

Atualização na Tabela de Serviços e Procedimentos em Saúde da ICISMEP, realizada em junho de 2022, com publicação em junho de 2022, para vigência a partir de junho de 2022.

TABELA DE SERVIÇOS DE SAÚDE EXECUTADOS NAS UNIDADES ICISMEP

Tabela 1 - OFTALMOLOGIA

| PACOTE BÁSICO DA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA | | |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA (QUANTIDADE 1) | R\$ 38,38 |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR PACIENTE (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.002-0 | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.025-9 | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.012-7 | MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| TOTAL DO PACOTE | | |

| PACOTE BÁSICO DA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - UNIDADE MÓVEL | | |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Tabela 3 | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA (QUANTIDADE 1) | R\$ 65,00 |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR PACIENTE (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.002-0 | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.025-9 | TONOMETRIA (QUANTIDADE 2) | |
| Tabela 4 | MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| TOTAL DO PACOTE | | |

| SERVIÇOS COMPLEMENTARES EM OFTALMOLOGIA - UNIDADE MÓVEL | | |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| - | ARMAÇÃO PARA ÓCULOS ALTO ÍNDICE GRAU FORTE MODELO ADULTO FEMININO E MASCULINO - MATERIAL EM METAL OU ACETATO COM ARO TOTAL, ARO QUADRADO OU REDONDO | R\$ 79,00 |
| - | ARMAÇÃO PARA ÓCULOS ALTO ÍNDICE GRAU FORTE MODELO INFANTIL FEMININO E MASCULINO - MATERIAL EM METAL OU ACETATO COM ARO TOTAL, ARO QUADRADO OU REDONDO | R\$ 79,00 |
| - | ARMAÇÃO PARA ÓCULOS MODELO ADULTO FEMININO E MASCULINO - MATERIAL EM METAL OU ACETATO COM ARO TOTAL, ARO QUADRADO OU REDONDO | R\$ 79,00 |
| - | ARMAÇÃO PARA ÓCULOS MODELO INFANTIL FEMININO E MASCULINO - MATERIAL EM METAL OU ACETATO COM ARO TOTAL, ARO QUADRADO OU REDONDO | R\$ 77,30 |
| - | LENTE OFTÁLMICAS MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO ÍNDICE DE -10.00 A +9.50 ESFÉRICO E CILINDRO ATÉ -6.00; CONFORME RECEITUÁRIO MÉDICO | R\$ 26,66 |
| - | LENTE OFTÁLMICAS MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO ÍNDICE DE -8.00 A +6.00 ESFÉRICO E CILINDRO ATÉ -4.00; CONFORME RECEITUÁRIO MÉDICO | R\$ 26,66 |
| - | LENTE OFTÁLMICAS MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO ÍNDICE GRAU FORTE, ALTA DIOPIRIA DE -12.50 A -23.00 ESFÉRICO E CILINDRO ATÉ -9.00; CONFORME RECEITUÁRIO MÉDICO | R\$ 26,66 |
| - | LENTE OFTÁLMICAS MONOFOCAIS VISÃO SIMPLES ANTI-REFLEXO DE PLANO -4.00 A +4.00 ESFÉRICO, CILINDRO ATÉ -2.00; CONFORME RECEITUÁRIO MÉDICO | R\$ 56,00 |
| Tabela 5 | LENTE OFTÁLMICAS MONOFOCAIS VISÃO SIMPLES ANTI REFLEXO DE PLANO -6.00 A +6.00 ESFÉRICO, CILINDRO ATÉ -4.00; CONFORME RECEITUÁRIO MÉDICO | R\$ 53,33 |
| - | LENTE OFTÁLMICAS MULTIFOCAIS ALTO ÍNDICE DE -10.00 A +6.00 ESFÉRICO E CILINDRO ATÉ -6.00; ADICAO DE +1.00 A +3.50 ALTURA MÍNIMA DE 22MM | R\$ 54,46 |
| - | LENTE OFTÁLMICAS MULTIFOCAIS VISÃO SIMPLES DE -4.00 A +7.00 ESFÉRICO E CILINDRO ATÉ -4.00; ADICAO DE +1.00 A +3.00 ALTURA MÍNIMA DE 22MM | R\$ 54,53 |

| AVALIAÇÃO DE CATARATA | | |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CATARATA (QUANTIDADE 1) | R\$ 86,09 |
| 02.11.06.001-1 | BIOMETRIA ULTRASSÔNICA MONOCULAR (ECO A) (R\$ 24,24 QUANTIDADE 2) | |
| 02.11.06.012-7 | MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.025-9 | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1) | |
| 02.05.02.008-9 | ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | |
| TOTAL DO PACOTE | | |

| CONTROLE ANTECIPADO DE GLAUCOMA - CONSULTA | | |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1) | R\$ 79,00 |
| 02.11.06.025-9 | TONOMETRIA (QUANTIDADE 2) | |
| 02.11.06.011-9 | GONIOSCOPIA (QUANTIDADE 1) | |
| 02.05.02.002-0 | PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA - MONOCULAR (R\$ 14,81 QUANTIDADE 2) | |
| 02.11.06.003-8 | CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.028-3 | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | |
| TOTAL DO PACOTE | | |

| CONTROLE DE GLAUCOMA 30 A 60 DIAS - ACOMPANHAMENTO | | |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1) | |
| Tabela 6 | TONOMETRIA (3,37 QUANTIDADE 2) | |

| | | | |
|------------------------|------------------------------------------------|-----|-------|
| 02.11.06.002-0 | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1) | R\$ | 19,46 |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | | |
| TOTAL DO PACOTE | | | |

| AVALIAÇÃO CIRÚRGICA DE GLAUCOMA | | | |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------|-------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP | |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1) | R\$ | 53,54 |
| 02.11.06.025-9 | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1) | | |
| 02.11.06.002-0 | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1) | | |
| 02.11.06.003-8 | CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA | | |
| 02.11.06.017-8 | RETINOGRAFIA COLORIDA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | | |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | | |
| TOTAL DO PACOTE | | | |

| CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAVIAÇÃO DE GLAUCOMA | | | |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------|-------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP | |
| 03.01.01.010-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1) | R\$ | 57,74 |
| | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1) | | |
| | FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1) | | |
| | CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | | |
| Tabela 7 | GONIOSCOPIA (QUANTIDADE 1) | | |
| 02.05.02.002-0 | PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR (R\$ 14,81 QUANTIDADE 2) | | |
| 02.11.06.028-3 | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | | |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | | |
| TOTAL DO PACOTE | | | |

| ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DE GLAUCOMA | | | |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------|-------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP | |
| 03.03.05.001-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1) | R\$ | 17,74 |
| | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1) | | |
| | FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1) | | |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | | |
| TOTAL DO PACOTE | | | |

| DESCRIÇÃO DOS TRATAMENTOS MEDICAMENTOSOS DE GLAUCOMA | | |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Tabela 8 | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.03.05.003-9 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (1ª LINHA) | R\$ 18,66 |
| 03.03.05.004-7 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (2ª LINHA) | R\$ 79,38 |
| 03.03.05.005-5 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (3ª LINHA) | R\$ 127,98 |
| 03.03.05.006-3 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (1ª LINHA) | R\$ 12,44 |
| 03.03.05.007-1 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (2ª LINHA) | R\$ 52,92 |
| 03.03.05.008-0 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (3ª LINHA) | R\$ 85,33 |
| Tabela 9 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE ACETAZOLAMIDA MONOCULAR OU BINOCULAR | R\$ 93,10 |
| 03.03.05.010-1 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA MONOCULAR | R\$ 8,93 |
| 03.03.05.011-0 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA BINOCULAR | R\$ 13,39 |
| 03.03.05.015-2 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - MONOCULAR | R\$ 65,36 |
| 03.03.05.016-0 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - BINOCULAR | R\$ 98,04 |
| 03.03.05.017-9 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR | R\$ 97,77 |
| 03.03.05.018-7 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO PACIENTE GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR | R\$ 146,64 |
| 03.03.05.019-5 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR | R\$ 138,25 |
| 03.03.05.020-9 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR | R\$ 207,36 |
| 03.03.05.021-7 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS | R\$ 150,69 |
| 03.03.05.022-5 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS | R\$ 226,02 |

| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CÔRNEA | | | |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP | |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CÔRNEA (QUANTIDADE 1) | R\$ | 53,54 |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | | |
| 02.11.06.026-7 | TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÔRNEA-CERATOSCOPIA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | | |
| 02.05.02.002-0 | PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR (R\$ 14,81 QUANTIDADE 2) (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | | |
| TOTAL DO PACOTE | | | |

| Tabela 10 | | | |
|------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------|-------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP | |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM ESTRABISMO (QUANTIDADE 1) | R\$ | 46,46 |
| 02.11.06.023-2 | TESTE ORTÓPTICO (QUANTIDADE 1) | | |
| TOTAL DO PACOTE | | | |

| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE PLÁSTICA OCULAR | | | |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------|-------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP | |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM PLÁSTICA OCULAR (QUANTIDADE 1) | R\$ | 46,97 |
| TOTAL DO PACOTE | | | |

| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA | | | |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------|-------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP | |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM RETINA (QUANTIDADE 1) | R\$ | 46,97 |
| 02.11.06.012-7 | MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1) | | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR | RETINOGRAFIA COLORIDA (QUANTIDADE 1) | | |

| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------|
| 02.11.06.028-3 | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | R\$ 121,00 |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.018-6 | RETINOGRAFIA FLUORESCENTE (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| TOTAL DO PACOTE | | |

| AVALIAÇÃO EM RETINOPATIA DE PREMATURIDADE | | |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| Tabela 11 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA (QUANTIDADE 1) | R\$ 242,42 |
| TOTAL DO PACOTE | | |

| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CIRURGIAS RETINIANAS - AVAL. DEPARTAMENTO DE VITRECTOMIA | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CIRURGIAS RETINIANAS (QUANTIDADE 1) | R\$ 95,96 |
| 02.11.06.012-7 | MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1) | |
| 02.05.02.008-9 | ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR) - ECO B - (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| Tabela 12 | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.025-9 | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1) | |
| TOTAL DO PACOTE | | |

| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA - CONTROLE DE VITRECTOMIA | | |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CIRURGIAS RETINIANAS (QUANTIDADE 1) | R\$ 48,08 |
| 02.11.06.012-7 | MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1) | |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | |
| 02.05.02.008-9 | ECO-B ULTRA-SOM DE GLOBO OCULAR/ÓRBITA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| 02.11.06.028-3 | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| TOTAL DO PACOTE | | |

| AVALIAÇÃO DE RETINA PÓS INJEÇÃO INTRA-VITREO | | |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| Tabela 13 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM RETINA (QUANTIDADE 1) | R\$ 85,00 |
| 02.11.06.028-3 | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| 02.11.06.012-7 | MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1) | |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | |
| TOTAL DO PACOTE | | |

| EXAMES EM OFTALMOLOGIA | | |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 02.05.02.002-0 | PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR | R\$ 14,81 |
| 02.05.02.008-9 | ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B | R\$ 34,34 |
| Tabela 14 | BIOMETRIA ULTRASSONICA MONOCULAR (ECO A) | R\$ 24,24 |
| 02.11.06.002-0 | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO | R\$ 12,34 |
| 02.11.06.003-8 | CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA | R\$ 40,00 |
| 02.11.06.005-4 | CERATOMETRIA | R\$ 3,37 |
| 02.11.06.006-2 | CURVA DIARIA DE PRESSÃO OCULAR - CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS) | R\$ 17,17 |
| 02.11.06.010-0 | FUNDOSCOPIA | R\$ 3,37 |
| 02.11.06.011-9 | GONIOSCOPIA | R\$ 17,17 |
| 02.11.06.012-7 | MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO | R\$ 24,24 |
| 02.11.06.015-1 | POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL | R\$ 7,00 |
| 02.11.06.017-8 | RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR | R\$ 24,68 |
| 02.11.06.018-6 | RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR | R\$ 64,00 |
| 02.11.06.021-6 | TESTE DE SCHIRMER | R\$ 3,37 |
| 02.11.06.022-4 | TESTE DE VISAO DE CORES | R\$ 3,37 |
| 02.11.06.023-2 | TESTE ORTÓPTICO | R\$ 12,34 |
| 02.11.06.025-9 | TONOMETRIA | R\$ 3,37 |
| 02.11.06.026-7 | TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CórNEA (CERATOSCOPIA) | R\$ 30,00 |
| 02.11.06.028-3 | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA (OCT) | R\$ 60,00 |
| CISMEP-12 | TRATAMENTO MEDICAMENTOSOS DE BLEFAROSPASMO COM TOXINA BOTULÍNICA | R\$ 85,00 |
| 03.03.05.023-3 | TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DA DOENÇA DA RETINA | R\$ 84,72 |

| PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO AMBULATORIAL - S.A. | | |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 02.01.01.009-7 | BIÓPSIA DE CONJUNTIVA (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 41,48 |
| 02.01.01.011-9 | BIÓPSIA DE CórNEA (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 97,76 |
| 02.01.01.018-6 | BIÓPSIA DE ESCLERA (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 97,76 |
| 02.01.01.035-6 | BIÓPSIA DE PÁLPEBRA (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 47,00 |
| 04.05.01.004-4 | DRENAGEM DE ABSCESSO DE PÁLPEBRA (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 30,56 |
| 04.05.01.005-2 | EPILAÇÃO A LASER - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 60,03 |
| 04.05.01.006-0 | EPILACAO DE CILIOS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 30,56 |
| 04.05.01.010-9 | OCCLUSAO DE PONTO LACRIMAL (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 25,53 |
| 04.05.01.014-1 | SIMBLEFAROPLASTIA - UNILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 219,50 |
| 04.05.01.016-8 | SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 88,00 |
| 04.05.01.017-6 | SUTURA DE PÁLPEBRAS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 160,00 |
| 04.05.01.018-4 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BLEFAROCALASE - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 439,00 |
| 04.05.01.019-2 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TRIQUIÁSE COM OU SEM ENXERTO (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 290,00 |
| 04.05.01.020-6 | PUNCTOPLASTIA - UNILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 67,00 |

| | | | |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------|
| 04.05.03.003-7 | CRIOTERAPIA OCULAR | R\$ | 154,73 |
| 04.05.03.004-5 | FOTOCOAGULAÇÃO A LASER (APAC) | R\$ | 45,00 |
| 04.05.03.005-3 | INJEÇÃO INTRA-VITREO (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ | 263,90 |
| CISMEP-13 | INJEÇÃO INTRA-VITREO COM ANTIBIÓTICO | R\$ | 86,92 |
| 04.05.03.009-6 | SUTURA DE ESCLERA (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ | 214,92 |
| 04.05.03.010-0 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEISCÊNCIA DE SUTURA DE ESCLERA | R\$ | 226,47 |
| 04.05.03.011-8 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MIÍASE PALPEBRAL (BILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ | 30,94 |
| 04.05.03.012-6 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE NEOPLASIA DE ESCLERA (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ | 408,98 |
| 04.05.03.015-0 | VITRIÓLISE A YAG LASER (BPA CONSOLIDADO) | R\$ | 71,17 |
| 04.05.03.019-3 | PAN-FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA A LASER CORRESPONDE A 4 PROCEDIMENTOS DE FOTOCOAGULAÇÃO A LASER. (APAC) | R\$ | 180,00 |
| 04.05.03.021-5 | RETINOPEXIA PNEUMÁTICA (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ | 528,45 |
| 04.05.03.022-3 | REMOÇÃO DE ÓLEO DE SILICONE (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ | 637,00 |
| 04.05.04.013-0 | INJEÇÃO RETROBULBAR/ PERIBULBAR | R\$ | 32,95 |
| 04.05.04.019-9 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DO XANTELASMA (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ | 190,58 |
| 04.05.05.002-0 | CAPSULOTOMIA A YAG LASER (APAC) | R\$ | 78,75 |
| 04.05.05.003-8 | CAUTERIZAÇÃO DE Córnea | R\$ | 25,82 |
| 04.05.05.006-2 | CORREÇÃO DE ASTIGMATISMO SECUNDÁRIO | R\$ | 25,82 |
| 04.05.05.007-0 | CORRECAO CIRURGICA DE HERNIA DE IRIS | R\$ | 378,28 |
| 04.05.05.008-9 | EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA | R\$ | 163,28 |
| 04.05.05.012-7 | FOTOTRABECULOPLASTIA A LASER (APAC) | R\$ | 45,00 |
| 04.05.05.016-0 | INJEÇÃO SUBCONJUNTIVAL/SUBTENONIANA | R\$ | 13,33 |
| 04.05.05.017-8 | IRIDECTOMIA CIRÚRGICA (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ | 390,82 |
| 04.05.05.019-4 | IRIDOTOMIA A LASER (APAC) | R\$ | 78,75 |
| 04.05.05.020-8 | PARACENTESE DE CÂMARA ANTERIOR | R\$ | 109,75 |
| 04.05.05.021-6 | RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ | 191,62 |
| 04.05.05.024-0 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA ANTERIOR DO OLHO (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ | 456,82 |
| 04.05.05.025-9 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO NA Córnea | R\$ | 28,94 |
| 04.05.05.026-7 | SINEQUIÓLISE A YAG LASER (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ | 45,00 |
| 04.05.05.029-1 | SUTURA DE CONJUNTIVA | R\$ | 115,47 |
| 04.05.05.030-5 | SUTURA DE Córnea | R\$ | 225,74 |
| 04.05.05.036-4 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO | R\$ | 290,00 |
| CISMEP-11 | CROSSLINKING | R\$ | 420,00 |
| 04.05.05.028-3 | SUBSTITUIÇÃO DE LENTE INTRA-OCULAR | R\$ | 824,20 |

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H.

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 02.01.01.011-9 | BIÓPSIA DE Córnea | R\$ 97,96 |
| 02.01.01.024-0 | BIÓPSIA DE ÍRIS, CORPO CILIAR, RETINA, CORÓIDE E VÍTREO | R\$ 244,98 |
| 03.08.04.001-5 | TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS OU CLÍNICOS | R\$ 270,40 |
| 04.05.01.001-0 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ENTROPIO E ECTRÓPIO (BILATERAL) | R\$ 229,97 |
| 04.05.01.007-9 | EXERESE DE CALÁZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PÁLPEBRA E SUPERCÍLIOS (UNILATERAL) | R\$ 98,00 |
| 04.05.01.002-8 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE EPICANTO E ELECANTO | R\$ 278,90 |
| 04.05.01.003-6 | DACRIOCISTORRINOSTOMIA (UNILATERAL) | R\$ 1.397,83 |
| 04.05.01.008-7 | EXTIRPAÇÃO DE GLÂNDULA LACRIMAL | R\$ 497,72 |
| 04.05.01.011-7 | RECONSTITUIÇÃO DE CANAL LACRIMAL (UNILATERAL) | R\$ 689,66 |
| Tabela 15 | RECONSTITUIÇÃO PARCIAL DA PÁLPEBRA COM TARSORRAFIA (BILATERAL) | R\$ 357,50 |
| 04.05.01.013-3 | RECONSTITUIÇÃO TOTAL DE PÁLPEBRA | R\$ 1.138,66 |
| 04.05.01.015-0 | SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL (BILATERAL) | R\$ 203,73 |
| 04.05.01.017-6 | SUTURA DE PÁLPEBRAS (BILATERAL) | R\$ 160,00 |
| 04.05.02.001-5 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MÚSCULOS HIPERTROPIAS) | R\$ 1.160,45 |
| 04.05.02.002-3 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DO ESTRABISMO (ATÉ 2 MÚSCULOS) | R\$ 849,90 |
| 04.05.03.002-9 | BIÓPSIA DE TUMOR INTRA-OCULAR | R\$ 96,11 |
| 04.05.03.007-0 | RETINOPEXIA COM INTROFLEXÃO ESCLERAL | R\$ 869,70 |
| 04.05.03.009-6 | SUTURA DE ESCLERA | R\$ 247,00 |
| 04.05.03.013-4 | VITRECTOMIA ANTERIOR | R\$ 479,76 |
| 04.05.03.014-2 | VITRECTOMIA POSTERIOR | R\$ 2.190,50 |
| 04.05.03.016-9 | VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER | R\$ 2.921,17 |
| 04.05.03.017-7 | VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO, ÓLEO DE SILICONE E ENDOLASER | R\$ 3.380,00 |
| CISMEP-03 | MEMBRANECTOMIA | R\$ 339,30 |
| CISMEP-04 | TROCA FLUIDO GASOSA | R\$ 204,10 |
| CISMEP-05 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA POSTERIOR DO OLHO | R\$ 340,60 |
| 04.05.03.020-7 | DRENAGEM DE HEMORRAGIA DE CORÓIDE | R\$ 453,60 |
| 04.05.04.001-6 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE LAGOFTALMO | R\$ 282,09 |
| 04.05.04.006-7 | ENUCLEAÇÃO DO GLOBO OCULAR | R\$ 415,58 |
| 04.05.04.007-5 | EVISCERAÇÃO DE GLOBO OCULAR | R\$ 587,52 |
| 04.05.04.018-0 | TRANSPLANTE DE PERIÓSTEO EM ESCLEROMALÁCIA | R\$ 1.197,98 |
| 04.05.04.020-2 | TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL | R\$ 486,75 |
| 04.05.05.001-1 | CAPSULECTOMIA POSTERIOR CIRÚRGICA | R\$ 301,18 |
| 04.05.05.004-6 | CICLOCRIOCOAGULAÇÃO/DIATERMIA | R\$ 587,51 |
| 04.05.05.005-4 | CICLODIÁLISE | R\$ 453,41 |
| 04.05.05.013-5 | IMPLANTE DE PRÓTESE ANTI-GLAUCOMATOSA | R\$ 691,60 |
| 04.05.05.021-6 | RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL | R\$ 187,20 |
| 04.05.05.022-4 | RECONSTITUIÇÃO DE FÓRNIX CONJUNTIVAL | R\$ 461,50 |
| 04.05.05.032-1 | TRABECULECTOMIA (CIRURGIA FISTULIZANTE ANTIGLAUCOMATOSA) | R\$ 898,35 |
| 04.05.05.035-6 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE GLAUCOMA CONGÊNITO | R\$ 1.236,75 |
| 04.05.05.039-9 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEISCÊNCIA DE SUTURA DE Córnea | R\$ 240,84 |
| 07.02.07.004-1 | ESFERA DE MULER (PROCED. ESPECIAL) | R\$ 78,00 |
| 07.02.07.005-0 | TUBO DE DRENAGEM PARA GLAUCOMA (PROCED. ESPECIAL) | R\$ 1.040,00 |
| 04.05.04.010-5 | EXPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR LIO | R\$ 846,19 |

| | | | |
|----------------|-------------------------------------------------------------|-----|----------|
| 04.05.04.021-0 | REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRA- OCULAR | R\$ | 453,61 |
| 04.05.05.009-7 | FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR | R\$ | 863,96 |
| 04.05.05.010-0 | FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR | R\$ | 643,16 |
| 04.05.05.011-9 | FACOEMLUSIFICAÇÃO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR RÍGIDA | R\$ | 863,96 |
| 04.05.05.014-3 | IMPLANTE INTRAESTROMAL | R\$ | 1.267,00 |
| 04.05.05.015-1 | IMPLANTE SECUNDÁRIO DE LENTE INTRA- OCULAR LIO | R\$ | 1.122,00 |
| 04.05.05.038-0 | CIRURGIA DE CATARATA CONGÊNITA | R\$ | 895,16 |

OFTALMOLOGIA OURO PRETO

AVALIAÇÃO DE CATARATA - UNIDADE OURO PRETO

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Tabela 16 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CATARATA (QUANTIDADE 1) | R\$ 154,96 |
| 02.11.06.001-1 | BIOMETRIA ULTRASSONICA MONOCULAR (ECO A) (R\$ 24,24 QUANTIDADE 2) | |
| 02.11.06.012-7 | MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.025-9 | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1) | |
| 02.05.02.008-9 | ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | |

CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAVIAÇÃO DE GLAUCOMA - OURO PRETO

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|----------------|------------------------------------------------------------------|---------------|
| 03.01.01.010-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1) | R\$ 164,16 |
| Tabela 17 | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.010-0 | FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.003-8 | CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| 02.11.06.011-9 | GONIOSCOPIA (QUANTIDADE 1) | |
| 02.05.02.002-0 | PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR (QUANTIDADE 2) | |
| 02.11.06.028-3 | TOMOGRFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | |

DESCRIÇÃO DOS TRATAMENTOS MEDICAMENTOSOS DE GLAUCOMA - OURO PRETO

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 03.03.05.003-9 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (1ª LINHA) | R\$ 18,66 |
| 03.03.05.004-7 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (2ª LINHA) | R\$ 79,38 |
| 03.03.05.005-5 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (3ª LINHA) | R\$ 127,98 |
| 03.03.05.006-3 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (1ª LINHA) | R\$ 12,44 |
| 03.03.05.007-1 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (2ª LINHA) | R\$ 52,92 |
| 03.03.05.008-0 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (3ª LINHA) | R\$ 85,33 |
| 03.03.05.009-8 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE ACETAZOLAMIDA MONOCULAR OU BINOCULAR | R\$ 93,10 |
| 03.03.05.010-1 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA MONOCULAR | R\$ 8,93 |
| 03.03.05.011-0 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA BINOCULAR | R\$ 13,39 |
| 03.03.05.015-2 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - MONOCULAR | R\$ 65,36 |
| Tabela 18 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - BINOCULAR | R\$ 98,04 |
| 03.03.05.017-9 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR | R\$ 97,77 |
| 03.03.05.018-7 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR | R\$ 146,64 |
| 03.03.05.019-5 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR | R\$ 138,25 |
| 03.03.05.020-9 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR | R\$ 207,36 |
| 03.03.05.021-7 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS | R\$ 150,69 |
| 03.03.05.022-5 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS | R\$ 226,02 |

AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CÔRNEA - OURO PRETO

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CÔRNEA (QUANTIDADE 1) | R\$ 73,50 |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.026-7 | TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÔRNEA-CERATOSCOPIA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| 02.11.06.027-5 | PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR (QUANTIDADE 2) (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| | | Hora |

AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE ESTRABISMO - OURO PRETO

| Tabela 19 | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|----------------|---------------------------------------------------------------|---------------|
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM ESTRABISMO (QUANTIDADE 1) | R\$ 76,05 |
| 02.11.06.023-2 | TESTE ORTÓPTICO (QUANTIDADE 1) | |

AVALIAÇÃO/DIAGNÓSTICO DE RETINA - OURO PRETO

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|----------------|--------------------------------------------------------------------|---------------|
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM PLÁSTICA OCULAR (QUANTIDADE 1) | R\$ 61,66 |

AVALIAÇÃO/DIAGNÓSTICO DE RETINA - OURO PRETO

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|----------------|----------------------------------------------|---------------|
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM RETINA | R\$ 161,34 |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.025-9 | TONOMETRIA (2) | |
| 02.11.06.012-7 | MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (2) | |
| 02.11.06.017-8 | RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR | |

EXAMES OFTALMOLOGIA - OURO PRETO

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|----------------|---------------------------------------------------------------|---------------|
| Tabela 20 | PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR | R\$ 19,78 |
| 02.05.02.008-9 | ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B | R\$ 54,76 |
| 02.11.06.014-3 | MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA - MONOCULAR | R\$ 54,76 |
| 02.11.06.001-1 | BIOMETRIA ULTRASSONICA MONOCULAR (ECO A) | R\$ 28,90 |
| 02.11.06.002-0 | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO | R\$ 14,45 |
| 02.11.06.003-8 | CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (BINOCULAR) | R\$ 66,82 |
| 02.11.06.005-4 | CERATOMETRIA | R\$ 5,34 |
| 02.11.06.006-2 | CURVA DIARIA DE PRESSÃO OCULAR - CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS) | R\$ 19,65 |

| | | | |
|----------------|-----------------------------------------------------------------|-----|--------|
| 02.11.06.010-0 | FUNDOSCOPIA | R\$ | 4,62 |
| 02.11.06.011-9 | GONIOSCOPIA | R\$ | 19,65 |
| 02.11.06.012-7 | MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO | R\$ | 33,41 |
| 02.11.06.018-6 | RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR | R\$ | 112,80 |
| 02.11.06.017-8 | RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR | R\$ | 33,41 |
| Tabela 21 | TESTE DE SCHIRMER | R\$ | 6,68 |
| 02.11.06.022-4 | TESTE DE VISAO DE CORES | R\$ | 6,68 |
| 02.11.06.023-2 | TESTE ORTÓPTICO | R\$ | 20,05 |
| 02.11.06.025-9 | TONOMETRIA | R\$ | 4,62 |
| 02.11.06.028-4 | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA (OCT) - BINOCULAR | R\$ | 112,80 |
| 02.11.06.026-7 | TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÔRNEA (CERATOSCOPIA) - BINOCULAR | R\$ | 53,46 |

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS - UNIDADE OURO PRETO

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 04.05.01.014-1 | SIMBLEFAROPLASTIA - UNILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 45,40 |
| 04.05.01.018-4 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BLEFAROCALASE - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 1.152,05 |
| - | INJEÇÃO INTRA-VITREO COM ANTIBIÓTICO | R\$ 115,61 |
| 04.05.04.019-9 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DO XANTELASMA (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 146,40 |
| 04.05.05.016-0 | INJEÇÃO SUBCONJUNTIVAL/SUBTENONIANA | R\$ 25,43 |
| 04.05.05.036-4 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO | R\$ 397,25 |
| 04.05.01.007-9 | EXERESE DE CALÁZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PÁLPEBRA E SUPERCÍLIOS (UNILATERAL) | R\$ 133,65 |
| 04.05.01.001-0 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ENTRÓPIO E ECTRÓPIO (BILATERAL) | R\$ 307,40 |
| 04.05.01.002-8 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE EPICANTO E ELECANTO | R\$ 374,22 |
| 04.05.01.003-6 | DACRIOCISTORRINOSTOMIA (UNILATERAL) | R\$ 922,18 |
| 04.05.01.008-7 | EXTIRPAÇÃO DE GLÂNDULA LACRIMAL | R\$ 668,24 |
| 04.05.01.011-7 | RECONSTITUIÇÃO DE CANAL LACRIMAL (UNILATERAL) | R\$ 922,18 |
| 04.05.01.012-5 | RECONSTITUIÇÃO PARCIAL DA PÁLPEBRA COM TARSORRAFIA (BILATERAL) | R\$ 481,13 |
| 04.05.01.015-0 | SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL (BILATERAL) | R\$ 236,99 |
| 04.05.01.017-6 | SUTURA DE PÁLPEBRAS (BILATERAL) | R\$ 213,84 |
| 04.05.05.002-0 | CAPSULOTOMIA A YAG LASER | R\$ 118,36 |
| 04.05.03.004-5 | FOTOCOAGULAÇÃO A LASER | R\$ 112,95 |
| 04.05.03.005-3 | INJEÇÃO INTRA-VITREO COM AVASTIM | R\$ 559,08 |
| 04.05.04.001-6 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE LAGOFTALMO | R\$ 380,90 |
| 04.05.04.006-7 | ENUCLEAÇÃO DO GLOBO OCULAR | R\$ 485,55 |
| 04.05.04.007-5 | EVISCERAÇÃO DE GLOBO OCULAR | R\$ 682,08 |
| 04.05.04.020-2 | TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL | R\$ 654,88 |
| 04.05.05.013-5 | IMPLANTE DE PRÓTESE ANTI-GLAUCOMATOSA | R\$ 935,55 |
| 04.05.05.021-6 | RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL | R\$ 253,93 |
| Tabela 22 | TRABECULECTOMIA (CIRURGIA FISTULIZANTE ANTIGLAUCOMATOSA) | R\$ 1.269,68 |
| 04.15.01.001-2 | TUBO DE DRENAGEM PARA GLAUCOMA (PROCED. ESPECIAL) | R\$ 1.470,15 |
| 04.05.04.010-5 | EXPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR LIO | R\$ 982,66 |
| 04.05.04.021-0 | REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRA- OCULAR | R\$ 614,79 |
| 04.05.05.009-7 | FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR | R\$ 1.572,25 |
| 04.05.05.010-0 | FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR | R\$ 1.277,46 |
| 04.05.05.011-9 | FACOEMLSIFICACÃO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR RÍGIDA | R\$ 1.572,25 |
| 04.05.05.014-3 | IMPLANTE INTRAESTROMAL | R\$ 1.704,03 |
| 04.05.05.015-1 | IMPLANTE SECUNDÁRIO DE LENTE INTRA- OCULAR LIO | R\$ 1.572,25 |
| 04.05.05.037-2 | FACOEMLSIFICACAO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL | R\$ 1.445,09 |

OFTALMOLOGIA PARÁ DE MINAS

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------|
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CATARATA (QUANTIDADE 1) | R\$ 252,87 |
| 02.11.06.001-1 | BIOMETRIA ULTRASSONICA MONOCULAR (ECO A) (R\$ 24,24 QUANTIDADE 2) | |
| 02.11.06.012-7 | MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.025-9 | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1) | |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | |
| TOTAL DO PACOTE | | |

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS - UNIDADE PARA DE MINAS

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|----------------|--------------------------------------------------------------|---------------|
| 04.05.05.037-2 | FACOEMLSIFICACAO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL | R\$ 1.151,41 |

Observação:

Serviço compreendido pelos seguintes itens:

- Serviço profissional médico cirurgião oftalmológico;

- Serviço profissional médico anestesiata

- Serviço hospitalar / ambulatorial (estrutura, equipamentos, instrumental, insumos e recursos humanos)

SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ULTRASSONOGRAFIA

PACOTE BÁSICO DA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA UNIDADES EXTERNAS - SANTA LUZIA

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA (QUANTIDADE 1) | R\$ 69,36 |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR PACIENTE (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.002-0 | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.025-9 | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.012-7 | MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |

| AVALIAÇÃO DE CATARATA - SANTA LUZIA | | |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CATARATA (QUANTIDADE 1) | R\$ 122,54 |
| 02.11.06.001-1 | BIOMETRIA ULTRASSONICA MONOCULAR (ECO A) | |
| 02.11.06.012-7 | MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.025-9 | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1) | |
| 02.05.02.008-9 | ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | |
| AVALIAÇÃO CIRÚRGICA DE GLAUCOMA - SANTA LUZIA | | |
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| Tabela 23 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1) | R\$ 92,88 |
| 02.11.06.025-9 | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.002-0 | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.003-8 | CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA | |
| 02.11.06.017-8 | RETINOGRAFIA COLORIDA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | |
| CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAVIAÇÃO DE GLAUCOMA - SANTA LUZIA | | |
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.010-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1) | R\$ 149,73 |
| | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1) | |
| | FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1) | |
| | CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| 02.11.06.011-9 | GONIOSCOPIA (QUANTIDADE 1) | |
| 02.05.02.002-0 | PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR | |
| 02.11.06.028-3 | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| Tabela 24 | CURVA DIARIA DE PRESSAO (CDP - 3 MEDIDAS) | |
| 02.11.06.002-0 | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO | |
| 02.11.06.017-8 | RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR | |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | |
| ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DE GLAUCOMA - SANTA LUZIA | | |
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.03.05.001-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1) | R\$ 46,24 |
| | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1) | |
| | FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1) | |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | |
| Tabela 25 | | |
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.03.05.003-9 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (1ª LINHA) | R\$ 18,66 |
| 03.03.05.004-7 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (2ª LINHA) | R\$ 79,38 |
| 03.03.05.005-5 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (3ª LINHA) | R\$ 127,98 |
| 03.03.05.006-3 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (1ª LINHA) | R\$ 12,44 |
| 03.03.05.007-1 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (2ª LINHA) | R\$ 52,92 |
| 03.03.05.008-0 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (3ª LINHA) | R\$ 85,33 |
| 03.03.05.009-8 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE ACETAZOLAMIDA MONOCULAR OU BINOCULAR | R\$ 93,10 |
| 03.03.05.010-1 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA MONOCULAR | R\$ 8,93 |
| 03.03.05.011-0 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA BINOCULAR | R\$ 13,39 |
| 03.03.05.015-2 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - MONOCULAR | R\$ 65,36 |
| 03.03.05.016-0 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - BINOCULAR | R\$ 98,04 |
| 03.03.05.017-9 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR | R\$ 97,77 |
| 03.03.05.018-7 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO PACIENTE GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR | R\$ 146,64 |
| 03.03.05.019-5 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR | R\$ 138,25 |
| 03.03.05.020-9 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR | R\$ 207,36 |
| 03.03.05.021-7 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS | R\$ 150,69 |
| 03.03.05.022-5 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS | R\$ 226,02 |
| Tabela 26 | | |
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM Córnea (QUANTIDADE 1) | R\$ 74,55 |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.026-7 | TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Córnea-CERATOSCOPIA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) (24.24) | |
| 02.05.02.002-0 | PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE ESTRABISMO - SANTA LUZIA | | |
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM ESTRABISMO (QUANTIDADE 1) | R\$ 75,14 |
| 02.11.06.023-2 | TESTE ORTÓPTICO (QUANTIDADE 1) | |
| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE PLÁSTICA OCULAR - SANTA LUZIA | | |
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM PLÁSTICA OCULAR (QUANTIDADE 1) | R\$ 69,36 |
| EXAMES EM OFTALMOLOGIA - SANTA LUZIA | | |
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 02.05.02.002-0 | PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR | R\$ 40,46 |
| 02.05.02.008-9 | ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B | R\$ 57,80 |
| 02.11.06.001-1 | BIOMETRIA ULTRASSONICA MONOCULAR (ECO A) | R\$ 40,46 |
| 02.11.06.002-0 | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO | R\$ 23,12 |
| 02.11.06.003-8 | CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA | R\$ 52,02 |
| 02.11.06.006-2 | CURVA DIARIA DE PRESSÃO OCULAR - CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS) | R\$ 28,90 |
| 02.11.06.011-9 | GONIOSCOPIA | R\$ 28,90 |
| 02.11.06.012-7 | MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (MONOCULAR) | R\$ 40,46 |

| 02.11.06.025-9 | TONOMETRIA | R\$ 5,78 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO AMBULATORIAL - S.A. - SANTA LUZIA | | |
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 02.01.01.009-7 | BIÓPSIA DE CONJUNTIVA (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 158,14 |
| 02.01.01.018-6 | BIÓPSIA DE ESCLERA (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 113,02 |
| 02.01.01.035-6 | BIÓPSIA DE PÁLPEBRA (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 148,08 |
| 04.05.01.004-4 | DRENAGEM DE ABSCESSO DE PÁLPEBRA (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 150,29 |
| 04.05.01.006-0 | EPILACAO DE CILIOS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 40,40 |
| 04.05.01.014-1 | SIMBLEFAROPLASTIA - UNILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 303,95 |
| 04.05.01.016-8 | SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 135,95 |
| 04.05.01.017-6 | SUTURA DE PÁLPEBRAS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 263,58 |
| 04.05.01.018-4 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BLEFAROCALASE - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 635,84 |
| 04.05.01.019-2 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TRIQUÍASE COM OU SEM ENXERTO (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 361,85 |
| 04.05.03.005-3 | INJEÇÃO INTRA-VITREO (BPA INDIVIDUALIZADO) (com Avastim) | R\$ 430,06 |
| CISMEP-13 | INJEÇÃO INTRA-VITREO COM dexametasona e/ou ceftriaxona e/ou vancomicina (antibiotico) | R\$ 208,09 |
| Tabela 27 | SUTURA DE ESCLERA (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 248,46 |
| 04.05.04.019-9 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DO XANTELASMA (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 301,04 |
| 04.05.05.002-0 | CAPSULOTOMIA A YAG LASER (APAC) | R\$ 78,61 |
| 04.05.05.003-8 | CAUTERIZAÇÃO DE Córnea | R\$ 29,85 |
| 04.05.05.008-9 | EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA | R\$ 213,64 |
| 04.05.05.016-0 | INJEÇÃO SUBCONJUNTIVAL/SUBTENONIANA | R\$ 15,41 |
| 04.05.05.017-8 | IRIDECTOMIA CIRÚRGICA (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 451,82 |
| 04.05.05.020-8 | PARACENTESE DE CÂMARA ANTERIOR | R\$ 126,88 |
| 04.05.05.021-6 | RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 221,53 |
| 04.05.05.024-0 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA ANTERIOR DO OLHO (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 528,12 |
| 04.05.05.025-9 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO NA Córnea | R\$ 33,46 |
| 04.05.05.029-1 | SUTURA DE CONJUNTIVA | R\$ 133,49 |
| 04.05.05.030-5 | SUTURA DE Córnea | R\$ 260,97 |
| 04.05.05.036-4 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO | R\$ 330,17 |
| PROCEDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H. - SANTA LUZIA | | |
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 02.01.01.024-0 | BIÓPSIA DE ÍRIS, CORPO CILIAR, RETINA, CORÓIDE E VÍTREO | R\$ 283,21 |
| 04.05.01.001-0 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ENTRÓPIO E ECTRÓPIO (BILATERAL) | R\$ 289,02 |
| 04.05.01.007-9 | EXERESE DE CALÁZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PÁLPEBRA E SUPERCÍLIOS (UNILATERAL) | R\$ 113,29 |
| 04.05.01.002-8 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE EPICANTO E ELECANTO | R\$ 322,43 |
| 04.05.01.003-6 | DACRIOCISTORRINOSTOMIA (UNILATERAL) em sana luzia | R\$ 843,93 |
| 04.05.01.011-7 | RECONSTITUIÇÃO DE CANAL LACRIMAL (UNILATERAL) | R\$ 867,05 |
| 04.05.01.012-5 | RECONSTITUIÇÃO PARCIAL DA PÁLPEBRA COM TARSORRAFIA (BILATERAL) | R\$ 439,31 |
| 04.05.01.015-0 | SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL (BILATERAL) | R\$ 289,02 |
| 04.05.01.017-6 | SUTURA DE PÁLPEBRAS (BILATERAL) | R\$ 208,09 |
| 04.05.02.001-5 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MÚSCULOS HIPERTROPIAS) | R\$ 1.572,25 |
| 04.05.02.002-3 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DO ESTRABISMO (ATÉ 2 MÚSCULOS) | R\$ 1.132,95 |
| 04.05.03.009-6 | SUTURA DE ESCLERA | R\$ 285,55 |
| 04.05.04.001-6 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE LAGOFTALMO | R\$ 439,31 |
| 04.05.04.006-7 | ENUCLEAÇÃO DO GLOBO OCULAR | R\$ 751,45 |
| 04.05.04.007-5 | EVISCERAÇÃO DE GLOBO OCULAR | R\$ 832,37 |
| 04.05.04.018-0 | TRANSPLANTE DE PERIÓSTEO EM ESCLEROMALÁCIA | R\$ 1.384,95 |
| 04.05.04.020-2 | TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL (em santa luzia) | R\$ 716,76 |
| 04.05.05.001-1 | CAPSULECTOMIA POSTERIOR CIRÚRGICA | R\$ 439,31 |
| Tabela 28 | RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL | R\$ 254,34 |
| 04.05.05.022-4 | RECONSTITUIÇÃO DE FÓRNIX CONJUNTIVAL | R\$ 533,53 |
| 04.05.05.035-6 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE GLAUCOMA CONGÊNITO | R\$ 1.429,77 |
| 04.05.05.039-9 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEISCÊNCIA DE SUTURA DE Córnea | R\$ 278,43 |
| 04.05.04.010-5 | EXPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR LIO | R\$ 978,25 |
| 04.05.04.021-0 | REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRA- OCULAR | R\$ 524,40 |
| 04.05.05.009-7 | FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR | R\$ 998,80 |
| Tabela 29 | FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR | R\$ 858,96 |
| 04.05.05.011-9 | FACOEMLSIFICACÃO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR RÍGIDA | R\$ 998,80 |
| 04.05.05.014-3 | IMPLANTE INTRAESTROMAL | R\$ 1.791,91 |
| 04.05.05.037-2 | FACOEMLSIFICACAO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL | R\$ 998,80 |

OFTALMOLOGIA UNIDADES EXTERNAS

PACOTE BÁSICO DA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - UNIDADES EXTERNAS

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA (QUANTIDADE 1) | R\$ 69,36 |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR PACIENTE (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.002-0 | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.025-9 | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.012-7 | MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |

AVALIAÇÃO DE CATARATA - UNIDADES EXTERNAS

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CATARATA (QUANTIDADE 1) | R\$ 122,54 |
| 02.11.06.001-1 | BIOMETRIA ULTRASSONICA MONOCULAR (ECO A) | |
| 02.11.06.012-7 | MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.025-9 | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1) | |
| 02.05.02.008-9 | ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | |

| AVALIAÇÃO CIRÚRGICA DE GLAUCOMA - UNIDADES EXTERNAS | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1) | R\$ 92,88 |
| 02.11.06.025-9 | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.002-0 | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.003-8 | CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA | |
| 02.11.06.017-8 | RETINOGRAFIA COLORIDA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | |
| CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAVIAÇÃO DE GLAUCOMA - UNIDADES EXTERNAS | | |
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.010-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1) | R\$ 149,73 |
| | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1) | |
| | FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1) | |
| | CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| 02.11.06.011-9 | GONIOSCOPIA (QUANTIDADE 1) | |
| 02.05.02.002-0 | PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA - MONOCULAR | |
| 02.11.06.028-3 | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| Tabela 30 | CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO (CDP - 3 MEDIDAS) | |
| 02.11.06.002-0 | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO | |
| 02.11.06.017-8 | RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR | |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | |
| ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DE GLAUCOMA - UNIDADES EXTERNAS | | |
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.03.05.001-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1) | R\$ 46,24 |
| | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1) | |
| | FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1) | |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | |
| Tabela 31 | | |
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.03.05.003-9 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (1ª LINHA) | R\$ 18,66 |
| 03.03.05.004-7 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (2ª LINHA) | R\$ 79,38 |
| 03.03.05.005-5 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (3ª LINHA) | R\$ 127,98 |
| 03.03.05.006-3 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (1ª LINHA) | R\$ 12,44 |
| 03.03.05.007-1 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (2ª LINHA) | R\$ 52,92 |
| 03.03.05.008-0 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (3ª LINHA) | R\$ 85,33 |
| 03.03.05.009-8 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE ACETAZOLAMIDA MONOCULAR OU BINOCULAR | R\$ 93,10 |
| 03.03.05.010-1 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA MONOCULAR | R\$ 8,93 |
| 03.03.05.011-0 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA BINOCULAR | R\$ 13,39 |
| 03.03.05.015-2 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - MONOCULAR | R\$ 65,36 |
| 03.03.05.016-0 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - BINOCULAR | R\$ 98,04 |
| Tabela 32 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR | R\$ 97,77 |
| 03.03.05.018-7 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO PACIENTE GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR | R\$ 146,64 |
| 03.03.05.019-5 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR | R\$ 138,25 |
| 03.03.05.020-9 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR | R\$ 207,36 |
| 03.03.05.021-7 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS | R\$ 150,69 |
| 03.03.05.022-5 | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS | R\$ 226,02 |
| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CÔRNEA - UNIDADES EXTERNAS | | |
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CÔRNEA (QUANTIDADE 1) | R\$ 74,55 |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.026-7 | TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÔRNEA-CERATOSCOPIA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) (24.24) | |
| 02.05.02.002-0 | PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA - MONOCULAR (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE ESTRABISMO - UNIDADES EXTERNAS | | |
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM ESTRABISMO (QUANTIDADE 1) | R\$ 75,14 |
| 02.11.06.023-2 | TESTE ORTÓPTICO (QUANTIDADE 1) | |
| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE PLÁSTICA OCULAR - UNIDADES EXTERNAS | | |
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM PLÁSTICA OCULAR (QUANTIDADE 1) | R\$ 69,36 |
| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA - UNIDADES EXTERNAS | | |
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM RETINA (QUANTIDADE 1) | R\$ 196,53 |
| 02.11.06.012-7 | MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.017-8 | RETINOGRAFIA COLORIDA (QUANTIDADE 1) | |
| Tabela 33 | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.018-6 | RETINOGRAFIA FLUORESCENTE (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CIRURGIAS RETINIANAS - AVAL. DEPARTAMENTO DE VITRECTOMIA - UNIDADES EXTERNAS | | |
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CIRURGIAS RETINIANAS (QUANTIDADE 1) | R\$ 196,53 |
| 02.11.06.012-7 | MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1) | |
| 02.05.02.008-9 | ULTRASSONOGRAMA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR) - ECO B- (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| 02.11.06.028-3 | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | |
| 02.11.06.025-9 | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1) | |
| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA - CONTROLE DE VITRECTOMIA - UNIDADES EXTERNAS | | |

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CIRURGIAS RETINIANAS (QUANTIDADE 1) | R\$ 138,73 |
| 02.11.06.012-7 | MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1) | |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | |
| 02.05.02.008-9 | ECO-B ULTRA-SOM DE GLOBO OCULAR/ÓRBITA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| 02.11.06.028-3 | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| AVALIAÇÃO DE RETINA PÓS INJEÇÃO INTRA-VITREO - UNIDADES EXTERNAS | | |
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM RETINA (QUANTIDADE 1) | R\$ 138,73 |
| 02.11.06.028-3 | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) | |
| 02.11.06.012-7 | MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1) | |
| 03.01.10.001-2 | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1) | |
| EXAMES EM OFTALMOLOGIA - UNIDADES EXTERNAS | | |
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 02.05.02.002-0 | PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA - MONOCULAR | R\$ 40,46 |
| 02.05.02.008-9 | ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B | R\$ 57,80 |
| 02.11.06.001-1 | BIOMETRIA ULTRASSÔNICA MONOCULAR (ECO A) | R\$ 40,46 |
| 02.11.06.002-0 | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO | R\$ 23,12 |
| 02.11.06.003-8 | CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA | R\$ 52,02 |
| 02.11.06.006-2 | CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO OCULAR - CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS) | R\$ 28,90 |
| 02.11.06.011-9 | GONIOSCOPIA | R\$ 28,90 |
| 02.11.06.012-7 | MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (MONOCULAR) | R\$ 40,46 |
| 02.11.06.015-1 | POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL | R\$ 52,02 |
| 02.11.06.017-8 | RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR | R\$ 86,71 |
| 02.11.06.018-6 | RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR | R\$ 115,61 |
| 02.11.06.025-9 | TONOMETRIA | R\$ 5,78 |
| 02.11.06.026-7 | TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÔRNEA (CERATOSCOPIA) | R\$ 69,36 |
| 02.11.06.028-3 | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA (OCT) | R\$ 69,36 |
| CISMEP-12 | TRATAMENTO MEDICAMENTOSOS DE BLEFAROSPASMO COM TOXINA BOTULÍNICA (SEM A TOXINA, TOXINA FORNECIDA PELO ESTADO) | R\$ 98,27 |
| PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO AMBULATORIAL - S.A. - UNIDADES EXTERNAS | | |
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 02.01.01.009-7 | BIÓPSIA DE CONJUNTIVA (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 158,14 |
| 02.01.01.018-6 | BIÓPSIA DE ESCLERA (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 113,02 |
| 02.01.01.035-6 | BIÓPSIA DE PÁLPEBRA (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 148,08 |
| 04.05.01.004-4 | DRENAGEM DE ABSCESSO DE PÁLPEBRA (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 150,29 |
| 04.05.01.005-2 | EPILAÇÃO A LASER - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 107,51 |
| 04.05.01.006-0 | EPILACAO DE CILIOS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 40,40 |
| 04.05.01.014-1 | SIMBLEFAROPLASTIA - UNILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 303,95 |
| Tabela 34 | SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 135,95 |
| 04.05.01.017-6 | SUTURA DE PÁLPEBRAS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 263,58 |
| 04.05.01.018-4 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BLEFAROCALASE - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 635,84 |
| 04.05.01.019-2 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TRIQUIÍASE COM OU SEM ENXERTO (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 361,85 |
| 04.05.03.004-5 | FOTOCOAGULAÇÃO A LASER secoa (APAC) | R\$ 86,88 |
| 04.05.03.005-3 | INJEÇÃO INTRA-VITREO (BPA INDIVIDUALIZADO) (com Avastim) | R\$ 430,06 |
| CISMEP-13 | INJEÇÃO INTRA-VITREO COM dexametasona e/ou ceftriaxona e/ou vancomicina (antibiotico) | R\$ 208,09 |
| Tabela 35 | SUTURA DE ESCLERA (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 248,46 |
| 04.05.03.015-0 | VITRIÓLISE A YAG LASER (BPA CONSOLIDADO) | R\$ 78,61 |
| 04.05.03.019-3 | PAN-FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA A LASER CORRESPONDE A 4 PROCEDIMENTOS DE FOTOCOAGULAÇÃO A LASER. (APAC) | R\$ 208,09 |
| 04.05.03.021-5 | RETINOPEXIA PNEUMÁTICA (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 610,92 |
| 04.05.03.022-3 | REMOÇÃO DE ÓLEO DE SILICONE (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 736,42 |
| 04.05.04.019-9 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DO XANTELASMA (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 301,04 |
| 04.05.05.002-0 | CAPSULOTOMIA A YAG LASER (APAC) | R\$ 78,61 |
| 04.05.05.003-8 | CAUTERIZAÇÃO DE CÔRNEA | R\$ 29,85 |
| 04.05.05.008-9 | EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA | R\$ 213,64 |
| 04.05.05.012-7 | FOTOTRABECULOPLASTIA A LASER (APAC) | R\$ 52,02 |
| 04.05.05.016-0 | INJEÇÃO SUBCONJUNTIVAL/SUBTENONIANA | R\$ 15,41 |
| 04.05.05.017-8 | IRIDECTOMIA CIRÚRGICA (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 451,82 |
| 04.05.05.019-4 | IRIDOTOMIA A LASER (APAC) | R\$ 91,04 |
| 04.05.05.020-8 | PARACENTESE DE CÂMARA ANTERIOR | R\$ 126,88 |
| 04.05.05.021-6 | RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 221,53 |
| 04.05.05.024-0 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA ANTERIOR DO OLHO (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 528,12 |
| 04.05.05.025-9 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO NA CÔRNEA | R\$ 33,46 |
| 04.05.05.026-7 | SINEQUIÓLISE A YAG LASER (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 78,61 |
| 04.05.05.029-1 | SUTURA DE CONJUNTIVA | R\$ 133,49 |
| 04.05.05.030-5 | SUTURA DE CÔRNEA | R\$ 260,97 |
| 04.05.05.036-4 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO | R\$ 330,17 |
| PROCEDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H. - UNIDADES EXTERNAS | | |
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 02.01.01.024-0 | BIÓPSIA DE ÍRIS, CORPO CILIAR, RETINA, CORÓIDE E VÍTREO | R\$ 283,21 |
| 04.05.01.001-0 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ENTRÓPIO E ECTRÓPIO (BILATERAL) | R\$ 289,02 |
| 04.05.01.007-9 | EXERESE DE CALÁZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PÁLPEBRA E SUPERCÍLIOS (UNILATERAL) | R\$ 113,29 |
| 04.05.01.002-8 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE EPICANTO E ELECANTO | R\$ 322,43 |
| 04.05.01.003-6 | DACRIOCISTORRINOSTOMIA (UNILATERAL) | R\$ 936,42 |
| 04.05.01.011-7 | RECONSTITUIÇÃO DE CANAL LACRIMAL (UNILATERAL) | R\$ 867,05 |
| 04.05.01.012-5 | RECONSTITUIÇÃO PARCIAL DA PÁLPEBRA COM TARSORRAFIA (BILATERAL) | R\$ 439,31 |
| 04.05.01.015-0 | SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL (BILATERAL) | R\$ 289,02 |

| | | |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 04.05.01.017-6 | SUTURA DE PÁLPEBRAS (BILATERAL) | R\$ 208,09 |
| 04.05.02.001-5 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MÚSCULOS HIPERTROPIAS) | R\$ 1.572,25 |
| 04.05.02.002-3 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DO ESTRABISMO (ATÉ 2 MÚSCULOS) | R\$ 1.132,95 |
| 04.05.03.007-0 | RETINOPEXIA COM INTROFLEXÃO ESCLERAL | R\$ 1.005,43 |
| Tabela 36 | SUTURA DE ESCLERA | R\$ 285,55 |
| 04.05.03.013-4 | VITRECTOMIA ANTERIOR | R\$ 554,64 |
| 04.05.03.014-2 | VITRECTOMIA POSTERIOR | R\$ 2.532,37 |
| 04.05.03.016-9 | VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER | R\$ 3.377,08 |
| 04.05.03.017-7 | VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO, ÓLEO DE SILICONE E ENDOLASER | R\$ 3.907,51 |
| CISMEP-03 | MEMBRANECTOMIA | R\$ 392,25 |
| CISMEP-04 | TROCA FLUIDO GASOSA | R\$ 235,95 |
| CISMEP-05 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA POSTERIOR DO OLHO | R\$ 393,76 |
| 04.05.04.001-6 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE LAGOFTALMO | R\$ 439,31 |
| 04.05.04.006-7 | ENUCLIAÇÃO DO GLOBO OCULAR | R\$ 751,45 |
| 04.05.04.007-5 | EVISCERAÇÃO DE GLOBO OCULAR | R\$ 832,37 |
| 04.05.04.018-0 | TRANSPLANTE DE PERIÓSTEO EM ESCLEROMALÁCIA | R\$ 1.384,95 |
| 04.05.04.020-2 | TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL | R\$ 786,13 |
| 04.05.05.001-1 | CAPSULECTOMIA POSTERIOR CIRÚRGICA | R\$ 439,31 |
| Tabela 37 | CICLOCRIOCOAGULAÇÃO/DIATERMIA | R\$ 679,20 |
| 04.05.05.021-6 | RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL | R\$ 254,34 |
| 04.05.05.022-4 | RECONSTITUIÇÃO DE FÓRNIX CONJUNTIVAL | R\$ 533,53 |
| 04.05.05.032-1 | TRABECULECTOMIA (CIRURGIA FISTULIZANTE ANTIGLAUCOMATOSA) | R\$ 1.038,55 |
| 04.05.05.035-6 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE GLAUCOMA CONGÊNITO | R\$ 1.429,77 |
| 04.05.05.039-9 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEISCÊNCIA DE SUTURA DE Córnea | R\$ 278,43 |
| 04.05.04.010-5 | EXPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR LIO | R\$ 978,25 |
| 04.05.04.021-0 | REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRA- OCULAR | R\$ 524,40 |
| 04.05.05.009-7 | FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR | R\$ 998,80 |
| 04.05.05.010-0 | FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR | R\$ 858,96 |
| 04.05.05.011-9 | FACOEMLSIFICAÇÃO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR RÍGIDA | R\$ 998,80 |
| 04.05.05.014-3 | IMPLANTE INTRAESTROMAL | R\$ 1.791,91 |
| Tabela 38 | IMPLANTE SECUNDÁRIO DE LENTE INTRA- OCULAR LIO | R\$ 1.445,09 |
| 04.05.05.037-2 | FACOEMLSIFICACAO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL | R\$ 998,80 |
| PROCEDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS ESPECIAIS - UNIDADES EXTERNAS | | |
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| CISMEP-45 | PENTACAM (TOMOGRAFIA DE CORNEA) | R\$ 289,02 |
| CISMEP-46 | SEDACAO PARA PLASTICA OCULAR | R\$ 161,85 |
| CISMEP-47 | INJECAO INTRA-VITREA DE EYLIA (AFLIBICERPT) COM OCT 30 DIAS APOS GRUPOS DE 3 APLICACAÇÕES | R\$ 1.965,32 |
| CISMEP-48 | INJECAO INTRA-VITREA DE LUCENTIS (RANIZUBIMABE) COM OCT 30 DIAS APOS GRUPOS DE 3 APLICACAÇÕES | R\$ 2.173,41 |
| CISMEP-49 | CIRURGIA DE PRK - REFRACTIVA A LASER BINOCULAR | R\$ 1.849,71 |
| Tabela 39 | CIRURGIA DE PRK - REFRACTIVA A LASER MONOCULAR | R\$ 1.098,27 |
| CISMEP-51 | AVALIACAO DE CIRURGIA REFRACTIVA A LASER - INCLUI PENTACAM | R\$ 404,62 |

TABELA 02 - OTORRINOLARINGOLOGIA

| CONSULTA EM OTORRINOLARINGOLOGIA | | |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA (OTORRINOLARINGOLOGIA) | R\$ 64,18 |
| 03.01.01.007-2 | AVAL. NO DEPART. DE MICROCIRURGIA DE LARINGE | R\$ 66,40 |
| 03.01.01.007-2 | AVAL. NO DEPART. CIRUR. DE SINUSITES E POLIPOS NASAIS | R\$ 66,40 |
| 03.01.01.007-2 | AVAL. NO DEPART. DE AMIGDALAS E ADENOIDES | R\$ 66,40 |
| 03.01.01.007-2 | AVAL. NO DEPART. DE CIRUR. DE OUVIDO - OTORRINO | R\$ 66,40 |
| 03.01.01.007-2 | AVAL. NO DEPART. DE CIRURGIA DE SEPTO NASAL E CORNETOS | R\$ 66,40 |

| EXAMES EM OTORRINOLARINGOLOGIA | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 02.09.04.002-5 | LARINGOSCOPIA | R\$ 66,40 |
| 02.09.04.004-1 | VIDEOLARINGOSCOPIA (FIBRONASOLARINGOSCOPIA) | R\$ 94,68 |

| PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO AMBULATORIAL - S.A. | | |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 02.01.01.008-9 | BIÓPSIA DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO | R\$ 32,02 |
| 02.01.01.019-4 | BIÓPSIA DE FARINGE (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 32,02 |
| Tabela 40 | BIÓPSIA DE PAVILHAO AURICULAR | R\$ 24,40 |
| 02.01.01.039-9 | BIÓPSIA DE PIRAMIDE NASAL | R\$ 32,02 |
| 02.01.01.044-5 | BIÓPSIA DE SEIO PARANASAL | R\$ 32,02 |
| 02.01.01.052-6 | BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA | R\$ 35,07 |
| 04.04.01.007-5 | DRENAGEM DE FURÚNCULO NO CONDUTO AUDITIVO EXTERNO | R\$ 29,06 |
| 04.04.01.015-6 | INFILTRAÇÃO MEDICAMENTOSA EM CORNETO INFERIOR | R\$ 19,82 |
| 04.04.01.024-5 | MIRINGOTOMIA | R\$ 19,82 |
| 04.04.01.025-3 | PARACENTESE DO TÍMPANO | R\$ 24,40 |
| 04.04.01.026-1 | PUNÇÃO TRANSMÉATICA DO SEIO MAXILAR (UNILATERAL) | R\$ 19,82 |
| 04.04.01.027-0 | REMOCAO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO UNILATERAL/BILATERAL | R\$ 33,20 |
| 04.04.01.029-6 | RESSECCAO DE SINÉQUIAS | R\$ 64,05 |
| 04.04.01.031-8 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO, FARINGE, LARINGE, NARIZ | R\$ 61,97 |
| 04.04.01.034-2 | TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR E/OU POSTERIOR | R\$ 29,06 |
| 04.04.01.036-9 | TIMPANOTOMIA PARA TUBO DE VENTILAÇÃO | R\$ 476,10 |
| 04.04.01.039-3 | TRATAMENTO CIRURGICO DE PERICONDRITE DE PAVILHÃO | R\$ 64,05 |
| 04.04.01.044-0 | ANTROSTOMIA MAXILAR INTRA-NASAL | R\$ 76,24 |

| | | | |
|----------------|-------------------------------------------------|-----|-------|
| 04.04.02.005-4 | DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS | R\$ | 24,40 |
| 04.04.02.010-0 | EXCIÇÃO EM CUNHA DE LÁBIO (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ | 61,00 |

| Tabela 41 | | | |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP | |
| 02.01.01.026-7 | BIOSPIA DE LESÃO DE PARTES MOLES POR AGULHA / CÉU ABERTO) - EXCLUSIVO PARA CASOS EM LARINGE REALIZADOS EM AMBIENTE HOSPITALAR (BLOCO CIRÚRGICO) SOB ANESTESIA GERAL | R\$ | 620,25 |
| 03.08.04.001-5 | TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS OU CLÍNICOS | R\$ | 321,35 |
| 04.01.02.015-0 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DO SINUS PRE-AURICULAR | R\$ | 614,27 |
| 04.04.01.001-6 | ADENOIDECTOMIA | R\$ | 1.533,65 |
| 04.04.01.002-4 | AMIGDALECTOMIA | R\$ | 1.031,15 |
| 04.04.01.003-2 | AMIGDALECTOMIA COM ADENOIDECTOMIA | R\$ | 1.992,51 |
| 04.04.01.004-0 | ANTROTOMIA DA MASTÓIDE (DRENAGEM DE OTITE NO LACTENTE) | R\$ | 449,39 |
| 04.04.01.005-9 | DRENAGEM DE ABSCESSO FARÍNGEO | R\$ | 394,72 |
| Tabela 42 | | | |
| | DRENAGEM DE ABSCESSO PERIAMIGDALIANO | R\$ | 394,72 |
| 04.04.01.008-3 | DRENAGEM DO SACO ENDO-LINFÁTICO (SHUNT) COM AUDIÇÃO VIA TRANSMASTÓIDEA (IDADE MÍNIMA DE 12 ANOS) | R\$ | 1.237,73 |
| 04.04.01.011-3 | EXÉRESE DE PAPILOMA EM LARINGE | R\$ | 1.255,73 |
| 04.04.01.012-1 | EXÉRESE DE TUMOR DE VIAS AÉREAS SUPERIORES, FACE E PESCOÇO | R\$ | 558,72 |
| 04.04.01.013-0 | EXTIRPAÇÃO DO TUMOR DO CAVUM E FARINGE | R\$ | 381,78 |
| 04.04.01.016-4 | LABIRINTECTOMIA MEMBRANOSA/ÓSSEA COM OU SEM AUDIÇÃO | R\$ | 1.244,93 |
| 04.04.01.021-0 | MASTOIDECTOMIA RADICAL | R\$ | 2.271,39 |
| 04.04.01.022-9 | MASTOIDECTOMIA SUBTOTAL | R\$ | 2.140,39 |
| 04.04.01.023-7 | MICROCIRURGIA OTOLÓGICA | R\$ | 1.042,28 |
| 04.04.01.028-8 | RESSECÇÃO DO GLOMO TIMPÂNICO | R\$ | 1.302,25 |
| 04.04.01.031-8 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO/ FARINGE/LARINGE/NARIZ | R\$ | 381,78 |
| 04.04.01.032-6 | SINUSOTOMIA BILATERAL | R\$ | 1.789,86 |
| 04.04.01.033-4 | SINUSOTOMIA ESFENOIDAL | R\$ | 1.942,27 |
| 04.04.01.035-0 | TIMPANOPLASTIA (UNI/BILATERAL) | R\$ | 1.710,12 |
| 04.04.01.037-7 | TRAQUEOSTOMIA | R\$ | 852,19 |
| 04.04.01.038-5 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ESTENOSE DO CONDUTO AUDITIVO | R\$ | 893,91 |
| 04.04.01.040-7 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RINITE CRÔNICA (OZENA) | R\$ | 514,13 |
| 04.04.01.041-5 | TURBINECTOMIA (IDADE MÍNIMA DE 12 ANOS) | R\$ | 1.165,63 |
| CISMEP-06 | ELETROCOAGULAÇÃO DE MUCOSA DE CORNETOS NASAIS EM PACIENTES COM IDADE ABAIXO DE 12 ANOS EM CIRURGIAS DE A + A | R\$ | 165,99 |
| Tabela 43 | | | |
| | SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO | R\$ | 1.252,35 |
| 04.04.01.049-0 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE IMPERFURAÇÃO COANAL (UNILATERAL/BILATERAL) | R\$ | 485,35 |
| 04.04.01.050-4 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PERFURAÇÃO DO SEPTO NASAL | R\$ | 485,35 |
| 04.04.01.051-2 | SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR | R\$ | 1.063,25 |
| 04.04.01.052-0 | SEPTOPLASTIA REPARADORA NÃO ESTÉTICA | R\$ | 353,01 |
| 04.04.01.053-9 | RESSECÇÃO DE TUMOR DO ACÚSTICO (PELA FOSSA MÉDIA) | R\$ | 885,28 |
| 04.04.01.055-5 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RINOFIMA | R\$ | 525,64 |
| 04.04.02.001-1 | ALONGAMENTO DE COLUMELA | R\$ | 324,23 |
| 04.04.02.003-8 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORO-NASAL/ORO-SINUSAL | R\$ | 655,11 |
| 04.04.02.004-6 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA SALIVAR COM RETALHO | R\$ | 309,85 |
| 04.04.02.027-5 | RESSECÇÃO DE LESÃO MALIGNA E BENIGNA DA REGIÃO CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL (IDADE MÍNIMA DE 10 ANOS) | R\$ | 1.748,43 |
| 04.04.02.032-1 | RINOPLASTIA PARA DEFEITOS PÓS-TRAUMÁTICOS | R\$ | 1.320,20 |
| 04.04.02.034-8 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ATRESIA NARINÁRIA | R\$ | 453,71 |
| 04.04.02.035-6 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA E CISTOS ORO-MAXILARES | R\$ | 597,56 |
| 04.04.02.077-1 | RESSECÇÃO DE LESÃO DA BOCA | R\$ | 540,02 |
| 04.04.03.008-4 | ALVEOLOPLASTIA COM ENXERTO ÓSSEO EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIOFACIAL | R\$ | 1.565,73 |
| 04.13.04.023-2 | TRATAMENTO CIRÚRGICO NÃO ESTÉTICO DA ORELHA | R\$ | 607,63 |

TABELA 03 - FONOAUDIOLOGIA

| AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL (pacote) | | | |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------|------------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP | |
| 02.11.07.004-1 | AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR - VIA AÉREA/ÓSSEA | R\$ | 21,00 |
| 02.11.07.021-1 | LOGOaudiometria (AUDIOMETRIA VOCAL) | R\$ | 26,25 |
| 02.11.07.032-7 | TESTES ACUMÉTRICOS (DIAPASÃO) | R\$ | 2,00 |
| TOTAL DO PACOTE | | | R\$ 48,62 |

| AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL + IMITÂNCIOMETRIA (pacote) | | | |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------|------------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP | |
| 02.11.07.004-1 | AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR - VIA AÉREA/ÓSSEA | R\$ | 21,00 |
| 02.11.07.021-1 | LOGOaudiometria (AUDIOMETRIA VOCAL) | R\$ | 26,25 |
| 02.11.07.032-7 | TESTES ACUMÉTRICOS (DIAPASÃO) | R\$ | 2,00 |
| 02.11.07.020-3 | IMITÂNCIOMETRIA (IMPEDÂNCIOMETRIA) | R\$ | 23,00 |
| TOTAL DO PACOTE | | | R\$ 71,62 |

| ESTUDO DE OTOEMISSIONES ACÚSTICAS EVOCADAS TRANSITÓRIAS E POR PRODUTO DE DISTORÇÃO (EOA) | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP | |
| 02.11.07.005-0 | AValiação AUDITIVA COMPORTAMENTAL | R\$ | 18,00 |
| 02.11.07.015-7 | ESTUDO DE OTOEMISSIONES ACÚSTICAS EVOCADAS TRANSITÓRIAS E POR PRODUTO DE DISTORÇÃO - EOA | R\$ | 46,88 |
| TOTAL DO PACOTE | | | R\$ 64,88 |

| EXAMES | | | |
|----------------|-------------------------------------|----------------------|-------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP | |
| 02.11.07.020-3 | IMITÂNCIOMETRIA = IMPEDÂNCIOMETRIA | R\$ | 47,00 |
| 02.11.07.035-1 | TESTES VESTIBULARES/OTONEUROLÓGICOS | R\$ | 74,00 |

| CONSULTAS | | |
|----------------|------------------------------------|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.07.011-3 | TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INDIVIDUAL | R\$ 40,00 |

| CONSULTAS - UNIDADE FORMIGA | | |
|-----------------------------|------------------------------------|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.07.011-3 | TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INDIVIDUAL | R\$ 49,86 |

TABELA 04 - GASTROENTEROLOGIA

| CONSULTA EM GASTROENTEROLOGIA | | |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (GASTROENTEROLOGIA) | R\$ 46,00 |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (PRÉ-ENDOSCOPIA PARA MENORES DE 12 ANOS) | R\$ 46,00 |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CONSULTA PRÉ- COLONOSCOPIA) | R\$ 46,00 |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CONSULTA PRÉ- DILATAÇÃO / PRÉ- LIGADURA) | R\$ 46,00 |

| EXAMES EM GASTROENTEROLOGIA | | |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.03.07.001-3 | DILATAÇÃO DE ESÔFAGO COM OGIVAS SOB VISÃO ENDOSCÓPICA (POR SESSÃO) | R\$ 520,00 |
| 03.03.07.004-8 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO ESÔFAGO | R\$ 84,80 |
| 03.03.07.005-6 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO ESTÔMAGO/DUODENO | R\$ 84,80 |
| 04.07.01.025-4 | RETIRADA DE PÓLIPO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA | R\$ 47,00 |
| 04.07.01.031-9 | TRATAMENTO ESCLEROSANTE/LIGADURA ELÁSTICA DE LESÃO HEMORRÁGICA DO APARELHO DIGESTIVO ALTO | R\$ 1.140,35 |
| 04.07.01.032-7 | TRATAMENTO ESCLEROSANTE DE LESÕES NÃO HEMORRÁGICAS DO APARELHO DIGESTIVO ALTO | R\$ 318,00 |
| 04.07.02.039-0 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO / PÓLIPO (S) DO RETO / COLO SIGMÓIDE/ COLO DESCENDENTE | R\$ 53,00 |

| PROCEDIMENTOS - SERVIÇO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL - SA/SH | | |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 02.09.01.002-9 | COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA) | R\$ 450,00 |
| 02.09.01.003-7 | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA | R\$ 158,30 |
| 02.09.01.003-7 | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (SOB SEDAÇÃO) | R\$ 189,30 |
| 02.09.01.005-3 | RETOSSIGMÓIDOSCOPIA | R\$ 84,80 |
| 02.09.01.001-0 | COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETROGRADA (VIA ENDOSCÓPICA) | R\$ 6.799,00 |
| CISMEP-43 | ECOENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA | R\$ 2.250,00 |
| CISMEP-44 | ECOENDOSCOPIA TERAPEUTICA | R\$ 4.375,00 |

| GASTROENTEROLOGIA - UNIDADE MARIANA | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 02.09.01.003-7 | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA | R\$ 180,00 |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (GASTROENTEROLOGIA) | R\$ 46,00 |

| GASTROENTEROLOGIA - UNIDADE OURO PRETO | | |
|----------------------------------------|-----------------------------------------|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 02.09.01.003-7 | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA | R\$ 180,00 |
| 02.09.01.002-9 | COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA) COM ANESTESIA | R\$ 450,00 |

TABELA 05 - ANGIOLOGIA

| CONSULTA EM ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR | | |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (ANGIOLOGIA - COM CIRURGIÃO) | R\$ 42,00 |
| CISMEP-14 | AVALIAÇÃO TRATAMENTO ESCLEROSANTE/ESPUMA | R\$ 42,00 |

| PROCEDIMENTOS - SERVIÇO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL - SA/SH | | |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.09.07.001-5 | TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL) | R\$ 100,22 |

* Valor coberto por FAEC

| PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H. | | |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 04.06.02.056-6 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL) | R\$ 1.092,60 |
| 04.06.02.057-4 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL) | R\$ 727,85 |

TABELA 06 - ORTOPEDIA

| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CIRURGIAS ORTOPÉDICA - MEMBRO SUPERIOR | | |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA COM ESPECIALISTA EM ORTOPEDIA DE MEMBRO SUPERIOR | R\$ 47,00 |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA DE ACOMPANHAMENTO PÓS- OPERATORIO/RETORNOS | |
| TOTAL DO PACOTE | | |

| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CIRURGIAS ORTOPÉDICAS - MEMBRO INFERIOR | | |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA COM ESPECIALISTA EM ORTOPEDIA DE MEMBRO INFERIOR | R\$ 47,00 |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA DE ACOMPANHAMENTO PÓS- OPERATORIO/RETORNOS | |
| TOTAL DO PACOTE | | |

| CONSULTA DE ORTOPEDIA | | |
|-----------------------|------------------------------------------------------------|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (ORTOPEDIA GERAL) | R\$ 43,00 |

| PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO AMBULATORIAL - S.A. | | |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.03.09.003-0 | INFILTRAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS EM CAVIDADE SINOVIAL (ARTICULAÇÃO, BAINHA TENDINOSA) | R\$ 62,00 |
| 04.01.01.009-0 | FULGURAÇÃO/CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE LESÕES CUTÂNEAS | R\$ 65,00 |
| 04.08.06.022-0 | RESSECÇÃO DE EXOSTOSE | R\$ 63,00 |
| 04.08.06.035-2 | RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-ÓSSEO (INSERIDO EM CIRURGIA ANTERIOR REALIZADA PELO CISMEP) - EM AMBIENTE AMBULATORIAL | R\$ 28,42 |
| 04.08.06.065-4 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE POLIDACTILIA NÃO ARTICULADA | R\$ 266,38 |
| 04.08.06.068-9 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RUTURA DO APARELHO EXTENSOR DO DEDO | R\$ 63,00 |

| PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H. | | |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.08.04.001-5 | TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS OU CLÍNICOS | R\$ 270,40 |
| 04.03.02.007-7 | NEURÓLISE NÃO FUNCIONAL DE NERVOS PERIFÉRICOS | R\$ 704,38 |
| 04.03.02.008-5 | NEURORRAFIA | R\$ 1.024,91 |
| 04.03.02.010-7 | TRANSPOSIÇÃO DO NERVO CUBITAL | R\$ 689,00 |
| 04.03.02.012-3 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SÍNDROME COMPRESSIVA EM TÚNEL OSTEO-FIBROSO AO NÍVEL DO CARPO | R\$ 885,50 |
| 04.08.02.003-2 | ARTRODESE DE MEDIAS / GRANDES ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR | R\$ 345,54 |
| 04.08.02.004-0 | ARTROPLASTIA DE ARTICULAÇÃO DA MÃO (POR RESSECÇÃO) | R\$ 544,70 |
| 04.08.02.013-0 | RECONSTRUÇÃO CAPSULO-LIGAMENTAR DE COTOVELO/PUNHO | R\$ 464,10 |
| 04.08.02.014-8 | RECONSTRUÇÃO DE POLIA TENDINOSA DE MÃO | R\$ 470,60 |
| 04.08.02.030-0 | TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO SUPERIOR | R\$ 418,60 |
| 04.08.02.032-6 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO | R\$ 636,76 |
| 04.08.02.033-4 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO ÚMERO | R\$ 1.217,08 |
| 04.08.02.034-2 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DAS FALANGES DA MÃO (COM FIXAÇÃO) | R\$ 640,55 |
| 04.08.02.035-0 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DE EPICONDILIO/ EPITROClea DO ÚMERO | R\$ 832,73 |
| 04.08.02.036-9 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DO CONDILO/ TROCANTER DO ÚMERO/ APOFISE CORONARIA DA ULNA/ CABEÇA DO RADIO | R\$ 1.024,90 |
| 04.08.02.037-7 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DOS METACARPIANOS | R\$ 832,73 |
| 04.08.02.038-5 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA SUPRA-CONDILIANA DO UMEMO | R\$ 1.024,90 |
| 04.08.02.039-3 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO ÚMERO | R\$ 1.024,90 |
| 04.08.02.040-7 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE EXTREMIDADE/ METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO | R\$ 832,73 |
| 04.08.02.041-5 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE EXTREMIDADE/ METAFISE PROXIMAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO | R\$ 928,81 |
| 04.08.02.042-3 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE AMBOS OS OSSOS ANTEBRAÇOS (COM SÍNTESE) | R\$ 1.024,90 |
| 04.08.02.043-1 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA ÚNICA DO RÁDIO/ DA ULNA | R\$ 832,73 |
| 04.08.02.045-8 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA- LUXAÇÃO DE GALEAZZE/ MONTEGGIA/ ESSEX-LOPRESTI | R\$ 928,81 |
| 04.08.02.046-6 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO | R\$ 1.024,90 |
| 04.08.02.048-2 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO AGUDA CAPSULO-LIGAMENTAR DO MEMBRO SUPERIOR COTOVELO/ PUNHO | R\$ 736,63 |
| 04.08.02.049-0 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO DA MUSCULATURA INTRÍNSECA DA MÃO PARA SUA LIBERAÇÃO | R\$ 392,60 |
| 04.08.02.051-2 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO/ FRATURA- LUXAÇÃO CARPO- METACARPIANO | R\$ 736,63 |
| 04.08.02.052-0 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO/ FRATURA- LUXAÇÃO DOS OSSOS DO CARPO | R\$ 1.024,90 |
| 04.08.02.053-9 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO/ FRATURA- LUXAÇÃO METACARPO-FALANGIANA | R\$ 832,73 |
| 04.08.02.054-7 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO OU FRATURA- LUXAÇÃO DO COTOVELO | R\$ 1.217,08 |
| 04.08.02.055-5 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDOARTROSE/RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO/PERDA ÓSSEA DA MÃO | R\$ 470,60 |
| 04.08.02.060-1 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDO RETARDO/CONSOLIDAÇÃO/PERDA ÓSSEA AO NÍVEL DO CARPO | R\$ 431,60 |
| 04.08.02.061-0 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA/DESINSERÇÃO/ARRANCAMENTO CAPSULO-TENO-LIGAMENTAR NA MÃO | R\$ 736,63 |
| 04.08.02.062-8 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SINDACTILIA DA MÃO (POR ESPAÇO INTERDIGITAL) | R\$ 470,60 |
| 04.08.05.002-0 | AMPUTAÇÃO/ DESARTICULAÇÃO DE PÉ E TARSO | R\$ 832,73 |
| 04.08.05.014-4 | RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DO TORNOZELO | R\$ 928,81 |
| 04.08.05.035-7 | SINDACTILIA CIRÚRGICA DOS DEDOS DO PÉ (PROCEDIMENTO TIPO KELIKIAN) | R\$ 470,60 |
| 04.08.05.037-3 | TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO INFERIOR | R\$ 470,60 |
| 04.08.05.044-6 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE COALIZAÇÃO TARSAL | R\$ 434,20 |
| 04.08.05.045-4 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DE OSSOS DO MÉDIO-PÉ | R\$ 1.024,90 |
| 04.08.05.046-2 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DOS METATARSIANOS | R\$ 1.024,90 |
| 04.08.05.047-0 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DOS PODODACTILOS | R\$ 640,55 |
| 04.08.05.049-7 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR/ TRIMALEOLAR/ DA FRATURA- LUXAÇÃO DO TORNOZELO | R\$ 1.024,90 |
| 04.08.05.053-5 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA CALCANEÓ | R\$ 1.121,00 |
| 04.08.05.054-3 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL | R\$ 1.217,08 |
| 04.08.05.056-0 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TALUS | R\$ 1.024,90 |
| 04.08.05.057-8 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR | R\$ 928,81 |
| 04.08.05.065-9 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HÁLUX VALGUS COM OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO | R\$ 838,25 |
| 04.08.05.066-7 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO AGUDA CAPSULO-LIGAMENTAR DO MEMBRO INFERIOR (TORNOZELO) | R\$ 928,81 |
| 04.08.05.069-1 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO/ FRATURA- LUXAÇÃO METATARSO- FALANGIANA/INTER-FALANGIANA | R\$ 832,73 |
| 04.08.05.070-5 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO/ FRATURA- LUXAÇÃO SUBTALAR E INTRA-TARSICA | R\$ 928,81 |
| 04.08.05.071-3 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO/ FRATURA- LUXAÇÃO TARSO METATARSICA | R\$ 1.024,90 |
| 04.08.05.072-1 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE METATARSO PRIMO VARO | R\$ 405,60 |
| 04.08.05.074-8 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ PLANO VALGO (NÃO ADQUIRIDO) | R\$ 703,21 |
| 04.08.05.078-0 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDACAO / PERDA OSSEA AO NIVEL DO TARSO | R\$ 447,60 |
| 04.08.05.090-0 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HÁLUX RIGIDUS | R\$ 608,90 |
| 04.08.05.091-8 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HÁLUX VALGUS SEM OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO METATARSIANO | R\$ 462,80 |
| 04.08.06.004-2 | AMPUTAÇÃO/DESARTICULAÇÃO DE DEDO | R\$ 515,73 |
| 04.08.06.005-0 | ARTRODESE DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES | R\$ 470,60 |
| 04.08.06.007-7 | ARTROPLASTIA DE RESSECÇÃO DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES | R\$ 470,60 |
| 04.08.06.008-5 | BURSECTOMIA | R\$ 597,54 |
| 04.08.06.012-3 | EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/SINOVECTOMIA DE MÉDIAS/GRANDES ARTICULAÇÕES | R\$ 522,60 |
| 04.08.06.013-1 | EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/SINOVECTOMIA DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES | R\$ 392,60 |
| 04.08.06.014-0 | FASCIECTOMIA | R\$ 649,32 |
| 04.08.06.015-8 | MANIPULACAO ARTICULAR | R\$ 299,00 |
| 04.08.06.018-2 | OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS E CURTOS DA MAO E DO PE | R\$ 490,88 |

| | | | |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------|
| 04.08.06.021-2 | RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL | R\$ | 643,01 |
| 04.08.06.031-0 | RESSECÇÃO SIMPLES DE TUMOR ÓSSEO DE PARTES MOLES (TUMORES BENIGNOS) | R\$ | 707,86 |
| 04.08.06.032-8 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRA-ARTICULAR | R\$ | 338,00 |
| 04.08.06.035-2 | RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-ÓSSEO (INSERIDO EM CIRURGIA ANTERIOR REALIZADA PELO CISMEP) - EM AMBIENTE HOSPITALAR | R\$ | 525,31 |
| 04.08.06.036-0 | RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO | R\$ | 352,26 |
| 04.08.06.037-9 | RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS | R\$ | 448,36 |
| 04.08.06.041-7 | RETRAÇÃO CICATRICAL DOS DEDOS C/ COMPROMETIMENTO TENDINOSO (POR DEDO) | R\$ | 418,60 |
| 04.08.06.042-5 | REVISÃO CIRÚRGICA DE COTO DE AMPUTAÇÃO DOS DEDOS | R\$ | 392,60 |
| 04.08.06.043-3 | TENODESE | R\$ | 392,60 |
| 04.08.06.044-1 | TENÓLISE | R\$ | 392,60 |
| 04.08.06.045-0 | TENOMIORRAFIA | R\$ | 832,73 |
| 04.08.06.046-8 | TENOMIOTOMIA/DESINSERÇÃO | R\$ | 392,60 |
| 04.08.06.048-4 | TENORRAFIA ÚNICA EM TÚNEL ÓSTEO-FIBROSO | R\$ | 832,73 |
| 04.08.06.053-0 | TRANSPOSIÇÃO/TRANSFERÊNCIA MIOTENDINOSA MÚLTIPLA | R\$ | 1.217,08 |
| 04.08.06.054-9 | TRANSPOSIÇÃO/TRANSFERÊNCIA MIOTENDINOSA ÚNICA | R\$ | 1.217,08 |
| 04.08.06.056-5 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ARTRITE INFECCIOSA DAS PEQUENAS ARTICULAÇÕES | R\$ | 832,73 |
| 04.08.06.057-3 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM MARTELO/EM GARRA (MÃO E PÉ) | R\$ | 652,76 |
| 04.08.06.058-1 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE ARTICULAR POR RETRAÇÃO TENO-CAPSULO-LIGAMENTAR | R\$ | 517,40 |
| 04.08.06.067-0 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RETRAÇÃO MUSCULAR | R\$ | 544,70 |
| 04.08.06.070-0 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SINDACTILIA SIMPLES (DOIS DEDOS) | R\$ | 481,00 |
| 04.08.06.071-9 | VIDEOARTROSCOPIA | R\$ | 550,00 |
| 04.13.04.017-8 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES EXTENSAS COM PERDA DE SUBSTÂNCIA CUTÂNEA | R\$ | 1.200,99 |
| 04.13.04.019-4 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RETRAÇÃO CICATRICAL DO COTOVELO | R\$ | 470,60 |
| 04.13.04.020-8 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RETRAÇÃO CICATRICAL DOS DEDOS DA MÃO/PÉ SEM COMPROMETIMENTO TENDINOSO | R\$ | 481,00 |
| 04.13.04.024-0 | TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REPARAÇÕES DE PERDA DE SUBSTÂNCIA DA MÃO | R\$ | 804,09 |
| CISMEP-09 | REALINHAMENTO DE MECANISMO EXTENSOR DOS DEDOS DA MÃO | R\$ | 780,00 |

TABELA 07 - ULTRASSONOGRAFIA

| EXAMES | | |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 02.01.01.041-0 | BIOPSIA DE PROSTATA | R\$ 487,57 |
| 02.01.01.047-0 | BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE - PAAF | R\$ 122,09 |
| 02.01.01.058-5 | PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA | R\$ 86,00 |
| 02.01.01.060-7 | PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA GROSSA | R\$ 250,34 |
| 02.05.01.004-0 | ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 03 VASOS) = DUPLEX SCAN DE MEMBRO INFERIOR, MEMBRO SUPERIOR, DE CARÓTIDAS E ARTÉRIAS VERTEBRAIS. | R\$ 98,00 |
| 02.05.01.005-9 | ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO | R\$ 50,00 |
| 02.05.02.003-8 | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES) | R\$ 40,00 |
| 02.05.02.004-6 | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL | R\$ 70,00 |
| 02.05.02.005-4 | ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO | R\$ 55,00 |
| 02.05.02.006-2 | ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO (UMA ARTICULAÇÃO / UNILATERAL) | R\$ 60,00 |
| 02.05.02.007-0 | ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL) | R\$ 40,00 |
| 02.05.02.009-7 | ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 70,00 |
| 02.05.02.010-0 | ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL) (PÉLVICA MASCULINA) | R\$ 50,00 |
| 02.05.02.011-9 | ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL) | R\$ 34,00 |
| 02.05.02.012-7 | ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE | R\$ 50,00 |
| 02.05.02.014-3 | ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA (VIA ABDOMINAL OU VIA TRANSVAGINAL) | R\$ 50,00 |
| 02.05.02.015-1 | ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO | R\$ 74,80 |
| 02.05.02.016-0 | ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA) (PÉLVICA FEMININA) | R\$ 50,00 |
| 02.05.02.017-8 | ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA | R\$ 50,00 |
| 02.05.02.018-6 | ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL (ENDOVAGINAL) | R\$ 60,00 |
| CISMEP-07 | ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL | R\$ 50,00 |
| CISMEP-16 | ULTRASSONOGRAFIA TRANSLUCÊNCIA NUCAL | R\$ 72,00 |
| CISMEP-23 | ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA | R\$ 218,35 |
| CISMEP-25 | ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE + DOPPLER | R\$ 143,35 |
| CISMEP-26 | ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL) + DOPPLER | R\$ 143,35 |
| CISMEP-30 | SEDAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS CONFORME NECESSIDADE CLÍNICA | R\$ 33,00 |
| UNIDADE MARIANA | | |
| 02.05.02.018-6 | ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL (ENDOVAGINAL) | R\$ 65,73 |
| 02.05.02.006-2 | ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO (UMA ARTICULAÇÃO / UNILATERAL) | R\$ 65,73 |
| 02.05.02.005-4 | ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO | R\$ 65,73 |

TABELA 08 - CARDIOLOGIA

| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REFERÊNCIA TÉCNICA | | |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CARDIOLOGIA) | R\$ 40,00 |
| EXAMES | | |
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 02.05.01.003-2 | ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA | R\$ 135,00 |
| 02.11.02.006-0 | TESTE ESFORÇO/TESTE ERGOMÉTRICO | R\$ 97,00 |
| 02.11.02.004-4 | EXAME DE MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS) COM LAUDO | R\$ 112,48 |
| 02.11.02.005-2 | EXAME DE MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (M.A.P.A) | R\$ 104,83 |
| 02.11.02.001-0 | CATETERISMO CARDIACO | R\$ 1.683,00 |
| EXAMES - UNIDADE MARIANA | | |

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------|
| 02.05.01.003-2 | ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA | R\$ 160,00 |
| 02.11.02.006-0 | TESTE ESFORÇO/TESTE ERGOMÉTRICO | R\$ 135,00 |
| 02.11.02.004-4 | EXAME DE MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS) COM LAUDO | R\$ 97,97 |
| 02.11.02.005-2 | EXAME DE MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (M.A.P.A) | R\$ 105,12 |

EXAMES - UNIDADE OURO PRETO

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|----------------|---------------------------------|---------------|
| 02.05.01.003-2 | ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA | R\$ 130,00 |
| 02.11.02.006-0 | TESTE ESFORÇO/TESTE ERGOMÉTRICO | R\$ 94,00 |

TABELA 09 - CIRURGIA GERAL

CONSULTA EM CIRURGIA GERAL - PRESTADOR EXTERNO

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|----------------|-----------------------------------------------------------|---------------|
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CIRURGIA GERAL) | R\$ 38,38 |

AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CIRURGIAS GERAIS (HEMORROIDECTOMIA, FISTULECTOMIA, FISSURECTOMIA, PLASTICA ANAL E TUMOR DE ANORRETAL) - PRESTADOR EXTERNO

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|------------------------|---------------------------------------------|-------------------|
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA COM ESPECIALISTA EM CIRURGIA GERAL | R\$ 10,00 |
| 02.09.01.005-3 | RETOSSIGMOIDOSCOPIA | R\$ 84,80 |
| TOTAL DO PACOTE | | R\$ 109,00 |

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H. - PRESTADOR EXTERNO

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 04.01.02.005-3 | EXCISAO E SUTURA DE LESAO NA PELE C/ PLASTICA EM Z OU ROTACAO DE RETALHO | R\$ 784,98 |
| 04.01.02.008-8 | EXERESE DE CISTO SACROCOCCIGEO | R\$ 316,18 |
| 04.01.02.010-0 | EXTIRPAÇÃO E SUPRESSÃO DE LESÃO DE PELE E DE TECIDO CELULAR SUBCUTANEO | R\$ 347,84 |
| 04.07.02.021-7 | ESFINCTEROTOMIA INTERNA E TRATAMENTO DE FISSURA ANAL | R\$ 542,98 |
| 04.07.02.027-6 | FISTULECTOMIA / FISTULECTOMIA ANAL | R\$ 559,06 |
| 04.07.02.028-4 | HEMORROIDECTOMIA | R\$ 695,07 |
| 04.07.02.047-0 | TRATAMENTO CIRURGICO DE PROLAPSO ANAL | R\$ 404,01 |
| 04.07.03.002-6 | COLECISTECTOMIA | R\$ 1.530,69 |
| 04.07.03.003-4 | COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA | R\$ 1.524,71 |
| 04.07.03.004-2 | COLECISTOSTOMIA | R\$ 1.391,50 |
| 04.07.04.006-4 | HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA | R\$ 1.174,46 |
| 04.07.04.008-0 | HERNIOPLASTIA INCISIONAL | R\$ 1.187,82 |
| 04.07.04.009-9 | HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL) | R\$ 937,24 |
| 04.07.04.010-2 | HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL) | R\$ 980,12 |
| 04.07.04.011-0 | HERNIOPLASTIA RECIDVANTE | R\$ 916,15 |
| 04.07.04.012-9 | HERNIOPLASTIA UMBILICAL | R\$ 956,98 |
| 04.09.06.018-6 | LAQUEADURA TUBÁRIA | R\$ 745,84 |
| 04.15.04.003-5 | DEBRIDAMENTO DE ÚLCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS | R\$ 1.194,78 |

TABELA 10 - NEUROLOGIA

CONSULTA EM NEUROLOGIA

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|----------------|-------------------------------------------------------|---------------|
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (NEUROLOGIA) | R\$ 83,00 |

DIAGNÓSTICO POR ELETRONEUROMIOGRAMA (BILATERAL)

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 02.11.05.008-3 | ELETRONEUROMIOGRAMA DOS MEMBROS INFERIORES (MMII/BILATERAL) OU DOS MEMBROS SUPERIORES (MMSS/BILATERAL) | R\$ 316,00 |
| TOTAL DO PACOTE | | |

AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE ELETRONEUROMIOGRAMA (4 MEMBROS)

| Código | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------|
| 02.11.05.008-3 | ELETRONEUROMIOGRAMA DOS MEMBROS INFERIORES (MMII/BILATERAL) | R\$ 426,00 |
| | ELETRONEUROMIOGRAMA DOS MEMBROS SUPERIORES (MMSS/BILATERAL) | |
| TOTAL DO PACOTE | | |

ELETRONEUROGRAMA (EEG)

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|----------------|---------------------------------------------------|---------------|
| 02.11.05.005-9 | ELETRONEUROGRAMA QUANTITATIVO C/ MAPEAMENTO (EEG) | R\$ 80,00 |

TABELA 11 - MAMOGRAFIA

EXAMES DE MAMOGRAFIA

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------|
| 02.04.03.003-0 | MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIAÇÃO PERIODICA BILATERAL | R\$ 45,00 |
| 02.04.03.003-0 | MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIAÇÃO PERIODICA UNILATERAL | R\$ 22,50 |
| 02.04.03.018-8 | MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO | R\$ 45,00 |
| 02.04.03.003-0 | MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIAÇÃO PERIODICA BILATERAL - BICAS | R\$ 45,00 |
| 02.04.03.003-0 | MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIAÇÃO PERIODICA UNILATERAL - BICAS | R\$ 22,50 |
| 02.04.03.018-8 | MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO - BICAS | R\$ 45,00 |
| 02.04.03.003-0 | MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIAÇÃO PERIODICA UNILATERAL - MARIANA | R\$ 25,91 |
| 02.04.03.018-8 | MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO - MARIANA | R\$ 51,81 |
| 02.04.03.018-8 | MAMOGRAFIA EM UNIDADE MÓVEL | R\$ 81,18 |

TABELA 12 - RISCO CIRÚRGICO

| CONSULTA PARA REALIZAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO | | |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CONSULTA MÉDICA PARA AVALIAÇÃO PRÉ- CIRÚRGIA E EMISSÃO DE LAUDO DE RISCO CIRÚRGICO) | R\$ 38,38 |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (ANESTESIOLOGIA) | R\$ 38,38 |

| EXAMES | | |
|----------------|--------------------|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 02.11.02.003-6 | ELETROCARDIOGRAMA | R\$ 5,15 |
| 04.17.01.004-4 | ANESTESIA GERAL | R\$ 233,55 |
| 04.17.01.005-2 | ANESTESIA REGIONAL | R\$ 209,08 |
| 04.17.01.006-0 | SEDAÇÃO | R\$ 117,98 |

TABELA 13 - DERMATOLOGIA

| CONSULTA EM DERMATOLOGIA | | |
|--------------------------|---------------------------------------------------------|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (DERMATOLOGIA) | R\$ 42,00 |
| CISMEP-10 | DERMATOSCOPIA (POR LESÃO) | |
| TOTAL DO PACOTE | | |

| PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO AMBULATORIAL - S.A. | | |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 02.01.01.002-0 | BIÓPSIA/PUNÇÃO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE | R\$ 99,38 |
| 02.01.01.037-2 | BIÓPSIA DE PELE E PARTES MOLES | R\$ 65,79 |
| 03.03.08.001-9 | CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE PEQUENAS LESÕES | R\$ 5,00 |
| CISMEP-02 | CRIOTERAPIA ATÉ 5 LESÕES | R\$ 71,52 |
| 04.01.01.004-0 | ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÃO CUTÂNEA ATÉ 05 LESÕES (BPA INDIVIDUALIZADO) | R\$ 71,52 |
| 04.01.01.005-8 | EXCISÃO DE LESÃO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA (CANTOPLASTIA UNGUEAL) | R\$ 85,45 |
| 04.01.01.007-4 | EXÉRESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS/CISTO SEBÁCEO/LIPOMA | R\$ 113,32 |
| 04.01.01.011-2 | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO (CIRURGIA GERAL) | R\$ 85,45 |

TABELA 14 - SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR MÉDICOS

| SERVIÇO/ATIVIDADES | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--|
| DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO (POR HORA DE TRABALHO) | R\$ 135,00 | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (POR HORA DE TRABALHO) | R\$ 160,00 | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO EM PEDIATRIA (POR HORA DE TRABALHO) | R\$ 180,00 | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA (POR HORA DE TRABALHO) | R\$ 150,00 | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO CONSULTOR (POR HORA DE TRABALHO) | R\$ 200,00 | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA (PLANTÃO DE 12 HORAS) | R\$ 1.394,00 | |

TABELA 15 - SERVIÇOS/ATIVIDADES ESPECIAIS - CEC CONTAGEM

| SERVIÇO/ATIVIDADES | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--|
| DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGISTA ADULTO | R\$ 55,00 | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - DERMATOLOGISTA | R\$ 68,00 | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - NEUROLOGISTA | R\$ 95,00 | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - OFTALMOLOGISTA | R\$ 55,00 | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ORTOPEDISTA | R\$ 55,00 | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - OTORRINO | R\$ 88,00 | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - UROLOGISTA | R\$ 81,00 | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ENDOCRINOLOGISTA | R\$ 95,00 | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - REUMATOLOGISTA | R\$ 95,00 | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - NEUROLOGISTA INFANTIL | R\$ 95,00 | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGISTA INFANTIL | R\$ 95,00 | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CIRURGIAO PEDIÁTRICO | R\$ 95,00 | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - NEFROLOGISTA | R\$ 95,00 | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PNEUMOLOGISTA | R\$ 95,00 | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO AVALIADOR (POR HORA DE TRABALHO) | R\$ 100,00 | |

TABELA 16 - SERVIÇOS/ATIVIDADES ESPECIAIS - CEC NOVA LIMA

| SERVIÇO/ATIVIDADES | | |
|----------------------------------------------|---------------|--|
| DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP | |
| CONSULTA ESPECIALIZADA ANGIOLOGIA | R\$ 52,43 | |
| CONSULTA ESPECIALIZADA CARDIOLOGIA | R\$ 52,43 | |
| CONSULTA ESPECIALIZADA DERMATOLOGIA | R\$ 51,68 | |
| CONSULTA ESPECIALIZADA GASTROENTEROLOGIA | R\$ 52,43 | |
| CONSULTA ESPECIALIZADA NEUROLOGIA PEDIÁTRICA | R\$ 96,30 | |
| CONSULTA ESPECIALIZADA ORTOPEDIA | R\$ 52,43 | |
| CONSULTA ESPECIALIZADA OTORRINOLARINGOLOGIA | R\$ 73,83 | |
| CONSULTA ESPECIALIZADA PNEUMOLOGIA | R\$ 68,91 | |

TABELA 17 - SERVIÇOS/ATIVIDADES ESPECIAIS EM REGIME DE PLANTÃO PARA MUNICÍPIO DE IBIRITÉ

TABELA 17 - SERVIÇOS/ATIVIDADES ESPECIALIZADAS EM REGIME DE PLANTÃO PARA MUNICÍPIO DE VESPASIANO

| SERVIÇO/ATIVIDADES | | VALOR ICISMEP |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------------|
| DESCRIÇÃO | | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19 - Plantonista de PA/adulto | R\$ | 1.700,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19 - Plantonista de PA/Pediatria | R\$ | 1.700,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19 - Plantonista para Enfermaria | R\$ | 1.700,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19 - Plantonista para CTI | R\$ | 1.959,45 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19 - Horizontal para Enfermaria | R\$ | 850,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19 - Horizontal para CTI | R\$ | 979,72 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19 - RT médico da unidade | R\$ | 17.560,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19 - Coordenador Médico | R\$ | 4.000,00 |

TABELA 18 - SERVIÇOS/ATIVIDADES ESPECIAIS PARA MUNICÍPIO DE VESPASIANO

| SERVIÇO/ATIVIDADES | | VALOR ICISMEP |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------------|
| DESCRIÇÃO | | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA – NEUROPEDIATRIA | R\$ | 89,01 |

TABELA 19 - EXAMES LABORATORIAIS

| DEPARTAMENTO DE PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA | | |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO: COLETA SANGUE PARA CIRURGIAS DE ANGIOLOGIA | VALOR ICISMEP |
| 02.02.02.038-0 | HEMOGRAMA COMPLETO | R\$ 18,16 |
| 02.02.01.047-3 | DOSAGEM DE GLICOSE | |
| 02.02.02.013-4 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA) | |
| 02.02.02.014-2 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTOMBINA (TAP) | |
| 02.02.05.001-7 | ANÁLISE DE CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA | |
| TOTAL DO PACOTE | | |

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO: COLETA SANGUE PARA CIRURGIAS DE OFTALMOLOGIA / OTORRINOLARINGOLOGIA / ORTOPEDIA E CIRURGIA GERAL | VALOR ICISMEP |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 02.02.02.038-0 | HEMOGRAMA COMPLETO | R\$ 14,46 |
| 02.02.01.047-3 | DOSAGEM DE GLICOSE | |
| 02.02.02.013-4 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA) | |
| 02.02.02.014-2 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTOMBINA (TAP) | |
| TOTAL DO PACOTE | | |

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO: COLETA SANGUE PARA PROCEDIMENTO DE COLONOSCOPIA | VALOR ICISMEP |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------|
| 02.02.02.038-0 | HEMOGRAMA COMPLETO | R\$ 26,31 |
| 02.02.01.047-3 | DOSAGEM DE GLICOSE | |
| 02.02.02.013-4 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA) | |
| 02.02.02.014-2 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTOMBINA (TAP) | |
| 02.02.05.001-7 | ANÁLISE DE CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA | |
| 02.02.01.031-7 | DOSAGEM DE CREATININA | |
| 02.02.01.069-4 | DOSAGEM DE UREIA | |
| 02.02.08.007-2 | BACTERIOSCOPIA (GRAM) | |
| 02.02.04.012-7 | PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS | |
| TOTAL DO PACOTE | | |

TABELA 20 - TOMOGRAFIAS

| PROCEDIMENTOS TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA | | |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
| 02.06.01.001-0 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL | R\$ 117,57 |
| 02.06.01.002-8 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA | R\$ 137,01 |
| 02.06.01.003-6 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA | R\$ 117,57 |
| 02.06.01.004-4 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE/ SEIOS DA FACE/ ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES | R\$ 117,56 |
| 02.06.01.005-2 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO | R\$ 117,56 |
| 02.06.01.006-0 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TÚRCICA | R\$ 132,04 |
| 02.06.01.007-9 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO | R\$ 155,65 |
| SEM CÓDIGO SUS | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MASTÓIDES/ OUVIDOS | R\$ 117,56 |
| 02.06.02.001-5 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR | R\$ 117,56 |
| 02.06.02.002-3 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA E PÉ) | R\$ 117,56 |
| 02.06.02.003-1 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX | R\$ 184,86 |
| 02.06.02.004-0 | TOMOGRAFIA DE HEMITORAX/ MEDIASTINO (POR PLANO) | R\$ 184,86 |
| SEM CÓDIGO SUS | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES (ESTERNO/ CLAVÍCULA/ OMBRO/ COTOVELO) | R\$ 125,87 |
| 02.06.03.001-0 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR | R\$ 187,86 |
| 02.06.03.002-9 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR | R\$ 117,56 |
| 02.06.03.003-7 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Pelve / BACIA / ABDOMEN INFERIOR | R\$ 282,72 |
| SEM CÓDIGO SUS | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN TOTAL | R\$ 470,58 |

| | | | |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------|
| SEM CÓDIGO SUS | CONTRASTE (PARA USO NOS ITENS ACIMA DISCRIMINADOS, CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL) | R\$ | 29,30 |
| 04.17.01.006-0 | SEDAÇÃO (PARA USO NOS ITENS ACIMA DISCRIMINADOS, CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL) | R\$ | 161,68 |

TABELA 21 - RESSONÂNCIAS

| PROCEDIMENTOS RESSONÂNCIA MAGNÉTICA | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------|--------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP | |
| 02.07.01.001-3 | ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL | R\$ | 460,90 |
| SEM CÓDIGO SUS | CONTRASTE (CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL) | R\$ | 50,60 |
| 04.17.01.006-0 | SEDAÇÃO (CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL) | R\$ | 191,57 |
| 02.07.01.002-1 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL) | R\$ | 385,00 |
| 02.07.01.003-0 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL | R\$ | 440,00 |
| 02.07.01.004-8 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA | R\$ | 440,00 |
| 02.07.01.005-6 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA | R\$ | 440,00 |
| 02.07.01.006-4 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRANIO | R\$ | 440,00 |
| 02.07.01.007-2 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TÚRCICA | R\$ | 385,00 |
| 02.07.02.002-7 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) | R\$ | 385,00 |
| 02.07.02.003-5 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TORAX | R\$ | 405,90 |
| 02.07.03.001-4 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN SUPERIOR | R\$ | 440,00 |
| 02.07.03.002-2 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA/PELVE | R\$ | 385,00 |
| 02.07.03.003-0 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) | R\$ | 385,00 |
| 02.07.03.004-9 | RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES | R\$ | 385,00 |

TABELA 22 - CINTILOGRAFIAS

| PROCEDIMENTOS CINTILOGRAFIA | | | |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP | |
| 02.08.03.002-6 | CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE COM OU SEM CAPTAÇÃO | R\$ | 85,01 |
| 02.08.01.001-7 | CINTILOGRAFIA DE CORAÇÃO C/ GÁLIO 67 | R\$ | 503,31 |
| 02.08.09.001-0 | CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GÁLIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS | R\$ | 997,48 |
| 02.08.02.001-2 | CINTILOGRAFIA DE FÍGADO E BAÇO (MÍNIMO 5 IMAGENS) | R\$ | 146,59 |
| 02.08.02.002-0 | CINTILOGRAFIA DE FÍGADO E VIAS BILIARES | R\$ | 206,72 |
| 02.08.09.002-9 | CINTILOGRAFIA DE GLÂNDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA) | R\$ | 72,85 |
| 02.08.02.003-9 | CINTILOGRAFIA DE GLÂNDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTÍMULO | R\$ | 96,68 |
| 02.08.09.003-7 | CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL) | R\$ | 318,37 |
| 02.08.01.002-5 | CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE ESTRESSE (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES) | R\$ | 449,37 |
| 02.08.01.003-3 | CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE REPOUSO (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES) | R\$ | 421,38 |
| 02.08.01.004-1 | CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ LOCALIZAÇÃO DE NECROSE (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES) | R\$ | 183,12 |
| 02.08.05.003-5 | CINTILOGRAFIA DE OSSOS C/ OU S/ FLUXO SANGÜÍNEO (CORPO INTEIRO) | R\$ | 210,09 |
| 02.08.03.001-8 | CINTILOGRAFIA DE PARATIREÓIDES | R\$ | 356,99 |
| 02.08.06.001-4 | CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL C/ TÁLIO (SPCTO) | R\$ | 481,81 |
| 02.08.07.001-0 | CINTILOGRAFIA DE PULMÃO C/ GÁLIO 67 | R\$ | 503,31 |
| 02.08.07.002-8 | CINTILOGRAFIA DE PULMÃO P/ PESQUISA DE ASPIRAÇÃO | R\$ | 140,26 |
| 02.08.07.003-6 | CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR INALAÇÃO (MÍNIMO 2 PROJEÇÕES) | R\$ | 140,93 |
| 02.08.07.004-4 | CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR PERFUSÃO (MÍNIMO 4 PROJEÇÕES) | R\$ | 143,55 |
| 02.08.04.002-1 | CINTILOGRAFIA DE RIM C/ GÁLIO 67 | R\$ | 503,31 |
| 02.08.05.004-3 | CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO ÓSSEO COM GÁLIO 67 | R\$ | 503,31 |
| 02.08.04.003-0 | CINTILOGRAFIA DE TESTÍCULO E BOLSA ESCROTAL | R\$ | 119,83 |
| 02.08.03.002-6 | CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE C/ OU S/ CAPTAÇÃO | R\$ | 85,01 |
| 02.08.01.005-0 | CINTILOGRAFIA P/ AVALIAÇÃO DE FLUXO SANGÜÍNEO DE EXTREMIDADES | R\$ | 125,42 |
| 02.08.02.005-5 | CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFÁGICO (LÍQUIDO) | R\$ | 148,92 |
| 02.08.02.006-3 | CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFÁGICO (SEMI-SÓLIDO) | R\$ | 148,92 |
| 02.08.02.007-1 | CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRÂNSITO GÁSTRICO | R\$ | 158,64 |
| 02.08.02.008-0 | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL | R\$ | 126,35 |
| 02.08.02.009-8 | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA | R\$ | 172,95 |
| 02.08.02.010-1 | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NÃO ATIVA | R\$ | 341,90 |
| 02.08.02.011-0 | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO | R\$ | 148,92 |
| 02.08.03.004-2 | CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTERNO | R\$ | 372,57 |
| 02.08.04.005-6 | CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVAS E/OU QUANTITATIVA) | R\$ | 146,33 |
| 02.08.01.008-4 | CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CÂMARAS CARDÍACAS EM SITUAÇÃO DE REPOUSO (VENTRICULOLOGRAFIA) | R\$ | 194,39 |
| 02.08.06.002-2 | CISTERNOCINTILOGRAFIA (INCLUINDO PESQUISA E/OU AVALIAÇÃO DO TRÂNSITO LIQUÓRICO) | R\$ | 225,87 |
| 02.08.04.006-4 | CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA | R\$ | 135,27 |
| 02.08.04.007-2 | CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA | R\$ | 158,95 |
| 02.08.04.010-2 | ESTUDO RENAL DINÂMICO C/ OU S/ DIURÉTICO | R\$ | 181,76 |
| 02.08.08.004-0 | LINFOCINTILOGRAFIA | R\$ | 155,46 |

TABELA 23 - ANÁLISE DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICOS

| PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICOS POR FRASCO | | | |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP | |
| CISMEP-17 | SERVIÇOS DE ANÁLISE DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICOS DE FRAGMENTOS NOS RETIRADOS NO EXAME DE ENDOSCOPIA E COLONOSCOPIA | R\$ | 26,40 |
| CISMEP-18 | SERVIÇOS DE ANÁLISE DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICOS OU CITOLÓGICOS DE FRAGMENTOS RETIRADOS NA PUNÇÃO DE MAMA | R\$ | 13,57 |
| CISMEP-19 | SERVIÇOS DE ANÁLISE DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICOS DE FRAGMENTOS RETIRADOS NA PUNÇÃO DE PRÓSTATA | R\$ | 13,84 |
| CISMEP-20 | SERVIÇOS DE ANÁLISE DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICOS DE FRAGMENTOS RETIRADOS PUNÇÃO DE TIREÓIDE | R\$ | 14,85 |

TABELA 24 - BERA

| POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA, MÉDIA E LONGA LATÊNCIA - BERA | | | |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------|
| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP | |
| 02.11.07.026-2 | POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA, MÉDIA E LONGA LATÊNCIA (BERA) - SEM SEDAÇÃO ADULTO | R\$ | 266,20 |
| 02.11.07.026-2 | POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA, MÉDIA E LONGA LATÊNCIA (BERA) - COM SEDAÇÃO ADULTO | R\$ | 770,00 |
| 02.11.07.026-2 | POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA, MÉDIA E LONGA LATÊNCIA (BERA) - SEM SEDAÇÃO INFANTIL | R\$ | 275,00 |
| 02.11.07.026-2 | POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA, MÉDIA E LONGA LATÊNCIA (BERA) - COM SEDAÇÃO INFANTIL | R\$ | 1.045,00 |

TABELA 25 - IMPLANTE

TABELA 25 - IMPLANTE

IMPLANTE DE LENTE ESCLERAL PINTADA

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| CISMEP-24 | IMPLANTE DE LENTE ESCLERAL PINTADA: CONFECCIONADA INDIVIDUALMENTE ARTESANALMENTE, IDÊNTICA AO OLHO SÁDIO | R\$ 1.078,00 |

TABELA 26 - TELEMEDICINA

SERVIÇOS DE TELEMEDICINA

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| CISMEP-36 | TELE-INTERCONSULTA EM MÚLTIPLAS ESPECIALIDADES COM INFRAESTRUTURA TECNOLÓGICA E DE SEGURANÇA DE DADOS DOS USUÁRIOS (LICENÇAS, SOFTWARES E PERMISSÕES DE ACESSO) | R\$ 93,24 |
| CISMEP-37 | TELEDERMATOSCOPIA | R\$ 6,00 |
| CISMEP-38 | TELE-ELETROCARDIOGRAMA | R\$ 30,00 |
| CISMEP-39 | TELE-ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO C/ MAPEAMENTO (EEG) | R\$ 65,00 |
| CISMEP-40 | TELEMONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS) | R\$ 85,00 |
| CISMEP-41 | TELEMONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (M.A.P.A) | R\$ 90,00 |

TABELA 27 - MEDICINA HIPERBÁRICA

SERVIÇOS DE MEDICINA HIPERBÁRICA

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|-----------|-------------------------------------------------------------------|---------------|
| CISMEP-42 | SESSÃO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA (POR SESSÃO DE ATÉ 02 HORAS) | R\$ 300,00 |

TABELA 28 - CIRURGIAS EM PRESTADORES EXTERNOS

CIRURGIA ORTOPÉDICA

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 07.02.03.013-9 | ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL | R\$ 7.613,28 |
| 04.08.05.006-3 | ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO JOELHO | R\$ 6.021,39 |
| 04.08.05.016-0 | RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR) | R\$ 4.764,00 |
| 04.08.05.017-9 | RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR) | R\$ 5.050,20 |
| 04.08.01.014-2 | REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTO DESCOMPRESSIVOS) | R\$ 2.389,20 |
| 04.08.05.089-6 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL | R\$ 1.650,06 |
| 04.03.02.012-3 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SINDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEO-FIBROSO AO NIVEL DO CARPO | R\$ 2.010,15 |

CIRURGIA GERAL

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|----------------|-----------------------------------------------|---------------|
| 04.07.03.003-4 | COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA | R\$ 3.270,75 |
| 04.07.02.034-9 | PROCTOPEXIA ABDOMINAL POR PROCIDENCIA DO RETO | R\$ 1.845,08 |
| 04.07.02.028-4 | HEMORROIDECTOMIA | R\$ 2.061,56 |
| 04.07.04.006-4 | HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA | R\$ 1.618,05 |
| 04.07.04.008-0 | HERNIOPLASTIA INCISIONAL | R\$ 1.817,17 |
| 04.07.04.009-9 | HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL) | R\$ 1.789,15 |
| 04.07.04.010-2 | HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL) | R\$ 1.430,15 |
| 04.07.04.011-0 | HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE | R\$ 1.618,45 |
| 04.07.04.012-9 | HERNIOPLASTIA UMBILICAL | R\$ 1.289,40 |
| 04.06.02.057-4 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL) | R\$ 2.185,03 |
| 04.06.02.056-6 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL) | R\$ 2.713,45 |

CIRURGIA GINECOLÓGICA

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|----------------|-------------------------------------------|---------------|
| 04.09.06.012-7 | HISTERECTOMIA SUBTOTAL | R\$ 1.859,90 |
| 04.09.06.013-5 | HISTERECTOMIA TOTAL | R\$ 2.091,95 |
| 04.09.06.017-8 | HISTEROSCOPIA CIRURGICA C/ RESSECTOSCOPIO | R\$ 1.399,15 |
| 04.09.06.019-4 | MIOMECTOMIA | R\$ 2.032,85 |
| 04.09.06.021-6 | OOFORRECTOMIA/OOFOROPLASTIA | R\$ 1.884,14 |

CIRURGIA UROLÓGICA

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO | VALOR ICISMEP |
|----------------|-------------------------------------------|---------------|
| 04.09.01.017-0 | INSTALACAO ENDOSCÓPICA DE CATETER DUPLO J | R\$ 1.636,18 |
| 04.09.04.013-4 | ORQUIDOPEXIA UNILATERAL | R\$ 1.557,75 |
| 04.09.03.002-3 | PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA | R\$ 3.659,18 |
| 04.09.03.004-0 | RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE PROSTATA (RTU) | R\$ 3.490,01 |
| 04.09.04.023-1 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARICOCELE | R\$ 1.715,75 |
| 04.09.01.059-6 | URETEROLITOTRIPSIA FLEXIVEL | R\$ 3.373,00 |
| 04.09.01.059-6 | URETEROLITOTRIPSIA RÍGIDA A LASER | R\$ 3.483,50 |
| 04.09.01.023-5 | NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA | R\$ 3.505,26 |

OPME's

OPME CIRURGIA ORTOPÉDICA

| CIRURGIA | OPME | VALOR ICISMEP |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------|
| ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL | COMPONENTE FEMORAL CIMENTADO (HASTE) | R\$ 1.632,96 |
| | RESTRITOR/PLUG DE CIMENTO | R\$ 46,66 |
| | CABEÇA INTERCAMBIÁVEL | R\$ 750,83 |
| | COMPONENTE ACETABULAR CIMENTADO | R\$ 381,87 |
| | CIMENTO ORTOPÉDICO | R\$ 81,79 |
| | LAMINA SERRA | R\$ 324,00 |
| | COMPONENTE FEMORAL NÃO CIMENTADO | R\$ 2.746,33 |
| | COMPONENTE ACETABULAR METALICO | R\$ 1.664,18 |
| | COMPONENTE ACETABULAR POLIETILENO PARA COMPONENTE METALICO | R\$ 603,90 |
| | PARAFUSO ACETABULAR | R\$ 177,66 |
| ARTROPLASTIA TOTAL | COMPONENTE BIPOLAR (CABEÇA BIPOLAR) | R\$ 1.632,96 |
| | COMPONENTE FEMURAL | R\$ 2.707,99 |
| | COMPONENTE BASE TIBIAL | R\$ 1.390,73 |
| | COMPONENTE PLATEAU TIBIAL | R\$ 571,78 |

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----|----------|
| PRIMÁRIA DO JOELHO | COMPONENTE PATELAR | R\$ | 240,67 |
| | CIMENTO ORTOPÉDICO | R\$ | 98,14 |
| | LAMINA SERRA | R\$ | 324,00 |
| RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR) | LAMINA DE SHAVER | R\$ | 680,40 |
| | EQUIPO C/ SENSOR | R\$ | 563,76 |
| | PARAFUSO DE INTERFERENCIA EM TITANIO | R\$ | 787,79 |
| RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR) | LAMINA DE SHAVER | R\$ | 680,40 |
| | EQUIPO C/ SENSOR | R\$ | 563,76 |
| | PARAFUSO DE INTERFERENCIA EM TITANIO | R\$ | 787,79 |
| REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTO DESCOMPRESSIVOS) | LAMINA DE SHAVER | R\$ | 680,40 |
| | EQUIPO C/ SENSOR | R\$ | 563,76 |
| | CANULA DESCARTAVEL | R\$ | 334,37 |
| | ANCORA MONTADA EM TITANIO | R\$ | 868,32 |
| | PONTEIRA FREQUENCIA | R\$ | 858,48 |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL | LAMINA DE SHAVER | R\$ | 680,40 |
| | EQUIPO C/ SENSOR | R\$ | 563,76 |
| | PARAFUSO DE INTERFERENCIA EM TITANIO | R\$ | 787,79 |
| | FAST-FIX 360 RETO OU CURVO AGULHADO | R\$ | 2.835,00 |
| | EMPURRADOR DE NO/CORTADOR DE SUTURA E CANULA | R\$ | 567,00 |

| OPME CIRURGIA UROLÓGICA | | |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------|
| CIRURGIA | OPME | VALOR ICISMEP |
| INSTALAÇÃO ENDOSCÓPICA DE CATETER DUPLO J | CATETER DUPLO J | R\$ 396,00 |
| RESSEÇÃO ENDOSCÓPICA DE PROSTATA (RTU) | ALÇA DE RTU | R\$ 396,00 |
| | EQUIPO DE IRRIGAÇÃO DE 3 VIAS | R\$ 400,00 |
| URETEROLITOTRIPSIA FLEXIVEL | CATETER DUPLO J | R\$ 396,00 |
| | FIO GUIA HIDROFILICO | R\$ 675,00 |
| | CATETER BASKET PARA RETIRADA DE CÁLCULO | R\$ 1.521,00 |
| URETEROLITOTRIPSIA RÍGIDA A LASER | BALÃO URETERAL | R\$ 1.860,00 |
| | EXTRATOR DE CÁLCULO 3Fr | R\$ 1.521,00 |
| | CATETER DUPLO J | R\$ 396,00 |
| | FIO GUIA HIDROFILICO | R\$ 675,00 |
| NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA | FIBRA LASER | R\$ 3.100,00 |
| | AMPLATZ | R\$ 1.860,00 |
| | CONJUNTO DE NEFROSTOMIA | R\$ 1.240,00 |
| | EQUIPO DE IRRIGAÇÃO | R\$ 279,00 |
| | EXTRATOR DE CÁLCULO PERCUTÂNEA | R\$ 1.521,00 |
| | CATETER DUPLO J | R\$ 396,00 |
| | FIO GUIA HIDROFILICO | R\$ 675,00 |
| | CATETER URETRAL | R\$ 170,50 |

| OPME CIRURGIA GERAL | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|---------------|
| CIRURGIA | OPME | VALOR ICISMEP |
| HERNIPLASTIA INGUINAL (BILATERAL) | TELA DE MARLEX M (15cm X 15cm) | R\$ 475,00 |
| | TELA DE MARLEX P (7,5cm X 7,5cm) | R\$ 416,00 |
| HERNIPLASTIA INGUINAL/CRURAL | TELA DE MARLEX M (15cm X 15cm) | R\$ 475,00 |
| | TELA DE MARLEX P (7,5cm X 7,5cm) | R\$ 416,00 |

| OUTROS SERVIÇOS RELACIONADOS ÀS CIRURGIAS | | |
|-------------------------------------------------------|--|-----------|
| CONSULTA MÉDICA PARA AVALIAÇÕES CIRURGICAS | | R\$ 90,00 |
| CURATIVO ESPECIAL (SEM HIDROCOLOIDE - MAIOR EXTENSÃO) | | R\$ 85,80 |
| CURATIVO SIMPLES | | R\$ 65,95 |

TABELA DE SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS EM SAÚDE (TSPS) ICISMEP

Atualização na Tabela de Serviços e Procedimentos em Saúde da ICISMEP, realizada em junho de 2022, com publicação em junho de 2022, para vigência a partir de junho de 2022.

TABELA DE SERVIÇOS DE SAÚDE EXECUTADOS NAS UNIDADES DOS MUNICÍPIOS

Tabela 1

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do ICISMEP

| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------|---------------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Não se aplica | Hora | R\$ 131,63 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | Não se aplica | Hora | R\$ 156,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRIA | Não se aplica | Hora | R\$ 175,50 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA | Não se aplica | Hora | R\$ 146,25 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTOR | Não se aplica | Hora | R\$ 195,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTONISTA | Não se aplica | 12 horas | R\$ 1.359,15 |

Tabela 2

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Abaeté

| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------|---------------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 187,78 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CABEÇA E PESCOÇO | Não se aplica | Consulta | R\$ 199,16 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ENDOCRINOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 147,45 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPEDIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 113,81 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 113,81 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 113,81 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSQUIATRA | Não se aplica | Consulta | R\$ 113,81 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROPEDIATRA | Não se aplica | Consulta | R\$ 204,86 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 120,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OTORRINOLARINGOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 120,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REUMATOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 159,33 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEFROLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 140,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 113,81 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SAÚDE DA FAMÍLIA PSF | Não se aplica | Mês | R\$ 9.673,71 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA | Não se aplica | Mês | R\$ 24.211,91 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OBSTETRÍCIA | Não se aplica | Mês | R\$ 17.071,26 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANESTESISTA | Não se aplica | Mês | R\$ 17.071,26 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO GERAL | Não se aplica | Mês | R\$ 14.112,24 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - VASECTOMIA | Não se aplica | Procedimento | R\$ 398,36 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - POSTECTOMIA | Não se aplica | Procedimento | R\$ 398,36 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA | Não se aplica | Procedimento | R\$ 96,74 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICO GERAL | Não se aplica | Plantão 12H | R\$ 1.365,70 |

Tabela 3

Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de BARÃO DE COCAIS

| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------|---------------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO DO TRABALHO | Não se aplica | Mês | R\$ 5.703,75 |

Tabela 4

Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de BOM DESPACHO

| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------|---------------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 53,63 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSQUIATRA | Não se aplica | Hora | R\$ 390,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA | Não se aplica | Mês/ 40HR | R\$ 27.573,53 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO | Não se aplica | Consulta | R\$ 75,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ESCLEROTERAPIA COM APLICAÇÃO DE ESPUMA (INCLUSOS MATERIAIS E MEDICAMENTO) | Não se aplica | 12 horas | R\$ 1.575,76 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REUMATOLOGISTA | Não se aplica | Procedimento | R\$ 223,24 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 90,28 |

Tabela 5

Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de BONFIM

| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------|---------------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DATAS EXCEPCIONAIS(FESTIVIDADES, GRANDES FERIADOS, ENTRE OUTROS) | Dias úteis | 12 horas | R\$ 1.885,01 |
| | Final de Semana/Feriado | 12 horas | R\$ 1.885,01 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRABALHO EXCEPCIONAL (TRANSFERÊNCIAS PARA OUTRO MUNICÍPIO) | Dias úteis | 12 horas | R\$ 1.413,75 |
| | Final de Semana/Feriado | 12 horas | R\$ 1.413,75 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | Dias úteis | 12 horas | R\$ 1.218,75 |
| | Final de Semana/Feriado | 12 horas | R\$ 1.218,75 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA | Dias úteis | 12 horas | R\$ 754,00 |
| | Final de Semana/Feriado | 12 horas | R\$ 754,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRIA | Dias úteis | Hora | R\$ 117,98 |
| | Final de Semana/Feriado | Hora | R\$ 117,98 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - GINECOLOGIA / OBSTETRÍCIA | Dias úteis | Hora | R\$ 129,68 |
| | Final de Semana/Feriado | Hora | R\$ 129,68 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CIRURGIA GERAL | Dias úteis | Hora | R\$ 176,72 |
| | Final de Semana/Feriado | Hora | R\$ 176,72 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ORTOPEDIA | Dias úteis | Hora | R\$ 156,98 |
| | Final de Semana/Feriado | Hora | R\$ 156,98 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - UROLOGIA | Dias úteis | Hora | R\$ 117,98 |
| | Final de Semana/Feriado | Hora | R\$ 117,98 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - DERMATOLOGIA | Dias úteis | Hora | R\$ 117,98 |
| | Final de Semana/Feriado | Hora | R\$ 117,98 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGIA | Dias úteis | Hora | R\$ 94,58 |
| | Final de Semana/Feriado | Hora | R\$ 94,58 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ULTRASSONOGRAFIA | Dias úteis | Exame | R\$ 66,30 |

Tabela 6

Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de BRUMADINHO

| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------|---------------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Não se aplica | Hora | R\$ 49,24 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GENERALISTA | Não se aplica | Hora | R\$ 76,19 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA | Não se aplica | Hora | R\$ 65,66 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA I | Não se aplica | Hora | R\$ 98,48 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA II | Não se aplica | Hora | R\$ 40,87 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA III | Não se aplica | Hora | R\$ 32,70 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19 | Não se aplica | Plantão | R\$ 1.838,39 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS EM HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19 | Não se aplica | Plantão | R\$ 1.444,44 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO NEUROPEDIATRA | Não se aplica | Hora | R\$ 200,38 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA | Não se aplica | Hora | R\$ 111,33 |

| | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------|-----|-----------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PSIQUIÁTRICO | Não se aplica | Hora | R\$ | 100,19 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA – CLÍNICO GERAL | Não se aplica | Hora | R\$ | 75,43 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO – SAD (SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR) | Não se aplica | Hora | R\$ | 84,44 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA TRANSFERÊNCIA INTERMUNICIPAL DE PACIENTES | Não se aplica | Plantão | R\$ | 590,91 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO DIRETOR CLÍNICO PARA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO | Não se aplica | Mês | R\$ | 14.444,45 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO EM COORDENAÇÃO DO HOSPITAL MUNICIPAL DE BRUMADINHO | Não se aplica | Mês | R\$ | 16.810,34 |

Tabela 7

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de CAMPO BELO | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------|---------------|----------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA / EMERGÊNCIA | Diurno | Plantão | R\$ | 1.365,00 |
| | | Hora | R\$ | 113,75 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | Noturno | Plantão | R\$ | 1.462,50 |
| | | Hora | R\$ | 121,88 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | Sala Vermelha | Plantão | R\$ | 1.462,50 |
| | | Hora | R\$ | 121,88 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | Feriados Especiais | Plantão | R\$ | 2.145,00 |
| | | Hora | R\$ | 178,75 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REFERÊNCIA TÉCNICA | Não se aplica | Mês | R\$ | 9.750,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AVALIAÇÃO DE URGÊNCIA PEDIATRIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 341,25 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR CLÍNICO PARA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO | Não se aplica | Mês | R\$ | 9.750,00 |

Tabela 8

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de CLAUDIO | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------|---------------|-------|
| Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município | | | | |
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICO GERAL | Não se aplica | Hora | R\$ | 93,80 |

Tabela 9

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde dos Municípios de CONTAGEM | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------|---------------|-----------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Não se aplica | Hora | R\$ | 97,50 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA. | Plantão | 12 horas | R\$ | 1.313,33 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES HOSPITALARES. | Final de Semana/Feriado | Dias úteis | R\$ | 1.181,70 |
| | | 12 horas | R\$ | 1.313,33 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR MÉDICO - PEDIATRA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES HOSPITALARES. | Final de Semana/Feriado | Dias úteis | R\$ | 1.181,70 |
| | | 12 horas | R\$ | 1.772,55 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTONISTA HORIZONTAL | Não se aplica | 12 horas | R\$ | 1.313,33 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REGULADOR DO COMPLEXO HOSPITALAR | Não se aplica | 12 horas | R\$ | 1.641,90 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 59,09 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA, FORA DO AMBIENTE HOSPITALAR | Não se aplica | 12 horas | R\$ | 1.575,76 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PARA ATENDIMENTO DE EXAME E LAUDO DE ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA | Não se aplica | Exames | R\$ | 97,50 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Não se aplica | Mês | R\$ | 18.383,84 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL - PSIQUIATRA | Não se aplica | Hora | R\$ | 175,50 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL - GINECOLOGIA | Não se aplica | Hora | R\$ | 157,95 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL - PEDIATRA | Não se aplica | Hora | R\$ | 165,75 |

Tabela 10

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde dos Municípios de CÔRREGO FUNDO | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------|---------------|--------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 131,31 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 124,75 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGISTA PEDIÁTRICO | Não se aplica | Consulta | R\$ | 166,77 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OPTAMOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 85,35 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ENDOCRINOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 85,35 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPEdia | Não se aplica | Consulta | R\$ | 85,35 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 85,35 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 85,35 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OTORRINOLARINGOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 85,35 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEFROLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 132,65 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PNEUMOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 131,31 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HEMATOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 150,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 117,98 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROPEdiATRIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 307,30 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA COM TESTE DE UREASE | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 321,75 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - VASECTOMIA | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 533,13 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - POSTECTOMIA | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 533,13 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA COM O APARELHO DO PROFISSIONAL | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 109,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA | Não se aplica | Exame | R\$ | 99,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MAMOGRAFIA | Não se aplica | Exame | R\$ | 110,36 |

Tabela 11

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de CRUCILÂNDIA | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------|---------------|----------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Não se aplica | 12 horas | R\$ | 787,88 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRIA | Não se aplica | 12 horas | R\$ | 1.051,98 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA | Não se aplica | 12 horas | R\$ | 958,09 |

Tabela 12

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de ESMERALDAS | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------|---------------|--------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Não se aplica | Hora | R\$ | 108,55 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | Final de Semana/Feriado | Hora | R\$ | 86,71 |
| | | Dias úteis | R\$ | 121,87 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRIA | Final de Semana/Feriado | Hora | R\$ | 130,07 |
| | | Não se aplica | Hora | R\$ |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICO GERAL | Final de Semana/Feriado | Dias úteis | R\$ | 88,46 |
| | | Hora | R\$ | 96,67 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO CIRURGIA GERAL - SOBRE AVISO | Final de Semana/Feriado | Dias úteis | R\$ | 49,24 |
| | | Hora | R\$ | 65,66 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OBSTETRA / ANESTESIOLOGISTA | Final de Semana/Feriado | Dias úteis | R\$ | 121,87 |
| | | Hora | R\$ | 130,07 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICO SALA VERMELHA | Não se aplica | Hora | R\$ | 109,42 |

Tabela 13

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de FLORESTAL | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------|---------------|----------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Não se aplica | Plantão | R\$ | 1.365,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTOR (DIRETOR CLÍNICO) | Não se aplica | Hora | R\$ | 114,90 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA | Dias úteis | Hora | R\$ | 386,90 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MÉDICO REGULADOR | Não se aplica | Mês | R\$ | 2.437,50 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 93,00 |

Tabela 14

Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de FORMIGA

| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------|---------------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA | Não se aplica | 12 horas | R\$ 2.101,01 |
| | Não se aplica | Consulta | R\$ 124,75 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OTORRINOLARINGOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 112,07 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSIQUIATRA | Não se aplica | Consulta | R\$ 85,35 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 131,31 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 124,75 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - NEUROLOGISTA PEDIÁTRICO | Não se aplica | Consulta | R\$ 166,77 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ENDOCRINOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 85,35 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - OFTALMOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 85,35 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - GASTROENTROLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 85,35 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - GASTROENTROLOGISTA II | Não se aplica | Consulta | R\$ 52,52 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - INFECTOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 85,35 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ORTOPEDISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 85,35 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - REUMATOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 124,74 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - DERMATOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 85,35 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 85,35 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - GINECOLOGIA/OBSTETRICIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 85,35 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PRÉ ENDOSCOPIA PARA MENORES DE 12 ANOS | Não se aplica | Consulta | R\$ 52,52 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 117,98 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RADIOLOGISTA | Não se aplica | Laudo | R\$ 39,39 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICA MÉDICA | Plantão | 12 horas | R\$ 1.575,76 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO DE ATENÇÃO DOMICILIAR | Plantão | 12 horas | R\$ 1.575,76 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA | Plantão | 12 horas | R\$ 1.286,87 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - FERIADOS ESPECIAIS (NATAL E ANO NOVO) | Plantão | 12 horas | R\$ 2.607,15 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICO SEMI-INTENSIVO COVID-19 | Plantão | 12 horas | R\$ 2.101,01 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICO INTENSIVISTA UTI COVID-19 | Não se aplica | Mês | R\$ 17.070,71 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO RESPONSÁVEL TÉCNICO - RAO X | Não se aplica | Mês | R\$ 6.552,53 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONTROLE DE ATENDIMENTO MÉDICO | Não se aplica | Mês | R\$ 15.757,58 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HORIZONTAL | Não se aplica | Mês | R\$ 7.878,78 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HOSPITAL DE CAMPANHA COVID-19 | Não se aplica | Mês | R\$ 13.131,31 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGIA | Não se aplica | Mês | R\$ 5.252,53 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR TÉCNICO | Não se aplica | Mês | R\$ 22.446,69 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR CLÍNICO | Não se aplica | Mês | R\$ 10.136,56 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ULTRASSONOGRÁFIA - ULTRASSOM MORFOLÓGICO | Não se aplica | Exames | R\$ 198,01 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ULTRASSONOGRÁFIA - ULTRASSOM DOPPLER | Não se aplica | Exames | R\$ 232,44 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ULTRASSONOGRÁFIA - DUPLEX SCAN | Não se aplica | Exames | R\$ 144,45 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRÁFIA (ABDOMINAL SUPERIOR/ABDOMINAL TOTAL/BOLSA ESCROTAL/ENDOVAGINAL/OBSTETRICO SIMPLES/PAREDE ABDOMINAL/PARTES MOLES/RINS E VIAS URINÁRIAS/TIREOIDE/MAMAS/AXILAS) | Não se aplica | Exames | R\$ 99,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO RADIOLOGISTA/ULTRASSONOGRÁFIA - PUNÇÃO ASPIRATIVA POR AGULHA FINA | Não se aplica | Exames | R\$ 296,32 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO RADIOLOGISTA/ULTRASSONOGRÁFIA - CORE BIOPSY | Não se aplica | Exames | R\$ 630,30 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXERSE DE NÓDULO MAMA BENIGNO - CORE BIOPSY (NÃO INCLUSO MATERIAL) | Não se aplica | Procedimento | R\$ 99,80 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN COM DISPONIBILIDADE DE APARELHO | Não se aplica | Procedimento | R\$ 183,82 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRÁFIA COM DISPONIBILIDADE DE APARELHO | Não se aplica | Procedimento | R\$ 109,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ECGCARDIOGRAMA | Não se aplica | Procedimento | R\$ 246,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ECGCARDIOGRAMA PEDIÁTRICO | Não se aplica | Procedimento | R\$ 246,00 |
| DESCRIÇÃO DOS TRATAMENTOS MEDICAMENTOSOS DE GLAUCOMA - REMOÇÃO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO | Não se aplica | Procedimento | R\$ 39,39 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HOLTER | Não se aplica | Procedimento | R\$ 200,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - M.A.P.A | Não se aplica | Procedimento | R\$ 168,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL | Não se aplica | Procedimento | R\$ 844,36 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXCISÃO E ENXERTO DE PELE | Não se aplica | Procedimento | R\$ 221,99 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXERSE DE CISTO SACRO-COCCÍGEO | Não se aplica | Procedimento | R\$ 477,56 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXTIRPAÇÃO E SUPRESSÃO DE LESÃO DE PELE | Não se aplica | Procedimento | R\$ 167,10 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA/PUNÇÃO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE | Não se aplica | Procedimento | R\$ 130,50 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA DE PELE E PARTES MOLES | Não se aplica | Procedimento | R\$ 86,26 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE PEQUENAS LESÕES | Não se aplica | Procedimento | R\$ 6,57 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXCISÃO DE LESÃO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE | Não se aplica | Procedimento | R\$ 110,90 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXERSE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS | Não se aplica | Procedimento | R\$ 148,80 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO | Não se aplica | Procedimento | R\$ 112,21 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO NÃO ESTÉTICO DA ORELHA | Não se aplica | Procedimento | R\$ 721,04 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DRENAGEM ABSCESSO OU CISTO GLÂNDULA BARTHOLIN | Não se aplica | Procedimento | R\$ 144,45 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXAME DE MAMOGRAFIA | Não se aplica | Procedimento | R\$ 110,36 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESOFAGOGASTRODODENOSCOPIA SOB SEDAÇÃO COM TESTE DE UREASE | Não se aplica | Procedimento | R\$ 321,75 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COLONOSCOPIA | Não se aplica | Procedimento | R\$ 715,66 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - VASECTOMIA | Não se aplica | Procedimento | R\$ 533,13 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - POSTECTOMIA | Não se aplica | Procedimento | R\$ 533,13 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEFROLOGISTA | Não se aplica | Procedimento | R\$ 132,65 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - INSERÇÃO DE DIU | Não se aplica | Procedimento | R\$ 229,81 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETIRADA DE DIU | Não se aplica | Procedimento | R\$ 36,78 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE VULVA | Não se aplica | Procedimento | R\$ 52,53 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA EM VAGINA | Não se aplica | Procedimento | R\$ 52,53 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA DE VULVA | Não se aplica | Procedimento | R\$ 89,29 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA DA VAGINA | Não se aplica | Procedimento | R\$ 89,29 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA DE COLO | Não se aplica | Procedimento | R\$ 89,29 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETIRADA DE LESÃO DA VULVA | Não se aplica | Procedimento | R\$ 144,45 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETIRADA DE LESÃO DA VAGINA | Não se aplica | Procedimento | R\$ 144,45 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COLPOSCOPIA | Não se aplica | Procedimento | R\$ 52,53 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - AVALIAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA | Não se aplica | Avaliação | R\$ 45,96 |

Tabela 15

Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de IGARAPÉ

| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------|---------------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTONISTA | Semanal Diurno | 12 horas | R\$ 1.457,58 |
| | | Hora | R\$ 121,46 |
| | Semanal Noturno | 12 horas | R\$ 1.510,11 |
| | | Hora | R\$ 125,84 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTONISTA | Final de Semana Diurno | 12 horas | R\$ 1.575,77 |
| | | Hora | R\$ 131,59 |
| | Final de Semana Noturno | 12 horas | R\$ 1.641,42 |
| | | Hora | R\$ 136,78 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPEDISTA PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | Semanal Diurno | 12 horas | R\$ 1.457,58 |
| | | Hora | R\$ 121,47 |
| | Final de Semana Diurno | 12 horas | R\$ 1.575,77 |
| | | Hora | R\$ 131,32 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HORIZONTAL | Não se aplica | Hora | R\$ 147,73 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA I | Não se aplica | 12 horas | R\$ 722,22 |
| | | Hora | R\$ 60,19 |
| | | 12 horas | R\$ 820,71 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA II | Não se aplica | Hora | R\$ 68,39 |
| | | Hora | R\$ 161,16 |
| | | Hora | R\$ 99,79 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICA MÉDICA | Não se aplica | Hora | R\$ 82,72 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEFROLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 99,79 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA | Não se aplica | Consulta | R\$ 82,72 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGIA/OBSTETRICIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 59,09 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGIA/OBSTETRICIA II | Não se aplica | Consulta/Exame | R\$ 131,31 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 73,53 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 59,09 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGIA II | Não se aplica | Consulta/Exame | R\$ 78,78 |

| | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------|-----|----------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 45,95 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGIA II | Não se aplica | Consulta/Exame | R\$ | 64,34 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPEDISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 59,09 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIA GERAL | Não se aplica | Consulta | R\$ | 65,66 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ENDOCRINOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 86,66 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REUMATOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 99,79 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGIA ADULTO | Não se aplica | Consulta | R\$ | 97,17 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROPEDIATRA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 144,46 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSIQUIATRA INFANTIL | Não se aplica | Consulta | R\$ | 157,57 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICA MÉDICA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 34,13 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - RETIRADA DE LIPOMAS/CISTO/VERRUGA/CORPO ESTRANHO/RETIRADA DE UNHA ENCRAVADA E COLETA PARA BIÓPSIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 98,48 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REFERÊNCIA TÉCNICA | Não se aplica | Mês | R\$ | 3.282,83 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR CLÍNICO PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO | Não se aplica | Mês | R\$ | 9.741,67 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ECOCARDIOGRAMA | Não se aplica | Exame | R\$ | 131,31 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN/CARÓTIDAS E VÉRTEBRAS | Não se aplica | Exame | R\$ | 97,17 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO EXAME DE ULTRASONOGRAFIA – ENDOVAGINAL/OBSTETRICO/APARELHO URINARIO/DE MAMAS E AXILIAS/CERVICA/TIRÓIDE/ARICULAÇÃO/ PRÓSTATA TRANSETRAL E ABDOMINAL/ABDOMEN TOTAL/PAREDE ABDOMINAL/REGIÃO INGUINAL/BOLSA ESCROTAL OU TESTICULAR | Não se aplica | Exame | R\$ | 65,66 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ELETROENCEFALOGRAMA | Não se aplica | Exame | R\$ | 65,66 |

Tabela 16

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de IGARATINGA | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------|---------------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Não se aplica | Plantão | R\$ 1.378,79 |
| | Feriados Especiais | 12 Horas | R\$ 2.785,44 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 78,79 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR TÉCNICO | Não se aplica | Mês | R\$ 7.878,79 |

Tabela 17

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de IGUAUAMA | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------|---------------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTÃO PRONTO SOCORRO | Não se aplica | PLANTÃO | R\$ 1.422,76 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SOBREAVISO CLÍNICA MÉDICA | Sobreaviso | Dia | R\$ 455,29 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTÃO FERIADOS ESPECIAIS | Não se aplica | Plantão | R\$ 2.276,41 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETORIA TÉCNICA | Não se aplica | Mês | R\$ 3.414,62 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETORIA CLÍNICA | Não se aplica | Mês | R\$ 3.414,62 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTA ESPECIALIZADA | Não se aplica | Consulta | R\$ 39,59 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIA DE UNHA (CANTOPLASTIA) | Não se aplica | Procedimento | R\$ 169,06 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS/ CISTO CEBÁCEO/ LIPOMA | Não se aplica | Procedimento | R\$ 169,06 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA/PUNÇÃO DE TUMOR SUPERFICIAL DE PELE | Não se aplica | Procedimento | R\$ 169,06 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO | Não se aplica | Procedimento | R\$ 169,06 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÃO CUTÂNEA | Não se aplica | Procedimento | R\$ 169,06 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENÇÃO BÁSICA | Não se aplica | Mês | R\$ 13.651,65 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICO GERAL | Não se aplica | Hora | R\$ 167,88 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 113,80 |

Tabela 18

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de ITABIRITO | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------|---------------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Dias úteis diurno / noturno | Plantão | R\$ 1.739,19 |
| | | Hora | R\$ 144,93 |
| | Final de Semana/Feriado diurno/noturno | Plantão | R\$ 1.956,59 |
| | | Hora | R\$ 163,05 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ASSISTÊNCIA AO COVID-19 | Dias úteis diurno / noturno | Plantão | R\$ 1.739,19 |
| | | Hora | R\$ 144,93 |
| | Final de Semana/Feriado diurno/noturno | Plantão | R\$ 1.956,59 |
| | | Hora | R\$ 163,05 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTOR (DIRETOR/RESPONSÁVEL TÉCNICO) | Não se aplica | Hora | R\$ 289,87 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL - MÉDICO DO TRABALHO | Não se aplica | Hora | R\$ 210,00 |

Tabela 19

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de ITAGUARA | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------|---------------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 65,66 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO GERAL | NÃO se aplica | Plantão | R\$ 1.784,25 |
| | | Consulta | R\$ 91,91 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGISTA/OBSTETRICA | NÃO se aplica | Mês | R\$ 9.913,34 |
| | | Consulta | R\$ 91,91 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA | NÃO se aplica | Mês | R\$ 19.695,38 |
| | | Consulta | R\$ 91,91 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA | NÃO se aplica | Mês | R\$ 15.756,30 |
| | | Mês | R\$ 17.464,64 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEQUENAS CIRURGIAS | Não se aplica | Procedimento | R\$ 196,95 |

Tabela 20

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de ITATIAIUCU | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------------------------------|---------------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | Dias úteis | 12 horas | R\$ 1.706,43 |
| | | Final de Semana/Feriado diurno e noturno | 12 horas |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO DE APOIO | Não se aplica | Hora | R\$ 108,73 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO DE APOIO II | Não se aplica | Hora | R\$ 98,53 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA | Não se aplica | Hora | R\$ 260,94 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA I - CIRURGIA UROLOGICA | Não se aplica | Hora | R\$ 434,92 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA II - PEQUENAS CIRURGIAS | Não se aplica | Hora | R\$ 326,18 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Não se aplica | Mês | R\$ 17.336,28 |

Tabela 21

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de ITAÚNA | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------|---------------|
| I) Serviços Médicos de Urgência e Emergência / Pronto Socorro Municipal de Itaúna - CNES 7326610 | | | |
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA NAS CLASSIFICAÇÕES DO PROTOCOLO DE MANCHESTER VERDE E AZUL | Dias úteis diurno | 12 horas | R\$ 1.247,47 |
| | | 12 horas | R\$ 1.313,13 |
| | | 12 horas | R\$ 1.378,79 |
| | | 12 horas | R\$ 1.510,10 |
| | | 12 horas | R\$ 1.621,72 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA NAS CLASSIFICAÇÕES DO PROTOCOLO DE MANCHESTER VERDE E AZUL | Feriado/Dias úteis noturno | 12 horas | R\$ 1.707,07 |
| | | 12 horas | R\$ 1.792,42 |
| | | 12 horas | R\$ 1.963,13 |
| | | 12 horas | R\$ 1.247,47 |
| | | 12 horas | R\$ 1.247,47 |

| | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-----|----------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | Dias úteis noturno | 12 horas | R\$ | 1.313,13 |
| | Final de Semana diurno | 12 horas | R\$ | 1.378,79 |
| | Final de Semana noturno | 12 horas | R\$ | 1.510,10 |
| | Feriado/Dias úteis diurno | 12 horas | R\$ | 1.621,72 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | Feriado/Dias úteis noturno | 12 horas | R\$ | 1.707,07 |
| | Feriado/Final de Semana diurno | 12 horas | R\$ | 1.792,42 |
| | Feriado/Final de Semana noturno | 12 horas | R\$ | 1.963,13 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTOR | Não se aplica | Hora | R\$ | 188,50 |
| II) Serviços Médicos Executados nas Demais Unidades de Saúde do Município | | | | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA | Dias úteis diurno | 12 horas | R\$ | 1.247,47 |
| | Dias úteis noturno | 12 horas | R\$ | 1.313,13 |
| | Final de Semana diurno | 12 horas | R\$ | 1.378,79 |
| | Final de Semana noturno | 12 horas | R\$ | 1.510,10 |
| | Feriado/Dias úteis diurno | 12 horas | R\$ | 1.621,72 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA EM UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA | Feriado/Dias úteis noturno | 12 horas | R\$ | 1.707,07 |
| | Feriado/Final de Semana diurno | 12 horas | R\$ | 1.792,42 |
| | Feriado/Final de Semana noturno | 12 horas | R\$ | 1.963,13 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Não se aplica | Hora | R\$ | 123,11 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRIA | Não se aplica | Hora | R\$ | 114,90 |

Tabela 22

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de JUATUBA | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------|---------------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Dias úteis | 12 horas | R\$ 1.181,82 |
| | Final de Semana/Feriado | 12 horas | R\$ 1.323,64 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | Dias úteis | 12 horas | R\$ 1.181,82 |
| | Final de Semana/Feriado | 12 horas | R\$ 1.323,64 |
| | Feriados/Especiais | 12 horas | R\$ 1.985,46 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRIA | Dias úteis | 12 horas | R\$ 1.181,82 |
| | Final de Semana/Feriado | 12 horas | R\$ 1.323,64 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICO GERAL | Não se aplica | Hora | R\$ 164,14 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 59,09 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - OFTALMOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 59,09 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PEQUENAS CIRURGIAS | Não se aplica | Hora | R\$ 131,31 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 59,09 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - NEURO PEDIATRA | Não se aplica | Consulta | R\$ 59,09 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ORTOPEDISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 59,09 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CLÍNICO GERAL | Não se aplica | Consulta | R\$ 59,09 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RADIOLOGISTA | Não se aplica | Laudo | R\$ 59,09 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO REGULADOR | Não se aplica | Hora | R\$ 590,91 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO DO TRABALHO | Não se aplica | Hora | R\$ 216,31 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGIA | Não se aplica | Hora | R\$ 175,96 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ANGIOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 59,09 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PEDIATRA | Não se aplica | Consulta | R\$ 59,09 |
| | Não se aplica | Hora | R\$ 175,96 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ULTRASSONOGRAFIA | Não se aplica | Exame | R\$ 59,09 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ULTRASSOM COM APARELHO DO PROFISSIONAL | Não se aplica | Exame | R\$ 69,09 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PSIQUIATRA | Não se aplica | Consulta | R\$ 59,09 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - NEUROLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 59,09 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - OTORRINOLARINGOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 67,96 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ENDOCRINOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 67,96 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PSIQUIATRA | Não se aplica | Hora | R\$ 175,96 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGISTA | Não se aplica | Hora | R\$ 136,50 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ORTOPEDISTA | Não se aplica | Hora | R\$ 136,50 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CLÍNICO GERAL PARA ATENÇÃO BÁSICA | Não se aplica | Mês | R\$ 14.608,57 |
| Serviços Médicos de Urgência e Emergência / Pronto Atendimento Municipal de Juatuba - CNES 2108828 | | | |
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | Dias úteis diurno | 12 horas | R\$ 1.444,33 |
| | Dias úteis noturno | 12 horas | R\$ 1.509,98 |
| | Final de Semana/Feriado diurno | 12 horas | R\$ 1.575,63 |
| | Final de Semana/Feriado noturno | 12 horas | R\$ 1.575,63 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTOR (DIRETOR CLÍNICO) | Não se aplica | Hora | R\$ 188,50 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTOR (DIRETOR/RESPONSÁVEL TÉCNICO) | Não se aplica | Hora | R\$ 188,50 |

Tabela 23

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de LAGOA DA PRATA | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------|---------------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CONSULTA MÉDICA | Não se aplica | Consulta | R\$ 78,98 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS - PEQUENAS CIRURGIAS | Não se aplica | Procedimento | R\$ 214,50 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA | Não se aplica | Procedimento | R\$ 158,93 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO AMBULATORIAIS - ESCLEROTERAPIA | Não se aplica | Procedimento | R\$ 380,82 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS - PEQUENAS CIRURGIAS UROLOGICAS | Não se aplica | Procedimento | R\$ 438,75 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ELETROENCEFALOGRAMA | Não se aplica | Procedimento | R\$ 86,00 |

*Dias Úteis (07hs00 de segunda-feira às 19hs00 de sexta-feira)

**Final de Semana (19hs01 de sexta-feira às 06hs59 de segunda-feira)

***Feriado (19hs01 do dia anterior às 06hs59 do dia seguinte)

Reveillon, Carnaval, Exposição e Natal o plantão será acrescido de um adicional de 50%

Tabela 24

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de MARIANA | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------|---------------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | SEG A SEX | | R\$ 1.783,78 |
| | FINAIS DE SEMANA | PLANTÃO | R\$ 2.006,76 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SALA VERMELHA | SEG A SEX | | R\$ 2.158,37 |
| | FINAIS DE SEMANA | PLANTÃO | R\$ 2.428,16 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA | SEG A SEX | | R\$ 2.158,37 |
| | FINAIS DE SEMANA | PLANTÃO | R\$ 2.428,16 |

Tabela 25

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de MÁRIO CAMPOS | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------|---------------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA I | Não se aplica | Consulta | R\$ 52,53 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA II | Não se aplica | Consulta | R\$ 65,66 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA III | Não se aplica | Consulta | R\$ 98,48 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PLANTONISTA 1 | Não se aplica | Hora | R\$ 98,48 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PLANTONISTA 2 | Não se aplica | Hora | R\$ 111,62 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PLANTONISTA 3 | Não se aplica | Hora | R\$ 124,75 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESPONSÁVEL TÉCNICO | Não se aplica | Hora | R\$ 196,97 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REGULAÇÃO/AVALIAÇÃO/AUDITORIA E CONTROLE | Não se aplica | Hora | R\$ 157,58 |

| | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------|-----|-----------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REMOÇÃO | Não se aplica | Hora | R\$ | 98,48 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AMBULATORIAL I | Não se aplica | Consulta | R\$ | 52,53 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AMBULATORIAL II | Não se aplica | Consulta | R\$ | 65,66 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AMBULATORIAL III | Não se aplica | Consulta | R\$ | 98,48 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EM SOBREAVISO | Não se aplica | Hora | R\$ | 52,53 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SAÚDE DA FAMÍLIA PARA ATENDIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA | Não se aplica | Mês | R\$ | 15.756,30 |

Tabela 26

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de MARTINHO CAMPOS | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------|---------------|--------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 113,81 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OPTAMOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 80,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PROCTOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 140,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GASTROENTEROLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 120,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO GERAL | Não se aplica | Consulta | R\$ | 110,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGISTA/ OBSTETRA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 102,42 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROPEDIATRA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 227,61 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPEDISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 142,26 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 120,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ENDOCRINOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 140,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 187,79 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MÉDICO DO TRABALHO | Não se aplica | Consulta | R\$ | 55,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OTORRINOLARINGOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 120,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REUMATOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 159,33 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ALERGISTA (AMBULATÓRIO) | Não se aplica | Consulta | R\$ | 103,41 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGISTA (URGÊNCIA) | Não se aplica | Consulta | R\$ | 284,52 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGISTA (AMBULATÓRIO) | Não se aplica | Consulta | R\$ | 120,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HEMATOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 94,95 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MASTOLOGISTA (CAMPANHA) | Não se aplica | Consulta | R\$ | 196,97 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HEPATOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 118,18 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGISTA (URGÊNCIA) | Não se aplica | Consulta | R\$ | 273,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGISTA (AMBULATÓRIO) | Não se aplica | Consulta | R\$ | 142,25 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGISTA (URGÊNCIA) | Não se aplica | Consulta | R\$ | 318,67 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEFROLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 140,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA (URGÊNCIA) | Não se aplica | Consulta | R\$ | 250,38 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PNEUMOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 146,25 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIAS AMBULATORIAIS TIPO I (EXCISÃO DE LESÃO E/ OU SUTURA DE FERIMENTOS DE PELE, INCISÃO E DRENAGEM DE ABSCESSO, EXCÊRESE DE UNHA OU CANTOPLASTIA, BIÓPSIA DE CÂNCER DE PELE, ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÕES SUPERFICIAIS DE PELE) | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 103,51 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIAS AMBULATORIAIS TIPO II (EXCISÃO OU CAUTERIZAÇÃO DE MÍNIMAS/ MINÚSCULAS LESÕES DE PELE) | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 103,51 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIAS AMBULATORIAIS TIPO III (EXCISÃO DE LESÃO E/ OU SUTURA DE FERIMENTOS DE PELE, BIÓPSIA DE CÂNCER DE PELE COM REALIZAÇÃO DE SUTURA DE PLANO INTERNO E EXTERNO) | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 206,99 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSOM GINECOLÓGICO | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 102,42 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSOM COM DISPONIBILIDADE DO APARELHO E IMPRESSORA | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 110,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSOM MORFOLÓGICO COM DISPONIBILIDADE DO APARELHO E IMPRESSORA | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 140,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 150,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ECOCARDIOGRAMA | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 190,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL - MÉDICO DO TRABALHO (VALIDAÇÃO DE ATESTADO MÉDICO) | Não se aplica | Avaliação | R\$ | 172,00 |

Tabela 27

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de MATEUS LEME | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------|---------------|-----------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Dias úteis diurno | Hora | R\$ | 87,54 |
| | Dias úteis noturno | Hora | R\$ | 89,18 |
| | Final de Semana/Feriado | Hora | R\$ | 95,75 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | Feriados Especiais | Hora | R\$ | 196,97 |
| | Dias úteis | Hora | R\$ | 98,48 |
| | Final de Semana/Feriado | Hora | R\$ | 109,42 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA | Feriados Especiais | Hora | R\$ | 164,13 |
| | Dias úteis | Hora | R\$ | 97,62 |
| | Final de Semana/Feriado | Hora | R\$ | 110,42 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA II | Feriados Especiais | Hora | R\$ | 209,23 |
| | Dias úteis | Hora | R\$ | 122,14 |
| | Final de Semana/Feriado | Hora | R\$ | 116,23 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PARA ATENDIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA | Feriados Especiais | Hora | R\$ | 209,23 |
| | Não se aplica | Mês | R\$ | 18.525,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO AMBULATORIAL I - ORTOPEDIA/PNEUMOLOGIA/OTORRINOLAGIRINGOLOGISTA/NEUROLOGIA/MASTOLOGIA/PIEDIATRIA/CLÍNICA MÉDICA/ANGIOLOGIA/CIRURGIA GERAL I/DERMATOLOGIA I/GINECOLOGIA/GASTROENTEROLOGIA/PROCTOLOGIA/UROLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 59,09 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO AMBULATORIAL II- ORTOPEDIA/PNEUMOLOGIA/OTORRINOLAGIRINGOLOGISTA/NEUROLOGIA/MASTOLOGIA/PIEDIATRIA/CLÍNICA MÉDICA/ANGIOLOGIA/CIRURGIA GERAL II/DERMATOLOGIA II/GINECOLOGIA/GASTROENTEROLOGIA/PROCTOLOGIA/UROLOGIA II | Não se aplica | Consulta | R\$ | 73,13 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - VASECTOMIA | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 402,44 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - POSTECTOMIA | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 287,73 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRRAFIA | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 78,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 160,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA/ PUNÇÃO/ EXERCISE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS/ CISTOS CEBACEO/ LIPOMA | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 73,13 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REFERÊNCIA TÉCNICA | Não se aplica | Mês | R\$ | 2.925,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AUDITOR/ REGULADOR MAC | Não se aplica | Mês | R\$ | 7.800,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENÇÃO DOMICILIAR | Não se aplica | Consulta | R\$ | 87,75 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MÉDICO DO TRABALHO | Não se aplica | Mês | R\$ | 12.000,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESCLEROTERAPIA COM APLICAÇÃO DE ESPUMA (INCLUSOS MATERIAIS E MEDICAMENTOS) | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 495,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA COM LAUDO | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 185,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HOLTER 24H | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 165,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - M.A.P.A | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 165,00 |

Tabela 28

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de NOVA ERA | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------|---------------|-----------|
| Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município | | | | |
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SAÚDE DA FAMÍLIA PSF | Não se aplica | Mês | R\$ | 19.605,00 |

Tabela 29

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de NOVA LIMA | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|---------------|----------|
| Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município | | | | |
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Dias úteis diurno | 12 horas | R\$ | 1.609,98 |
| | Dias úteis noturno | 12 horas | R\$ | 1.609,98 |
| | Finals de Semana / Feriados diurno | 12 horas | R\$ | 1.897,48 |
| | Finals de Semana / Feriados noturno | 12 horas | R\$ | 1.897,48 |

| | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|-----|-----------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESPONSÁVEL TÉCNICO | Não se aplica | Hora | R\$ | 196,97 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CIRURGIÃO /GINECOLOGISTA / PEDIATRA / PSIQUIATRA | Não se aplica | Mês | R\$ | 17.070,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CIRURGIÃO /GINECOLOGISTA / PEDIATRA / PSIQUIATRA | Não se aplica | Hora | R\$ | 146,28 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CIRURGIÃO /GINECOLOGISTA / PEDIATRA / PSIQUIATRA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 65,66 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PEDIATRA | Não se aplica | 12 horas | R\$ | 1.575,76 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REGULADOR | Não se aplica | Guia auditada | R\$ | 146,28 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIA GERAL | Não se aplica | Consulta | R\$ | 81,90 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PNEUMOLOGIA ADULTO | Não se aplica | Consulta | R\$ | 93,60 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PNEUMOLOGIA INFANTIL | Não se aplica | Consulta | R\$ | 123,04 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 107,25 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEFROLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 107,25 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ENDOCRINOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 107,25 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 92,63 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REUMATOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 107,25 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 107,25 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 92,63 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OBSTRETA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 107,25 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPIEDIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 85,22 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OTORRINOLARINGOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 107,25 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OPTAMOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 81,90 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 92,63 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GASTROENTEROLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 107,25 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GERIATRIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 117,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MASTOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 195,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SAÚDE DA FAMÍLIA PSF | Não se aplica | Mês | R\$ | 17.355,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGIA | Não se aplica | Mês/20HR | R\$ | 11.389,95 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA | Não se aplica | Mês/20HR | R\$ | 11.389,95 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSIQUIATRA | Não se aplica | Mês | R\$ | 11.389,95 |

Tabela 30

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de ONÇA DE PITANGUI | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------|---------------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Não se aplica | Hora | R\$ 95,75 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | Não se aplica | Hora | R\$ 95,75 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRIA | Não se aplica | Hora | R\$ 95,75 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA | Não se aplica | Hora | R\$ 95,75 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CLÍNICA MÉDICA I | Não se aplica | Mês | R\$ 6.678,75 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CLÍNICA MÉDICA II | Não se aplica | Mês | R\$ 15.757,57 |

Tabela 31

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de OURO BRANCO | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------|---------------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Dias úteis | Plantão | R\$ 1.510,10 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Finals de semana e Feriados | Plantão | R\$ 1.631,66 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - (MÉDICO REGULADOR) | Não se aplica | Mês | R\$ 3.939,39 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - (COORDENADOR) | Não se aplica | Mês | R\$ 5.252,53 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - (MÉDICO HORIZONTAL) | Não se aplica | Mês | R\$ 10.505,05 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AMBULATORIAL | Não se aplica | Período de 5 horas | R\$ 755,05 |

*Dias Úteis (07hs00 de segunda-feira às 19hs00 de sexta-feira)

**Final de Semana (19hs01 de sexta-feira às 06hs59 de segunda-feira) / Feriado (19hs01 do dia anterior às 06hs59 do dia seguinte)

Tabela 32

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde dos Municípios de OURO PRETO | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---------------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA. | Dias úteis - diurno | 12 horas | R\$ 1.577,40 |
| | | Hora | R\$ 131,45 |
| | Dias úteis - noturno | 12 horas | R\$ 1.641,80 |
| | | Hora | R\$ 136,81 |
| | Final de Semana/Feriado - diurno | 12 horas | R\$ 1.770,58 |
| | | Hora | R\$ 147,55 |
| Final de Semana/Feriado - noturno | 12 horas | R\$ 1.834,96 | |
| | Hora | R\$ 152,92 | |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA I | Não se aplica | Hora | R\$ 245,48 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA - HOSPITAL DE CAMPANHA | Dias úteis - diurno | 12 horas | R\$ 1.700,14 |
| | | Dias úteis - noturno | 12 horas |
| | Final de Semana/Feriado - diurno | 12 horas | R\$ 1.951,27 |
| | | Final de Semana/Feriado - noturno | 12 horas |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REGULADOR | Não se aplica | Mês | R\$ 12.187,50 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR TÉCNICO | Não se aplica | Mês | R\$ 16.096,03 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SAÚDE DA FAMÍLIA | 20 Horas Semanais | Mês | R\$ 8.742,56 |

*Dias Úteis (07hs de segunda-feira às 19hs de sexta-feira)

**Final de Semana/Feriado - (19hs de sexta-feira às 07hs de segunda-feira)

***Serviço compreendido com previsão de execução por 120 dias

Tabela 33

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de PARÁ DE MINAS | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------|---------------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Não se aplica | Plantão | R\$ 1.575,75 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HORIZONTAL | Não se aplica | 06 HORAS | R\$ 787,87 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSIQUIATRA | Não se aplica | Plantão | R\$ 1.313,13 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTOR (RESPONSÁVEL TÉCNICO - RAI0 X) | Não se aplica | Plantão | R\$ 1.313,13 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGISTA | Não se aplica | Plantão | R\$ 1.313,13 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGISTA / PRÉ NATAL DE ALTO RISCO | Não se aplica | Consulta | R\$ 65,66 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CLÍNICO GERAL/ NA ATENÇÃO PRIMÁRIA | NÃO se aplica | Plantão | R\$ 1.313,13 |
| | | Consulta | R\$ 32,83 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO | NÃO se aplica | Consulta | R\$ 94,94 |
| | | Plantão | R\$ 1.313,13 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPIEDIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 56,35 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSIQUIATRA | Não se aplica | Consulta | R\$ 47,78 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 65,66 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 26,33 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ACUPUNTURISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 78,79 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OPTAMOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 46,80 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CIRURGIÃO GERAL | Não se aplica | Consulta | R\$ 52,52 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PROCTOLOGISTA/OTORRINOLARINGOLOGISTA/PNEUMOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 64,35 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REUMATOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 75,90 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOLOGIA | NÃO se aplica | Consulta | R\$ 64,35 |
| | | Procedimento | R\$ 394,97 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OBSTETRA | Não se aplica | Consulta | R\$ 37,05 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ENDOCRINOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 65,66 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 65,66 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 45,96 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEFROLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 65,66 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HEMATOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 94,95 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 49,25 |

| | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------------------|-----|-----------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROCIRURGIÃO | Não se aplica | Consulta | R\$ | 97,26 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GASTROENTEROLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 66,32 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROPEDIATRA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 94,94 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GENERALISTA | Não se aplica | Hora | R\$ | 108,33 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ULTRASSONOGRAFIA | Não se aplica | Consulta / Procedimento | R\$ | 47,73 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RISCO CIRÚRGICO | Não se aplica | Consulta / Procedimento | R\$ | 43,88 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PNEUMOLOGIA ESPIROMETRIA | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 118,18 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ULTRASSONOGRAFISTA - ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 128,69 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOLOGISTA - ESCLEROTERAPIA (MATERIAL DO PROFISSIONAL) | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 512,85 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGISTA - ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 177,27 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGISTA - VASECTOMIA | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 639,50 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGISTA - POSTECTOMIA | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 637,52 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COLANGIOPANCREATOGRAFIA CPRE | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 6.695,99 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTA PRÉ-OPERATORIA, CIRURGIA DE HISTERECTOMIA E CONSULTA PÓS-OPERATÓRIA | Não se aplica | Pacote | R\$ | 656,57 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTA PRÉ-OPERATORIA, CIRURGIA DE LAQUEADURA E CONSULTA PÓS-OPERATÓRIA | Não se aplica | Pacote | R\$ | 656,57 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTA PRÉ-OPERATORIA, CIRURGIA DE CURETAGEM E CONSULTA PÓS-OPERATÓRIA | Não se aplica | Pacote | R\$ | 656,57 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR CLÍNICO | Não se aplica | Mês | R\$ | 3.939,39 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR TÉCNICO | Não se aplica | Mês | R\$ | 9.191,92 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESPONSÁVEL TÉCNICO | Não se aplica | Mês | R\$ | 15.000,00 |

Tabela 34

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de PASSA TEMPO | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------|---------------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA | Não se aplica | Consulta | R\$ 68,32 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSQUIATRA | Não se aplica | Consulta | R\$ 120,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGIA/OBSTETRICIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 94,27 |

Tabela 35

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de PEDRO LEOPOLDO | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| I) Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município | | | |
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICA MÉDICA/PEDIATRIA/ ORTOPEDIA, CIRURGIA GERAL / RADIOLOGIA/ ANESTESIOLOGIA ¹ | Dias úteis diurno/ noturno | Hora | R\$ 128,33 |
| | | Plantão 6h | R\$ 770,00 |
| | | Plantão 8h | R\$ 1.026,67 |
| | | Plantão 12h | R\$ 1.540,00 |
| | Finais de Semana e Feriados diurno/noturno | Hora | R\$ 134,17 |
| | | Plantão 6h | R\$ 805,00 |
| | | Plantão 8h | R\$ 1.073,33 |
| | | Plantão 12h | R\$ 1.610,00 |
| | Feriados Especiais diurno/noturno | Hora | R\$ 193,33 |
| | | Plantão 6h | R\$ 1.160,00 |
| | | Plantão 8h | R\$ 1.546,67 |
| | | Plantão 12h | R\$ 2.320,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR TÉCNICO | Não se Aplica | Mês | R\$ 6.696,97 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MÉDICO HORIZONTAL | Não se Aplica | Mês | R\$ 13.131,31 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSQUIATRA e PSQUIATRA INFANTIL | Dias úteis diurno | Hora | R\$ 128,95 |
| | | Plantão 6h | R\$ 773,72 |
| | | Plantão 8h | R\$ 1.031,64 |
| | | Plantão 10h | R\$ 1.289,54 |
| | | Plantão 12h | R\$ 1.547,44 |
| | | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGIA/ENDOCRINOLOGIA/ NEUROLOGIA/ORTOPEDIA | Dias úteis diurno |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MÉDICO REGULADOR | Não se Aplica | Hora | R\$ 107,46 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGIA/ORTOPEDIA /OFTALMOLOGIA/CIRURGIA GERAL/ CLÍNICA MÉDICA. | Dias úteis diurno | Consulta | R\$ 65,66 |

¹ - Teto de 12 plantões mensais

*Dias úteis diurnos (Segunda-feira a sexta no período das 07hs00min às 19hs00min)

* Dias úteis noturnos (Segunda-feira a sexta no período das 19hs00min às 07hs00min);

** Finais de semana e feriados diurnos (Sábado e domingo no período das 07hs00min às 19hs00min);

*Finais de semana e feriados noturnos (Sábado e domingo no período das 19hs00min às 07hs00min);

**Feriados Especiais Diurnos (Carnaval, Natal e Réveillon de das 07hs00min às 19hs00min);

***Feriados Especiais Noturnos (Carnaval, Natal e Réveillon de das 19hs00min às 07hs00min);

Tabela 36

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de PIEDADE GERAIS | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------|---------------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Não se aplica | Hora | R\$ 79,87 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | Não se aplica | Hora | R\$ 120,37 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DATAS EXCEPCIONAIS(FESTIVIDADES, GRANDES FERIADOS, ENTRE OUTROS) | Não se aplica | Hora | R\$ 159,76 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PSQUIATRA | Não se aplica | Consulta | R\$ 39,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 39,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - UROLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 39,00 |

Tabela 37

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de PIRACEMA | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------|---------------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Não se aplica | Hora | R\$ 117,81 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | Não se aplica | Hora | R\$ 117,81 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA | Não se aplica | Hora | R\$ 117,81 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 85,35 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA | Não se aplica | Hora | R\$ 117,81 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Não se aplica | Mês | R\$ 17.069,98 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - FERIADOS ESPECIAIS | Feriados Especiais | Plantão | R\$ 1.950,00 |

Tabela 38

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de PITANGUI | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------|---------------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Não se aplica | Hora | R\$ 110,64 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA | Não se aplica | Hora | R\$ 109,42 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HEMATOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 117,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GASTROENTEROLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 117,00 |

Tabela 39

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de RIO ACIMA | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------|---------------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GERIATRIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 78,78 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 78,78 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGISTA ADULTO | Não se aplica | Consulta | R\$ 78,78 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OTORRINOLARINGOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 78,78 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 105,30 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPEDIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 61,05 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGIA INFANTIL | Não se aplica | Consulta | R\$ 78,78 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 105,30 |

| | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|-----|--------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 105,30 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ENDOCRINOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 126,75 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GASTROENTEROLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 117,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEFROLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 126,75 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PNEUMOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 117,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REUMATOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 126,75 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PROCTOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 126,75 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 78,79 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO GERAL | Não se aplica | Consulta | R\$ | 87,75 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HEMATOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ | 128,70 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA (ENGOVAGINAL, OBSTÉTRICO SIMPLES, ABDOMINAL TOTAL E PAREDE ABDOMINAL, BOLSA ESCROTAL, ARTICULAÇÃO), PARTES MOLES, RINS E VIAS URINÁRIAS, TIREÓIDE, CERVICAL, MAMAS, AXILAS, PRÓSTATA TRANSRETAL E ABDOMINAL, REGIÃO INGUINAL) | Não se aplica | PROCEDIMENTO | R\$ | 79,58 |

Tabela 40

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de RIO MANSO | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------|---------------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Dias Normais | 12 horas | R\$ 1.218,75 |
| | Datas Excepcionais | 12 horas | R\$ 1.852,50 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | Não se aplica | 12 horas | R\$ 975,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRIA | Não se aplica | 12 horas | R\$ 1.654,55 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGIA/OBSTETRICIA | Não se aplica | Hora | R\$ 129,68 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPIEDIA | Não se aplica | Hora | R\$ 156,98 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGIA | Não se aplica | Hora | R\$ 117,98 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGIA | Não se aplica | Hora | R\$ 117,98 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRIA | Não se aplica | Hora | R\$ 117,98 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGIA | Não se aplica | Hora | R\$ 117,98 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGIA | Não se aplica | Hora | R\$ 117,98 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA | Não se aplica | Hora | R\$ 66,30 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA | Não se aplica | 12 horas | R\$ 1.218,75 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICO GERAL | Não se aplica | Hora | R\$ 56,55 |

Tabela 41

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de SÃO GONÇALO DO PARÁ | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------|---------------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Diurno | 12 horas | R\$ 1.721,02 |
| | Noturno | 12 horas | R\$ 2.126,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPEDISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 78,79 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGISTA | Não se aplica | Consulta | R\$ 78,79 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSIQUIATRA | Não se aplica | Consulta | R\$ 78,79 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO GERAL | Não se aplica | Consulta | R\$ 78,79 |

Tabela 42

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de SÃO JOAQUIM DE BICAS | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------|---------------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Dias úteis diurno | 12 horas | R\$ 1.378,79 |
| | Dias úteis noturno | 12 horas | R\$ 1.510,10 |
| | Final de Semana/Feriado | 12 horas | R\$ 1.510,10 |
| | Feriados Especiais | Hora | R\$ 165,80 |
| | Feriados Especiais | 12 horas | R\$ 1.989,59 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DESLOCAMENTO DE PACIENTES PARA OUTRAS UNIDADES | Não se aplica | Hora | R\$ 105,05 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA I | Não se aplica | Hora | R\$ 131,31 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA II | Não se aplica | Hora | R\$ 262,63 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA III | Não se aplica | Hora | R\$ 361,11 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA IV | Não se aplica | Hora | R\$ 328,28 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REFERÊNCIA TÉCNICA (REGULAÇÃO MÉDICA TFD) | Não se aplica | Hora | R\$ 131,31 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REFERÊNCIA TÉCNICA (COORDENAÇÃO DE GINECOLOGIA) | Não se aplica | Hora | R\$ 131,31 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REFERÊNCIA TÉCNICA (URGÊNCIA E EMERGÊNCIA) | Não se aplica | Hora | R\$ 262,63 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SAÚDE DA FAMÍLIA/PSF | Não se aplica | Mês | R\$ 17.725,84 |

Tabela 43

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de SÃO SEBASTIÃO DO OESTE | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------|---------------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Diurno | 12 horas | R\$ 1.969,70 |
| | Noturno | 12 horas | R\$ 1.969,70 |
| | Feriados Especiais diurno | 12 horas | R\$ 2.068,18 |
| | Feriados Especiais noturno | 12 horas | R\$ 2.166,66 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - (RESPONSÁVEL TÉCNICO) | Não se aplica | Hora | R\$ 196,97 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ULTRASSONOGRAFIA | Não se aplica | Procedimento | R\$ 78,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CIRURGIÃO | Não se aplica | Consulta | R\$ 65,66 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - GINECOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 88,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PEDIATRIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 112,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PSIQUIATRA | Não se aplica | Consulta | R\$ 83,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGIA | Não se aplica | Consulta | R\$ 75,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PEDIATRA | Não se aplica | 12 horas | R\$ 1.575,76 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - REGULADOR | Não se aplica | Guia auditada | R\$ 21,01 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CLÍNICA MÉDICA | Não se aplica | Mês | R\$ 20.000,00 |

Tabela 44

| Valores dos Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de SARZEDO | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------|---------------|
| Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTOR | Não se aplica | Hora | R\$ 188,50 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA I (ORTOPEDISTA, ANGIOLOGISTA, CIRURGIA GERAL, GINECOLOGISTA/OBSTETRICIA, UROLOGISTA, ENDOCRINOLOGISTA, DERMATOLOGISTA E PEDIATRA) | Não se aplica | Consulta | R\$ 65,66 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA II (NEUROLOGISTA, PNEUMOLOGISTA, GINECOLOGISTA/PROCEDÊNCIA DO COLO, OTORRINOLARINGOLOGISTA, ACUPUNTURISTA, PSIQUIATRA, CARDIOLOGISTA E OFTALMOLOGISTA) | Não se aplica | Consulta | R\$ 78,79 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA III (NEUROCIURGIÃO) | Não se aplica | Consulta | R\$ 118,18 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA IV (NEFROLOGISTA E REUMATOLOGISTA) | Não se aplica | Consulta | R\$ 148,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Não se aplica | Plantão | R\$ 1.313,13 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - (REGULADOR E RISCO CIRÚRGICO) | Não se aplica | Mês | R\$ 5.252,53 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - (MEDICINA DO TRABALHO) | Não se aplica | 04 Horas | R\$ 787,82 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - (PLANTONISTA HORIZONTAL) | Não se aplica | 06 Horas | R\$ 656,57 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PARA ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (UPA 24 HORAS) | Não se aplica | Plantão | R\$ 1.642,07 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PARA REALIZAÇÃO DE PEQUENAS CIRURGIAS | Não se aplica | 04 Horas | R\$ 1.050,50 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PARA PROCEDIMENTO DE VASECTOMIA | Não se aplica | Procedimento | R\$ 402,43 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PARA PROCEDIMENTO DE POSTECTOMIA | Não se aplica | Procedimento | R\$ 287,73 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PARA PROCEDIMENTO DE ESCLEROTERAPIA | Não se aplica | Procedimento | R\$ 525,25 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICO GERAL | Não se aplica | Hora | R\$ 131,31 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGIA ATENDIMENTO DE URGÊNCIA | Não se aplica | 4 Horas | R\$ 1.077,44 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM INSUMOS E EQUIPAMENTO | Não se aplica | Procedimento | R\$ 180,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN VENOSO MEMBROS INFERIORES C/ EQUIPAMENTO | Não se aplica | Procedimento | R\$ 98,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN VENOSO MEMBROS SUPERIORES C/ EQUIPAMENTO | Não se aplica | Procedimento | R\$ 98,00 |

| | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|-----|--------|
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN ARTERIAL MEMBROS INFERIORES C/ EQUIPAMENTO | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 98,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN ARTERIAL MEMBROS SUPERIORES C/ EQUIPAMENTO | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 98,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN DE ÁRTERIAS CARÓTIDAS C/ EQUIPAMENTO | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 98,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSON TRANSVAGINAL COM DOPPLER | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 143,36 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSON PARTES MOLES COM DOPPLER | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 143,36 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSON TESTÍCULOS COM DOPPLER | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 143,36 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSON TIREÓIDE COM DOPPLER | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 143,36 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSON CERVICAL COM DOPPLER | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 143,36 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSON PAREDE ABDOMINAL COM DOPPLER | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 143,36 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSON REGIÃO INGUINAL COM DOPPLER | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 143,36 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSON MORFOLÓGICO GESTACIONAL | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 218,35 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSON OBSTÉTRICO COM DOPPLER | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 50,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSON OBSTÉTRICO PBF (PERFIL BIOFÍSIO FETAL) | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 50,00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFISTA | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 65,66 |