



TABELA DE VALORES CISCOMCAM

Tabela 3- Valores para exames laboratoriais realizados dentro do prédio do Ciscamcam

Tabela 4- Valores para consultas, exames e procedimentos realizados dentro do prédio do Ciscamcam

Tabela 5- Valores para consultas, exames e procedimentos realizados nas clinicas externas credenciadas ao Ciscamcam

Tabela 9- Valores para consultas, exames e procedimentos realizados no Qualicis

Tabela 11- Valores para exames de radiologia, diagnostico por imagem e medicina nuclear realizados nas clinicas externas

Tabela 12- Valores para exames de radiologia realizados dentro do prédio do Ciscamcam

Tabela 14- Valores para exames laboratoriais realizados nos laboratorios externos credenciados ao Ciscamcam

Tabela 15- Valores para consultas, exames e procedimentos odontologicos realizados nas clinicas externas ao Ciscamcam

Tabela 17- Valores para serviço de transporte

Tabela 18- Valores para serviço de plantão médico por hora

Tabela 19- Valores para incentivos medicos para cirurgias

Tabela 20- Valores para especialidades em vaziao assistencial, independente do local de atendimento

Tabela 21- Valores para consulta , exames e procedimentos odontologicos realizados em clinicas externas para paciente com deficiencia intelectual e/ou fisica

Tabela 22- Valores para consultas, exames e procedimentos realizados em Escolas de Medicina

Obs: A tabela esta organizada por especialidade, cujos itens estão de acordo com as tabelas de valores em que se encontram

ANESTESIOLOGIA					
Classificação	Descrição	Val. Tabela 4	Val Tabela 5	Val Tabela 11	Val. Tabela 19
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA	R\$ 53,54	R\$ 60,24	R\$ 0,00	R\$ -
90.04.01.105	SEDAÇÃO PARA EXAME DE IMAGEM	R\$ -	R\$ -	R\$ 378,65	R\$ -
90.10.01.020	INCREMENTO PARA CIRURGIA DE OMBRO-MANGUITO ROTADOR - SERVIÇOS DE ANESTESIOLOGIA	R\$ -	R\$ -	R\$ 0,00	R\$ 126,22
90.10.01.017	INCREMENTO PARA CIRURGIA DE POSTECTOIA (FIMOSE) - SERVIÇOS DE ANESTESIOLOGIA	R\$ -	R\$ -	R\$ 0,00	R\$ 126,22
Classificação	Descrição	Val. Tabela 4	Val Tabela 5	Val Tabela 11	Val. Tabela 19
90.10.01.018	INCREMENTO PARA CIRURGIA DE RTU DE PRÓSTATA - SERVIÇOS DE ANESTESIOLOGIA	R\$ -	R\$ -	R\$ 0,00	R\$ 126,22

90.10.01.016	INCREMENTO PARA CIRURGIA DE URETERORRENOLITOTRIPSIA RÍGIDA/FLEXÍVEL+COLOCAÇÃO DE DUPLO J BILATERAL - SERVIÇOS DE ANESTESIOLOGIA	R\$ -	R\$ -	R\$ 0,00	R\$ 126,22
90.10.01.015	INCREMENTO PARA CIRURGIA DE URETERORRENOLITOTRIPSIA RÍGIDA/FLEXÍVEL+COLOCAÇÃO DE DUPLO J UNILATERAL - SERVIÇOS DE ANESTESIOLOGIA	R\$ -	R\$ -	R\$ 0,00	R\$ 126,22
90.10.01.014	INCREMENTO PARA CIRURGIA DE URETERORRENOLITOTRIPSIA RÍGIDA/SEMI-RÍGIDA+COLOCAÇÃO DE DUPLO J BILATERAL - SERVIÇOS DE ANESTESIOLOGIA	R\$ -	R\$ -	R\$ 0,00	R\$ 126,22
90.10.01.013	INCREMENTO PARA CIRURGIA DE URETERORRENOLITOTRIPSIA RÍGIDA/SEMI-RÍGIDA+COLOCAÇÃO DE DUPLO J UNILATERAL - SERVIÇOS DE ANESTESIOLOGIA	R\$ -	R\$ -	R\$ 0,00	R\$ 126,22
90.04.01.228	SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA PARA CIRURGIA DE COLUNA	R\$ -	R\$ -	R\$ 0,00	R\$ 126,22
90.04.01.227	SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA PARA CIRURGIA DE JOELHO	R\$ -	R\$ -	R\$ 0,00	R\$ 126,22
90.04.01.226	SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA PARA CIRURGIA DE VARIZES	R\$ -	R\$ -	R\$ 0,00	R\$ 126,22

ANGIOLOGIA E/OU CIRURGIA VASCULAR					
Classificação	Descrição	Val. Tabela 4	Val Tabela 5	Val Tabela 19	Val. Tabela 20
03.01.01.007	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA				R\$ 73,63
04.01.01.001	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	R\$ 34,08	R\$ 34,08		
04.15.04.004	DEBRIDAMENTO DE ULCERA / NECROSE	R\$ 31,41	R\$ 31,41		
90.04.01.162	ÍNDICE TORNOZELO BRAQUIAL	R\$ 36,81	R\$ 36,81		
90.04.01.265	CURATIVO COM LAISERTERAPIA		R\$ 100,00		
90.04.01.266	APLICAR BOTA DE UNNA (COM MATERIAL)		R\$ 80,00		
90.04.01.267	SESSAO DE BAG OZONIOTERAPIA		R\$ 90,00		
90.04.01.268	CURATIVO COM TERAPIA ELASTICA		R\$ 130,00		
03.09.07.001	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL) * **	R\$ 316,36	R\$ 316,36		
90.04.01.257	INCREMENTO PARA TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL) * **	R\$ 209,54	R\$ 209,54		
02.05.01.004	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS**	R\$ 105,18	R\$ 136,73		
90.04.01.231	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE CAROTIDAS E VERTEBRAIS (BILATERAL)**	R\$ 210,36	R\$ 273,47		
90.04.01.230	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE CAROTIDAS E VERTEBRAIS (UNILATERAL)**	R\$ 105,18	R\$ 136,73		
90.10.01.028	INCREMENTO PARA CIRURGIA E TRATAMENTO DE VARIZES**			R\$ 526,90	
90.10.01.025	INCREMENTO PARA CIRURGIA E AMPUTAÇÃO DE DEDOS**			R\$ 136,73	
90.10.01.027	INCREMENTO PARA CIRURGIA DE AMPUTAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES**			R\$ 315,54	
Classificação	Descrição	Val. Tabela 4	Val Tabela 5	Val Tabela 19	Val. Tabela 20
90.10.01.026	INCREMENTO PARA CIRURGIA DE AMPUTAÇÃO E DESARTICULAÇÃO DE PÉ**			R\$ 157,77	

90.10.01.024	INCREMENTO PARA CIRURGIA DE DEBRIDAMENTO DE ÚLCERAS E TECIDOS**			R\$ 231,10	
90.10.01.023	INCREMENTO PARA FASCIOTOMIA DE MEMBROS INFERIORES**			R\$ 157,77	
* Para fins de credenciamento, deve-se acrescentar o incremento junto com o tratamento esclerosante					
** Procedimentos somente para RQE de Cirurgia Vascular					

--

CARDIOLOGIA

Classificação	Descrição	Val. Tabela 4	Val Tabela 5		
03.01.01.007	CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	R\$ 53,54	R\$ 60,24		
02.05.01.003	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA		R\$ 136,74		
02.11.02.003	ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 23,14	R\$ 23,14		
90.01.01.004	ELETROCARDIOGRAMA SEM LAUDO	R\$ 5,42			
90.01.01.006	EMISSAO DE LAUDO DE ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 20,07			
02.11.02.004	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	R\$ 51,62	R\$ 100,32		
02.11.02.005	MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL (M.A.P.A.)	R\$ 30,59	R\$ 100,32		
90.01.01.007	RISCO CIRURGICO	R\$ 65,21			
02.11.02.006	TESTE DE ESFORÇO / TESTE ERGOMETRICO	R\$ 51,62	R\$ 100,32		

CARDIOLOGIA PEDIATRICA

Classificação	Descrição	Val. Tabela 4	Val Tabela 5	Tabela 20	
03.01.01.007	CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA			R\$ 73,63	
02.05.01.003	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	R\$ 157,77			
02.11.02.003	ELETROCARDIOGRAMA		R\$ 23,14		
90.04.01.272	ECODOPPLERCARDIOGRAMA INFANTIL		R\$ 180,00		
90.04.01.271	ECODOPPLERCARDIOGRAMA FETAL		R\$ 200,00		

CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO

Classificação	Descrição	Val. Tabela 4	Val Tabela 5		
02.01.01.022	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO	R\$ 48,58	R\$ 48,53		
Classificação	Descrição	Val. Tabela 4	Val Tabela 5		
03.01.01.007	CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	R\$ 53,54	R\$ 53,54		

	CIRURGIA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL				
Classificação	Descrição	Val. Tabela 4	Val Tabela 5		
90.04.01.015	CONSULTA BUCOMAXILO FACIAL	R\$ 53,54	R\$ 60,24		
03.01.01.007	CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	R\$ 53,54	R\$ 60,24		
	CIRURGIA TORÁXICA				
Classificação	Descrição	Val. Tabela 4	Val Tabela 5		
03.01.01.007	CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	R\$ 53,54	R\$ 60,24		
90.04.01.106	INCREMENTO DE MATERIAL PARA CIRURGIA VIDEO LAPAROSCÓPICA		R\$ 570,00		
	COLOPROCTOLOGIA				
Classificação	Descrição	Val. Tabela 4	Val Tabela 5		
03.01.01.007	CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	R\$ 53,54	R\$ 60,24		
04.07.02.031	LIGADURA ELASTICA DE HEMORROIDAS (SESSAO)		R\$ 417,30		
90.04.01.106	INCREMENTO DE MATERIAL PARA CIRURGIA VIDEO LAPAROSCÓPICA	R\$ 570,00	R\$ 570,00		
DERMATOLOGIA					
Classificação	Descrição	Val. Tabela 4	Val Tabela 5		
02.01.01.002	BIOPSIA / PUNCAO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE	R\$ 20,03			
02.01.01.037	BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES	R\$ 36,68			
02.01.01.052	BIOPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA	R\$ 30,62			
03.03.08.001	CAUTERIZACAO QUIMICA DE PEQUENAS LESOES	R\$ 38,20			
03.01.01.007	CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	R\$ 53,54	R\$ 60,24		
90.04.01.156	CRIOTERAPIA (SESSÃO)	R\$ 49,70	R\$ 36,81		
04.01.01.004	ELETROCOAGULACAO DE LESAO CUTANEA	R\$ 16,81			
04.06.02.013	EXCISAO E SUTURA DE HEMANGIOMA	R\$ 42,40			
04.04.02.009	EXCISAO E SUTURA DE LESAO NA BOCA	R\$ 29,45			
Classificação	Descrição	Val. Tabela 4	Val Tabela 5		
04.01.01.006	EXCISAO E/OU SUTURA SIMPLES DE PEQUENAS LESOES / FERIMENTOS DE PELE / ANEXOS E MUCOSA	R\$ 39,76			

04.04.02.010	EXCISAO EM CUNHA DE LABIO	R\$ 42,40			
04.01.02.008	EXERESE DE CISTO SACRO-COCCIGEO	R\$ 42,40			
04.01.01.007	EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBACEO / LIPOMA	R\$ 17,69			
04.01.01.009	FULGURACAO / CAUTERIZACAO QUIMICA DE LESOES CUTANEAS	R\$ 38,20			
04.01.01.010	INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO	R\$ 16,81			
90.04.01.269	CONSULTA MEDICA ATENÇA ESPECIALIZADA EM HANSENIASE	R\$ 73,63			
	ENDOCRINOLOGIA				
Classificação	Descrição	Val. Tabela 4	Val Tabela 5		
02.01.01.022	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO	R\$ 48,58	R\$ 48,58		
02.01.01.047	BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE - PAAF	R\$ 45,44	R\$ 45,44		
03.01.01.007	CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	R\$ 53,54	R\$ 60,24		
GASTROENTEROLOGIA E/OU CIRURGIA GERAL					
Classificação	Descrição	Val. Tabela 4	Val Tabela 5		
02.01.01.021	BIOPSIA DE FIGADO POR PUNCAO		R\$ 74,84		
90.04.01.071	BIOPSIA DO APARELHO DIGESTIVO		R\$ 52,59		
90.04.01.163	COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCÓPICA - **Procedimento exclusivo para credenciados fora do Município de Campo Mourão		R\$ 4.733,10		
04.07.03.008	COLOCACAO DE PROTESE BILIAR		R\$ 1.209,57		
02.09.01.002	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)		R\$ 414,59		
03.01.01.007	CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	R\$ 53,54	R\$ 60,24		
90.04.01.045	DILATAÇÃO DE ESOFAGO		R\$ 414,59		
02.09.01.003	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA		R\$ 208,26		
90.04.01.174	INCREMENTO DE COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA (VIA ENDOSCOPICA - NO MUNICÍPIO DE C. MOURÃO) - *Procedimento exclusivo para credenciados no Município de Campo Mourão		R\$ 3.681,30		
04.07.02.031	LIGADURA ELASTICA DE LESÕES HEMORRÁGICAS DO APARELHO DISGESTIVO (SESSAO)		R\$ 417,30		
90.04.01.100	PAPILOTOMIA ENDOSCÓPICA + COLEDOLITOTRIPIA + DILATAÇÃO DUODENAL COM BALÃO		R\$ 4.733,10		
03.09.01.010	PASSAGEM DE Sonda NASO ENTERICA (INCLUI MATERIAL)		R\$ 414,59		
03.03.07.004	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO ESOFAGO		R\$ 414,59		
Classificação	Descrição	Val. Tabela 4	Val Tabela 5		
03.03.07.005	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO ESTOMAGO / DUODENO		R\$ 360,51		

04.07.01.025	RETIRADA DE POLIPO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA		R\$ 278,20		
02.09.01.005	RETOSSIGMOIDOSCOPIA		R\$ 165,85		
03.03.04.022	TRATAMENTO DE ESCLEROSE GENERALIZADA PROGRESSIVA		R\$ 252,36		
04.07.01.031	TRATAMENTO ESCLEROSANTE / LIGADURA ELASTICA DE LESAO HEMORRAGICA DO APARELHO DIGESTIVO		R\$ 497,54		
04.07.01.032	TRATAMENTO ESCLEROSANTE DE LESOES NAO HEMORRAGICAS DO APARELHO DIGESTIVO INCLUINDO LIGADURA ELASTICA		R\$ 417,30		
90.04.01.106	INCREMENTO DE MATERIAL PARA CIRURGIA VIDEO LAPAROSCÓPICA	R\$ 570,00	R\$ 570,00		
	GERIATRIA				
Classificação	Descrição	Val. Tabela 4	Val Tabela 5		
03.01.01.007	CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	R\$ 53,54	R\$ 60,24		
GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA					
Classificação	Descrição	Val. Tabela 4	Val Tabela 5		
02.01.01.066	BIOPSIA DO COLO UTERINO	R\$ 38,62	R\$ 38,62		
02.01.01.056	BIOPSIA/EXERESE DE NODULO DE MAMA	R\$ 123,69	R\$ 123,69		
02.01.01.051	BIOPSIA/PUNCAO DE VULVA	R\$ 38,62	R\$ 38,62		
02.11.04.002	COLPOSCOPIA	R\$ 7,11	R\$ 7,11		
03.01.01.007	CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	R\$ 53,54	R\$ 60,24		
03.09.03.004	CRIOCAUTERIZACAO / ELETROCOAGULACAO DE COLO DE UTERO	R\$ 47,53	R\$ 47,53		
90.04.01.011	DIU (DISPOSITIVO INTRAUTERINO)	R\$ 37,94	R\$ 37,94		
04.09.07.012	DRENAGEM DE GLANDULA DE BARTHOLIN / SKENE	R\$ 22,92	R\$ 22,92		
04.10.01.002	ESVAZIAMENTO PERCUTANEO DE CISTO MAMARIO	R\$ 43,65	R\$ 43,65		
04.09.06.008	EXCISÃO TIPO I DO COLO UTERINO	R\$ 95,29	R\$ 95,29		
04.09.06.009	EXERESE DE POLIPO DE UTERO	R\$ 47,66	R\$ 47,66		
02.01.01.058	PUNCAO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA	R\$ 117,42	R\$ 117,42		
HEMATOLOGIA					
Classificação	Descrição	Val. Tabela 20			
03.01.01.007	CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	R\$ 73,63			
INFECTOLOGIA					

Classificação	Descrição	Val. Tabela 4	Val Tabela 5		
03.01.01.007	CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	R\$ 53,54	R\$ 60,24		
MEDINA NUCLEAR					
Classificação	Descrição	Val. Tabela 11			
90.04.01.019	CINTILOGRAFIA RENAL DTPA	R\$ 139,92			
90.04.01.018	CINTILOGRAFIA RENAL DMSA	R\$ 139,92			
02.08.04.005	CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)	R\$ 165,46			
02.08.04.006	CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA	R\$ 177,49			
02.08.04.007	CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA	R\$ 182,58			
90.04.01.016	CINTILOGRAFIA DA TIREOIDE	R\$ 81,28			
02.08.05.001	CINTILOGRAFIA DE ARTICULACOES E/OU EXTREMIDADES E/OU OSSO	R\$ 200,88			
02.08.01.001	CINTILOGRAFIA DE CORACAO C/ GALIO 67	R\$ 481,25			
02.08.09.001	CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GALIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS	R\$ 1.049,15			
02.08.02.001	CINTILOGRAFIA DE FIGADO E BACO (MINIMO 5 IMAGENS)	R\$ 175,01			
02.08.02.002	CINTILOGRAFIA DE FIGADO E VIAS BILIARES	R\$ 251,14			
02.08.09.002	CINTILOGRAFIA DE GLANDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA)	R\$ 81,39			
02.08.02.003	CINTILOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTIMULO	R\$ 114,15			
02.08.09.003	CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)	R\$ 360,71			
02.08.01.002	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE ESTRESSE MIN. 3 PROJEÇÕES	R\$ 505,38			
02.08.01.003	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE REPOUSO MIN. 3 PROJEÇÕES	R\$ 443,21			
02.08.05.003	CINTILOGRAFIA DE OSSOS C/ OU S/ FLUXO SANGUINEO (CORPO INTEIRO)	R\$ 481,25			
02.08.03.001	CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES	R\$ 403,94			
02.08.07.001	CINTILOGRAFIA DE PULMAO C/ GALIO 67	R\$ 577,50			
02.08.07.002	CINTILOGRAFIA DE PULMAO P/ PESQUISA DE ASPIRACAO	R\$ 197,28			
02.08.07.003	CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR INALACAO (MINIMO 2 PROJECOES)	R\$ 148,23			
02.08.07.004	CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR PERFUSAO (MINIMO 4 PROJECOES)	R\$ 186,72			
02.08.04.002	CINTILOGRAFIA DE RIM C/ GALIO 67	R\$ 577,50			
02.08.05.004	CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO OSSEO C/ GALIO 67	R\$ 552,84			
Classificação	Descrição	Val. Tabela 11			
02.08.04.003	CINTILOGRAFIA DE TESTICULO E BOLSA ESCROTAL	R\$ 150,81			

02.08.03.002	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ OU S/ CAPTACAO	R\$	97,12			
02.08.03.003	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ TESTE DE SUPRESSAO / ESTIMULO	R\$	124,14			
02.08.01.005	CINTILOGRAFIA P/ AVALIACAO DE FLUXO SANGUINEO DE EXTREMIDADES	R\$	119,93			
02.08.02.005	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (LIQUIDO)	R\$	208,16			
02.08.02.006	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (SEMI-SOLIDO)	R\$	208,16			
02.08.02.007	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO GASTRICO	R\$	198,74			
02.08.02.008	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL	R\$	163,99			
02.08.02.010	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NAO ATIVA	R\$	369,62			
02.08.02.011	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFAGICO	R\$	189,12			
02.08.03.004	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTEIRO	R\$	427,49			
02.08.08.004	LINFOCINTILOGRAFIA	R\$	197,33			
03.03.12.006	TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO (PLUMMER - ATE 30 MCI)	R\$	513,35			
03.03.12.007	TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO GRAVES	R\$	416,17			
02.08.01.009	DETERMINACAO DE FLUXO SANGUINEO REGIONAL	R\$	137,50			
02.08.06.003	ESTUDO DE FLUXO SANGUINEO CEREBRAL	R\$	125,33			
02.08.04.010	ESTUDO RENAL DINAMICO C/ OU S/ DIURETICO	R\$	198,10			

--

NEFROLOGIA					
Classificação	Descrição	Val. Tabela 20			
03.01.01.007	CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	R\$	73,63		

NEUROCIRURGIA E/ OU NEUROLOGIA					
Classificação	Descrição	Val. Tabela 4	Val Tabela 5	Val. Tabela 20	
03.01.01.007	CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA			R\$ 136,73	
02.11.05.002	ELETRORNOCEFALOGRAFIA EM VIGILIA C/ OU S/ FOTO-ESTIMULO	R\$	11,93	R\$	56,43
02.11.05.003	ELETRORNOCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG)	R\$	11,93	R\$	84,14
02.11.05.004	ELETRORNOCEFALOGRAMA EM VIGILIA E SONO ESPONTANEO C/ OU S/ FOTOESTIMULO (EEG)	R\$	26,30	R\$	84,14
02.11.05.005	ELETRORNOCEFALOGRAMA QUANTITATIVO COM MAPEAMENTO (EEG)			R\$	136,73
Classificação	Descrição	Val. Tabela 4	Val Tabela 5	Val. Tabela 20	
02.11.05.008	ELETRORNOCEFALOGRAMA (ENMG)		R\$	239,28	

90.04.01.001	EMIÇÃO DE LAUDO DE ELETROENCEFALOGRAMA	R\$ 25,09	R\$ 25,09		
NEUROLOGIA PEDIATRICA					
Classificação	Descrição	Val. Tabela 4	Val Tabela 5	Val. Tabela 20	
90.04.01.232	CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA			R\$ 136,73	
02.11.05.002	ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGILIA C/ OU S/ FOTO-ESTIMULO	R\$ 11,93	R\$ 56,43		
02.11.05.003	ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG)	R\$ 11,93	R\$ 84,14		
02.11.05.004	ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGILIA E SONO ESPONTANEO C/ OU S/ FOTOESTIMULO (EEG)	R\$ 26,30	R\$ 84,14		
02.11.05.005	ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO COM MAPEAMENTO (EEG)		R\$ 136,73		
90.04.01.001	EMIÇÃO DE LAUDO DE ELETROENCEFALOGRAMA	R\$ 25,09	R\$ 25,09		
90.04.01.144	EMIÇÃO DE LAUDO DE ELETROENCEFALOGRAMA INFANTIL	R\$ 94,66			
OFTALMOLOGIA					
Classificação	Descrição	Val. Tabela 4	Val Tabela 5		
90.04.01.145	ANGIOFLUORENCEINOGRAPHIA BINOCULAR		R\$ 84,14		
02.11.06.001	BIOMETRIA ULTRASSONICA (MONOCULAR)	R\$ 25,50	R\$ 31,87		
02.11.06.002.	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO	R\$ 12,98	R\$ 12,98		
02.11.06.003	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRAFICO	R\$ 42,07	R\$ 52,59		
04.05.05.001	CAPSULECTOMIA PORTERIOR CIRURGICA	R\$ 122,45	R\$ 122,45		
04.05.05.002	CAPSULOTOMIA A YAG LASER	R\$ 118,61	R\$ 118,61		
04.05.05.003	CAUTERIZACAO DE CORNEA	R\$ 20,13	R\$ 20,13		
02.11.06.005	CERATOMETRIA	R\$ 3,54	R\$ 3,54		
04.05.05.005	CICLODIALISE	R\$ 287,56	R\$ 287,56		
03.01.01.007	CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	R\$ 53,54	R\$ 60,24		
04.05.01.001	CORREÇÃO CIRURGICA DE ENTROPIO E ECTROPIO	R\$ 122,45	R\$ 122,45		
04.05.01.002	CORREÇÃO CIRURGICA DE EPICANTO E TELECANTO	R\$ 167,63	R\$ 167,63		
04.05.05.007	CORRECAO CIRURGICA DE HERNIA DE IRIS	R\$ 272,63	R\$ 272,63		
04.05.04.001	CORREÇÃO CIRURGICA DE LAGOFTALMO	R\$ 169,54	R\$ 169,54		
Classificação	Descrição	Val. Tabela 4	Val Tabela 5		
02.11.06.006	CURVA DIARIA DE PRESSAO OCULAR CDPO (MINIMO 3 MEDIDAS)	R\$ 10,63	R\$ 10,63		

04.05.01.004	DRENAGEM DE ABSCESSO DE PALPEBRA	R\$ 24,12	R\$ 24,12		
02.11.06.008	ELETRORETINOGRAFIA	R\$ 25,50	R\$ 25,50		
04.05.04.006	ENUCLEACAO DE GLOBO OCULAR	R\$ 437,10	R\$ 437,10		
04.05.01.005	EPILACAO A LASER	R\$ 47,33	R\$ 47,33		
04.05.01.006	EPILACAO DE CILIOS	R\$ 24,12	R\$ 35,94		
04.05.04.007	EVISCERACAO DE GLOBO OCULAR	R\$ 617,94	R\$ 617,94		
04.05.01.007	EXERESE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESOES DA PALPEBRA E SUPERCILIOS	R\$ 82,83	R\$ 82,83		
04.05.05.008	EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA	R\$ 86,54	R\$ 86,54		
04.05.05.009	FACECTOMIA COM IMPLANTE DE LENTE INTRA OCULAR	R\$ 465,95	R\$ 465,95		
04.05.05.037	FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL	R\$ 811,57	R\$ 1.014,46		
04.05.05.011	FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR RIGIDA	R\$ 685,35	R\$ 685,35		
04.05.03.004	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER	R\$ 113,18	R\$ 113,18		
04.05.05.012	FOTOTRABECULOPLASTIA A LASER	R\$ 47,33	R\$ 47,33		
02.11.06.010	FUNDOSCOPIA	R\$ 3,54	R\$ 3,54		
02.11.06.011	GONIOSCOPIA	R\$ 3,54	R\$ 8,46		
04.05.05.015	IMPLANTE SECUNDARIO DE LENTE INTRA.	R\$ 690,90	R\$ 690,90		
04.05.03.005	INJEÇÃO INTRAVITREO (COM MEDICAÇÃO AVASTIM)	R\$ 86,54	R\$ 799,37		
90.04.01.107	INJEÇÃO INTRAVITREO (SEM MEDICAÇÃO)	R\$ 86,54	R\$ 86,54		
04.05.04.013	INJECao RETROBULBAR / PERIBULBAR	R\$ 24,12	R\$ 24,12		
04.05.05.016	INJECao SUBCONJUTIVAL / SUBTENONIANA	R\$ 8,67	R\$ 8,67		
04.05.05.019	IRIDOTOMIA A LASER	R\$ 47,33	R\$ 59,16		
02.11.06.012	MAPEAMENTO DE RETINA (COM GRÁFICO)	R\$ 25,50	R\$ 31,87		
02.11.06.014	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA	R\$ 25,50	R\$ 32,87		
04.05.01.010	OCLUSAO DE PONTO LACRIMAL	R\$ 20,13	R\$ 20,13		
90.04.01.108	OCT BINOCULAR - TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA.	R\$ 50,49	R\$ 50,49		
04.05.03.019	PAN - FOTOCOAGULACAO DE RENA A LASER.	R\$ 452,76	R\$ 452,76		
90.04.01.041	PAQUIMETRIA	R\$ 81,51	R\$ 81,51		
02.05.02.002	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA	R\$ 15,58	R\$ 19,47		
02.11.06.015	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL	R\$ 3,54	R\$ 4,43		
Classificação	Descrição	Val. Tabela 4	Val Tabela 5		
02.11.06.016	POTENCIAL VISUAL EVOCADO	R\$ 25,50	R\$ 25,50		

04.05.05.021	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL	R\$ 181,19	R\$ 181,19		
04.05.01.011	RECONSTITUIÇÃO DE CANAL LACRIMAL	R\$ 409,82	R\$ 409,82		
04.05.05.022	RECONSTITUIÇÃO DE FORNIX CONJUNTIVAL	R\$ 353,11	R\$ 353,11		
04.05.01.012	RECONSTRUÇÃO PARCIAL DE PALPEBRA COM TARSORRAFIA	R\$ 272,63	R\$ 272,63		
02.11.06.017	RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	R\$ 25,96	R\$ 32,45		
02.11.06.018	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	R\$ 67,32	R\$ 67,32		
04.05.05.025	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CORNEA	R\$ 26,30	R\$ 26,30		
04.05.04.024	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRAOCULAR/ CAMARA ANTERIOR	R\$ 353,11	R\$ 353,11		
04.05.01.014	SIMBLEFAROPLASTIA	R\$ 214,29	R\$ 212,29		
04.05.05.026	SINEQUIOLISE A YAG LASER	R\$ 47,33	R\$ 47,33		
04.05.01.016	SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS	R\$ 24,12	R\$ 24,12		
04.05.05.028	SUBSTITUICAO DE LENTE INTRA-OCULAR	R\$ 573,10	R\$ 573,10		
04.05.05.029	SUTURA DE CONJUNTIVA	R\$ 86,54	R\$ 86,54		
04.05.05.030	SUTURA DE CORNEA	R\$ 172,58	R\$ 172,58		
04.05.03.009	SUTURA DE ESCLERA	R\$ 169,54	R\$ 169,54		
04.05.01.017	SUTURA DE PALPEBRAS	R\$ 151,45	R\$ 151,45		
02.11.06.020	TESTE DE PROVOCACAO DE GLAUCOMA	R\$ 7,09	R\$ 17,72		
02.11.06.021	TESTE DE SCHIRMER	R\$ 3,54	R\$ 3,54		
02.11.06.022	TESTE DE VISAO DE CORES	R\$ 3,54	R\$ 3,54		
02.11.06.023	TESTE ORTÓPTICO	R\$ 12,98	R\$ 12,98		
02.11.06.024	TESTE P/ ADAPTACAO DE LENTE DE CONTATO	R\$ 12,98	R\$ 12,98		
02.11.06.028	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA	R\$ 50,49	R\$ 50,49		
02.11.06.025	TONOMETRIA	R\$ 3,54	R\$ 3,54		
02.11.06.026	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CORNEA	R\$ 25,50	R\$ 31,87		
04.05.05.032	TRABECULECTOMIA	R\$ 944,88	R\$ 944,88		
90.04.01.047	TRANSPLANTE CONJUNTIVAL	R\$ 201,02	R\$ 201,02		
04.05.01.018	TRATAMENTO CIRURGICO DE BLEFAROCALASE	R\$ 100,36	R\$ 100,36		
04.05.03.010	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEISCENCIA DE SUTURA DE ESCLERA	R\$ 167,63	R\$ 167,63		
04.05.03.011	TRATAMENTO CIRURGICO DE MIIASE PALPEBRAL	R\$ 24,12	R\$ 24,12		
Classificação	Descrição	Val. Tabela 4	Val Tabela 5		
04.05.03.012	TRATAMENTO CIRURGICO DE NEOPLASIA DE ESCLERA	R\$ 272,63	R\$ 272,63		

04.05.05.036	TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO	R\$ 175,19	R\$ 175,19		
04.05.04.020	TRATAMENTO CIRURGICO DE PTOSE PALPEBRAL	R\$ 472,72	R\$ 472,72		
04.05.01.019	TRATAMENTO CIRURGICO DE TRIQUIASE C/ OU S/ ENXERTO	R\$ 293,35	R\$ 293,35		
04.05.04.019	TRATAMENTO CIRURGICO DE XANTELASMA	R\$ 122,45	R\$ 122,45		
03.03.05.024	TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE DOENÇA DE RETINA II	R\$ 659,77	R\$ 659,77		
02.05.02.008	ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR/ORBITA (MONOCULAR)	R\$ 41,23	R\$ 70,53		
04.05.03.013	VITRECTOMIA ANTERIOR	R\$ 353,11	R\$ 353,11		
04.05.03.015	VITRIOLISE A YAG LASER	R\$ 47,33	R\$ 47,33		

ORTOPEDIA

Classificação	Descrição	Val. Tabela 4	Val Tabela 5	Val. Tabela 19	
03.01.01.007	CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	R\$ 53,54	R\$ 60,24		
03.03.09.003	INFILTRACAO DE SUBSTANCIAS EM CAVIDADE SINOVIAL (ARTICULACAO, BAINHA TENDINOSA)	R\$ 33,23	R\$ 33,23		
90.10.01.042	INCREMENTO PARA CIRURGIA DE FRATURA DE COLUNA CERVICAL PARTE CIRURGIÃO (CORRESPONDE 04.08.03.074-7 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA NIVEL C1 - C2 POR VIA ANTERIOR (OSTEOSSINTESE)			R\$ 883,51	
90.10.01.043	INCREMENTO PARA CIRURGIA DE FRATURA DE COLUNA VERTEBRAL PARTE CIRURGIÃO (CORRESPONDENTE 03.03.04.023-8 - TRATAMENTO DE FRATURA DA COLUNA VERTEBRAL C/ LESÃO DA MEDULA ESPINHAL)			R\$ 883,51	
90.10.01.047	INCREMENTO PARA BLOQUEIO DE COLUNA/RIZOTOMIA PARTE CIRURGIAO (CORREPENDENTE 04.03.05.015-4 - TRATAMENTO DE LESAO DO SISTEMA NEUROVEGETATIVO POR AGENTES QUIMICOS)			R\$ 368,13	
90.10.01.025	INCREMENTO PARA CIRURGIA DE AMPUTAÇÃO DE DEDO			R\$ 136,73	
90.10.01.027	INCREMENTO PARA CIRURGIA DE AMPUTAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES			R\$ 315,54	
90.10.01.026	INCREMENTO PARA CIRURGIA DE AMPUTAÇÃO E DESARTICULAÇÃO DE PÉ			R\$ 157,77	
90.10.01.033	INCREMENTO PARA CIRURGIA DE ARTRODESE ANTETIOR VARIOS NIVEIS PARTE CIRURGIÃO (CORRESPONDENTE 04.08.03.025-9 - ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA ANTERIOR, TRES NIVEIS,)			R\$ 883,51	
90.10.01.035	INCREMENTO PARA CIRURGIA DE ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR UM NIVEL PARTE CIRURGIÃO (CORRESPONDENTE - 04.08.03.011-9 - ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR UM NÍVEL)			R\$ 883,51	
90.10.01.036	INCREMENTO PARA CIRURGIA DE ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR VARIOS NIVEIS PARTE CIRURGIÃO (CORRESPONDENTE - 04.08.03.009-7 - ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR CINCO NÍVEIS			R\$ 883,51	
90.10.01.038	INCREMENTO PARA CIRURGIA DE ARTRODESE CERVICAL POSTEIROR VARIOS NIVEIS PARTE CIRURGIÃO (CORRESPONDENTE - 04.08.03.004-6 - ARTRODESE CERVICAL / CERVICO-TORÁCICA POSTERIOR SEIS NÍVEIS)			R\$ 883,51	
90.10.01.037	INCREMENTO PARA CIRURGIA DE ARTRODESE CERVICAL POSTERIOR UM NIVEL PARTE CIRURGIÃO (CORRESPONDENTE - 04.08.03.002-0 - ARTRODESE CERVICAL / CERVICO-TORÁCICA POSTERIOR UM NÍVEL)			R\$ 883,51	
Classificação	Descrição	Val. Tabela 4	Val Tabela 5	Val. Tabela 19	

90.10.01.031	INCREMENTO PARA CIRURGIA DE ARTRODESE LOMBAR ANTERIOR ÚNICO NÍVEL PARTE CIRURGIÃO (CORRESPONDENTE - 04.08.03.023-2 - ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA ANTERIOR UM NÍVEL)			R\$ 883,51	
90.10.01.034	INCREMENTO PARA CIRURGIA DE ARTRODESE LOMBAR POSTERIOR VARIOS NIVEIS PARTE CIRURGIÃO (CORRESPONDENTE - 04.08.03.032-1 - ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR, SETE NIVEIS.)			R\$ 883,51	
90.10.01.032	INCREMENTO PARA CIRURGIA DE ARTRODESE LOMBAR ÚNICO NÍVEL POSTERIOR PARTE CIRURGIÃO (CORRESPONDENTE - 04.08.03.026-7- ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR UM NÍVEL)			R\$ 883,51	
90.10.01.045	INCREMENTO PARA CIRURGIA DE DISCECTOMIA ANTERIOR PARTE CIRURGIAO (CORRESPONDENTE 04.08.03.046-1 - DISCECTOMIA TORACO-LOMBO-SACRA POR VIA ANTERIOR (1 NÍVEL)			R\$ 883,51	
90.10.01.044	INCREMENTO PARA CIRURGIA DE DISCECTOMIACERVICAL ANTERIOR PARTE CIRURGIAO (CORRESPONDENTE 04.08.03.043-7 - DISCECTOMIA CERVICAL POR VIA ANTERIOR (1 NÍVEL)			R\$ 883,51	
90.10.01.019	INCREMENTO PARA CIRURGIA DE OMBRO-MANGUITO ROTADOR - SERVIÇOS MÉDICOS DE ORTOPEDIA			R\$ 883,51	
90.10.01.046	INCREMENTO PARA CIRURGIA DESCOMPRESSIVA PARTE CIRURGIAO (CORRESPONDENTE 04.03.02.011-5 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE NEUROPATIA COMPRESSIVA COM OU SEM MICROCIRÚRGIA			R\$ 883,51	
90.10.01.062	INCREMENTO PARA CIRURGIA DESCOMPRESSIVA PARTE HOSPITAL (CORRESPONDENTE 04.03.02.011-5 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE NEUROPATIA COMPRESSIVA COM OU SEM MICROCIRÚRGIA			R\$ 999,21	
90.10.01.041	INCREMENTO PARA CIRURGIA DISCECTOMIA ANTERIOR PARTE CIRURGIÃO (04.08.03.043-7 - DISCECTOMIA CERVICAL POR VIA ANTERIOR - 1 NÍVEL)			R\$ 883,51	
90.10.01.057	INCREMENTO PARA CIRURGIA DISCECTOMIA ANTERIOR PARTE HOSPITAL (04.08.03.043-7 - DISCECTOMIA CERVICAL POR VIA ANTERIOR - 1 NÍVEL)			R\$ 999,21	
90.10.01.040	INCREMENTO PARA CIRURGIA DISCECTOMIA POSTERIOR PARTE CIRURGIÃO (CORRESPONDE - 04.08.03.039-9 - DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (UM NÍVEL)			R\$ 883,51	
90.10.01.056	INCREMENTO PARA CIRURGIA DISCECTOMIA POSTERIOR PARTE CIRURGIÃO (CORRESPONDE - 04.08.03.039-9 - DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (UM NÍVEL)			R\$ 999,21	

OTORRINOLARINGOLOGIA

Classificação	Descrição	Val. Tabela 4	Val Tabela 5		
02.11.07.004	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA)	R\$ 26,34	R\$ 30,29		
90.04.01.073	AUDIOMETRIA VOCAL		R\$ 26,34		
02.01.01.019	BIOPSIA DE FARINGE/LARINGE	R\$ 22,68			
02.01.01.037	BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES	R\$ 36,68			
02.01.01.052	BIOPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA	R\$ 30,62			
03.01.01.007	CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	R\$ 53,54	R\$ 60,24		
04.04.01.005	DRENAGEM DE ABSCESSO FARINGEO	R\$ 23,73	R\$ 23,73		
04.04.01.007	DRENAGEM DE FURUNCULO NO CONDUTO AUDITIVO EXTERNO	R\$ 23,73			
Classificação	Descrição	Val. Tabela 4	Val Tabela 5		

04.04.01.009	DUCHA DE POLITZER (UNI / BILATERAL)	R\$ 11,86	R\$ 11,86		
04.04.02.009	EXCISAO E SUTURA DE LESAO NA BOCA	R\$ 39,76	R\$ 29,45		
04.01.01.008	FRENECTOMIA		R\$ 11,31		
02.11.07.020	IMITANCIOMETRIA	R\$ 60,53	R\$ 69,61		
04.04.01.027	REMOCAO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO UNI / BILATERAL	R\$ 7,06	R\$ 7,06		
04.04.01.031	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO / FARINGE / LARINGE / NARIZ	R\$ 33,14	R\$ 33,14		
04.04.01.034	TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR E/OU POSTERIOR	R\$ 14,15	R\$ 14,15		
02.11.07.035	TESTE VESTIBULARES / OTONEUROLÓGICOS		R\$ 189,32		
04.04.01.041	TURBINECTOMIA	R\$ 48,11	R\$ 48,11		
02.09.04.004	VIDEOLARINGOSCOPIA	R\$ 68,37	R\$ 68,37		

PATOLOGIA CLINICA/ MEDICINA LABORATORIAL					
Classificação	Descrição	Val. Tabela 4	Val Tabela 5		
90.04.01.043	ANÁLISE DE MATERIAL (ANATOMO PATOLOGICO)		R\$ 26,41		
02.03.01.008	EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA-RASTREAMENTO		R\$ 11,17		
90.04.01.072	EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO VAGINAL		R\$ 11,17		
02.03.01.001	EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA		R\$ 9,96		
90.04.01.223	EXAME CITOPATOLÓGICO PARA RASTREAMENTO DE CÂNCER DE COLO UTERINO		R\$ 11,17		
90.04.01.050	RETIRADA DE MATERIAL PARA ANATOMO-PATOLOGICO	R\$ 19,76	R\$ 19,76		
90.04.01.270	ANATOMOPATOLOGICO GASTRICO COM PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI		R\$ 40,00		

PATOLOGIA					
Classificação	Descrição	Val. Tabela 3	Val Tabela 14		
02.02.01.078	ACIDEZ TITULAVEL NO LEITE HUMANO (DORNIC)		R\$ 3,20		
02.02.09.001	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES		R\$ 1,99		
02.02.09.002	ADENOGRAMA		R\$ 6,09		
02.02.05.001	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$ 3,89	R\$ 3,89		
02.02.10.006	ANÁLISE DE DNA PELA TÉCNICA DE SOUTHERN BLOT		R\$ -		
02.02.10.007	ANÁLISE DE DNA POR MLPA		R\$ -		
02.02.08.001	ANTIBIOGRAMA	R\$ 5,24	R\$ 5,24		
Classificação	Descrição	Val. Tabela 3	Val Tabela 14		

02.02.08.002	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA		R\$ 14,02		
90.04.01.103	ANTIBIOGRAMA III		R\$ 7,07		
02.02.08.003	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS		R\$ 14,02		
02.02.08.005	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	R\$ 4,42	R\$ 4,42		
02.02.08.006	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	R\$ 4,42	R\$ 4,42		
02.02.08.004	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNOSTICA)	R\$ 4,42	R\$ 4,42		
02.02.08.007	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	R\$ 2,95	R\$ 2,95		
90.04.01.101	BHCG QUANTITATIVO		R\$ 11,24		
02.02.09.003	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA		R\$ 4,55		
02.02.09.004	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS		R\$ 4,55		
02.02.02.001	CITOQUIMICA HEMATOLOGICA		R\$ 6,82		
02.02.05.002	CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 3,69	R\$ 3,69		
02.02.05.003	CLEARANCE DE FOSFATO		R\$ 3,69		
02.02.05.004	CLEARANCE DE UREIA	R\$ 3,69	R\$ 3,69		
02.02.01.001	CLEARANCE OSMOLAR		R\$ 3,69		
90.02.01.004	COAGULOGRAMA TEM SANG PROVA LACO RET COAG CONT PLAQ. - HEMATOLOGIA	R\$ 7,26			
90.02.01.001	COLESTEROL VLDL - BIOQUIMICA	R\$ 4,41			
02.02.05.005	CONTAGEM DE ADDIS		R\$ 2,15		
02.02.03.001	CONTAGEM DE LINFOCITOS B		R\$ 15,78		
02.02.03.002	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8		R\$ 15,78		
02.02.03.003	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS		R\$ 15,78		
02.02.02.002	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 2,87	R\$ 2,87		
02.02.02.003	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$ 2,87	R\$ 2,87		
02.02.09.005	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR		R\$ 1,99		
02.02.09.006	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR		R\$ 1,99		
02.02.08.008	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$ 5,91	R\$ 5,91		
02.02.08.009	CULTURA DO LEITE HUMANO (POS-PASTEURIZACAO)		R\$ 5,91		
02.02.08.010	CULTURA P/ HERPESVIRUS		R\$ 4,55		
02.02.08.011	CULTURA PARA BAAR		R\$ 5,92		
90.02.01.022	CULTURA PARA BACTERIAS		R\$ 5,90		
Classificação	Descrição	Val. Tabela 3	Val Tabela 14		

02.02.08.012	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS		R\$ 10,78		
02.02.08.008	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$ 5,91			
02.02.08.013	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS		R\$ 4,41		
02.02.03.004	DETECCAO DE ACIDOS NUCLEICOS DO HIV-1 (QUALITATIVO)		R\$ 68,37		
02.02.03.125	DETECÇÃO DE RNA DO HTLV-1		R\$ 68,37		
02.02.03.005	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)		R\$ 100,97		
02.02.11.001	DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)		R\$ 9,26		
02.02.11.013	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM DEFICIENCIA DE BIOTINIDASE		R\$ 69,42		
02.02.11.002	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)		R\$ 69,42		
02.02.11.012	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HIPERPLASIA ADRENAL CONGENITA		R\$ 69,42		
02.02.11.003	DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)		R\$ 69,42		
02.02.12.001	DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS		R\$ 11,20		
02.02.01.002	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO		R\$ 2,11		
02.02.10.001	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TECNICA DE BANDAS)		R\$ 355,96		
02.02.10.002	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS)		R\$ 34,16		
02.02.10.003	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)		R\$ 355,96		
02.02.03.006	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)		R\$ 9,73		
02.02.01.077	DETERMINACAO DE CREMATOCRITO NO LEITE HUMANO ORDENHADO		R\$ 1,61		
02.02.01.003	DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS		R\$ 16,46		
02.02.02.004	DETERMINACAO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR		R\$ 2,87		
02.02.01.004	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	R\$ 3,82	R\$ 3,82		
02.02.01.005	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (5 DOSAGENS)		R\$ 6,89		
02.02.01.006	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)		R\$ 3,87		
02.02.01.007	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	R\$ 10,52	R\$ 10,52		
02.02.02.005	DETERMINACAO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)		R\$ 2,87		
02.02.03.007	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	R\$ 2,98	R\$ 2,98		
02.02.09.007	DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO		R\$ 6,90		
02.02.06.001	DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE		R\$ 13,19		
02.02.05.006	DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE		R\$ 3,89		
02.02.01.008	DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE		R\$ 3,69		
Classificação	Descrição	Val. Tabela 3	Val Tabela 14		

02.02.06.002	DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3		R\$ 13,19		
02.02.02.006	DETERMINACAO DE SULFO-HEMOGLOBINA		R\$ 2,87		
02.02.06.003	DETERMINACAO DE T3 REVERSO		R\$ 15,45		
02.02.02.007	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	R\$ 2,87	R\$ 2,87		
02.02.02.008	DETERMINACAO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA		R\$ 2,87		
02.02.02.010	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY		R\$ 9,47		
02.02.02.009	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	R\$ 2,87	R\$ 2,87		
02.02.02.011	DETERMINACAO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS		R\$ 6,09		
02.02.02.012	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA		R\$ 3,00		
02.02.02.013	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$ 6,07	R\$ 6,07		
02.02.02.014	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 2,87	R\$ 2,87		
02.02.02.015	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTACAO (VHS)	R\$ 2,87	R\$ 2,87		
02.02.12.002	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,44	R\$ 1,44		
02.02.03.008	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 9,73	R\$ 9,73		
90.04.01.085	DOSAGEM ANTICORPOS ANTINEUTRÓFILOS - ANCA		R\$ 34,11		
02.02.11.010	DOSAGEM DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SANGUE EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)		R\$ 5,78		
02.02.03.119	DOSAGEM DA FRACAO C1Q DO COMPLEMENTO		R\$ 18,05		
02.02.11.009	DOSAGEM DE 17 HIDROXI PROGESTERONA EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)		R\$ 8,41		
02.02.06.004	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPIGESTERONA		R\$ 10,73		
02.02.06.005	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS		R\$ 7,07		
02.02.06.006	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES		R\$ 7,07		
02.02.01.076	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D		R\$ 16,03		
02.02.01.009	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE		R\$ 3,69		
02.02.01.010	DOSAGEM DE ACETONA		R\$ 1,95		
02.02.06.007	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)		R\$ 7,07		
02.02.01.011	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO		R\$ 2,11		
02.02.07.001	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO		R\$ 2,17		
02.02.07.002	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO		R\$ 2,35		
02.02.07.003	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO		R\$ 3,87		
02.02.07.004	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO		R\$ 2,15		
Classificação	Descrição	Val. Tabela 3	Val Tabela 14		

02.02.01.012	DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$ 1,95	R\$ 1,95		
02.02.07.005	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO		R\$ 16,46		
02.02.01.013	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO		R\$ 9,47		
02.02.06.008	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)		R\$ 14,85		
02.02.07.006	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE		R\$ 3,69		
02.02.07.007	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO		R\$ 2,11		
02.02.01.014	DOSAGEM DE ALDOLASE		R\$ 3,87		
02.02.06.009	DOSAGEM DE ALDOSTERONA		R\$ 12,51		
02.02.01.015	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA		R\$ 3,87		
02.02.01.016	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA		R\$ 3,87		
02.02.01.017	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA		R\$ 3,87		
02.02.03.009	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA		R\$ 15,84		
02.02.07.008	DOSAGEM DE ALUMINIO		R\$ 28,92		
02.02.01.018	DOSAGEM DE AMILASE	R\$ 2,37	R\$ 2,37		
02.02.07.009	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS		R\$ 10,52		
02.02.01.019	DOSAGEM DE AMONIA		R\$ 3,69		
02.02.06.010	DOSAGEM DE AMP CICLICO		R\$ 12,63		
02.02.06.011	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA		R\$ 12,13		
02.02.07.010	DOSAGEM DE ANFETAMINAS		R\$ 10,52		
90.02.01.012	DOSAGEM DE ANTI - CITRULINA		R\$ 61,00		
02.02.02.016	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE		R\$ 4,32		
90.04.01.081	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTI CENTROMERO		R\$ 18,36		
02.02.03.118	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINASE RECOMBINANTE HUMANO IGA		R\$ 19,51		
02.02.07.011	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS		R\$ 10,52		
90.02.01.030	DOSAGEM DE ANTI-GAD		R\$ 47,24		
90.02.01.043	DOSAGEM DE ANTIGENO HLA-B27, PESQUISA PCR		R\$ 65,61		
02.02.03.010	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)		R\$ 17,27		
90.02.01.061	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO LIVRE		R\$ 19,93		
02.02.02.017	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III		R\$ 6,82		
02.02.07.012	DOSAGEM DE BARBITURATOS		R\$ 13,81		
Classificação	Descrição	Val. Tabela 3	Val Tabela 14		

02.02.07.013	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS		R\$ 14,18		
02.02.03.011	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA		R\$ 14,25		
02.02.01.020	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$ 2,11	R\$ 2,11		
90.02.01.013	DOSAGEM DE CA 15-3		R\$ 19,25		
90.02.01.014	DOSAGEM DE CA 19-9		R\$ 19,25		
02.02.07.014	DOSAGEM DE CADMIO		R\$ 6,89		
02.02.01.021	DOSAGEM DE CALCIO	R\$ 1,95	R\$ 1,95		
02.02.01.022	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	R\$ 3,69	R\$ 3,69		
02.02.06.012	DOSAGEM DE CALCITONINA		R\$ 15,12		
90.04.01.155	DOSAGEM DE CALPROTECTINA	R\$ 105,18	R\$ 105,18		
02.02.07.015	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA		R\$ 18,44		
02.02.07.016	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA		R\$ 4,32		
02.02.01.023	DOSAGEM DE CAROTENO		R\$ 2,11		
02.02.01.024	DOSAGEM DE CATECOLAMINAS		R\$ -		
02.02.01.025	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA		R\$ 3,87		
02.02.07.017	DOSAGEM DE CHUMBO		R\$ 9,29		
02.02.07.018	DOSAGEM DE CICLOSPORINA		R\$ 61,65		
02.02.05.008	DOSAGEM DE CITRATO		R\$ 2,11		
02.02.01.026	DOSAGEM DE CLORETO		R\$ 1,95		
02.02.11.014	DOSAGEM DE CLORETO NO SUOR		R\$ 157,77		
02.02.07.019	DOSAGEM DE COBRE		R\$ 3,69		
02.02.01.027	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$ 3,69	R\$ 3,69		
02.02.01.028	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$ 3,69	R\$ 3,69		
02.02.01.029	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$ 1,95	R\$ 1,95		
02.02.01.030	DOSAGEM DE COLINESTERASE	R\$ 3,87	R\$ 3,87		
02.02.03.012	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3		R\$ 18,05		
02.02.03.013	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4		R\$ 18,05		
02.02.06.013	DOSAGEM DE CORTISOL		R\$ 10,37		
90.02.01.048	DOSAGEM DE CORTISOL LIVRE URINÁRIO		R\$ 13,67		
02.02.01.031	DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 1,95	R\$ 1,95		
Classificação	Descrição	Val. Tabela 3	Val Tabela 14		

02.02.09.008	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO		R\$ 1,99		
02.02.01.032	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)		R\$ 3,87		
02.02.01.033	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB		R\$ 4,33		
02.02.03.014	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA		R\$ 2,98		
90.04.01.088	DOSAGEM DE CROMO		R\$ 15,78		
02.02.06.014	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)		R\$ 11,83		
02.02.01.034	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA		R\$ 3,69		
02.02.01.035	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA		R\$ 3,69		
02.02.01.036	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA		R\$ 3,87		
02.02.01.037	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)		R\$ 3,87		
02.02.07.020	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)		R\$ 9,43		
02.02.06.015	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)		R\$ 12,32		
90.04.01.143	DOSAGEM DE DIMERO-D		R\$ 47,33		
90.02.01.042	DOSAGEM DE ENDOMÍCIO, ANTICORPOS IgA		R\$ 31,49		
90.04.01.062	DOSAGEM DE ENDOMÍCIO, ANTICORPOS IgG		R\$ 31,49		
90.04.01.063	DOSAGEM DE ENDOMÍCIO, ANTICORPOS IgM		R\$ 31,49		
02.02.04.001	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL		R\$ 1,74		
02.02.06.016	DOSAGEM DE ESTRADIOL		R\$ 10,68		
02.02.06.017	DOSAGEM DE ESTRIOL		R\$ 12,15		
02.02.06.018	DOSAGEM DE ESTRONA		R\$ 11,70		
02.02.07.021	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA		R\$ 16,46		
02.02.02.018	DOSAGEM DE FATOR II		R\$ 5,59		
02.02.02.019	DOSAGEM DE FATOR IX		R\$ 8,00		
02.02.02.020	DOSAGEM DE FATOR V		R\$ 4,98		
02.02.02.021	DOSAGEM DE FATOR VII		R\$ 8,51		
02.02.02.022	DOSAGEM DE FATOR VIII		R\$ 6,97		
02.02.02.023	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)		R\$ 15,78		
02.02.02.024	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)		R\$ 19,89		
02.02.02.025	DOSAGEM DE FATOR X		R\$ 7,00		
02.02.02.026	DOSAGEM DE FATOR XI		R\$ 9,58		
Classificação	Descrição	Val. Tabela 3	Val Tabela 14		

02.02.02.027	DOSAGEM DE FATOR XII		R\$ 11,05		
02.02.02.028	DOSAGEM DE FATOR XIII		R\$ 7,00		
02.02.11.004	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)		R\$ 5,78		
02.02.11.005	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4		R\$ 12,73		
02.02.11.006	DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECCAO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)		R\$ 21,98		
02.02.07.022	DOSAGEM DE FENITOINA		R\$ 37,04		
02.02.07.023	DOSAGEM DE FENOL		R\$ 2,16		
02.02.01.038	DOSAGEM DE FERRITINA		R\$ 16,40		
02.02.01.039	DOSAGEM DE FERRO SERICO		R\$ 3,69		
02.02.02.029	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO		R\$ 4,84		
02.02.01.040	DOSAGEM DE FOLATO		R\$ 16,46		
02.02.07.024	DOSAGEM DE FORMALDEIDO		R\$ 3,69		
02.02.09.022	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA NO ESPERMA		R\$ 2,11		
02.02.01.041	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL		R\$ 2,11		
02.02.01.042	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 2,11	R\$ 2,11		
02.02.09.009	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA		R\$ 2,11		
02.02.01.043	DOSAGEM DE FOSFORO	R\$ 1,95	R\$ 1,95		
02.02.01.044	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA		R\$ 2,11		
02.02.09.010	DOSAGEM DE FRUTOSE		R\$ 2,11		
02.02.09.011	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA		R\$ 2,11		
02.02.01.045	DOSAGEM DE GALACTOSE		R\$ 3,69		
02.02.01.046	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 3,69	R\$ 3,69		
02.02.06.019	DOSAGEM DE GASTRINA		R\$ 14,88		
90.04.01.064	DOSAGEM DE GLIADINA, ANTICORPOS IgG		R\$ 26,24		
90.04.01.065	DOSAGEM DE GLIADINA, ANTICORPOS IgM		R\$ 20,99		
02.02.01.047	DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 1,95	R\$ 1,95		
02.02.09.012	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES		R\$ 1,99		
02.02.01.048	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE		R\$ 3,87		
02.02.06.020	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA		R\$ 16,15		
02.02.06.021	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$ 8,26	R\$ 8,26		
Classificação	Descrição	Val. Tabela 3	Val Tabela 14		

02.02.04.002	DOSAGEM DE GORDURA FECAL		R\$ 3,20		
02.02.01.049	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA		R\$ 3,87		
02.02.02.030	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$ 1,61	R\$ 1,61		
02.02.02.031	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC		R\$ 2,87		
02.02.02.032	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL		R\$ 2,87		
02.02.01.050	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA		R\$ 8,27		
02.02.02.033	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA		R\$ 2,87		
02.02.01.051	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA		R\$ 3,87		
90.04.01.082	DOSAGEM DE HOMOCISTEINA		R\$ 14,20		
02.02.06.022	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)		R\$ 10,74		
02.02.06.023	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)		R\$ 8,30		
02.02.06.024	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)		R\$ 9,43		
02.02.06.025	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)		R\$ 9,42		
90.04.01.090	DOSAGEM DE IGFB3 - PROTEÍNA LIGADORA DE IGF-1		R\$ 13,94		
02.02.03.015	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)		R\$ 18,05		
02.02.03.016	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)		R\$ 9,73		
02.02.03.017	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IGG)		R\$ -		
02.02.03.018	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)		R\$ 18,05		
02.02.03.019	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE		R\$ 9,73		
02.02.06.026	DOSAGEM DE INSULINA		R\$ 10,70		
02.02.01.052	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE		R\$ 3,69		
02.02.01.053	DOSAGEM DE LACTATO		R\$ 3,87		
02.02.01.054	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE		R\$ 3,69		
02.02.01.055	DOSAGEM DE LIPASE		R\$ 2,37		
02.02.07.025	DOSAGEM DE LITIO		R\$ 2,37		
02.02.01.056	DOSAGEM DE MAGNESIO		R\$ 2,11		
02.02.07.026	DOSAGEM DE MERCURIO		R\$ 2,15		
02.02.07.028	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA		R\$ 10,52		
02.02.07.027	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA		R\$ 4,32		
90.02.01.018	DOSAGEM DE METANEFRINAS URINARIAS		R\$ 28,40		
Classificação	Descrição	Val. Tabela 3	Val Tabela 14		

02.02.07.029	DOSAGEM DE METOTREXATO		R\$ 10,52		
02.02.05.009	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA		R\$ 8,54		
02.02.01.057	DOSAGEM DE MUÇO-PROTEÍNAS		R\$ 2,11		
02.02.05.010	DOSAGEM DE OXALATO		R\$ 3,87		
02.02.06.027	DOSAGEM DE PARATORMONIO		R\$ 45,36		
02.02.06.028	DOSAGEM DE PEPTÍDEO C		R\$ 16,15		
02.02.01.058	DOSAGEM DE PIRUVATO		R\$ 3,87		
02.02.02.034	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO		R\$ 4,32		
02.02.01.059	DOSAGEM DE PORFIRINAS		R\$ 3,69		
02.02.01.060	DOSAGEM DE POTASSIO		R\$ 1,95		
02.02.06.029	DOSAGEM DE PROGESTERONA		R\$ 10,75		
02.02.06.030	DOSAGEM DE PROLACTINA		R\$ 10,68		
90.04.01.083	DOSAGEM DE PROTEÍNA C FUNCIONAL		R\$ 41,99		
02.02.03.020	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA		R\$ 2,98		
90.04.01.084	DOSAGEM DE PROTEINA S FUNCIONAL		R\$ 69,13		
02.02.05.011	DOSAGEM DE PROTEÍNAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$ 2,15	R\$ 2,15		
02.02.09.013	DOSAGEM DE PROTEÍNAS NO LÍQUIDO SINOVIAL E DERRAMES		R\$ 1,99		
02.02.01.061	DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS		R\$ 1,47		
02.02.01.062	DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRACÕES	R\$ 1,95	R\$ 1,95		
02.02.07.030	DOSAGEM DE QUINIDINA		R\$ 10,52		
02.02.06.031	DOSAGEM DE RENINA		R\$ 13,87		
02.02.07.031	DOSAGEM DE SALICILATOS		R\$ 2,11		
90.04.01.092	DOSAGEM DE SEROTONINA		R\$ 34,11		
90.02.01.031	DOSAGEM DE SHBG - GLOBULINA TRANSP. HORMONIOS SEXUAIS		R\$ 26,24		
02.02.01.063	DOSAGEM DE SODIO		R\$ 1,95		
02.02.09.014	DOSAGEM DE SODIO E CLORO NO SUOR (C/ COLETA)		R\$ -		
02.02.06.032	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)		R\$ 16,15		
02.02.06.033	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)		R\$ 13,79		
02.02.07.032	DOSAGEM DE SULFATOS		R\$ 3,69		
02.02.07.033	DOSAGEM DE TEOFILINA		R\$ 16,46		
Classificação	Descrição	Val. Tabela 3	Val Tabela 14		

02.02.06.034	DOSAGEM DE TESTOSTERONA		R\$ 10,97		
02.02.06.035	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE		R\$ 13,79		
02.02.07.034	DOSAGEM DE TIOCIANATO		R\$ 3,87		
02.02.06.036	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA		R\$ 16,15		
02.02.06.037	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)		R\$ 9,21		
02.02.06.038	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)		R\$ 12,20		
90.04.01.091	DOSAGEM DE TOXOPLASMOSE AVIDEZ IgG		R\$ 21,04		
90.02.01.027	DOSAGEM DE TRAB ANTI RECEPTORES DE TSH		R\$ 28,89		
02.02.01.064	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$ 2,11	R\$ 2,11		
02.02.01.065	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$ 2,11	R\$ 2,11		
02.02.01.066	DOSAGEM DE TRANSFERRINA		R\$ 4,33		
02.02.01.067	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$ 3,69	R\$ 3,69		
02.02.06.039	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)		R\$ 9,16		
90.04.01.102	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA LIVRE (T3 LIVRE)		R\$ 9,18		
02.02.11.007	DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)		R\$ 5,78		
02.02.01.068	DOSAGEM DE TRIPTOFANO		R\$ 3,69		
02.02.03.120	DOSAGEM DE TROPONINA		R\$ 9,47		
02.02.11.008	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)		R\$ 13,88		
02.02.01.069	DOSAGEM DE UREA	R\$ 1,95	R\$ 1,95		
90.02.01.020	DOSAGEM DE VITAMINA A		R\$ 70,86		
90.04.01.087	DOSAGEM DE VITAMINA B1		R\$ 110,44		
02.02.01.070	DOSAGEM DE VITAMINA B12		R\$ 16,03		
90.04.01.086	DOSAGEM DE VITAMINA E		R\$ 52,50		
02.02.07.035	DOSAGEM DE ZINCO		R\$ 16,46		
02.02.03.121	DOSAGEM DO ANTIGENO CA 125		R\$ 14,04		
02.02.05.012	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS		R\$ 3,20		
02.02.11.011	DOSAGEM QUANTITATIVA DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SORO		R\$ 144,10		
02.02.10.016	DOSAGEM QUANTITATIVA DE ÁCIDOS ORGÂNICOS		R\$ -		
02.02.10.015	DOSAGEM QUANTITATIVA DE AMINOÁCIDOS		R\$ -		
02.02.10.014	DOSAGEM QUANTITATIVA DE CARNITINA, PERFIL DE ACILCARNITINAS		R\$ -		
Classificação	Descrição	Val. Tabela 3	Val Tabela 14		

02.02.02.035	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA		R\$ 5,69		
02.02.01.071	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS		R\$ 3,87		
02.02.01.072	ELETROFORESE DE PROTEINAS		R\$ 4,65		
02.02.09.015	ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR		R\$ 5,50		
02.02.10.018	ENSAIOS ENZIMATICOS EM ERITROCITOS PARA DIAGNOSTICO DE ERROS INATOS DO METABOLISMO		R\$ -		
02.02.10.019	ENSAIOS ENZIMATICOS EM TECIO CULTIVADO PARA DIAGNOSTICO DE ERROS INATOS DO METABOLISMO		R\$ -		
02.02.10.017	ENSAIOS ENZIMATICOS NO PLASMA E LECÓCITOS PARA DIAGNOSTICO DE ERROS INATOS DO METABOLISMO		R\$ -		
02.02.02.036	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	R\$ 2,87	R\$ 2,87		
02.02.09.016	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO		R\$ 6,90		
02.02.09.017	ESPLENOGRAMA		R\$ 6,09		
02.02.04.003	EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL		R\$ 3,20		
02.02.09.018	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS		R\$ 1,99		
02.02.03.122	EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER I		R\$ 84,14		
02.02.03.123	EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER II		R\$ 126,22		
02.02.08.014	EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)	R\$ 2,95	R\$ 2,95		
02.11.04.003	EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO DO CONTEUDO CERVICO-VAGINAL	R\$ 2,95	R\$ 2,95		
02.02.05.013	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS		R\$ 3,89		
02.02.12.003	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR		R\$ 11,20		
02.02.10.009	FISH EM METÁFASE OU NÚCLEO INTERFÁSICO, POR DOENÇA		R\$ -		
02.02.10.005	FOCALIZAÇÃO ISOELETRICA DA TRANSFERRINA		R\$ -		
02.02.01.073	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)		R\$ 16,46		
02.02.03.021	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C		R\$ 313,94		
02.02.03.124	GENOTIPAGEM DO HIV		R\$ -		
02.02.02.037	HEMATOCRITO	R\$ 1,61	R\$ 1,61		
02.02.08.015	HEMOCULTURA	R\$ 4,32	R\$ 12,09		
02.02.02.038	HEMOGRAMA COMPLETO		R\$ 4,32		
02.02.08.016	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS		R\$ 5,92		
02.02.10.010	IDENTIFICAÇÃO DE ALTERAÇÃO CROMOSÔNICA SUBMICROSCOPICA POR ARRAY-CGH		R\$ -		
02.02.12.004	IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS		R\$ 11,20		
02.02.04.004	IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS		R\$ 1,74		
Classificação	Descrição	Val. Tabela 3	Val Tabela 14		

02.02.05.007	IDENTIFICACAO DE GLICIDIOS URINARIOS POR CROMATOGRAFIA (CAMADA DELGADA)		R\$ 3,89		
02.02.10.012	IDENTIFICAÇÃO DE GLICOSAMINOGLICANOS URINÁRIOS POR CROMATOGRAFIA EM CAMADA DELGADA, ELETROFORESE E DOSAGEM QUANTITATIVA		R\$ -		
02.02.10.011	IDENTIFICAÇÃO DE MUTAÇÃO POS SEQUENCIAMENTO POR AMPLICON ATÉ 500 PARES DE BASES		R\$ -		
02.02.10.008	IDENTIFICAÇÃO DE MUTAÇÃO/REARRANJOS POR PCR, PCR SENSÍVEL A METILAÇÃO QPCR E QPCR SENSÍVEL A METILAÇÃO		R\$ -		
02.02.10.013	IDENTIFICAÇÃO DE OLIGOSSACARIDEOS E SIALOSSACARIDEOS POR CROMATOGRAFIA (CAMADA DELGADA)		R\$ -		
02.02.03.022	IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS		R\$ 18,05		
02.02.03.023	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)		R\$ 84,14		
02.02.03.024	INTRADERMORREACAO COM DERIVADO PROTEICO PURIFICADO (PPD)		R\$ -		
02.02.02.039	LEUCOGRAMA		R\$ 2,87		
90.02.01.002	LIPIDOGRAMA COMPLET LIPID TOT COLEST TRIGL ELTROF PROTEINA -BIOQUIMICA		R\$ 19,63		
90.02.01.007	MANTOUX ID REACAO INTRADERMICA - IMUNOLOGIA		R\$ 4,40		
90.02.01.026	PERFIL LIPIDIO		R\$ 19,63		
02.02.09.019	MIELOGRAMA		R\$ 6,09		
90.02.01.058	MONONUCLEOSE (MONOTESTE)		R\$ 25,09		
02.02.08.017	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI		R\$ 4,55		
02.02.05.014	PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA)		R\$ 3,89		
02.02.05.015	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA		R\$ 2,15		
02.02.05.016	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA		R\$ 3,89		
02.02.03.025	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA		R\$ 10,52		
02.02.03.026	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA		R\$ 10,52		
02.02.03.037	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS		R\$ 9,73		
02.02.03.038	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS		R\$ 10,52		
02.02.03.039	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	R\$ 9,73	R\$ 9,73		
02.02.03.040	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS		R\$ 3,89		
02.02.03.041	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO		R\$ 6,13		
02.02.03.042	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA)		R\$ 10,52		
02.02.03.126	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORPOS ANTI-HTLV-A (WESTERN-BLOT)		R\$ 89,40		
02.02.03.043	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEIX SUPRARENAL		R\$ 18,05		
02.02.03.027	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA		R\$ 9,12		
Classificação	Descrição	Val. Tabela 3	Val Tabela 14		

02.02.03.044	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS		R\$ 9,73		
02.02.03.045	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)		R\$ 10,52		
02.02.03.046	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES		R\$ 10,20		
02.02.09.021	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)		R\$ 10,20		
02.02.03.047	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTISTREPTOLISINA O (ASLO)	R\$ 2,98	R\$ 2,98		
02.02.03.048	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO		R\$ 10,52		
02.02.03.050	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO		R\$ 10,52		
02.02.03.028	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI		R\$ 18,05		
02.02.03.029	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)		R\$ 89,40		
02.02.03.030	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)		R\$ 10,52		
02.02.03.031	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2		R\$ 19,51		
02.02.03.051	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS		R\$ 10,52		
02.02.03.052	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA		R\$ 18,05		
02.02.03.053	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS		R\$ 4,31		
02.02.03.054	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA		R\$ 5,78		
02.02.03.055	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS		R\$ 18,05		
02.02.03.056	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA		R\$ 18,05		
02.02.03.057	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO		R\$ 18,05		
02.02.03.058	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO		R\$ 18,05		
02.02.03.059	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO		R\$ 18,05		
02.02.03.060	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS		R\$ 18,05		
02.02.03.061	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS		R\$ 10,52		
02.02.03.032	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)		R\$ 18,05		
02.02.03.033	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS		R\$ 6,04		
02.02.03.034	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM		R\$ 18,05		
02.02.03.035	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)		R\$ 19,51		
02.02.03.036	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)		R\$ 19,51		
02.02.03.062	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA		R\$ 18,05		
02.02.03.063	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)		R\$ 19,51		
02.02.03.064	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)		R\$ 19,51		
Classificação	Descrição	Val. Tabela 3	Val Tabela 14		

02.02.03.065	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	R\$ 8,18	R\$ 8,18		
02.02.03.066	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII		R\$ 10,21		
02.02.03.067	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)		R\$ 19,51		
02.02.03.068	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)		R\$ 19,51		
02.02.03.069	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO		R\$ 9,73		
02.02.03.070	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS		R\$ 4,31		
02.02.03.071	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO		R\$ 19,51		
02.02.03.072	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA		R\$ 18,05		
02.02.03.073	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR		R\$ 2,98		
02.02.03.074	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS		R\$ 11,57		
02.02.03.075	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS		R\$ 9,73		
02.02.03.076	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA		R\$ 17,85		
02.02.03.077	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUI		R\$ 9,73		
02.02.03.079	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS		R\$ 31,55		
02.02.03.080	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)		R\$ 19,51		
02.02.03.081	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA		R\$ 18,05		
02.02.03.082	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER		R\$ 18,05		
02.02.03.083	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR		R\$ 18,05		
02.02.03.084	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLIS		R\$ 18,05		
02.02.03.078	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)		R\$ 19,51		
02.02.03.085	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS		R\$ 12,21		
02.02.03.086	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS		R\$ 10,52		
02.02.03.087	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA		R\$ 19,51		
02.02.03.088	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUI		R\$ 9,73		
02.02.03.089	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)		R\$ 19,51		
02.02.03.090	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS		R\$ 21,04		
02.02.03.091	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)		R\$ 19,51		
02.02.03.092	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA		R\$ 18,05		
02.02.03.093	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER		R\$ 18,05		
02.02.03.094	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR		R\$ 18,05		
Classificação	Descrição	Val. Tabela 3	Val Tabela 14		

02.02.03.095	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES		R\$ 18,05		
90.04.01.172	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM PARA DENGUE		R\$ 31,55		
02.02.12.005	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO		R\$ 6,09		
02.02.12.006	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC		R\$ 6,09		
02.02.12.007	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO		R\$ 6,09		
02.02.03.096	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)		R\$ 14,04		
02.02.03.097	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)		R\$ 19,51		
02.02.03.098	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)		R\$ 19,51		
90.02.01.066	PESQUISA DE ANTÍGENO NS1 ARBOVIRUS MÉTODO ELISA		R\$ 36,81		
02.02.02.040	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA		R\$ 26,30		
02.02.08.018	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO		R\$ 2,95		
02.02.05.017	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA		R\$ 2,15		
02.02.05.018	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA		R\$ 2,52		
02.02.09.023	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR		R\$ 1,99		
02.02.02.041	PESQUISA DE CELULAS LE	R\$ 4,32	R\$ 4,32		
02.02.09.024	PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS		R\$ 1,99		
02.02.05.019	PESQUISA DE CISTINA NA URINA		R\$ 2,15		
02.02.03.099	PESQUISA DE CLAMIDIA (POR CAPTURA HIBRIDA)		R\$ 63,11		
02.02.05.020	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA		R\$ 2,15		
02.02.02.042	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ		R\$ 2,87		
02.02.03.100	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS		R\$ 2,98		
02.02.09.025	PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA		R\$ 1,99		
02.02.04.005	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	R\$ 1,74	R\$ 1,74		
02.02.04.006	PESQUISA DE EOSINOFILOS	R\$ 1,74	R\$ 1,74		
02.02.05.021	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA		R\$ 3,89		
02.02.09.026	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)		R\$ 5,05		
02.02.08.019	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A		R\$ 4,55		
02.02.03.101	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	R\$ 4,31	R\$ 4,31		
02.02.12.008	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1,44	R\$ 1,44		
02.02.05.022	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA		R\$ 2,15		
Classificação	Descrição	Val. Tabela 3	Val Tabela 14		

02.02.02.043	PESQUISA DE FILARIA		R\$	2,87		
02.02.05.023	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA		R\$	2,15		
02.02.05.024	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA		R\$	3,53		
02.02.05.025	PESQUISA DE GONADOTROFINA CORIONICA		R\$	-		
02.02.04.007	PESQUISA DE GORDURA FECAL		R\$	1,74		
02.02.08.020	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY		R\$	2,95		
02.02.08.021	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI		R\$	4,55		
02.02.02.044	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S		R\$	2,87		
02.02.03.102	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA		R\$	10,52		
02.02.05.026	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA		R\$	2,15		
02.02.03.103	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA		R\$	9,73		
02.02.05.027	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA		R\$	2,15		
02.02.04.008	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES		R\$	1,74		
02.02.08.022	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS		R\$	2,95		
02.02.04.009	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	R\$	2,07	R\$	1,74	
02.02.04.010	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	R\$	1,74	R\$	1,74	
02.02.06.047	PESQUISA DE MACROPROLACTINA		R\$	12,78		
02.02.05.028	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA		R\$	3,89		
02.02.04.011	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)		R\$	1,74		
02.02.04.012	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$	1,74	R\$	1,74	
02.02.02.045	PESQUISA DE PLASMODIO	R\$	5,14	R\$	-	
02.02.05.029	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA		R\$	2,15		
02.02.05.030	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)		R\$	4,67		
02.02.09.027	PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$	1,99	R\$	1,99	
02.02.04.013	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	R\$	10,78	R\$	10,78	
02.02.04.014	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$	1,74	R\$	1,74	
02.02.04.015	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES		R\$	1,74		
02.02.05.031	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA		R\$	2,15		
02.02.08.023	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM		R\$	5,30		
02.02.02.046	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA		R\$	2,87		
Classificação	Descrição	Val. Tabela 3	Val Tabela 14			

02.02.04.016	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES		R\$ 1,74		
02.02.04.017	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES		R\$ 1,74		
02.02.03.104	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLOURESCENCIA)		R\$ 10,52		
02.02.08.024	PROVA CONFIRMATORIA DA PRESENÇA DE MICRO-ORGANISMOS COLIFORMES		R\$ -		
02.02.01.074	PROVA DA D-XIOSE		R\$ 3,87		
02.02.02.047	PROVA DE COMPATIBILIDADE PRE-TRANSFUSIONAL (MEIOS SALINOS, ALBUMINOSO E COOMBS)		R\$ -		
02.02.02.048	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA		R\$ 4,32		
02.02.05.032	PROVA DE DILUIÇÃO (URINA)		R\$ 2,15		
02.02.09.028	PROVA DE PROGRESSÃO ESPERMÁTICA (CADA)		R\$ 10,20		
02.02.02.049	PROVA DE RETRAÇÃO DO COAGULO		R\$ 2,87		
02.02.02.050	PROVA DO LACO	R\$ 2,87	R\$ 2,87		
02.02.09.029	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)		R\$ 1,99		
02.02.09.030	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE		R\$ 1,99		
02.02.03.105	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)		R\$ 1,86		
02.02.03.106	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS		R\$ 1,86		
02.02.03.107	QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO HIV-1		R\$ 18,93		
02.02.03.108	QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C		R\$ 177,21		
02.02.10.004	QUANTIFICAÇÃO/AMPLIFICAÇÃO DO HER-2		R\$ 126,22		
02.02.02.051	RASTREIO P/ DEFICIÊNCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS		R\$ 2,87		
02.02.03.110	REACAO DE MONTENEGRO ID	R\$ 2,98	R\$ 2,98		
02.02.09.031	REACAO DE PANDY		R\$ 1,99		
02.02.09.032	REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES		R\$ 1,99		
02.02.02.052	TESTE DE AGREGAÇÃO DE PLAQUETAS		R\$ 12,62		
02.02.09.033	TESTE DE CLEMENTS		R\$ 1,99		
02.02.06.042	TESTE DE ESTIMULO COM GNRH OU COM AGONISTA GNRH		R\$ 12,63		
02.02.06.040	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH		R\$ 12,63		
02.02.06.041	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA		R\$ 12,63		
02.02.06.043	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON		R\$ 12,63		
90.02.01.016	TESTE DE FALCIZAÇÃO		R\$ 3,52		
02.02.09.034	TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECREÇÃO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS		R\$ 4,93		
Classificação	Descrição	Val. Tabela 3	Val Tabela 14		

02.02.02.053	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)		R\$ 2,87		
02.02.09.035	TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO		R\$ 4,93		
02.02.06.044	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA		R\$ 12,63		
02.02.06.045	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE		R\$ 12,63		
02.02.01.075	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTE ORAIS		R\$ 6,89		
02.02.02.054	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$ 2,87	R\$ 2,87		
90.02.01.067	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,52	R\$ 10,52		
90.02.01.068	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,52	R\$ 10,52		
02.02.12.009	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R\$ 2,87	R\$ 2,87		
90.04.01.221	TESTE MOLECULAR PESQUISA DO X FRAGIL		R\$ 515,91		
02.02.03.111	TESTE NAO TREPONEMICO P/ DETECAO DE SIFILIS	R\$ 2,98	R\$ 2,98		
02.02.03.117	TESTE NAO TREPONEMICO P/ DETECAO DE SIFILIS EM GESTANTES	R\$ 2,98	R\$ 2,98		
02.02.06.046	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS		R\$ 8,87		
02.14.01.017	TESTE RAPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS IGM ANTIMYCOBACTERIUM LEPRAE	R\$ 0,01			
02.14.01.005	TESTE RAPIDO PARA DETECAO DE INFECCAO PELO HIV	R\$ 1,05			
02.02.03.109	TESTE TREPONEMICO P/ DETECAO DE SIFILIS	R\$ 4,31	R\$ 4,31		
02.02.03.114	TESTES ALERGICOS DE CONTATO		R\$ 1,86		
02.02.03.115	TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA		R\$ 1,86		
02.02.12.010	TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B		R\$ 6,09		
	PATOLOGIA CLINICA/ MEDICINA LABORATORIAL (LACEN)- EXAMES SEM CUSTO AOS MUNICIPIOS				
Classificação	Descrição	Val. Tabela 3			
90.02.01.005	BLASTOMICOSE REACAO INTRADERMICA - IMUNOLOGIA				
90.02.01.006	CISTICERCOSE RFC - IMUNOLOGIA				
02.02.08.011	CULTURA PARA BAAR				
02.02.01.030	DOSAGEM DE COLINESTERASE				
02.02.03.053	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS				
02.02.03.064	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)				
02.02.03.069	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO				
02.02.03.070	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS				
Classificação	Descrição	Val. Tabela 3			

02.02.03.077	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI				
02.02.03.079	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)				
02.02.03.088	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI				
02.02.03.090	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)				
02.02.03.098	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)				
02.02.03.104	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)				
02.02.09.029	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)				
90.04.01.067	RELAÇÃO MALBCREA				
02.13.01.060	TESTE DE ELISA IGM P/ IDENTIFICACAO DO PARVOVIRUS (PARVOVIROSE)				
90.02.01.041	X P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)				

PEDIATRIA					
Classificação	Descrição	Val. Tabela 4	Val. Tabela 5		
03.01.01.007	CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	53,54	60,24		

PNEUMOLOGIA					
Classificação	Descrição	Val. Tabela 4	Val. Tabela 5		
90.04.01.044	BIOPSIA DA PLEURA	119,57	119,57		
03.01.01.007	CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	53,54	60,24		
02.11.08.006	PROVA DE FUNCAO PULMONAR SIMPLES	63,11	100,32		
02.12.04.014	TORACOCENTESE	57,82			

PSICOLOGIA					
Classificação	Descrição	Val. Tabela 4	Val. Tabela 5		
03.01.08.017	ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA	36,81	R\$ 36,81		
90.04.01.146	AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA	631,08	R\$ 631,08		
90.04.01.126	NIVEL 1 - PACOTE 2 - VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (3X NA SEMANA), 1 SESSAO DE FONO		R\$ 883,51		
90.04.01.128	NIVEL 1 - PACOTE 4- VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (2X NA SEMANA), 1 SESSAO DE PSICOPEDAGOGIA		R\$ 673,15		
90.04.01.129	NIVEL 1 - PACOTE 5- VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (2X NA SEMANA), 1 SESSAO DE MUSICOTERAPIA		R\$ 631,08		
Classificação	Descrição	Val. Tabela 4	Val. Tabela 5		

90.04.01.130	NIVEL 1 - PACOTE 6- VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSAO DE FONO, 1 SESSAO T.O, 1 SESSAO PSICOPEDAGOGIA		R\$ 799,37		
90.04.01.127	NIVEL 1 -PACOTE 3 - VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (3X NA SEMANA), 1 SESSAO DE T.O		R\$ 925,58		
90.04.01.125	NIVEL 1- PACOTE 1 - VALOR MENSAL INCLUINDO TERAPIA ABA (3X NA SEMANA), 1 SESSAO DE FONO, 1 SESSAO DE T.O		R\$ 1.178,02		
90.04.01.134	NIVEL 1 -PACOTE 10- VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSAO COM PSICOPEDAGOGIA, 1 SESSAO DE PSICOMOTRICIDADE		R\$ 462,79		
90.04.01.131	NIVEL 1-PACOTE 7- VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSAO DE MUSICOTERAPIA, 1 SESSAO DE PSICOMOTRICIDADE, 1 SESSAO DE PSICOLOGA		R\$ 631,08		
90.04.01.132	NIVEL 1-PACOTE 8- VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSAO DE PSICOLOGIA,1 SESSAO DE PSICOMOTRICIDADE, 1 SESSAO DE PSICOPEDAGOGIA		R\$ 673,15		
90.04.01.133	NIVEL 1-PACOTE 9- VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSAO COM NUTRICIONISTA, 1 SESSÃO COM PSICOLOGA		R\$ 420,72		
90.04.01.120	NIVEL 2 - PACOTE 1 -VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5X P/ SEMANA + 1 SESSAO DE FONO, 1 SESSAO DE T.O		R\$ 1.598,74		
90.04.01.121	NIVEL 2 - PACOTE 2- VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5X P/ SEMANA + 1 SESSAO DE FONO,1 SESSAO DE PSICOMOTRICIDADE		R\$ 1.472,52		
90.04.01.118	NIVEL 2- PACOTE 4- VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5X P/ SEMANA + 3 TERAPIAS ASSOCIADAS)		R\$ 1.851,17		
90.04.01.122	NIVEL 2- PACOTE 3- VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5X P/ SEMANA + 1 SESSAO DE MUSICOTERAPIA, 1 SESSAO DE PSICOPEDAGOGIA)		R\$ 1.514,59		
90.04.01.123	NIVEL 2- PACOTE 4-VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 1 SESSAO DE T.O ,1 SESSAO DE NUTRICIONISTA		R\$ 1.556,66		
90.04.01.119	NIVEL 2- PACOTE 5 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 3 TERAPIAS ASSOCIADAS)		R\$ 1.809,10		
90.04.01.124	NIVEL 2- PACOTE 5- VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X NA SEMANA + 1 SESSAO DE T.O, 1 SESSAO DE MUSICOTERAPIA		R\$ 1.556,66		
90.04.01.115	NIVEL 3- PACOTE 1- VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5X P/ SEMANA + 8 TERAPIAS COMPLEMENTARES ASSOCIADAS)		R\$ 2.987,11		
90.04.01.116	NIVEL 3- PACOTE 2 - VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA + 6 TERAPIAS ASSOCIADAS)		R\$ 2.566,39		
90.04.01.117	NIVEL 3- PACOTE 3 -VALOR MENSAL PARA TERAPIA ABA (5 X P/ SEMANA +4 TERAPIAS ASSOCIADAS)		R\$ 2.145,67		
90.04.01.135	NIVEL1 -PACOTE 11- VALOR MENSAL INCLUINDO 1 SESSAO DE PSICOLOGIA, 1 PSICOPEDAGOGIA		R\$ 462,79		
03.01.04.004	TERAPIA INDIVIDUAL	36,81	R\$ 36,81		
90.04.01.160	TERAPIA MODELO DENVER (SEM TERAPIAS ASSOCIADAS)		R\$ 38,92		
90.04.01.114	TERAPIA MODELO DENVER-ESDM (3 SESSÕES DIARIAS - 5 X POR SEMANA + TERAPIAS ASSOCIADAS)		R\$ 3.050,22		
90.04.01.181	TERAPIA MODELO DENVER-ESDM (3 SESSÕES DIARIAS – 50 MINUTOS CADA SESSÃO 5 X POR SEMANA SEM TERAPIAS ASSOCIADAS)		R\$ 2.734,68		
90.04.01.070	WAIS-III (Escala de Inteligência Weschler para Adulto)	25,09	R\$ 25,09		
Classificação	Descrição	Val. Tabela 4	Val. Tabela 5		

90.04.01.024	WISC	35,44	R\$ 35,44		
90.04.01.151	TERAPIA ABA (2 SESSÕES SEMANAIS)		R\$ 420,72		
90.04.01.152	TERAPIA ABA (3 SESSÕES SEMANAIS)		R\$ 631,08		
90.04.01.153	TERAPIA ABA (4 SESSÕES SEMANAIS)		R\$ 841,44		
90.04.01.154	TERAPIA ABA (5 SESSÕES SEMANAIS)		R\$ 1.051,80		

PSIQUIATRIA					
Classificação	Descrição	Val. Tabela 4	Val. Tabela 5		
03.01.01.007	CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	53,54	60,24		

PSIQUIATRIA INFANTIL					
Classificação	Descrição	Val. Tabela 20			
03.01.01.007	CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	73,63			

RADIOLOGIA E DIAGNOSTICO POR IMAGEM					
Classificação	Descrição	Val. Tabela 4	Val. Tabela 05	Val. Tabela 11	Val. Tabela 12
90.04.01.113	BIOPSIA DE FÍGADO GUIADA POR ULTRASSONOGRAFIA		R\$ 578,49		
90.04.01.112	BIOPSIA DE RIM GUIADA POR ULTRASSONOGRAFIA		R\$ 578,49		
02.04.05.001	CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE			R\$ 59,89	
90.04.01.224	DENSITOMETRIA OSSEA			R\$ 84,14	
02.04.06.002	DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (VERTEBRAS LOMBARES)			R\$ 84,14	
90.04.01.002	EMIÇÃO DE LAUDO DE RAOX				R\$ 4,40
90.04.01.060	EMISSAO DE LAUDO DE RAOX (X10)				R\$ 43,97
90.04.01.052	EMISSAO DE LAUDO DE RAOX (X2)				R\$ 8,79
90.04.01.053	EMISSAO DE LAUDO DE RAOX (X3)				R\$ 13,19
90.04.01.054	EMISSAO DE LAUDO DE RAOX (X4)				R\$ 17,59
90.04.01.055	EMISSAO DE LAUDO DE RAOX (X5)				R\$ 21,98
90.04.01.056	EMISSAO DE LAUDO DE RAOX (X6)				R\$ 26,38
90.04.01.057	EMISSAO DE LAUDO DE RAOX (X7)				R\$ 30,78
Classificação	Descrição	Val. Tabela 4	Val. Tabela 05	Val. Tabela 11	Val. Tabela 12

90.04.01.058	EMISSAO DE LAUDO DE RAOX (X8)				R\$ 35,17
90.04.01.059	EMISSAO DE LAUDO DE RAOX (X9)				R\$ 39,57
90.04.01.110	ESTUDO DOPPLER	R\$ 80,44	136,73		
90.04.01.078	MAMOGRAFIA			R\$ 50,89	
02.04.01.003	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)			R\$ 21,04	R\$ 8,81
02.04.05.012	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)			R\$ 21,04	R\$ 16,09
02.04.05.013	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)			R\$ 21,04	R\$ 7,54
02.04.04.001	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO			R\$ 21,04	R\$ 6,75
02.04.01.004	RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS)			R\$ 21,04	R\$ 7,24
02.04.04.002	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR			R\$ 21,04	R\$ 7,78
02.04.06.006	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL			R\$ 21,04	R\$ 8,17
02.04.04.003	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL			R\$ 21,04	R\$ 7,78
02.04.04.004	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR			R\$ 21,04	R\$ 7,78
02.04.06.007	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA			R\$ 21,04	R\$ 8,17
02.04.01.005	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL			R\$ 21,04	R\$ 8,81
02.04.06.008	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA			R\$ 21,04	R\$ 6,84
02.04.06.009	RADIOGRAFIA DE BACIA			R\$ 21,04	R\$ 8,17
02.04.04.005	RADIOGRAFIA DE BRACO			R\$ 21,04	R\$ 8,17
02.04.06.010	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO			R\$ 21,04	R\$ 6,84
02.04.01.006	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)			R\$ 21,04	R\$ 7,24
02.04.04.006	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA			R\$ 21,04	R\$ 7,78
02.04.02.004	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)			R\$ 21,04	R\$ 8,61
02.04.02.003	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)			R\$ 21,04	R\$ 8,76
02.04.02.005	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA			R\$ 21,04	R\$ 10,82
02.04.02.006	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA			R\$ 21,04	R\$ 11,53
02.04.02.007	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)			R\$ 21,04	R\$ 15,67
02.04.02.008	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA			R\$ 22,09	R\$ 17,75
02.04.02.009	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)			R\$ 21,04	R\$ 9,63
02.04.02.010	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR			R\$ 21,04	R\$ 10,23
02.04.02.011	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINAMICA			R\$ 21,04	R\$ 16,39
Classificação	Descrição	Val. Tabela 4	Val. Tabela 05	Val. Tabela 11	Val. Tabela 12

02.04.03.005	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL + OBLIQUA)			R\$ 21,04	R\$ 15,06
02.04.03.007	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)			R\$ 21,04	R\$ 8,80
02.04.04.007	RADIOGRAFIA DE COTOVELO			R\$ 21,04	R\$ 6,21
02.04.06.011	RADIOGRAFIA DE COXA			R\$ 21,04	R\$ 9,40
02.04.01.007	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIGUA / BRETTON + HIRTZ)			R\$ 21,04	R\$ 7,91
02.04.01.008	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)			R\$ 21,04	R\$ 7,91
02.04.04.011	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES)			R\$ 21,04	R\$ 8,39
02.04.03.008	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO			R\$ 31,55	R\$ 21,04
02.04.03.009	RADIOGRAFIA DE ESTERNO			R\$ 8,39	R\$ 8,39
02.04.05.014	RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO			R\$ 73,63	
02.04.05.015	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO)			R\$ 73,63	
02.04.06.012	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)			R\$ 21,04	R\$ 7,27
02.04.06.013	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)			R\$ 21,04	R\$ 8,97
02.04.06.014	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)			R\$ 21,04	R\$ 9,77
02.04.01.009	RADIOGRAFIA DE LARINGE			R\$ 21,04	
02.04.04.009	RADIOGRAFIA DE MAO			R\$ 21,04	R\$ 6,63
02.04.04.010	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)			R\$ 21,04	R\$ 6,31
02.04.01.010	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)			R\$ 21,04	R\$ 9,50
02.04.01.011	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)			R\$ 21,04	R\$ 7,57
02.04.01.012	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)			R\$ 21,04	R\$ 8,81
02.04.06.015	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE			R\$ 21,04	R\$ 7,13
02.04.06.016	RADIOGRAFIA DE PERNA			R\$ 21,04	R\$ 9,40
02.04.04.012	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)			R\$ 21,04	R\$ 7,27
02.04.02.012	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA			R\$ 21,04	R\$ 7,27
02.04.01.014	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)			R\$ 21,04	R\$ 7,70
02.04.01.015	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON)			R\$ 21,04	R\$ 7,57
02.04.03.012	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA)			R\$ 21,04	R\$ 5,85
02.04.03.013	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRACAO + EXPIRACAO + LATERAL)			R\$ 21,04	R\$ 15,06
02.04.03.015	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)			R\$ 21,04	R\$ 9,99
02.04.03.017	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)			R\$ 21,04	R\$ 7,24
Classificação	Descrição	Val. Tabela 4	Val. Tabela 05	Val. Tabela 11	Val. Tabela 12

02.04.01.017	RADIOGRAFIA PANORAMICA			R\$ 21,04	R\$ 9,77
02.04.06.017	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES			R\$ 21,04	R\$ 9,77
90.04.01.008	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA			R\$ 395,74	
02.07.03.001	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR			R\$ 395,74	
02.07.01.002	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)			R\$ 395,74	
02.07.03.002	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR			R\$ 395,74	
02.07.01.003	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO			R\$ 395,74	
02.07.01.004	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA			R\$ 395,74	
02.07.01.005	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA			R\$ 395,74	
02.07.02.001	RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE			R\$ 531,95	
02.07.01.006	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO			R\$ 395,74	
02.07.03.003	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)			R\$ 395,74	
02.07.02.002	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)			R\$ 395,74	
02.07.01.007	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA			R\$ 395,74	
02.07.02.003	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX			R\$ 395,74	
02.07.03.004	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA			R\$ 395,74	
90.04.01.009	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA			R\$ 118,62	
02.06.03.001	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR			R\$ 189,56	
90.04.01.010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN TOTAL			R\$ 230,58	
02.06.03.002	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR			R\$ 118,62	
02.06.02.001	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR			R\$ 118,62	
02.06.01.001	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE			R\$ 118,63	
02.06.01.002	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE			R\$ 138,24	
02.06.01.003	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE			R\$ 118,63	
02.06.01.004	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES			R\$ 118,62	
02.06.03.003	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR			R\$ 189,56	
02.06.02.002	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRACO, MAO, COXA, PERNA, PE)			R\$ 118,62	
02.06.01.006	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA			R\$ 133,23	
02.06.02.003	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX			R\$ 186,52	
02.06.01.007	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO			R\$ 133,23	
Classificação	Descrição	Val. Tabela 4	Val. Tabela 05	Val. Tabela 11	Val. Tabela 12

02.06.01.005	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO			R\$ 118,62	
02.05.02.003	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 41,23	63,11		
02.05.02.004	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 80,44	84,14		
02.05.02.005	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINARIO	R\$ 41,23	63,11		
02.05.02.006	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULACAO	R\$ 41,23	63,11		
02.05.02.007	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 41,23	63,11		
02.05.02.008	ULTRASSONOGRRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)	R\$ 41,23	70,53		
90.04.01.048	ULTRASSONOGRRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	R\$ 41,23	63,11		
90.04.01.109	ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES (ESTRUTURAS E ORGÃOS	R\$ 41,23	63,11		
02.05.02.011	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 41,23	84,14		
02.05.02.010	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	R\$ 41,23	63,11		
90.04.01.104	ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA RETAL COM BIOPSIA (INCLUI AGULHA)		327,34		
90.04.01.049	ULTRASSONOGRRAFIA DE RETOPERITONEO	R\$ 41,23	63,11		
02.05.02.012	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE	R\$ 41,23	63,11		
02.05.01.004	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	R\$ 105,18	136,73		
90.04.01.231	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE CAROTIDAS E VERTEBRAIS (BILATERAL)	R\$ 210,36	273,47		
90.04.01.230	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE CAROTIDAS E VERTEBRAIS (UNILATERAL)	R\$ 105,18	136,73		
02.05.02.009	ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL	R\$ 41,23	63,11		
90.04.01.069	ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLOGICO	R\$ 80,44	136,73		
90.04.01.079	ULTRASSONOGRRAFIA OBSÉTRICA ECOCARDIOGRAMA FETAL		80,44		
02.05.02.014	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA	R\$ 41,23	73,63		
02.05.02.015	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R\$ 80,44	94,66		
90.04.01.161	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA C/ TRANSLUSCÊNCIA NUCAL		136,73		
90.04.01.079	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA ECOCARDIOGRAMA FETAL		241,91		
02.05.02.016	ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	R\$ 41,23	63,11		
02.05.02.017	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA	R\$ 41,23	63,11		
02.05.02.018	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL	R\$ 41,23	63,11		
02.10.01.002	ANGIOGRAFIA DE ARCO AORTICO			R\$ 157,77	
02.10.01.003	ANGIOGRAFIA DE ARCO AORTICO E TRONCOS SUPRA-AORTICOS			R\$ 157,77	
90.04.01.098	ANGIORESSONANCIA			R\$ 631,08	
Classificação	Descrição	Val. Tabela 4	Val. Tabela 05	Val. Tabela 11	Val. Tabela 12

02.07.01.001	ANGIORESSONANCIA CEREBRAL			R\$ 631,08	
90.04.01.097	ANGIOTOMOGRAFIA			R\$ 481,44	
90.04.01.264	ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA			R\$ 1.041,28	
90.04.01.233	HISTEROSSALPINGOGRAFIA COM CONTRASTE			R\$ 283,99	
90.04.01.234	URETROCISTOGRAFIA MICCIONAL COM CONTRASTE			R\$ 283,99	
90.04.01.235	URETROCISTOGRAFIA RETROGRADA COM CONTRASTE			R\$ 283,99	
90.04.01.236	UROGRAFIA EXCRETORA COM CONTRASTE			R\$ 283,99	

REUMATOLOGIA					
Classificação	Descrição	Val. Tabela 20			
03.01.01.007	CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	73,63			

UROLOGIA					
Classificação	Descrição	Val. Tabela 4	Val Tabela 5	Val. Tabela 19	
02.11.09.001	AVALIACAO URODINAMICA COMPLETA		R\$ 188,10		
02.01.01.038	BIOPSIA DE PENIS	14,83	R\$ 22,99		
02.11.09.002	CATETERISMO DE URETRA		R\$ 37,62		
02.09.02.001	CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA E/OU URETROSCOPIA		R\$ 188,10		
03.01.01.007	CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	53,54	R\$ 60,24		
90.04.01.020	ESTUDO URODINAMICO		R\$ 188,10		
90.04.01.066	INCREMENTO DE MATERIAL DE VIDEOARTROSCÓPICO PARA RTU DE PROSTATA		R\$ 599,53		
90.04.01.106	INCREMENTO DE MATERIAL PARA CIRURGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA		R\$ 599,53		
90.04.01.005	LITOTRIPSIA EXTRA CORPORE (LECO)		R\$ 647,09		
04.09.02.006	MEATOTOMIA ENDOSCOPICA		R\$ 35,87		
04.09.02.007	MEATOTOMIA SIMPLES		R\$ 34,37		
90.04.01.032	ORQUIECTOMIA UNILATERAL		R\$ 448,56		
90.04.01.031	POSTECTOMIA		R\$ 230,47		
90.04.01.004	RETIRADA DE PARAFIMOSE		R\$ 37,62		
02.11.09.007	UROFLUXOMETRIA		R\$ 62,70		
02.04.05.018	UROGRAFIA VENOSA		R\$ 126,22		
Classificação	Descrição	Val. Tabela 4	Val Tabela 5	Val. Tabela 19	

90.04.01.051	VASECTOMIA		R\$ 438,92		
90.10.01.006	INCREMENTO PARA CIRURGIA DE RTU DE PRÓSTATA - SERVIÇOS MÉDICOS DE UROLOGIA			R\$ 883,51	
90.10.01.005	INCREMENTO PARA CIRURGIA DE POSTECTOMIA (FIMOSE) - SERVIÇOS MÉDICOS DE UROLOGIA			R\$ 315,54	
90.10.01.004	INCREMENTO PARA CIRURGIA DE URETERORRENOLITOTRIPSIA RÍGIDA/FLEXÍVEL+COLOCAÇÃO DE DUPLO J BILATERAL - SERVIÇOS MÉDICOS DE UROLOGIA			R\$ 883,51	
90.10.01.003	INCREMENTO PARA CIRURGIA DE URETERORRENOLITOTRIPSIA RÍGIDA/FLEXÍVEL+COLOCAÇÃO DE DUPLO J UNILATERAL - SERVIÇOS MÉDICOS DE UROLOGIA			R\$ 883,51	
90.10.01.002	INCREMENTO PARA CIRURGIA DE URETERORRENOLITOTRIPSIA RÍGIDA/SEMI-RÍGIDA+COLOCAÇÃO DE DUPLO J BILATERAL - SERVIÇOS MÉDICOS DE UROLOGIA			R\$ 883,51	
90.10.01.001	INCREMENTO PARA CIRURGIA DE URETERORRENOLITOTRIPSIA RÍGIDA/SEMI-RÍGIDA+COLOCAÇÃO DE DUPLO J UNILATERAL - SERVIÇOS MÉDICOS DE UROLOGIA			R\$ 883,51	
90.04.01.106	INCREMENTO DE MATERIAL PARA CIRURGIA VIDEO LAPAROSCÓPICA		R\$ 570,00		

TABELA DE VALORES PARA RESIDENCIA MÉDICA					
Classificação	Descrição	Val. Tab. 22			
03.01.08.017	ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA	R\$ 25,24			
90.04.01.186	ACESSO A POLPA DENTARIA E MEDICAÇÃO (POR DENTE)	R\$ 15,56			
90.04.01.187	APLICAÇÃO DE CARIOSTATICO (POR DENTE)	R\$ 5,30			
90.04.01.188	APLICAÇÃO SELANTE (POR DENTE)	R\$ 5,90			
90.04.01.189	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO)	R\$ 5,15			
03.02.02.001	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS	R\$ 15,15			
03.02.07.003	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SEQUELAS POR QUEIMADURAS (MÉDIO E GRANDE QUEIMADOS)	R\$ 15,15			
03.02.04.006	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA	R\$ 15,15			
03.02.04.003	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	R\$ 15,15			
03.02.04..001	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 15,15			
03.02.04.002	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 15,15			
03.02.07.003	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE GRANDE QUEIMADO	R\$ 15,15			
03.02.07.001	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO	R\$ 15,15			
03.02.01.003	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NEONATO	R\$ 15,15			
Classificação	Descrição	Val. Tab. 22			

03.02.02.003	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA	R\$	15,15			
03.02.06.005	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ E PÓS OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA	R\$	15,15			
03.02.02.002	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE ONCOLÓGICO CLÍNICO	R\$	15,15			
03.02.04.004	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ E PÓS CIRURGIA CARDIOVASCULAR	R\$	15,15			
03.02.03.001	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS COM COMPROMETIMENTO SISTÊMICO	R\$	15,15			
03.02.03.002	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS	R\$	15,15			
03.02.01.002	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS	R\$	15,15			
03.02.06.002	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$	15,15			
03.02.06.001	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$	15,15			
03.02.05.001	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS	R\$	15,15			
03.02.05.003	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$	15,15			
03.02.01.001	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ E PÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS	R\$	15,15			
03.02.05.002	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	R\$	15,15			
03.02.06.003	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR	R\$	15,15			
03.02.04.005	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	R\$	15,15			
03.02.07.003	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICOS EM PACIENTE COM COMPROMETIMENTO COGNITIVO	R\$	15,15			
90.04.01.006	ATENDIMENTO FISIOTERAPICO EM RPG	R\$	30,10			
90.04.01.007	ATENDIMENTO FISIOTERAPICO POR SESSÃO	R\$	15,15			
03.01.08.017	ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA	R\$	2,68			
90.04.01.111	ATENDIMENTO INDIVIDUAL NUTRICIONAL	R\$	29,45			
02.11.07.004	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA)	R\$	26,34			
90.04.01.146	AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA	R\$	631,08			
02.11.06.001	BIOMETRIA ULTRASSONICA (MONOCULAR)	R\$	25,50			
02.11.06.002	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO	R\$	12,98			
02.01.01.002	BIOPSIA / PUNCAO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE	R\$	20,03			
90.04.01.044	BIOPSIA DA PLEURA	R\$	119,57			
02.01.01.019	BIOPSIA DE FARINGE/LARINGE	R\$	22,68			
Classificação	Descrição	Val. Tab. 22				

02.01.01.022	BIOPSIA DE GÂNGLIO LINFÁTICO	R\$	48,58			
90.04.01.190	BIOPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR	R\$	28,69			
90.04.01.191	BIOPSIA DE OSSO DE CRÂNIO E DA FACE	R\$	25,23			
02.01.01.037	BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES	R\$	36,68			
02.01.01.038	BIOPSIA DE PENIS	R\$	22,99			
90.04.01.192	BIOPSIA DE TECIDOS MOLES DA BOCA	R\$	22,68			
02.01.01.047	BIOPSIA DE TIREÓIDE OU PARATIREÓIDE - PAAF	R\$	45,44			
02.01.01.066	BIOPSIA DO COLO UTERINO	R\$	32,19			
02.01.01.052	BIOPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA	R\$	33,94			
02.01.01.056	BIOPSIA/EXERESE DE NÓDULO DE MAMA	R\$	103,08			
02.01.01.051	BIOPSIA/PUNÇÃO DE VULVA	R\$	32,19			
02.11.06.003	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRÁFICO	R\$	42,07			
90.04.01.193	CAPEAMENTO PULPAR	R\$	16,04			
04.05.05.001	CAPSULECTOMIA PORTERIOR CIRÚRGICA	R\$	122,45			
04.05.05.002	CAPSULOTOMIA A YAG LASER	R\$	47,33			
04.05.05.003	CAUTERIZAÇÃO DE CORNEIA	R\$	20,13			
03.03.08.001	CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE PEQUENAS LESÕES	R\$	38,20			
02.11.06.005	CERATOMETRIA	R\$	3,54			
04.05.05.005	CICLODIALISE	R\$	287,56			
02.11.04.002	COLPOSCOPIA	R\$	5,93			
90.04.01.243	CONSRTO EM PRÓTESE TOTAL/PARCIAL	R\$	47,61			
03.01.01.004	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	R\$	31,55			
03.01.01.004	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	R\$	6,63			
90.04.01.080	CONSULTA EM FISIOTERAPIA	R\$	25,24			
90.04.01.028	CONSULTA EM FONOAUDIOLOGIA	R\$	2,68			
03.01.01.007	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	R\$	30,39			
04.14.01.001	CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM	R\$	38,32			
90.04.01.244	COROA LIVRE DE METAL SOBRE IMPLANTE EM CERÂMICA	R\$	190,46			
90.04.01.245	COROA LIVRE DE METAL SOBRE IMPLANTE EM CERÔMERO	R\$	190,46			
90.04.01.246	COROA METALO CERÂMICA	R\$	190,46			
Classificação	Descrição	Val. Tab. 22				

90.04.01.247	COROA METALO CERÂMICA SOBRE IMPLANTE	R\$	190,46			
90.04.01.248	COROA METALO PLÁSTICA (CERÔMERO)	R\$	190,46			
90.04.01.249	COROA METALO-PLÁSTICA SOBRE IMPLANTE (CERÔMERO)	R\$	190,46			
90.04.01.250	COROA PROVISÓRIA (POR ELEMENTO)	R\$	48,34			
90.04.01.251	COROA PROVISÓRIA PENSADA (POR ELEMENTO)	R\$	48,34			
90.04.01.252	COROA PROVISÓRIA SOBRE IMPLANTE	R\$	48,34			
90.04.01.253	COROA PROVISÓRIA SOBRE IMPLANTE EM CARGA IMEDIATA	R\$	48,34			
90.04.01.254	COROA TOTAL EM CERÂMICA PURA	R\$	191,19			
90.04.01.255	COROA TOTAL EM CERÔMERO	R\$	189,01			
90.04.01.256	COROA TOTAL METÁLICA	R\$	189,01			
04.05.01.001	CORREÇÃO CIRURGICA DE ENTROPIO E ECTROPIO	R\$	122,45			
04.05.01.002	CORREÇÃO CIRURGICA DE EPICANTO E TELECANTO	R\$	167,63			
04.05.05.007	CORRECAO CIRURGICA DE HERNIA DE IRIS	R\$	272,63			
04.05.04.001	CORREÇÃO CIRURGICA DE LAGOFTALMO	R\$	169,54			
03.09.03.004	CRIOCAUTERIZACAO / ELETROCOAGULACAO DE COLO DE UTERO	R\$	39,61			
90.04.01.156	CRIOTERAPIA (SESSÃO) - CISCOMCAM	R\$	49,70			
04.01.01.001	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	R\$	34,08			
03.07.02.002	CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECÂNICO	R\$	10,41			
90.04.01.194	CURATIVO DE DEMORA COM OU SEM PREPARO BIOMECÂNICA	R\$	0,01			
02.11.06.006	CURVA DIARIA DE PRESSAO OCULAR CDPO (MINIMO 3 MEDIDAS)	R\$	10,63			
04.15.04.004	DEBRIDAMENTO DE ULCERA / NECROSE	R\$	31,41			
90.04.07.240	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ESTOMATITE POR CANDIDOSE	R\$	42,28			
90.04.01.011	DIU (DISPOSITIVO INTRAUTERINO)	R\$	31,62			
90.04.01.241	DRENAGEM DE ABCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BMF – EXTRA ORAL	R\$	49,07			
90.04.01.242	DRENAGEM DE ABCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BMF – INTRA ORAL	R\$	49,07			
04.10.01.001	DRENAGEM DE ABSCESSO DE MAMA	R\$	26,01			
04.05.01.004	DRENAGEM DE ABSCESSO DE PALPEBRA	R\$	24,12			
04.04.01.005	DRENAGEM DE ABSCESSO FARINGEO	R\$	23,73			
04.04.01.007	DRENAGEM DE FURUNCULO NO CONDUTO AUDITIVO EXTERNO	R\$	23,73			
04.09.07.012	DRENAGEM DE GLANDULA DE BARTHOLIN / SKENE	R\$	19,10			
Classificação	Descrição	Val. Tab. 22				

04.04.01.009	DUCHA DE POLITZER (UNI / BILATERAL)	R\$ 11,86			
02.05.01.003	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	R\$ 157,77			
02.11.02.003	ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 23,14			
04.01.01.004	ELETROCOAGULACAO DE LESAO CUTANEA	R\$ 16,81			
02.11.05.002	ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGILIA C/ OU S/ FOTO-ESTIMULO	R\$ 11,93			
02.11.05.003	ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG)	R\$ 11,93			
02.11.05.004	ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGILIA E SONO ESPONTANEO C/ OU S/ FOTOESTIMULO (EEG)	R\$ 11,93			
02.11.06.008	ELETRORETINOGRAFIA	R\$ 25,50			
90.01.01.006	EMISSAO DE LAUDO DE ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 20,07			
90.04.01.001	EMISSION DE LAUDO DE ELETROENCEFALOGRAMA	R\$ 25,09			
90.04.01.144	EMISSION DE LAUDO DE ELETROENCEFALOGRAMA INFANTIL	R\$ 94,66			
04.05.04.006	ENUCLEACAO DE GLOBO OCULAR	R\$ 437,10			
90.04.01.195	ENXERTO GENGIVAL	R\$ 13,65			
04.05.01.005	EPILACAO A LASER	R\$ 28,76			
04.05.01.006	EPILACAO DE CILIOS	R\$ 24,12			
90.04.01.110	ESTUDO DOPPLER	R\$ 67,03			
04.10.01.002	ESVAZIAMENTO PERCUTANEO DE CISTO MAMARIO	R\$ 36,38			
90.04.01.196	EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA	R\$ 5,44			
04.05.04.007	EVISCERACAO DE GLOBO OCULAR	R\$ 617,94			
04.06.02.013	EXCISAO E SUTURA DE HEMANGIOMA	R\$ 42,40			
04.04.02.009	EXCISAO E SUTURA DE LESAO NA BOCA	R\$ 117,80			
04.01.01.006	EXCISAO E/OU SUTURA SIMPLES DE PEQUENAS LESOES / FERIMENTOS DE PELE / ANEXOS E MUCOSA	R\$ 39,76			
04.04.02.010	EXCISAO EM CUNHA DE LABIO	R\$ 125,63			
04.09.06.008	EXCISÃO TIPO I DO COLO UTERINO	R\$ 79,41			
04.05.01.007	EXERESE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESOES DA PALPEBRA E SUPERCILIOS	R\$ 24,00			
04.01.02.008	EXERESE DE CISTO SACRO-COCCIGEO	R\$ 42,40			
04.09.06.009	EXERESE DE POLIPO DE UTERO	R\$ 39,72			
04.05.05.008	EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA	R\$ 86,54			
04.01.01.007	EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBACEO / LIPOMA	R\$ 17,69			
90.04.01.197	EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO	R\$ 13,75			
Classificação	Descrição	Val. Tab. 22			

90.04.01.198	EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE	R\$	13,75			
90.04.01.199	EXTRAÇÃO DE TERCEIRO MOLAR INCLUSO	R\$	0,01			
04.05.05.009	FACECTOMIA COM IMPLANTE DE LENTE INTRA OCULAR	R\$	465,95			
04.05.05.037	FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL	R\$	811,57			
04.05.05.011	FACOEMULSIFICACAO S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR RIGIDA	R\$	685,35			
04.05.03.004	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER	R\$	47,33			
04.05.05.012	FOTOTRABECULOPLASTIA A LASER	R\$	47,33			
04.01.01.009	FULGURACAO / CAUTERIZACAO QUIMICA DE LESOES CUTANEAS	R\$	38,20			
02.11.06.010	FUNDOSCOPIA	R\$	3,54			
90.04.01.200	GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE)	R\$	74,79			
90.04.01.201	GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE)	R\$	74,79			
02.11.06.011	GONIOSCOPIA	R\$	3,54			
02.11.07.020	IMITANCIOMETRIA	R\$	60,53			
04.05.05.015	IMPLANTE SECUNDARIO DE LENTE INTRA.	R\$	690,90			
04.01.01.010	INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO	R\$	16,81			
90.04.01.162	ÍNDICE TORNOZELO BRAQUIAL	R\$	36,81			
03.03.09.003	INFILTRAÇÃO DE SUBSTRANCIAS EM CAVIDADES SINOVIAL	R\$	33,23			
04.05.03.005	INJEÇÃO INTRAVITREO (COM MEDICAÇÃO AVASTIM)	R\$	86,54			
90.04.01.107	INJEÇÃO INTRAVITREO (SEM MEDICAÇÃO)	R\$	86,54			
04.05.04.013	INJECAO RETROBULBAR / PERIBULBAR	R\$	24,12			
04.05.05.016	INJECAO SUBCONJUTIVAL / SUBTENONIANA	R\$	8,67			
04.05.05.019	IRIDOTOMIA A LASER	R\$	47,33			
02.11.06.012	MAPEAMENTO DE RETINA (COM GRÁFICO)	R\$	25,50			
02.11.06.014	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA	R\$	25,50			
02.11.02.004	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	R\$	51,62			
02.11.02.005	MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL (M.A.P.A.)	R\$	30,59			
03.07.02.003	OBTURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO	R\$	34,06			
03.07.02.006	OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	R\$	83,49			
04.05.01.010	OCLUSAO DE PONTO LACRIMAL	R\$	20,13			
90.04.01.108	OCT BINOCULAR - TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA.	R\$	50,49			
Classificação	Descrição	Val. Tab. 22				

90.04.01.206	OSTTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVEOLODENTÁRIAS	R\$	54,69			
04.05.03.019	PAN - FOTOCOAGULACAO DE RETINA A LASER.	R\$	189,32			
90.04.01.041	PAQUIMETRIA	R\$	81,51			
02.05.02.002	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA	R\$	15,58			
02.11.06.015	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL	R\$	3,54			
90.04.01.157	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DO TRONCO ENCEFALICO (PEATE / BERA) - CISCOMCAM	R\$	57,85			
02.11.06.016	POTENCIAL VISUAL EVOCADO	R\$	25,50			
90.04.01.207	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	R\$	11,93			
02.11.08.006	PROVA DE FUNCAO PULMONAR SIMPLES (CISCOMCAM)	R\$	63,11			
90.04.01.208	PULPOTOMIA DENTÁRIA	R\$	16,04			
02.01.01.058	PUNCAO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA	R\$	97,89			
90.04.01.168	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL COM LAUDO E IMPRESSO	R\$	37,86			
90.04.01.169	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL COM LAUDO ONLINE	R\$	29,45			
90.04.01.170	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL SEM LAUDO E IMPRESSO	R\$	33,66			
90.04.01.171	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL SEM LAUDO ONLINE	R\$	25,24			
90.04.01.165	RADIOGRAFIA PERIAPIAL COM LAUDO ONLINE	R\$	29,45			
90.04.01.164	RADIOGRAFIA PERIAPICAL COM LAUDO E IMPRESSO	R\$	37,86			
02.04.01.018	RADIOGRAFIA PERI-APICAL INTERPROXIMAL (BITE-WING)	R\$	9,16			
90.04.01.166	RADIOGRAFIA PERIAPICAL SEM LAUDO IMPRESSO	R\$	33,66			
90.04.01.167	RADIOGRAFIA PERIAPICAL SEM LAUDO ONLINE	R\$	25,24			
90.04.01.209	RASPAGEM, ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE)	R\$	57,25			
90.04.01.210	RASPAGEM, ALISAMENTO GENGIVAIS (POR SEXTANTE)	R\$	57,25			
04.05.05.021	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL	R\$	181,19			
04.05.01.011	RECONSTITUIÇÃO DE CANAL LACRIMAL	R\$	409,82			
04.05.05.022	RECONSTITUIÇÃO DE FORNIX CONJUNTIVAL	R\$	353,11			
04.05.01.012	RECONSTRUÇÃO PARCIAL DE PALPEBRA COM TARSORRAFIA	R\$	272,63			
90.04.01.212	REDUÇÃO DE FRATURA ALVÉOLO-DENTÁRIA EM OSTEOSSÍNTESE	R\$	22,10			
04.04.02.057	REDUÇÃO DE FRATURA ALVÉOLO-DENTÁRIA S/ OSTEOSSÍNTESE	R\$	146,82			
90.04.01.213	REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR	R\$	39,38			
04.04.01.027	REMOCAO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO UNI / BILATERAL	R\$	7,06			
Classificação	Descrição	Val. Tab. 22				

90.04.01.211	RESPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE)	R\$	1,19			
03.07.01.002	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO	R\$	18,89			
90.04.01.214	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR	R\$	18,85			
03.07.01.004	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR	R\$	18,89			
02.11.06.017	RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	R\$	25,96			
02.11.06.018	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	R\$	67,32			
04.05.05.025	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CORNEA	R\$	26,30			
04.04.01.031	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO / FARINGE / LARINGE / NARIZ	R\$	33,14			
04.05.04.024	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRAOCULAR/ CAMARA ANTERIOR	R\$	353,11			
90.04.01.050	RETIRADA DE MATERIAL PARA ANATOMO-PATOLOGICO	R\$	15,03			
03.01.10.015	RETIRADA DE PONTOS DE CIRURGIAS BASICAS (POR PACIENTE)	R\$	0,52			
90.04.01.215	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE COM TRÊS OU MAIS RAÍZES	R\$	7,31			
90.01.01.007	RISCO CIRURGICO	R\$	65,21			
90.04.01.216	SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR	R\$	2,69			
90.04.01.217	SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA	R\$	5,15			
03.09.05.001	SESSÃO DE ACUMPUNTURA APLICAÇÃO DE VENTOSA/MOXA	R\$	15,15			
03.09.05.002	SESSÃO DE ACUMPUNTURA COM INSERÇÃO DE AGULHAS	R\$	15,15			
03.09.05.003	SESSÃO DE ELETROESTOESTIMULAÇÃO	R\$	15,15			
04.05.01.014	SIMBLEFAROPLASTIA	R\$	214,29			
04.05.05.026	SINEQUIOLISE A YAG LASER	R\$	47,33			
04.05.01.016	SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS	R\$	24,12			
04.05.05.028	SUBSTITUICAO DE LENTE INTRA-OCULAR	R\$	573,10			
04.05.05.029	SUTURA DE CONJUNTIVA	R\$	86,54			
04.05.05.030	SUTURA DE CORNEA	R\$	172,58			
04.05.03.009	SUTURA DE ESCLERA	R\$	169,54			
04.05.01.017	SUTURA DE PALPEBRAS	R\$	151,45			
04.04.01.034	TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR E/OU POSTERIOR	R\$	14,15			
03.01.07.011	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INDIVIDUAL	R\$	31,55			
03.01.04.004	TERAPIA INDIVIDUAL	R\$	22,27			
03.01.04.004	TERAPIA INDIVIDUAL (ATENDIMENTO INDIVIDUAL TERAPIA OCUPACIONAL)	R\$	22,27			
Classificação	Descrição	Val. Tab. 22				

02.11.02.006	TESTE DE ESFORÇO / TESTE ERGOMÉTRICO	R\$ 41,29			
02.11.06.020	TESTE DE PROVOCACAO DE GLAUCOMA	R\$ 7,09			
02.11.06.021	TESTE DE SCHIRMER	R\$ 3,54			
02.11.06.022	TESTE DE VISAO DE CORES	R\$ 3,54			
02.11.06.023	TESTE ORTÓPTICO	R\$ 12,98			
02.11.06.024	TESTE P/ ADAPTACAO DE LENTE DE CONTATO	R\$ 12,98			
02.11.06.028	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA	R\$ 50,49			
02.11.06.025	TONOMETRIA	R\$ 3,54			
02.11.06.026	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CORNEA	R\$ 25,50			
04.12.04.014	TORACOCENTESE	R\$ 57,82			
04.05.05.032	TRABECULECTOMIA	R\$ 944,88			
90.04.01.047	TRANSPLANTE CONJUNTIVAL	R\$ 201,02			
04.05.01.018	TRATAMENTO CIRURGICO DE BLEFAROCALASE	R\$ 100,36			
04.05.03.010	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEISCENCIA DE SUTURA DE ESCLERA	R\$ 167,63			
04.05.03.011	TRATAMENTO CIRURGICO DE MIIASE PALPEBRAL	R\$ 24,12			
04.05.03.012	TRATAMENTO CIRURGICO DE NEOPLASIA DE ESCLERA	R\$ 272,63			
04.05.05.036	TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO	R\$ 175,19			
04.05.04.020	TRATAMENTO CIRURGICO DE PTOSE PALPEBRAL	R\$ 472,72			
04.05.01.019	TRATAMENTO CIRURGICO DE TRIQUIASE C/ OU S/ ENXERTO	R\$ 293,35			
04.05.04.019	TRATAMENTO CIRURGICO DE XANTELASMA	R\$ 122,45			
90.04.01.218	TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL(POR SEXTANTE)	R\$ 8,13			
90.04.01.219	TRATAMENTO DE NEVRALGIAS FACIAIS	R\$ 11,38			
90.04.01.202	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE DECÍDUO	R\$ 13,75			
90.04.01.203	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR	R\$ 89,46			
90.04.01.204	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE PERMANENTE COM TRÊS OU MAIS RAÍZES	R\$ 7,31			
90.04.01.205	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE PERMANENTE URRADICULAR	R\$ 83,49			
03.03.05.024	TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE DOENÇA DE RETINA II	R\$ 659,77			
04.04.01.041	TURBINECTOMIA	R\$ 48,11			
02.05.02.003	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 34,36			
02.05.02.004	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 67,03			
Classificação	Descrição	Val. Tab. 22			

02.05.02.005	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINARIO	R\$ 34,36			
02.05.02.006	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULACAO	R\$ 34,36			
02.05.02.007	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 34,36			
02.05.02.008	ULTRASSONOGRRAFIA DE GLOBO OCULAR/ORBITA (MONOCULAR)	R\$ 25,45			
90.04.01.048	ULTRASSONOGRRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	R\$ 34,36			
90.04.01.109	ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES (ESTRUTURAS E ORGÃOS	R\$ 34,36			
02.05.02.011	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 34,36			
02.05.02.010	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	R\$ 34,36			
90.04.01.049	ULTRASSONOGRRAFIA DE RETOPERITONEO	R\$ 34,36			
02.05.02.012	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE	R\$ 34,36			
02.05.01.004	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	R\$ 67,03			
02.05.02.009	ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL	R\$ 34,36			
90.04.01.069	ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLOGICO	R\$ 67,03			
90.04.01.079	ULTRASSONOGRRAFIA OBSÉTRICA ECOCARDIOGRAMA FETAL	R\$ 67,03			
02.05.02.014	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA	R\$ 34,36			
02.05.02.015	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R\$ 67,03			
02.05.02.016	ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	R\$ 34,36			
02.05.02.017	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA	R\$ 34,36			
02.05.02.018	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL	R\$ 34,36			
02.09.04.004	VIDEOLARINGOSCOPIA	R\$ 62,70			
04.05.03.013	VITRECTOMIA ANTERIOR	R\$ 353,11			
04.05.03.015	VITRIOLISE A YAG LASER	R\$ 47,33			
90.04.01.070	WAIS-III (Escala de Inteligência Weschler para Adulto) (CISCOMCAM)	R\$ 25,09			
90.04.01.024	WISC (CISCOMCAM)	R\$ 35,44			

	TABELA DE VALORES PARA ORTESES E PROTESES				
Classificação	Descrição	Val. Tab. 10			
07.01.01.001	ANDADOR FIXO/ARTICULADO EM ALUMÍNIO COM QUATRO PONTEIRAS	R\$ 130,00			
07.01.03.003	APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO A	R\$ 525,00			
07.01.03.004	APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO B	R\$ 700,00			
Classificação	Descrição	Val. Tab. 10			

07.01.03.005	APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO C	R\$ 1.100,00			
90.03.01.045	APARELHO DE DENNIS BROWN	R\$ 1.090,00			
90.03.01.038	ARMAÇÃO COMUM + LENTE MULTIFOCAL ACIMA DE +/- 6,00	R\$ 163,03			
90.03.01.037	ARMAÇÃO COMUM + LENTE MULTIFOCAL ATÉ +/- 6,00	R\$ 131,48			
90.03.01.036	ARMAÇÃO COMUM + LENTE OFTÁLMICA BIF. ASFERICO, INTERVALO ACIMA DE +/-6,25 a +/- 10,00	R\$ 473,31			
90.03.01.030	ARMAÇÃO COMUM + LENTE OFTÁLMICA BIF. ESF, INTERVALO 0,00 A +/- 2,00; CIL. 3,00 AD 1-4	R\$ 120,96			
90.03.01.031	ARMAÇÃO COMUM + LENTE OFTÁLMICA BIF. ESF, INTERVALO 2,25 A +/- 4,00; CIL. 2,00 AD 1-4	R\$ 120,96			
90.03.01.032	ARMAÇÃO COMUM + LENTE OFTÁLMICA BIF. ESF, INTERVALO 2,25 A +/- 4,00; CIL. 3,00 AD 1-4	R\$ 100,97			
90.03.01.033	ARMAÇÃO COMUM + LENTE OFTÁLMICA BIF. ESF, INTERVALO 4,25 A +/- 6,00; CIL. 2,00 AD 1-4	R\$ 107,28			
90.03.01.034	ARMAÇÃO COMUM + LENTE OFTÁLMICA BIF. ESF, INTERVALO 4,25 A +/- 6,00; CIL. 3,00 AD 1-4	R\$ 112,54			
90.03.01.035	ARMAÇÃO COMUM + LENTE OFTÁLMICA BIFOCAL, INTERVALO ACIMA DE +/- 6,00	R\$ 120,96			
90.03.01.019	ARMAÇÃO COMUM + LENTE OFTÁLMICA DE POLICARBONATO MONOFOCAL ESFERICO ACIMA DE +/- 6,25	R\$ 120,96			
90.03.01.016	ARMAÇÃO COMUM + LENTE OFTÁLMICA MONOFOCAL 0,00 A +/- 2,00	R\$ 89,40			
90.03.01.017	ARMAÇÃO COMUM + LENTE OFTÁLMICA MONOFOCAL 2,25 A +/- 4,00	R\$ 94,66			
90.03.01.018	ARMAÇÃO COMUM + LENTE OFTÁLMICA MONOFOCAL 4,25 A +/- 6	R\$ 99,92			
90.03.01.020	ARMAÇÃO COMUM + LENTE OFTÁLMICA MONOFOCAL ASFÉRICA ACIMA DE +/-6,25 A +/-10,00	R\$ 126,22			
90.03.01.024	ARMAÇÃO COMUM + LENTE OFTÁLMICA MONOFOCAL CILINDRICA ATÉ 2,00, ACIMA DE +/- 6,25	R\$ 99,92			
90.03.01.021	ARMAÇÃO COMUM + LENTE OFTÁLMICA MONOFOCAL CILINDRICA ATÉ 2,00, INTERVALO 0,00 A +/- 2,00	R\$ 99,92			
90.03.01.022	ARMAÇÃO COMUM + LENTE OFTÁLMICA MONOFOCAL CILINDRICA ATÉ 2,00, INTERVALO 2,25 A +/- 4,00	R\$ 99,92			
90.03.01.023	ARMAÇÃO COMUM + LENTE OFTÁLMICA MONOFOCAL CILINDRICA ATÉ 2,00, INTERVALO 4,25 A +/- 6,00	R\$ 99,92			
90.03.01.025	ARMAÇÃO COMUM + LENTE OFTÁLMICA MONOFOCAL CILINDRICA ATÉ 4,00, INTERVALO 0,00 A +/- 2,00	R\$ 120,96			
90.03.01.026	ARMAÇÃO COMUM + LENTE OFTÁLMICA MONOFOCAL CILINDRICA ATÉ 4,00, INTERVALO 2,25 A +/- 4,00	R\$ 120,96			
90.03.01.027	ARMAÇÃO COMUM + LENTE OFTÁLMICA MONOFOCAL CILINDRICA ATÉ 4,00, INTERVALO 4,25 A +/- 6,00	R\$ 152,51			
90.03.01.028	ARMAÇÃO COMUM + LENTE OFTÁLMICA MONOFOCAL POLI CILINDRICA ATÉ 4,00, INTERVALO ACIMA DE +/- 6,25	R\$ 152,51			
07.01.04.016	AUTORIZAÇÃO PARA FABRICAÇÃO DE ÓCULOS	1,00			
90.03.01.057	BRAVA SPRAY BARREIRA - UM	R\$ 140,00			
90.03.01.047	CADEIRA DE RODAS (OBESO)	R\$ 1.290,00			
90.03.01.041	CADEIRA DE RODAS ADULTO	R\$ 890,00			
90.03.01.048	CADEIRA DE RODAS MOTORIZADA ADULTO OU INFANTIL	R\$ 2.801,00			
07.01.01.022	CADEIRA DE RODA MOTORIZADA ADULTO INFANTIL PADRAO OU SOB MEDIDA	R\$ 6.950,00			
Classificação	Descrição	Val. Tab. 10			

07.01.01.025	CADEIRA DE RODAS PARA BANHO COM ARO DE PROPULSÃO	R\$ 1.260,00			
07.01.01.005	CALÇADOS ANATOMICOS COM PALPILHAS PARA PÉS NEUROPÁTICOS	R\$ 710,00			
07.01.01.006	CALÇADOS ORTOPÉDICOS CONFECCIONADOS SOB MEDIDA ATÉ NÚMERO 45 (PAR)	R\$ 770,00			
07.01.01.007	CALÇADOS ORTOPÉDICOS PRÉ-FABRICADOS COM PALMILHAS ATÉ NÚMERO 45 (PAR)	R\$ 815,00			
07.01.01.008	CALÇADOS SOB MEDIDA PARA COMPENSAÇÃO DE DISCREPANCIA DE MEMBROS INFERIORES	R\$ 740,00			
07.01.01.009	CALÇADOS SOB MEDIDA PARA COMPENSAÇÃO DE ENCURTAMENTO ATÉ NÚMERO 33 (PAR)	R\$ 645,00			
90.03.01.055	CREME BARREIRA, INDICAD PARA USO NA ÁREA PERIESTOMAL	R\$ 40,99			
90.03.01.079	FITA ADESIVA ELASTICA EM C	R\$ 8,25			
90.03.01.078	FITA ADESIVA ELASTICA EM Y	R\$ 8,25			
07.01.01.013	MULETA AXILAR TUNULAR EM ALUMÍNIO REGULÁVEL NA ALTURA (PAR)	R\$ 118,00			
90.03.01.046	MULETA CANADENSE EM ALUMÍNIO	R\$ 52,00			
07.01.02.001	ORTOESE/CINTA LSO TIPO PUTTI (BAIXA)	R\$ 170,00			
07.01.02.008	ORTOSE CRUPODALICA COM DISTRATOR PARA GENUVALGO/GENUVARO (INFANTIL E ADULTO)	R\$ 1.650,00			
07.01.02.007	ORTOSE CRUROMALEOLAR PARA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO	R\$ 3.450,00			
07.01.02.011	ORTOSE ESTATIVA IMOBILIZADORA AXILO-PALMAR TIPO AEROPLANO	R\$ 1.548,21			
07.01.02.014	ORTOSE METALICA CRUPODALICA ADULTO	R\$ 5.650,00			
07.01.02.022	ORTOSE SUROPODALICA SEM ARTICULAÇÃO EM POLIPROPILENO (ADULTO)	R\$ 1.245,00			
07.01.02.023	ORTOSE SUROPODALICA SEM ARTICULAÇÃO EM POLIPROPILENO (INFANTIL)	R\$ 590,00			
07.01.02.025	ORTOSE SUROPODALICA UNILATERAL ARTICULADA EM POLIPROPILENO (ADULTO)	R\$ 875,00			
07.01.02.032	ORTOSE TORÁCICA COLETE DINAMICA DE COMPRESSÃO TORÁCICA	R\$ 740,00			
07.01.02.002	ORTOSE/CINTA TLSO TIPO PUTTI (ALTO)	R\$ 160,00			
07.01.02.003	ORTOSSE/COLETE CTLSO TIPO MILWAUKEE	R\$ 1.573,00			
07.01.01.014	PALMILHAS CONFECCIONADAS SOB MEDIDA (PAR)	R\$ 255,00			
07.01.01.015	PALMILHAS PARA PÉS NEUROPATICAS CONFECCIONADOS SOB MEDIDA PARA ADULTOS	R\$ 295,00			
90.03.01.008	PASTA PROTETORA P/COLOSTOMIZADOS	17,67			
90.03.01.088	PASTA PROTETORA PARA ESTOOMIA/UROSTOMIA	R\$ 48,00			
90.03.01.050	PLACA PROTETORA COMPOSTA	R\$ 30,20			
90.03.01.040	PÓ PARA UTILIZAÇÃO EM PERIESTOMAL	R\$ 40,40			
90.04.01.150	SUPERVISÃO PARA PROFISSIONAIS CAPACITADOS EM TERAPIA ABA	R\$ 1.577,70			
90.04.01.180	SUPORTE DE EXAMES LABORATORIAIS REMOTOS EM CARATER DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (EXAMES CONTEMPLADOS: HEMOGRAMA, ENZIMAS CARDIACAS, FUNÇÃO RENAL, PCR E PROLACTINA).	R\$ 1.500,00			
Classificação	Descrição	Val. Tab. 10			

90.03.01.087-0	BOLSA DE COLO/ILEO 1 PEÇA TRANSPARENTE PLANA SEM ADESIVO MICROPOROSO DRENAVEL RECORTAVEL ENTRE 10-70MM	R\$ 12,00			
90.03.01.088	BOLSA UROSTOMIA 1 PEÇA PLANA TRANSPARENTE RECORTAVEL ENTRE 10-55 mm	R\$ 25,00			
90.03.01.089	BOLSA DE COLOSTOMIA FECHADA COM OU SEM ADESIVO MICROPOROSO OPACA	R\$ 12,00			
90.03.01.090	BOLSA DE ESTOMIA CONVEXA OPACA	R\$ 37,40			
90.03.01.092	BOLSA DE UROSTOMIA CONVEXA TRANSPARENTE RECORT 10-76MM	R\$ 39,00			
90.03.01.091	KIT PLACA + BOLSA DE ESTOMIA 50MM OPACA PLANA	R\$ 44,00			
90.03.01.094	KIT PLACA + BOLSA DE ESTOMIA 40MM OPACA PLANA	R\$ 44,00			
90.03.01.095	KIT PLACA + BOLSA DE ESTOMIA 40MM OPACA CONVEXA	R\$ 44,00			
90.03.01.096	KIT PLACA + BOLSA DE ESTOMIA 60MM OPACA PLANA	R\$ 44,00			
90.03.01.097	KIT PLACA + BOLSA DE ESTOMIA 60MM OPACA CONVEXA	R\$ 44,00			
90.03.01.098	KIT PLACA + BOLSA DE ESTOMIA 60MM OPACA CONVEXA	R\$ 44,00			
90.03.01.098	BARREIRA DE PELE PARA ESTOMIAS EM PASTA SEM ALCOOL	R\$ 57,00			
90.03.01.099	CREME BARREIRA, INDICADO PARA USO NA ÁREA PERISTOMAL NÃO ESTÉRIL. ACONDICIONADO EM TUBO DE 60ML	R\$ 57,00			
90.03.01.100	KIT PLACA + BOLSA DE ESTOMIA 70MM OPACA PLANA	R\$ 44,00			
90.03.01.101	PROTETOR CUTANEO EM FORMA DE SPRAY PARA ESTOMIA 50ML	R\$ 110,00			
90.03.01.102	KIT PLACA + BOLSA DE ESTOMIA 70MM CONVEXA TRANSPARENTE	R\$ 44,00			
90.03.01.093	ADESIVO FLEXIVEL ELASTICO E MACIO EM FORMA DE Y PARA REFORÇO À FIXAÇÃO E ADERENCIA DA BOLSA DE ESTOMIA CX COM 20 UNIDADES	R\$ 125,00			
90.03.01.103	ADESIVO FLEXIVEL CURVO, ELASTICO E MACIO, PARA REFORÇO À FIXAÇÃO E ADERENCIA DA BOLSA DE ESTOMIA CX COM 20 UND	R\$ 125,00			
90.03.01.104	BOLSA DE ESTOMIA CONCAVA DRENAVEL, RECORTAVEL ENTRE 10 A 60MM	R\$ 48,00			
90.03.01.105	BOLSA DE ESTOMIA CONVEXA PROFUNDA RCEC 10 A43 MM	R\$ 41,00			
90.03.01.106	BARREIRA PROTETORA DE RESINA SINTÉTICA PARA PROTEÇÃO DE PELE PERÍSTOMA EM FORMA DE ANEL DIÂMETRO 48MM E ESPESSURA 2.0MM	R\$ 8,00			
90.03.01.107	CINTO ELÁSTICO OPACO DE 100 CM, REAJUSTÁVEL, PARA EQUIPAMENTO DE ESTOMIA	R\$ 25,00			
90.03.01.108	CINTO ELÁSTICO OPACO DE 100 CM, REAJUSTÁVEL, COM 4 GANCHOS	R\$ 25,00			
90.03.01.109	PÓ PARA ESTOMIA COMPOSTO DE HIDROCOLOIDES, COM GRANDE CAPACIDADE DE ABSORÇÃO	R\$ 43,00			
90.03.01.110	PLACA PROTETORA ADESIVA FLEXIVEL ELASTICA MACIA COMPOSTA DE HIDROCOLOIDES E FILME POLIURETANO TAM 20X20	R\$ 40,00			
90.03.01.111	KIT PLACA + BOLSA DE ESTOMIA 50MM OPACA CONVEXA	R\$ 44,00			
90.03.01.112	KIT PLACA + BOLSA DE ESTOMIA 70MM OPACA CONVEXA	R\$ 44,00			
Classificação	Descrição	Val. Tab. 10			

90.03.01.113	BOLSA DE COLOSTOMIA TRANSPARENTE DRENAVEL RECORTE 10 A 76 MM	R\$ 12,00			
90.03.01.114	BOLSA DE COLOSTOMIA OPACA DRENAVEL RECORTE 10 A 70 MM	R\$ 12,00			
90.03.01.115	KIT PLACA + BOLSA DE ESTOMIA TRANSPARENTE PLANA 40MM	R\$ 44,00			
90.03.01.116	KIT PLACA + BOLSA DE ESTOMIA TRANSPARENTE CONVEXA 40MM	R\$ 44,00			
90.03.01.117	KIT PLACA + BOLSA DE ESTOMIA TRANSPARENTE PLANA 50MM	R\$ 44,00			
90.03.01.118	KIT PLACA + BOLSA DE ESTOMIA TRANSPARENTE CONVEXA 50MM	R\$ 44,00			
90.03.01.119	KIT PLACA + BOLSA DE ESTOMIA TRANSPARENTE PLANA 60MM	R\$ 44,00			
90.03.01.120	KIT PLACA + BOLSA DE ESTOMIA TRANSPARENTE CONVEXA 60MM	R\$ 44,00			
90.03.01.121	KIT PLACA + BOLSA DE ESTOMIA TRANSPARENTE PLANA 70MM	R\$ 44,00			
90.03.01.122	KIT PLACA + BOLSA DE ESTOMIA TRANSPARENTE CONVEXA 70MM	R\$ 44,00			
90.03.01.123	LENÇO UMIDECIDO REMOVEDOR DE ADESIVO UNIDADE EM SACHE	R\$ 7,40			
90.03.01.124	KIT PLACA E BOLSA NEONATAL 27MM	R\$ 20,00			
90.03.01.125	KIT PLACA + BOLSA DE ESTOMIA PROFUNDA CONVEXA 50MM	R\$ 48,00			
90.03.01.126	KIT PLACA + BOLSA DE ESTOMIA PROFUNDA CONVEXA 40MM	R\$ 48,00			
90.03.01.127	BOLSA DE COLOSTOMIA UMA PEÇA PEDIATRICA 22MM	R\$ 12,00			
90.03.01.128	BOLSA DE COLOSTOMIA DRENAVEL UMA PEÇA OPACA 15 A43 MM	R\$ 37,40			
90.03.01.129	BOLSA DE COLOSTOMIA UMA PEÇA DRENAVEL TRANSPARENTE 15 A43 MM	R\$ 37,40			
90.03.01.130	BOLSA COLO/ILEO DE 1PC DREN TRANSP RECORT 15-43MM CONVEXA	R\$ 37,40			
90.03.01.131	KIT PLACA + BOLSA DE ESTOMIA PROFUNDA CONVEXA 60MM	R\$ 48,00			
90.03.01.132	KIT PLACA + BOLSA DE ESTOMIA PROFUNDA CONVEXA 70MM	R\$ 48,00			
90.03.01.133	BARREIRA PROTETORA DE PELE EM SACHE CX COM 30 UNIDADES	R\$ 8,00			
90.03.01.134	BOLSA DE COLOSTOMIA FECHADA COM ADESIVO MICROPOROSO TRANSPARENTE	R\$ 12,00			
90.03.01.135	LUBRIFICANTE DESODORIZANTE EM GEL INCOLOR E INODOR PARA LUBRIFICAÇÃO E ELIMINAÇÃO DOS ODORES 240ML	R\$ 40,00			
90.03.01.136	BOLSA PARA UROSTOMIA CONVEXA DRENAVEL DE UMA PEÇA TRANSPARENTE 15 A 43 MM	R\$ 25,90			
90.03.01.137	KIT BOLSA E PLACA PLANA UROSTOMIA COM FLANGE DE 50 MM	R\$ 44,00			
90.03.01.138	KIT BOLSA E PLACA PLANA DE UROSTOMIA COM FLANGE DE 60 MM	R\$ 48,00			
90.03.01.139	KIT BOLSA E PLACA CONVEXA DE UROSTOMIA COM FLANGE DE 50 MM	R\$ 48,00			
90.03.01.040	KIT BOLSA E PLACA CONVEXA DEUROSTOMIA 60 MM	R\$ 48,00			
90.03.01.041	KIT PLACA + BOLSA DE ESTOMIA COM FLANGE FLUTUANTE DE 90 MM,OPACA, DRENÁVEL, COM JANELA DE INSPEÇÃO RECORTÁVEL DE 10-88 MM ACOUPLE ADESIVO DE 90 MM	R\$ 48,00			
Classificação	Descrição	Val. Tab. 10			

90.03.01.042	BOLSA PARA COLO/ILEOSTOMIA DE 1 PEÇA, OPACA, COM JANELA DE INSPEÇÃO PARA VISUALIZAÇÃO DO ESTOMA, DRENÁVEL, RECORTÁVEL DE 10-100MM	R\$ 48,00			
90.03.01.043	LENTE ESCLERAL PINTADA	R\$ 2.500,00			
90.03.01.044	PRÓTESE OCULAR	R\$ 2.200,00			
90.03.01.146	CATETER URETRAL DE POLIURETANO MASCULINO COM REVESTIMENTO HIDROFÍLICO A BASE DE POLIVINILPIRROLIDONA (PVP), CALIBRE N 08 (CH08) COM ORIFÍCIOS RADIAIS, POLIDOS E LUBRIFICADOS.COMPRIMENTO DO CATETER EFETIVO DE 35CM	R\$ 8,98			
90.03.01.147	CATETER URETRAL DE POLIURETANO MASCULINO COM REVESTIMENTO HIDROFÍLICO A BASE DE POLIVINILPIRROLIDONA (PVP), COM ORIFÍCIOS RADIAIS, POLIDOS E LUBRIFICADOS CALIBRES N 10 (CH10). COMPRIMENTO DO CATETER EFETIVO DE 35CM	R\$ 8,98			
90.03.01.148	CATETER URETRAL DE POLIURETANO MASCULINO COM REVESTIMENTO HIDROFÍLICO A BASE DE POLIVINILPIRROLIDONA (PVP), COM ORIFÍCIOS RADIAIS, POLIDOS E LUBRIFICADOS CALIBRES N 12 (CH12). COMPRIMENTO DO CATETER DE 35CM	R\$ 8,98			
90.03.01.149	CATETER URETRAL DE POLIURETANO MASCULINO COM REVESTIMENTO HIDROFÍLICO A BASE DE POLIVINILPIRROLIDONA(PVP), COM ORIFÍCIOS RADIAIS, POLIDOS E LUBRIFICADOS CALIBRES N 14 (CH14). COMPRIMENTO DO CATETER EFETIVO DE 35CM R\$ 8,98	R\$ 8,98			
90.03.01.150	CATETER URETRAL DE POLIURETANO FEMININO COM REVESTIMENTO HIDROFÍLICO A BASE DE POLIVINILPIRROLIDONA (PVP), COM ORIFÍCIOS RADIAIS, POLIDOS E LUBRIFICADOS, CALIBRE N 06 (CH06). COMPRIMENTO DO CATETER EFETIVO DE 16CM	R\$ 8,98			
90.03.01.151	CATETER URETRAL DE POLIURETANO FEMININO COM REVESTIMENTO HIDROFÍLICO A BASE DE POLIVINILPIRROLIDONA (PVP), COM ORIFÍCIOS RADIAIS, POLIDOS E LUBRIFICADOS, CALIBRE N 08 (CH08). COMPRIMENTO DO CATETER EFETIVO DE 16CM	R\$ 8,98			
90.03.01.152	CATETER URETRAL DE POLIURETANO FEMININO COM REVESTIMENTO HIDROFÍLICO A BASE DE POLIVINILPIRROLIDONA (PVP), COM ORIFÍCIOS RADIAIS, POLIDOS E LUBRIFICADOS, CALIBRE N 10 (CH10). COMPRIMENTO DO CATETER EFETIVO DE 16CM	R\$ 8,98			
90.03.01.153	CATETER URETRAL DE POLIURETANO FEMININO COM REVESTIMENTO HIDROFÍLICO A BASE DE POLIVINILPIRROLIDONA (PVP), COM ORIFÍCIOS RADIAIS, POLIDOS E LUBRIFICADOS, CALIBRE N 12 (CH12). COMPRIMENTO DO CATETER EFETIVO DE 16CM	R\$ 8,98			
90.03.01.154	CATETER URETRAL DE POLIURETANO PEDIATRICO HIDROFÍLICO. COM ORIFÍCIOS RADIAIS, POLIDOS E LUBRIFICADOS, CALIBRE N 06 (CH06). COMPRIMENTO DO CATETER EFETIVO DE 16CM	R\$ 8,98			
90.03.01.155	CATETER URETRAL DE POLIURETANO PEDIATRICO HIDROFÍLICO. COM ORIFÍCIOS RADIAIS, POLIDOS E LUBRIFICADOS, CALIBRE N 08 (CH08). COMPRIMENTO DO CATETER EFETIVO DE 16CM.	R\$ 8,98			
90.03.01.156	CATETER URETRAL DE POLIURETANO OU POBE. MASCULINO, HIDROFÍLICO OU COM REVESTIMENTO HIDROFÍLICO. SENDO FLEXÍVEL COM OU SEM GUIA DE INSERÇÃO. COM ORIFÍCIOS RADIAIS E/OU POLIDOS, CALIBRE N 10 (CH10).	R\$ 10,95			
Classificação	Descrição	Val. Tab. 10			

90.03.01.157	CATETER URETRAL DE POLIURETANO OU POBE. MASCULINO, HIDROFÍLICO OU COM REVESTIMENTO HIDROFÍLICO. SENDO FLEXÍVEL COM OU SEM GUIA DE INSERÇÃO. COM ORIFÍCIOS RADIAIS E/OU POLIDOS, CALIBRE N 12 (CH12).	R\$ 10,95			
90.03.01.158	CATETER URETRAL DE POLIURETANO OU POBE. MASCULINO, HIDROFÍLICO OU COM REVESTIMENTO HIDROFÍLICO. SENDO FLEXÍVEL COM OU SEM GUIA DE INSERÇÃO. COM ORIFÍCIOS RADIAIS E/OU POLIDOS, CALIBRE N 14 (CH14).	R\$ 10,95			
90.03.01.159	CATETER URETRAL DE POLIURETANO OU POBE. MASCULINO, HIDROFÍLICO OU COM REVESTIMENTO HIDROFÍLICO. SENDO FLEXÍVEL COM OU SEM GUIA DE INSERÇÃO. COM ORIFÍCIOS RADIAIS E/OU POLIDOS, CALIBRE N 16 (CH16)	R\$ 10,95			
90.03.01.160	CATETER URETRAL MASCULINO COM REVESTIMENTO HIDROFÍLICO, COMPACTO, PRONTO PARA USO. APRESENTA SISTEMA TELESCÓPICO DE ABERTURA, REVESTIDO POR SUBSTÂNCIA COM PROPRIEDADES LUBRIFICANTES À BASE DE POLIVINILPIRROLIDONA (PVP), APRESENTA ORIFÍCIOS RADIAIS, POLIDOS E LUBRIFICADOS, CALIBRE N 12 /18(CH12/18)	R\$ 14,50			
90.03.01.161	CATETER URETRAL DE POLIURETANO FEMININO, COMPACTO, COM REVESTIMENTO HIDROFÍLICO A BASE DE POLIVINILPIRROLIDONA (PVP) OU POBE ADICIONADO DE ADITIVOS HIDROFÍLICOS QUE GARANTE LUBRIFICAÇÃO UNIFORME E PERMANENTE, PRONTO PARA USO. APRESENTA ORIFÍCIOS RADIAIS E OU POLIDOS. COM OU SEM MANGA DE INSERÇÃO, CALIBRE N 08 (CH08)	R\$ 11,98			
90.03.01.162	CATETER URETRAL DE POLIURETANO FEMININO, COMPACTO, COM REVESTIMENTO HIDROFÍLICO A BASE DE POLIVINILPIRROLIDONA (PVP) OU POBE ADICIONADO DE ADITIVOS HIDROFÍLICOS QUE GARANTE LUBRIFICAÇÃO UNIFORME E PERMANENTE, PRONTO PARA USO. APRESENTA ORIFÍCIOS RADIAIS E OU POLIDOS. COM OU SEM MANGA DE INSERÇÃO, CALIBRE N 10 (CH10)	R\$ 11,98			
90.03.01.163	CATETER URETRAL DE POLIURETANO FEMININO, COMPACTO, COM REVESTIMENTO HIDROFÍLICO A BASE DE POLIVINILPIRROLIDONA (PVP) OU POBE ADICIONADO DE ADITIVOS HIDROFÍLICOS QUE GARANTE LUBRIFICAÇÃO UNIFORME E PERMANENTE, PRONTO PARA USO. APRESENTA ORIFÍCIOS RADIAIS E OU POLIDOS. COM OU SEM MANGA DE INSERÇÃO, CALIBRE N 12(CH12)	R\$ 11,98			
90.03.01.164	CATETER URETRAL DE POLIURETANO FEMININO, COMPACTO, COM REVESTIMENTO HIDROFÍLICO A BASE DE POLIVINILPIRROLIDONA (PVP) OU POBE ADICIONADO DE ADITIVOS HIDROFÍLICOS QUE GARANTE LUBRIFICAÇÃO UNIFORME E PERMANENTE, PRONTO PARA USO. APRESENTA ORIFÍCIOS RADIAIS E OU POLIDOS. COM OU SEM MANGA DE INSERÇÃO, CALIBRE N 14(CH14)	R\$ 11,98			
90.03.01.165	CATETER URETRAL MASCULINO COM REVESTIMENTO HIDROFÍLICO, COMPACTO, PRONTO PARA USO, COM BOLSA COLETORA DE URINA INTEGRADA COM CAPACIDADE PARA 750ML. APRESENTA SISTEMA TELESCÓPICO DE ABERTURA, CONFECCIONADO EM POLIURETANO NA PARTE FLEXÍVEL E METACRILATO NA PARTE FIRME, REVESTIDO POR SUBSTÂNCIA COM PROPRIEDADES LUBRIFICANTES A BASE DE POLIVINILPIRROLIDONA (PVP), QUE GARANTE LUBRIFICAÇÃO UNIFORME E PERMANENTE; APRESENTA ORIFÍCIOS RADIAIS, POLIDOS E LUBRIFICADOS, CALIBRE N 12/18 (CH12/18)	R\$ 24,00			
Classificação	Descrição	Val. Tab. 10			

90.03.01.166	CATETER URETRAL COM REVESTIMENTO HIDROFÍLICO FEMININO, COMPACTO, PRONTO PARA USO COM BOLSA COLETORA DE URINA INTEGRADA COM CAPACIDADE PARA 750ML CONFECCIONADO EM POLIURETANO, REVESTIDO POR SUBSTÂNCIA COM PROPRIEDADES LUBRIFICANTES À BASE DE POLIVINILPIRROLIDONA (PVP), QUE GARANTE LUBRIFICAÇÃO UNIFORME E PERMANENTE, POSSUI ORIFÍCIOS RADIAIS, POLIDOS E LUBRIFICADOS, CALIBRE N 12 (CH12	R\$ 24,00			
90.03.01.167	CATETER URETRAL DE POLIURETANO FEMININO COM REVESTIMENTO HIDROFÍLICO A BASE DE POLIVINILPIRROLIDONA (PVP), QUE GARANTE LUBRIFICAÇÃO UNIFORME, ENVOLTO EM SOLUÇÃO UMECTANTE A BASE DE ÁGUA NACL, PRONTO PARA USO SEM NECESSIDADE DE ADIÇÃO DE ÁGUA PARA DILUIR SUBSTÂNCIA LUBRIFICANTE E ACIONAR OU ROMPER QUALQUER TIPO DE DISPOSITIVO COM SUBSTÂNCIA LUBRIFICANTE COM ORIFÍCIOS RADIAIS, POLIDOS E LUBRIFICADOS, CALIBRE 10 (CH 10).	R\$ 9,50			
90.03.01.168	CATETER URETRAL DE POLIURETANO FEMININO COM REVESTIMENTO HIDROFÍLICO A BASE DE POLIVINILPIRROLIDONA(PVP), QUE GARANTE LUBRIFICAÇÃO UNIFORME, ENVOLTO EM SOLUÇÃO UMECTANTE A BASE DE ÁGUA NACL, PRONTO PARA USO SEM NECESSIDADE DE ADIÇÃO DE ÁGUA PARA DILUIR SUBSTÂNCIA LUBRIFICANTE E ACIONAR OU ROMPER QUALQUER TIPO DE DISPOSITIVO COM SUBSTÂNCIA LUBRIFICANTE COM ORIFÍCIOS RADIAIS, POLIDOS E LUBRIFICADOS, CALIBRE 12 (CH 12)	R\$ 9,50			
90.03.01.169	CATETER URETRAL DE POLIURETANO FEMININO COM REVESTIMENTO HIDROFÍLICO A BASE DE POLIVINILPIRROLIDONA (PVP), QUE GARANTE LUBRIFICAÇÃO UNIFORME, ENVOLTO EM SOLUÇÃO UMECTANTE A BASE DE ÁGUA NACL, PRONTO PARA USO SEM NECESSIDADE DE ADIÇÃO DE ÁGUA PARA DILUIR SUBSTÂNCIA LUBRIFICANTE E ACIONAR OU ROMPER QUALQUER TIPO DE DISPOSITIVO COM SUBSTÂNCIA LUBRIFICANTE COM ORIFÍCIOS RADIAIS, POLIDOS E LUBRIFICADOS, CALIBRE 14(CH 14).	R\$ 9,50			

TABELA DE VALORES PARA OUTROS SERVIÇOS NÃO RESTRITO A UMA ESPECIALIDADE					
Classificação	Descrição	Val. Tab. 5	Val. Tab. 18	Val. Tab. 19	
90.05.03.008	PLANTÃO MÉDICO POR HORA		R\$ 120,96		
90.10.01.058	INCREMENTO PARA CIRURGIA DE FRATURA DE COLUNA CERVICAL PARTE HOSPITAL (CORRESPONDE 04.08.03.074-7 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA NÍVEL C1 - C2 POR VIA ANTERIOR (OSTEOSSINTESE)			R\$ 999,21	
90.10.01.059	INCREMENTO PARA CIRURGIA DE FRATURA DE COLUNA VERTEBRAL PARTE HOSPITAL (CORRESPONDENTE 03.03.04.023-8 - TRATAMENTO DE FRATURA DA COLUNA VERTEBRAL C/ LESÃO DA MEDULA ESPINHAL)			R\$ 999,21	
90.10.01.050	INCREMENTO PARA CIRURGIA DE ARTRODESE ANTERIOR VÁRIOS NÍVEIS PARTE HOSPITAL (CORRESPONDENTE 04.08.03.025-9 - ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA ANTERIOR, TRÊS NÍVEIS.)			R\$ 999,21	
90.10.01.052	INCREMENTO PARA CIRURGIA DE ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR UM NÍVEL PARTE HOSPITAL (CORRESPONDENTE - 04.08.03.011-9 - ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR UM NÍVEL)			R\$ 999,21	
90.10.01.053	INCREMENTO PARA CIRURGIA DE ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR VÁRIOS NÍVEIS PARTE HOSPITAL (CORRESPONDENTE - 04.08.03.009-7 - ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR CINCO NÍVEIS			R\$ 999,21	
Classificação	Descrição	Val. Tab. 5	Val. Tab. 18	Val. Tab. 19	

90.10.01.055	INCREMENTO PARA CIRURGIA DE ARTRODESE CERVICAL POSTEIROR VARIOS NIVEIS PARTE HOSPITAL (CORRESPONDENTE - 04.08.03.004-6 - ARTRODESE CERVICAL / CERVICO-TORÁCICA POSTERIOR SEIS NÍVEIS)			R\$ 999,21	
90.10.01.054	INCREMENTO PARA CIRURGIA DE ARTRODESE CERVICAL POSTERIOR UM NIVEL PARTE HOSPITAL (CORRESPONDENTE - 04.08.03.002-0 - ARTRODESE CERVICAL / CERVICO-TORÁCICA POSTERIOR UM NÍVEL)			R\$ 999,21	
90.10.01.048	INCREMENTO PARA CIRURGIA DE ARTRODESE LOMBAR ANTERIOR ÚNICO NIVEL PARTE HOSPITAL (CORRESPONDENTE - 04.08.03.023-2 - ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA ANTERIOR UM NÍVEL)			R\$ 999,21	
90.10.01.051	INCREMENTO PARA CIRURGIA DE ARTRODESE LOMBAR POSTERIOR VARIOS NIVEIS HOSPITAL (CORRESPONDENTE - 04.08.03.032-1 - ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR, SETE NIVEIS,)			R\$ 999,21	
90.10.01.049	INCREMENTO PARA CIRURGIA DE ARTRODESE LOMBAR ÚNICO NIVEL POSTERIOR PARTE HOSPITAL (CORRESPONDENTE - 04.08.03.026-7- ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR UM NÍVEL)			R\$ 999,21	
90.10.01.061	INCREMENTO PARA CIRURGIA DE DISCECTOMIA ANTERIOR PARTE HOSPITAL (CORRESPONDENTE 04.08.03.046-1 - DISCECTOMIA TORACO-LOMBO-SACRA POR VIA ANTERIOR (1 NÍVEL)			R\$ 999,21	
90.10.01.060	INCREMENTO PARA CIRURGIA DE DISCECTOMIACERVICAL ANTERIOR PARTE HOSPITAL (CORRESPONDENTE 04.08.03.043-7 - DISCECTOMIA CERVICAL POR VIA ANTERIOR (1 NÍVEL)			R\$ 999,21	
90.10.01.021	INCREMENTO PARA CIRURGIA DE OMBRO - SERVIÇOS HOSPITALARES			R\$ 2.313,96	
90.10.01.011	INCREMENTO PARA CIRURGIA DE POSTECTOMIA (FIMOSE) - SERVIÇOS HOSPITALARES			R\$ 510,47	
90.10.01.012	INCREMENTO PARA CIRURGIA DE RTU DE PRÓSTATA - SERVIÇOS HOSPITALARES			R\$ 1.924,51	
90.10.01.010	INCREMENTO PARA CIRURGIA DE URETERORRENOLITOTRIPSIA RÍGIDA/FLEXÍVEL+COLOCAÇÃO DE DUPLO J BILATERAL - SERVIÇOS HOSPITALARES			R\$ 4.377,68	
90.10.01.009	INCREMENTO PARA CIRURGIA DE URETERORRENOLITOTRIPSIA RÍGIDA/FLEXÍVEL+COLOCAÇÃO DE DUPLO J UNILATERAL - SERVIÇOS HOSPITALARES			R\$ 4.319,45	
90.10.01.008	INCREMENTO PARA CIRURGIA DE URETERORRENOLITOTRIPSIA RÍGIDA/SEMI-RÍGIDA+COLOCAÇÃO DE DUPLO J BILATERAL - SERVIÇOS HOSPITALARES			R\$ 1.411,60	
90.10.01.007	INCREMENTO PARA CIRURGIA DE URETERORRENOLITOTRIPSIA RÍGIDA/SEMI-RÍGIDA+COLOCAÇÃO DE DUPLO J UNILATERAL - SERVIÇOS HOSPITALARES			R\$ 1.353,37	
90.10.01.062	INCREMENTO PARA CIRURGIA DESCOMPRESSIVA PARTE HOSPITAL (CORRESPONDENTE 04.03.02.011-5 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE NEUROPATIA COMPRESSIVA COM OU SEM MICROCIÚRGIA			R\$ 999,21	
90.10.01.057	INCREMENTO PARA CIRURGIA DISCECTOMIA ANTERIOR PARTE HOSPITAL (04.08.03.043-7 - DISCECTOMIA CERVICAL POR VIA ANTERIOR - 1 NÍVEL)			R\$ 999,21	
90.04.01.175	SERVIÇO DE CAPACITAÇÃO, TREINAMENTO E PALESTRAS NA ÁREA DE SAÚDE	R\$ 946,62			

TABELA DE VALORES PARA TRANSPORTE

Classificação	Descrição	Val. Tab. 17	Val. Tab. 26		
90.04.01.185	SERVIÇO DE AGENCIAMENTO DE VIAGENS AÉREAS (VALOR A SER DEFINIDO CONFORME DESTINO)		R\$ 0,01		
Classificação	Descrição	Val. Tab. 17	Val. Tab. 26		

90.09.02.000	SERV. TRANSPORTE DE PACIENTE - TFD - B. FERRAZ/CTBA	147,252			
90.04.01.184	SERV. DE HOSPEDAGEM EM ISOLAMENTO PARA PACIENTES E ACOMPANHANTES, EM QUARTO INDIVIDUAL COM COZINHA E BANHEIRO, COM ALIMENTAÇÃO E TRANSPORTE IDA E VOLA PARA OS HOSPITAIS EM CURITIBA E REGIÃO METROPOLITANA	R\$ 147,25			
90.04.01.220	SERV. DE HOSPEDAGEM EM QUARTO COLETIVO P/ PACIENTES E ACOMPANHANTES (REGIÃO CASCAVEL)	R\$ 105,18			
90.04.01.183	SERV. DE HOSPEDAGEM EM QUARTO COLETIVO PARA PACIENTES E ACOMPANHANTES SEPARADOS EM ALAS FEMININA, MASCULINA E INFANTIL, COM ALIMENTAÇÃO E TRANSPORTE IDA E VOLTA PARA OS HOSPITAIS EM CURITIBA	R\$ 94,66			
90.09.01.000	SERV. TRANSPORTE DE PACIENTE - TFD - C. MOURÃO/CTBA	R\$ 147,25			
90.09.03.000	SERV. TRANSPORTE DE PACIENTE - TFD - CASCAVEL/CTBA	R\$ 147,25			
90.09.02.000	SERV. TRANSPORTE DE PACIENTE - TFD - CTBA/B. FERRAZ	R\$ 147,25			
90.09.01.000	SERV. TRANSPORTE DE PACIENTE - TFD - CTBA/C. MOURÃO	R\$ 147,25			
90.09.03.000	SERV. TRANSPORTE DE PACIENTE - TFD - CTBA/CASCAVEL	R\$ 147,25			
90.09.04.000	SERV. TRANSPORTE DE PACIENTE - TFD - CTBA/GOIOÊRE	R\$ 147,25			
90.09.04.000	SERV. TRANSPORTE DE PACIENTE - TFD - GOIOÊRE/CTBA	R\$ 147,25			
90.09.27.000	SERVIÇO DE TRANSPORTE CASCAVEL/CURITIBA LEITO CAMA	R\$ 294,50			
90.09.28.000	SERVIÇO DE TRANSPORTE CURITIBA/CASCAVEL LEITO CAMA	R\$ 294,50			
90.09.17.000	SERVIÇO DE TRANSPORTE DE PACIENTE CAMPINA DA LAGOA/CURITIBA	R\$ 147,25			
90.09.14.000	SERVIÇO DE TRANSPORTE DE PACIENTE CURITIBA LUIZIANA	R\$ 147,25			
90.09.18.000	SERVIÇO DE TRANSPORTE DE PACIENTE CURITIBA/CAMPINA DA LAGOA	R\$ 147,25			
90.09.12.000	SERVIÇO DE TRANSPORTE DE PACIENTE CURITIBA/ENGENHEIRO BELTRÃO	R\$ 147,25			
90.09.08.000	SERVIÇO DE TRANSPORTE DE PACIENTE CURITIBA/FAROL	R\$ 147,25			
90.09.24.000	SERVIÇO DE TRANSPORTE DE PACIENTE CURITIBA/IRETAMA	R\$ 147,25			
90.09.26.000	SERVIÇO DE TRANSPORTE DE PACIENTE CURITIBA/JANIÓPOLIS	R\$ 147,25			
90.09.20.000	SERVIÇO DE TRANSPORTE DE PACIENTE CURITIBA/NOVA CANTÚ	R\$ 147,25			
90.09.10.000	SERVIÇO DE TRANSPORTE DE PACIENTE CURITIBA/PEABIRU	R\$ 147,25			
90.09.06.000	SERVIÇO DE TRANSPORTE DE PACIENTE CURITIBA/QUARTO CENTENÁRIO	R\$ 147,25			
90.09.22.000	SERVIÇO DE TRANSPORTE DE PACIENTE CURITIBA/RONCADOR	R\$ 147,25			
90.09.16.000	SERVIÇO DE TRANSPORTE DE PACIENTE CURITIBA/UBIRATÃ	R\$ 147,25			
90.09.11.000	SERVIÇO DE TRANSPORTE DE PACIENTE ENGENHEIRO BELTRÃO/CURITIBA	R\$ 147,25			
90.09.07.000	SERVIÇO DE TRANSPORTE DE PACIENTE FAROL/CURITIBA	R\$ 147,25			
Classificação	Descrição	Val. Tab. 17	Val. Tab. 26		

90.09.23.000	SERVIÇO DE TRANSPORTE DE PACIENTE IRETAMA/CURITIBA	R\$ 147,25			
90.09.25.000	SERVIÇO DE TRANSPORTE DE PACIENTE JANIÓPOLIS/CURITIBA	R\$ 147,25			
90.09.13.000	SERVIÇO DE TRANSPORTE DE PACIENTE LUIZIANA/CURITIBA	R\$ 147,25			
90.09.19.000	SERVIÇO DE TRANSPORTE DE PACIENTE NOVA CANTÚ/CURITIBA	R\$ 147,25			
90.09.09.000	SERVIÇO DE TRANSPORTE DE PACIENTE PEABIRU/CURITIBA	R\$ 147,25			
90.09.05.000	SERVIÇO DE TRANSPORTE DE PACIENTE QUARTO CENTENÁRIO/CURITIBA	R\$ 147,25			
90.09.21.000	SERVIÇO DE TRANSPORTE DE PACIENTE RONCADOR/CURITIBA	R\$ 147,25			
90.09.15.000	SERVIÇO DE TRANSPORTE DE PACIENTE UBIRATÃ/CURITIBA	R\$ 147,25			
	SUPRIMENTOS AOS MUNICIPIOS				
Classificação	Descrição	Val; Tab. 23			
90.15.01.002	CARIMBOS GESTANTES	R\$ 55,00			
90.17.02.003	ESTOJO PORTA PALETA (OVITAMPAS)	R\$ 130,50			
90.17.02.001	KIT ARMADILHA (OVITAMPAS)	R\$ 7,65			
90.17.02.004	NICHO DE CONTAGEM DE OVOS NA PALETA (OVITAMPAS)	R\$ 63,00			
90.17.02.002	PALETA (OVITAMPAS)	R\$ 0,85			
90.17.01.001	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO QUALITATIVA DE ANTÍGENO DE SARS-COV2 EM AMOS	R\$ 3,94			

	<u>TABELA DE VALORES CISCOMCAM PARA PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR (EXCETO MEDICO)</u>
--	--

	ENFERMAGEM				
Classificação	Descrição	Val; Tab. 4	Val. Tab. 5		
03.01.10.015	RETIRADA DE PONTOS DE CIRURGIAS BASICAS (POR PACIENTE)	0,64			
90.04.01.265	CURATIVO COM LASERTERAPIA		100		
90.04.01.266	APLICAR BOTA DE UNNA (COM MATERIAL)		80		
90.04.01.267	SESSÃO DE BAG OZONIOTERAPIA		90		
90.04.01.268	CURATIVO COM TERAPIA ELASTICA		130		
04.15.04.004	DEBRIDAMENTO DE ULCERA/NECROSE		31,41		
	FISIOTERAPIA E/OU TERAPIA OCUPACIONAL				

Classificação	Descrição	Val; Tab. 4	Val. Tab. 5		
03.02.02.001	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS		R\$ 18,93		
03.02.06.004	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO		R\$ 18,93		
03.02.07.003	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SEQÜELAS POR QUEIMADURAS (MÉDIO E GRANDE QUEIMADOS)		R\$ 18,93		
03.02.04.006	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA		R\$ 18,93		
03.02.04.003	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR		R\$ 18,93		
03.02.04.001	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS		R\$ 18,93		
03.02.04.002	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS		R\$ 18,93		
03.02.07.003	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE GRANDE QUEIMADO		R\$ 18,93		
03.02.07.001	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO		R\$ 18,93		
03.02.01.003	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NEONATO		R\$ 18,93		
03.02.02.003	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA		R\$ 18,93		
03.02.01.001	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS		R\$ 18,93		
03.02.06.005	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA		R\$ 18,93		
03.02.02.002	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE ONCOLÓGICO LÍNICO		R\$ 18,93		
03.02.04.004	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS CRURGIA CARDIOVASCULAR		R\$ 18,93		
03.02.01.002	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DIFUÇÕES UROGINECOLÓGICAS		R\$ 18,93		
03.02.03.001	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS C/ COMPROMETIMENTO SISTÊMICO		R\$ 18,93		
03.02.03.002	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS		R\$ 18,93		
03.02.06.002	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS		R\$ 18,93		
03.02.06.001	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS		R\$ 18,93		
03.02.05.001	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS		R\$ 18,93		
03.02.05.003	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS C/ COMPLICAÇÕES SISTEMICAS		R\$ 18,93		
03.02.05.002	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS		R\$ 18,93		
03.02.06.003	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR		R\$ 18,93		
Classificação	Descrição	Val; Tab. 4	Val. Tab. 5		

03.02.04.005	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS		R\$ 18,93		
90.04.01.006	ATENDIMENTO FISIOTERAPICO EM RPG		R\$ 37,62		
90.04.01.007	ATENDIMENTO FISIOTERAPICO POR SESSÃO		R\$ 18,93		
03.01.01.004	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)		R\$ 31,55		
90.04.01.080	CONSULTA EM FISIOTERAPIA		R\$ 31,55		
03.09.05.001	SESSÃO DE ACUMPUNTURA APLICAÇÃO DE VENTOSAS / MOXA		R\$ 18,93		
03.09.05.002	SESSÃO DE ACUMPUNTURA COM INSERÇÃO DE AGULHAS		R\$ 18,93		
03.09.05.003	SESSÃO DE ELETROESTOESTIMULAÇÃO		R\$ 18,93		
03.01.04.004	TERAPIA INDIVIDUAL (ATENDIMENTO INDIVIDUAL TERAPIA OCUPACIONAL)	36,81	36,81		

NUTRIÇÃO					
Classificação	Descrição	Val. Tabela 4	Val. Tabela 5		
90.04.01.111	ATENDIMENTO INDIVIDUAL NUTRICIONAL	21,17	21,17		

ODONTOLOGIA					
Classificação	Descrição	Val. Tabela 15			
03.07.02.001	ACESSO A POLPA DENTÁRIA E MEDICAÇÃO (POR DENTE)	R\$ 19,45			
01.01.02.005	APLICACAO DE CARIOSTATICO (POR DENTE)	R\$ 6,63			
01.01.02.006	APLICACAO DE SELANTE (POR DENTE)	R\$ 7,37			
01.01.02.007	APLICACAO TOPICA DE FLUOR (INDIVIDUAL POR SESSAO)	R\$ 6,45			
02.01.01.023	BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR	R\$ 35,87			
02.01.01.034	BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE	R\$ 42,92			
02.01.01.052	BIOPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA	R\$ 42,43			
03.07.01.001	CAPEAMENTO PULPAR	R\$ 20,05			
04.14.01.001	CONTENCAO DE DENTES POR SPLINTAGEM	R\$ 47,90			
03.07.02.002	CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECÂNICO	R\$ 13,01			
04.14.02.008	ENXERTO GENGIVAL	R\$ 29,74			
01.01.02.008	EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA	R\$ 6,79			
04.14.02.012	EXODONTIA DE DENTE DECIDUO	R\$ 17,19			
04.14.02.013	EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE	R\$ 17,19			
Classificação	Descrição	Val. Tabela 15			

90.04.01.176	EXTRAÇÃO DE TERCEIRO MOLAR INCLUSO	R\$ 420,72			
04.14.02.015	GENGIVECTOMIA e/ou GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE)	R\$ 93,49			
03.07.02.003	OBTURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO	R\$ 42,58			
03.07.02.004	OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR	R\$ 111,82			
03.07.02.005	OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE C/ TRÊS OU MAIS RAÍZES	R\$ 134,19			
03.07.02.006	OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	R\$ 104,37			
04.04.02.048	OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVEOLODENTÁRIAS	R\$ 88,17			
03.01.01.015	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	R\$ 14,91			
90.04.01.258	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL (PPR) COM VAZAMENTO DO MODELO EM GESSO TIPO IV	R\$ 494,35			
90.04.01.259	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL PROVISÓRIA COM VAZAMENTO DO MODELO EM GESSO TIPO II	R\$ 420,72			
90.04.01.260	PRÓTESE TOTAL COM VAZAMENTO DO MODELO EM GESSO TIPO III (GESSO PEDRA)	R\$ 473,31			
03.07.02.007	PULPOTOMIA DENTÁRIA	R\$ 20,05			
90.04.01.168	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL COM LAUDO E IMPRESSO	R\$ 47,33			
90.04.01.169	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL COM LAUDO ONLINE	R\$ 36,81			
90.04.01.170	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL SEM LAUDO E IMPRESSO	R\$ 42,07			
90.04.01.171	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL SEM LAUDO ONLINE	R\$ 31,55			
90.04.01.136	RADIOGRAFIA PANORÂMICA IMPRESSA COM LAUDO	R\$ 52,59			
90.04.01.137	RADIOGRAFIA PANORÂMICA IMPRESSA SEM LAUDO	R\$ 47,33			
90.04.01.138	RADIOGRAFIA PANORÂMICA ONLINE COM LAUDO	R\$ 47,33			
90.04.01.139	RADIOGRAFIA PANORÂMICA ONLINE SEM LAUDO	R\$ 42,07			
90.04.01.165	RADIOGRAFIA PERIAPICAL COM LAUDO ONLINE	R\$ 36,81			
90.04.01.164	RADIOGRAFIA PERIAPICAL COM LAUDO E IMPRESSO	R\$ 47,33			
02.04.01.018	RADIOGRAFIA PERI-APICAL INTERPROXIMAL (BITE-WING)	R\$ 11,45			
90.04.01.166	RADIOGRAFIA PERIAPICAL SEM LAUDO IMPRESSO	R\$ 42,07			
90.04.01.167	RADIOGRAFIA PERIAPICAL SEM LAUDO ONLINE	R\$ 31,55			
03.07.03.001	RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE)	R\$ 71,56			
03.07.03.002	RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE)	R\$ 71,56			
03.07.03.003	RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE)	R\$ 1,48			
04.04.02.057	REDUÇÃO DE FRATURA ALVÉOLO-DENTÁRIA S/ OSTEOSSÍNTESE	R\$ 183,53			
04.04.02.061	REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TÊMPOROMANDIBULAR	R\$ 49,22			
Classificação	Descrição	Val. Tabela 15			

90.04.01.262	REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL OU PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM RESINA ACRÍLICA ROSA COM VEIAS TIPO CLÁSSICO DE 1ª LINHA	R\$ 210,36			
90.04.01.261	REPARO EM PRÓTESES TOTAIS OU NA PARTE ACRÍLICA DA PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL POR PROBLEMA NÃO DECORRENTE DA CONFECÇÃO	R\$ 115,70			
03.07.01.002	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO	R\$ 23,61			
03.07.01.003	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR	R\$ 23,56			
03.07.01.004	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR	R\$ 23,61			
03.07.02.009	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE COM 3 OU MAIS RAÍZES	R\$ 578,49			
03.07.02.011	SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR	R\$ 5,72			
01.01.02.009	SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA	R\$ 6,45			
90.04.01.141	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE BEAM-MANDIBULA	R\$ 199,84			
90.04.01.140	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE BEAM-MAXILA	R\$ 199,84			
90.04.01.142	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE BEAM-TOTAL	R\$ 368,13			
04.14.02.037	TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE)	R\$ 10,16			
03.07.01.005	TRATAMENTO DE NEVRALGIAS FACIAIS	R\$ 19,35			

ODONTOLOGIA (PARA ATENDIMENTO DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS)					
Classificação	Descrição	Val. Tabela 21			
90.14.01.028	ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL - POR ARCADA	R\$ 110,65			
90.14.01.029	AJUSTE OCLUSÃO DO DESGASTE SELETIVO (POR SESSÃO)	R\$ 130,84			
90.14.01.018	APLICAÇÃO DE CARISTATICO - 1 SESSÃO - DUAS ARCADAS	R\$ 85,62			
90.14.01.019	APLICAÇÃO DE SELANTE - TECNICA INVASIVA - POR ELEMENTO	R\$ 128,42			
90.14.01.020	APLICAÇÃO DE SELANTE DE FOSSULAS E FISSURAS - POR ELEMENTO	R\$ 75,52			
01.01.02.007	APLICACAO TOPICA DE FLUOR (INDIVIDUAL POR SESSAO)	R\$ 105,81			
90.14.01.021	APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZ FLUORETADO (POR ARCADA)	R\$ 45,23			
90.14.01.022	ATIVIDADE EDUCATIVA EM SAUDE BUCAL	R\$ 85,62			
90.14.01.023	ATIVIDADE EDUCATIVA PARA PAIS E CUIDADORES	R\$ 85,62			
03.07.01.001	CAPEAMENTO PULPAR	R\$ 110,65			
90.14.01.030	COLAGEM DE FRAGMENTSO DENTARIOS	R\$ 161,14			
90.14.01.001	CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA	R\$ 85,62			
90.14.01.002	CONSUL TA EM ODONTOLOGIA	R\$ 105,81			
Classificação	Descrição	Val. Tabela 21			

90.14.01.024	CONTROLE DE BIOFILME - POR SESSÃO	R\$ 113,07			
90.14.01.025	CONTROLE DE CÁRIE INCIPIENTE - POR CONSULTA TRIMESTRAL	R\$ 110,65			
90.14.01.007	CONTROLE POS OPERATORIO (POR SESSÃO)	R\$ 105,81			
90.14.01.031	DESSENSIBILIZAÇÃO DENTARIA (POR SEGMENTO)	R\$ 105,81			
90.14.01.003	DIAGNOSTICO E PLANEJAMENTO PARA TRATAMENTO ODONTOLOGICO	R\$ 211,62			
90.14.01.005	DIAGNOSTICO E TRATAMENTO DE ESTOMATITE HERPETICA	R\$ 140,94			
90.14.01.006	DIAGNOSTICO E TRATAMENTO DE ESTOMATITE POR CANDIDOSE	R\$ 140,94			
90.14.01.004	DIAGNOSTICO E TRATAMENTO DE HALITOSE - POR SESSÃO	R\$ 173,23			
90.14.01.056	ESTABELECIMENTO DE VINCULO COM PACIENTE COM NECESSIDADES ESPECIAIS (POR SESSÃO)	R\$ 171,23			
90.14.01.057	ESTABELECIMENTO DE VINCULO COM PACIENTE IDOSO COM TRANSTORNOS PSQUIATRICOS E PSIQUICOS- POR SESSÃO	R\$ 171,23			
90.14.01.058	ESTABELECIMENTO DE VINCULO COM PACIENTE IDOSO INDEPENDENTE - UMA SESSÃO	R\$ 105,81			
90.14.01.061	ESTABELECIMENTO DE VINCULO COM PACIENTE IDOSO, COM CUIDADOS DE PACIENTE IDOSO OU COM CUIDADOR DE PACIENTE COM NECESSIDADES ESPECIAIS	R\$ 105,81			
90.14.01.059	ESTABELECIMENTO DE VINCULO COM PACIENTE PARCIALMENTE DEPENDENTE -POR SESSÃO	R\$ 130,84			
90.14.01.060	ESTABELECIMENTO DE VINCULO COM PACIENTE TOTALMENTE DEPENDENTE -POR SESSÃO	R\$ 171,23			
90.14.01.062	ESTABILIZAÇÃO DO PACIENTE POR MEIO DE CONTEÇÃO FISICA E/OU MECANICA	R\$ 171,23			
90.14.01.008	EXERESE DE MUCOCELE	R\$ 165,01			
90.14.01.010	EXODONTIA A RETALHO	R\$ 198,69			
90.14.01.053	EXODONTIA DE DECÍDUOS	R\$ 108,23			
04.14.02.013	EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE	R\$ 165,97			
90.14.01.012	EXODONTIA DE PERMANENTE POR INDICAÇÃO ORTODONTICA / PROTETICA	R\$ 198,69			
90.14.01.009	EXODONTIA DE RAIZ REESIDUAL	R\$ 165,97			
90.14.01.013	FRENULECTOMIA LINGUAL	R\$ 404,02			
90.14.01.014	FRENULOTOMIA LABIAL	R\$ 222,27			
90.14.01.063	ORIENTAÇÃO DE HIGIENE BUCAL PARA PAIS E/OU CUIDADORES	R\$ 85,62			
03.01.01.015	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLOGICA PROGRAMATICA	R\$ 105,81			
90.14.01.026	PROFILAXIA E POLIMENTO CORONÁRIO	R\$ 110,65			
90.14.01.032	PULPECTOMIA - INDEPENDENTEMENTE DA SEQUENCIA DO TRATAMENTO	R\$ 113,07			
03.07.02.007	PULPOTOMIA DENTARIA	R\$ 113,07			
90.14.01.054	PULPOTOMIA EM DECÍDUO	R\$ 212,59			
Classificação	Descrição	Val. Tabela 21			

90.14.01.034	RASPAGEM SUB-GENGIVAL PARA TRATAMENTO NÃO CIRURGICO DA PERIODONTITE LEVE DE BAIXO RISCO - POR SEGMENTO	R\$ 113,07			
90.14.01.035	RASPAGEM SUB-GENGIVAL PARA TRATAMENTO NÃO CIRURGICO DA PERIODONTITE MODERADA DE MEDIO RISCO - POR SEGMENTO	R\$ 143,36			
90.14.01.033	RASPAGEM SUB-GENGIVAL PARA TRATAMENTO NÃO CIRURGICO DE PERIODONTITE GRAVE DE ALTO RISCO - POR SEGMENTO	R\$ 206,36			
90.14.01.036	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL PARA TRATAMENTO DA GENGIVA - POR ACADA	R\$ 143,36			
90.14.01.027	REMINERALIZAÇÃO - POR SESSÃO	R\$ 156,30			
90.14.01.015	REMOÇÃO DE DENTE INCLUSO/IMPACTADO	R\$ 410,31			
90.14.01.016	REMOÇÃO DE DENTE SEMI INLCUSO / IMPACTADO	R\$ 410,31			
90.14.01.055	RESTAURAÇÃO ATRAUMATICA - POR ELEMENTO	R\$ 65,42			
90.14.01.037	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - CLASSE I- 1 FACE	R\$ 140,94			
90.14.01.038	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - CLASSE II- 2 FACES	R\$ 163,55			
90.14.01.039	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - CLASSE II- 3 FACES	R\$ 193,85			
90.14.01.040	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - CLASSE II- 4 FACES	R\$ 226,56			
90.14.01.041	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - CLASSE I- 1 FACE	R\$ 110,65			
90.14.01.042	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - CLASSE II- 2 FACES	R\$ 135,68			
90.14.01.043	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO- CLASSE II- 3 FACES	R\$ 135,68			
90.14.01.044	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL -CLASSE I - 1 FACE	R\$ 161,14			
90.14.01.045	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL -CLASSE II - 2 FACE	R\$ 211,62			
90.14.01.046	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL -CLASSE II - 3 FACES	R\$ 262,11			
90.14.01.047	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL -CLASSE II- 4 FACES	R\$ 292,40			
90.14.01.048	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL -CLASSE III	R\$ 161,14			
90.14.01.049	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL -CLASSE IV	R\$ 292,40			
90.14.01.050	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL -CLASSE V	R\$ 161,14			
90.14.01.051	RESTAURAÇÃO TEMPORÁRIA/TRATAMENTO EXPECTANTE	R\$ 80,36			
90.14.01.017	TRATAMENTO DE ALVEOLITE	R\$ 114,52			
90.14.01.052	TRATAMENTO DE MANUTENÇÃO PARA PERIODONTITE LEVE (6 EM 6 MESES	R\$ 173,23			
90.14.01.065	ULECTOMIA	R\$ 115,49			
90.14.01.066	ULOTOMIA	R\$ 92,87			