17.480,86 |
| 04.06.03.011-1 | Valvuloplastia Aortica Percutanea                  | R\$ 3.478,38  |
| 04.06.01.080-3 | Plástica Valvar                                    | R\$ 12.123,40 |
| 04.06.01.090-0 | Ressecção de Tumor Intracardiaco                   | R\$ 21.818,80 |
| 04.06.01.053-6 | Fechamento de Comunicação Interatrial              | R\$ 14.890,34 |

\*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - DEMAIS CIRURGIAS

**Avaliação Cirúrgica - Cirurgia de Cabeça e Pescoço Procedimento \***

|                |  |              |
|----------------|--|--------------|
| 02.01.01.022-4 | Biopsia de Ganglio Linfatico   | R\$ 92,38    |
| 04.03.01.015-2 | Ressecção de Mucocele Frontal  | R\$ 1.615,58 |
| 04.04.01.011-3 | Exerese de Papiloma em Laringe   | R\$ 326,20   |
| 04.01.02.009-6 | Excerese de Cisto Tireoglosso  | R\$ 960,12   |
| 04.02.01.003-5 | Tireoidectomia Parcial   | R\$ 851,26   |
| 04.06.02.015-9 | Excerese de Ganglio Linfatico  | R\$ 176,28   |
| 04.01.01.007-4 | Excerese de Tumor de Pele e Anexos/ Cisto Sebáceo/ Lipoma                | R\$ 24,92    |
| 04.04.01.046-6 | Parotidectomia Parcial ou Subtotal                                       | R\$ 901,66   |
| 04.04.01.013-0 | Extirpacao de Tumor do Cavum e Faringe                                   | R\$ 484,46   |
| 04.06.02.024-8 | Linfonectomia Radical Cervical Unilateral                                | R\$ 999,42   |
| 04.04.02.027-5 | Ressecção de Lesão Maligna e Benigna da Região Crânio e Bucomaxilofacial | R\$ 2.325,12 |
| 04.05.01.007-9 | Exerese de Calazio e Outras Pequenas Lesões da Palpebra                  | R\$ 157,50   |
| 04.04.02.007-0 | Ressecção de Glândula Salivar  | R\$ 405,76   |
| 04.01.02.006-1 | Exerese de Cisto Branquial   | R\$ 695,54   |
| 04.04.01.017-2 | Laringectomia Parcial  | R\$ 2.146,04 |
| 04.04.02.027-5 | Ressecção de Lesão Maligna e Benigna da Região Crânio e Bucomaxilofacial | R\$ 2.325,12 |

\*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - DEMAIS CIRURGIAS

**04.07.03.002-6 Avaliação Cirúrgica - Cirurgia Geral - Colelitíase \***

R\$ 1.391,54

\*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - DEMAIS CIRURGIAS

**04.07.01.038-6 Avaliação Cirúrgica - Cirurgia Geral - Outros \***

|                |  |              |
|----------------|--|--------------|
| 04.01.01.007-4 | Exerese de Tumor de Pele e Anexos Lipoma                             | R\$ 24,92    |
| 04.01.02.008-8 | Exerese de Cisto Sacro-Coccigeo                                      | R\$ 287,44   |
| 04.01.02.014-2 | Tratamento Cirúrgico de Hiperkeratose Plantar (c/ correção plástica) | R\$ 604,16   |
| 04.07.04.018-8 | Liberção de Aderências Intestinais                                   | R\$ 1.658,12 |

\*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - DEMAIS CIRURGIAS

**04.07.01.038-6 Avaliação Cirúrgica - Cirurgia Bariátrica\***

R\$ 12.290,00

\*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - DEMAIS CIRURGIAS

**04.09.05.008-3 Avaliação Cirúrgica - Cirurgia Pediátrica - Fimose \***

R\$ 876,48

\*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - DEMAIS CIRURGIAS

|   |   |              |
|---|---|--------------|
|   | Avaliação Cirúrgica - Cirurgia Pediátrica - Outros *                              |              |
| 04.01.01.007-4  | Exereses de Tumor de Pele e Anexos/ Cisto Sebáceo/Lipoma                          | R\$ 49,84    |
| 04.01.01.013-9  | Tratamento Cirúrgico de Fístula do Pescoço  | R\$ 119,44   |
| 04.01.02.002-9  | Enxerto Dermo-Epidermico  | R\$ 1.463,08 |
| 04.01.02.004-5  | Excisão e Enxerto de Pele (hemangioma, nevus ou tu)                               | R\$ 1.427,64 |
| 04.01.02.009-6  | Exereses de Cisto Tireoglosso   | R\$ 1.920,24 |
| 04.01.02.015-0  | Tratamento Cirúrgico Sinus Pré-Auricular  | R\$ 1.374,48 |
| 04.07.02.026-8  | Fechamento de Fístula de Reto   | R\$ 1.496,56 |
| 04.07.02.028-4  | Hemorroidectomia  | R\$ 1.263,76 |
| 04.08.06.064-6  | Tratamento Cirúrgico de Mão ou Pé em Fenda/Dedo Bífido/Macroductilia/Polidactilia | R\$ 962,40   |
| 04.08.06.065-4  | Tratamento Cirúrgico de Polidactilia Não Articulada                               | R\$ 113,68   |
| 04.09.04.012-6  | Orquidopexia Bilateral  | R\$ 1.541,28 |
| 04.09.04.013-4  | Orquidopexia  | R\$ 1.440,28 |
| 04.09.04.021-5  | Cirurgia de Hidrocele   | R\$ 1.027,88 |
| 04.09.05.002-4  | Correção de Epispádia   | R\$ 1.552,84 |
| 04.09.05.003-2  | Cirurgia de Hipospádia  | R\$ 1.491,84 |
| 04.09.07.021-1  | Reconstrução Vaginal  | R\$ 1.638,20 |
| 04.09.07.028-9  | Cir. Sinequia Vaginal   | R\$ 1.713,80 |
| 04.12.01.011-9  | Traqueorrafia e/ou Fechamento de Distúla Traqueo - Cutânea                        | R\$ 2.064,88 |
| *Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - DEMAIS CIRURGIAS |   |              |
|   |   |              |
| 04.10.01.007-3  | Avaliação Cirúrgica - Cirurgia Plástica - Gigantomastia *                         | R\$ 2.056,28 |
| *Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - DEMAIS CIRURGIAS |   |              |
|   |   |              |
|   | Avaliação Cirúrgica - Cirurgia Plástica - Outros *                                |              |
| 04.13.01.008-2  | Tratamento De Médio Queimado  | R\$ 1.376,48 |
| 04.01.01.005-8  | Excisão De Lesão E/Ou Sutura De Ferimento Da Pele Anexos E M                      | R\$ 46,32    |
| 04.01.01.007-4  | Exérese De Tumor De Pele E Anexos / Cisto Sebáceo / Lipoma                        | R\$ 24,92    |
| 04.01.02.002-9  | Enxerto Dermo-Epidermico  | R\$ 731,54   |
| 04.01.02.005-3  | Excisão E Sutura De Lesão Na Pele C/ Plástica Em Z Ou Rotação De Retalho          | R\$ 713,62   |
| 04.01.02.010-0  | Extirpação E Supressão De Lesão De Pele E De Tecido Celular Subcutâneo            | R\$ 316,22   |
| 04.04.01.012-1  | Exérese De Tumor De Vias Aéreas Superiores, Face E Pescoço Em Nariz               | R\$ 717,16   |
| 04.04.01.050-4  | Tratamento Cirúrgico De Perfuração Do Septo Nasal                                 | R\$ 530,46   |
| 04.04.01.055-5  | Tratamento Cirúrgico De Rinofima  | R\$ 630,86   |
| 04.04.02.010-0  | Excisão Em Cunha De Lábio   | R\$ 59,72    |
| 04.04.02.020-8  | Labioplastia  | R\$ 635,74   |
| 04.05.01.007-9  | Exérese De Pequenas Lesões De Pálpebra  | R\$ 157,50   |
| 04.05.01.013-3  | Reconstrução De Pálpebra  | R\$ 2.277,32 |
| 04.05.01.014-1  | Simblefaroplastia   | R\$ 407,48   |
| 04.05.04.019-9  | Tratamento Cirúrgico De Xantelasma  | R\$ 232,84   |
| 04.05.04.020-2  | Tratamento De Ptose Palpebral   | R\$ 898,88   |
| 04.06.02.056-6  | Tratamento Cirúrgico De Varizes (Bilateral)                                       | R\$ 1.164,08 |
| 04.07.01.037-8  | Tratamento De Intercorrências Cirúrgica Pós- Cirurgia Bariátrica                  | R\$ 1.950,00 |
| 04.13.04.023-2  | Tratamento Cirúrgico Não Estético Da Orelha                                       | R\$ 783,76   |
| 04.08.02.032-6  | Tratamento Cirúrgico De Dedo De Gatilho   | R\$ 482,30   |
| 04.08.02.062-8  | Tratamento Cirúrgico De Sindactilia Da Mão (Por Espaço Interdigital)              | R\$ 385,20   |
| 04.08.06.023-9  | Ressecção De Tumor E Reconstrução C/ Retalho Microcirúrgico                       | R\$ 4.527,08 |
| 04.08.06.065-4  | Tratamento Cirúrgico De Polidactilia Não Articulada                               | R\$ 56,84    |
| 04.09.07.026-2  | Tratamento Cirúrgico De Hipertrofia Dos Pequenos Lábios                           | R\$ 238,70   |
| 04.10.01.004-9  | Exérese De Mama Supranumerária  | R\$ 41,48    |
| 04.10.01.007-3  | Plástica Mamária Feminina Não Estética  | R\$ 1.028,34 |
| 04.10.01.008-1  | Plástica Mamária Masculina  | R\$ 901,28   |
| 04.10.01.013-8  | Retirada De Prótese Mamária Bilateral   | R\$ 580,00   |
| 04.13.04.005-4  | Dermolipectomia Abdominal Pós Cirurgia Bariátrica                                 | R\$ 1.724,70 |
| 04.13.01.007-4  | Tratamento De Intercorrência Médio E Grande Queimado                              | R\$ 38,00    |
| 04.13.04.002-0  | Correção De Retração Cicatricial Vários Estágios                                  | R\$ 1.006,24 |
| 04.13.04.004-6  | Dermolipectomia Abdominal Não Estética  | R\$ 1.243,68 |
| 04.13.04.005-4  | Dermolipectomia Abdominal Pós Bariátrica  | R\$ 1.724,70 |
| 04.13.04.008-9  | Mamoplastia Pós- Cirurgia Bariátrica  | R\$ 1.109,04 |
| 04.13.04.017-8  | Tratamento Cirúrgico De Lesão Extensa Com Perda De Substância Cutânea             | R\$ 1.483,38 |
| 04.13.04.021-6  | Tratamento Cirúrgico De Retração Cicatricial Em Um Estágio                        | R\$ 1.006,24 |
| 04.13.04.023-2  | Tratamento Cirúrgico Não Estético Da Orelha                                       | R\$ 783,76   |
| 04.13.04.025-9  | Dermolipectomia Abdominal Circunferencial Pós Cirurgia Bariátrica                 | R\$ 2.104,40 |
| 04.15.04.004-3  | Debridamento De Úlcera / Necrose  | R\$ 59,72    |
| 04.16.08.001-4  | Excisão e Enxerto De Pele Em Oncologia  | R\$ 792,36   |
| *Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - DEMAIS CIRURGIAS |   |              |
|   |   |              |
|   | Avaliação Cirúrgica - Cirurgia Torácica *   |              |
| 04.12.05.014-5  | Metastasectomia Pulmonar Uni ou Bilateral (qualquer método)                       | R\$ 2.520,54 |
| 04.12.05.010-2  | Ressecção em Cunha, Tumorectomia / Biópsia de Pulmão a Céu Aberto                 | R\$ 2.520,54 |
| 04.12.05.011-0  | Ressecção Pulmonar Associada a Broncoplastia/ Arterioplastia                      | R\$ 3.774,16 |
| 04.12.04.018-2  | Tratamento Cirúrgico de Defeitos Congênitos do Torax                              | R\$ 2.632,16 |
| *Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - DEMAIS CIRURGIAS |   |              |

| Avaliação Cirúrgica - Ginecologia - NIC III *                           |   |              |
|---|---|--------------|
| 04.09.06.003-8  | Conização   | R\$ 887,32   |
| *Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - DEMAIS CIRURGIAS |   |              |
| Avaliação Cirúrgica - Ginecologia - Outros *                            |   |              |
| 04.01.02.010-0  | Extirpacao E Supressao De Lesao De Pele E De Tecido Celular Subcutaneo  | R\$ 316,22   |
| 04.09.01.043-0  | Tratamento Cirurgico De Cistocele                                       | R\$ 745,08   |
| 04.09.06.004-6  | Curetagem Semiotica c/ ou s/ Dilatacao do Colo do Utero                 | R\$ 334,84   |
| 04.09.06.010-0  | Histectomia (por via vaginal)   | R\$ 920,16   |
| 04.09.06.012-7  | Histectomia Subtotal  | R\$ 1.092,08 |
| 04.09.06.021-6  | Ooforectomia / ooforoplastia  | R\$ 1.019,72 |
| 04.09.06.026-7  | Salpingoplastia Videolaparoscopica                                      | R\$ 674,34   |
| 04.09.07.004-1  | Colpoperineocleise  | R\$ 745,06   |
| 04.09.07.008-4  | Colpoplastia Anterior   | R\$ 745,08   |
| 04.09.07.014-9  | Exerese de Cisto Vaginal  | R\$ 745,08   |
| 04.09.07.015-7  | Exerese de Glandula de Bartholin / Skene                                | R\$ 449,36   |
| 04.09.07.016-5  | Extirpacao de Lesão de Vulva / Perineo (por eletrocoagulacao ou fulgura | R\$ 27,08    |
| 04.09.07.021-1  | Reconstrucao da Vagina  | R\$ 819,10   |
| 04.08.06.013-1  | Exploração Articular c/ ou s/ Sinovectomia de Pequenas Articulações     | R\$ 284,12   |
| 02.09.01.006-1  | Videolaparoscopia (endometriose profunda)                               | R\$ 196,00   |
| *Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - DEMAIS CIRURGIAS |   |              |
| Avaliação Cirúrgica - Urológica *                                       |   |              |
| 04.09.01.018-9  | Litotripsia   | R\$ 773,74   |
| 04.09.02.013-3  | Uretroplastia Autógena  | R\$ 939,10   |
| 04.09.01.011-1  | Dilatacao Percutanea de Estenoses Ureterais e Juncao uretero-vesical    | R\$ 177,82   |
| 04.09.01.017-0  | Instalacao Endoscopica de Cateter Duplo J                               | R\$ 437,36   |
| 04.09.01.021-9  | Nefrectomia Total   | R\$ 1.707,30 |
| 04.09.01.036-7  | Ressecção de Tu de Bexiga   | R\$ 1.018,32 |
| 04.09.02.017-6  | Uretrotomia   | R\$ 639,84   |
| 04.09.03.004-0  | Ressecção Endoscópica da Próstata                                       | R\$ 1.189,36 |
| 04.09.04.007-0  | Exerese de Cisto Epidídimo  | R\$ 424,18   |
| 04.09.04.007-5  | Excerese de Cisto Epidimo   | R\$ 424,18   |
| 04.09.04.011-8  | Neostomia/Religação de Deferente  | R\$ 455,74   |
| 04.09.04.013-4  | Orquidopexia Direita  | R\$ 720,14   |
| 04.09.04.021-5  | Cirurgia de Hidrocele   | R\$ 513,94   |
| 04.09.04.023-1  | Cirurgia de Varicocele  | R\$ 515,12   |
| 04.09.05.007-5  | Plástica Total do Pênis   | R\$ 1.010,04 |
| 04.09.05.008-3  | Postectomia   | R\$ 438,24   |
| *Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - DEMAIS CIRURGIAS |   |              |

| EXAMES E OUTROS PROCEDIMENTOS   |  |              |
|---|--|--------------|
| Procedimentos/Exames - Acupuntura   |  |              |
| 03.09.05.002-2  | Sessão de acupuntura com inserção de agulhas (valor por sessão)                                  | R\$ 40,00    |
| Procedimentos/Exames - Angiografia  |  |              |
| 02.10.01.001-0  | Angiografia Cerebral (4 Vasos)   | R\$ 358,92   |
| 02.10.01.002-9  | Angiografia De Arco Aortico  | R\$ 274,02   |
| 02.10.01.003-7  | Angiografia De Arco Aortico E Troncos Supra-Aorticos   | R\$ 274,02   |
| 02.10.01.004-5  | Aortografia Abdominal  | R\$ 379,46   |
| 02.10.01.005-3  | Aortografia Toracica   | R\$ 340,88   |
| Procedimentos/Exames - Angioplastia*  |  |              |
| 04.06.03.005-7  | Angioplastia Com Implante De Duplo Stent Em Aorta/Arteria Pulmonar E Ramos                       | R\$ 3.151,44 |
| 04.06.03.001-4  | Angioplastia Coronariana   | R\$ 3.151,44 |
| 04.06.03.002-2  | Angioplastia Coronariana C/ Implante De Dois Stents  | R\$ 3.151,44 |
| 04.06.03.003-0  | Angioplastia Coronariana C/ Implante De Stent  | R\$ 3.151,44 |
| 04.06.03.004-9  | Angioplastia Coronariana Primaria  | R\$ 3.495,04 |
| 04.06.03.006-5  | Angioplastia Em Enxerto Coronariano  | R\$ 3.151,44 |
| 04.06.03.007-3  | Angioplastia Em Enxerto Coronariano (C/ Implante De Stent)                                       | R\$ 3.151,44 |
| 04.06.04.002-8  | Angioplastia Intraluminal De Aorta, Veia Cava / Vasos Iliacos (C/ Stent)                         | R\$ 3.229,50 |
| 04.06.04.004-4  | Angioplastia Intraluminal De Aorta, Veia Cava / Vasos Iliacos (S/ Tent)                          | R\$ 3.229,50 |
| 04.06.04.006-0  | Angioplastia Intraluminal De Vasos Das Extremidades (C/ Stent Nao Recoberto)                     | R\$ 2.130,72 |
| 04.06.04.007-9  | Angioplastia Intraluminal De Vasos Das Extremidades (C/ Stent Recoberto)                         | R\$ 2.130,72 |
| 04.06.04.005-2  | Angioplastia Intraluminal De Vasos Das Extremidades (Sem Stent)                                  | R\$ 2.130,72 |
| 04.06.04.008-7  | Angioplastia Intraluminal De Vasos Do Pescoco / Troncos Supra-Aorticos (Sem Stent)               | R\$ 2.130,72 |
| 04.06.04.009-5  | Angioplastia Intraluminal De Vasos Do Pescoco Ou Troncos Supra-Aorticos (C/ Stent Nao Recoberto) | R\$ 2.130,72 |
| 04.06.04.012-5  | Angioplastia Intraluminal De Vasos Viscerais / Renais  | R\$ 2.130,72 |
| 04.06.04.010-9  | Angioplastia Intraluminal De Vasos Viscerais C/ Stent Nao Recoberto                              | R\$ 2.130,72 |
| 04.06.04.011-7  | Angioplastia Intraluminal De Vasos Viscerais C/ Stent Recoberto                                  | R\$ 2.130,72 |
| 04.06.04.013-3  | Angioplastia Intraluminal Dos Vasos Do Pescoco / Troncos Supra-Aorticos (C/ Stent Recoberto)     | R\$ 2.130,72 |
| 08.02.01.008-3  | Diária de UTI Tipo II (Caso necessário repouso em UTI após realização do procedimento)           | R\$ 1.200,00 |
| * Na formação de preços dos procedimentos de angioplastia, deverá estar inclusa ortese/protese (stent). |  |              |

|                |   |              |
|----------------|---|--------------|
|                | Procedimentos/Exames - Arteriografia  |              |
| 02.10.01.007-0 | Arteriografia De Membro   | R\$ 358,92   |
| 02.10.01.012-6 | Arteriografia Pelvica   | R\$ 340,88   |
| 02.10.01.004-5 | Aortografia Abdominal   | R\$ 379,46   |
| não possui     | Conjunto com os três procedimentos acima descritos (membro 2x + Abdominal + pelvica)  | R\$ 1.079,26 |
| 02.10.01.009-6 | Arteriografia P/ Investigacao De Doenca Arteriosclerotica Aorto-Iliaca E Distal   | R\$ 1.008,66 |
| não possui     | Conjunto (membro 2x + Abdominal + pelvica)  | R\$ 720,34   |
| 02.10.01.013-4 | Arteriografia Seletiva De Carotida  | R\$ 380,62   |
| 02.10.01.015-0 | Arteriografia Seletiva Vertebral  | R\$ 402,02   |
| 02.10.01.006-1 | Arteriografia Cervico-Toracica  | R\$ 402,02   |
| não possui     | Conjunto (carótida bilateral + vertebral bilateral + cêrvico-torácica)  | R\$ 1.967,30 |
| 02.10.01.008-8 | Arteriografia Digital (Por Via Venosa)  | R\$ 400,02   |
| 02.10.01.010-0 | Arteriografia P/ Investigacao De Hemorragia Cerebral  | R\$ 1.008,86 |
| 02.10.01.011-8 | Arteriografia P/ Investigacao De Isquemia Cerebral  | R\$ 1.008,86 |
| 02.10.01.014-2 | Arteriografia Seletiva Por Cateter (Por Vaso)   | R\$ 403,02   |
|                | Procedimentos/Exames - Auditivos  |              |
| 02.11.07.004-1 | Audiometria Tonal Limiar (Via Aerea / Ossea)  | R\$ 21,00    |
| 02.11.07.003-3 | Audiometria em campo livre  | R\$ 42,00    |
| 02.11.07.020-3 | Imitanciométrica  | R\$ 23,00    |
| 02.11.07.021-1 | Logaudiometria (Ldv-Irf-Lrf)  | R\$ 26,25    |
| 02.11.07.014-9 | Emissões otoacústicas evocadas para triagem auditiva (teste da orelhinha/reteste)   | R\$ 110,00   |
| 02.11.07.015-7 | Estudo de emissões otoacústicas evocadas transitorias e produtos de distorção (EOA)   | R\$ 110,00   |
| 02.11.05.011-3 | Potencial evocado auditivo - BERA   | R\$ 220,00   |
| 02.11.07.043-2 | Potencial evocado auditivo p/ triagem auditiva (teste da orelhinha/reteste) - BERA TRIAGEM  | R\$ 110,00   |
| 02.11.07.005-0 | Avaliação auditiva comportamental   | R\$ 31,00    |
| 02.11.07.027-0 | Potencial evocado auditivo para triagem auditiva (teste da orelhinha) - BERA  | R\$ 110,00   |
| 02.11.07.034-3 | Teste De Processamento Auditivo   | R\$ 87,85    |
| 02.11.07.035-1 | Testes Vestibulares / Otoneurologicos   | R\$ 88,77    |
|                | Avaliação Pré Aparelho Auditivo*  |              |
|                | Avaliação Pós Aparelho Auditivo*  |              |
|                | * Consiste na avaliação fonoaudiológica e a realização ou não, no mesmo ato, de exames de audiometria tonal limiar, audiometria em campo livre, logaudiometria, imitanciométrica e avaliação auditiva comportamental, devendo todos os procedimentos serem lançados no consultório informatizado, variáveis de acordo com a idade, necessidade e quadro apresentado pelo paciente. Os valores podem variar entre R\$ 40,00 (apenas a consulta) até R\$ 183,25 (quando realizados, na consulta os demais procedimentos citados), vide valores definidos acima. |              |
|                | Procedimentos/Exames - Betaterapia  |              |
| 03.04.01.001-4 | Betaterapia Dérmica (Por Campo)   | R\$ 12,54    |
| 03.04.01.002-2 | Betaterapia Oftálmica (Por Campo)   | R\$ 46,00    |
| 03.04.01.003-0 | Betaterapia Para Profilaxia De Pterígio (Por Campo)   | R\$ 46,00    |
|                | Procedimentos/Exames - Cateterismo*   |              |
| 02.11.02.001-0 | Cateterismo Cardíaco  | R\$ 1.229,44 |
| 02.11.02.002-8 | Cateterismo Cardíaco Em Pediatria   | R\$ 1.307,44 |
| 02.10.01.018-5 | Flebografia De Cava Inferior E/Ou Superior  | R\$ 400,02   |
|                | *Nos casos onde o procedimento indicar a realização de angioplastia, a unidade executante solicitará autorização do médico regulador da SESAP para mudança de procedimento, e receberá os valores de angioplastia.  |              |
|                | Procedimentos/Exames - Cintilografia  |              |
| 02.08.05.001-9 | Cintilografia De Articulações E/Ou Extremidades E/Ou Osso   | R\$ 360,64   |
| 02.08.01.001-7 | Cintilografia De Coracao C/ Galio 67  | R\$ 915,10   |
| 02.08.09.001-0 | Cintilografia De Corpo Inteiro C/ Galio 67 P/ Neoplasias, Pesquisa De   | R\$ 1.813,60 |
| 02.08.02.001-2 | Cintilografia De Fígado E Baco (Mínimo 5 Imagens)   | R\$ 266,52   |
| 02.08.02.002-0 | Cintilografia De Fígado E Vias Biliares   | R\$ 375,86   |
| 02.08.09.002-9 | Cintilografia De Glandula Lacrimal (Dacriocintilografia)  | R\$ 132,46   |
| 02.08.02.003-9 | Cintilografia De Glandulas Salivares C/ Ou S/ Estimulo  | R\$ 175,78   |
| 02.08.09.003-7 | Cintilografia De Mama (Bilateral)   | R\$ 578,86   |
| 02.08.01.002-5 | Cintilografia De Miocardio P/ Avaliacao Da Perfusao Em Situacao De Estresse (Mínimo 3 Projecoes)  | R\$ 817,04   |
| 02.08.01.003-3 | Cintilografia De Miocardio P/ Avaliacao Da Perfusao Em Situacao De Repouso (Mínimo 3 Projecoes)   | R\$ 766,14   |
| 02.08.01.004-1 | Cintilografia De Miocardio P/ Localizacao De Necrose (Mínimo 3 Projecoes )  | R\$ 332,94   |
| 02.08.05.003-5 | Cintilografia De Ossos C/ Ou S/ Fluxo Sanguineo (Corpo Inteiro)   | R\$ 381,98   |
| 02.08.03.001-8 | Cintilografia De Paratireoides  | R\$ 649,08   |
| 02.08.06.001-4 | Cintilografia De Perfusao Cerebral C/ Talio (Spcto)   | R\$ 876,02   |
| 02.08.07.001-0 | Cintilografia De Pulmao C/ Galio 67   | R\$ 915,10   |
| 02.08.07.002-8 | Cintilografia De Pulmao P/ Aspiracao, Pesquisa De   | R\$ 255,02   |
| 02.08.07.003-6 | Cintilografia De Pulmao Por Inalacao (Mínimo 2 Projecoes)   | R\$ 256,24   |
| 02.08.07.004-4 | Cintilografia De Pulmao Por Perfusao (Mínimo 4 Projecoes)   | R\$ 261,00   |
| 02.08.04.002-1 | Cintilografia De Rim C/ Galio 67  | R\$ 915,10   |
| 02.08.05.004-3 | Cintilografia De Segmento Osseo C/ Galio 67   | R\$ 915,10   |
| 02.08.08.001-5 | Cintilografia De Sistema Reticulo-Endotelial (Medula Ossea)   | R\$ 225,22   |
| 02.08.04.003-0 | Cintilografia De Testiculo E Bolsa Escrotal   | R\$ 217,88   |
| 02.08.03.002-6 | Cintilografia De Tireoide C/ Ou S/ Captacao   | R\$ 154,56   |

|  |  |              |
|--|--|--------------|
| 02.08.03.003-4   | Cintilografia De Tireoide C/ Supressao / Estimulo, Teste De  | R\$ 214,60   |
| 02.08.01.005-0   | Cintilografia P/ Avaliacao De Fluxo Sanguineo De Extremidades  | R\$ 228,04   |
| 02.08.02.008-0   | Cintilografia P/ Diverticulose De Meckel, Pesquisa De  | R\$ 229,72   |
| 02.08.02.005-5   | Cintilografia P/ Estudo De Transito Esofagico (Liquido)  | R\$ 270,76   |
| 02.08.02.006-3   | Cintilografia P/ Estudo De Transito Esofagico (Semi-Solido)  | R\$ 270,76   |
| 02.08.02.007-1   | Cintilografia P/ Estudo De Transito Gastrico   | R\$ 288,44   |
| 02.08.02.009-8   | Cintilografia P/ Hemorragia Digestiva Ativa, Pesquisa De   | R\$ 314,46   |
| 02.08.02.010-1   | Cintilografia P/ Hemorragia Digestiva Nao Ativa, Pesquisa De   | R\$ 621,64   |
| 02.08.03.004-2   | Cintilografia P/ Pesquisa Do Corpo Inteiro   | R\$ 677,40   |
| 02.08.02.011-0   | Cintilografia P/ Refluxo Gastro-Esofagico, Pesquisa De   | R\$ 270,76   |
| 02.08.04.005-6   | Cintilografia Renal/Renograma (DMSA) (Qualitativa E/Ou Quantitativa)                                 | R\$ 266,06   |
| 02.08.04.010-2   | Cintilografia Renal/Renograma (DTPA) (Dinamico C/ Ou S/ Diuretico)                                   | R\$ 330,48   |
| 02.08.08.004-0   | Linfocintilografia   | R\$ 282,66   |
|  |  |              |
| 02.09.02.001-6   | Procedimentos/Exames - Cistoscopia E/Ou Ureteroscopia E/Ou Uretroscopia                              | R\$ 36,00    |
|  |  |              |
| Procedimentos/Exames - Colonoscopia e Retossigmoidoscopia*   |  |              |
| 02.09.01.002-9   | Colonoscopia   | R\$ 421,64   |
| 02.09.01.005-3   | Retossigmoidoscopia  | R\$ 193,43   |
| *Em ambiente ambulatorial ou hospitalar  |  |              |
|  |  |              |
| 02.11.04.002-9   | Procedimentos/Exames - Colposcopia   | R\$ 6,76     |
|  |  |              |
| 04.07.01.002-5   | Procedimentos/Exames - Dilatacao Esofagica / Pilonica  | R\$ 272,93   |
|  |  |              |
| 02.05.01.002-4   | Procedimentos/Exames - Ecocardiografia Transesofagica  | R\$ 330,00   |
|  |  |              |
| Procedimentos/Exames - Ecocardiograma (Incluindo Adulto e Infantil)  |  |              |
| 02.05.01.003-2   | Ecocardiografia Transtoracica  | R\$ 95,00    |
|  |  |              |
| 02.05.01.001-6   | Procedimentos/Exames - Ecocardiografia De Estresse   | R\$ 165,00   |
|  |  |              |
| Procedimentos/Exames - Eletroencefalograma Sem E Com Sedação (Incluindo Adulto e Infantil)   |  |              |
| 02.11.05.002-4   | Eletroencefalografia Em Vigilia C/ Ou S/ Foto-Estimulo (Maiores De 10 Anos)                          | R\$ 72,00    |
| 02.11.05.002-4   | Eletroencefalografia Em Vigilia C/ Ou S/ Foto-Estimulo (Menores De 10 Anos)                          | R\$ 72,00    |
| 02.11.05.003-2   | Eletroencefalograma Em Sono Induzido C/ Ou S/ Medicamento (Eeg)                                      | R\$ 176,97   |
|  |  |              |
| Procedimentos/Exames - Eletroneuromiografia  |  |              |
| 02.11.05.008-3   | Eletroneuromiograma (Enmg) - Por Membro  | R\$ 159,60   |
|  |  |              |
| Procedimentos/Exames - Estudo Urodinamico  |  |              |
| 02.11.09.001-8   | Avaliacao Urodinamica Completa   | R\$ 90,00    |
|  |  |              |
| Procedimentos/Exames - Exames Oftalmológicos   |  |              |
| 02.11.06.001-1   | Biometria Ultrassonica (Monocular)   | R\$ 30,30    |
| 02.11.06.002-0   | Biomicroscopia De Fundo De Olho  | R\$ 34,00    |
| 02.11.06.003-8   | Campimetria Computadorizada Ou Manual Com Grafico  | R\$ 47,00    |
| 04.05.05.002-0   | Capsulotomia A Yag Laser   | R\$ 109,00   |
| 02.11.06.005-4   | Ceratometria   | R\$ 3,90     |
| 02.11.06.006-2   | Curva Diaria De Pressao Ocular Cdpo (Minimo 3 Medidas)   | R\$ 14,00    |
| 02.04.01.001-2   | Dacriocistografia  | R\$ 142,86   |
| 02.11.06.008-9   | Eletroretinografia   | R\$ 98,46    |
| 04.05.03.004-5   | Fotocoagulacao A Laser   | R\$ 103,00   |
| 02.11.06.010-0   | Fundoscopia  | R\$ 76,92    |
| 02.11.06.011-9   | Gonioscopia  | R\$ 18,00    |
| 04.05.05.019-4   | Iridotomia A Laser   | R\$ 90,00    |
| 02.11.06.012-7   | Mapeamento De Retina   | R\$ 45,00    |
| 02.11.06.014-3   | Microscopia Especular De Cornea  | R\$ 30,30    |
| 02.05.02.002-0   | Paquimetria Ultrassonica   | R\$ 19,00    |
| 02.11.06.015-1   | Potencial De Acuidade Visual   | R\$ 3,88     |
| 02.11.06.017-8   | Retinografia Colorida Binocular  | R\$ 34,00    |
| 02.11.06.018-6   | Retinografia Fluorescente Binocular  | R\$ 90,00    |
| 02.11.06.023-2   | Teste Ortoptico  | R\$ 40,00    |
| 02.11.06.028-3   | Tomografia De Coerencia Optica - OCT   | R\$ 150,00   |
| 02.11.06.025-9   | Tonometria   | R\$ 4,70     |
| 02.11.06.026-7   | Topografia Computadorizada De Cornea   | R\$ 30,30    |
| 02.05.02.008-9   | Ultrassonografia De Globo Ocular / Orbita (Monocular)  | R\$ 80,00    |
| 02.11.06.022-4   | Teste De Visao De Cores  | R\$ 4,20     |
|  |  |              |
| Procedimentos/Exames - Oftalmologia Catarata - Cirurgia De Catarata (Por Paciente)*  |  |              |
| 04.05.05.037-2   | Oftalmo Catarata/Cirurgia de Catarata - Facoemulsificação c/ implante de lente intra-ocular dobrável | R\$ 1.543,20 |
|  |  |              |
| *Os procedimentos previstos na presente tabela incluem os serviços de ambulatório pré e pós-cirúrgico (consultas e exames necessários) e OPME pertinente, bem como a hotelaria hospitalar dentro da média de permanência definida na Tabela SIGTAP do Ministério da Saúde. (Caso necessário realizar cirurgia em ambos os olhos, multiplicar o valor por 2x) |  |              |



|                |  |            |
|----------------|--|------------|
|                | Procedimentos/Exames - Holter  |            |
| 02.11.02.004-4 | Monitoramento Pelo Sistema Holter 24 Hs (3 Canais)                                       | R\$ 70,00  |
|                | Procedimentos/Exames - Laringoscopia E Endoscopia*                                       |            |
| 02.09.04.002-5 | Laringoscopia  | R\$ 90,00  |
| 02.09.01.003-7 | Esofagogastroduodenoscopia   | R\$ 180,00 |
|                | *Em ambiente ambulatorial ou hospitalar  |            |
|                | Procedimentos/Exames - Mamografia Digital Bilateral                                      |            |
| 02.04.03.018-8 | Mamografia Bilateral Para Rastreamento   | R\$ 45,00  |
| 02.04.03.003-0 | Mamografia (Unilateral) Diagnóstica  | R\$ 22,50  |
|                | Procedimentos/Exames - MAPA  |            |
| 02.11.02.005-2 | Monitorizacao Ambulatorial De Pressao Arterial (M.A.P.A)                                 | R\$ 90,00  |
|                | Procedimentos/Exames - Mielograma (Análise de Material)                                  |            |
| 02.02.09.019-1 |  | R\$ 44,93  |
|                | Procedimentos/Exames - Nasovideolaringoscopia  |            |
| 02.09.04.004-1 | Videolaringoscopia   | R\$ 70,00  |
|                | Procedimentos/Exames - Oftalmologia Pterígio/Calázio - Cirurgia Calazio E/Ou Pterígio*   |            |
| 04.05.01.007-9 | Exeresse de calazio e outras pequenas lesoes da palpebra e supercilios                   | R\$ 157,50 |
| 04.05.05.036-4 | Tratamento cirurgico de Pterígio   | R\$ 419,10 |
|                | * (Caso necessário realizar cirurgia em ambos os olhos, multiplicar o valor por 2x)      |            |
| não possui     | Procedimentos/Exames - Oxigenoterapia (câmara hiperbárica) - por sessão                  | R\$ 280,00 |
| 02.01.01.047-0 | Procedimentos/Exames - PAAF (de Tireóide/ Paratireóide; Cabeça e Pescoço)                | R\$ 47,46  |
| 02.01.01.058-5 | Procedimentos/Exames - Punção Aspirativa de Mama por Agulha Fina (PAAF)                  | R\$ 285,00 |
| 02.01.01.060-7 | Procedimentos/Exames - Punção Mama por agulha grossa - Core Biopsy                       | R\$ 280,00 |
| 02.11.05.010-5 | Procedimentos/Exames - Polissonografia   | R\$ 250,00 |
|                | Procedimentos/Exames - Ressonancia Magnética*  |            |
| 02.07.01.001-3 | Angioressonancia Cerebral  | R\$ 537,50 |
| 02.07.03.001-4 | Ressonancia Magnetica De Abdomen Superior  | R\$ 537,50 |
| 02.07.01.002-1 | Ressonancia Magnetica De Articulacao Temporo-Mandibular (Bilateral)                      | R\$ 537,50 |
| 02.07.03.002-2 | Ressonancia Magnetica De Bacia / Pelve / Abdomen Inferior                                | R\$ 537,50 |
| 02.07.01.003-0 | Ressonancia Magnetica De Coluna Cervical/Pescoco   | R\$ 537,50 |
| 02.07.01.004-8 | Ressonancia Magnetica De Coluna Lombo-Sacra  | R\$ 537,50 |
| 02.07.01.004-8 | Ressonancia Magnetica De Coluna Lombo-Sacra Com Sedação                                  | R\$ 537,50 |
| 02.07.01.005-6 | Ressonancia Magnetica De Coluna Toracica   | R\$ 537,50 |
| 02.07.02.001-9 | Ressonancia Magnetica De Coracao / Aorta C/ Cine   | R\$ 722,50 |
| 02.07.01.006-4 | Ressonancia Magnetica De Cranio  | R\$ 537,50 |
| 02.07.01.006-4 | Ressonancia Magnetica De Cranio Com Contraste  | R\$ 537,50 |
| 02.07.01.006-4 | Ressonancia Magnetica De Cranio COM SEDAÇÃO  | R\$ 537,50 |
| 02.07.03.003-0 | Ressonancia Magnetica De Membro Inferior (Unilateral)                                    | R\$ 537,50 |
| 02.07.02.002-7 | Ressonancia Magnetica De Membro Superior (Unilateral)                                    | R\$ 537,50 |
| 02.07.01.007-2 | Ressonancia Magnetica De Sela Turcica  | R\$ 537,50 |
| 02.07.02.003-5 | Ressonancia Magnetica De Torax   | R\$ 537,50 |
| 02.07.02.003-5 | Ressonancia Magnetica De Torax Com Contraste (PMV)                                       | R\$ 537,50 |
| 02.07.03.004-9 | Ressonancia Magnetica De Vias Biliares/Colangiorressonancia                              | R\$ 537,50 |
|                | * Na formação de preços, deverão estar inclusos contraste e sedação, quando necessários. |            |
| 02.11.02.006-0 | Procedimentos/Exames - Teste de Esforço / Teste Ergometrico                              | R\$ 60,00  |
| 02.11.07.034-3 | Procedimentos/Exames - Teste De Processamento Auditivo                                   | R\$ 87,85  |
| 02.11.07.035-1 | Procedimentos/Exames - Testes Vestibulares / Otoneurologicos                             | R\$ 88,77  |
|                | Procedimentos/Exames - Tomografia *  |            |
| 02.06.03.001-0 | Tomografia De Abdomen Superior C/ Contraste  | R\$ 138,63 |
| 02.06.03.001-0 | Tomografia De Abdomen Superior S/ Contraste  | R\$ 138,63 |
| 02.06.03.002-9 | Tomografia De Articulacoes De Membro Inferior C/ Contraste                               | R\$ 86,75  |
| 02.06.03.002-9 | Tomografia De Articulacoes De Membro Inferior S/ Contraste                               | R\$ 86,75  |
| 02.06.02.001-5 | Tomografia De Articulacoes De Membro Superior C/ Contraste                               | R\$ 86,75  |
| 02.06.02.001-5 | Tomografia De Articulacoes De Membro Superior S/ Contraste                               | R\$ 86,75  |
| 02.06.01.001-0 | Tomografia De Coluna Cervical C/ Contraste   | R\$ 86,76  |
| 02.06.01.001-0 | Tomografia De Coluna Cervical S/ Contraste   | R\$ 86,76  |
| 02.06.01.002-8 | Tomografia De Coluna Lombo-Sacra C/ Contraste  | R\$ 101,10 |
| 02.06.01.002-8 | Tomografia De Coluna Lombo-Sacra S/ Contraste  | R\$ 101,10 |
| 02.06.01.003-6 | Tomografia De Coluna Toracica C/ Contraste   | R\$ 86,76  |
| 02.06.01.003-6 | Tomografia De Coluna Toracica S/ Contraste   | R\$ 86,76  |

|  |  |            |
|--|--|------------|
| 02.06.01.007-9   | Tomografia De Cranio C/ Contraste  | R\$ 97,44  |
| 02.06.01.007-9   | Tomografia De Cranio S/ Contraste  | R\$ 98,95  |
| 02.06.01.004-4   | Tomografia De Face/Seios Da Face / Art. Temporo-Mandibulares C/ Contraste            | R\$ 86,75  |
| 02.06.01.004-4   | Tomografia De Face/Seios Da Face / Art. Temporo-Mandibulares S/ Contraste            | R\$ 86,75  |
| 02.06.01.004-4   | Tomografia De Mastoides Ou Ouvidos C/ Contraste                                      | R\$ 86,75  |
| 02.06.01.004-4   | Tomografia De Mastoides Ou Ouvidos S/ Contraste                                      | R\$ 86,75  |
| 02.06.03.003-7   | Tomografia De Pelve / Bacia / Abdomen Inferior C/ Constraste                         | R\$ 138,63 |
| 02.06.03.003-7   | Tomografia De Pelve / Bacia / Abdomen Inferior S/ Constraste                         | R\$ 138,63 |
| 02.06.01.005-2   | Tomografia De Pescoco C/ Contraste   | R\$ 86,75  |
| 02.06.01.005-2   | Tomografia De Pescoco S/ Contraste   | R\$ 86,75  |
| 02.06.02.002-3   | Tomografia De Seg Apend-(Braco,Antebraco,Mao,Coxa,Perna,Pe) C/ Contraste             | R\$ 86,75  |
| 02.06.02.002-3   | Tomografia De Seg Apend-(Braco,Antebraco,Mao,Coxa,Perna,Pe) S/ Contraste             | R\$ 86,75  |
| 02.06.01.006-0   | Tomografia De Sela Turcica C/ Contraste  | R\$ 97,44  |
| 02.06.01.006-0   | Tomografia De Sela Turcica S/ Contraste  | R\$ 97,44  |
| 02.06.02.003-1   | Tomografia De Torax C/ Contraste   | R\$ 136,41 |
| 02.06.02.003-1   | Tomografia De Torax S/ Contraste   | R\$ 136,41 |
| * Na formação de preços, deverá estar incluso o contraste, quando necessário.                                  |  |            |
|  |  |            |
| Procedimentos/Exames - Tomografia Com Sedação*   |  |            |
| 02.06.03.001-0   | Tomografia De Abdomen Superior C/ Contraste E C/ Sedação (PMV)                       | R\$ 277,26 |
| 02.06.03.001-0   | Tomografia De Abdomen Superior C/ Sedação  | R\$ 277,26 |
| 02.06.03.002-9   | Tomografia De Articulações De Membro Inferior C/ Contraste E C/ Sedação (PMV)        | R\$ 173,50 |
| 02.06.03.002-9   | Tomografia De Articulações De Membro Inferior C/ Sedação (PMV)                       | R\$ 173,50 |
| 02.06.02.001-5   | Tomografia De Articulações De Membro Superior C/ Contraste E C/ Sedação (PMV)        | R\$ 173,50 |
| 02.06.02.001-5   | Tomografia De Articulações De Membro Superior C/ Sedação (PMV)                       | R\$ 173,50 |
| 02.06.01.001-0   | Tomografia De Coluna Cervical C/ Contraste E C/ Sedação (PMV)                        | R\$ 173,52 |
| 02.06.01.001-0   | Tomografia De Coluna Cervical C/ Sedação (PMV)                                       | R\$ 173,52 |
| 02.06.01.002-8   | Tomografia De Coluna Lombo-Sacra C/ Contraste E C/ Sedação (PMV)                     | R\$ 202,20 |
| 02.06.01.002-8   | Tomografia De Coluna Lombo-Sacra C/ Sedação (PMV)                                    | R\$ 202,20 |
| 02.06.01.003-6   | Tomografia De Coluna Toracica C/ Contraste E C/ Sedação (PMV)                        | R\$ 173,52 |
| 02.06.01.003-6   | Tomografia De Coluna Toracica C/ Sedação (PMV)                                       | R\$ 173,52 |
| 02.06.01.007-9   | Tomografia De Cranio C/ Contraste E C/ Sedação                                       | R\$ 194,88 |
| 02.06.01.007-9   | Tomografia De Cranio C/ Sedação  | R\$ 194,88 |
| 02.06.01.004-4   | Tomografia De Face/Seios Da Face / Art. Temporo-Mandibulares C/ Sedação              | R\$ 173,50 |
| 02.06.01.004-4   | Tomografia De Face/Seios Face/Art.Temporo-Mandibulares C/Contraste E C/ Sedação(PMV) | R\$ 173,50 |
| 02.06.03.003-7   | Tomografia De Pelve / Bacia / Abdomen Inferior C/ Constraste E C/ Sedação (PMV)      | R\$ 277,26 |
| 02.06.03.003-7   | Tomografia De Pelve / Bacia / Abdomen Inferior C/ Sedação                            | R\$ 277,26 |
| 02.06.01.005-2   | Tomografia De Pescoco C/ Contraste E C/ Sedação (PMV)                                | R\$ 173,50 |
| 02.06.01.005-2   | Tomografia De Pescoco C/ Sedação (PMV)   | R\$ 173,50 |
| 02.06.02.002-3   | Tomografia De Seg Apend-(Braco,Antebraco,Mao,Coxa,Perna,Pe) C/ Sedação (PMV)         | R\$ 173,50 |
| 02.06.02.002-3   | Tomografia De Segapend(Braco,Antebraco,Mao,Coxa,Perna,Pe)C/Contraste C/Sedação(PMV)  | R\$ 173,50 |
| 02.06.01.006-0   | Tomografia De Sela Turcica C/ Contraste E C/ Sedação (PMV)                           | R\$ 194,88 |
| 02.06.01.006-0   | Tomografia De Sela Turcica C/ Sedação (PMV)  | R\$ 194,88 |
| 02.06.02.003-1   | Tomografia De Torax C/ Contraste E C/ Sedação (PMV)                                  | R\$ 272,82 |
| 02.06.02.003-1   | Tomografia De Torax C/ Sedação   | R\$ 272,82 |
| * Na formação de preços, deverão estar inclusos contraste e sedação, quando necessários.                       |  |            |
|  |  |            |
| Procedimentos/Exames - Toxina Botulica   |  |            |
| 06.04.55.002-2   | Toxina Botulinica Tipo A 500 U Injetavel (Por Frasco-Ampola)                         | R\$ 158,45 |
| 06.04.55.001-4   | Toxina Botulinica Tipo A 100 U Injetavel (Por Frasco-Ampola)                         | R\$ 158,45 |
|  |  |            |
| Procedimentos/Exames - Ultrasson Doppler (Na SIGTAP nomenclatura "Ultrassonografia Doppler Colorido de Vasos") |  |            |
| 02.05.02.001-1   | Ecodoppler Transcraniano   | R\$ 117,00 |
| 02.05.01.004-0   | Ultrassonografia Cervical Com Doppler  | R\$ 79,20  |
| 02.05.01.004-0   | Ultrassonografia De Abdomen Superior Com Doppler                                     | R\$ 79,20  |
|  | Ultrassonografia De Abdome Inferior/Pelve Com Doppler                                | R\$ 79,20  |
| 02.05.01.004-0   | Ultrassonografia De Aparelho Urinario Com Doppler                                    | R\$ 95,00  |
| 02.05.01.004-0   | Ultrassonografia De Bolsa Escrotal Com Doppler Colorido                              | R\$ 75,00  |
| 02.05.01.004-0   | Ultrassonografia Doppler Abdome Total  | R\$ 95,00  |
| 02.05.01.004-0   | Ultrassonografia Doppler Aorta E Arteriais Iliacas                                   | R\$ 79,20  |
| 02.05.01.004-0   | Ultrassonografia Doppler Arterial MI Bilateral                                       | R\$ 190,00 |
| 02.05.01.004-0   | Ultrassonografia Doppler Arterial MI Unilateral                                      | R\$ 95,00  |
| 02.05.01.004-0   | Ultrassonografia Doppler Arterial MS Bilateral                                       | R\$ 190,00 |
| 02.05.01.004-0   | Ultrassonografia Doppler Arterial MS Unilateral                                      | R\$ 95,00  |
| 02.05.01.004-0   | Ultrassonografia Doppler Arterias Renais   | R\$ 79,20  |
| 02.05.01.004-0   | Ultrassonografia Doppler Carótidas   | R\$ 95,00  |
|  | Ultrassonografia Doppler De Partes Moles   | R\$ 79,20  |
|  | Ultrassonografia Doppler Pe Pele Subcutâneo  | R\$ 79,20  |
|  | Ultrassonografia Doppler De Veia Cava e Veias Iliacas                                | R\$ 79,20  |
|  | Ultrassonografia Doppler De Veia Cava Inferior                                       | R\$ 79,20  |
|  | Ultrassonografia Doppler De Veia Cava Superior                                       | R\$ 79,20  |
| 02.05.01.004-0   | Ultrassonografia Doppler De Tireóide   | R\$ 75,00  |



|                |   |            |
|----------------|---|------------|
| 02.05.01.004-0 | Ultrassonografia Doppler Peniano                                      | R\$ 79,20  |
| 02.05.01.004-0 | Ultrassonografia Doppler Venoso MI Bilateral                          | R\$ 190,00 |
| 02.05.01.004-0 | Ultrassonografia Doppler Venoso MI Unilateral                         | R\$ 95,00  |
| 02.05.01.004-0 | Ultrassonografia Doppler Venoso MS Bilateral                          | R\$ 190,00 |
| 02.05.01.004-0 | Ultrassonografia Doppler Venoso MS Unilateral                         | R\$ 95,00  |
| 02.05.01.004-0 | Ultrassonografia Doppler Vertebrais                                   | R\$ 95,00  |
|                | Ultrassonografia Mamaria com Doppler                                  | R\$ 75,00  |
| 02.05.01.004-0 | Ultrassonografia Transvaginal Com Doppler                             | R\$ 75,00  |
|                | Procedimentos/Exames - Ultrasson Gestacional                          |            |
| 02.05.02.014-3 | Ultrassonografia Obstetrica   | R\$ 55,00  |
| 02.05.01.005-9 | Ultrassonografia Doppler De Fluxo Obstetrico                          | R\$ 90,00  |
|                | Procedimentos/Exames - Ultrassonografia                               |            |
| 02.05.02.006-2 | Ultrassonografia Cervical   | R\$ 54,60  |
| 02.05.02.010-0 | Ultrassonografia De Abdomen Inferior (Masculino)                      | R\$ 54,60  |
| 02.05.02.003-8 | Ultrassonografia De Abdomen Superior ( Figado Vesicula Vias Biliares) | R\$ 60,48  |
| 02.05.02.004-6 | Ultrassonografia De Abdomen Total                                     | R\$ 75,60  |
| 02.05.02.005-4 | Ultrassonografia De Aparelho Urinario ( Rins Bexiga)                  | R\$ 60,48  |
| 02.05.02.006-2 | Ultrassonografia De Articulacao (Unilateral)                          | R\$ 54,60  |
| 02.05.02.007-0 | Ultrassonografia De Bolsa Escrotal                                    | R\$ 54,60  |
| 02.05.02.006-2 | Ultrassonografia De Carótidas   | R\$ 60,48  |
| 02.05.02.006-2 | Ultrassonografia De Glandulas Salivares                               | R\$ 54,60  |
| 02.05.02.003-8 | Ultrassonografia De Parede Abdominal                                  | R\$ 54,60  |
| 02.05.02.006-2 | Ultrassonografia De Partes Moles                                      | R\$ 54,60  |
| 02.05.02.010-0 | Ultrassonografia De Prostata ( Via Abdominal )                        | R\$ 54,60  |
| 02.05.02.011-9 | Ultrassonografia De Prostata ( Via Transretal)                        | R\$ 54,60  |
| 02.05.02.006-2 | Ultrassonografia De Região Inguinal                                   | R\$ 54,60  |
| 02.05.02.012-7 | Ultrassonografia De Tireoide  | R\$ 54,60  |
| 02.05.02.009-7 | Ultrassonografia Mamária Bilateral                                    | R\$ 54,60  |
| 02.05.02.016-0 | Ultrassonografia Pélvica/Abdomen Inferior (Ginecologica)              | R\$ 54,60  |
| 02.05.02.006-2 | Ultrassonografia Submandibular  | R\$ 54,60  |
| 02.05.02.013-5 | Ultrassonografia Torax ( Extracardiaco )                              | R\$ 54,60  |
| 02.05.02.017-8 | Ultrassonografia Transfontanela                                       | R\$ 60,48  |
| 02.05.02.018-6 | Ultrassonografia Transvaginal   | R\$ 54,60  |
|                | Procedimentos/Exames - Radiografia                                    |            |
| 02.04.01.005-5 | Radiografia de Articulação Temporo-Mandibular Bilateral               | R\$ 27,43  |
| 02.04.01.006-3 | Radiografia de Cavum (LATERAL + HIRTZ)                                | R\$ 25,89  |
| 02.04.01.008-0 | Radiografia de Cranio(PA + LATERAL)                                   | R\$ 26,57  |
| 02.04.01.009-8 | Radiografia de Laringe  | R\$ 22,26  |
| 02.04.01.010-1 | Radiografia de Mastoide/ Rochedos (BILATERAL)                         | R\$ 29,65  |
| 02.04.01.011-0 | Radiografia de Maxilar (PA + OBLIQUA)                                 | R\$ 26,79  |
| 02.04.01.012-8 | Radiografia de Ossos da Face (MN + LATERAL + HIRTZ)                   | R\$ 27,48  |
| 02.04.01.014-4 | Radiografia de Seios da Face (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)              | R\$ 26,61  |
| 02.04.01.015-2 | Radiografia de Sela Tursica (PA + LATERAL + BRETTON)                  | R\$ 27,19  |
| 02.04.02.004-2 | Radiografia de Coluna Cervical (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)           | R\$ 27,73  |
| 02.04.02.006-9 | Radiografia de Coluna Lombo-Sacra                                     | R\$ 28,90  |
| 02.04.02.009-3 | Radiografia de Coluna Toracica (AP + LATERAL)                         | R\$ 29,45  |
| 02.04.02.010-7 | Radiografia de Coluna Toraco-Lombar                                   | R\$ 31,07  |
| 02.04.02.012-3 | Radiografia de Regiao Sacro-Coccigea                                  | R\$ 26,93  |
| 02.04.02.013-1 | Radiografia Panoramica de Coluna Total- TELESFONDIOGRAFIA             | R\$ 72,92  |
| 02.04.03.007-2 | Radiografia de Costelas (POR HEMITORAX)                               | R\$ 27,76  |
| 02.04.03.008-0 | Radiografia de Esofago  | R\$ 94,41  |
| 02.04.03.009-9 | Radiografia de Esterno  | R\$ 26,79  |
| 02.04.03.015-3 | Radiografia de Torax (PA E PERFIL)                                    | R\$ 28,79  |
| 02.04.03.017-0 | Radiografia de Torax (PA)   | R\$ 25,54  |
| 02.04.04.001-9 | Radiografia de Antebraço  | R\$ 25,76  |
| 02.04.04.002-7 | Radiografia de Articulacao Acromio-Clavicular                         | R\$ 26,33  |
| 02.04.04.003-5 | Radiografia de Articulacao Escapulo-Umeral                            | R\$ 26,33  |
| 02.04.04.004-3 | Radiografia de Articulacao Esterno-Clavicular                         | R\$ 26,45  |
| 02.04.04.005-1 | Radiografia de Braço  | R\$ 26,71  |
| 02.04.04.006-0 | Radiografia de Clavicula  | R\$ 26,49  |
| 02.04.04.007-8 | Radiografia de Cotovelo   | R\$ 25,23  |
| 02.04.04.008-6 | Radiografia de Dedos da Mao   | R\$ 25,03  |
| 02.04.04.009-4 | Radiografia de Mao  | R\$ 25,51  |
| 02.04.04.010-8 | Radiografia de Mao e Punho (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)           | R\$ 29,23  |
| 02.04.04.011-6 | Radiografia de Escapula/Ombro (TRES POSICOES)                         | R\$ 28,24  |
| 02.04.04.012-4 | Radiografia de Punho (AP + LATERAL + OBLIQUA)                         | R\$ 26,18  |
| 02.04.05.001-4 | Clistero Opaco C/ Duplo Contraste/Enema Opaco                         | R\$ 129,62 |
| 02.04.05.005-7 | Fistulografia   | R\$ 62,67  |
| 02.04.05.006-5 | Histerossalpingografia  | R\$ 222,67 |
| 02.04.05.012-0 | Radiografia de Abdomen Agudo (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)                | R\$ 42,98  |
| 02.04.05.013-8 | Radiografia de Abdomen Simples (AP)                                   | R\$ 26,27  |
| 02.04.05.014-6 | Radiografia de Estomago e Duodeno                                     | R\$ 116,41 |

|                |  |            |
|----------------|--|------------|
| 02.04.05.015-4 | Radiografia de Intestino Delgado (TRANSITO)                                  | R\$ 120,53 |
| 02.04.05.017-0 | Uretrocistografia  | R\$ 126,06 |
| 02.04.05.018-9 | Urografia Venosa / Urografia Excretora                                       | R\$ 173,63 |
| 02.04.06.003-6 | Escanometria   | R\$ 31,88  |
| 02.04.06.006-0 | Radiografia de Articulacao Coxo-Femoral                                      | R\$ 26,85  |
| 02.04.06.007-9 | Radiografia de Articulacao Sacro-Iliaca                                      | R\$ 26,79  |
| 02.04.06.008-7 | Radiografia de Articulacao Tibio-Tarsica                                     | R\$ 25,64  |
| 02.04.06.009-5 | Radiografia de Bacia   | R\$ 29,36  |
| 02.04.06.010-9 | Radiografia de Calcaneo  | R\$ 25,64  |
| 02.04.06.011-7 | Radiografia de Coxa  | R\$ 27,62  |
| 02.04.06.012-5 | Radiografia de Joelho (AP + LATERAL)   | R\$ 26,80  |
| 02.04.06.013-3 | Radiografia de Joelho ou Patela (AP + LATERAL + AXIAL)                       | R\$ 26,23  |
| 02.04.06.015-0 | Radiografia de Pe / Dedos do Pe  | R\$ 25,99  |
| 02.04.06.016-8 | Radiografia de Perna   | R\$ 27,50  |
| 02.04.06.017-6 | Radiografia Panorâmica de Membros Inferiores                                 | R\$ 40,12  |
| 02.04.06.002-8 | Densitometria Ossea Duo-Energetica de Coluna (VERTEBRAS LOMBARES E/OU FEMUR) | R\$ 63,70  |
| 02.11.08.005-5 | Espirometria ou Prova de Funcao Pulmonar Completa com Broncodilatador        | R\$ 75,00  |
| 02.01.01.058-5 | Puncao Aspirativa por Agulha Fina (PAAF) MAMA                                | R\$ 285,00 |

**EXAMES/PROCEDIMENTOS PASSÍVEIS DE DIÁRIA E/OU SEDAÇÃO**

**QUADRO INFORMATIVO SOBRE OS EXAMES OU PROCEDIMENTOS PASSÍVEIS DE DIÁRIA E/OU SEDAÇÃO**

Obs1: Os procedimentos referentes aos serviços de ambulatório pré e pós-cirúrgico (consultas e exames necessários) serão pagos de acordo com os valores presentes nesta Tabela de Procedimentos e no casos dos procedimentos que não constarem em tabela, os valores praticados serão os contantes na Tabela SIGTAP vigente. A hotelaria hospitalar deverá obedecer a média de permanência definida na Tabela SIGTAP do Ministério da Saúde.

Obs2: Mediante prévia autorização regulatória e observado o parâmetro do Manual SIHD de PM = Di - (mp x 2) - Di UTI, as Diárias de Permanência à Maior, devido intercorrências clínico-cirúrgicas, serão valoradas conforme referência de diária do Complexo Hospitalar Irmã Dulce (fixadas em R\$ 958,74 para o exercício 2020).

Obs3: O Instrumento de Registro dos procedimentos do grupo 04 é a AIH, cabendo a credenciada o devido registro no sistema pertinente.

|   |   |              |
|---|---|--------------|
|   | Biópsias *  |              |
| 02.01.01.021-6  | Procedimentos/Exames - Biopsia de Fígado  | R\$ 142,30   |
| 02.01.01.027-5  | Procedimentos/Exames - Biópsia de Medula Óssea  | R\$ 400,00   |
| 02.01.01.041-0  | Procedimentos/Exames - Biopsia de Próstata  | R\$ 184,76   |
| 02.01.01.043-7  | Procedimentos/Exames - Biopsia de Rim   | R\$ 92,38    |
| 02.09.04.001-7  | Procedimentos/Exames - Broncoscopia (Broncofibroscopia)   | R\$ 72,05    |
| *Na realização dos procedimentos acima, será efetuado o pagamento do procedimento + a diária fixada, conforme Obs2. Vide quadro informativo sobre os exames ou procedimentos passíveis de diária e/ou sedação |   |              |
|   | Colangiopancreatografia Retrógrada  |              |
| 02.09.01.001-0  | Colangiopancreatografia Retrógrada (via endoscópica)*   | R\$ 181,36   |
| *Na realização do procedimento acima, será efetuado o pagamento do procedimento + a diária fixada, conforme Obs2. Vide quadro informativo sobre os exames ou procedimentos passíveis de diária e/ou sedação   |   |              |
| 04.07.03.025-5  | Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica Terapêutica*   | R\$ 4.047,06 |
| *Já inclui material necessário - Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - DEMAIS CIRURGIAS   |   |              |
|   | Histeroscopias  |              |
| 02.11.04.004-5  | Histeroscopia Diagnostica   | R\$ 476,39   |
| 02.09.03.001-1  | Histeroscopia Cirúrgica*  | R\$ 598,95   |
| 04.09.06.017-8  | Histeroscopia Cirurgica com Ressectoscopia*   | R\$ 1.197,90 |
| *Na realização do procedimento, acima será efetuado o pagamento do procedimento + a diária fixada, conforme Obs2. Vide quadro informativo sobre os exames ou procedimentos passíveis de diária e/ou sedação   |   |              |
|   | Procedimentos que exigem sedação hospitalar em pacientes que apresentam uma ou mais limitações temporais ou permanentes |              |
| 04.14.02.041-3  | Tratamento odontológico para pacientes com necessidades especiais   | R\$ 328,34   |
| 04.14.02.012-0  | Exodontia de dente decíduo  | -            |
| 04.14.02.038-3  | Tratamento de alveolite   | -            |
| 04.14.02.024-3  | Reimplante e transplante dental (por elemento)  | R\$ 38,36    |
| 04.14.02.035-9  | Tratamento cirúrgico de hemorragia buco-dental  | -            |
| 04.04.02.044-5  | Contenção de dentes por splintagem  | R\$ 48,24    |
| 04.04.02.061-5  | Redução de luxação têmporo-mandibular   | R\$ 66,02    |
| 04.14.02.013-8  | Exodontia de dente permanente   | -            |
| 04.14.01.036-1  | Exerese de cisto odontogênico e não - odontogênico  | R\$ 35,53    |
| 04.14.01.037-0  | Tratamento cirúrgico de dente incluso em paciente com anomalia crânio e bucomaxilofacial                                | R\$ 126,00   |
| 04.14.01.038-8  | Tratamento cirúrgico de fistula intra/ extraoral  | R\$ 19,18    |
| 04.14.02.004-9  | Correção de bridas musculares   | R\$ 12,98    |
| 04.14.02.005-7  | Correção de irregularidades de rebordo alveolar   | R\$ 21,92    |
| 04.14.02.029-4  | Remoção de torus e exostoses  | R\$ 11,36    |

|   |   |     |                                  |
|---|---|-----|----------------------------------|
| 04.14.02.021-9  | Odontosecção/Radilectomia/Tunelização   | R\$ | 19,18                            |
| 04.14.02.020-0  | Marsupialização de cistos e pseudocistos  | R\$ | 15,02                            |
| 04.14.02.014-6  | Exodontia múltipla com alveoloplastia por sextante  | R\$ | 12,98                            |
| 04.14.02.007-3  | Curetagem periapical  | R\$ | 21,92                            |
| 03.01.10.015-2  | Retirada de pontos por paciente   |     | -                                |
| 03.07.02.001-0  | Acesso a polpa dentária e medicação (por dente)   |     | -                                |
| 02.04.01.021-7  | Radiografia interproximal (Bite wing)   |     | -                                |
| 02.04.01.022-5  | Radiografia periapical  |     | -                                |
| *Na realização dos procedimentos acima, será efetuado o pagamento do procedimento + a diária fixada, conforme Obs2. Vide quadro informativo sobre os exames ou procedimentos passíveis de diária e/ou sedação |   |     |                                  |
|   | Procedimentos que exigem sedação hospitalar em pacientes que apresentam uma ou mais limitações temporais ou permanentes |     |                                  |
| 02.11.02.003-6  | Eletrcardiograma  | R\$ | 5,15                             |
| 02.04   | Procedimentos de diagnóstico por radiologia   |     | Vide preços publicados na Tabela |
| *Na realização dos procedimentos acima, será efetuado o pagamento do procedimento + a diária fixada, conforme Obs2. Vide quadro informativo sobre os exames ou procedimentos passíveis de diária e/ou sedação |   |     |                                  |

#### QUADRO INFORMATIVO SOBRE AS CONSULTAS

O pagamento devido das consultas de especialidades está condicionado à obrigatoriedade de utilização do consultório informatizado, via sistema informatizado municipal, durante o atendimento dos pacientes, incluindo o registro de receitas, encaminhamentos, solicitação de exames e relatórios, que será considerado da seguinte forma:

**Consulta** = 100% do valor tabelado (contemplando eventual exame/procedimento característico da consulta)

**Retorno** = 50% do valor tabelado para consulta. As solicitações de retorno deverão ser inseridas pelo prestador de serviço, no sistema informatizado, através do ambiente do consultório informatizado, o comprovante da inserção deverá ser impresso e entregue ao paciente a fim de que ele tenha ciência que estará, doravante, na fila de espera para o retorno.

**Consulta de alta médica** = 100% do valor tabelado para a consulta. A alta médica obrigatoriamente deverá ser lançada, pelo prestador de serviço, no sistema informatizado, através do ambiente do consultório informatizado, o relatório de alta médica deverá ser impresso e entregue ao paciente com orientação de levar o relatório ao médico que faz o acompanhamento dele na USAFA - Unidade de Saúde da Família. No atendimento de "Alta médica" não poderão ser solicitados exames aos pacientes, isto pode ocorrer somente nos atendimentos de "Primeira Consulta" e/ou "Retorno".

|   |  |     |       |
|---|--|-----|-------|
|   | Consultas - Endocrinologia*              |     |       |
| 03.01.01.007-2                              | Consulta Médica em Atenção Especializada | R\$ | 70,00 |
| *Vide quadro informativo sobre as consultas |  |     |       |

|   |  |     |       |
|---|--|-----|-------|
|   | Consultas - Endocrinologia Pediátrica*   |     |       |
| 03.01.01.007-2                              | Consulta Médica em Atenção Especializada | R\$ | 70,00 |
| *Vide quadro informativo sobre as consultas |  |     |       |

|   |  |     |       |
|---|--|-----|-------|
|   | Consultas - Neurologia Pediátrica        |     |       |
| 03.01.01.007-2                              | Consulta Médica em Atenção Especializada | R\$ | 70,00 |
| *Vide quadro informativo sobre as consultas |  |     |       |

|   |  |     |       |
|---|--|-----|-------|
|   | Consultas - Neurocirurgia                |     |       |
| 03.01.01.007-2                              | Consulta Médica em Atenção Especializada | R\$ | 70,00 |
| *Vide quadro informativo sobre as consultas |  |     |       |

|   |  |     |       |
|---|--|-----|-------|
|   | Consultas - Neurologia                   |     |       |
| 03.01.01.007-2                              | Consulta Médica em Atenção Especializada | R\$ | 70,00 |
| *Vide quadro informativo sobre as consultas |  |     |       |

|   |  |     |       |
|---|--|-----|-------|
|   | Consultas - Reumatologia                 |     |       |
| 03.01.01.007-2                              | Consulta Médica em Atenção Especializada | R\$ | 70,00 |
| *Vide quadro informativo sobre as consultas |  |     |       |

|   |  |     |       |
|---|--|-----|-------|
|   | Consultas - Reumatologia Pediátrica      |     |       |
| 03.01.01.007-2                              | Consulta Médica em Atenção Especializada | R\$ | 70,00 |
| *Vide quadro informativo sobre as consultas |  |     |       |

|   |  |     |       |
|---|--|-----|-------|
|   | Consulta Especialidade Pneumologista     |     |       |
| 03.01.01.007-2                              | Consulta Médica em Atenção Especializada | R\$ | 70,00 |
| *Vide quadro informativo sobre as consultas |  |     |       |

|   |  |     |       |
|---|--|-----|-------|
|   | Consulta Especialidade Hematologista     |     |       |
| 03.01.01.007-2                              | Consulta Médica em Atenção Especializada | R\$ | 70,00 |
| *Vide quadro informativo sobre as consultas |  |     |       |

|   |  |     |       |
|---|--|-----|-------|
|   | Consulta Especialidade Psiquiatria       |     |       |
| 03.01.01.007-2                              | Consulta Médica em Atenção Especializada | R\$ | 70,00 |
| *Vide quadro informativo sobre as consultas |  |     |       |

|   |   |           |
|---|---|-----------|
|   | Consultas - Demais Especialidades Médicas |           |
| 03.01.01.007-2                              | Consulta Médica em Atenção Especializada  | R\$ 40,00 |
| *Vide quadro informativo sobre as consultas |   |           |

#### CONSULTAS OUTROS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR

|   |  |           |
|---|--|-----------|
|   | Consultas - Nutrição   |           |
| 03.01.01.004-8                              | Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (exceto médico) | R\$ 24,08 |
| *Vide quadro informativo sobre as consultas |  |           |

|                |  |           |
|----------------|--|-----------|
|                | Consultas Fisioterapia   |           |
| 03.01.01.004-8 | Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (exceto médico)<br>Mínimo de 30 minutos | R\$ 40,00 |
|                | Sessão de Tratamento/Acompanhamento  | R\$ 20,00 |

As consultas e sessões serão reguladas por intermédio da Credenciante em pacotes de 1 consulta e no máximo 10 sessões com obrigatoriedade de emissão de relatório e encaminhamento ao médico solicitante para nova avaliação e acompanhamento, devendo sempre o Credenciado efetuar os lançamentos junto ao Sistema Informatizado e Prontuário Eletrônico com devolutiva e relatórios pertinentes. O pagamento será efetuado após a realização da última sessão do pacote.

|                |  |           |
|----------------|--|-----------|
|                | Consultas Fonoaudiólogo  |           |
| 03.01.01.004-8 | Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (exceto médico)<br>Mínimo de 30 minutos | R\$ 40,00 |
|                | Sessão de Tratamento/Acompanhamento  | R\$ 20,00 |

As consultas e sessões serão reguladas por intermédio da Credenciante em pacotes de 1 consulta e no máximo 10 sessões com obrigatoriedade de emissão de relatório e encaminhamento ao médico solicitante para nova avaliação e acompanhamento, devendo sempre o Credenciado efetuar os lançamentos junto ao Sistema Informatizado e Prontuário Eletrônico com devolutiva e relatórios pertinentes. O pagamento será efetuado após a realização da última sessão do pacote.

#### ATENDIMENTOS A PACIENTES COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA - TEA

|  |  |           |
|--|--|-----------|
|  | *Sessão de Atendimento Multidisciplinar em TEA                     | **        |
|  | Sessão de Atendimento Multidisciplinar em TEA – Nível 1– 30 sessão | R\$ 30,00 |
|  | Sessão de Atendimento Multidisciplinar em TEA – Nível 2– 45 sessão | R\$ 30,00 |
|  | Sessão de Atendimento Multidisciplinar em TEA – Nível 3– 60 sessão | R\$ 30,00 |

\*Consiste no atendimento multidisciplinar, para pacientes com Transtorno do Espectro Autista, nas seguintes especialidades, terapia ocupacional e/ou psicologia e/ou fonoaudiologia e/ou fisioterapia e/ou nutricionista.

Observação: É exigido da postulante ao credenciamento possuir em seus quadros todos os profissionais acima citados.

Ao final das sessões a credenciada deverá elaborar um relatório dos atendimentos realizados à equipe multiprofissional do CER, paciente procurará o CER e será inserido na fila Reavaliação TEA 2, para verificar a necessidade de novas sessões.

\*\*Valor por sessão.

|  |   |           |
|--|---|-----------|
|  | *Sessão de Atendimento ABA em TEA                       | **        |
|  | Sessão de Atendimento ABA em TEA – Nível 1 – 30 sessões | R\$ 50,00 |
|  | Sessão de Atendimento ABA em TEA – Nível 2 – 45 sessões | R\$ 50,00 |
|  | Sessão de Atendimento ABA em TEA – Nível 3 – 60 sessões | R\$ 50,00 |

Consiste no atendimento em terapia ABA, para pacientes com Transtorno do Espectro Autista, nas seguintes especialidades, terapia ocupacional e/ou psicologia e/ou fonoaudiologia e/ou fisioterapia e/ou musicoterapia e/ou psicopedagogia e/ou nutricionista.

Observação: É exigido da postulante ao credenciamento possuir em seus quadros todos os profissionais acima citados.

Ao final das sessões a credenciada deverá elaborar um relatório dos atendimentos realizados à equipe multiprofissional do CER, paciente procurará o CER e será inserido na fila Reavaliação TEA 2, para verificar a necessidade de novas sessões.

\*\*Valor por sessão.