

TABELA OFICIAL DE VALORES DE PROCEDIMENTOS SESAP PG 2026 - 1

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 lançamentos necessários junto ao Sistema Informatizado de Saúde Municipal, utilizado pela Secretaria de Saúde, inclusive, quando for o caso, utilizando o ambiente do Consultório Informatizado e utilização de demais sistemas informatizados pertinentes, de acordo com as normas do Ministério da Saúde.

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

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. nº 11.777/2019 – 93 A.O.V.O, folhas 341 e 366)

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

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

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

Obs4: Os procedimentos cirúrgicos (cirurgias eletivas) realizados dentro dos limites do Município, 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.

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%.

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 - Colectistomia Videolaparoscópica*	R\$ 3.959,34		
*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - PACOTE				
04.07.04.006-4	Cirurgia Geral - Hernioplastia Epigástrica*	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	Episioperíneorrafia 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					
Cirurgia de Cabeça e Pescoço Procedimento*					
02.01.01.022-4	Biopsia de Ganglio Linfático	R\$	138,57		
04.03.01.015-2	Ressecção de Mucocelo Frontal	R\$	2.544,54		
04.04.01.011-3	Exerese de Papiloma em Laringe	R\$	513,77		
04.01.02.009-6	Exerese de Cisto Tireoglosso	R\$	1.512,19		
04.02.01.003-5	Tireoidectomia Parcial	R\$	1.489,71		
04.06.02.015-9	Exerese de Ganglio Linfático	R\$	277,64		
04.04.01.046-6	Parotidectomia Parcial ou Subtotal	R\$	1.420,11		
04.04.01.013-0	Extirpação de Tumor do Cavum e Faringe	R\$	763,02		
04.06.02.024-8	Linfadenectomia Radical Cervical Unilateral	R\$	1.574,09		
04.04.02.027-5	Ressecção de Lesão Maligna e Benigna da Região Crânio e Bucomaxilofacial	R\$	3.662,06		
04.04.02.007-0	Ressecção de Glândula Salivar	R\$	639,07		
04.01.02.006-1	Exerese de Cisto Branquial	R\$	1.095,48		
04.04.01.017-2	Laringectomia Parcial	R\$	3.380,01		
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 - PACOTE					
**Procedimento a ser realizado em ambiente hospitalar do Município, devendo o prestador dispor de equipamentos, insumos e instrumentais próprios.					
Cirurgia Plastica - Outros *					
04.13.01.008-2	Tratamento de Médio Queimado	R\$	2.167,96		
04.01.01.007-4	Exerese de Tumor de Pele e Anexos / Cisto Sebáceo / Lipoma (Pequenas Cirurgias)	R\$	1.158,74		
04.01.02.002-9	Enxerto Dermo-Epidérmico	R\$	1.152,18		
04.01.02.005-3	Excisão e Sutura de Lesão na Pele C/ Plástica em Z ou Rotação de Retalho	R\$	1.123,95		
04.01.02.010-0	Extirpação e Supressão de Lesão de Pele e de Tecido Celular Subcutâneo	R\$	498,05		
04.04.01.012-1	Exérese de Tumor de Vias Aéreas Superiores, Face e Pescoço	R\$	1.129,53		
04.04.01.050-4	Tratamento Cirúrgico de Perfuração do Septo Nasal	R\$	835,47		
04.04.02.020-8	Labioplastia para Redução ou Correção da Hipertrofia do Lábio	R\$	1.001,29		
04.05.01.013-3	Reconstituição Total de Pálpebra	R\$	3.507,07		
04.07.01.037-8	Tratamento de Intercorrências Cirúrgica Pós-Cirurgia Bariátrica	R\$	3.753,75		
04.13.04.023-2	Tratamento Cirúrgico Não Estético da Orelha	R\$	1.234,42		
04.08.02.032-6	Tratamento Cirúrgico de Dedo em Gatilho	R\$	783,74		
04.08.02.062-8	Tratamento Cirúrgico de Sindactilia da Mão (por Espaço Interdigital)	R\$	625,95		
04.08.06.023-9	Ressecção de Tumor e Reconstrução C/ Retalho Microcirúrgico	R\$	7.356,51		
04.09.07.026-2	Tratamento Cirúrgico de Hipertrofia dos Pequenos Lábios	R\$	381,92		
04.10.01.007-3	Plástica Mamária Feminina Não Estética	R\$	1.645,34		
04.10.01.008-1	Plástica Mamária Masculina	R\$	1.442,05		
04.10.01.013-8	Retirada De Prótese Mamária Unilateral	R\$	928,00		
04.10.01.014-6	Retirada De Prótese Mamária Bilateral	R\$	1.856,00		
04.13.04.005-4	Dermolipectomia Abdominal Pós-Cirurgia Bariátrica	R\$	2.716,40		
04.13.04.002-0	Correção de Retração Cicatricial Vários Estágios	R\$	1.584,83		
04.13.04.004-6	Dermolipectomia Abdominal Não Estética (Plástica Abdominal)	R\$	1.958,80		
04.13.04.008-9	Mamoplastia Pós-Cirurgia Bariátrica	R\$	2.682,29		
04.13.04.017-8	Tratamento Cirúrgico de Lesões Extensas Com Perda de Substancia Cutânea	R\$	2.336,32		
04.13.04.021-6	Tratamento Cirúrgico de Retração Cicatricial em Um Estágio	R\$	1.584,83		
04.13.04.025-9	Dermolipectomia Abdominal Circunferencial Pós-Cirurgia Bariátrica	R\$	3.314,43		
04.16.08.001-4	Excisão e Enxerto de Pele em Oncologia	R\$	1.584,72		
*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 Tabela SUS Paulista.

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%.

Obs6: Os procedimentos cirúrgicos (cirurgias eletivas) realizados dentro dos limites do Município, 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.

Cirurgia Ortopédica *			
04.08.01.010-0	Osteotomia 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 Cirúrgico 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	Tratamento 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 Sindactília 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	Dissectomia Cervical / Lombar / Lombo-Sacra por Via Posterior (um nível)	R\$	6.909,39
04.08.03.040-2	Dissectomia Cervical / Lombar / Lombo-Sacra por Via Posterior (dois níveis)	R\$	9.049,32
04.08.03.043-7	Dissectomia Cervical por Via Anterior (1 nível)	R\$	12.087,00
04.08.03.044-5	Dissectomia 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	Epifisiodesse do Trocanter Maior do Fêmur	R\$	6.832,35
04.08.04.013-0	Epifisiodesse Femoral Proximal In Situ	R\$	6.834,78
04.08.04.014-9	Osteotomia da Pelve	R\$	7.064,55
04.08.04.016-5	Reconstrução Osteoplástica 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 Quadrícipital	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	Sindactília 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	Tratamaneio Cirúrgico de Coalizão Tarsal	R\$	2.415,69	
04.08.05.065-9	Tratamento Cirúrgico de Hálux Valgus c/ Osteotomia do Primeiro Osso Metatarsiano	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 Tibia	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 Mosaicooplastia 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 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	Tenomiiorrafia	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 Externa-Subgaleal Externa	R\$	3.419,77	
04.03.01.010-1	Derivação Ventricular para Peritônio / 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 Peritônio / 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 Peritônio / 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 Videocirúrgica	R\$	2.968,84		
04.03.05.013-8	Simpatectomia Torácica 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 constantes 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 Miocárdia 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					

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

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	Liberção 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 Pediátrica - Postectomia (Fimose) *	R\$	876,48		
*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - DEMAIS CIRURGIAS					

Cirurgia Pediátrica - 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 Cirúrgico 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 / Macroductilia / Polidactilia	R\$	962,40		
04.08.06.065-4	Tratamento Cirúrgico de Polidactilia Não Articulada	R\$	113,68		
04.09.04.012-6	Orquidopexia Bilateral	R\$	1.541,28		
04.09.04.013-4	Orquidopexia 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 / Atresia (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 Plástica - Gigantomastia (Plástica Mamária Feminina Não Estética) *	R\$	2.056,28		
*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas - DEMAIS CIRURGIAS					

Cirurgia Plástica - Outros *					
04.01.01.005-8	Excisão de Lesão e/ou Sutura de Ferimento da Pele Anexos e Mucosa	R\$	46,32		
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		
04.05.01.007-9	Exérese de Calázio e Outras Pequenas Lesões da Pálpebra e Supercílios	R\$	157,50		
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		
04.08.06.065-4	Tratamento Cirúrgico de Polidactilia Não Articulada	R\$	56,84		
04.10.01.004-9	Exérese de Mamilo (Mama Supranumerária)	R\$	41,48		
04.13.01.007-4	Tratamento de Intercorrência em Paciente Médio e Grande Queimado	R\$	38,00		
04.15.04.004-3	Debridamento de Úlcera / Necrose	R\$	59,72		
*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	Tratamento 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 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.				
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 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 cirúrgico, 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 Lesões da Palpebra e Supercilios	R\$	157,50	
04.05.05.036-4	Tratamento Cirurgico de Pterígio	R\$	419,10	
04.05.01.018-4	Tratamento Cirúrgico de Blefarocalase	R\$	190,84	
*Vide quadro informativo sobre as cirurgias eletivas oftalmológicas				

Oftalmologia Descolamento 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 cirúrgico, 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 cirúrgico, o credenciado receberá apenas o valor da consulta (R\$ 40,00). Esta informação com a justificativa da não indicação deverá constar no relatório de produção mensal.				

Cirurgias ambulatoriais - PACOTE				
04.01.01.007-4	Exeresse de Tumor de Pele e Anexos / Cisto Sebáceo / Lipoma	R\$	200,00	
04.01.01.005-8	Excisão de Lesão 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 constantes na Tabela SIGTAP vigente. A hotelaria hospitalar deverá obedecer a média de permanência definida na Tabela SIGTAP do Ministério da Saúde.				
Obs2: 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\$	7.445,28	
04.06.03.001-4	Angioplastia Coronariana	R\$	7.445,28	
04.06.03.002-2	Angioplastia Coronariana C/ Implante De Dois Stents	R\$	9.384,80	
04.06.03.003-0	Angioplastia Coronariana C/ Implante De Stent	R\$	9.384,80	
04.06.03.004-9	Angioplastia Coronariana Primaria	R\$	12.196,13	
04.06.03.006-5	Angioplastia Em Enxerto Coronariano	R\$	9.384,80	
04.06.03.007-3	Angioplastia Em Enxerto Coronariano (C/ Implante De Stent)	R\$	9.384,80	
04.06.04.002-8	Angioplastia Intraluminal De Aorta, Veia Cava / Vasos Iliacos (C/ Stent)	R\$	9.535,46	
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\$	9.550,88	
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-Aórticos (Sem Stent)	R\$	3.355,88	
04.06.04.009-5	Angioplastia Intraluminal De Vasos Do Pescoço Ou Troncos Supra-Aórticos (C/ Stent Não Recoberto)	R\$	10.132,88	
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 Pescoço / Troncos Supra-Aórticos (C/ Stent Recoberto)	R\$	3.355,88	
*Já estão inclusos nos valores acima a realização dos procedimentos, intervenções terapêuticas, OPME pertinente + 01 diária UTI (R\$2.145,69) + 01 diária de enfermagem (R\$958,74).				

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 sessão	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	Punção Lombar (coleta e análise do material)	R\$	32,10	
02.02.09.005-1				
02.02.09.006-0				
02.02.09.015-9				
03.09.06.001-0	Cateter Venoso Central Duplo Lumen	R\$	495,56	
07.02.04.015-0				
07.02.10.010-2				
04.07.02.030-6	Jejunostomia / Ileostomia	R\$	1.885,14	
03.09.01.003-9	Gastrostomia Endoscópica Percutânea (inclui material e sedação anestésica)	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	Passagem de Balão Intra-aórtico	R\$	3.737,88
04.06.01.012-9			
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 stent, o processamento compreenderá o adicional do código SUS 07.02.04.061-4 da SIGTAP, segundo a métrica para procedimentos Cirúrgicos 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 através 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 HEMODINÂMICA

Angiografia			
02.10.01.001-0	Angiografia Cerebral (4 Vasos)	R\$	560,00
02.10.01.002-9	Angiografia De Arco Aortico	R\$	560,00
02.10.01.003-7	Angiografia De Arco Aortico E Troncos Supra-Aorticos	R\$	560,00
02.10.01.004-5	Aortografia Abdominal	R\$	1.100,00
02.10.01.005-3	Aortografia Toracica	R\$	1.100,00
Arteriografia			
02.10.01.007-0	Arteriografia De Membro	R\$	2.600,00
02.10.01.012-6	Arteriografia Pelvica	R\$	2.600,00
02.10.01.004-5	Aortografia Abdominal	R\$	1.100,00
02.10.01.009-6	Arteriografia P/ Investigação De Doença Arteriosclerotica Aorto-Iliaca E Distal	R\$	2.600,00
02.10.01.013-4	Arteriografia Seletiva De Carotida	R\$	2.600,00
02.10.01.015-0	Arteriografia Seletiva Vertebral	R\$	1.100,00
02.10.01.006-1	Arteriografia Cervico-Toracica	R\$	2.600,00
02.10.01.008-8	Arteriografia Digital (Por Via Venosa)	R\$	1.100,00
02.10.01.010-0	Arteriografia P/ Investigação De Hemorragia Cerebral	R\$	3.800,00
02.10.01.011-8	Arteriografia P/ Investigação De Isquemia Cerebral	R\$	3.800,00
02.10.01.014-2	Arteriografia Seletiva Por Cateter (Por Vaso)	R\$	1.100,00
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\$	1.800,00

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 Vigília C/ Ou S/ Foto-Estímulo (Maiores De 10 Anos)	R\$	72,00
02.11.05.002-4	Eletroencefalografia Em Vigília 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 Ultrassônica (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 Diária De Pressão Ocular CDPO (Mínimo 3 Medidas)	R\$	14,00	
02.04.01.001-2	Dacriocistografia	R\$	142,86	
02.11.06.008-9	Eletrorretinografia	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 Aérea / 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	Logaudiometria (LDV-IRF-LRF)	R\$	26,25	
02.11.07.014-9	Emissões Otoacústicas Evocadas para Triagem Auditiva (Teste da Orelhinha / Reteste)	R\$	110,00	
02.11.07.015-7	Estudo de Emissões Otoacústicas Evocadas Transitorias e Produtos de Distorção (EOA)	R\$	110,00	
02.11.05.011-3	Potencial Evocado Auditivo - BERA	R\$	220,00	
02.11.07.043-2	Potencial Evocado Auditivo p/ Triagem Auditiva (Teste da Orelhinha / Reteste) - BERA TRIAGEM	R\$	110,00	
02.11.07.005-0	Avaliação Auditiva Comportamental	R\$	31,00	
02.11.07.027-0	Potencial Evocado Auditivo para Triagem Auditiva (Teste da Orelhinha) - BERA	R\$	110,00	
02.11.07.034-3	Testes De Processamento Auditivo	R\$	87,85	
02.11.07.035-1	Testes Vestibulares / Otoneurológicos	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 Fígado E Baço (Mínimo 5 Imagens)	R\$	266,52	
02.08.02.002-0	Cintilografia De Fígado E Vias Biliares	R\$	375,86	
02.08.09.002-9	Cintilografia De 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 Miocárdio P/ Avaliação Da Perfusão Em Situação De Estresse (Mínimo 3 Projeções)	R\$	817,04	
02.08.01.003-3	Cintilografia De Miocárdio P/ Avaliação Da Perfusão Em Situação De Repouso (Mínimo 3 Projeções)	R\$	766,14	
02.08.01.004-1	Cintilografia De Miocárdio P/ Localização De Necrose (Mínimo 3 Projeções)	R\$	332,94	
02.08.05.003-5	Cintilografia De Ossos C/ Ou S/ Fluxo Sanguíneo (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 Pulmão Por Inalação (Mínimo 2 Projeções)	R\$	256,24	
02.08.07.004-4	Cintilografia De Pulmão Por Perfusão (Mínimo 4 Projeções)	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 Ósseo C/ Galio 67	R\$	915,10	
02.08.08.001-5	Cintilografia De Sistema Reticulo-Endotelial (Medula Óssea)	R\$	225,22	
02.08.04.003-0	Cintilografia De Testículo 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 Sanguíneo 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 Esofágico (Líquido)	R\$	270,76	
02.08.02.006-3	Cintilografia P/ Estudo De Transito Esofágico (Semi-Sólido)	R\$	270,76	
02.08.02.007-1	Cintilografia P/ Estudo De Transito Gástrico	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-Esofágico	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/Colangiressonancia	R\$	537,50		
02.07.02.006-0	Ressonância Magnética da Mama	R\$	537,50		
	Ressonância Magnética de Crânio com Fluxo Liquórico	R\$	851,50		
* 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\$	372,82		
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	Radiografia Panorâmica de Coluna Total- TELESPONDILOGRAFIA	R\$	72,92		
02.04.03.007-2	Radiografia de Costelas (POR HEMITORAX)	R\$	27,76		
02.04.03.008-0	Radiografia de Esófago	R\$	94,41		
02.04.03.009-9	Radiografia de Esterno	R\$	26,79		
02.04.03.015-3	Radiografia de Torax (PA E PERFIL)	R\$	28,79		
02.04.03.017-0	Radiografia de Torax (PA)	R\$	25,54		
02.04.04.001-9	Radiografia de Antebraço	R\$	25,76		
02.04.04.002-7	Radiografia de Articulacao Acromio-Clavicular	R\$	26,33		
02.04.04.003-5	Radiografia de Articulacao Escapulo-Umeral	R\$	26,33		
02.04.04.004-3	Radiografia de Articulacao Esterno-Clavicular	R\$	26,45		
02.04.04.005-1	Radiografia de Braço	R\$	26,71		

02.04.04.006-0	Radiografia de Clavicula	R\$	26,49		
02.04.04.007-8	Radiografia de Cotovelo	R\$	25,23		
02.04.04.008-6	Radiografia de Dedos da Mao	R\$	25,03		
02.04.04.009-4	Radiografia de Mao	R\$	25,51		
02.04.04.010-8	Radiografia de Mao e Punho (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	R\$	29,23		
02.04.04.011-6	Radiografia de Escapula/Ombro (TRES POSICOES)	R\$	28,24		
02.04.04.012-4	Radiografia de Punho (AP + LATERAL + OBLIQUA)	R\$	26,18		
02.04.05.001-4	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 pólopo 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 (até 69 anos)				
02.09.01.002-9	Colonoscopia em ambiente Hospitalar*	R\$	421,64		
02.09.01.005-3	Retossigmoidoscopia em ambiente Hospitalar*	R\$	193,43		
* Na realização dos procedimentos acima serão efetuados o pagamento do procedimento + a diária fixada, conforme Obs2. Vide quadro informativo sobre os exames endoscópicos. Já estão inclusos nos valores dos procedimentos a realização de intervenções terapêuticas (ex. hemostasia, mucosectomia, polipectomia, etc) e OPME pertinente.					

	Colonoscopia e Retossigmoidoscopia em Ambiente Hospitalar (a partir de 70 anos)				
02.09.01.002-9	Colonoscopia em ambiente Hospitalar*	R\$	421,64		
02.09.01.005-3	Retossigmoidoscopia em ambiente Hospitalar*	R\$	193,43		
Obs1: 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.					
Obs2: A realização dos procedimentos acima está condicionada à conclusão da Avaliação de Risco Cirúrgico (OCI Cardiologia), devendo contemplar os procedimentos obrigatórios e adicionais previstos na tabela de Oferta de Cuidados Integrados (OCI) deste documento. Ressalta-se que é de exclusiva responsabilidade da empresa o registro desses atendimentos no sistema APAC para fins de faturamento.					

	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					
<i>QUADRO INFORMATIVO SOBRE OS EXAMES OU PROCEDIMENTOS PASSÍVEIS DE DIÁRIA E/OU SEDAÇÃO</i>					
Obs1: Os procedimentos referentes aos serviços de ambulatório pré e pós-cirúrgico (consultas e exames necessários) serão pagos de acordo com os valores presentes nesta Tabela de Procedimentos e no casos dos procedimentos que não constarem em tabela, os valores praticados serão os constantes na Tabela SIGTAP vigente. A hotelaria hospitalar deverá obedecer a média de permanência definida na Tabela SIGTAP do Ministério da Saúde.					
Obs2: Mediante prévia autorização regulatória e observado o parâmetro do Manual SIHD de PM = Di – (mp x 2) – Di UTI, as Diárias de Permanência à Maior, devido intercorrências clínico-cirúrgicas, serão valoradas conforme referência de diária do Complexo Hospitalar Irmã Dulce (fixadas em R\$ 958,74 para o exercício 2020).					
Obs3: O Instrumento de Registro dos procedimentos do grupo 04 é a AIH, cabendo a credenciada o devido registro no sistema pertinente.					

	Biópsias *				
02.01.01.021-6	Procedimentos/Exames - Biopsia de Fígado	R\$	142,30		
02.01.01.041-0	Procedimentos/Exames - Biopsia de Prostata	R\$	184,76		
02.01.01.043-7	Procedimentos/Exames - Biopsia de Rim	R\$	92,38		
02.09.04.001-7	Procedimentos/Exames - Broncoscopia (Broncofibroscopia)	R\$	72,05		

*Na realização dos procedimentos acima, será efetuado o pagamento do procedimento + a diária fixada, conforme Obs2. Vide quadro informativo sobre os exames ou procedimentos passíveis de diária e/ou sedação

	ColangiopancreatografiaRetrógrada				
02.09.01.001-0	ColangiopancreatografiaRetrógrada (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	ColangiopancreatografiaRetrógrada 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 / Pilonica*	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 Ressectoscopia*	R\$	1.197,90		
*Na realização do procedimento, acima será efetuado o pagamento do procedimento + a diária fixada, conforme Obs2. Vide quadro informativo sobre os exames ou procedimentos passíveis de diária e/ou sedação					

	Procedimentos que exigem sedação hospitalar em pacientes que apresentam uma ou mais limitações temporais ou permanentes				
04.14.02.041-3	Tratamento odontológico para pacientes com necessidades especiais	R\$	328,34		
04.14.02.012-0	Exodontia de dente decíduo		-		
04.14.02.038-3	Tratamento de alveolite		-		
04.14.02.024-3	Reimplante e transplante dental (por elemento)	R\$	38,36		
04.14.02.035-9	Tratamento cirúrgico de hemorragia buco-dental		-		
04.04.02.044-5	Contenção de dentes por splintagem	R\$	48,24		
04.04.02.061-5	Redução de luxação têmporo-mandibular	R\$	66,02		
04.14.02.013-8	Exodontia de dente permanente		-		
04.14.01.036-1	Exerese de cisto odontogênico e não - odontogênico	R\$	35,53		
04.14.01.037-0	Tratamento cirúrgico de dente incluso em paciente com anomalia crânio e bucomaxilofacial	R\$	126,00		
04.14.01.038-8	Tratamento cirúrgico de fistula intra/ extraoral	R\$	19,18		
04.14.02.004-9	Correção de bridas musculares	R\$	12,98		
04.14.02.005-7	Correção de irregularidades de rebordo alveolar	R\$	21,92		
04.14.02.029-4	Remoção de torus e exostoses	R\$	11,36		
04.14.02.021-9	Odontoseção/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

	Exames Auditivos				
02.11.05.011-3	Potencial Evocado Auditivo - BERA com sedação	R\$	220,00		
*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 consultório informatizado, via sistema informatizado municipal, durante o atendimento dos pacientes, incluindo o registro de receitas, encaminhamentos, solicitação de exames e relatórios, que será considerado da seguinte forma:

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

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

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

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			
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				

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

	Reumatologia Pediátrica			
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				

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

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

Gastroenterologia				
03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada	R\$	70,00	
*Vide quadro informativo sobre as consultas				
Gastroenterologia Pediátrica				
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 Município. Intercorrências serão tratadas pela métrica de valoração adotada na Tabela Oficial de Valores SESAP e na Ausência a SIGTAP - SUS.				
Oftalmologia - Avaliação de Retinopatia da Prematuridade (Internados)				
03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada - Oftalmologia, em prematuros internados	R\$	120,00	
*O atendimento consiste na avaliação intra-hospitalar em recém nascidos prematuros internados mediante autorização prévia da Divisão de Regulação				
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 minutos	R\$	40,00	
	Sessão de Tratamento/Acompanhamento	R\$	20,00	
As consultas e sessões serão reguladas por intermédio da Credenciante em pacotes de 1 consulta e no máximo 10 sessões com obrigatoriedade de emissão de relatório e encaminhamento ao médico solicitante para nova avaliação e acompanhamento, devendo sempre o Credenciado efetuar os lançamentos junto ao Sistema Informatizado e Prontuário Eletrônico com devolutiva e relatórios pertinentes. O pagamento será efetuado mediante apuração dos procedimentos realizados no período de competência mensal.				
Fisioterapia Pélvica				
03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (exceto médico). Mínimo de 30 minutos	R\$	40,00	
	Sessão de Tratamento/Acompanhamento	R\$	20,00	
As consultas e sessões serão reguladas por intermédio da Credenciante em pacotes de 1 consulta e no máximo 10 sessões com obrigatoriedade de emissão de relatório e encaminhamento ao médico solicitante para nova avaliação e acompanhamento, devendo sempre o Credenciado efetuar os lançamentos junto ao Sistema Informatizado e Prontuário Eletrônico com devolutiva e relatórios pertinentes. O pagamento será efetuado mediante apuração dos procedimentos realizados no período de competência mensal.				
Fisioterapia Ortopédica em Grupo				
03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (exceto médico). Mínimo de 30 minutos	R\$	40,00	
	Sessão de Tratamento/Acompanhamento*	R\$	10,66	
As consultas e sessões serão reguladas por intermédio da Credenciante em pacotes de 1 consulta e no máximo 10 sessões com obrigatoriedade de emissão de relatório e encaminhamento ao médico solicitante para nova avaliação e acompanhamento, devendo sempre o Credenciado efetuar os lançamentos junto ao Sistema Informatizado e Prontuário Eletrônico com devolutiva e relatórios pertinentes. O pagamento será efetuado mediante apuração dos procedimentos realizados no período de competência 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). Mínimo de 30 minutos	R\$	40,00	
	Sessão de Tratamento/Acompanhamento	R\$	20,00	
As consultas e sessões serão reguladas por intermédio da Credenciante em pacotes de 1 consulta e no máximo 10 sessões com obrigatoriedade de emissão de relatório e encaminhamento ao médico solicitante para nova avaliação e acompanhamento, devendo sempre o Credenciado efetuar os lançamentos junto ao Sistema Informatizado e Prontuário Eletrônico com devolutiva e relatórios pertinentes. O pagamento será efetuado mediante apuração dos procedimentos realizados no período de competência 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, logaudiometria, 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 inserção de agulhas	R\$	40,00	
03.09.05.002-2	Demais sessões de Tratamento/Acompanhamento- (valor por sessão) - limitado a cinco sessões	R\$	20,00	
As consultas e sessões serão reguladas por intermédio da Credenciante em pacotes de 1 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 competência mensal.				

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

Profissionais de Nível Superior (valor por hora)				
	Psicólogo	R\$	35,14	
	Fisioterapeuta	R\$	42,17	
	Fonoaudiólogo	R\$	42,17	
	Terapeuta Ocupacional	R\$	42,17	
Serviço de profissionais de nível superior, nas diversas especialidades, para atendimento em ambiente de saúde da municipalidade, na forma de plantão (valor por hora).				

ATENDIMENTOS A PACIENTES COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA - TEA

Sessão de Atendimento Multidisciplinar em TEA				
03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (exceto médico)	R\$	40,00	
	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. Observação: É exigido da postulante ao credenciamento possuir em seus quadros todos os profissionais 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 e a consulta de avaliação que deverá ser evoluída em prontuário eletrônico 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				
03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (exceto médico)	R\$	40,00	
	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 e a consulta de avaliação que deverá ser evoluída em prontuário eletrônico "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				

PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS

Endodontia				
03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (exceto médico)	R\$	110,15	
03.07.02.006-1	Tratamento Endodôntico de Dente Permanente Unirradicular	R\$	545,03	
03.07.02.004-5	Tratamento Endodôntico de Dente Permanente Birradicular	R\$	621,18	
03.07.02.005-3	Tratamento Endodôntico de Dente Permanente com Três ou Mais Raízes	R\$	736,72	
*Nos casos onde, após a consulta de avaliação, o paciente não for indicado para a realização do procedimento, o credenciado receberá apenas o valor da consulta). Esta informação em conjunto com a justificativa da não indicação deverá constar no relatório de produção mensal. Para os aptos ao procedimento, o valor da consulta já se encontra incluso no valor do procedimento.				

Exodontia				
04.14.02.027-8	Remoção de Dente Retido (incluso/Impactado)	R\$	505,68	
* Exodontia do 3º molar sem incluso, incluso, semi impactado ou impactado.				

Prótese Dentária - Serviço Clínica e Laboratorial				
07.01.07.013-7	Prótese Total Maxilar	R\$	1.066,67	
07.01.07.012-9	Prótese Total Mandibular	R\$	1.066,67	
07.01.07.010-2	Prótese Parcial Maxilar Removível	R\$	1.285,76	
07.01.07.009-9	Prótese Parcial Mandibular Removível	R\$	1.285,76	
*Se refere aos atendimentos clínicos odontológicos e a confecção das próteses em laboratório próprio pela credenciada.				

SERVIÇOS ADICIONAIS - ODONTOLOGIA

Radiografia odontológica				
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE BEAM		R\$	265,00	
Para uso odontológico, impressa em papel apropriado e que propicie perfeita visualização da imagem. Deverá acompanhar laudo com as descrições das alterações e das particularidades visualizadas (opção de envio por e-mail). A mensuração deve ser em tamanho real na proporção de 1:1 e a reconstrução axial realizada em cortes de 1mm. A distância entre os cortes tomográficos deverá ser de 0,5 a 5 mm, conforme solicitação do requisitante. A reconstrução tridimensional das estruturas selecionadas será em 3D. A tomografia computadorizada deve apresentar nitidez, contraste, precisão e detalhes, atendendo perfeitamente as necessidades do requisitante para localização de dentes inclusos, pesquisa de fraturas no complexo mandibular-maxilar, pesquisa de lesões e avaliação endodôntica/fratura de elemento dental.				

RADIOGRAFIA PANORAMICA DIGITAL	R\$	70,00	
Radiografia em tamanhos de 15 x 30 cm ou 20 X 25 cm, que permita a visualização do complexo maxilo-facial, incluindo dentes não erupcionados. Sem laudo. Com complementação periapical regiões medianas. A imagem deve ter boa nitidez e contraste; deve auxiliar no diagnóstico de cáries, doenças periodontais, doenças dos ossos mandibular e maxilar, ausências dentais ou presença de dentes exanumerários, e não apresentar distorções superiores a 24%.			

Prótese Dentária			
PRÓTESE TOTAL MAXILAR (SUPERIOR)	R\$	357,68	
Confeccionadas em resina termopolimerizável tipo cross-linked, nas cores rosa claro (com veias) ou rosa médio (com veias) ou rosa escuro, sendo o palato incolor e dentes elaborados em resina acrílica cross-linked de alta densidade e propriedades de fluorescência nas cores 62, 65, 66, 67, 69. Sendo possível escolha entre 13 modelos anteriores superiores (2D, 2N, 2P, A25, 263, 264, 266, A23, A26,3D, 3M,3N, 3P) e 05 modelos posteriores superiores (30L, 32L, 30M, 32M, 34L). Processo de trabalho convencional: vazamento de molde em gesso pedra, moldeira individual em resina autopolimerizável; base provisória (em placa base ou resina acrílica) com planos de orientação em cera; montagem de dentes e escultura adequada da cera para prova; acrilização; acabamento e polimento adequado;			
PRÓTESE TOTAL MANDIBULAR (INFERIOR)	R\$	357,68	
Confeccionadas em resina termopolimerizável tipo cross-linked, nas cores rosa claro (com veias) ou rosa médio (com veias) ou rosa escuro, sendo os dentes elaborados em resina acrílica cross-linked de alta densidade e propriedades de fluorescência nas cores 62, 65, 66, 67, 69. Sendo possível escolha entre 10 modelos anteriores inferiores (3M, 2D, 2N, 3D, 3N, 2E, 2P, 46, 3P,26) e 05 modelos posteriores inferiores (30L, 32L, 30M, 32M, 34L). Processo de trabalho convencional: vazamento de molde em gesso pedra, moldeira individual em resina autopolimerizável; base provisória (em placa base ou resina acrílica) com planos de orientação em cera; montagem de dentes e escultura adequada da cera para prova; acrilização; acabamento e polimento adequado;			
PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL MAXILAR (SUPERIOR)	R\$	433,00	
Confeccionadas em resina termopolimerizável tipo cross-linked, nas cores rosa claro (com veias) ou rosa médio (com veias) ou rosa escuro e incolor. Estrutura metálica confeccionada em liga cromo/cobalto sem bolhas e perfeitamente adaptada à arcada dental e tecidos adjacentes, composição química em massa: 63% de cobalto, 28% de Cromo, 5% de Molibdênio e menores que 5% de outros, Intervalo de Fusão – 1320 ~1380°C; Dureza Vickers – 400HV100; Módulo de elasticidade – 220 Gpa; Limites Elásticos de 0,2% 650 Mpa; Resistência à tração 0,2% 650 Mpa; Alongamento 850 Mpa; Densidade de ruptura 5% 8,4 g/cm3. Dentes elaborados em resina acrílica cross-linked de alta densidade e propriedades de fluorescência nas cores 62, 65, 66, 67, 69. Sendo possível escolha entre 13 modelos anteriores superiores (2D, 2N, 2P, A25, 263, 264, 266, A23, A26,3D, 3M, 3N, 3P) e 05 modelos posteriores superiores (30L, 32L, 30M, 32M, 34L). Processo de trabalho convencional: moldagem em gesso pedra, prova da armação; montagem de dentes e cera esculpida de forma adequada para prova; acrilização em resina termopolimerizável incolor, rosa (com veias); acabamento e polimento adequado;			
PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL MANDIBULAR (INFERIOR)	R\$	433,00	
Confeccionadas em resina termopolimerizável tipo cross-linked, nas cores rosa claro (com veias) ou rosa médio (com veias) ou rosa escuro e incolor. Estrutura metálica confeccionada em liga cromo/cobalto sem bolhas e perfeitamente adaptada à arcada dental e tecidos adjacentes, composição química em massa: 63% de cobalto, 28% de Cromo, 5% de Molibdênio e menores que 5% de outros, Intervalo de Fusão – 1320 ~1380°C; Dureza Vickers – 400HV100; Módulo de elasticidade – 220 Gpa; Limites Elásticos de 0,2% 650 Mpa; Resistência à tração 0,2% 650 Mpa; Alongamento 850 Mpa; Densidade de ruptura 5% 8,4 g/cm3. Dentes elaborados em resina acrílica cross-linked de alta densidade e propriedades de fluorescência nas cores 62, 65, 66, 67, 69. Sendo possível escolha entre 10 modelos anteriores inferiores (3M, 2D, 2N, 3D, 3N, 2E, 2P, 46, 3P,26) e 05 modelos posteriores inferiores (30L, 32L, 30M, 32M, 34L). Processo de trabalho convencional: moldagem em gesso pedra, prova da armação; montagem de dentes e cera esculpida de forma adequada para prova; acrilização em resina termopolimerizável incolor, rosa (com veias); acabamento e polimento adequado;			

DEMAIS PROCEDIMENTOS

Tratamento de pacientes com transtornos mentais	R\$	8.750,00	
Tratamento compulsório de pacientes adultos com transtornos mentais de ambos os sexos, encaminhados pelo município, por determinação judicial ou autorização da Secretária de Saúde. A Clínica deverá manter os pacientes de sexos opostos em unidades separadas.			

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 portátil de oxigênio para atendimento de demanda judicial com autonomia mínima de 3 (três) horas, fluxo de 5 (cinco) litros por minuto, bateria recarregável e periféricos	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 câmulas, 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.			

Plantão Médico - Urgência Clínica	R\$	150,00	
Serviço médico, nas diversas especialidades da medicina, em ambiente de saúde da municipalidade, na forma de plantão (valor por hora).			

Plantão Médico - Urgência Pediátrica	R\$	150,00	
Serviço médico, nas diversas especialidades da medicina, em ambiente de saúde da municipalidade, na forma de plantão (valor por hora).			

Ambulância tipo B (veículo + equipe composta por Condutor e Técnico de Enfermagem)	R\$	348,50	
Atendimento às necessidades da municipalidade, na forma de plantão (valor por hora), composta por equipe devidamente capacitada com apresentação de certificados para atuação em serviços de emergência e remoções.			

Ambulância tipo UTI (veículo + equipe composta por Condutor, Enfermeiro e Médico)	R\$	498,50	
Atendimento às necessidades da municipalidade, na forma de plantão (valor por hora), composta por equipe devidamente capacitada com apresentação de certificados para atuação em serviços de emergência e remoções.			

Equipe para ambulância tipo B (composta por Condutor e Técnico de Enfermagem SEM VEÍCULO)	R\$	62,03	
Atendimento às necessidades da municipalidade, na forma de plantão (valor por hora), composta por equipe devidamente capacitada com apresentação de certificados para atuação em serviços de emergência e remoções. O veículo será fornecido pela CONTRATANTE.			

Equipe para ambulância tipo UTI (composta por Condutor, Enfermeiro e Médico SEM VEÍCULO)	R\$	208,53	
Atendimento às necessidades da municipalidade, na forma de plantão (valor por hora), composta por equipe devidamente capacitada com apresentação de certificados para atuação em serviços de emergência e remoções. O veículo será fornecido pela CONTRATANTE.			

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 último 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 encontram incluídos no valor do pacote conforme tabela.

Obs7: Para as empresas que possuem CNES cadastrado no município de Praia Grande e realizam atendimentos em clínica 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 Natriuréticos 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 (Mínimo 3 Projeções) Cintilografia De Miocardio P/ Avaliacao Da Perfusao Em Situacao De Estresse (Mínimo 3 Projeções)	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 OTORRINOLINGUEIRO	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 Ortopático 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 Ortopático 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 OFTALMOLOGICA	OFTALMOLOGIA: ATENDIMENTO MÉDICO	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 OFTALMOLOGICOS 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 (ex 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	ONCOLOGIA: ATENDIMENTO MÉDICO COM 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		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	O ATENDIMENTO	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 (ex uterino e mama) Consulta de Retorno*	R\$ 282,00	R\$ 423,00	