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 lancamentos 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 será 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.0.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.

04.06.02.056-6	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 - Colecistectomia Videolaparoscopica*	R$ 3.417,64
	*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE	
04.07.04.006-4	Avaliação Cirúrgica - Cirurgia Geral - Hernioplastia Epigastrica*	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 Pediatrica - 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	Histerectomia (por via vaginal)	R$ 1.575,07
*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE		
040906012-7	Histerectomia subtotal	R$ 1.869,36
*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE		
040906021-6	Ooferectomia/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 Cardiaca *	
04.06.01.094-3	Revascularização Miocardia 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	Linfonedectomia 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 - Colelitiase *	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 Hiperceratose Plantar (c/ correção plástica)	R$	604,16
04.07.04.018-8	Liberação 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 Pediatrica - Fimose *	R$	876,48
	*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - DEMAIS CIRURGIAS		
	Avaliação Cirúrgica - Cirurgia Pediatrica - Outros *		
04.01.01.007-4	Excerese de Tumor de Pele e Anexos/ Cisto Sebáceo/Lipoma	R$	49,84
04.01.01.013-9	Tratamento Cirurgico 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	Exerese de Cisto Tireoglosso	R$	1.920,24
04.01.02.015-0	Tratamento Cirurgico 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 Epispadia	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 Dístula Traqueo - Cutanea	R$	2.064,88
	*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - DEMAIS CIRURGIAS		
04.10.01.007-3	Avaliação Cirúrgica - Cirurgia Plastica - Gigantomastia *	R$	2.056,28
	*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - DEMAIS CIRURGIAS		
	Avaliação Cirúrgica - Cirurgia Plastica - Outros *		
04.13.01.008-2	Tratamento De Medio 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 - Urologica *		
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 relização 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 Articulacoes 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 Figado E Baco (Minimo 5 Imagens)	R$	266,52
02.08.02.002-0	Cintilografia De Figado 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 (Minimo 3 Projecoes)	R$	817,04
02.08.01.003-3	Cintilografia De Miocardio P/ Avaliacao Da Perfusao Em Situacao De Repouso (Minimo 3 Projecoes)	R$	766,14
02.08.01.004-1	Cintilografia De Miocardio P/ Localizacao De Necrose (Minimo 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 (Minimo 2 Projecoes)	R$	256,24
02.08.07.004-4	Cintilografia De Pulmao Por Perfusao (Minimo 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 lesoes da palpebra e supercilios	R$	157,50
04.05.05.036-4	Tratamento cirurgico de Pterigio	R$	419,10
04.05.01.018-4	Tratamento cirúrgico de blefarocalase	R$	190,84

*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 - 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 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/ 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 Articulacoes De Membro Inferior C/ Contraste E C/ Sedação (PMV)	R$	173,50
02.06.03.002-9	Tomografia De Articulacoes De Membro Inferior C/ Sedação (PMV)	R$	173,50
02.06.02.001-5	Tomografia De Articulacoes De Membro Superior C/ Contraste E C/ Sedação (PMV)	R$	173,50
02.06.02.001-5	Tomografia De Articulacoes 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/ 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 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 (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	Radriografia Panoramica 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 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 Antebraco	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 Braco	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	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 Panoramica 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 Figado	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 - PACOTE

	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 / Pilorica*	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 Ressectoscopio*	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 fístula 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 consutório 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 obrigatóriamente 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 Pediatrica		
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 - Fisioterapía		
03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (exceto médico) Minimo de 30 minutos	R$	40,00
	Sessão de Tratamento/Acompanhamento	R$	20,00
	As consultas e sessões serão reguladas por intermedio 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 - Fonoadudiólogo		
03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (exceto médico) Minimo de 30 minutos	R$	40,00
	Sessão de Tratamento/Acompanhamento	R$	20,00
	As consutlas e sessões serão reguladas por intermedio 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 iserção de agulhas	R$	40,00
03.09.05.002-2	Demais sesssões de Tratamento/Acompanhamento - (valor por sessão) - limitado a cinco sessões	R$	20,00
	As consultas e sessões serão reguladas por intermedio 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 Aerea / 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 emissoes otoacusticas evocadas transitorias e produtos de distorcao (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, logoaudiometria, imitanciometria 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

CIRURGIAS AMBULATORIAIS

QUADRO INFORMATIVO SOBRE AS CIRURGIAS AMBULATORIAIS

Obs1: Os procedimentos previstos na presente tabela incluem os serviços de ambulatório pré-cirúrgico (consulta e exames necessários), materiais e insumos pertinentes.

Obs2: Havendo a necessidade de procedimentos concomitantes no mesmo ato cirúrgico, seguirão o regramento de pagamento percentual decremental, conforme estabelecido no SUS (pág 55 seção 11.3 do manual do SIHD), qual seja: 1º procedimento: 100%, 2º procedimento: 75%, 3º procedimento: 75%, 4º procedimento: 60% e 5º procedimento: 50%,

	***Cirurgias ambulatoriais**		
	Consulta de Avaliação	R$	40,00
04.01.01.007-4	Exerese de tumor de pele e anexos / cisto sebaceo / lipoma	R$	160,00
04.01.01.005-8	Excisao de lesao e/ou sutura de ferimento da pele anexos e mucosa	R$	160,00
04.01.01.006-6	Excisão e/ou sutura simples de pequenas lesões / ferimentos de pele / anexos e mucosa	R$	160,00
04.01.01.011-2	Retirada de corpo estranho subcutaneo	R$	160,00
04.01.01.006-6	Excisão e/ou sutura simples de pequenas lesões / ferimentos de pele / anexos e mucosa	R$	160,00
04.01.02.017-7	Cirurgia de unha (cantoplastia)	R$	160,00

*Vide quadro informativo sobre as cirurgias ambulatoriais