TABELA OFICIAL DE VALORES DE PROCEDIMENTOS SESAP PG 2025 - 5

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

Para adesão a Tabela Oficial de Valores de Procedimentos SESAP PG, 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.

Código SIGTAP	Especialidade/Procedimento	Valor Atribuído	Atende?	Vagas/mês

Preencher o campo "Atende" com "SIM" ou Não", caso sim, informar no campo "Vagas/Mês" o número de atendimentos que disponibilizará para a Credenciante.

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.

Obs4: Os procedimentos cirurgicos (cirurgias eletivas) realizados dentro dos limites do Municipio, que permitam o faturamento junto ao SIHD, visando ainda redução de custos com transporte, e maior comodidade aos pacientes e familiares, sendo ainda estratégia de redução do absenteísmo, terá o valor de faturamento na proporção de 1,5x (uma vez e meia) o constante da presente tabela.

04.06.02.056-6	**Cirurgia Vascular - Tratamento Cirúrgico de Varizes (BILATERAL)***	R$	3.665,13		
	*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE				
04.06.02.057-4	**Cirurgia Vascular - Tratamento Cirúrgico de Varizes (UNILATERAL)***	R$	2.839,35		
	*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE				
04.07.03.003-4	**Cirurgia Geral - Colecistectomia Videolaparoscopica***	R$	3.959,34		
	*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE				
04.07.04.006-4	**Cirurgia Geral - Hernioplastia Epigastrica***	R$	2.770,74		
	*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE				
04.07.04.008-0	**Cirurgia Geral - Hernioplastia Incisional***	R$	2.205,93		
	*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE				
04.07.04.010-2	**Cirurgia Geral - Hernioplastia Inguinal / Crural (Unilateral)***	R$	2.497,42		
	*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE				
04.07.04.009-9	**Cirurgia Geral - Hernioplastia Inguinal (Bilateral)***	R$	2.857,87		
	*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE				
04.07.04.012-9	**Hernioplastia Umbilical***	R$	1.874,61		
	*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE				
04.07.04.017-0	**Ginecologia - Videolaparoscopia Terapêutica (Endometriose profunda)**	R$	1.610,00		
	*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE				
04.09.04.024-0	**Planejamento Familiar - Vasectomia***	R$	825,06		
	*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE				
04.09.06.018-6	**Planejamento Familiar - Laqueadura Tubária***	R$	1.802,76		
	*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE				
04.09.06.011-9	**Ginecologia - Histerectomia c/ Anexectomia (Uni / Bilateral)***	R$	3.669,64		
	*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE				
04.09.06.013-5	**Ginecologia - Histerectomia Total***	R$	5.130,16		
	*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE				
04.09.06.019-4	**Ginecologia - Miomectomia***	R$	1.459,77		
	*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE				
04.09.07.005-0	**Ginecologia - Colpoperineoplastia Anterior e Posterior***	R$	1.829,06		
	*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE				
04.09.07.027-0	**Ginecologia - Tratamento Cirúrgico de Incontinência Urinária por Via Vaginal***	R$	2.630,72		
	*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE				
04.07.04.016-1	**Laparotomia Exploradora**	R$	1.523,33		
	*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE				

04.09.01.043-0	**Tratamento Cirurgico de Cistocele**	R$	1.192,13		
	*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE				
04.09.06.003-8	**Excisão Tipo 3 do Colo Uterino (Conização)**	R$	1.060,66		
	*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE				
04.09.06.004-6	**Curetagem Semiotica c/ ou s/ Dilatação do Colo do Útero**	R$	400,25		
	*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE				
04.09.06.010-0	**Histerectomia (por Via Vaginal)**	R$	1.824,72		
	*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE				
04.09.06.012-7	**Histerectomia Subtotal**	R$	1.869,36		
	*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE				
04.09.06.021-6	**Ooforectomia / Ooforoplastia**	R$	1.631,55		
	*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE				
04.09.06.026-7	**Salpingoplastia Videolaparoscopica**	R$	1.078,94		
	*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE				
04.09.07.004-1	**Colpoperineocleise**	R$	890,61		
	*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE				
04.09.07.013-0	**Episioperineorrafia Não Obstétrica**	R$	307,06		
	*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE				
04.09.07.014-9	**Exerese de Cisto Vaginal**	R$	890,63		
	*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE				
04.09.07.015-7	**Marsupialização e/ou Exerese de Glândula de Bartholin / Skene**	R$	537,14		
	*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE				
04.09.07.021-1	**Reconstrução da Vagina**	R$	979,11		
	*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE				

CIRURGIAS ELETIVAS ORTOPÉDICAS E NEUROLÓGICAS - PACOTE

QUADRO INFORMATIVO SOBRE AS CIRURGIAS ELETIVAS ORTOPÉDICAS E NEUROLÓGICAS - PACOTE

Fonte: Tabela SUS Paulista

Obs1: Os procedimentos previstos na presente tabela incluem os serviços de ambulatório pré e pós-cirúrgico (consultas e exames necessários), 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.

Obs4: Para os procedimentos cirúrgicos deste grupo, será adotado para pagamento os valores conforme Tabela SUS Paulista enquanto durar o programa. Para os procedimentos não precificados pela Tabela SUS Paulista será utilizado valor da PERF enquanto durar o programa. Nos casos omissos, o pagamento será efetuado conforme disposto na Nota Orientativa Geral da Tabela Oficial de Valores de Procedimentos Sesap PG 25.

Obs5: 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%,

	Cirurgia Ortopédica *				
04.08.01.010-0	Ostectomia da Clavícula ou da Escápula	R$	2.674,08		
04.08.01.011-8	Osteotomia da Clavícula ou da Escápula	R$	2.558,43		
04.08.01.014-2	Reparo de Rotura do Manguito Rotador (inclui procedimentos descompressivos)	R$	3.811,59		
04.08.01.018-5	Tratamento Cirúrgico de Luxação / Fratura-Luxação Acrômio-Clavicular	R$	3.398,31		
04.08.01.019-3	Tratamento Cirúrgico de Luxação / Fratura-Luxação Escapulo-Umeral Aguda	R$	2.712,60		
04.08.01.020-7	Tratamento Cirúrgico de Luxação / Fratura-Luxação Esterno-Clavicular	R$	4.073,40		
04.08.01.021-5	Tratamento Cirúrgico de Luxação Recidivante / Habitual de Articulação Escápulo-Umeral	R$	3.412,35		
04.08.01.022-3	Tratamento Cirúrgico de Retardo de Consolidação da Pseudartrose de Clavícula / Escápula	R$	2.558,43		
04.08.01.023-1	Tratamento Cirúrgico da Síndrome do Impacto Sub-Acromial	R$	2.661,75		
04.08.02.003-2	Artrodese de Médias / Grandes Articulações de Membro Superior	R$	2.073,33		
04.08.02.004-0	Artroplastia de Articulação da Mão	R$	2.848,32		
04.08.02.005-9	Artroplastia de Cabeça do Rádio	R$	2.543,94		
04.08.02.009-1	Ressecção do Olécrano e/ou Cabeça do Rádio	R$	2.785,59		
04.08.02.012-1	Realinhamento de Mecanismo Extensos dos Dedos da Mão	R$	1.849,77		
04.08.02.013-0	Reconstrução Capsulo-Ligamentar de Cotovelo Punho	R$	2.172,87		
04.08.02.014-8	Reconstrução de Polis Tendinosa dos Dedos da Mão	R$	1.849,77		
04.08.02.047-4	Tratamento Cirúrfico de Gigantismo da Mão	R$	1.977,03		
04.08.02.048-2	Tratamento Cirúrgico de Lesão Aguda Capsulo-Ligamentar do Membro Superior: Cotovelo / Punho	R$	2.172,87		
04.08.02.049-0	Tratamento Cirúrgico de Lesão da Musculatura Intrínseca da Mão	R$	1.998,81		
04.08.02.050-4	Tratamento Cirúrgico de Lesão Evolutiva Fisária no Membro Superior	R$	2.354,76		
04.08.02.055-5	Tratamento Cirúrgico de Pseudartrose / Retardo de Consolidação / Perda Óssea da Mão	R$	1.918,08		
04.08.02.056-3	Tratamento Cirúrgico de Pseudartrose / Retardo de Consolidação / Perda Óssea do Antebraço	R$	4.242,42		
04.08.02.057-1	Tratamenro Cirúrgico de Pseudartrose / Retardo de Consolidação / Perda Óssea do Úmero	R$	3.395,79		
04.08.02.058-0	Tratamento Cirúrgico de Pseudartrose ao Nível do Cotovelo	R$	3.996,72		
04.08.02.059-8	Tratamento Cirúrgico de Pseudartrose na Região Metafise-Epifisária Distal do Rádio e Ulna	R$	2.063,61		
04.08.02.060-1	Tratamento Cirúrgico de Pseudo-Retardo / Consolidação / Perda Óssea ao Nível do Carpo	R$	2.063,61		
04.08.02.061-0	Tratamento Cirúrgico de Rotura / Desinserção / Arrancamento Capsulo-Teno-Ligamentar na Mão	R$	2.324,34		

04.08.02.062-8	Tratamento Cirúrgico de Sindactilia da Mão (por espaço interdigital)	R$	1.733,40		
04.08.02.063-6	Tratamento Cirúrgico de Sinostose Rádio Ulnar	R$	3.346,92		
04.08.02.064-4	Tratamento Cirúrgico p/ Centralização do Punho	R$	2.217,87		
04.08.03.039-9	Discectomia Cervical / Lombar / Lombo-Sacra por Via Posterior (um nível)	R$	6.909,39		
04.08.03.040-2	Discectomia Cervical / Lombar / Lombo-Sacra por Via Posterior (dois níveis)	R$	9.049,32		
04.08.03.043-7	Discectomia Cervical por Via Anterior (1 nível)	R$	12.087,00		
04.08.03.044-5	Discectomia Cervical por Via Anterior (2 ou mais níveis)	R$	15.538,68		
04.08.03.052-6	Ressecção por Coccix	R$	1.763,91		
04.08.03.053-4	Ressecção de Elemento Vertebral Posterior / Postero-Lateral / Distal a C2 (mais de 2 segmentos)	R$	10.609,74		
04.08.03.054-2	Ressecção de Elemento Vertebral Posterior / Postero-Lateral Distal a C2 (até 2 segmentos)	R$	9.752,67		
04.08.03.060-7	Retirada de Corpo Estranho da Coluna Toraco-Lombo-Sacra por Via Posterior	R$	16.950,87		
04.08.03.075-5	Tratamento Cirúrgico de Torcicolo Congênito	R$	2.366,64		
04.08.04.001-7	Artrodese Coxofemoral	R$	14.717,52		
04.08.04.002-5	Artrodese da Sínfise Púbica	R$	7.064,55		
04.08.04.005-0	Artroplastia Parcial de Quadril	R$	48.062,16		
04.08.04.008-4	Artroplastia Total Primária do Quadril Cimentada	R$	71.656,29		
04.08.04.012-2	Epifisiodese do Trocanter Maior do Fêmur	R$	6.832,35		
04.08.04.013-0	Epifisiodese Femoral Proximal In Situ	R$	6.834,78		
04.08.04.014-9	Ostectomia da Pelve	R$	7.064,55		
04.08.04.016-5	Reconstrução Osteoplastica do Quadril	R$	14.419,53		
04.08.04.026-2	Tratamento Cirúrgico de Fratura / Luxação / Fratura-Luxação / Disjunção do Anel Pélvico Antero-Posterior	R$	7.841,70		
04.08.05.010-1	Patelectomia Total ou Parcial	R$	3.096,54		
04.08.05.011-0	Quadricepsplastia	R$	14.419,62		
04.08.05.012-8	Realinhamento do Mecanismo Extensor do Joelho	R$	2.458,35		
04.08.05.013-6	Reconstrução de Tendão Patelar / Tendão Quadricipital	R$	14.419,62		
04.08.05.014-4	Reconstrução Ligamentar do Tornozelo	R$	3.889,26		
04.08.05.015-2	Reconstrução Ligamentar Extra-Articular do Joelho	R$	5.210,01		
04.08.05.016-0	Reconstrução Ligamentar Intra-Articular do Joelho (cruzado anterior)	R$	70.206,21		
04.08.05.017-9	Reconstrução Ligamentar Intra-Articular do Joelho (cruzado posterior c/ ou s/ anterior)	R$	14.419,62		
04.08.05.032-2	Reparo de Bainha Tendinosa ao Nível do Tornozelo	R$	1.919,70		
04.08.05.033-0	Revisão Cirúrgica de Coto de Amputação em Membro Inferior (exceto dedos do pé)	R$	1.547,46		
04.08.05.034-9	Revisão Cirúrgica de Pé Torto Congênito	R$	3.097,35		
04.08.05.035-7	Sindactilia Cirúrgica dos Dedos do Pé (procedimento tipo Kelikian)	R$	2.556,54		
04.08.05.036-5	Talectomia	R$	2.415,69		
04.08.05.037-3	Tenosinovectomia em Membro Inferior	R$	2.194,29		
04.08.05.038-1	Transferência do Grande Trocanter (procedimento isolado)	R$	6.834,78		
04.08.05.039-0	Transferência Muscular / Tendinosa no Membro Inferior	R$	4.483,44		
04.08.05.042-0	Tratamento Cirúrgico das Desinserções das Espinhas Intercondilares / Epicondilares	R$	3.465,45		
04.08.05.043-8	Tratamento Cirúrgico de Avulsão do Grande e do Pequeno Trocanter	R$	6.834,78		
04.08.05.044-6	Tratamaneo Cirúrgico de Coalizão Tarsal	R$	2.415,69		
04.08.05.065-9	Tratamento Cirúrgico de Hálux Valgus c/ Osteotomia do Primeiro Osso Matatarsiano	R$	3.202,29		
04.08.05.066-7	Tratamento Cirúrgico de Lesão Aguda Capsulo-Ligamentar Membro Inferior (Joelho / Tornozelo)	R$	4.264,47		
04.08.05.067-5	Tratamento Cirúrgico de Lesão Evolutiva Fisária no Membro Inferior	R$	4.719,87		
04.08.05.072-1	Tratamento Cirúrgico de Matatarso Primo Varo	R$	2.415,78		
04.08.05.073-0	Tratamento Cirúrgico de Pé Cavo	R$	2.415,78		
04.08.05.074-8	Tratamento Cirúrgico de Pé Plano Valgo	R$	2.415,78		
04.08.05.076-4	Tratamento Cirúrgico de Pé Torto Congênito	R$	2.556,54		
04.08.05.078-0	Tratamento Cirúrgico de Pseudartrose / Retardo de Consolidação / Perda Óssea ao Nível do Tarso	R$	2.685,69		
04.08.05.079-9	Tratamento Cirúrgico de Pseudartrose / Retardo de Consolidação / Perda Óssea da Diáfise do Fêmur	R$	6.834,78		
04.08.05.080-2	Tratamento Cirúrgico de Pseudartrose / Retardo de Consolidação / Perda Óssea da Região Trocanteriana	R$	6.834,78		
04.08.05.081-0	Tratamento Cirúrgico de Pseudartrose / Retardo de Consolidação / Perda Óssea do Colo do Fêmur	R$	9.096,93		
04.08.05.082-9	Tratamento Cirúrgico de Pseudartrose / Retardo de Consolidação / Perda Óssea do Pé	R$	2.415,69		
04.08.05.083-7	Tratamento Cirúrgico de Pseudartrose / Retardo de Consolidação / Perda Óssea Metáfise Distal do Fêmur	R$	6.834,78		
04.08.05.084-5	Tratamento Cirúrgico de Pseudartrose / Retardo de Consolidação ao Nível do Joelho	R$	3.574,35		
04.08.05.085-3	Tratamento Cirúrgico de Pseudartrose Congênita da Tíbia	R$	5.387,40		
04.08.05.086-1	Tratamento Cirúrgico de Pseudartrose / Retardo de Consolidação / Perda Óssea da Diáfise Tibial	R$	6.924,69		
04.08.05.087-0	Tratamento Cirúrgico de Pseudartrose / Retardo de Consolidação / Perda Óssea da Metáfise Tibial	R$	5.387,49		
04.08.05.088-8	Tratamento Cirúrgico de Rotura de Menisco com Sutura MEniscal Uni / Bicompartimental	R$	5.210,01		
04.08.05.089-6	Tratamento Cirúrgico de Rotura do Menisco com Meniscectomia Parcial / Total	R$	2.415,78		
04.08.05.090-0	Tratamento Cirúrgico do Hálux Rigidus	R$	2.415,78		
04.08.05.091-8	Tratamento Cirúrgico do Hálux Valgus s/ Osteotomia do Primeiro Osso Metatarsiano	R$	3.029,40		
04.08.05.092-6	Tratamento das Lesões Osteo-Condrais por Fixação ou Mosaicoplastia Joelho / Tornozelo	R$	11.973,33		
04.08.06.001-8	Alongamento / Encurtamento Miotendinoso	R$	2.285,37		
04.08.06.005-0	Artrodese de Pequenas ArticulaçõesARTRODESE DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES	R$	1.924,11		
04.08.06.006-9	Artroplastia de Ressecção de Média / Grande Articulação	R$	9.939,42		
04.08.06.007-7	Artroplastia de Ressecção de Pequenas Articulações	R$	2.415,69		
04.08.06.008-5	Bursectomia	R$	1.922,67		
04.08.06.009-3	Descompressão com Esvaziamento Medular por Brocagem / Via Corticotomia	R$	6.345,18		
04.08.06.010-7	Diafisectomia de Ossos Longos	R$	3.864,15		
04.08.06.011-5	Encurtamento de Ossos Longos Exceto da Mão e do Pé	R$	2.550,15		
04.08.06.012-3	Exploração Articular c/ ou s/ Sinovectomia de Médias / Grandes Articulações	R$	2.552,94		
04.08.06.013-1	Exploração Articular c/ ou s/ Sinovectomia de Pequenas Articulações	R$	1.278,54		
04.08.06.014-0	Fasciectomia	R$	2.006,55		
04.08.06.015-8	Manipulação Articular	R$	1.098,09		
04.08.06.016-6	Ostectomia de Ossos da Mão e/ou do Pé	R$	2.327,49		
04.08.06.017-4	Ostectomia de Ossos Longos Exceto da Mão e do Pé	R$	5.847,66		
04.08.06.018-2	Osteotomia de Ossos da Mão e/ou do Pé	R$	2.945,25		
04.08.06.019-0	Osteotomia de Ossos Longos Exceto da Mão e do Pé	R$	5.811,12		
04.08.06.020-4	Reinserção Muscular	R$	1.829,61		
04.08.06.021-2	Ressecção de Cisto Sinovial	R$	823,41		
04.08.06.030-1	Ressecção Muscular	R$	1.829,61		
04.08.06.031-0	Ressecção Simples de Tumor Ósseo / de Partes Moles	R$	3.312,27		
04.08.06.032-38	Retirada de Corpo Estranho Intra-Articular	R$	1.251,63		
04.08.06.033-6	Retirada de Corpo Estranho Intra-Ósseo	R$	1.262,97		
04.08.06.034-4	Retirada de Espeçadores / Outras Materiais	R$	1.365,03		
04.08.06.035-2	Retirada de Fio ou Pino Intra-Ósseo	R$	1.364,94		

04.08.06.036-0	Retirada de Fixador Externo	R$	1.365,03		
04.08.06.037-9	Retirada de Placa e/ou Parafusos	R$	2.026,44		
04.08.06.038-7	Retirada de Prótese de Substituição de Grandes Articulações (Ombro / Cotovelo / Quadril / Joelho)	R$	6.834,87		
04.08.06.039-5	Retirada de Prótese de Substituição em Pequenas e Médias Articulações	R$	3.417,39		
04.08.06.040-9	Retirada de Tração Trans-Esqueléticas	R$	2.026,53		
04.08.06.041-7	Retração Cicatricial dos Dedos c/ Comprometimento Tendinoso (por dedo)	R$	1.849,77		
04.08.06.042-5	Revisão Cirúrgica de Coto de Amputação dos Dedos	R$	1.863,18		
04.08.06.043-3	Tenodese	R$	1.836,81		
04.08.06.044-1	Tenólise	R$	2.064,60		
04.08.06.045-0	Tenomiorrafia	R$	1.853,19		
04.08.06.046-8	Tenomiotomia / Desinserção	R$	1.880,46		
04.08.06.047-6	Tenoplastia ou Enxerto de Tensão Único	R$	6.121,80		
04.08.06.048-4	Tenorrafia Única em Túnel Osteo-Fibroso	R$	3.791,70		
04.08.06.053-0	Transposição / Transferência Miotendinosa Múltipla	R$	3.118,77		
04.08.06.054-9	Transposição / Transferência Miotendinosa Única	R$	1.927,89		
04.08.06.057-3	Tratamento Cirúrgico de Dedo em Martelo / em Garra (mão e pé)	R$	2.415,69		
04.08.06.058-1	Tratamento Cirúrgico de Deformidade Articular por Retração Teno-Capsulo-Ligamentar	R$	3.393,00		
04.08.06.059-0	Tratamento Cirúrgico de Fratura Viciosamente Consolidada dos Ossos Longos Exceto da Mão e do Pé	R$	502,47		
04.08.06.060-3	Tratamento Cirúrgico de Hérnia Muscular	R$	1.829,61		
04.08.06.067-0	Tratamento Cirúrgico de Retração Muscular	R$	3.552,12		
*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - ORTOPÉDICAS E NEUROLÓGICAS					

	Cirurgia Neurológica *				
04.03.01.001-2	Cranioplastia	R$	4.164,68		
04.03.01.006-3	Craniotomia para Retirada de Corpo Estranho Intracraniano	R$	3.226,55		
04.03.01.008-0	Derivação Raque-Peritoneal	R$	4.470,17		
04.03.01.009-8	Derivação Ventricular Externar-Subgaleal Externa	R$	3.419,77		
04.03.01.010-1	Derivação Ventricular para Peritôneo / Átrio / Pleura / Raque	R$	4.727,27		
04.03.01.015-2	Ressecção de Mucocele Frontal	R$	2.544,54		
04.03.01.016-0	Retirada de Derivação Ventricular para Peritôneo / Átrio / Pleura / Raque	R$	2.545,26		
04.03.01.017-9	Retirada de Placa de Cranioplastia	R$	3.753,23		
04.03.01.018-7	Revisão de Derivação Ventricular para Peritôneo / Átrio / Pleura / Raque	R$	4.380,52		
04.03.01.020-9	Tratamento Cirúrgico de Craniossinostose com Sutura Única	R$	2.544,57		
04.03.01.032-2	Tratamento Cirúrgico de Osteomielite do Crânio	R$	3.753,23		
04.03.01.036-5	Trepanação Craniana para Punção ou Biópsia	R$	1.770,93		
04.03.02.007-7	Neurólise Não Funcional de Nervos Periféricos	R$	1.203,87		
04.03.02.008-5	Neurorrafia	R$	4.415,51		
04.03.02.010-7	Transposição do Nervo Cubital	R$	1.623,04		
04.03.02.012-3	Tratamento Cirúrgico de Síndrome Compressiva em Túnel Osteo-Fibroso ao Nível do Carpo	R$	1.095,00		
04.03.05.011-1	Simpatectomia Lombar a Céu Aberto	R$	2.463,84		
04.03.05.012-0	Simpatectomia Lombar Videocirurgica	R$	2.968,84		
04.03.05.013-8	Simpatectomia Torácioca a Céu Aberto	R$	2.522,21		
04.03.05.014-6	Simpatectomia Torácica Videocirúrgica	R$	3.227,30		
*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - ORTOPÉDICAS E NEUROLÓGICAS					

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.

	Cirurgia Cardíaca *				
04.06.01.094-3	Revascularização Miocardia s/ uso de Extracorporea	R$	17.480,86		
04.06.03.011-1	Valvuloplastia Aórtica Percutânea	R$	3.478,38		
04.06.01.080-3	Plástica Valvar	R$	12.123,40		
04.06.01.090-0	Ressecção de Tumor Intracardíaco	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					

	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	Exerese de Cisto Tireoglosso	R$	960,12		
04.02.01.003-5	Tireoidectomia Parcial	R$	851,26		
04.06.02.015-9	Exerese de Ganglio Linfático	R$	176,28		
04.01.01.007-4	Exerese 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	Linfadenectomia 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 Calázio e Outras Pequenas Lesões da Palpebra e Supercílios	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		
04.04.03.005-0	Osteotomia da Mandíbula em Paciente com Anomalia Crânio e Bucomaxilofacial **	R$	49.500,00		
*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - DEMAIS CIRURGIAS					
**Procedimento a ser realizado em ambiente hospitalar do Municipio, devendo o prestador dispor de equipamentos, insumos e instrumentais próprios.					

04.07.03.002-6	**Cirurgia Geral - Colecistectomia ***	R$	1.391,54		
*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - DEMAIS CIRURGIAS					

04.07.01.038-6	**Cirurgia Geral - Outros ***				
04.01.01.007-4	Exerese de Tumor de Pele e Anexos / Cisto Sebáceo / 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	**Cirurgia Bariátrica por Videolaparoscopia***	R$	12.290,00		
*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - DEMAIS CIRURGIAS					

04.09.05.008-3	**Cirurgia Pediatrica - Postectomia (Fimose) ***	R$	876,48		
*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - DEMAIS CIRURGIAS					

	Cirurgia Pediatrica - Outros *				
04.01.01.007-4	Exerese de Tumor de Pele e Anexos / Cisto Sebáceo / Lipoma	R$	49,84		
04.01.01.013-9	Tratamento Cirurgico de Fístula do Pescoço (por aproximação)	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 Tumor)	R$	1.427,64		
04.01.02.009-6	Exerese de Cisto Tireoglosso	R$	1.920,24		
04.01.02.015-0	Tratamento Cirúrgico do 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 Unilateral	R$	1.440,28		
04.09.04.021-5	Tratamento Cirúrgico de Hidrocele	R$	1.027,88		
04.09.05.002-4	Correção de Epispádia	R$	1.552,84		
04.09.05.003-2	Correção de Hipospádia	R$	1.491,84		
04.09.07.021-1	Reconstrução da Vagina	R$	1.638,20		
04.09.07.028-9	Tratamento Cirúrgico de Vagina Septada / Atresica (Sinequia Vaginal)	R$	1.713,80		
04.12.01.011-9	Traqueorrafia e/ou Fechamento de Fístula Traqueo-Cutânea	R$	2.064,88		
*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - DEMAIS CIRURGIAS					

04.10.01.007-3	**Cirurgia Plastica - Gigantomastia (Plástica Mamária Feminina Não Estética) ***	R$	2.056,28		
*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - DEMAIS CIRURGIAS					

	Cirurgia Plastica - 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 Mucosa	R$	46,32		
04.01.01.007-4	Exerese de Tumor de Pele e Anexos / Cisto Sebáceo / Lipoma	R$	24,92		
04.01.02.002-9	Enxerto Dermo-Epidérmico	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 Ee Cunha de Lábio	R$	59,72		
04.04.02.020-8	Labioplastia para Redução ou Correção da Hipertrofia do Lábio	R$	635,74		
04.05.01.007-9	Exérese de Calázio e Outras Pequenas Lesões da Pálpebra e Supercílios	R$	157,50		
04.05.01.013-3	Reconstituição Total 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		
04.07.01.037-8	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 em 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 Mamilo (Mama Supranumerária)	R$	41,48		
04.10.01.007-3	Plástica Mamária Feminina Não Estética	R$	1.028,34		
04.10.01.008-1	Plástica Mamária Masculina	R$	901,28		
04.10.01.013-8	Retirada De Prótese Mamária Unilateral	R$	580,00		
04.10.01.014-6	Retirada De Prótese Mamária Bilateral	R$	1.160,00		
04.13.04.005-4	Dermolipectomia Abdominal Pós-Cirurgia Bariátrica	R$	1.724,70		
04.13.01.007-4	Tratamento de Intercorrência em Paciente 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 (Plástica Abdominal)	R$	1.243,68		
04.13.04.008-9	Mamoplastia Pós-Cirurgia Bariátrica	R$	1.109,04		
04.13.04.017-8	Tratamento Cirúrgico de Lesões Extensas 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 Úlcera / Necrose	R$	59,72		
04.16.08.001-4	Excisão e Enxerto de Pele em Oncologia	R$	792,36		
*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - DEMAIS CIRURGIAS					

	Cirurgia Torácica *				
04.12.05.014-5	Metastasectomia Pulmonar Uni ou Bilateral (qualquer método)	R$	2.520,54		
04.12.05.010-2	Ressecção em Cunha, Tumorectomia / Biopsia de Pulmão a Céu Aberto	R$	2.520,54		
04.12.05.011-0	Ressecção Pulmonar Associada a Broncoplastia / Arterioplastia	R$	3.774,16		

04.12.04.018-2	Tratamento Cirúrgico de Defeitos Congênitos do Torax	R$	2.632,16		
*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - DEMAIS CIRURGIAS					

	Ginecologia - NIC III *				
04.09.06.003-8	Excisão Tipo 3 do Colo Uterino (Conização)	R$	887,32		
*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - DEMAIS CIRURGIAS					

	Ginecologia - Outros *				
04.01.02.010-0	Extirpação e Supressão de Lesão de Pele e de Tecido Celular Subcutâneo	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/ Dilatação 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 Glândula de Bartholin / Skene	R$	449,36		
04.09.07.016-5	Extirpação de Lesão de Vulva / Perineo (por Eletrocoagulação ou Fulguração)	R$	27,08		
04.09.07.021-1	Reconstrução 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					

	Urologia *				
04.09.01.018-9	Litotripsia	R$	773,74		
04.09.02.013-3	Uretroplastia Autógena	R$	939,10		
04.09.01.011-1	Dilatação Percutanea de Estenoses Ureterais e Junção Uretero-Vesical	R$	177,82		
04.09.01.017-0	Instalação Endoscópica de Cateter Duplo J	R$	437,36		
04.09.01.021-9	Nefrectomia Total	R$	1.707,30		
04.09.01.036-7	Ressecção do Colovesical / Tumor Vesical a Céu Aberto (Tumor de Bexiga)	R$	1.018,32		
04.09.02.017-6	Uretrotomia Interna	R$	639,84		
04.09.03.004-0	Ressecção Endoscópica da Próstata	R$	1.189,36		
04.09.04.007-0	Exerese de Cisto de Epidídimo	R$	424,18		
04.09.04.011-8	Neostomia do Epidídimo / Canal Deferente	R$	455,74		
04.09.04.013-4	Orquidopexia Unilateral	R$	720,14		
04.09.04.021-5	Tratanento Cirúrgico de Hidrocele	R$	513,94		
04.09.04.023-1	Tratamento Cirúrgico 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$	1.015,40		
*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - DEMAIS CIRURGIAS					

	Tratamento de Endometriose				
	QUADRO INFORMATIVO SOBRE O TRATAMENTO DE ENDOMETRIOSE				
	Obs.1: Os procedimentos previstos naa 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.				
	Obs.2: 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, devendo intercorrências clínico-cirúrgicas, serão valoradas conforme referência de diária do Complexo Hospitalar Irmã Dulce (fixadas em R$ 958,74 para o exercício de 2020).				
	Obs.3: O Instrumento de Registro dos procedimentos do grupo 04 é a AIH, cabendo a credenciada o devido registro no sistema pertinente.				
	Cirurgia do Aparelho Digestivo	R$	2.331,83		
	Diárias	R$	958,74		
	Ginecologia e Obstetrícia	R$	5.329,90		
	Materiais Especiais - OPME	R$	7.036,11		
	Urologia	R$	999,36		
	Total	**R$**	**16.655,93**		

CIRURGIAS ELETIVAS OFTALMOLÓGICAS

QUADRO INFORMATIVO SOBRE AS CIRURGIAS ELETIVAS OFTALMOLÓGICAS

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. (Caso necessário realizar cirurgia em ambos os olhos, multiplicar o valor por 2x)

Obs2: É obrigatório a utilização do consutório informatizado, via sistema informatizado municipal, durante o atendimento dos pacientes, incluindo o registro de receitas, encaminhamentos, solicitação de exames e relatórios.

Obs3: Os procedimentos cirúrgicos ambulatoriais deverão passar por prévia autorização regulatória após as consultas de avaliação. De modo que será necessário que o prestador credenciado faça o lançameto da solicitação do procedimento curúrgico, via consultório informatizado. Mencionado nesse registro o procedimento cirúrgico que será realizado, bem como a data prevista de sua realização.

	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		
*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas oftalmológicas					

	Oftalmologia Descojamento de Retina*				
04.05.03.013-4	Vitrectomia Anterior	R$	381,08		
04.05.03.014-2	Vitrectomia Posterior	R$	2.667,29		
04.05.03.016-9	Vitrectomia Posterior com Infusão de Perfluocarbono e Endolaser	R$	4.183,12		
04.05.03.017-7	Vitrectomia Posterior com Infusão de Perfluocarbono / Óleo de Silicone / Endolaser	R$	4.701,84		
*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas oftalmológicas					

	Oftalmologia Catarata - Cirurgia De Catarata				
04.05.05.037-2	Facoemulsificação c/ Implante de Lente Intra-Ocular Dobrável	R$	1.543,20		
*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas oftalmológicas					

CIRURGIAS AMBULATORIAIS - PACOTE

QUADRO INFORMATIVO SOBRE AS CIRURGIAS AMBULATORIAIS

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

Obs2: O pagamento devido das consultas de avaliação 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.

Obs3: Os procedimentos cirúrgicos ambulatoriais deverão passar por prévia autorização regulatória após as consultas de avaliação. De modo que será necessário que o prestador credenciado faça o lançamento da solicitação do procedimento curúrgico, via consultório informatizado. Mencionado nesse registro o procedimento cirúrgico que será realizado, bem como a data prevista de sua realização.

Obs4: 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%,

Obs5: Nos casos onde, após a consulta de avaliação, o paciente não for indicado para a realização do procedimento cirurgico, o credenciado recebera apenas o valor da consulta (R$ 40,00). Esta informação com a justificativa da não indicação deverá constar no relatorio de produção mensal.

	Cirurgias ambulatoriais - PACOTE				
04.01.01.007-4	Exerese de Tumor de Pele e Anexos / Cisto Sebáceo / Lipoma	R$	200,00		
04.01.01.005-8	Excisao de Lesao e/ou Sutura de Ferimento da Pele Anexos e Mucosa	R$	200,00		
04.01.01.011-2	Retirada de Corpo Estranho Subcutâneo	R$	200,00		
04.01.01.006-6	Excisão e/ou Sutura Simples de Pequenas Lesões / Ferimentos de Pele / Anexos e Mucosa	R$	200,00		
04.01.02.017-7	Cirurgia de Unha (Cantoplastia)	R$	200,00		
*Vide quadro informativo sobre as cirurgias ambulatoriais - PACOTE					

PROCEDIMENTOS DE ANGIOPLASTIA

QUADRO INFORMATIVO SOBRE OS PROCEDIMENTOS DE ANGIOPLASTIA

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.

	Angioplastia*				
04.06.03.005-7	Angioplastia Com Implante De Duplo Stent Em Aorta/Arteria Pulmonar E Ramos	R$	4.963,52		
04.06.03.001-4	Angioplastia Coronariana	R$	4.963,52		
04.06.03.002-2	Angioplastia Coronariana C/ Implante De Dois Stents	R$	6.256,53		
04.06.03.003-0	Angioplastia Coronariana C/ Implante De Stent	R$	6.256,53		
04.06.03.004-9	Angioplastia Coronariana Primaria	R$	8.130,75		
04.06.03.006-5	Angioplastia Em Enxerto Coronariano	R$	6.256,53		
04.06.03.007-3	Angioplastia Em Enxerto Coronariano (C/ Implante De Stent)	R$	6.256,53		
04.06.04.002-8	Angioplastia Intraluminal De Aorta, Veia Cava / Vasos Iliacos (C/ Stent)	R$	5.086,46		
04.06.04.004-4	Angioplastia Intraluminal De Aorta, Veia Cava / Vasos Iliacos (S/ Stent)	R$	5.086,46		
04.06.04.006-0	Angioplastia Intraluminal De Vasos Das Extremidades (C/ Stent Não Recoberto)	R$	3.355,88		
04.06.04.007-9	Angioplastia Intraluminal De Vasos Das Extremidades (C/ Stent Recoberto)	R$	3.355,88		
04.06.04.005-2	Angioplastia Intraluminal De Vasos Das Extremidades (Sem Stent)	R$	3.355,88		
04.06.04.008-7	Angioplastia Intraluminal De Vasos Do Pescoço / Troncos Supra-Aorticos (Sem Stent)	R$	3.355,88		
04.06.04.009-5	Angioplastia Intraluminal De Vasos Do Pescoço Ou Troncos Supra-Aorticos (C/ Stent Não Recoberto)	R$	3.355,88		
04.06.04.012-5	Angioplastia Intraluminal De Vasos Viscerais / Renais	R$	3.355,88		
04.06.04.010-9	Angioplastia Intraluminal De Vasos Viscerais C/ Stent Não Recoberto	R$	3.355,88		
04.06.04.011-7	Angioplastia Intraluminal De Vasos Viscerais C/ Stent Recoberto	R$	3.355,88		
04.06.04.013-3	Angioplastia Intraluminal Dos Vasos Do Pescoco / Troncos Supra-Aorticos (C/ Stent Recoberto)	R$	3.355,88		

* Na realização dos procedimentos acima serão efetuados o pagamento do procedimento + a diária fixada, conforme Obs2. Vide quadro informativo sobre os procedimentos de angioplastia. Já estão inclusos nos valores dos procedimentos a realização de intervenções terapêuticas e OPME pertinente.

08.02.01.008-3	**Diária de UTI Tipo II (Caso necessário repouso em UTI após realização do procedimento)**	R$	2.145,69		
03.05.01.003-4	Diálise Peritoneal p/ pacientes renais agudos, por sessão	R$	222,84		
03.05.01.020-4	Hemodiálise Pediátrica, por sessão	R$	707,76		
03.05.01.013-1	Hemodiálise p/ Pacientes Renais Agudos / Crônicos Agudizados s/ Tratamento Dialítico Iniciado, por	R$	530,82		
04.18.01.007-2	Implante de Cateter Tecknoff ou Similar de Longa Permanência na IRA	R$	413,60		
04.12.04.016-6	Toracostomia com Drenagem Pleural Fechada	R$	2.058,88		
	Cateter nasal de alto fluxo - CNAF / por circuito		-		
07.02.04.011-8	Cateter de Acesso Venoso Central por Inserção Periférica (PICC)	R$	487,04		
03.03.08.011-6	Fototerapia com Fotossensibilização com UVA (PUVA), por sessão	R$	16,00		
07.02.01.003-0	Cateter Atrial / Peritoneal	R$	281,30		
04.03.01.009-8	Derivação Ventricular Externa	R$	2.171,28		
02.01.01.063-1 02.02.09.005-1 02.02.09.006-0 02.02.09.015-9	Punção Lombar (coleta e análise do material)	R$	32,10		
03.09.06.001-0 07.02.04.015-0 07.02.10.010-2	Cateter Venoso Central Duplo Lumen	R$	495,56		
04.07.02.030-6	Jejunostomia / Ileostomia	R$	1.885,14		
03.09.01.003-9	Gastrostomia Endoscopica Percutanea (inclui material e sedação anestesica)	R$	1.055,00		
04.07.01.021-1	Gastrostomia Cirúrgica	R$	1.375,52		

04.04.01.037-7	Traqueostomia	R$	1.109,46
07.02.05.012-1 04.06.01.012-9	Passagem de Balão Intra-aórtico	R$	3.737,88
04.06.01.068-4	Implante de Marcapasso Temporário Transvenoso	R$	729,50
	Óxido nítrico, por hora		-
03.09.01.007-1	Nutrição Parenteral em Adulto / por bolsa	R$	120,00
03.09.01.009-8	Nutrição Parenteral em Pediatria / por bolsa	R$	90,00
03.09.01.008-0	Nutrição Parenteral em Neonatologia / por bolsa	R$	60,00

* Havendo a necessidade de implante de mais de um um stent, o processamento compreenderá o adicional do código SUS 07.02.04.061-4 da SIGTAP, seguindo a métrica para procedimentos Cirurgicos SUS x 2 e regramento constante da Obs 4 do quadro informativo sobre CIRURGIAS ELETIVAS.

EXAMES E OUTROS PROCEDIMENTOS

QUADRO INFORMATIVO SOBRE EXAMES E OUTROS PROCEDIMENTOS

Obs1: Antes da realização dos exames ou procedimentos, o paciente agendado devera ser recepcionado no sistema confirmando assim que o mesmo se encontra devidamente autorizado pela Divisão de Regulação. Em caso de inconsistencia no momento da recepção, a Divisão de Regulação deverá ser acionada atraves do telefone (13) 3496-2483;

Obs2: Para todos os exames diagnósticos, é obrigatório a emissão e entrega do resultado impresso (laudo e imagem quando pertinente) ao paciente bem como disponibilização em formato digital à Credenciante, conforme previsto no subitem 3.5.1 do Edital de Chamamento SESAP 004/2024.

EXAMES DE HEMODINAMICA

	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		

	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		
-	Conjunto com os três procedimentos acima descritos (membro 2x + Abdominal + pelvica)	R$	1.079,26		
02.10.01.009-6	Arteriografia P/ Investigação De Doença Arteriosclerotica Aorto-Iliaca E Distal	R$	1.008,66		
-	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		
-	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/ Investigação De Hemorragia Cerebral	R$	1.008,86		
02.10.01.011-8	Arteriografia P/ Investigação De Isquemia Cerebral	R$	1.008,86		
02.10.01.014-2	Arteriografia Seletiva Por Cateter (Por Vaso)	R$	403,02		

	Cateterismo*				
02.11.02.001-0	Cateterismo Cardíaco	R$	1.424,31		
02.11.02.002-8	Cateterismo Cardíaco Em Pediatria	R$	1.307,44		
02.10.01.018-5	Flebografia De Cava Inferior E/Ou Superior	R$	400,02		

EXAMES UROLÓGICOS

02.09.02.001-6	**Cistoscopia E/Ou Ureteroscopia E/Ou Uretroscopia**	R$	36,00		

	Estudo Urodinamico				
02.11.09.001-8	Avaliação Urodinamica Completa	R$	689,22		

EXAMES SAÚDE DA MULHER

02.11.04.002-9	**Colposcopia**	R$	6,76		

	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		

EXAMES CARDIOLÓGICOS

02.05.01.002-4	**Ecocardiografia Transesofagica**	R$	330,00		

	Ecocardiograma (Incluindo Adulto e Infantil)				
02.05.01.003-2	Ecocardiografia Transtoracica	R$	95,00		

02.05.01.001-6	**Ecocardiografia De Estresse**	R$	165,00		

	Holter				
02.11.02.004-4	Monitoramento Pelo Sistema Holter 24 Hs (3 Canais)	R$	70,00		

	MAPA				
02.11.02.005-2	Monitorizaço Ambulatorial De Pressão Arterial (M.A.P.A)	R$	90,00		

02.11.02.006-0	**Teste de Esforço / Teste Ergometrico**	R$	60,00		

02.11.02.003-6	**Eletrocardiograma**	R$	10,00		

EXAMES NEUROLÓGICOS

	Eletroencefalograma Sem E Com Sedação (Incluindo Adulto e Infantil)				
02.11.05.002-4	Eletroencefalografia Em Vigilia C/ Ou S/ Foto-Estímulo (Maiores De 10 Anos)	R$	72,00		
02.11.05.002-4	Eletroencefalografia Em Vigilia C/ Ou S/ Foto-Estímulo (Menores De 10 Anos)	R$	72,00		
02.11.05.003-2	Eletroencefalograma Em Sono Induzido C/ Ou S/ Medicamento (EEG)	R$	176,97		

	Eletroneuromiografia				
02.11.05.008-3	Eletroneuromiograma (ENMG) - Por Membro	R$	159,60		

EXAMES OFTALMOLÓGICOS

	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 Pressão 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	Fotocoagulação 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 Ultrassônica	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 Ortóptico	R$	40,00		
02.11.06.028-3	Tomografia De Coerência Óptica - OCT	R$	150,00		
02.11.06.025-9	Tonometria	R$	4,70		
02.11.06.026-7	Topografia Computadorizada De Córnea	R$	30,30		
02.05.02.008-9	Ultrassonografia De Globo Ocular / Órbita (Monocular)	R$	80,00		
02.11.06.022-4	Teste De Visão De Cores	R$	4,20		

EXAMES AUDITIVOS

	Exames Auditivos				
02.11.07.004-1	Audiometria Tonal Limiar (Via Aerea / Óssea)	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 Emissõoes Otoacusticas Evocadas Transitorias e Produtos de Distorção (EOA)	R$	110,00		
02.11.05.011-3	Potencial Evocado Auditivo - BERA	R$	220,00		
02.11.07.043-2	Potencial Evocado Auditivo p/ Triagem Auditiva (Teste da Orelhinha / Reteste) - BERA TRIAGEM	R$	110,00		
02.11.07.005-0	Avaliação Auditiva Comportamental	R$	31,00		
02.11.07.027-0	Potencial Evocado Auditivo para Triagem Auditiva (Teste da Orelhinha) - BERA	R$	110,00		
02.11.07.034-3	Testes De Processamento Auditivo	R$	87,85		
02.11.07.035-1	Testes Vestibulares / Otoneurologicos	R$	318,00		

EXAMES DE IMAGEM

	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 Coração C/ Galio 67	R$	915,10		
02.08.09.001-0	Cintilografia De Corpo Inteiro C/ Galio 67 P/ Pesquisa de Neoplasias	R$	1.813,60		
02.08.02.001-2	Cintilografia De Figado E Baço (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 Glândula Lacrimal (Dacriocintilografia)	R$	132,46		
02.08.02.003-9	Cintilografia De Glândulas 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/ Avaliação Da Perfusão Em Situação De Estresse (Minimo 3 Projeções)	R$	817,04		
02.08.01.003-3	Cintilografia De Miocardio P/ Avaliação Da Perfusão Em Situação De Repouso (Minimo 3 Projeções)	R$	766,14		
02.08.01.004-1	Cintilografia De Miocardio P/ Localização De Necrose (Minimo 3 Projeções)	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 Perfusão Cerebral C/ Talio (SPCTO)	R$	876,02		
02.08.07.001-0	Cintilografia De Pulmão C/ Galio 67	R$	915,10		
02.08.07.002-8	Cintilografia De Pulmão P/ Pesquisa de Aspiração	R$	255,02		
02.08.07.003-6	Cintilografia De Pulmao Por Inalação (Minimo 2 Projeções)	R$	256,24		
02.08.07.004-4	Cintilografia De Pulmao Por Perfusão (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/ Captação	R$	154,56		
02.08.03.003-4	Cintilografia De Tireoide C/ Teste de Supressão / Estimulo	R$	214,60		
02.08.01.005-0	Cintilografia P/ Avaliação De Fluxo Sanguineo De Extremidades	R$	228,04		
02.08.02.008-0	Cintilografia P/ Pesquisa de Diverticulose De Meckel	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/ Pesquisa de Hemorragia Digestiva Ativa	R$	314,46		

02.08.02.010-1	Cintilografia P/ Pesquisa de Hemorragia Digestiva Não Ativa	R$	621,64		
02.08.03.004-2	Cintilografia P/ Pesquisa Do Corpo Inteiro	R$	677,40		
02.08.02.011-0	Cintilografia P/ Pesquisa de Refluxo Gastro-Esofagico	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		

	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$	637,50		
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$	637,50		
02.07.03.004-9	Ressonancia Magnetica De Vias Biliares/Colangiorressonancia	R$	537,50		
02.07.02.006-0	Ressonância Magnética da Mama	R$	537,50		
	* Na formação de preços, já estão inclusos contraste e sedação, quando necessários.				

	Tomografia *				
02.06.03.001-0	Tomografia De Abdomen Superior C/ Contraste	R$	238,63		
02.06.03.001-0	Tomografia De Abdomen Superior S/ Contraste	R$	138,63		
02.06.03.001-0	Tomografia De Vias Urinárias S/ Contraste	R$	250,00		
02.06.03.001-0	Tomografia De Vias Urinárias C/ Contraste	R$	350,00		
02.06.03.002-9	Tomografia De Articulacoes De Membro Inferior C/ Contraste	R$	186,75		
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$	186,75		
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$	186,76		
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$	201,10		
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$	186,76		
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$	197,44		
02.06.01.007-9	Tomografia De Cranio S/ Contraste	R$	97,44		
02.06.01.004-4	Tomografia De Face/Seios Da Face / Art. Temporo-Mandibulares C/ Contraste	R$	186,75		
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$	186,75		
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$	238,63		
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$	186,75		
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$	186,75		
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$	197,44		
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$	236,41		
02.06.02.003-1	Tomografia De Torax S/ Contraste	R$	136,41		
	* Na formação de preços, já estão inclusos contraste e sedação, quando necessários.				

	Tomografia Com Sedação*				
02.06.03.001-0	Tomografia De Abdomen Superior C/ Contraste E C/ Sedação (PMV)	R$	377,26		
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$	273,50		
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$	273,50		
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$	273,52		
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$	302,20		
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$	273,52		
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$	294,88		
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$	273,50		
02.06.03.003-7	Tomografia De Pelve / Bacia / Abdomen Inferior C/ Constraste E C/ Sedação (PMV)	R$	377,26		
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$	273,50		
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 Seg Apend-(Braco,Antebraco,Mao,Coxa,Perna,Pe) C/ Contraste C/Sedação(PMV)	R$	273,50		
02.06.01.006-0	Tomografia De Sela Turcica C/ Contraste E C/ Sedação (PMV)	R$	294,88		
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$	392,82		
02.06.02.003-1	Tomografia De Torax C/ Sedação	R$	272,82		
* Na formação de preços, já estão inclusos contraste e sedação, quando necessários.					

	Ultrassom 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		

	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		

	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$	229,62		
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$	226,06		
02.04.05.018-9	Urografia Venosa / Urografia Excretora	R$	273,63		
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		

	Ultrassom Gestacional				
02.05.02.014-3	Ultrassonografia Obstetrica	R$	55,00		
02.05.01.005-9	Ultrassonografia Doppler De Fluxo Obstetrico	R$	90,00		
	Ultrassonografia Morfológica	R$	189,60		
	Ecodoppler Fetal	R$	189,60		

EXAMES ENDOSCÓPICOS

QUADRO INFORMATIVO DE EXAMES ENDOSCÓPICOS

Obs1: A empresa credenciada deve entrar em contato com os pacientes agendados que irão realizar os exames endoscópicos e proceder com a orientação correta sobre o preparo do exame, assumindo assim que o paciente chegará ao exame com preparo adequado.

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: Os exames realizados em ambiente hospitalar em que o paciente apresentar preparo inadequado e for necessário reagendar o exame, este será faturado como exame realizado em ambiente ambulatorial.

	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		
04.07.02.039-0	Retirada de pólipos (por pólipo conforme Tabela SIGTAP)	R$	27,26		

	Laringoscopia E Endoscopia em Ambiente Ambulatorial				
02.09.04.002-5	Laringoscopia	R$	120,00		
02.09.01.003-7	Esofagogastroduodenoscopia	R$	180,00		
04.07.01.025-4	Retirada de pólipos (único ou múltiplos, sujeito a Auditoria)	R$	59,68		

	Nasovideolaringoscopia				
02.09.04.004-1	Videolaringoscopia	R$	70,00		

	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		
	Internação para o preparo de procedimento diagnóstico (metade da diária conforme Obs2. Vide quadro	50% da Diária			

* Na realização dos procedimentos acima serão efetuados o pagamento do procedimento + a diária fixada, conforme Obs2. Vide quadro informativo sobre os exames endoscópicos. Já estão inclusos nos valores dos procedimentos a realização de intervenções terapêuticas (ex. hemostasia, mucosectomia, polipectomia, etc) e OPME pertinente.

	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 endoscópicos. Já estão inclusos nos valores dos procedimentos a realização de intervenções terapêuticas (ex. hemostasia, mucosectomia, polipectomia, etc) e OPME pertinente.

DEMAIS EXAMES E PROCEDIMENTOS

02.01.01.047-0	**PAAF (de Tireóide/ Paratireóide; Cabeça e Pescoço)**	R$	285,00		
02.01.01.058-5	**Punção Aspirativa de Mama por Agulha Fina (PAAF)**	R$	285,00		
02.01.01.060-7	**Punção Mama por agulha grossa - Core Biopsy**	R$	280,00		
não possui	**Oxigenoterapia (câmara hiperbárica) - por sessão**	R$	280,00		

02.11.05.010-5	**Polissonografia**	R$	250,00		

	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		

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		

	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		

EXAMES E/OU 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					

	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					

04.07.01.002-5	**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.					

	Histeroscopia *				
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$	10,00		
	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	**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.					

CONSULTAS

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".

Obs: CONSULTAS DE OFTALMOLOGIA NO FORMATO DE PACOTE, PREVENDO CONSULTA (INCLUSIVE COM EXAME DE REFRAÇÃO, TONOMETRIA E FUNDO DE OLHO) E CONSULTA DE RETORNO

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

	Endocrinologia Pediátrica				
03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada	R$	120,00		
*Vide quadro informativo sobre as consultas					

	Nefrologia				
03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada	R$	120,00		
*Vide quadro informativo sobre as consultas					

	Neurologia Pediátrica				
03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada	R$	120,00		
*Vide quadro informativo sobre as consultas					

	Neurocirurgia				
03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada	R$	120,00		
*Vide quadro informativo sobre as consultas					

	Neurologia				
03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada	R$	120,00		
*Vide quadro informativo sobre as consultas					

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

	Reumatologia Pediatrica				
03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada	R$	120,00		
*Vide quadro informativo sobre as consultas					

	Pneumologista				
03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada	R$	120,00		
*Vide quadro informativo sobre as consultas					

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

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

	Cardiologia PACOTE (inclui realização do exame de Eletrocardiograma)				
03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada	R$	70,00		
*O pagamento do valor total da consulta por PACOTE esta condicionado à baixa dos dois procedimentos no sistema informatizado;					
*Vide quadro informativo sobre as consultas					

	Cardiologia Pediatrica				
03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada	R$	120,00		
*Vide quadro informativo sobre as consultas					

	Pneumologia Pediatrica				
03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada	R$	120,00		
*Vide quadro informativo sobre as consultas					

	Gastroenterologia Pediatrica				
03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada	R$	120,00		
*Vide quadro informativo sobre as consultas					

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

	Ortopedia Pediátrica				
03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada	R$	120,00		
	*Vide quadro informativo sobre as consultas				

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

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

	Oftalmológica em Regime de Pronto Atendimento				
03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada - Oftalmologia, em regime de pronto atendimento.	R$	70,00		
	*Pacientes encaminhados exclusivamente pelo Serviço de Urgência e Emergência do Municipio. Intercorrêcnias serão tratadas pela métrica de valoração adotada na Tabela Oficial de Valores SESAP e na Ausência a SIGTAP - SUS.				

CONSULTAS E OUTROS PROCEDIMENTOS REALIZADOS POR PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR

	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				

	Fisioterapia				
03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (exceto médico). Mínimo de 30	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 mediante apuração dos procedimentos realizados no período de competencia mensal.**				

	Fisioterapia Pélvica				
03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (exceto médico). Mínimo de 30	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 mediante apuração dos procedimentos realizados no período de competencia mensal.**				

	Fisioterapia Ortopédica em Grupo				
03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (exceto médico). Mínimo de 30	R$	40,00		
	Sessão de Tratamento/Acompanhamento *	R$	10,66		
	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 mediante apuração dos procedimentos realizados no período de competencia mensal.**				
	* Sessão de fisioterapia ortopédica em grupo (mínimo de 3 e máximo de 5 pacientes), com duração mínima de 30 minutos, realizada por fisioterapeuta habilitado, em unidade ambulatorial de reabilitação. O valor constante na tabela se refere a sessão por paciente.				

	Fonoaudiólogo				
03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (exceto médico)	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 mediante apuração dos procedimentos realizados no período de competencia mensal.**				

	Fonoaudiólogo - Aparelho Auditivo				
	Avaliação Pré Aparelho Auditivo*	R$	40,00		
	Avaliação Pós Aparelho Auditivo*	R$	40,00		
	* 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 na tabela de exames auditivos.				

	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 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 mediante apuração dos procedimentos realizados no período de competencia mensal.**				

	Profissionais de Educação Física				
	Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (exceto médico) - hora/aula	R$	20,00		

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 2 – 45 sessões*	R$	30,00		
	Sessão de Atendimento Multidisciplinar em TEA – Nível 3 – 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				

c/ou fonoaudiologia c/ou fisioterapia c/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.

*O valor constante na tabela se refere a sessão

"Para Sessão de Atendimento Multidisciplinar em TEA – Nível 3 – 60 sessões, as sessões devem ser distribuídas ao longo de 6 meses, sendo obrigatório, no mínimo, 1 sessão por semana"

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

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

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

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

*O valor constante na tabela se refere a sessão

"Para Sessão de Atendimento ABA em TEA – Nível 3 – 60 sessões, as sessões devem ser distribuídas ao longo de 6 meses, sendo obrigatório, no mínimo, 1 sessão por semana".

	Exame do Neurodesenvolvimento Infantil - PACOTE	R$	720,00		

O Exame de Neurodesenvolvimento Infantil consiste em uma avaliação clínica especializada, estruturada e de caráter multidisciplinar, destinada a menores de 18 anos com equipe mínima obrigatória composta por fonoaudióloga, terapeuta ocupacional e neuropsicóloga. Conforme a complexidade e as necessidades de cada caso, poderá contar com outros profissionais, como psicopedagoga e fisioterapeuta. O atendimento deve ser realizado ao longo de seis semanas consecutivas, com um encontro presencial por semana. As cinco primeiras sessões serão dedicadas à aplicação de instrumentos padronizados e à realização de observações clínicas. A última sessão será reservada para a devolutiva, momento em que ocorre a entrega do relatório técnico, são oferecidas orientações à família e, quando necessário, é realizado o encaminhamento para atendimento com o neuropediatra do município

DEMAIS PROCEDIMENTOS

	Tratamento de pacientes com transtornos mentais				
	Tratamento compulsório de pacientes adultos com transtornos mentais de ambos os sexos, encaminhados	R$	8.750,00		

	Serviços de ventilação não invasiva - Em domicílio				
	CPAP	R$	360,00		
	BIPAP	R$	1.400,00		
	Aspirador Elétrico	R$	90,00		
	Oxímetro de pulso	R$	223,00		
	*Fisioterapia (sessão mínima de 40 minutos)	R$	60,00		
	Concentrador 5 litros	R$	243,00		
	Concentrador 10 litros	R$	490,00		
	Recarga de cilindro 8-10m³ (R$/m³)	R$	20,00		
	Locação de concentrador portatil de oxigênio para atendimento de demanda judicial com autonomia mínima	R$	1.399,97		

QUADRO INFORMATIVO SOBRE OS SERVIÇOS DE VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA - EM DOMICÍLIO

Obs:A instalação do equipamento deverá se dar em até 24 (vinte e quatro) horas a partir da autorização pela Secretaria de Saúde;

Obs1:Fornecer todos os equipamentos e acessórios necessários à oxigenoterapia, como cânulas, máscaras, extensões, umidificadores e demais descartáveis e efetuar a substituição dos mesmos quando necessário;

Obs2: Prestar assistência técnica, na manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos envolvidos;

Obs3: Proceder à troca do cilindro backup por cilindro cheio, quando houver esvaziamento do mesmo (por quebra e/ou defeito do concentrador e/ou falta de energia elétrica), quando necessário.

	Radiografia odontológica				
	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE BEAM para uso odontológico, impressa em papel apropriado	R$	265,00		
	RADIOGRAFIA PANORAMICA DIGITAL - Radiografia em tamanhos de 15 x 30 cm ou 20 X 25 cm, que	R$	70,00		

	Plantão Médico				
	Serviço médico, nas diversas especialidades da medicina, em ambiente de saúde da municipalidade, na	R$	150,00		

OCI - OFERTAS DE CUIDADOS INTEGRADOS

QUADRO INFORMATIVO DAS OCI - PACOTE

Fonte: Tabela SIGTAP e Nota Técnica nº 03/2025 - DAET/SAES/MS

As OCI são um conjunto de procedimentos, tais como consultas e exames, e tecnologias de cuidado necessários a uma atenção oportuna e com qualidade, integrados para concluir uma etapa na linha de cuidado ou na condução de agravos específicos de rápida resolução, de diagnóstico ou de tratamento.

Obs1: Os procedimentos previstos nesta modalidade incluem os serviços de consultas, exames e consultas de retorno e CIDs, conforme definição dos códigos de procedimentos definidos na Tabela SIGTAP do Ministério da Saúde.

Obs2: O pagamento dos procedimentos das OCI está condicionado à obrigatoriedade de utilização do consultório informatizado, via sistema informatizado municipal, durante o atendimento das consultas aos pacientes, incluindo o registro de receitas, encaminhamentos, solicitação de exames e relatórios e ainda a utilização do sistema APAC Magnético do Ministério da Saúde. Em relação a esse ultimo sistema mencionado, a credenciada interessada, terá prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data da primeira consulta, para fazer o lançamento dos dados e concluir a alimentação das informações, sendo que o pagamento efetivo será feito apenas após o processamento das informações da APAC junto aos sistemas do Ministério da Saúde, SIA e Transmissor de Dados.

Obs3: No caso da credenciada não conseguir cumprir com o prazo de 30 (trinta) dias definido na observação 2, o pagamento se dará com os valores dos procedimentos conforme Tabela SESAP e não como OCI, ou seja, não haverá o pagamento do pacote.

Obs4: Para o registro no sistema APAC a credenciada interessada receberá treinamento específico e orientações a serem seguidas, pela Divisão de Controle.

Obs5: A adesão as OCI não anula os outros serviços já credenciados pelas clínicas interessadas.

Obs6: Os itens contidos na coluna de procedimentos obrigatórios deverão ser realizados para que a OCI seja finalizada. Os itens contidos na coluna de procedimentos adicionais poderão ser realizados de acordo com a necessidade do paciente e já se enontram incluidos no valor do pacote conforme tabela.

Obs7: Para as empresas que possuem CNES cadastrado no município de Praia Grande e realizam atendimentos em clinica própria dentro do município será pago valor referente à coluna "Valor Tabela SUS Paulista" enquanto que, para as demais empresas com estabelecimento em outro município, será pago valor de acordo com a coluna "Valor Original"

** A consulta de retorno será facultativa se o diagnóstico for definido em apenas 1 (uma) consulta - caso o paciente compareça nesta consulta já com os exames prontos.*

PROCEDIMENTOS QUE COMPÕEM A OCI - ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO INTEGRADO

Código SIGTAP	OCI	Grupo	Procedimentos Obrigatórios	Procedimentos Adicionais	Valor Original	Valor Tabela SUS Paulista	Atende? Vagas/Mês
09.02.01.001-8	AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO	CARDIOLOGIA - ATENDIMENTO MÉDICO COM O CARDIOLOGISTA	> Consulta > Eletrocardiograma	> RX de Tórax > Exames Laboratoriais > Consulta de Retorno*	R$ 130,00	R$ 195,00	
09.02.01.002-6	AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA		> Consulta > Eletrocardiograma > RX de Tórax (PA e Perfil)	> Ecocardiograma > Exames Laboratoriais > Consulta de Retorno*	R$ 200,00	R$ 300,00	
09.02.01.003-4	AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA INICIAL - SÍNDROME CORONARIANA CRÔNICA		> Consulta > Eletrocardiograma > Teste Ergométrico	> Ecocardiograma > Exames Laboratoriais > Consulta de Retorno*	R$ 270,00	R$ 405,00	
09.02.01.006-9	AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA - INSUFICIÊNCIA CARDÍACA		> Consulta > Eletrocardiograma > Ecocardiograma > Teste Ergométrico > Monitoramento pelo Sistema Holter 24 Hs (3 Canais) > Dosagem de Peptídeos Natiuréticos Tipo B	> Exames Laboratoriais > Consulta de Retorno*	R$ 350,00	R$ 525,00	
09.02.01.004-2	PROGRESSÃO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA I - SÍNDROME CORONARIANA CRÔNICA		> Consulta > Ecocardiografia de Estresse	> Consulta de Retorno*	R$ 250,00	R$ 375,00	
09.02.01.005-0	PROGRESSÃO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA II - SÍNDROME CORONARIANA CRÔNICA		> Consulta > Cintilografia De Miocardio P/ Avaliacao Da Perfusao Em Situacao De Repouso (Minimo 3 Projecoes) > Cintilografia De Miocardio P/ Avaliacao Da Perfusao Em Situacao De Estresse (Minimo 3 Projecoes)	> Consulta de Retorno*	R$ 840,00	R$ 1.260,00	
09.04.01.001-5	AVALIAÇÃO INICIAL DIAGNÓSTICA DE DÉFICIT AUDITIVO	OTORRINOLARINGOLOGIA: ATENDIMENTO MÉDICO COM O OTORRINOLATINGOLOGISTA	> Consulta > Audiometria Tonal Limiar	> Imitanciometria > Consulta de Retorno*	R$ 100,00	R$ 150,00	
09.04.01.003-1	AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE NASOFARINGE E DE OROFARINGE		> Consulta > Videolaringoscopia > Laringoscopia	> Consulta de Retorno*	R$ 200,00	R$ 300,00	
09.04.01.002-3	PROGRESSÃO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE DÉFICIT AUDITIVO		> Consulta > Audiometria Tonal Limiar > Potencial Evocado Auditivo	> Imitanciometria > Consulta de Retorno*	R$ 150,00	R$ 225,00	
09.05.01.001-9	AVALIAÇÃO INICIAL EM OFTALMOLOGIA - 0 A 8 ANOS	OFTALMOLOGIA: ATENDIMENTO MÉDICO COM O OFTALMOLOGISTA	> Consulta > Teste Ortoptico > Biomicroscopia De Fundo De Olho > Mapeamento De Retina	> Consulta de Retorno*	R$ 200,00	R$ 300,00	
09.05.01.002-7	AVALIAÇÃO DE ESTRABISMO		> Consulta > Teste Ortóptico > Tonometria > Mapeamento de Retina > Biomicroscopia de Fundo de Olho	> Fundoscopia > Retinografia Colorida Binocular > Consulta de Retorno*	R$ 200,00	R$ 300,00	
09.05.01.003-5	AVALIAÇÃO INICIAL EM OFTALMOLOGIA - A PARTIR DE 9 ANOS		> Consulta > Tonometria > Mapeamento de Retina > Biomicroscopia de Fundo de Olho	> Teste Ortoptico > Consulta de Retorno*	R$ 160,00	R$ 240,00	
09.05.01.004-3	AVALIAÇÃO DE RETINOPATIA DIABÉTICA		> Consulta > Mapeamento de Retina > Tonometria > Retinografia Colorida Binocular > Biomicroscopia de Fundo de Olho	> Consulta de Retorno*	R$ 200,00	R$ 300,00	

09.05.01.005-1	AVALIAÇÃO INICIAL PARA ONCOLOGIA OFTALMOLÓGICA	ATENDIMENTO MI	> Consulta > Mapeamento de Retina > Tonometria > Ultrassonografia De Globo Ocular / Orbita (Monocular) > Biomicroscopia de Fundo de Olho	> Retinografia Colorida Binocular > Consulta de Retorno*	R$ 250,00	R$ 375,00	
09.05.01.006-0	AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA EM NEURO OFTALMOLOGIA		> Consulta > Campimetria > Mapeamento De Retina > Tonometria > Retinografia Colorida Binocular > Biomicroscopia De Fundo De Olho > Teste de visão de cores	> Consulta de Retorno*	R$ 300,00	R$ 450,00	
09.05.01.007-8	EXAMES OFTALMOLÓGICOS SOB SEDAÇÃO		> Consulta > Sedação	> Mapeamento De Retina > Tonometria	R$ 200,00	R$ 300,00	
09.03.01.001-1	AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA EM ORTOPEDIA COM RECURSOS DE RADIOLOGIA	ORTOPEDIA: ATENDIMENTO MÉDICO COM O ORTOPEDISTA	> Consulta > Radiografia (conforme CID)	> Consulta de Retorno*	R$ 100,00	R$ 150,00	
09.03.01.002-0	AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA EM ORTOPEDIA COM RECURSOS DE RADIOLOGIA E ULTRASSONOGRAFIA		> Consulta > Ultrassonografia de Articulação (conforme CID)	> Consulta de Retorno*	R$ 140,00	R$ 210,00	
09.03.01.003-8	AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA EM ORTOPEDIA COM RECURSOS DE RADIOLOGIA E TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA		> Consulta > Tomografia Computadorizada (conforme CID)	> Consulta de Retorno*	R$ 230,00	R$ 345,00	
09.03.01.004-6	AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA EM ORTOPEDIA COM RECURSOS DE RADIOLOGIA E RESSONÂNCIA MAGNÉTICA		> Consulta > Ressonância Magnética (conforme CID)	> Consulta de Retorno*	R$ 360,00	R$ 540,00	
09.06.01.001-2	AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA INICIAL DE SAÚDE DA MULHER I	GINECOLOGIA: ATENDIMENTO MÉDICO COM O GINECOLOGISTA	> Consulta > Ultrassonografia Transvaginal	> Consulta de Retorno*	R$ 88,40		
09.06.01.002-0	AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA INICIAL DE SAÚDE DA MULHER II		> Consulta > Ultrassonografia Pélvica	> Consulta de Retorno*	R$ 88,40		
09.06.01.003-9	PROGRESSÃO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE SAÚDE DA MULHER - SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL I		> Consulta > Histeroscopia cirúrgica - com biópsia > Sedação > Exame anatomopatológico para congelamento / parafina cirúrgica ou por biópsia (exceto colo uterino e mama)	> Consulta de Retorno*	R$ 304,86		
09.06.01.004-7	PROGRESSÃO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE SAÚDE DA MULHER - SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL II		> Consulta > Biopsia de endometrio por aspiração manual intra-uterina > Sedação > Exame anatomopatológico para congelamento/ parafina cirúrgica ou por biópsia (exceto colo uterino e mama)	> Consulta de Retorno*	R$ 323,24		
09.06.01.005-5	PROGRESSÃO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE SAÚDE DA MULHER - ENDOMETRIOSE PROFUNDA - CASOS COMPLEXOS E PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA		> Consulta > Ressonância Magnética de Bacia / Pelve / Abdômen Inferior	> Consulta de Retorno*	R$ 372,49		
09.01.01.001-4	AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA INICIAL DE CÂNCER DE MAMA	O ONCOLOGISTA	> Consulta > Mamografia	> Ultrassonografia Bilateral > Consulta de Retorno*	R$ 125,00	R$ 187,50	
09.01.01.009-0	PROGRESSÃO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CÂNCER DE MAMA - I		> Consulta > Punção Aspirativa de mama por agulha fina > Citopatológico de Mama	> Biópsia / Exerese de Mama > Consulta de Retorno*	R$ 400,00	R$ 600,00	
09.01.01.010-3	PROGRESSÃO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CÂNCER DE MAMA-II		> Consulta > Punção de mama por agulha grossa > Exame Anatomopatológico de Mama	> Biópsia / Exerese de Mama > Consulta de Retorno*	R$ 400,00	R$ 600,00	
09.01.01.004-9	PROGRESSÃO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CÂNCER DE PRÓSTATA		> Consulta > Ultrassonografia de Próstata Via Transretal > Exame anatomopatológico para congelamento/ parafina cirúrgica ou por biópsia (exceto uterino e mama) > Biópsia De Próstata Via Transretal	> Consulta de Retorno*	R$ 300,00	R$ 450,00	

09.01.01.005-7	INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO	ONCOLOGIA - ATENDIMENTO MÉDICO COM	> Consulta > Biópsia de Colo de Útero > Exame Anatomopatológico	> Colposcopia > Consulta de Retorno*	R$ 100,00	R$ 150,00	
09.01.01.011-1	AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO-I		> Consulta > Excisão Tipo I do colo uterino > Exame anatomopatológico de colo uterino - Biópsia	> Colposcopia > Consulta de Retorno*	R$ 200,00	R$ 330,00	
09.01.01.012-0	AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO-II		> Consulta > Excisão Tipo II do colo uterino > Exame anatomopatológico de colo uterino - Peça Cirúrgica	> Colposcopia > Consulta de Retorno*	R$ 220,00	R$ 330,00	
09.01.01.007-3	AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CÂNCER GÁSTRICO		> Consulta >Esofagogastroduodenoscopia	> Exame anatomopatológico para congelamento/ parafina cirúrgica ou por biópsia (exceto uterino e mama) > Consulta de Retorno*	R$ 250,00	R$ 375,00	
09.01.01.008-1	AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CÂNCER COLORRETAL		> Consulta > Colonoscopia	> Exame anatomopatológico para congelamento/ parafina cirúrgica ou por biópsia (exceto uterino e mama) > Consulta de Retorno*	R$ 282,00	R$ 423,00	