

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, 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. n° 11.777/2019 – 93 A.O.V.O, 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.

04.06.02.056-6	Avaliação Cirúrgica - Cirurgia Vascular - Tratamento Cirúrgico de Varizes (BILATERAL)*	R\$ 3.163,69
*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE		
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		
04.07.03.003-4	Avaliação Cirúrgica - Cirurgia Geral - Colectomia Videolaparoscópica*	R\$ 3.417,64
*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		
04.07.04.017-0	Avaliação Cirúrgica - Videolaparoscopia terapêutica (ginecologia - endometriose profunda)	R\$ 1.610,00
*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		
04.09.06.011-9	Avaliação Cirúrgica - Ginecologia - Histerectomia c/ Anexectomia (UNI/BILATERAL)*	R\$ 3.669,64
*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE		
04.09.06.013-5	Avaliação Cirúrgica - Ginecologia - Histerectomia Total*	R\$ 4.428,28
*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE		
04.09.06.018-6	Avaliação Cirúrgica - Planejamento Familiar - Laqueadura*	R\$ 1.802,76
*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		
04.09.07.027-0	Avaliação Cirúrgica - Ginecologia - Tratamento Cirúrgico de Incontinência Urinária por Via Vaginal*	R\$ 2.270,80

*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE		
040704016-1	Laparotomia exploradora	R\$ 1.523,33
*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE		
040901043-0	Tratamento cirurgico de cistocele	R\$ 890,63
*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE		
040906003-8	Excisão tipo 3 do colo uterino (Conização)	R\$ 1.060,66
*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE		
040906004-6	Curetagem semiotica c/ ou s/ dilatação do colo do utero	R\$ 400,25
*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE		
040906010-0	Histectomia (por via vaginal)	R\$ 1.575,07
*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE		
040906012-7	Histectomia subtotal	R\$ 1.869,36
*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE		
040906021-6	Ooforectomia/Ooforoplastia	R\$ 1.218,92
*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE		
040906026-7	Salpingoplastia videolaparoscopica	R\$ 806,07
*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE		
040907004-1	Colpoperineocleise	R\$ 890,61
*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE		
040907005-0	Colpoperineoplastia anterior e posterior	R\$ 1.129,44
*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE		
040907013-0	Episioperineorrafia não obstétrica	R\$ 307,06
*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE		
040907014-9	Exerese de cisto vaginal	R\$ 890,63
*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE		
040907015-7	Marsupialização e/ou exerese de glandula de bartholin/skene	R\$ 537,14
*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE		
040907021-1	Reconstrução de vagina	R\$ 979,11
*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 Linfático	R\$ 92,38
04.03.01.015-2	Ressecção de Mucocoele 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 Tireoglossa	R\$ 960,12
04.02.01.003-5	Tireoidectomia Parcial	R\$ 851,26
04.06.02.015-9	Excerese de Ganglio Linfático	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	Extirpação 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	Exérese 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	Exérese 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	Exérese de Tumor de Pele e Anexos Lipoma	R\$ 24,92
04.01.02.008-8	Exérese 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	Exérese 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	Exérese 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/Macrodactilia/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 - Cutanea	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 Mamaria Feminina Não Estética	R\$ 1.028,34
04.10.01.008-1	Plástica Mamaria 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 Substancia 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 Ulcera / 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 metodo)	R\$ 2.520,54
04.12.05.010-2	Ressecção em Cunha, Tumorectomia / Biopsia de Pulmao 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	Histerectomia (por via vaginal)	R\$ 920,16
04.09.06.012-7	Histerectomia 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 - 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 + cérvico-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 - 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 Cardiaco	R\$ 1.229,44
02.11.02.002-8	Cateterismo Cardiaco 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 em ambiente ambulatorial	
02.09.01.002-9	Colonoscopia Ambulatorial	R\$ 421,64
02.09.01.005-3	Retossigmoidoscopia Ambulatorial	R\$ 193,43
02.11.04.002-9	Procedimentos/Exames - Colposcopia	R\$ 6,76
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 Pterígio/Calázio - Cirurgia Calazio E/Ou Pterígio*	
04.05.01.007-9	Exerese de calazio e outras pequenas lesões da pálpebra e supercílios	R\$ 157,50
04.05.05.036-4	Tratamento cirurgico de Pterigio	R\$ 419,10
* (Caso necessário realizar cirurgia em ambos os olhos, multiplicar o valor por 2x)		
	Procedimentos/Exames - Oftalmologia Catarata - Cirurgia De Catarata (Por Paciente)*	
04.05.05.037-2	Oftalmo Catarata/Cirurgia de Catarata - Facemulsificação 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		

	Procedimentos/Exames - Holter	
02.11.02.004-4	Monitoramento Pelo Sistema Holter 24 Hs (3 Canais)	R\$ 70,00
	Procedimentos/Exames - Laringoscopia E Endoscopia em Ambiente Ambulatorial	
02.09.04.002-5	Laringoscopia	R\$ 90,00
02.09.01.003-7	Esofagogastroduodenoscopia	R\$ 180,00
	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 - Nasovideolaringoscopia	
02.09.04.004-1	Videolaringoscopia	R\$ 70,00
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/ Contraste	R\$ 138,63
02.06.03.003-7	Tomografia De Pelve / Bacia / Abdomen Inferior S/ Contraste	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 Ec/Sedação(PMV)	R\$ 173,50
02.06.03.003-7	Tomografia De Pelve / Bacia / Abdomen Inferior C/ Contraste 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 Abdomen 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 Abdomen 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 (Fígado Vesícula Vías 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 Panorâmica de Coluna Total- TELESPONDILOGRAFIA	R\$ 72,92
02.04.03.007-2	Radiografia de Costelas (POR HEMITORAX)	R\$ 27,76
02.04.03.008-0	Radiografia de Esôfago	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 Clavícula	R\$ 26,49
02.04.04.007-8	Radiografia de Cotovelo	R\$ 25,23
02.04.04.008-6	Radiografia de Dedos da Mão	R\$ 25,03
02.04.04.009-4	Radiografia de Mão	R\$ 25,51
02.04.04.010-8	Radiografia de Mão 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	Clister 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 constantes 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
02.01.01.041-0	Procedimentos/Exames - Biopsia de Prostata	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			
	Procedimentos/Exames - Colonoscopia e Retossigmoidoscopia em Ambiente Hospitalar		
02.09.01.002-9	Colonoscopia em ambiente Hospitalar*	R\$	421,64
02.09.01.005-3	Retossigmoidoscopia em ambiente Hospitalar*	R\$	193,43
* Na realização dos procedimentos acima serão efetuados o pagamento do procedimento + a diária fixada, conforme Obs2. Vide quadro informativo sobre os exames ou procedimentos passíveis de diária e/ou sedação. Já estão inclusos nos valores dos procedimentos a realização de intervenções terapêuticas (ex. hemostasia, mucosectomia, polipectomia, etc) e OPME pertinente.			
	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			
	Laringoscopia e Endoscopia em Ambiente Hospitalar - Endoscopia com ligadura de varizes*		
02.09.04.002-5	Laringoscopia	R\$	90,00
02.09.01.003-7	Esofagogastroduodenoscopia	R\$	180,00
02.09.01.003-7	Endoscopia com ligadura de varizes	R\$	180,00
* Na realização dos procedimentos acima serão efetuados o pagamento do procedimento + a diária fixada, conforme Obs2. Vide quadro informativo sobre os exames ou procedimentos passíveis de diária e/ou sedação. Já estão inclusos nos valores dos procedimentos a realização de intervenções terapêuticas (ex. hemostasia, mucosectomia, polipectomia, etc) e OPME pertinente.			

04.07.01.002-5	Procedimentos/Exames - Dilatacao Esofagica / Pílorica*	R\$	272,93
* Na realização dos procedimentos acima serão efetuados o pagamento do procedimento + a diária fixada, conforme Obs2. Vide quadro informativo sobre os exames ou procedimentos passíveis de diária e/ou sedação. Já estão inclusos nos valores dos procedimentos a realização de intervenções terapêuticas (ex. hemostasia, mucosectomia, polipectomia, etc) e OPME pertinente.			
	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 splintage	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	Eletrocardiograma	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		

02.02.09.019-1	Procedimentos/Exames - Coleta e Análise do Mielograma - Biópsia de Medula Óssea	R\$ 400,00
* Consiste na coleta e realização da biópsia (coleta de mielograma + biópsia de medula óssea). Na realização dos procedimentos acima serão efetuados o pagamento do procedimento + a diária fixada, conforme Obs2. Vide quadro informativo sobre os exames ou procedimentos passíveis de diária e/ou sedação. Já estão inclusos nos valores do procedimento todo o material pertinente.		

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 - Nefrologia		
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		
Consultas - Pneumologista		
03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada	R\$ 70,00
*Vide quadro informativo sobre as consultas		
Consultas - Hematologista		
03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada	R\$ 70,00
*Vide quadro informativo sobre as consultas		
Consultas - 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 E OUTROS PROCEDIMENTOS REALIZADOS POR 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) 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) 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.		
Procedimentos/Exames - Acupuntura		
03.09.05.002-2	Primeira Sessão de acupuntura com inserção de agulhas	R\$ 40,00
03.09.05.002-2	Demais sessões de Tratamento/Acompanhamento - (valor por sessão) - limitado a cinco sessões	R\$ 20,00
As consultas e sessões serão reguladas por intermédio da Credenciante em pacotes de 1 sessão inicial e no máximo 05 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.		
Procedimentos/Exames - Auditivos		
02.11.07.004-1	Audiometria Tonal Limiar (Via Aérea / Ossea)	R\$ 21,00
02.11.07.003-3	Audiometria em campo livre	R\$ 42,00
02.11.07.020-3	Imitanciometria	R\$ 23,00
02.11.07.021-1	Logoaudiometria (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 transitórias 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.			
ATENDIMENTOS A PACIENTES COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA - TEA			
	*Sessão de Atendimento Multidisciplinar em TEA		
	Sessão de Atendimento Multidisciplinar em TEA – Nível 1– 30 sessões	R\$	30,00
	Sessão de Atendimento Multidisciplinar em TEA – Nível 1– 45 sessões	R\$	30,00
	Sessão de Atendimento Multidisciplinar em TEA – Nível 1– 60 sessões	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 1 – 45 sessões	R\$	50,00
	Sessão de Atendimento ABA em TEA – Nível 1 – 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			