

Atualização na Tabela de Serviços e Procedimentos em Saúde da ICISMEP, realizada em Março de 2023, com publicação em Março de 2023, para vigência a partir da competência de Março de 2023.

## TABELA DE SERVIÇOS DE SAÚDE EXECUTADOS NAS UNIDADES ICISMEP

### Tabela 01 - 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\$ 50,58     |
| 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)                    |               |
| <b>TOTAL DO PACOTE</b>                    |  |               |

| PACOTE BÁSICO DA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA INFANTIL |  |               |
|--|--|---------------|
| CÓDIGO   | DESCRIÇÃO  | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2                                     | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA (QUANTIDADE 1)            | R\$ 60,00     |
| 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 1)  |               |
| 02.11.06.012-7                                     | MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)                    |               |
| SEM CÓDIGO SUS                                     | RETINOSCOPIA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)  |               |
| <b>TOTAL DO PACOTE</b>                             |  |               |

| 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)                    |               |
| <b>TOTAL DO PACOTE</b>                                    |  |               |

| 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\$ 87,00     |
| -   | 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\$ 87,00     |
| -   | ARMAÇÃO PARA ÓCULOS MODELO ADULTO FEMININO E MASCULINO - MATERIAL EM METAL OU ACETATO COM ARO TOTAL, ARO QUADRADO OU REDONDO                                  | R\$ 87,00     |
| -   | ARMAÇÃO PARA ÓCULOS MODELO INFANTIL FEMININO E MASCULINO - MATERIAL EM METAL OU ACETATO COM ARO TOTAL, ARO QUADRADO OU REDONDO                                | R\$ 86,00     |
| -   | LENTES OFTÁLMICAS MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO ÍNDICE DE -10.00 A + 9.50 ESFÉRICO E CILINDRO ATÉ -6.00; CONFORME RECEITUÁRIO MÉDICO                           | R\$ 39,00     |
| -   | LENTES OFTÁLMICAS MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO ÍNDICE DE -8.00 A +6.00 ESFÉRICO E CILINDRO ATÉ -4,00; CONFORME RECEITUÁRIO MÉDICO                             | R\$ 39,00     |
| -   | LENTES 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\$ 45,00     |
| -   | LENTES OFTÁLMICAS MONOFOCAIS VISÃO SIMPLES ANTI-REFLEXO DE PLANO -4.00 A + 4.00 ESFÉRICO, CILINDRO ATÉ -2.00; CONFORME RECEITUÁRIO MÉDICO                     | R\$ 61,00     |
| Tabela 5  | LENTES OFTÁLMICAS MONOFOCAIS VISÃO SIMPLES ANTI REFLEXO DE PLANO -6.00 A +6.00 ESFÉRICO, CILINDRO ATÉ -4.00; CONFORME RECEITUÁRIO MÉDICO                      | R\$ 58,00     |
| -   | LENTES 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\$ 59,00     |
| -   | LENTES 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\$ 74,90     |

| 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)   |               |
| <b>TOTAL DO PACOTE</b> |  |               |

**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 - <b>MONOCULAR</b> (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)                         |               |
| <b>TOTAL DO PACOTE</b> |  |               |

**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) | R\$ 19,46     |
| Tabela 6               | TONOMETRIA (3,37 QUANTIDADE 2)                              |               |
| 02.11.06.002-0         | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1)              |               |
| 03.01.10.001-2         | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)                |               |
| <b>TOTAL DO PACOTE</b> |   |               |

**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)                |               |
| <b>TOTAL DO PACOTE</b> |   |               |

**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 ULTRASSÔNICA - <b>MONOCULAR</b> (R\$ 14,81 QUANTIDADE 2) |               |
| 02.11.06.028-3         | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)    |               |
| 03.01.10.001-2         | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)                         |               |
| <b>TOTAL DO PACOTE</b> |  |               |

**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)                |               |
| <b>TOTAL DO PACOTE</b> |   |               |

**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 CórNEA |   |               |
|-------------------------------------|---|---------------|
| CÓDIGO                              | DESCRIÇÃO   | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2                      | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CórNEA (QUANTIDADE 1)   | R\$ 53,54     |
| 03.01.10.001-2                      | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)  |               |
| 02.11.06.026-7                      | TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CórNEA-CERATOSCOPIA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)                    |               |
| 02.05.02.002-0                      | PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA - <b>MONOCULAR</b> (R\$ 14,81 QUANTIDADE 2) (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) |               |
| TOTAL DO PACOTE                     |   |               |

| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE ESTRABISMO |   |               |
|---|---|---------------|
| CÓDIGO                                  | DESCRIÇÃO   | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2                          | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM ESTRABISMO (QUANTIDADE 1) | R\$ 60,00     |
| 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\$ 50,58     |
| 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\$ 121,00    |
| 02.11.06.012-7                      | MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)                               |               |
| 02.11.06.017-8                      | RETINOGRÁFIA COLORIDA (QUANTIDADE 1)                              |               |
| CISMEP-01                           | TOMOGRÁFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) |               |
| 03.01.10.001-2                      | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)                      |               |
| 02.11.06.018-6                      | RETINOGRÁFIA 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  | ULTRASSONOGRÁFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA ( <b>MONOCULAR</b> ) - ECO B- (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) |               |
| Tabela 12   | TOMOGRÁFIA 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)  |               |
| 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  | TOMOGRÁFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)       |               |
| TOTAL DO PACOTE   |   |               |

| AVALIAÇÃO DE RETINA PÓS INJEÇÃO INTRA-VITREO |   |               |
|--|---|---------------|
| CÓDIGO                                       | DESCRIÇÃO   | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2                               | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM RETINA (QUANTIDADE 1)         | R\$ 85,00     |
| CISMEP-01                                    | TOMOGRÁFIA 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)                      |               |
| TOTAL DO PACOTE                              |   |               |

| EXAMES EM OFTALMOLOGIA |  |               |
|------------------------|--|---------------|
| CÓDIGO                 | DESCRIÇÃO  | VALOR ICISMEP |
| 02.05.02.002-0         | PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA - <b>MONOCULAR</b>                            | R\$ 14,81     |
| 02.05.02.008-9         | ULTRA-SONOGRÁFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA ( <b>MONOCULAR</b> ) - ECO B | R\$ 34,34     |
| Tabela 14              | BIOMETRIA ULTRASSÔNICA <b>MONOCULAR</b> (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 DIÁRIA 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 TRIQUÍASE 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 MIÁSE 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 ENTRÓPIO 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\$ | 1.450,56 |
| 04.05.02.002-3 | CORREÇÃO CIRÚRGICA DO ESTRABISMO (ATÉ 2 MÚSCULOS)                                 | R\$ | 1.019,28 |
| 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   |
| 04.05.04.007-5 | 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 | FAOEMULSIFICAÇÃO 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)                                  | <b>R\$ 154,96</b> |
| 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/REAValiaÇÃO DE GLAUCOMA - OURO PRETO

| CÓDIGO         | DESCRIÇÃO   | VALOR ICISMEP     |
|----------------|---|-------------------|
| 03.01.01.010-2 | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)       | <b>R\$ 164,16</b> |
| 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 | TOMOGRAFIA 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 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   |
| <b>AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE Córnea - OURO PRETO</b>          |  |                      |          |
| <b>CÓDIGO</b>  | <b>DESCRIÇÃO</b>   | <b>VALOR ICISMEP</b> |          |
| 03.01.01.007-2   | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM Córnea (QUANTIDADE 1)                                      | R\$                  | 73,50    |
| 03.01.10.001-2   | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)   |                      |          |
| 02.11.06.026-7   | TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Córnea-CERATOSCOPIA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)               |                      |          |
|  | PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA - MONOCULAR (QUANTIDADE 2) (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)             |                      |          |
|  |  | Hora                 |          |
| <b>AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE ESTRABISMO - OURO PRETO</b>      |  |                      |          |
| <b>Tabela 19</b>   | <b>DESCRIÇÃO</b>   | <b>VALOR ICISMEP</b> |          |
| 03.01.01.007-2   | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM ESTRABISMO (QUANTIDADE 1)                                  | R\$                  | 77,46    |
| 02.11.06.023-2   | TESTE ORTÓPTICO (QUANTIDADE 1)   |                      |          |
| <b>AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE PLÁSTICA OCULAR - OURO PRETO</b> |  |                      |          |
| <b>CÓDIGO</b>  | <b>DESCRIÇÃO</b>   | <b>VALOR ICISMEP</b> |          |
| 03.01.01.007-2   | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM PLÁSTICA OCULAR (QUANTIDADE 1)                             | R\$                  | 61,66    |
| <b>AVALIAÇÃO/DIAGNÓSTICO DE RETINA - OURO PRETO</b>              |  |                      |          |
| <b>CÓDIGO</b>  | <b>DESCRIÇÃO</b>   | <b>VALOR ICISMEP</b> |          |
| 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  |                      |          |
| <b>EXAMES OFTALMOLOGIA - OURO PRETO</b>                          |  |                      |          |
| <b>CÓDIGO</b>  | <b>DESCRIÇÃO</b>   | <b>VALOR ICISMEP</b> |          |
| Tabela 20  | PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA - 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 ULTRASSÔNICA 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 DIÁRIA 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 VISÃO DE CORES  | R\$                  | 6,68     |
| 02.11.06.023-2   | TESTE ORTÓPTICO  | R\$                  | 20,05    |
| 02.11.06.025-9   | TONOMETRIA   | R\$                  | 4,62     |
| <b>CÓDIGO</b>  | <b>DESCRIÇÃO</b>   | <b>VALOR ICISMEP</b> |          |
| 04.05.01.014-1   | SIMBLEFAROPLASTIA - UNILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)   | R\$                  | 46,24    |
| 04.05.01.018-4   | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BLEFAROCALASE - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)                        | R\$                  | 1.173,43 |
| -  | INJEÇÃO INTRA-VITREO COM ANTIBIÓTICO   | R\$                  | 115,61   |
| 04.05.04.019-9   | TRATAMENTO CIRÚRGICO DO XANTELASMA (BPA INDIVIDUALIZADO)                                       | R\$                  | 149,13   |
| 04.05.05.016-0   | INJEÇÃO SUBCONJUNTIVAL/SUBTENONIANA  | R\$                  | 25,43    |
| 04.05.05.036-4   | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO   | R\$                  | 404,62   |
| 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 ENTROPÍO E ECTROPÍO (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 | FACETOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR                 | R\$ | 1.572,25 |
| 04.05.05.010-0 | FACETOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR                 | R\$ | 1.277,46 |
| 04.05.05.011-9 | FAOEMULSIFICAÇÃO 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 | FAOEMULSIFICACAO 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)                      |               |
| <b>TOTAL DO PACOTE</b> |   |               |

## PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS - UNIDADE PARA DE MINAS

| CÓDIGO         | DESCRIÇÃO  | VALOR ICISMEP |
|----------------|--|---------------|
| 04.05.05.037-2 | FAOEMULSIFICACAO 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 anestesiologista
- Serviço hospitalar / ambulatorial (estrutura, equipamentos, instrumental, insumos e recursos humanos)

## OFTALMOLOGIA UNIDADES EXTERNAS - SANTA LUZIA

### 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 | RETINOGRRAFIA 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 - <b>MONOCULAR</b>                       |               |
| 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 | RETINOGRRAFIA 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)  |               |
| DESCRIÇÃO DOS TRATAMENTOS MEDICAMENTOSOS DE GLAUCOMA - SANTA LUZIA                |   |               |
| 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    |
| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CórNEA - SANTA LUZIA                                 |   |               |
| 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 ULTRASSÔNICA - 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 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     |
| 02.11.06.025-9  | 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 CÍLIOS - 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 ( antibiótico )                   | 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 CÔRNEA   | R\$                  | 33,46    |
| 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   |
| <b>PROCEDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H. - SANTA LUZIA</b> |  |                      |          |
| <b>CÓDIGO</b>   | <b>DESCRIÇÃO</b>   | <b>VALOR ICISMEP</b> |          |
| 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 PALBEBRAL ( 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 CÔRNEA                             | 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  | FAOEMULSIFICAÇÃO 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  | FAOEMULSIFICACAO 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)                |               |       |

| <b>CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAVIAÇÃO DE GLAUCOMA - UNIDADES EXTERNAS</b>                                       |   |                      |
|--|---|----------------------|
| <b>CÓDIGO</b>  | <b>DESCRIÇÃO</b>  | <b>VALOR ICISMEP</b> |
| 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 - <b>MONOCULAR</b>   |                      |
| 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)  |                      |
| <b>ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DE GLAUCOMA - UNIDADES EXTERNAS</b>  |   |                      |
| <b>CÓDIGO</b>  | <b>DESCRIÇÃO</b>  | <b>VALOR ICISMEP</b> |
| 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)  |                      |
| <b>DESCRIÇÃO DOS TRATAMENTOS MEDICAMENTOSOS DE GLAUCOMA - UNIDADES EXTERNAS</b>                                  |   |                      |
| <b>CÓDIGO</b>  | <b>DESCRIÇÃO</b>  | <b>VALOR ICISMEP</b> |
| 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           |
| <b>AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CÔRNEA - UNIDADES EXTERNAS</b>   |   |                      |
| <b>CÓDIGO</b>  | <b>DESCRIÇÃO</b>  | <b>VALOR ICISMEP</b> |
| 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 - <b>MONOCULAR</b> (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)                                |                      |
| <b>AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE ESTRABISMO - UNIDADES EXTERNAS</b>   |   |                      |
| <b>CÓDIGO</b>  | <b>DESCRIÇÃO</b>  | <b>VALOR ICISMEP</b> |
| 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)  |                      |
| <b>AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE PLÁSTICA OCULAR - UNIDADES EXTERNAS</b>  |   |                      |
| <b>CÓDIGO</b>  | <b>DESCRIÇÃO</b>  | <b>VALOR ICISMEP</b> |
| 03.01.01.007-2   | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM PLÁSTICA OCULAR (QUANTIDADE 1)  | R\$ 69,36            |
| <b>AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA - UNIDADES EXTERNAS</b>   |   |                      |
| <b>CÓDIGO</b>  | <b>DESCRIÇÃO</b>  | <b>VALOR ICISMEP</b> |
| 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)  |                      |
| <b>AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CIRURGIAS RETINIANAS - AVAL. DEPARTAMENTO DE VITRECTOMIA - UNIDADES EXTERNAS</b> |   |                      |
| <b>CÓDIGO</b>  | <b>DESCRIÇÃO</b>  | <b>VALOR ICISMEP</b> |
| 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   | ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA ( <b>MONOCULAR</b> ) - 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)  |                      |
| 02.11.06.002-0   | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO   |                      |
| 02.11.06.025-9   | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)   |                      |

| <b>AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA - CONTROLE DE VITRECTOMIA - UNIDADES EXTERNAS</b>       |   |                      |
|--|---|----------------------|
| <b>CÓDIGO</b>  | <b>DESCRIÇÃO</b>  | <b>VALOR ICISMEP</b> |
| 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 OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)   |                      |
| <b>AVALIAÇÃO DE RETINA PÓS INJEÇÃO INTRA-VITREO - UNIDADES EXTERNAS</b>                        |   |                      |
| <b>CÓDIGO</b>  | <b>DESCRIÇÃO</b>  | <b>VALOR ICISMEP</b> |
| 03.01.01.007-2   | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM RETINA (QUANTIDADE 1)   | R\$ 138,73           |
| 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)  |                      |
| <b>EXAMES EM OFTALMOLOGIA - UNIDADES EXTERNAS</b>  |   |                      |
| <b>CÓDIGO</b>  | <b>DESCRIÇÃO</b>  | <b>VALOR ICISMEP</b> |
| 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            |
| 02.11.06.015-1   | 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 Córnea (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            |
| <b>PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO AMBULATORIAL - S.A. - UNIDADES EXTERNAS</b> |   |                      |
| <b>CÓDIGO</b>  | <b>DESCRIÇÃO</b>  | <b>VALOR ICISMEP</b> |
| 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 seco (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 Córnea  | 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 Córnea  | 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 CórNEA  | R\$           | 260,97   |
|---|---|---------------|----------|
| 04.05.05.036-4  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO  | R\$           | 330,17   |
| <b>PROCEDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H. - UNIDADES EXTERNAS</b> |   |               |          |
| 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 ENTROPIO E ECTROPIO (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  | RETINOPIEXIA 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  | 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   | 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  | FACETOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR  | R\$           | 998,80   |
| 04.05.05.010-0  | FACETOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR  | R\$           | 858,96   |
| 04.05.05.011-9  | FACOEMULSIFICAÇÃO 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  | FACOEMULSIFICACAO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL                                   | R\$           | 998,80   |
| <b>PROCEDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS ESPECIAIS - UNIDADES EXTERNAS</b>   |   |               |          |
| 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 - REFRATIVA A LASER BINOCULAR   | R\$           | 1.849,71 |
| Tabela 39   | CIRURGIA DE PRK - REFRATIVA A LASER MONOCULAR   | R\$           | 1.098,27 |
| CISMEP-51   | AVALIACAO DE CIRURGIA REFRATIVA 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  | EXCISÃO EM CUNHA DE LÁBIO (BPA INDIVIDUALIZADO)                     | R\$ 61,00     |

| PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H. |   |               |
|---|---|---------------|
| 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  |
| 04.04.01.010-5  | ESTAPEDECTOMIA  | R\$ 2.366,91  |
| 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    |

| EXAMES EM OTORRINOLARINGOLOGIA - OURO PRETO |   |               |
|---|---|---------------|
| CÓDIGO                                      | DESCRIÇÃO                                   | VALOR ICISMEP |
| 02.09.04.002-5                              | LARINGOSCOPIA                               | R\$ 79,76     |
| 02.09.04.004-1                              | VIDEOLARINGOSCOPIA (FIBRONASOLARINGOSCOPIA) | R\$ 113,10    |

## 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\$ 49,25     |

| 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\$ 72,25     |

| 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     |

| FONOAUDIOLOGIA - OURO PRETO |                                     |               |
|-----------------------------|-------------------------------------|---------------|
| CÓDIGO                      | DESCRIÇÃO                           | VALOR ICISMEP |
| 02.11.07.004-1              | AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL (PACOTE)  | R\$ 63,84     |
| 02.11.07.035-1              | TESTES VESTIBULARES/OTONEUROLÓGICOS | R\$ 82,87     |

## 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 (CONSULTA PRÉ- COLONOSCOPIA) | R\$ 46,00     |

| PROCEDIMENTOS - SERVIÇO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL - SA/SH |  |               |
|--|--|---------------|
| CÓDIGO   | DESCRIÇÃO  | VALOR ICISMEP |
| 02.09.01.001-0   | COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETROGRADA (VIA ENDOSCÓPICA)                                       | R\$ 6.799,00  |
| 02.09.01.002-9   | COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA) DIAGNÓSTICA COM ANESTESISTA (COM POLIPECTOMIA SE NECESSÁRIO)     | R\$ 700,00    |
| 02.09.01.002-9   | COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA) SIMPLES (COM POLIPECTOMIA SE NECESSÁRIO)                         | R\$ 450,00    |
| CISMEP-43  | ECOENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA  | R\$ 2.250,00  |
| CISMEP-44  | ECOENDOSCOPIA TERAPEUTICA  | R\$ 4.375,00  |
| 02.09.01.003-7   | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (ENDOSCOPIA)  | R\$ 163,00    |
| 02.09.01.003-7   | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (ENDOSCOPIA) COM ANESTESISTA                                    | R\$ 303,41    |
| 02.09.01.003-7   | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (ENDOSCOPIA) COM ANESTESISTA COM PASSAGEM DE SONDA NASOENTÉRICA | R\$ 403,45    |
| 02.09.01.003-7   | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (ENDOSCOPIA) DIAGNÓSTICA PEDIÁTRICA COM ANESTESISTA             | R\$ 1.318,35  |
| 03.03.07.005-6   | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO ESÓFAGO/ESTÔMAGO/DUODENO                                     | R\$ 84,80     |
| 04.07.01.025-4   | RETIRADA DE PÓLIPO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA OU COLONOSCOPIA                        | R\$ 42,40     |
| 02.09.01.005-3   | RETOSSIGMÓIDOSCOPIA  | R\$ 84,80     |
| CISMEP   | TATUAGEM POR COLONOSCOPIA  | R\$ 713,56    |
| 04.07.01.031-9   | TRATAMENTO ESCLEROSANTE/LIGADURA ELÁSTICA DE LESÃO HEMORRÁGICA DO APARELHO DIGESTIVO ALTO  | R\$ 636,00    |

| 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 |
|----------------|---|---------------|
| 04.06.02.009-4 | DISSECÇÃO DE VEIA/ARTÉRIA   | R\$ 15,16     |
| 04.06.02.013-2 | EXCISAO E SUTURA DE HEMANGIOMA  | R\$ 98,53     |
| 04.06.02.014-0 | EXCISAO E SUTURA DE LINFANGIOMA / NEVUS   | R\$ 98,53     |
| 03.09.07.001-5 | TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL) | R\$ 208,21    |

\* 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    |

### ANGIOLOGIA - OURO PRETO

#### PROCEDIMENTOS - SERVIÇO AMBULATORIAL - AS

| CÓDIGO         | DESCRIÇÃO   | VALOR ICISMEP |
|----------------|---|---------------|
| 03.09.07.001-5 | TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL) | R\$ 294,12    |

### ANGIOLOGIA UNIDADES EXTERNAS

#### PROCEDIMENTOS - SERVIÇO AMBULATORIAL - AS

| CÓDIGO         | DESCRIÇÃO   | VALOR ICISMEP |
|----------------|---|---------------|
| 03.09.07.001-5 | AVALIACAO TRATAMENTO ESCLEROSANTE + TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL) | R\$ 577,20    |

## TABELA 06 - ULTRASSONOGRRAFIA

### EXAMES

| CÓDIGO         | DESCRIÇÃO   | VALOR ICISMEP |
|----------------|---|---------------|
| 02.01.01.041-0 | BIOPSIA DE PROSTATA   | R\$ 531,95    |
| 02.01.01.047-0 | BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE - PAAF  | R\$ 144,07    |
| 02.01.01.058-5 | PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA   | R\$ 144,07    |
| 02.01.01.060-7 | PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA GROSSA   | R\$ 284,38    |
| 02.05.01.004-0 | ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 03 VASOS) = DUPLEX SCAN DE MEMBRO INFERIOR, MEMBRO SUPERIOR, DE CARÓTIDAS E ARTÉRIAS VERTEBRAIS. | R\$ 114,29    |
| 02.05.01.005-9 | ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO   | R\$ 50,00     |
| 02.05.02.003-8 | ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)   | R\$ 40,00     |
| 02.05.02.004-6 | ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL  | R\$ 70,00     |
| 02.05.02.005-4 | ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO  | R\$ 55,00     |
| 02.05.02.006-2 | ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO (UMA ARTICULAÇÃO / UNILATERAL)   | R\$ 60,00     |
| 02.05.02.007-0 | ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL)   | R\$ 40,00     |
| 02.05.02.009-7 | ULTRASSONOGRRAFIA MAMÁRIA BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)   | R\$ 70,00     |
| 02.05.02.010-0 | ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL) (PÉLVICA MASCULINA)   | R\$ 50,00     |
| 02.05.02.011-9 | ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)  | R\$ 34,00     |
| 02.05.02.012-7 | ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREÓIDE   | R\$ 50,00     |
| 02.05.02.014-3 | ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA (VIA ABDOMINAL OU VIA TRANSVAGINAL)  | R\$ 50,00     |
| 02.05.02.015-1 | ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO   | R\$ 74,80     |
| 02.05.02.016-0 | ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA) (PÉLVICA FEMININA)   | R\$ 50,00     |
| 02.05.02.017-8 | ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA  | R\$ 50,00     |
| 02.05.02.018-6 | ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL (ENDOVAGINAL)  | R\$ 60,00     |
| CISMEP-07      | ULTRASSONOGRRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL   | R\$ 50,00     |
| CISMEP-16      | ULTRASSONOGRRAFIA TRANSLUCÊNCIA NUCAL   | R\$ 72,00     |
| CISMEP-23      | ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLÓGICA   | R\$ 218,35    |
| CISMEP-25      | ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREÓIDE + DOPPLER   | R\$ 143,35    |
| CISMEP-26      | ULTRASSONOGRRAFIA 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 | ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL (ENDOVAGINAL)                    | R\$ 65,73 |
| 02.05.02.006-2 | ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO (UMA ARTICULAÇÃO / UNILATERAL) | R\$ 65,73 |
| 02.05.02.005-4 | ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO                          | R\$ 65,73 |

### ULTRASSONOGRAFIA UNIDADES EXTERNAS

| CÓDIGO                       | DESCRIÇÃO  | VALOR ICISMEP |
|------------------------------|--|---------------|
| 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\$ 130,00    |
| ULTRASSONOGRAFIA - NOVA LIMA |  |               |
| CÓDIGO                       | DESCRIÇÃO  | VALOR ICISMEP |
| 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\$ 142,97    |
| 02.05.02.003-8               | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)   | R\$ 79,43     |
| 02.05.02.004-6               | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL  | R\$ 90,41     |
| 02.05.02.005-4               | ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO  | R\$ 79,43     |
| 02.05.02.006-2               | ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO (UMA ARTICULAÇÃO / UNILATERAL)   | R\$ 79,43     |
| 02.05.02.007-0               | ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL)   | R\$ 79,43     |
| 02.05.02.009-7               | ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)   | R\$ 100,46    |
| 02.05.02.010-0               | ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL) (PÉLVICA MASCULINA)   | R\$ 79,43     |
| 02.05.02.012-7               | ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE   | R\$ 79,43     |
| 02.05.02.014-3               | ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA (VIA ABDOMINAL OU VIA TRANSVAGINAL)  | R\$ 79,43     |
| 02.05.02.015-1               | ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO   | R\$ 114,90    |
| 02.05.02.016-0               | ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA) (PÉLVICA FEMININA)   | R\$ 79,43     |
| 02.05.02.017-8               | ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA  | R\$ 95,31     |
| 02.05.02.018-6               | ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL (ENDOAVAGINAL)   | R\$ 79,43     |
| CISMEP-07                    | ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL   | R\$ 79,43     |
| CISMEP-16                    | ULTRASSONOGRAFIA TRANSLUCÊNCIA NUCAL   | R\$ 95,31     |
| CISMEP-23                    | ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA   | R\$ 251,05    |
| CISMEP-25                    | ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE + DOPPLER   | R\$ 152,24    |
| CISMEP-26                    | ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL) + DOPPLER   | R\$ 152,24    |

### TABELA 07 - CARDIOLOGIA

| 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 08 - CIRURGIA GERAL

| CONSULTA EM CIRURGIA GERAL |   |               |
|----------------------------|---|---------------|
| CÓDIGO                     | DESCRIÇÃO   | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2             | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CIRURGIA GERAL) | R\$ 59,94     |

| 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         |
| <b>TOTAL DO PACOTE</b>   |   | <b>R\$ 109,00</b> |

| 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 RECIDIVANTE                          | 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 09 - PROCTOLOGIA

| CONSULTA EM CIRURGIA GERAL |  |               |
|----------------------------|--|---------------|
| CÓDIGO                     | DESCRIÇÃO  | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2             | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (PROCTOLOGIA) | R\$ 59,94     |

## TABELA 10 - UROLOGIA

| CONSULTA EM CIRURGIA GERAL |   |               |
|----------------------------|---|---------------|
| CÓDIGO                     | DESCRIÇÃO   | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2             | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (UROLOGIA) | R\$ 59,94     |

## TABELA 11 - GINECOLOGIA

| CONSULTA EM CIRURGIA GERAL |  |               |
|----------------------------|--|---------------|
| CÓDIGO                     | DESCRIÇÃO  | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2             | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (GINECOLOGIA) | R\$ 59,94     |

## TABELA 12 - 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  |   |               |

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

## TABELA 13 - CABEÇA E PESCOÇO

| CONSULTA EM CABEÇA E PESCOÇO |   |               |
|------------------------------|---|---------------|
| CÓDIGO                       | DESCRIÇÃO   | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2               | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CABEÇA E PESCOÇO) | R\$ 94,94     |
| TOTAL DO PACOTE              |   |               |

## TABELA 14 - 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\$ 69,65     |

## TABELA 15 - DERMATOLOGIA

| CONSULTA EM DERMATOLOGIA |   |               |
|--------------------------|---|---------------|
| CÓDIGO                   | DESCRIÇÃO   | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2           | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (DERMATOLOGIA) | R\$ 56,00     |
| 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 | BIOPSIA 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 | EXCIÇÃO 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 16 - 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 17 - 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 18 - TOMOGRAFIAS**

| PROCEDIMENTOS TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEM CONTRASTE - UNIDADE ICISMEP |   |               |
|--|---|---------------|
| CÓDIGO   | DESCRIÇÃO   | VALOR ICISMEP |
| 02.06.01.001-0   | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL   | R\$ 105,81    |
| 02.06.01.002-8   | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA  | R\$ 123,30    |
| 02.06.01.003-6   | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA   | R\$ 105,81    |
| 02.06.01.004-4   | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE/ SEIOS DA FACE/ ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES            | R\$ 105,80    |
| 02.06.01.005-2   | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO   | R\$ 105,80    |
| 02.06.01.006-0   | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TÚRCICA  | R\$ 118,84    |
| 02.06.01.007-9   | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO  | R\$ 140,09    |
| SEM CÓDIGO SUS   | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MASTÓIDES/ OUVIDOS   | R\$ 105,80    |
| 02.06.02.001-5   | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR                                   | R\$ 105,80    |
| 02.06.02.002-3   | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA E PÉ) | R\$ 105,80    |
| 02.06.02.003-1   | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX   | R\$ 166,37    |
| 02.06.02.004-0   | TOMOGRAFIA DE HEMITORAX/ MEDIASTINO (POR PLANO)   | R\$ 166,37    |
| SEM CÓDIGO SUS   | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES (ESTERNO/ CLAVÍCULA/ OMBRO/ COTOVELO)                | R\$ 113,29    |
| 02.06.03.001-0   | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR  | R\$ 169,07    |
| 02.06.03.002-9   | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR                                   | R\$ 105,80    |
| 02.06.03.003-7   | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR                                  | R\$ 254,45    |
| SEM CÓDIGO SUS   | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN TOTAL   | R\$ 423,52    |

**PROCEDIMENTOS TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - UNIDADES EXTERNAS**

| 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 19 - 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 20 - 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 SANGUÍNEO (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 SANGUÍNEO 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 (VENTRICULOGRAFIA)        | 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 21 - 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\$ 61,65     |
| CISMEP-18  | SERVIÇOS DE ANÁLISE DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICOS OU CITOLÓGICOS DE FRAGMENTOS RETIRADOS NA PUNÇÃO DE MAMA          | R\$ 53,10     |
| CISMEP-19  | SERVIÇOS DE ANÁLISE DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICOS DE FRAGMENTOS RETIRADOS NA PUNÇÃO DE PRÓSTATA                     | R\$ 61,65     |
| CISMEP-20  | SERVIÇOS DE ANÁLISE DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICOS DE FRAGMENTOS RETIRADOS PUNÇÃO DE TIREÓIDE                        | R\$ 51,52     |

## TABELA 22 - 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 23 - 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 24 - TELEMEDICINA

| SERVIÇOS DE TELEMEDICINA |  |               |
|--------------------------|--|---------------|
| CÓDIGO                   | DESCRIÇÃO  | VALOR ICISMEP |
| CISMEP-36                | TELE-INTERCONSULTA EM MULTIESPECIALIDADES 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 25 - 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 26 - CIRURGIAS EM PRESTADORES EXTERNOS

| CIRURGIA ORTOPÉDICA |   |               |
|---------------------|---|---------------|
| CÓDIGO              | DESCRIÇÃO   | VALOR ICISMEP |
| 04.08.04.004-1      | 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 CIRURGICO 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        | OOFORECTOMIA/OOFOROPLASTIA                             | R\$ 1.884,14  |
| 09.09.06.004-6        | CURETAGEM SEMIÓTICA C/ OU S/ DILATAÇÃO DO COLO UTERINO | R\$ 880,40    |

| 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 PRÓSTATA (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  |

| CIRURGIA CARDIOLÓGICA |   |               |
|-----------------------|---|---------------|
| CÓDIGO                | DESCRIÇÃO   | VALOR ICISMEP |
| 04.06.03.002-2        | ANGIOPLASTIA CORONARIANA C/ IMPLANTE DE DOIS STENTS (PACOTE)<br>Incluindo os seguintes materiais: 01 Diária de CTI ou Enfermaria; Honorários médicos CTI; Stents; Balão Intraporto; Fio Guia; Introduzidor; Cateter Guia; Seringa Insufladora; Taxa de Sala Hemodinâmica; Honorários Médicos Hemodinâmica | R\$ 11.776,47 |
| 04.06.03.005-7        | ANGIOPLASTIA PERIFERICA C/ IMPLANTE DE DOIS STENTS (PACOTE)<br>Incluindo os seguintes materiais: 01 Diária de CTI ou Enfermaria; Honorários médicos CTI; Stents; Balão Intraporto; Fio Guia; Introduzidor; Cateter Guia; Seringa Insufladora; Taxa de Sala Hemodinâmica; Honorários Médicos Hemodinâmica  | R\$ 14.058,82 |

| 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 PRIMÁRIA DO JOELHO                                       | 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    |
|   | COMPONENTE PATELAR   | R\$ 240,67    |
| RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)        | CIMENTO ORTOPÉDICO   | R\$ 98,14     |
|   | LAMINA SERRA   | R\$ 324,00    |
|   | LAMINA DE SHAVER   | R\$ 680,40    |
| RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR)       | EQUIPO C/ SENSOR   | R\$ 563,76    |
|   | PARAFUSO DE INTERFERENCIA EM TITANIO                       | R\$ 787,79    |
|   | LAMINA DE SHAVER   | R\$ 680,40    |
| REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTO DESCOMPRESSIVOS)  | 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 |
| INSTALACAO ENDOSCÓPICA DE CATETER DUPLO J | CATETER DUPLO J | R\$ 396,00    |
| RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE                  | ALÇA DE RTU     | R\$ 396,00    |

|  |  |                      |          |
|--|--|----------------------|----------|
| URETEROLITOTRIPSIA PROSTATICA (RTU)  | 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   |
|  | FIBRA LASER                                | R\$                  | 3.100,00 |
| NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA  | 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   |
| <b>OPME CIRURGIA GERAL</b>   |  |                      |          |
| <b>CIRURGIA</b>  | <b>OPME</b>                                | <b>VALOR ICISMEP</b> |          |
| HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)   | TELA DE MARLEX M (15cm X 15cm)             | R\$                  | 475,00   |
|  | TELA DE MARLEX P (7,5cm X 7,5cm)           | R\$                  | 416,00   |
| HERNIOPLASTIA INGUINAL/CRURAL  | TELA DE MARLEX M (15cm X 15cm)             | R\$                  | 475,00   |
|  | TELA DE MARLEX P (7,5cm X 7,5cm)           | R\$                  | 416,00   |
| <b>OPME CIRURGIA CARDIOLÓGICA</b>  |  |                      |          |
| <b>CIRURGIA</b>  | <b>OPME</b>                                | <b>VALOR ICISMEP</b> |          |
| ANGIOPLASTIAS  | STENT PARA ARTÉRIA PERIFÉRICA OU CORONARIA | R\$                  | 2.339,84 |
| <b>OUTROS SERVIÇOS RELACIONADOS ÀS CIRURGIAS</b>   |  |                      |          |
| CONSULTA MÉDICA PARA AVALIAÇÕES CIRURGICAS   |  | R\$                  | 90,00    |
| CURATIVO ESPECIAL (SEM HIDROCOLOIDE - MAIOR EXTENSÃO)  |  | R\$                  | 85,80    |
| CURATIVO SIMPLES   |  | R\$                  | 65,95    |
| LEITO DE CTI (DIÁRIA)  |  | R\$                  | 1.800,00 |
| * Serviço exclusivo para pacientes que necessitarem de suporte emergencial ao realizarem procedimentos em prestadores externos |  |                      |          |

# TABELA DE SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS EM SAÚDE DA ICISMEP (TSPS)

Atualização na Tabela de Serviços e Procedimentos em Saúde da ICISMEP, realizada em Março de 2023, com publicação em Março de 2023, para vigência a partir da competência de Março de 2023.

## TABELA DE SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DOS MUNICÍPIOS

**Tabela 1**

**Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do ICISMEP**

| Código | Descrição  | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--------|--|-----------------|-------------------|---------------|
| 1      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO   | Não se aplica   | Hora              | R\$ 131,63    |
| 2      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | Não se aplica   | Hora              | R\$ 156,00    |
| 3      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRIA                             | Não se aplica   | Hora              | R\$ 175,50    |
| 4      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA                          | Não se aplica   | Hora              | R\$ 146,25    |
| 5      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTOR                             | Não se aplica   | Hora              | R\$ 195,00    |
| 6      | 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 Município de ABAETÉ**

| Código | Descrição   | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--------|---|-----------------|-------------------|---------------|
| 1      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGIA             | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 187,78    |
| 2      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CABEÇA E PESCOÇO     | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 199,16    |
| 3      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ENDOCRINOLOGIA       | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 147,45    |
| 4      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPIEDIA           | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 113,81    |
| 5      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOLOGIA           | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 113,81    |
| 6      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGIA           | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 113,81    |
| 7      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSIQUIATRIA          | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 113,81    |
| 8      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROPIEDIATRA       | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 204,86    |
| 9      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGIA         | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 120,00    |
| 10     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OTORRINOLARINGOLOGIA | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 120,00    |
| 11     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REUMATOLOGIA         | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 159,33    |
| 12     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEFROLOGIA           | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 140,00    |
| 13     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGIA          | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 113,81    |
| 14     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGIA          | Não se aplica   | Mês               | R\$ 9.673,71  |
| 15     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SAÚDE DA FAMÍLIA PSF | Não se aplica   | Mês               | R\$ 24.211,91 |
| 16     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA             | Não se aplica   | Mês               | R\$ 17.071,26 |
| 17     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OBSTETRÍCIA          | Não se aplica   | Mês               | R\$ 17.071,26 |
| 18     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANESTESISTA          | Não se aplica   | Mês               | R\$ 17.071,26 |
| 19     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO GERAL      | Não se aplica   | Mês               | R\$ 14.112,24 |
| 20     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - VASECTOMIA           | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 398,36    |
| 21     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - POSTECTOMIA          | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 398,36    |
| 22     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA     | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 96,74     |
| 23     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICO GERAL        | Não se aplica   | Plantão 12H       | R\$ 1.365,70  |
| 24     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA             | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 147,95    |

**Tabela 3**

**Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de ARCOS**

| Código | Descrição  | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--------|--|-----------------|-------------------|---------------|
| 1      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGISTA (CONSULTAS AMBULATORIAIS E RISCO CIRÚRGICO) | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 113,82    |

**Tabela 4**

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

| Código | Descrição  | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--------|--|-----------------|-------------------|---------------|
| 1      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO DO TRABALHO | Não se aplica   | Mês               | R\$ 5.703,75  |

**Tabela 5**

**Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de BOM DESPACHO**

| Código | Descrição   | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--------|---|-----------------|-------------------|---------------|
| 1      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA   | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 53,63     |
| 2      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSIQUIATRA   | Não se aplica   | Hora              | R\$ 390,00    |
| 3      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSIQUIATRA   | Não se aplica   | Mês/40HR          | R\$ 27.573,53 |
| 4      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA   | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 75,00     |
| 5      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO  | Não se aplica   | 12 horas          | R\$ 1.575,76  |
| 6      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ESCLEROTERAPIA COM APLICAÇÃO DE ESPUMA (INCLUSOS MATERIAIS E MEDICAMENTO) | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 223,24    |
| 7      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REUMATOLOGISTA   | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 99,00     |

**Tabela 6**

**Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de BONFIM**

| Código | Descrição  | Tipo de Serviço         | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--------|--|-------------------------|-------------------|---------------|
| 1      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DATAS EXCEPCIONAIS (FESTIVIDADES, GRANDES FERIADOS, ENTRE OUTROS) | Dias úteis              | 12 horas          | R\$ 1.885,01  |
| 2      |  | Final de Semana/Feriado | 12 horas          | R\$ 1.885,01  |
| 3      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRABALHO EXCEPCIONAL (TRANSFERÊNCIAS PARA OUTRO MUNICÍPIO)        | Dias úteis              | 12 horas          | R\$ 1.413,75  |
| 4      |  | Final de Semana/Feriado | 12 horas          | R\$ 1.413,75  |
| 5      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA                             | Dias úteis              | 12 horas          | R\$ 1.218,75  |
| 6      |  | Final de Semana/Feriado | 12 horas          | R\$ 1.218,75  |
| 7      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA  | Dias úteis              | 12 horas          | R\$ 754,00    |
| 8      |  | Final de Semana/Feriado | 12 horas          | R\$ 754,00    |
| 9      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRIA   | Dias úteis              | Hora              | R\$ 117,98    |
| 10     |  | Final de Semana/Feriado | Hora              | R\$ 117,98    |
| 11     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA                              | Dias úteis              | Hora              | R\$ 129,68    |
| 12     |  | Final de Semana/Feriado | Hora              | R\$ 129,68    |

|    |  |                         |       |     |        |
|----|--|-------------------------|-------|-----|--------|
| 13 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CIRURGIA GERAL   | Dias úteis              | Hora  | R\$ | 176,72 |
| 14 |  | Final de Semana/Feriado | Hora  | R\$ | 176,72 |
| 15 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ORTOPEDIA        | Dias úteis              | Hora  | R\$ | 156,98 |
| 16 |  | Final de Semana/Feriado | Hora  | R\$ | 156,98 |
| 17 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - UROLOGIA         | Dias úteis              | Hora  | R\$ | 117,98 |
| 18 |  | Final de Semana/Feriado | Hora  | R\$ | 117,98 |
| 19 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - DERMATOLOGIA     | Dias úteis              | Hora  | R\$ | 117,98 |
| 20 |  | Final de Semana/Feriado | Hora  | R\$ | 117,98 |
| 21 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGIA      | Dias úteis              | Hora  | R\$ | 94,58  |
| 22 |  | Final de Semana/Feriado | Hora  | R\$ | 94,58  |
| 23 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ULTRASSONOGRAFIA | Não se aplica           | Exame | R\$ | 66,30  |

**Tabela 7**

| Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de BRUMADINHO |   |                 |                   |               |
|--|---|-----------------|-------------------|---------------|
| Código   | Descrição   | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| 1  | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO  | Não se aplica   | Hora              | R\$ 49,24     |
| 2  | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GENERALISTA  | Não se aplica   | Hora              | R\$ 76,19     |
| 3  | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA I   | Não se aplica   | Hora              | R\$ 98,48     |
| 4  | 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  |
| 5  | 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  |
| 6  | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO NEUROPEDIATRA  | Não se aplica   | Hora              | R\$ 200,38    |
| 7  | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA   | Não se aplica   | Hora              | R\$ 120,00    |
| 8  | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PSQUIÁTRICO  | Não se aplica   | Hora              | R\$ 100,19    |
| 9  | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA – CLÍNICO GERAL   | Não se aplica   | Hora              | R\$ 75,43     |
| 10   | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO – SAD (SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR)  | Não se aplica   | Hora              | R\$ 84,44     |
| 11   | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA TRANSFERÊNCIA INTERMUNICIPAL DE PACIENTES                                       | Não se aplica   | Plantão           | R\$ 590,91    |
| 12   | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTONISTA HOSPITAL   | Plantão         | 12 horas          | R\$ 1.444,33  |
| 13   | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO DIRETOR CLÍNICO PARA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO                                   | Não se aplica   | Mês               | R\$ 14.444,45 |
| 14   | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO EM COORDENAÇÃO DO HOSPITAL MUNICIPAL DE BRUMADINHO                                   | Não se aplica   | Mês               | R\$ 17.072,00 |
| 15   | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RADIOLOGISTA REFERÊNCIA TÉCNICA  | Não se aplica   | Mês               | R\$ 2.626,05  |
| 16   | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REFERÊNCIA TÉCNICA EM HEMATOLOGIA (AGÊNCIA TRANSFUSIONAL)                          | Não se aplica   | Mês               | R\$ 6.565,13  |
| 17   | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RADIOLOGISTA (LAUDO TOMOGRAFIA EM ATÉ 24H)   | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 65,66     |
| 18   | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RADIOLOGISTA (LAUDO TOMOGRAFIA ELETIVA)  | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 52,52     |
| 19   | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RADIOLOGISTA (LAUDO MAMOGRAFIA)  | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 26,26     |
| 20   | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HOLTER 24 HORAS (3 CANAIS)   | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 122,11    |
| 21   | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MAPA   | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 131,30    |
| 22   | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PAAF MAMA  | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 105,04    |
| 23   | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES + AVALIAÇÃO | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 603,99    |
| 24   | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN (ATÉ 3 VASOS)  | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 122,11    |
| 25   | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - VARICECTOMIA   | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 919,12    |
| 26   | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO EXERESE DE PTERÍGIO   | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 330,00    |
| 27   | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MAPEAMENTO DE RETINA   | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 65,65     |
| 28   | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO BLEFAROPLASTIA UNILATERAL                                     | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 282,30    |
| 29   | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO ANTIOGÊNICO RELACIONADO A RETINOGRAFIA DIABÉTICA      | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 341,39    |
| 30   | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA  | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 787,82    |
| 31   | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HERNIOPLASTIA INCISIONAL   | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 787,82    |
| 32   | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)   | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 787,82    |
| 33   | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HERNIOPLASTIA INGUINAL CRUCAL (UNILATERAL)   | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 787,82    |
| 34   | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE  | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 787,82    |
| 35   | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HERNIOPLASTIA UMBILICAL  | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 787,82    |
| 36   | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEURÓLISE NÃO FUNCIONAL DE NERVOS PERIFÉRICOS                                      | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 393,91    |
| 37   | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - FIBROSOLARINGOSCOPIA   | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 160,00    |
| 38   | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANESTESIOLOGISTA   | Não se aplica   | Plantão           | R\$ 1.700,00  |

**Tabela 8**

| Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de CONTAGEM |   |                         |                   |               |
|--|---|-------------------------|-------------------|---------------|
| Código   | Descrição   | Tipo de Serviço         | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| 1  | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO  | Não se aplica           | Hora              | R\$ 97,50     |
| 2  | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA    | Plantão                 | 12 horas          | R\$ 1.313,33  |
| 3  | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES HOSPITALARES              | Dias úteis              | 12 horas          | R\$ 1.181,70  |
| 4  |   | Final de Semana/Feriado | 12 horas          | R\$ 1.313,33  |
| 5  | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR MÉDICO - PEDIATRA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES HOSPITALARES                              | Dias úteis              | 12 horas          | R\$ 1.181,70  |
| 6  |   | Final de Semana/Feriado | 12 horas          | R\$ 1.772,55  |
| 7  | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTONISTA HORIZONTAL   | Não se aplica           | 12 horas          | R\$ 1.313,33  |
| 8  | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REGULADOR DO COMPLEXO HOSPITALAR                                   | Não se aplica           | 12 horas          | R\$ 1.641,90  |
| 9  | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA   | Não se aplica           | Consulta          | R\$ 59,09     |
| 10   | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA, FORA DO AMBIENTE HOSPITALAR                          | Não se aplica           | 12 horas          | R\$ 1.575,76  |
| 11   | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PARA ATENDIMENTO DE EXAME E LAUDO DE ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA | Não se aplica           | Exames            | R\$ 97,50     |
| 12   | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO  | Não se aplica           | Mês               | R\$ 18.383,84 |
| 13   | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICO GERAL  | Não se aplica           | Hora              | R\$ 114,89    |
| 14   | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSQUIATRA  | Não se aplica           | Hora              | R\$ 175,50    |
| 15   |   | Plantão                 | 12 Horas          | R\$ 1.772,55  |
| 16   | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGIA  | Não se aplica           | Hora              | R\$ 157,95    |
| 17   | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA   | Não se aplica           | Hora              | R\$ 165,75    |
| 18   | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICO GERAL PARA VIGILÂNCIA EM SAÚDE                             | Não se aplica           | Hora              | R\$ 166,50    |
| 19   | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - INFECTOLOGISTA   | Não se aplica           | Hora              | R\$ 166,50    |
| 20   | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HEMATOLOGISTA  | Não se aplica           | Hora              | R\$ 166,50    |

**Tabela 9**

| Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de CÔRREGO FUNDO |  |                 |                   |               |
|---|--|-----------------|-------------------|---------------|
| Código  | Descrição  | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
| 1   | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOLOGIA  | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 131,31    |
| 2   | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGIA  | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 124,75    |
| 3   | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OFTAMOLOGIA | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 85,35     |



|    |  |               |              |     |        |
|----|--|---------------|--------------|-----|--------|
| 4  | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ENDOCRINOLOGIA                                  | Não se aplica | Consulta     | R\$ | 141,15 |
| 5  | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPEdia                                       | Não se aplica | Consulta     | R\$ | 85,35  |
| 6  | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGIA                                    | Não se aplica | Consulta     | R\$ | 85,35  |
| 7  | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGISTA                                   | Não se aplica | Consulta     | R\$ | 147,96 |
| 8  | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OTORRINOLARINGOLOGISTA                          | Não se aplica | Consulta     | R\$ | 85,35  |
| 9  | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEFROLOGIA                                      | Não se aplica | Consulta     | R\$ | 132,65 |
| 10 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PNEUMOLOGIA                                     | Não se aplica | Consulta     | R\$ | 131,31 |
| 11 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HEMATOLOGIA                                     | Não se aplica | Consulta     | R\$ | 150,00 |
| 12 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGIA  | Não se aplica | Consulta     | R\$ | 162,82 |
| 13 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGIA  | Não se aplica | Hora         | R\$ | 400,00 |
| 14 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROPIEDIAIRA                                  | Não se aplica | Consulta     | R\$ | 307,30 |
| 15 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA COM TESTE DE UREASE  | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 321,75 |
| 16 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - VASECTOMIA                                      | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 533,13 |
| 17 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - POSTECTOMIA                                     | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 533,13 |
| 18 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA COM O APARELHO DO PROFISSIONAL | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 109,00 |
| 19 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA                                | Não se aplica | Exame        | R\$ | 99,00  |
| 20 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MAMOGRAFIA                                      | Não se aplica | Exame        | R\$ | 110,36 |
| 21 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROCIRURGIA                                   | Não se aplica | Consulta     | R\$ | 141,15 |

**Tabela 10**

**Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de CRUCLÂNDIA**

| Código | Descrição  | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--------|--|-----------------|-------------------|---------------|
| 1      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Não se aplica   | 12 horas          | R\$ 1.313,03  |

**Tabela 11**

**Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de ESMERALDAS**

| Código | Descrição   | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--------|---|-----------------|-------------------|---------------|
| 1      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  | Não se aplica   | Plantão           | R\$ 1.500,00  |
| 2      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA   | Não se aplica   | Plantão           | R\$ 1.707,13  |
| 3      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA (ORTOPEDISTA, OBSTETRA, ANESTESIOLOGISTA, CIRURGIA GERAL) | Não se aplica   | Plantão           | R\$ 1.500,00  |
| 4      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MÉDICO HORIZONTAL (AVALIAÇÃO PACIENTE INTERNADO)                       | Não se aplica   | Avaliação         | R\$ 40,00     |
| 5      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA (AVALIAÇÃO PEDIÁTRICA NA SALA DE PARTO)                       | Não se aplica   | Avaliação         | R\$ 100,00    |
| 6      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSF  | Não se aplica   | Mês               | R\$ 22.400,00 |

**Tabela 12**

**Serviços Médicos Executados nas Unidades Assistenciais da Fundação Hospitalar do Estado de Minas - FHEMIG**

**Serviços Médicos no COMPLEXO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

| Código | Descrição  | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--------|--|-----------------|-------------------|---------------|
| 1      | SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE PEDIATRIA, EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA, ENFERMARIA E PORTA ABERTA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA                        | Não se aplica   | Hora              | R\$ 180,56    |
| 2      | SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE CIRURGIA PEDIÁTRICA, EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA E PORTA ABERTA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA                          | Não se aplica   | Hora              | R\$ 193,87    |
| 3      | SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE ANESTESIOLOGIA, EM ENFERMARIA, PORTA ABERTA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E BLOCO CIRÚRGICO, INCLUSIVE EM CIRURGIA GERAL E PEDIÁTRICA | Não se aplica   | Hora              | R\$ 185,42    |
| 4      | SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE CLÍNICA MÉDICA, EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO, ENFERMARIA E PORTA ABERTA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA                       | Não se aplica   | Hora              | R\$ 169,08    |
| 5      | SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE CIRURGIA PLÁSTICA, EM ENFERMARIA, PRONTO-SOCORRO, BLOCO CIRÚRGICO E O CENTRO DE TRATAMENTO DE QUEIMADOS                          | Não se aplica   | Hora              | R\$ 177,06    |
| 6      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO CONSULTOR - GESTÃO DE ESCALA MÉDICA NO COMPLEXO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA                   | Não se aplica   | Hora              | R\$ 195,00    |

**Serviços Médicos no COMPLEXO HOSPITALAR DE ESPECIALIDADES E MATERNIDADE ODETE VALADARES**

|   |   |               |      |            |
|---|---|---------------|------|------------|
| 1 | SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE PEDIATRIA/NEONATOLOGIA, EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL, UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL, ENFERMARIA (ALOJAMENTO CONJUNTO), PORTA ABERTA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, PORTA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA MATERNIDADE E BLOCO OBSTÉTRICO/SALA DE PARTO | Não se aplica | Hora | R\$ 186,42 |
| 2 | SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE CIRURGIA PEDIÁTRICA, EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA/NEONATAL, UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL, ENFERMARIA (ALOJAMENTO CONJUNTO) E PORTA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA MATERNIDADE  | Não se aplica | Hora | R\$ 193,87 |
| 3 | SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE ANESTESIOLOGIA EM ENFERMARIA, PORTA ABERTA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, PORTA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA MATERNIDADE E BLOCO CIRÚRGICO, BLOCO OBSTÉTRICO, INCLUSIVE EM CIRURGIA GERAL E PEDIÁTRICA   | Não se aplica | Hora | R\$ 185,42 |
| 4 | SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE CLÍNICA MÉDICA EM UNIDADE TERAPIA INTENSIVA ADULTO, ENFERMARIA E PORTA ABERTA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  | Não se aplica | Hora | R\$ 169,08 |
| 5 | SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE ONCOLOGIA, EM AMBULATÓRIO E ENFERMARIA  | Não se aplica | Hora | R\$ 202,63 |
| 6 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO CONSULTOR - GESTÃO DE ESCALA MÉDICA NO COMPLEXO HOSPITALAR DE ESPECIALIDADES E MATERNIDADE ODETE VALADARES   | Não se aplica | Hora | R\$ 195,00 |

**Tabela 13**

**Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de FLORESTAL**

| Código | Descrição   | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--------|---|-----------------|-------------------|---------------|
| 1      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO                                    | Não se aplica   | Plantão           | R\$ 1.365,00  |
| 2      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTOR (DIRETOR CLINICO)      | Não se aplica   | Hora              | R\$ 114,90    |
| 3      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA                     | Dias úteis      | Hora              | R\$ 386,90    |
| 4      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MÉDICO REGULADOR                 | Não se aplica   | Mês               | R\$ 2.437,50  |
| 5      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGIA                         | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 93,00     |
| 6      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA                         | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 85,00     |
| 7      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGISTA                    | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 96,89     |
| 8      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA COM EQUIPAMENTO | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 108,25    |
| 9      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)           | Não se aplica   | Mês               | R\$ 18.500,00 |

**Tabela 14**

**Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de FORMIGA**

| Código | Descrição   | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--------|---|-----------------|-------------------|---------------|
| 1      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA             | Não se aplica   | 12 horas          | R\$ 2.101,01  |
| 2      |   |                 | Consulta          | R\$ 124,75    |
| 3      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OTORRINOLARINGOLOGISTA               | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 112,07    |
| 4      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSIQUIATRA                           | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 85,35     |
| 5      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOLOGISTA                         | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 131,31    |
| 6      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGISTA                         | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 124,75    |
| 7      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ENDOCRINOLOGISTA        | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 85,35     |
| 8      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - OFTALMOLOGISTA          | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 85,35     |
| 9      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - GASTROENTEROLOGISTA     | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 85,35     |
| 10     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - INFECTOLOGISTA          | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 85,35     |
| 11     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ORTOPEDISTA             | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 85,35     |
| 12     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - DERMATOLOGISTA          | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 85,35     |
| 13     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGISTA           | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 85,35     |
| 14     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - GINECOLOGIA/OBSTETRICIA | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 85,35     |

|    |  |               |                      |     |           |
|----|--|---------------|----------------------|-----|-----------|
| 15 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGIA  | Não se aplica | Consulta             | R\$ | 117,98    |
| 16 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICA MÉDICA  | Plantão       | 12 horas             | R\$ | 1.575,76  |
| 17 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - FERIADOS ESPECIAIS (NATAL E ANO NOVO)   | Plantão       | 12 horas             | R\$ | 2.607,15  |
| 18 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO RESPONSÁVEL TÉCNICO - RAIOS X   | Não se aplica | Mês                  | R\$ | 6.552,53  |
| 19 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HORIZONTAL  | Não se aplica | Mês                  | R\$ | 7.878,78  |
| 20 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR TÉCNICO   | Não se aplica | Mês                  | R\$ | 22.446,69 |
| 21 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR CLÍNICO   | Não se aplica | Mês                  | R\$ | 10.136,56 |
| 22 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA - ULTRASSOM MORFOLÓGICO  | Não se aplica | Exames               | R\$ | 198,01    |
| 23 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA - ULTRASSOM DOPPLER  | Não se aplica | Exames               | R\$ | 232,44    |
| 24 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA - DUPLEX SCAN  | Não se aplica | Exames               | R\$ | 144,45    |
| 25 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA (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     |
| 26 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO RADIOLOGISTA/ULTRASSONOGRAFISTA - PUNÇÃO ASPIRATIVA POR AGULHA FINA   | Não se aplica | Exames               | R\$ | 296,32    |
| 27 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO RADIOLOGISTA/ULTRASSONOGRAFISTA - CORE BIOPSY   | Não se aplica | Exames               | R\$ | 630,30    |
| 28 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXERESE DE NÓDULO MAMA BÊNIGNO - CORE BIOPSY (NÃO INCLUSO MATERIAL)   | Não se aplica | Procedimento         | R\$ | 99,80     |
| 29 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN COM DISPONIBILIDADE DE APARELHO   | Não se aplica | Procedimento         | R\$ | 183,82    |
| 30 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA COM DISPONIBILIDADE DE APARELHO  | Não se aplica | Procedimento         | R\$ | 109,00    |
| 31 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ECOCARDIOGRAMA  | Não se aplica | Procedimento         | R\$ | 246,00    |
| 32 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ECOCARDIOGRAMA PEDIÁTRICO   | Não se aplica | Procedimento         | R\$ | 246,00    |
| 33 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HOLTER  | Não se aplica | Procedimento         | R\$ | 200,00    |
| 34 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - M.A.P.A   | Não se aplica | Procedimento         | R\$ | 168,00    |
| 35 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL   | Não se aplica | Procedimento         | R\$ | 844,36    |
| 36 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXERESE DE CISTO SACRO-COCCÍGEO   | Não se aplica | Procedimento         | R\$ | 477,56    |
| 37 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXTIRPAÇÃO E SUPRESSÃO DE LESÃO DE PELE   | Não se aplica | Procedimento         | R\$ | 167,10    |
| 38 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA DE PELE E PARTES MOLES  | Não se aplica | Procedimento         | R\$ | 86,26     |
| 39 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE PEQUENAS LESÕES   | Não se aplica | Procedimento         | R\$ | 6,57      |
| 40 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS   | Não se aplica | Procedimento         | R\$ | 148,80    |
| 41 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DRENAGEM ABSCESSO OU CISTO GLÂNDULA BARTHOLIN   | Não se aplica | Procedimento         | R\$ | 144,45    |
| 42 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXAME DE MAMOGRAFIA   | Não se aplica | Procedimento         | R\$ | 110,36    |
| 43 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA SOB SEDAÇÃO COM TESTE DE UREASE  | Não se aplica | Procedimento         | R\$ | 321,75    |
| 44 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COLONOSCOPIA  | Não se aplica | Procedimento         | R\$ | 715,66    |
| 45 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - VASECTOMIA  | Não se aplica | Procedimento         | R\$ | 533,13    |
| 46 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - POSTECTOMIA   | Não se aplica | Procedimento         | R\$ | 533,13    |
| 47 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEFROLOGISTA  | Não se aplica | Consulta             | R\$ | 132,65    |
| 48 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA DA VAGINA   | Não se aplica | Procedimento         | R\$ | 89,29     |
| 49 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - AVALIAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA  | Não se aplica | Avaliação            | R\$ | 85,35     |
| 50 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESCLEROSANTE/LIGADURA ELÁSTICA DE LESÃO HEMORRÁGICA DO APARELHO DIGESTIVO ALTO  | Não se aplica | Procedimento         | R\$ | 1.140,35  |
| 51 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TELECONSULTORIA EM OFTALMOLOGIA   | Não se aplica | Teleconsultoria      | R\$ | 78,80     |
| 52 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÔRNEA OU CONJUNTIVA COM EQUIPAMENTO DO MÉDICO  | Não se aplica | Procedimento         | R\$ | 205,00    |
| 53 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERRAME OCULAR  | Não se aplica | Procedimento         | R\$ | 205,00    |
| 54 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AVALIAÇÃO DE FUNDO OCULAR COM EQUIPAMENTO DO MÉDICO   | Não se aplica | Procedimento         | R\$ | 205,00    |
| 55 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIOMETRIA ÓPTICA POR OLHO   | Não se aplica | Procedimento         | R\$ | 56,91     |
| 56 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MÉDICO REGULADOR (REGULAÇÃO DE SOLICITAÇÕES MÉDICAS)  | Não se aplica | 20 Horas trabalhadas | R\$ | 7.967,00  |

**Tabela 15**

**Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de FORTUNA DE MINAS**

| Código | Descrição  | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--------|--|-----------------|-------------------|---------------|
| 1      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO | Não se aplica   | Plantão Diurno    | R\$ 1.365,70  |
| 2      |  |                 | Plantão Noturno   | R\$ 1.091,34  |

**Tabela 16**

**Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de IGARAPÉ**

| Código | Descrição  | Tipo de Serviço         | Unidade de Medida      | Valor ICISMEP |
|--------|--|-------------------------|------------------------|---------------|
| 1      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTONISTA   | Semanal Diurno          | 12 horas               | R\$ 1.457,58  |
| 2      |  |                         | Hora                   | R\$ 121,46    |
| 3      |  |                         | 12 horas               | R\$ 1.510,11  |
| 4      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTONISTA   | Semanal Noturno         | Hora                   | R\$ 125,84    |
| 5      |  |                         | 12 horas               | R\$ 1.575,77  |
| 6      |  |                         | Final de Semana Diurno | Hora          |
| 7      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTONISTA   | Final de Semana Noturno | 12 horas               | R\$ 1.641,42  |
| 8      |  |                         | Hora                   | R\$ 136,78    |
| 9      |  |                         | 12 horas               | R\$ 1.457,58  |
| 10     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPEDISTA PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA   | Semanal Diurno          | Hora                   | R\$ 121,47    |
| 11     |  |                         | 12 horas               | R\$ 1.575,77  |
| 12     |  |                         | Final de Semana Diurno | Hora          |
| 13     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HORIZONTAL  | Não se aplica           | Hora                   | R\$ 147,73    |
| 14     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA I  | Não se aplica           | 12 horas               | R\$ 722,22    |
| 15     |  |                         | Hora                   | R\$ 60,19     |
| 16     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA II   | Não se aplica           | 12 horas               | R\$ 820,71    |
| 17     |  |                         | Hora                   | R\$ 68,39     |
| 18     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICA MÉDICA  | Não se aplica           | Hora                   | R\$ 161,16    |
| 19     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEFROLOGISTA  | Não se aplica           | Consulta               | R\$ 99,79     |
| 20     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA  | Não se aplica           | Consulta               | R\$ 82,72     |
| 21     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA   | Não se aplica           | Consulta               | R\$ 59,09     |
| 22     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA II  | Não se aplica           | Consulta/Exame         | R\$ 131,31    |
| 23     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGIA   | Não se aplica           | Consulta               | R\$ 73,53     |
| 24     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGIA  | Não se aplica           | Consulta               | R\$ 59,09     |
| 25     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGIA II   | Não se aplica           | Consulta/Exame         | R\$ 78,78     |
| 26     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGIA  | Não se aplica           | Consulta               | R\$ 45,95     |
| 27     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGIA II   | Não se aplica           | Consulta/Exame         | R\$ 64,34     |
| 28     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPEDISTA   | Não se aplica           | Consulta               | R\$ 59,09     |
| 29     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIA GERAL  | Não se aplica           | Consulta               | R\$ 65,66     |
| 30     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ENDOCRINOLOGIA  | Não se aplica           | Consulta               | R\$ 86,66     |
| 31     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REUMATOLOGIA  | Não se aplica           | Consulta               | R\$ 99,79     |
| 32     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGIA ADULTO   | Não se aplica           | Consulta               | R\$ 97,17     |
| 33     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGIA INFANTIL   | Não se aplica           | Consulta               | R\$ 144,46    |
| 34     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSQUIATRA INFANTIL  | Não se aplica           | Consulta               | R\$ 157,57    |
| 35     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICA MÉDICA  | Não se aplica           | Consulta               | R\$ 34,13     |
| 36     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - RETIRADAS DE LIPOMAS/CISTO/VERRUGA/CORPO ESTRANHO/RETIRADA DE UNHA ENCRAVADA E COLETA PARA BIÓPSIA | Não se aplica           | Consulta               | R\$ 98,48     |
| 37     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REFERÊNCIA TÉCNICA  | Não se aplica           | Mês                    | R\$ 3.282,83  |
| 38     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR CLÍNICO PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  | Não se aplica           | Mês                    | R\$ 9.741,67  |

|    |   |               |       |     |        |
|----|---|---------------|-------|-----|--------|
| 39 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ECOCARDIOGRAMA   | Não se aplica | Exame | R\$ | 131,31 |
| 40 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN/CARÓTIDAS E VÉRTEBRAS  | Não se aplica | Exame | R\$ | 97,17  |
| 41 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXAME DE ULTRASONOGRAFIA (ENDOVAGINAL/OBSTÉTRICO/APARELHO URINÁRIO/DE MAMAS E AXILAS/CERVICAL/TIREÓIDE/ARTICULAÇÃO/PRÓSTATA TRASNRETAL E ABDOMINAL/ABDOMEN TOTAL/PAREDE ABDOMINAL/REGIÃO INGUINAL/BOLSA ESCROTAL OU TESTICULAR | Não se aplica | Exame | R\$ | 65,66  |
| 42 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ELETROENCEFALOGRAMA  | Não se aplica | Exame | R\$ | 65,66  |

**Tabela 17**

**Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de IGARATINGA**

| Código | Descrição  | Tipo de Serviço    | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--------|--|--------------------|-------------------|---------------|
| 1      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO                   | Não se aplica      | Plantão           | R\$ 1.378,79  |
| 2      |  | Feriatos Especiais | 12 Horas          | R\$ 2.785,44  |
| 3      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA    | Não se aplica      | Consulta          | R\$ 78,79     |
| 4      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR TÉCNICO | Não se aplica      | Mês               | R\$ 7.878,79  |

**Tabela 18**

**Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de IGUATAMA**

| Código | Descrição  | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--------|--|-----------------|-------------------|---------------|
| 1      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTÃO PRONTO SOCORRO                                  | Não se aplica   | PLANTÃO           | R\$ 1.422,76  |
| 2      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SOBREAVISO CLÍNICA MÉDICA                               | Sobreaviso      | Dia               | R\$ 455,29    |
| 3      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTÃO FERIADOS ESPECIAIS                              | Não se aplica   | Plantão           | R\$ 2.276,41  |
| 4      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETORIA TÉCNICA                                       | Não se aplica   | Mês               | R\$ 3.414,62  |
| 5      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETORIA CLÍNICA                                       | Não se aplica   | Mês               | R\$ 3.414,62  |
| 6      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTA ESPECIALIZADA                                  | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 39,59     |
| 7      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIA DE UNHA (CANTOPLASTIA)                         | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 169,06    |
| 8      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXÉRESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS/ CISTO CEBÁCEO/LIPOMA | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 169,06    |
| 9      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA/PUNÇÃO DE TUMOR SUPERFICIAL DE PELE             | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 169,06    |
| 10     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO                   | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 169,06    |
| 11     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÃO CUTÂNEA                       | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 169,06    |
| 12     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENÇÃO BÁSICA  | Não se aplica   | Mês               | R\$ 17.071,26 |
| 13     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICO GERAL   | Não se aplica   | Hora              | R\$ 167,88    |
| 14     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGIA   | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 113,80    |

**Tabela 19**

**Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de ITABIRA**

| Código | Descrição   | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--------|---|-----------------|-------------------|---------------|
| 1      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSF                | Não se aplica   | Mês               | R\$ 21.785,32 |
| 2      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGISTA      | Não se aplica   | Hora              | R\$ 205,00    |
| 3      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA           | Não se aplica   | Hora              | R\$ 205,00    |
| 4      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSQUIATRA ADULTO   | Não se aplica   | Hora              | R\$ 205,00    |
| 5      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSQUIATRA INFANTIL | Não se aplica   | Hora              | R\$ 205,00    |

**Tabela 20**

**Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de ITABIRITO**

| Código | Descrição  | Tipo de Serviço                        | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--------|--|--|-------------------|---------------|
| 1      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO   | Dias úteis diurno / noturno            | Plantão           | R\$ 2.147,70  |
| 2      |  |  | Hora              | R\$ 178,98    |
| 3      |  | Final de Semana/Feriado diurno/noturno | Plantão           | R\$ 2.415,66  |
| 4      |  |  | Hora              | R\$ 201,31    |
| 9      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTOR (DIRETOR/RESPONSÁVEL TÉCNICO) | Não se aplica                          | Hora              | R\$ 289,87    |
| 10     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL - MÉDICO DO TRABALHO                             | Não se aplica                          | Hora              | R\$ 210,00    |

**Tabela 21**

**Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de ITAGUARA**

| Código | Descrição  | Tipo de Serviço  | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--------|--|--|-------------------|---------------|
| 1      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA              | Não se aplica  | Consulta          | R\$ 65,66     |
| 2      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO GERAL           | NÃO se aplica  | Plantão           | R\$ 1.784,25  |
| 3      |  |  | Consulta          | R\$ 91,91     |
| 4      |  | NÃO se aplica  | Mês               | R\$ 9.913,34  |
| 5      |  | NÃO se aplica  | Consulta          | R\$ 91,91     |
| 6      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGISTA/OBSTETRÍCIA | Não se aplica  | Mês               | R\$ 19.695,38 |
| 7      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA                  | NÃO se aplica  | Consulta          | R\$ 91,91     |
| 8      |  |  | Mês               | R\$ 15.756,30 |
| 9      |  | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA | Não se aplica     | Mês           |
| 10     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEQUENAS CIRURGIAS        | Não se aplica  | Procedimento      | R\$ 196,95    |
| 11     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGISTA             | Não se aplica  | 8 horas           | R\$ 2.626,05  |

**Tabela 22**

**Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de ITATIAIUCU**

| Código | Descrição  | Tipo de Serviço                          | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--------|--|--|-------------------|---------------|
| 1      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | Final de Semana/Feriado diurno e noturno | 12 horas          | R\$ 1.706,43  |
| 2      |  |  | 12 horas          | R\$ 1.852,69  |
| 3      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO DE APOIO                                | Não se aplica                            | Hora              | R\$ 108,73    |
| 4      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO DE APOIO II                             | Não se aplica                            | Hora              | R\$ 98,53     |
| 5      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA                          | Não se aplica                            | Hora              | R\$ 260,94    |
| 6      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA I - CIRURGIA UROLÓGICA     | Não se aplica                            | Hora              | R\$ 434,92    |
| 7      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA II - PEQUENAS CIRURGIAS    | Não se aplica                            | Hora              | R\$ 326,18    |
| 8      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO   | Não se aplica                            | Mês               | R\$ 17.336,28 |

**Tabela 23**

**Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de ITAÚNA**

| Código | Descrição   | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--------|---|-----------------|-------------------|---------------|
| 1      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSOM ABDÔMEN TOTAL/APARELHO URINÁRIO/TRANSVAGINAL (ENDOVAGINAL)/PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL)/PÉLVICA MASCULINA/BOLSA ESCROTAL (BILATERAL)/MAMAS (BILATERAL) | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 75,00     |
| 2      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PNEUMOLOGISTA  | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 102,43    |
| 3      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HEMATOLOGISTA  | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 125,20    |

**Tabela 24**

**Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de JUATUBA**

| Código | Descrição | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--------|-----------|-----------------|-------------------|---------------|
|--------|-----------|-----------------|-------------------|---------------|

|    |  |                         |              |     |           |
|----|--|-------------------------|--------------|-----|-----------|
| 1  | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO   | Dias úteis              | 12 horas     | R\$ | 1.181,82  |
| 2  |  | Final de Semana/Feriado | 12 horas     | R\$ | 1.323,64  |
| 3  |  | Dias úteis              | 12 horas     | R\$ | 1.181,82  |
| 4  | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA               | Final de Semana/Feriado | 12 horas     | R\$ | 1.323,64  |
| 5  |  | Feridos/Especiais       | 12 horas     | R\$ | 1.985,46  |
| 6  |  | Dias úteis              | 12 horas     | R\$ | 1.181,82  |
| 7  | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRIA   | Final de Semana/Feriado | 12 horas     | R\$ | 1.323,64  |
| 8  | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICO GERAL                                       | Não se aplica           | Hora         | R\$ | 164,14    |
| 9  | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA  | Não se aplica           | Consulta     | R\$ | 59,09     |
| 10 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - OFTALMOLOGISTA                         | Não se aplica           | Consulta     | R\$ | 59,09     |
| 11 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PEQUENAS CIRURGIAS                     | Não se aplica           | Hora         | R\$ | 131,31    |
| 12 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGISTA                          | Não se aplica           | Consulta     | R\$ | 59,09     |
| 13 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - NEUROLOGISTA                           | Não se aplica           | Consulta     | R\$ | 59,09     |
| 14 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ORTOPEDISTA                            | Não se aplica           | Consulta     | R\$ | 59,09     |
| 15 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CLÍNICO GERAL                          | Não se aplica           | Consulta     | R\$ | 59,09     |
| 16 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RADIOLOGISTA                           | Não se aplica           | Laudo        | R\$ | 59,09     |
| 17 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO REGULADOR   | Não se aplica           | Hora         | R\$ | 590,91    |
| 18 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO DO TRABALHO   | Não se aplica           | Hora         | R\$ | 216,31    |
| 19 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGIA   | Não se aplica           | Hora         | R\$ | 175,96    |
| 20 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ANGIOLOGISTA                           | Não se aplica           | Consulta     | R\$ | 59,09     |
| 21 |  | Não se aplica           | Consulta     | R\$ | 59,09     |
| 22 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PEDIATRIA                              | Não se aplica           | Hora         | R\$ | 175,96    |
| 23 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ULTRASSONOGRAFIA                       | Não se aplica           | Exame        | R\$ | 59,09     |
| 24 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ULTRASSOM COM APARELHO DO PROFISSIONAL | Não se aplica           | Exame        | R\$ | 69,09     |
| 25 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PSIQUIATRA                             | Não se aplica           | Consulta     | R\$ | 59,09     |
| 26 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - NEUROLOGISTA                           | Não se aplica           | Consulta     | R\$ | 59,09     |
| 27 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - OTORRINOLARINGOLOGISTA                 | Não se aplica           | Consulta     | R\$ | 67,96     |
| 28 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ENDOCRINOLOGISTA                       | Não se aplica           | Consulta     | R\$ | 67,96     |
| 29 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PSIQUIATRA                             | Não se aplica           | Hora         | R\$ | 175,96    |
| 30 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGISTA                          | Não se aplica           | Hora         | R\$ | 136,50    |
| 31 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ORTOPEDISTA                            | Não se aplica           | Hora         | R\$ | 136,50    |
| 32 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CLÍNICO GERAL PARA ATENÇÃO BÁSICA      | Não se aplica           | Mês          | R\$ | 16.000,00 |
| 33 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN COM O APARELHO DO PROFISSIONAL          | Não se aplica           | Procedimento | R\$ | 130,00    |
| 40 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PNEUMOLOGIA   | Não se aplica           | Hora         | R\$ | 125,00    |

**Serviços Médicos de Urgência e Emergência/Pronto Atendimento Municipal de Juatuba - CNES 2108828**

| Código | Descrição  | Tipo de Serviço                 | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--------|--|---------------------------------|-------------------|---------------|
| 34     |  | Dias úteis diurno               | 12 horas          | R\$ 1.444,33  |
| 35     |  | Dias úteis noturno              | 12 horas          | R\$ 1.509,98  |
| 36     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA   | Final de Semana/Feriado diurno  | 12 horas          | R\$ 1.575,63  |
| 37     |  | Final de Semana/Feriado noturno | 12 horas          | R\$ 1.575,63  |
| 38     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTOR (DIRETOR CLÍNICO)             | Não se aplica                   | Hora              | R\$ 188,50    |
| 39     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTOR (DIRETOR/RESPONSÁVEL TÉCNICO) | Não se aplica                   | Hora              | R\$ 188,50    |

**Tabela 25**

**Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de LAGOA DA PRATA**

| Código | Descrição  | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--------|--|-----------------|-------------------|---------------|
| 1      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CONSULTA MÉDICA                              | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 78,98     |
| 2      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HEMATOLOGIA   | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 110,00    |
| 3      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRIA   | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 118,50    |
| 4      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS - PEQUENAS CIRURGIAS            | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 214,50    |
| 5      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA                    | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 158,93    |
| 6      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO AMBULATORIAIS - ESCLEROTERAPIA                              | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 380,82    |
| 7      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS - PEQUENAS CIRURGIAS UROLÓGICAS | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 438,75    |
| 8      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ELETROENCEFALOGRAMA                                       | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 86,00     |
| 9      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DAS MAMAS (BILATERAL)                    | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 70,00     |
| 10     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA (PAAF)          | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 144,07    |
| 11     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA GROSSA               | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 284,38    |

**Tabela 26**

**Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de MARIANA**

| Código | Descrição  | Tipo de Serviço  | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--------|--|------------------|-------------------|---------------|
| 1      |  | SEG A SEX        | PLANTÃO           | R\$ 1.783,78  |
| 2      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO                 | FINAIS DE SEMANA |                   | R\$ 2.006,76  |
| 3      |  | SEG A SEX        | PLANTÃO           | R\$ 2.158,37  |
| 4      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SALA VERMELHA | FINAIS DE SEMANA |                   | R\$ 2.428,16  |
| 5      |  | SEG A SEX        | PLANTÃO           | R\$ 2.158,37  |
| 6      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRIA     | FINAIS DE SEMANA |                   | R\$ 2.428,16  |

**Tabela 27**

**Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de MÁRIO CAMPOS**

| Código | Descrição  | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--------|--|-----------------|-------------------|---------------|
| 1      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA I                                      | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 52,53     |
| 2      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA II                                     | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 65,66     |
| 3      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA III                                    | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 98,48     |
| 4      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PLANTONISTA 1                 | Não se aplica   | Hora              | R\$ 98,48     |
| 5      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PLANTONISTA 2                 | Não se aplica   | Hora              | R\$ 111,62    |
| 6      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PLANTONISTA 3                 | Não se aplica   | Hora              | R\$ 124,75    |
| 7      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESPONSÁVEL TÉCNICO                                 | Não se aplica   | Hora              | R\$ 196,97    |
| 8      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REGULAÇÃO/AVALIAÇÃO/AUDITORIA E CONTROLE            | Não se aplica   | Hora              | R\$ 157,58    |
| 9      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REMOÇÃO   | Não se aplica   | Hora              | R\$ 98,48     |
| 10     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AMBULATORIAL I                                      | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 52,53     |
| 11     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AMBULATORIAL II                                     | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 65,66     |
| 12     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AMBULATORIAL III                                    | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 98,48     |
| 13     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SAÚDE DA FAMÍLIA PARA ATENDIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA | Não se aplica   | Mês               | R\$ 15.756,30 |

**Tabela 28**

**Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de MARTINHO CAMPOS**

| Código | Descrição  | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--------|--|-----------------|-------------------|---------------|
| 1      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGISTA | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 113,81    |
| 2      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OFTALMOLOGIA  | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 80,00     |
| 3      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PROCTOLOGIA   | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 140,00    |

|    |   |               |              |     |        |
|----|---|---------------|--------------|-----|--------|
| 4  | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GASTROENTEROLOGISTA  | Não se aplica | Consulta     | R\$ | 120,00 |
| 5  | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO GERAL  | Não se aplica | Consulta     | R\$ | 110,00 |
| 6  | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGISTA/OBSTETRA   | Não se aplica | Consulta     | R\$ | 102,42 |
| 7  | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROPEDIATRA  | Não se aplica | Consulta     | R\$ | 227,61 |
| 8  | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPEDISTA  | Não se aplica | Consulta     | R\$ | 142,26 |
| 9  | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOLOGIA   | Não se aplica | Consulta     | R\$ | 120,00 |
| 10 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ENDOCRINOLOGIA   | Não se aplica | Consulta     | R\$ | 140,00 |
| 11 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGISTA   | Não se aplica | Consulta     | R\$ | 187,79 |
| 12 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MÉDICO DO TRABALHO   | Não se aplica | Consulta     | R\$ | 55,00  |
| 13 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OTORRINOLARINGOLOGISTA   | Não se aplica | Consulta     | R\$ | 120,00 |
| 14 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REUMATOLOGISTA   | Não se aplica | Consulta     | R\$ | 159,33 |
| 15 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ALERGISTA (AMBULATÓRIO)  | Não se aplica | Consulta     | R\$ | 103,41 |
| 16 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGISTA (URGÊNCIA)  | Não se aplica | Consulta     | R\$ | 284,52 |
| 17 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGISTA (AMBULATÓRIO)   | Não se aplica | Consulta     | R\$ | 120,00 |
| 18 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HEMATOLOGISTA  | Não se aplica | Consulta     | R\$ | 94,95  |
| 19 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MASTOLOGISTA (CAMPANHA)  | Não se aplica | Consulta     | R\$ | 196,97 |
| 20 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HEPATOLOGISTA  | Não se aplica | Consulta     | R\$ | 118,18 |
| 21 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGISTA (URGÊNCIA)  | Não se aplica | Consulta     | R\$ | 273,00 |
| 22 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGISTA (AMBULATÓRIO)   | Não se aplica | Consulta     | R\$ | 142,25 |
| 23 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEFROLOGISTA (URGÊNCIA)  | Não se aplica | Consulta     | R\$ | 318,67 |
| 24 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEFROLOGISTA   | Não se aplica | Consulta     | R\$ | 140,00 |
| 25 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA (URGÊNCIA)  | Não se aplica | Consulta     | R\$ | 250,38 |
| 26 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PNEUMOLOGISTA  | Não se aplica | Consulta     | R\$ | 146,25 |
| 27 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIAS AMBULATORIAIS TIPO I (EXCIÇÃO DE LESÃO E/OU SUTURA DE FERIMENTOS DE PELE, INCISÃO E DRENAGEM DE ABSCESSO, EXERESE DE UNHA OU CANTOPLASTIA, BIÓPSIA DE CÂNCER DE PELE, ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÕES SUPERFICIAIS DE PELE) | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 103,51 |
| 28 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIAS AMBULATORIAIS TIPO II (EXCIÇÃO OU CAUTERIZAÇÃO DE MÍNIMAS/MINÚSCULAS LESÕES DE PELE)   | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 103,51 |
| 29 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIAS AMBULATORIAIS TIPO III (EXCIÇÃO 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 |
| 30 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSOM GINECOLÓGICO   | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 102,42 |
| 31 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSOM COM DISPONIBILIDADE DO APARELHO E IMPRESSORA   | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 110,00 |
| 32 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSOM MORFOLÓGICO COM DISPONIBILIDADE DO APARELHO E IMPRESSORA   | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 140,00 |
| 33 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN  | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 150,00 |
| 34 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ECOCARDIOGRAMA   | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 284,52 |
| 35 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL - MÉDICO DO TRABALHO (VALIDAÇÃO DE ATESTADO MÉDICO)   | Não se aplica | Avaliação    | R\$ | 172,00 |
| 36 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HOLTER 24 HORAS  | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 250,38 |
| 37 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MAPA   | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 227,62 |
| 38 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MAMOGRAFIA   | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 113,81 |

**Tabela 29**

**Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de MATEUS LEME**

| Código | Descrição   | Tipo de Serviço         | Unidade de Medida        | Valor ICISMEP |
|--------|---|-------------------------|--------------------------|---------------|
| 1      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO  | Dias úteis diurno       | Hora                     | R\$ 87,54     |
| 2      |   | Dias úteis noturno      | Hora                     | R\$ 89,18     |
| 3      |   | Final de Semana/Feriado | Hora                     | R\$ 95,75     |
| 4      |   | Feriados Especiais      | Hora                     | R\$ 196,97    |
| 5      |   | Dias úteis              | Hora                     | R\$ 98,48     |
| 6      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA  | Final de Semana/Feriado | Hora                     | R\$ 109,42    |
| 7      |   | Feriados Especiais      | Hora                     | R\$ 164,13    |
| 8      |   | Dias úteis              | Hora                     | R\$ 97,62     |
| 9      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA   | Final de Semana/Feriado | Hora                     | R\$ 110,42    |
| 10     |   | Feriados Especiais      | Hora                     | R\$ 209,23    |
| 11     |   | Dias úteis              | Hora                     | R\$ 122,14    |
| 12     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA II  | Final de Semana/Feriado | Hora                     | R\$ 116,23    |
| 13     |   | Feriados Especiais      | Hora                     | R\$ 209,23    |
| 14     |   | Dias úteis              | Hora                     | R\$ 122,14    |
| 15     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PARA ATENDIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA   | Não se aplica           | Mês                      | R\$ 18.525,00 |
| 15     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO AMBULATORIAL I - ORTOPEDIA/PNEUMOLOGIA/OTORRINOLARINGOLOGISTA/NEUROLOGIA/MASTOLOGIA/PEDIATRIA/CLÍNICA MÉDICA/ANGIOLOGIA/CIRURGIA GERAL I/DERMATOLOGIA I/GINECOLOGIA/GASTROENTEROLOGIA/PROCTOLOGIA/UROLOGIA       | Não se aplica           | Consulta                 | R\$ 59,09     |
| 16     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO AMBULATORIAL II - ORTOPEDIA/PNEUMOLOGIA/OTORRINOLARINGOLOGISTA/NEUROLOGIA/MASTOLOGIA/PEDIATRIA/CLÍNICA MÉDICA/ANGIOLOGIA/CIRURGIA GERAL II/DERMATOLOGIA II/GINECOLOGIA/GASTROENTEROLOGIA/PROCTOLOGIA/UROLOGIA II | Não se aplica           | Consulta                 | R\$ 73,13     |
| 17     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - VASECTOMIA   | Não se aplica           | Procedimento             | R\$ 402,44    |
| 18     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - POSTECTOMIA  | Não se aplica           | Procedimento             | R\$ 287,73    |
| 19     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAMA  | Não se aplica           | Procedimento             | R\$ 106,00    |
| 20     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN  | Não se aplica           | Procedimento             | R\$ 160,00    |
| 21     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA/PUNÇÃO/EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS/CISTOS SEBÁCEO/LIPOMA   | Não se aplica           | Procedimento             | R\$ 73,13     |
| 22     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REFERÊNCIA TÉCNICA   | Não se aplica           | Mês                      | R\$ 2.925,00  |
| 23     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AUDITOR/REGULADOR MAC  | Não se aplica           | Mês                      | R\$ 7.800,00  |
| 24     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENÇÃO DOMICILIAR   | Não se aplica           | Consulta                 | R\$ 87,75     |
| 25     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MÉDICO DO TRABALHO   | Não se aplica           | Mês                      | R\$ 12.000,00 |
| 26     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESCLEROTERAPIA COM APLICAÇÃO DE ESPUMA (INCLUSOS MATERIAIS E MEDICAMENTOS)   | Não se aplica           | Procedimento             | R\$ 495,00    |
| 27     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA COM LAUDO  | Não se aplica           | Procedimento             | R\$ 185,00    |
| 28     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HOLTER 24H   | Não se aplica           | Procedimento             | R\$ 165,00    |
| 29     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - M.A.P.A  | Não se aplica           | Procedimento             | R\$ 165,00    |
| 30     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PNEUMOLOGISTA (ESPIROMETRIA COM INSUMOS/CONSULTAS COM VISITAS DOMICILIARES)  | Não se aplica           | Procedimento + Consultas | R\$ 140,00    |

**Tabela 30**

**Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de NOVA ERA**

| Código | Descrição   | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--------|---|-----------------|-------------------|---------------|
| 1      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SAÚDE DA FAMÍLIA PSF                                   | Não se aplica   | Mês               | R\$ 19.605,00 |
| 2      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA   | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 131,39    |
| 3      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA                                | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 115,37    |
| 4      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPEDISTA  | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 115,37    |
| 5      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGISTA  | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 115,37    |
| 6      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROPEDIATRA  | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 155,48    |
| 7      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO DE GERIATRIA EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 108,13    |
| 8      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO DE GERIATRIA DOMICILIAR                 | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 216,24    |
| 9      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO GERAL  | Não se aplica   | Hora              | R\$ 341,43    |
| 10     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OTORRINOLARINGOLOGISTA                                 | Não se aplica   | Hora              | R\$ 227,62    |
| 11     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICO GERAL  | Não se aplica   | Hora              | R\$ 170,72    |

**Tabela 31**

**Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de NOVA LIMA**

| Código | Descrição   | Tipo de Serviço                     | Unidade de Medida      | Valor ICISMEP |
|--------|---|-------------------------------------|------------------------|---------------|
| 1      |   | Dias úteis diurno                   | 12 horas               | R\$ 1.707,13  |
| 2      |   | Dias úteis noturno                  | 12 horas               | R\$ 1.707,13  |
| 3      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO  | Finais de Semana / Feriados diurno  | 12 horas               | R\$ 1.934,74  |
| 4      |   | Finais de Semana / Feriados noturno | 12 horas               | R\$ 1.934,74  |
| 5      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESPONSÁVEL TÉCNICO                    | Não se aplica                       | Hora                   | R\$ 196,97    |
| 6      |   | Não se aplica                       | Mês                    | R\$ 18.095,53 |
| 7      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PEDIATRA                  | Não se aplica                       | 12 horas               | R\$ 1.820,93  |
| 8      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA                               | Não se aplica                       | Mês/20HR               | R\$ 12.518,92 |
| 9      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIA GERAL                         | Não se aplica                       | Consulta               | R\$ 108,12    |
| 10     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PNEUMOLOGIA ADULTO                     | Não se aplica                       | Consulta               | R\$ 99,00     |
| 11     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PNEUMOLOGIA INFANTIL                   | Não se aplica                       | Consulta               | R\$ 130,42    |
| 12     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGIA                           | Não se aplica                       | Consulta               | R\$ 113,70    |
| 13     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEFROLOGIA                             | Não se aplica                       | Consulta               | R\$ 113,70    |
| 14     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ENDOCRINOLOGIA                         | Não se aplica                       | Consulta               | R\$ 113,70    |
| 15     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGIA                               | Não se aplica                       | Consulta               | R\$ 98,20     |
| 16     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REUMATOLOGIA                           | Não se aplica                       | Consulta               | R\$ 113,70    |
| 17     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGIA                            | Não se aplica                       | Consulta               | R\$ 113,70    |
| 18     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOLOGIA                             | Não se aplica                       | Consulta               | R\$ 98,19     |
| 19     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OBSTRETA                               | Não se aplica                       | Consulta               | R\$ 113,70    |
| 20     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPEDIA                              | Não se aplica                       | Consulta               | R\$ 90,34     |
| 21     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OTORRINOLARINGOLOGISTA                 | Não se aplica                       | Consulta               | R\$ 113,70    |
| 22     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OFTALMOLOGIA                           | Não se aplica                       | Consulta               | R\$ 86,82     |
| 23     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGIA                             | Não se aplica                       | Consulta               | R\$ 98,20     |
| 24     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GASTROENTEROLOGISTA                    | Não se aplica                       | Consulta               | R\$ 113,70    |
| 25     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GERIATRIA                              | Não se aplica                       | Consulta               | R\$ 124,02    |
| 26     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MASTOLOGIA                             | Não se aplica                       | Consulta               | R\$ 207,70    |
| 27     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SAÚDE DA FAMÍLIA PSF                   | Não se aplica                       | Mês                    | R\$ 18.550,76 |
| 28     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGIA                            | Não se aplica                       | Mês/20HR               | R\$ 12.518,92 |
| 29     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSIQUIATRA                             | Não se aplica                       | Mês/20HR               | R\$ 12.518,92 |
| 30     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROPIATRA                            | Não se aplica                       | Consulta               | R\$ 113,82    |
| 31     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROPIATRA                            | Não se aplica                       | Pacote de 15 consultas | R\$ 2.845,20  |
| 32     |   | Não se aplica                       | Hora                   | R\$ 222,60    |
| 33     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RADIOLOGISTA                           | Plantão 6 Horas                     | Plantão                | R\$ 1.335,60  |
| 34     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TESTE ERGOMÉTRICO                      | Não se aplica                       | Procedimento           | R\$ 136,57    |
| 35     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HOLTER 24 HRS                          | Não se aplica                       | Procedimento           | R\$ 136,57    |
| 36     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MAPA                                   | Não se aplica                       | Procedimento           | R\$ 127,47    |
| 37     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - INFILTRAÇÃO                            | Não se aplica                       | Procedimento           | R\$ 160,00    |
| 38     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO PLÁSTICO                     | Não se aplica                       | Consulta               | R\$ 170,72    |
| 39     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAMA ABDOMEN TOTAL          | Não se aplica                       | Procedimento           | R\$ 136,57    |
| 40     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAMA ABDOMEN SUPERIOR       | Não se aplica                       | Procedimento           | R\$ 136,57    |
| 41     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAMA OBSTÉTRICO             | Não se aplica                       | Procedimento           | R\$ 113,81    |
| 42     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAMA ENDOVAGINAL            | Não se aplica                       | Procedimento           | R\$ 106,98    |
| 43     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAMA PÉLVICA FEMININA       | Não se aplica                       | Procedimento           | R\$ 106,98    |
| 44     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAMA PRÓSTATA VIA ABDOMINAL | Não se aplica                       | Procedimento           | R\$ 113,81    |
| 45     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAMA TRANSCRÂNICA NUCAL     | Não se aplica                       | Procedimento           | R\$ 113,81    |
| 46     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAMA RINS E VIAS URINÁRIAS  | Não se aplica                       | Procedimento           | R\$ 136,57    |

**Tabela 32**

**Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de NOVA SERRANA**

| Código | Descrição   | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--------|---|-----------------|-------------------|---------------|
| 1      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSOM COM EQUIPAMENTOS DO PROFISSIONAL | Não se aplica   | Exame             | R\$ 105,15    |
| 2      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN COM O APARELHO DO PROFISSIONAL | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 108,00    |

**Tabela 33**

**Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de ONÇA DE PITANGUI**

| Código | Descrição  | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--------|--|-----------------|-------------------|---------------|
| 1      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO   | Não se aplica   | Hora              | R\$ 95,75     |
| 2      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | Não se aplica   | Hora              | R\$ 95,75     |
| 3      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRIA                             | Não se aplica   | Hora              | R\$ 95,75     |
| 4      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA                          | Não se aplica   | Hora              | R\$ 95,75     |
| 5      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CLÍNICA MÉDICA I         | Não se aplica   | Mês               | R\$ 6.678,75  |
| 6      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CLÍNICA MÉDICA II        | Não se aplica   | Mês               | R\$ 15.757,57 |
| 7      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PERITO DO TRABALHO                    | Não se aplica   | 20 Horas Mensais  | R\$ 3.939,10  |

**Tabela 34**

**Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de OURO BRANCO**

| Código | Descrição  | Tipo de Serviço             | Unidade de Medida  | Valor ICISMEP |
|--------|--|-----------------------------|--------------------|---------------|
| 1      |  | Dias úteis                  | Plantão            | R\$ 1.510,10  |
| 2      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO                       | Finais de semana e Feriados | Plantão            | R\$ 1.631,66  |
| 3      |  | Semanais                    | Plantão            | R\$ 1.770,00  |
| 4      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA            | Finais de semana e Feriados | Plantão            | R\$ 1.895,00  |
| 5      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - (MÉDICO REGULADOR)  | Não se aplica               | Mês                | R\$ 3.939,39  |
| 6      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - (COORDENADOR)       | Não se aplica               | Mês                | R\$ 5.252,53  |
| 7      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - (MÉDICO HORIZONTAL) | Não se aplica               | Mês                | R\$ 10.505,05 |
| 8      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AMBULATORIAL        | Não se aplica               | Período de 5 horas | R\$ 755,05    |
| 9      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO           | Não se aplica               | 20HR/Mês           | R\$ 7.588,00  |

**Tabela 35**

**Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de OURO PRETO**

| Código | Descrição  | Tipo de Serviço                   | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--------|--|-----------------------------------|-------------------|---------------|
| 1      |  | Dias úteis - diurno               | 12 horas          | R\$ 1.577,40  |
| 2      |  |                                   | Hora              | R\$ 131,45    |
| 3      |  | Dias úteis - noturno              | 12 horas          | R\$ 1.641,80  |
| 4      |  |                                   | Hora              | R\$ 136,81    |
| 5      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | Final de Semana/Feriado - diurno  | 12 horas          | R\$ 1.770,58  |
| 6      |  |                                   | Hora              | R\$ 147,55    |
| 7      |  | Final de Semana/Feriado - noturno | 12 horas          | R\$ 1.834,96  |
| 8      |  |                                   | Hora              | R\$ 152,92    |
| 9      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA I  | Não se aplica                     | Hora              | R\$ 245,48    |
| 10     |  | Dias úteis - diurno               | 12 horas          | R\$ 1.700,14  |
| 11     |  | Dias úteis - noturno              | 12 horas          | R\$ 1.783,86  |

|    |   |                                   |          |     |           |
|----|---|-----------------------------------|----------|-----|-----------|
| 12 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA - HOSPITAL DE CAMPANHA | Final de Semana/Feriado - diurno  | 12 horas | R\$ | 1.951,27  |
| 13 |   | Final de Semana/Feriado - noturno | 12 horas | R\$ | 2.034,96  |
| 14 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REGULADOR  | Não se aplica                     | Mês      | R\$ | 12.187,50 |
| 15 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR TÉCNICO  | Não se aplica                     | Mês      | R\$ | 16.096,03 |
| 16 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ECGARDIOGRAMA  | Não se aplica                     | Exame    | R\$ | 130,36    |

**Tabela 36**

**Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de PARÁ DE MINAS**

| Código | Descrição   | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--------|---|-----------------|-------------------|---------------|
| 1      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO  | Não se aplica   | Plantão           | R\$ 1.575,75  |
| 2      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HORIZONTAL   | Não se aplica   | 06 HORAS          | R\$ 787,87    |
| 3      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSQUIATRA  | Não se aplica   | Plantão           | R\$ 1.313,13  |
| 4      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTOR (RESPONSÁVEL TÉCNICO - RAO X)                                      | Não se aplica   | Plantão           | R\$ 1.313,13  |
| 5      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGISTA  | Não se aplica   | Plantão           | R\$ 1.313,13  |
| 6      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGISTA/PRÉ NATAL DE ALTO RISCO  | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 65,66     |
| 7      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CLÍNICO GERAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA                               | Não se aplica   | Plantão           | R\$ 1.313,13  |
| 8      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CLÍNICO GERAL   | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 32,83     |
| 9      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO  | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 94,94     |
| 10     |   | Não se aplica   | Plantão           | R\$ 1.313,13  |
| 11     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPEDIA  | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 56,35     |
| 12     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSQUIATRA  | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 47,78     |
| 13     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGISTA   | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 65,66     |
| 14     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRIA  | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 26,33     |
| 15     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ACUPUNTURISTA  | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 78,79     |
| 16     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OFTALMOLOGIA   | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 46,80     |
| 17     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CIRURGIÃO GERAL   | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 52,52     |
| 18     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PROCTOLOGISTA/OTORRINARINGOLOGISTA/PNEUMOLOGISTA                             | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 64,35     |
| 19     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REUMATOLOGISTA   | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 75,90     |
| 20     |   | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 64,35     |
| 21     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOLOGIA   | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 394,97    |
| 22     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OBSTETRA   | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 37,05     |
| 23     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ENDOCRINOLOGISTA   | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 65,66     |
| 24     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGISTA  | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 65,66     |
| 25     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGISTA   | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 45,96     |
| 26     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEFROLOGISTA   | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 95,00     |
| 27     |   | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 94,95     |
| 28     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HEMATOLOGISTA  |                 | Plantão           | R\$ 1.313,13  |
| 29     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGISTA   | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 49,25     |
| 30     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROCIRURGIÃO   | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 97,26     |
| 31     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GASTROENTEROLOGISTA  | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 96,32     |
| 32     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROPEDIATRA  | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 94,94     |
| 33     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GENERALISTA  | Não se aplica   | Hora              | R\$ 108,33    |
| 34     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RISCO CIRÚRGICO   | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 53,98     |
| 35     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PNEUMOLOGIA ESPIROMETRIA   | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 118,18    |
| 36     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ANGIOLOGISTA - ESCLEROTERAPIA (MATERIAL DO PROFISSIONAL)                       | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 512,85    |
| 37     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO CARDIOLOGISTA - ECGARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA                                   | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 177,27    |
| 38     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO UROLOGISTA - VASECTOMIA  | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 639,50    |
| 39     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO UROLOGISTA - POSTECTOMIA   | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 637,52    |
| 40     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COLANGIOPANCREATOGRAFIA CPRE   | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 6.695,99  |
| 41     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTA PRÉ-OPERATORIA, CIRURGIA DE HISTERECTOMIA E CONSULTA PÓS-OPERATÓRIA | Não se aplica   | Pacote            | R\$ 656,57    |
| 42     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTA PRÉ-OPERATORIA, CIRURGIA DE LAQUEADURA E CONSULTA PÓS-OPERATÓRIA    | Não se aplica   | Pacote            | R\$ 656,57    |
| 43     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTA PRÉ-OPERATORIA, CIRURGIA DE CURETAGEM E CONSULTA PÓS-OPERATÓRIA     | Não se aplica   | Pacote            | R\$ 656,57    |
| 44     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR CLÍNICO  | Não se aplica   | Mês               | R\$ 3.939,39  |
| 45     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR TÉCNICO  | Não se aplica   | Mês               | R\$ 15.000,00 |
| 46     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CORREÇÃO CIRÚRGICA DO ESTRABISMO   | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 1.859,06  |
| 47     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OFTALMOLOGISTA (AVALIAÇÃO E TESTE ORTÓPTICO/PRÉ - OPERATÓRIO)                | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 180,32    |
| 48     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIA GLAUCOMA  | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 1.876,80  |
| 49     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OFTALMOLOGISTA (AVALIAÇÃO E RETINOGRRAFIA/PRÉ - OPERATÓRIO VITRECTOMIA)      | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 187,38    |
| 50     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIA DE VITRECTOMIA  | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 4.215,15  |
| 51     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OFTALMOLOGISTA (AVALIAÇÃO E RETINOGRRAFIA/PRÉ-OPERATÓRIO PTERÍGIO)           | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 195,97    |
| 52     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIA DE PTERÍGIO   | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 887,40    |
| 53     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OFTALMOLOGISTA (CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIO DE ANEL INTRAESTROMAL)               | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 87,72     |
| 54     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - IMPLANTE DE ANEL INTRAESTROMAL   | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 2.181,14  |
| 55     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OFTALMOLOGISTA (AVALIAÇÃO E TOMOGRAFIA DA CÔRNEA)                            | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 283,76    |
| 56     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CATARATA (QUANTIDADE 1)                  |                 |                   |               |
| 57     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIOMETRIA ULTRASSÔNICA MONOCULAR (ECO A) (R\$ 24,24 QUANTIDADE 2)            |                 |                   |               |
| 58     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)  | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 257,17    |
| 59     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)  |                 |                   |               |
| 60     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)                                 |                 |                   |               |
| 61     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - FONOEMLISIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL                | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 1.670,84  |
| 62     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ULTRASSONOGRRAFIA   | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 47,73     |
| 63     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ULTRASSONOGRRAFIA DÓPLER COLORIDO DE VASOS                      | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 128,69    |
| 64     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRRAFIA DÓPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO                                 | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 50,00     |
| 65     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)      | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 40,00     |
| 66     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL   | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 70,00     |
| 67     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO                                       | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 55,00     |
| 68     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO (UNILATERAL)                                | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 60,00     |
| 69     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRRAFIA BOLSA ESCROTAL (BILATERAL)                                 | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 40,00     |
| 70     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRRAFIA MAMÁRIA BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)                    | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 70,00     |
| 71     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL) (PÉLVICA MASCULINA)            | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 50,00     |
| 72     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA (VIA TRANSRETAL)                               | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 34,00     |
| 73     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREÓIDE  | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 50,00     |
| 74     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA (VIA ABDOMINAL OU VIA TRANSVAGINAL)             | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 50,00     |
| 75     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA COM DÓPLER COLORIDO E PULSADO                   | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 74,80     |
| 76     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA) (PÉLVICA FEMININA)                  | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 50,00     |
| 77     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA   | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 50,00     |
| 78     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL (ENDOVAGINAL)                                 | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 60,00     |
| 79     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL  | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 50,00     |
| 80     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRRAFIA TRANSLUCÊNCIA NUCAL  | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 72,00     |
| 81     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLÓGICA  | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 218,35    |
| 82     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREÓIDE + DÓPLER                                       | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 143,35    |
| 83     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL) + DÓPLER                     | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 143,35    |
| 84     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESOFAGOGASTRODODENOSCOPIA  | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 80,00     |
| 85     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA DE PRÓSTATA  | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 300,00    |
| 86     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PROCTOLOGISTA (COLONOSCOPIA)   | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 300,00    |
| 87     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANESTESISTA (COLONOSCOPIA)   | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 150,00    |

**Tabela 37**

**Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de PASSA TEMPO**

| Código | Descrição  | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--------|--|-----------------|-------------------|---------------|
| 1      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA                | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 68,32     |
| 2      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSIQUIATRA              | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 120,00    |
| 3      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 120,00    |

**Tabela 38**

**Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de PEDRO LEOPOLDO**

| Código | Descrição   | Tipo de Serviço   | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |               |
|--------|---|---|-------------------|---------------|---------------|
| 1      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICA MÉDICA/PEDIATRIA/ORTOPEDIA/CIRURGIA GERAL/RADIOLOGIA/ANESTESIOLOGIA'   | Dias úteis diurno/ noturno  | Hora              | R\$ 128,33    |               |
| 2      |   |   | Plantão 6h        | R\$ 770,00    |               |
| 3      |   |   | Plantão 8h        | R\$ 1.026,67  |               |
| 4      |   |   | Plantão 12h       | R\$ 1.540,00  |               |
| 5      |   |   | Hora              | R\$ 134,17    |               |
| 6      |   | Finais de Semana e Feriados diurno/noturno  | Plantão 6h        | R\$ 805,00    |               |
| 7      |   |   | Plantão 8h        | R\$ 1.073,33  |               |
| 8      |   |   | Plantão 12h       | R\$ 1.610,00  |               |
| 9      |   |   | Hora              | R\$ 193,33    |               |
| 10     |   | Feriados Especiais diurno/noturno   | Plantão 6h        | R\$ 1.160,00  |               |
| 11     |   |   | Plantão 8h        | R\$ 1.546,67  |               |
| 12     |   |   | Plantão 12h       | R\$ 2.320,00  |               |
| 13     |   | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR TÉCNICO                  | Não se Aplica     | Mês           | R\$ 6.696,97  |
| 14     |   | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MÉDICO HORIZONTAL                | Não se Aplica     | Mês           | R\$ 13.131,31 |
| 15     |   | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSIQUIATRA E PSIQUIATRA INFANTIL | Dias úteis diurno | Hora          | R\$ 128,95    |
| 16     |   |   |                   | Plantão 6h    | R\$ 773,72    |
| 17     |   |   |                   | Plantão 8h    | R\$ 1.031,64  |
| 18     |   |   |                   | Plantão 10h   | R\$ 1.289,54  |
| 19     |   |   |                   | Plantão 12h   | R\$ 1.547,44  |
| 20     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGIA/ENDOCRINOLOGIA/ NEUROLOGIA/ORTOPEDIA /PNEUMOLOGIA/UROLOGIA/PROCTOLOGIA/NEFROLOGIA/OFTALMOLOGIA/CIRURGIA GERAL/CLÍNICA MÉDICA/GERIATRIA/OTORRINOLARINGOLOGIA/GINECOLOGISTA/MASTOLOGISTA/ANGIOLOGISTA/INFECTOLOGISTA/ ULTRASSONOGRAFISTA/PSIQUIATRIA/DERMATOLOGIA/REUMATOLOGIA/GASTROENTEROLOGIA/HEMATOLOGIA. | Dias úteis diurno   | Hora              | R\$ 196,97    |               |
| 21     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MÉDICO REGULADOR   | Não se Aplica   | Hora              | R\$ 107,46    |               |
| 22     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGIA/ORTOPEDIA/OFTALMOLOGIA/CIRURGIA GERAL/CLÍNICA MÉDICA.   | Dias úteis diurno   | Consulta          | R\$ 65,66     |               |



Tabela 39

## Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de PIEDADE GERAIS

| Código | Descrição  | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--------|--|-----------------|-------------------|---------------|
| 1      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO   | Não se aplica   | Hora              | R\$ 79,87     |
| 2      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA                             | Não se aplica   | Hora              | R\$ 120,37    |
| 3      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DATAS EXCEPCIONAIS (FESTIVIDADES, GRANDES FERIADOS, ENTRE OUTROS) | Não se aplica   | Hora              | R\$ 159,76    |
| 4      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PSIQUIATRA   | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 39,00     |
| 5      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGISTA  | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 39,00     |
| 6      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - UROLOGISTA   | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 39,00     |

Tabela 40

## Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de PIRACEMA

| Código | Descrição  | Tipo de Serviço    | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--------|--|--------------------|-------------------|---------------|
| 1      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO   | Não se aplica      | Hora              | R\$ 117,81    |
| 2      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | Não se aplica      | Hora              | R\$ 117,81    |
| 3      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA                              | Não se aplica      | Hora              | R\$ 117,81    |
| 4      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA                          | Não se aplica      | Consulta          | R\$ 85,35     |
| 5      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA                          | Não se aplica      | Hora              | R\$ 117,81    |
| 6      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO   | Não se aplica      | Mês               | R\$ 17.069,98 |
| 7      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - FERIADOS ESPECIAIS                    | Feriados Especiais | Plantão           | R\$ 1.950,00  |
| 8      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO GERAL                       | Não se aplica      | Consulta          | R\$ 136,57    |
| 9      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO GERAL/PEQUENAS CIRURGIAS    | Não se aplica      | Procedimento      | R\$ 204,86    |

Tabela 41

## Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de PITANGUI

| Código | Descrição  | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--------|--|-----------------|-------------------|---------------|
| 1      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO   | Não se aplica   | Hora              | R\$ 110,64    |
| 2      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA                            | Não se aplica   | Hora              | R\$ 109,42    |
| 3      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HEMATOLOGISTA                           | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 117,00    |
| 4      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GASTROENTEROLOGISTA                     | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 117,00    |
| 5      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGISTA (AVALIAÇÃO DE MARCAPASSO) | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 115,65    |

Tabela 42

## Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de RAPOSOS

| Código | Descrição  | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--------|--|-----------------|-------------------|---------------|
| 1      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO                             | Não se aplica   | Plantão           | R\$ 1.385,00  |
| 2      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGISTA             | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 69,25     |
| 3      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGISTA                | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 69,25     |
| 4      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOLOGISTA              | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 69,25     |
| 5      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPEDISTA               | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 69,25     |
| 6      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OTORRINOLARINGOLOGISTA    | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 69,25     |
| 7      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GERIATRA                  | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 69,25     |
| 8      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSIQUIATRA                | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 69,25     |
| 9      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA                  | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 69,25     |
| 10     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGISTA/OBSTETRÍCIA | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 69,25     |
| 11     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGISTA ADULTO       | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 69,25     |
| 12     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGISTA INFANTIL     | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 69,25     |
| 13     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ENDOCRINOLOGISTA          | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 69,25     |
| 14     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OFTALMOLOGISTA            | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 69,25     |
| 15     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEFROLOGISTA              | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 69,25     |
| 16     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGISTA            | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 69,25     |
| 17     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MÉDICO DA FAMÍLIA         | Não se aplica   | Mês               | R\$ 17.355,00 |
| 18     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REFERÊNCIA TÉCNICA (RT)   | Não se aplica   | Mês               | R\$ 13.850,00 |

Tabela 43

## Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de RIO ACIMA

| Código | Descrição  | Tipo de Serviço         | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--------|--|-------------------------|-------------------|---------------|
| 1      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GERIATRIA   | Não se aplica           | Consulta          | R\$ 140,00    |
| 2      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGISTA  | Não se aplica           | Consulta          | R\$ 78,78     |
| 3      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGISTA ADULTO   | Não se aplica           | Consulta          | R\$ 78,78     |
| 4      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OTORRINOLARINGOLOGISTA  | Não se aplica           | Consulta          | R\$ 78,78     |
| 5      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGIA   | Não se aplica           | Consulta          | R\$ 105,30    |
| 6      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPEDIA   | Não se aplica           | Consulta          | R\$ 61,05     |
| 7      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGIA INFANTIL   | Não se aplica           | Consulta          | R\$ 78,78     |
| 8      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGIA  | Não se aplica           | Consulta          | R\$ 105,30    |
| 9      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOLOGIA  | Não se aplica           | Consulta          | R\$ 105,30    |
| 10     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ENDOCRINOLOGIA  | Não se aplica           | Consulta          | R\$ 126,75    |
| 11     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GASTROENTEROLOGIA   | Não se aplica           | Consulta          | R\$ 117,00    |
| 12     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEFROLOGIA  | Não se aplica           | Consulta          | R\$ 126,75    |
| 13     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PNEUMOLOGIA   | Não se aplica           | Consulta          | R\$ 117,00    |
| 14     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REUMATOLOGIA  | Não se aplica           | Consulta          | R\$ 126,75    |
| 15     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PROCTOLOGIA   | Não se aplica           | Consulta          | R\$ 126,75    |
| 16     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRIA   | Não se aplica           | Consulta          | R\$ 78,79     |
| 17     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO GERAL   | Não se aplica           | Consulta          | R\$ 87,75     |
| 18     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HEMATOLOGISTA   | Não se aplica           | Consulta          | R\$ 128,70    |
| 19     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA (ENDOVAGINAL, 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     |
| 20     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA (ENDOVAGINAL, 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) COM EQUIPAMENTO DO PROFISSIONAL | Não se aplica           | PROCEDIMENTO      | R\$ 106,00    |
| 21     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL - MÉDICO REGULADOR   | Não se aplica           | Mês               | R\$ 6.828,50  |
| 22     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL - PLANTONISTA  | Plantão Semanal         | Plantão           | R\$ 1.524,21  |
| 23     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL - PLANTONISTA  | Plantão Final de Semana | Plantão           | R\$ 1.657,84  |
| 24     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA   | Não se aplica           | Consulta          | R\$ 107,25    |

Tabela 44

## Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de RIO MANSO

| Código | Descrição  | Tipo de Serviço    | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--------|--|--------------------|-------------------|---------------|
| 1      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO   | Dias Normais       | 12 horas          | R\$ 1.218,75  |
| 2      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO   | Datas Excepcionais | 12 horas          | R\$ 1.852,50  |
| 3      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA | Não se aplica      | 12 horas          | R\$ 975,00    |
| 4      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRIA                             | Não se aplica      | 12 horas          | R\$ 1.654,55  |
| 5      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA               | Não se aplica      | Hora              | R\$ 129,68    |
| 6      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPEDIA                             | Não se aplica      | Hora              | R\$ 156,98    |

|    |   |               |          |     |           |
|----|---|---------------|----------|-----|-----------|
| 7  | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGIA                       | Não se aplica | Hora     | R\$ | 117,98    |
| 8  | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGIA                    | Não se aplica | Hora     | R\$ | 117,98    |
| 9  | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRIA                      | Não se aplica | Hora     | R\$ | 117,98    |
| 10 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGIA                     | Não se aplica | Hora     | R\$ | 117,98    |
| 11 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGIA                   | Não se aplica | Hora     | R\$ | 117,98    |
| 12 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA               | Não se aplica | Hora     | R\$ | 66,30     |
| 13 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA                   | Não se aplica | 12 horas | R\$ | 1.218,75  |
| 14 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICO GERAL                  | Não se aplica | Hora     | R\$ | 56,55     |
| 15 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSQUIATRA                      | Não se aplica | Hora     | R\$ | 117,98    |
| 16 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO COMO MÉDICO PSF | Não se aplica | Mês      | R\$ | 14.000,00 |

**Tabela 45**

**Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de SÃO GONÇALO DO PARÁ**

| Código | Descrição  | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--------|--|-----------------|-------------------|---------------|
| 1      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO                   | Diurno          | 12 horas          | R\$ 1.721,02  |
| 2      |  | Noturno         | 12 horas          | R\$ 2.126,00  |
| 3      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPEDISTA     | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 78,79     |
| 4      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGISTA   | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 78,79     |
| 5      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSQUIATRA       | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 78,79     |
| 6      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO GERAL | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 78,79     |

**Tabela 46**

**Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de SÃO GONÇALO DO RIO ABAIXO**

| Código | Descrição   | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--------|---|-----------------|-------------------|---------------|
| 1      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEFROLOGIA | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 113,81    |

**Tabela 47**

**Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de SÃO JOAQUIM DE BICAS**

| Código | Descrição  | Tipo de Serviço         | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--------|--|-------------------------|-------------------|---------------|
| 1      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO   | Dias úteis diurno       | 12 horas          | R\$ 1.378,79  |
| 2      |  | Dias úteis noturno      | 12 horas          | R\$ 1.510,10  |
| 3      |  | Final de Semana/Feriado | 12 horas          | R\$ 1.510,10  |
| 4      |  | Feriados Especiais      | Hora              | R\$ 196,95    |
| 5      |  | Feriados Especiais      | 12 horas          | R\$ 2.363,45  |
| 6      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DESLOCAMENTO DE PACIENTES PARA OUTRAS UNIDADES  | Não se aplica           | Hora              | R\$ 105,05    |
| 7      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA I                                  | Não se aplica           | Hora              | R\$ 131,31    |
| 8      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA II                                 | Não se aplica           | Hora              | R\$ 262,63    |
| 9      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA III                                | Não se aplica           | Hora              | R\$ 361,11    |
| 10     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA IV                                 | Não se aplica           | Hora              | R\$ 328,28    |
| 11     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REFERÊNCIA TÉCNICA (REGULAÇÃO MÉDICA TFD)       | Não se aplica           | Hora              | R\$ 131,31    |
| 12     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REFERÊNCIA TÉCNICA (COORDENAÇÃO DE GINECOLOGIA) | Não se aplica           | Hora              | R\$ 131,31    |
| 13     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REFERÊNCIA TÉCNICA (URGÊNCIA E EMERGÊNCIA)      | Não se aplica           | Hora              | R\$ 262,63    |
| 14     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SAÚDE DA FAMÍLIA/PSF                            | Não se aplica           | Mês               | R\$ 17.725,84 |

**Tabela 48**

**Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de SÃO SEBASTIÃO DO OESTE**

| Código | Descrição  | Tipo de Serviço            | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--------|--|----------------------------|-------------------|---------------|
| 1      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO                                 | Diurno                     | 12 horas          | R\$ 1.969,70  |
| 2      |  | Noturno                    | 12 horas          | R\$ 1.969,70  |
| 3      |  | Feriados Especiais diurno  | 12 horas          | R\$ 2.068,18  |
| 4      |  | Feriados Especiais noturno | 12 horas          | R\$ 2.166,66  |
| 5      |  | Não se aplica              | Hora              | R\$ 196,97    |
| 6      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ULTRASSONOGRAFIA | Não se aplica              | Procedimento      | R\$ 78,00     |
| 7      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CIRURGIÃO        | Não se aplica              | Consulta          | R\$ 65,66     |
| 8      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - GINECOLOGIA      | Não se aplica              | Consulta          | R\$ 88,00     |
| 9      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PEDIATRIA        | Não se aplica              | Consulta          | R\$ 112,00    |
| 10     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PSQUIATRA        | Não se aplica              | Consulta          | R\$ 83,00     |
| 11     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGIA      | Não se aplica              | Consulta          | R\$ 75,00     |
| 12     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PEDIATRA         | Não se aplica              | 12 horas          | R\$ 1.575,76  |
| 13     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - REGULADOR        | Não se aplica              | Guia auditada     | R\$ 21,01     |
| 14     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CLÍNICA MÉDICA   | Não se aplica              | Mês               | R\$ 20.000,00 |

**Tabela 49**

**Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de SARZEDO**

| Código | Descrição  | Tipo de Serviço | Unidade de Medida | Valor ICISMEP |
|--------|--|-----------------|-------------------|---------------|
| 1      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTOR   | Não se aplica   | Hora              | R\$ 188,50    |
| 2      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA I (ORTOPEDISTA, ANGIOLOGISTA, CIRURGIA GERAL, GINECOLOGISTA/OBSTRETRÍCIA, UROLOGISTA, ENDOCRINOLOGISTA, DERMATOLOGISTA E PEDIATRA) | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 65,66     |
| 3      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA II (NEUROLOGISTA, GINECOLOGISTA/PROCEDÊNCIA DO COLO, OTORRINOLARINGOLOGISTA, ACUPUNTURISTA, PSQUIATRA, CARDIOLOGISTA)              | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 78,79     |
| 4      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA III (NEUROCIRURGIÃO, GASTROENTEROLOGISTA, MASTOLOGISTA, OFTALMOLOGISTA, PNEUMOLOGISTA)   | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 118,18    |
| 5      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA IV (NEFROLOGISTA E REUMATOLOGISTA)   | Não se aplica   | Consulta          | R\$ 148,00    |
| 6      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO   | Não se aplica   | Plantão           | R\$ 1.313,13  |
| 7      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (UPA 24HR)   | Plantão         | 12 horas          | R\$ 1.969,54  |
| 8      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - (REGULADOR E RISCO CIRÚRGICO)   | Não se aplica   | Mês               | R\$ 5.252,53  |
| 9      | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - (MÉDICO DO TRABALHO)  | Não se aplica   | 04 Horas          | R\$ 787,82    |
| 10     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - (PLANTONISTA HORIZONTAL)  | Não se aplica   | 06 Horas          | R\$ 656,57    |
| 11     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PARA ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (UPA 24 HORAS)  | Não se aplica   | Plantão           | R\$ 1.642,07  |
| 12     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PARA REALIZAÇÃO DE PEQUENAS CIRURGIAS   | Não se aplica   | 04 Horas          | R\$ 1.050,50  |
| 13     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PARA PROCEDIMENTO DE VASECTOMIA   | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 402,43    |
| 14     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PARA PROCEDIMENTO DE POSTECTOMIA  | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 287,73    |
| 15     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PARA PROCEDIMENTO DE ESCLEROTERAPIA   | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 525,25    |
| 16     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICO GERAL   | Não se aplica   | Hora              | R\$ 131,31    |
| 17     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGIA ATENDIMENTO DE URGÊNCIA  | Não se aplica   | 4 Horas           | R\$ 1.077,44  |
| 18     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ENDOSCÓPIA DIGESTIVA ALTA COM INSUMOS E EQUIPAMENTO   | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 180,00    |
| 19     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN VENOSO MEMBROS INFERIORES C/ EQUIPAMENTO  | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 130,00    |
| 20     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN VENOSO MEMBROS SUPERIORES C/ EQUIPAMENTO  | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 130,00    |
| 21     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN ARTERIAL MEMBROS INFERIORES C/ EQUIPAMENTO  | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 130,00    |
| 22     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN ARTERIAL MEMBROS SUPERIORES C/ EQUIPAMENTO  | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 130,00    |
| 23     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN DE ARTERIAS CAROTÍDAS C/ EQUIPAMENTO  | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 98,00     |
| 24     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSON TRANSVAGINAL COM DOPPLER  | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 143,36    |
| 25     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSON PARTES MOLES COM DOPPLER  | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 143,36    |
| 26     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSON TESTÍCULOS COM DOPPLER  | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 143,36    |
| 27     | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSON TIREÓIDE COM DOPPLER  | Não se aplica   | Procedimento      | R\$ 143,36    |

|    |   |               |              |     |        |
|----|---|---------------|--------------|-----|--------|
| 28 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSON CERVICAL COM DOPPLER                   | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 143,36 |
| 29 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSON PAREDE ABDOMINAL COM DOPPLER           | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 143,36 |
| 30 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSON REGIÃO INGUINAL COM DOPPLER            | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 143,36 |
| 31 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSON MORFOLÓGICO GESTACIONAL                | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 218,35 |
| 32 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSON OBSTÉTRICO COM DOPPLER                 | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 50,00  |
| 33 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSON OBSTÉTRICO PBF (PERFIL BIOFÍSIO FETAL) | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 50,00  |
| 34 | SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFISTA                               | Não se aplica | Procedimento | R\$ | 65,66  |

Atualização na Tabela de Serviços e Procedimentos em Saúde da ICISMEP, realizada em Março de 2023, com publicação em Março de 2023, para vigência a partir da competência de Março de 2023.

## TABELA DE GERENCIAMENTO DE UNIDADES OU SERVIÇOS DE SAÚDE

| UNIDADES E SERVIÇOS NO MUNICÍPIO DE PARÁ DE MINAS |   |               |
|---|---|---------------|
| GERENCIAMENTO DOS SERVIÇOS DE ANALISES CLINICAS   |   |               |
| LABORATÓRIO                                       |   |               |
| PROCEDIMENTOS SUS                                 |   |               |
| CODIGO  | PROCEDIMENTO  | VALOR ICISMEP |
| 02.02.01.001-5                                    | CLEARANCE OSMOLAR   | R\$ 3,51      |
| 02.02.01.002-3                                    | DETERMINAÇÃO DE CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO                        | R\$ 2,01      |
| 02.02.01.003-1                                    | DETERMINAÇÃO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS                          | R\$ 15,65     |
| 02.02.01.004-0                                    | DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA (2 DOSAGENS)                          | R\$ 3,63      |
| 02.02.01.005-8                                    | DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA C/ INDUÇÃO POR CORTISONA (5 DOSAGENS) | R\$ 6,55      |
| 02.02.01.006-6                                    | DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA C/ INDUÇÃO POR CORTISONA (4 DOSAGENS) | R\$ 3,68      |
| 02.02.01.007-4                                    | DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA (5 DOSAGENS)                          | R\$ 10,00     |
| 02.02.01.008-2                                    | DETERMINAÇÃO DE OSMOLARIDADE  | R\$ 3,51      |
| 02.02.01.009-0                                    | DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE   | R\$ 3,51      |
| 02.02.01.010-4                                    | DOSAGEM DE ACETONA  | R\$ 1,85      |
| 02.02.01.011-2                                    | DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO  | R\$ 2,01      |
| 02.02.01.012-0                                    | DOSAGEM DE ACIDO URICO  | R\$ 1,85      |
| 02.02.01.013-9                                    | DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO                                       | R\$ 9,00      |
| 02.02.01.014-7                                    | DOSAGEM DE ALDOLASE   | R\$ 3,68      |
| 02.02.01.015-5                                    | DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA  | R\$ 3,68      |
| 02.02.01.016-3                                    | DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEÍNA ACIDA                                 | R\$ 3,68      |
| 02.02.01.017-1                                    | DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA                                      | R\$ 3,68      |
| 02.02.01.018-0                                    | DOSAGEM DE AMILASE  | R\$ 2,25      |
| 02.02.01.019-8                                    | DOSAGEM DE AMONIA   | R\$ 3,51      |
| 02.02.01.020-1                                    | DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES                                | R\$ 2,01      |
| 02.02.01.021-0                                    | DOSAGEM DE CALCIO   | R\$ 1,85      |
| 02.02.01.022-8                                    | DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL   | R\$ 3,51      |
| 02.02.01.023-6                                    | DOSAGEM DE CAROTENO   | R\$ 2,01      |
| 02.02.01.025-2                                    | DOSAGEM DE CERULOPLASMINA   | R\$ 3,68      |
| 02.02.01.026-0                                    | DOSAGEM DE CLORETO  | R\$ 1,85      |
| 02.02.01.027-9                                    | DOSAGEM DE COLESTEROL HDL   | R\$ 3,51      |
| 02.02.01.028-7                                    | DOSAGEM DE COLESTEROL LDL   | R\$ 3,51      |
| 02.02.01.029-5                                    | DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL   | R\$ 1,85      |
| 02.02.01.030-9                                    | DOSAGEM DE COLINESTERASE  | R\$ 3,68      |
| 02.02.01.031-7                                    | DOSAGEM DE CREATININA   | R\$ 1,85      |
| 02.02.01.032-5                                    | DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)                                 | R\$ 3,68      |
| 02.02.01.033-3                                    | DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB                             | R\$ 4,12      |
| 02.02.01.034-1                                    | DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA                         | R\$ 3,51      |
| 02.02.01.035-0                                    | DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA                                    | R\$ 3,51      |
| 02.02.01.036-8                                    | DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA                                       | R\$ 3,68      |
| 02.02.01.037-6                                    | DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)              | R\$ 3,68      |
| 02.02.01.038-4                                    | DOSAGEM DE FERRITINA  | R\$ 15,59     |
| 02.02.01.039-2                                    | DOSAGEM DE FERRO SERICO   | R\$ 3,51      |
| 02.02.01.040-6                                    | DOSAGEM DE FOLATO   | R\$ 15,65     |
| 02.02.01.041-4                                    | DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL                                      | R\$ 2,01      |
| 02.02.01.042-2                                    | DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA   | R\$ 2,01      |
| 02.02.01.043-0                                    | DOSAGEM DE FOSFORO  | R\$ 1,85      |
| 02.02.01.044-9                                    | DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA                       | R\$ 2,01      |
| 02.02.01.045-7                                    | DOSAGEM DE GALACTOSE  | R\$ 3,51      |
| 02.02.01.046-5                                    | DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)                        | R\$ 3,51      |
| 02.02.01.047-3                                    | DOSAGEM DE GLICOSE  | R\$ 1,85      |
| 02.02.01.048-1                                    | DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE                            | R\$ 3,68      |
| 02.02.01.049-0                                    | DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA   | R\$ 3,68      |
| 02.02.01.050-3                                    | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA                                    | R\$ 7,86      |
| 02.02.01.051-1                                    | DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA   | R\$ 3,68      |
| 02.02.01.052-0                                    | DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE                                      | R\$ 3,51      |
| 02.02.01.053-8                                    | DOSAGEM DE LACTATO  | R\$ 3,68      |
| 02.02.01.054-6                                    | DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE                                     | R\$ 3,51      |
| 02.02.01.055-4                                    | DOSAGEM DE LIPASE   | R\$ 2,25      |
| 02.02.01.056-2                                    | DOSAGEM DE MAGNESIO   | R\$ 2,01      |
| 02.02.01.057-0                                    | DOSAGEM DE MUCOPROTEÍNAS  | R\$ 2,01      |
| 02.02.01.058-9                                    | DOSAGEM DE PIRUVATO   | R\$ 3,68      |

|                |   |     |        |
|----------------|---|-----|--------|
| 02.02.01.059-7 | DOSAGEM DE PORFIRINAS   | R\$ | 3,51   |
| 02.02.01.060-0 | DOSAGEM DE POTASSIO   | R\$ | 1,85   |
| 02.02.01.061-9 | DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS   | R\$ | 1,40   |
| 02.02.01.062-7 | DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRACOES                                 | R\$ | 1,85   |
| 02.02.01.063-5 | DOSAGEM DE SODIO  | R\$ | 1,85   |
| 02.02.01.064-3 | DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)                   | R\$ | 2,01   |
| 02.02.01.065-1 | DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)                      | R\$ | 2,01   |
| 02.02.01.066-0 | DOSAGEM DE TRANSFERRINA   | R\$ | 4,12   |
| 02.02.01.067-8 | DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS   | R\$ | 3,51   |
| 02.02.01.068-6 | DOSAGEM DE TRIPTOFANO   | R\$ | 3,51   |
| 02.02.01.069-4 | DOSAGEM DE UREIA  | R\$ | 1,85   |
| 02.02.01.070-8 | DOSAGEM DE VITAMINA B12   | R\$ | 15,24  |
| 02.02.01.071-6 | ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS   | R\$ | 3,68   |
| 02.02.01.072-4 | ELETROFORESE DE PROTEINAS   | R\$ | 4,42   |
| 02.02.01.073-2 | GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2)                              | R\$ | 15,65  |
| 02.02.01.074-0 | PROVA DA D-XILOSE   | R\$ | 3,68   |
| 02.02.01.075-9 | TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS               | R\$ | 6,55   |
| 02.02.01.076-7 | DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D                                       | R\$ | 15,24  |
| 02.02.01.077-5 | DETERMINAÇÃO DE CREMATÓCRITO NO LEITE HUMANO ORDENHADO                | R\$ | 1,53   |
| 02.02.01.078-3 | ACIDEZ TITULÁVEL NO LEITE HUMANO (DORNIC)                             | R\$ | 3,04   |
| 02.02.01.079-1 | DOSAGEM DE PEPTÍDEOS NATRIURÉTICOS TIPO B (BNP E NT-PROBNP)           | R\$ | 27,00  |
| 02.02.02.001-0 | CITOQUÍMICA HEMATOLOGICA  | R\$ | 6,48   |
| 02.02.02.002-9 | CONTAGEM DE PLAQUETAS   | R\$ | 2,73   |
| 02.02.02.003-7 | CONTAGEM DE RETICULOCITOS   | R\$ | 2,73   |
| 02.02.02.004-5 | DETERMINAÇÃO DE CURVA DE RESISTÊNCIA GLOBULAR                         | R\$ | 2,73   |
| 02.02.02.005-3 | DETERMINAÇÃO DE ENZIMAS ERITROCITÁRIAS (CADA)                         | R\$ | 2,73   |
| 02.02.02.006-1 | DETERMINAÇÃO DE SULFO-HEMOGLOBINA                                     | R\$ | 2,73   |
| 02.02.02.007-0 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO                                   | R\$ | 2,73   |
| 02.02.02.008-8 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA                          | R\$ | 2,73   |
| 02.02.02.009-6 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE                            | R\$ | 2,73   |
| 02.02.02.010-0 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY                           | R\$ | 9,00   |
| 02.02.02.011-8 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS                        | R\$ | 5,79   |
| 02.02.02.012-6 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA                                     | R\$ | 2,85   |
| 02.02.02.013-4 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA) | R\$ | 5,77   |
| 02.02.02.014-2 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)                | R\$ | 2,73   |
| 02.02.02.015-0 | DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO (VHS)                 | R\$ | 2,73   |
| 02.02.02.016-9 | DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE                                  | R\$ | 4,11   |
| 02.02.02.017-7 | DOSAGEM DE ANTITROMBINA III   | R\$ | 6,48   |
| 02.02.02.018-5 | DOSAGEM DE FATOR II   | R\$ | 5,31   |
| 02.02.02.019-3 | DOSAGEM DE FATOR IX   | R\$ | 7,61   |
| 02.02.02.020-7 | DOSAGEM DE FATOR V LEIDEN   | R\$ | 4,73   |
| 02.02.02.021-5 | DOSAGEM DE FATOR VII  | R\$ | 8,09   |
| 02.02.02.022-3 | DOSAGEM DE FATOR VIII   | R\$ | 6,63   |
| 02.02.02.023-1 | DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)                                      | R\$ | 15,00  |
| 02.02.02.024-0 | DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)                            | R\$ | 18,91  |
| 02.02.02.025-8 | DOSAGEM DE FATOR X  | R\$ | 6,66   |
| 02.02.02.027-4 | DOSAGEM DE FATOR XII  | R\$ | 10,51  |
| 02.02.02.028-2 | DOSAGEM DE FATOR XIII   | R\$ | 6,66   |
| 02.02.02.029-0 | DOSAGEM DE FIBRINOGENIO   | R\$ | 4,60   |
| 02.02.02.030-4 | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA  | R\$ | 1,53   |
| 02.02.02.031-2 | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC                         | R\$ | 2,73   |
| 02.02.02.032-0 | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL  | R\$ | 2,73   |
| 02.02.02.033-9 | DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA  | R\$ | 2,73   |
| 02.02.02.034-7 | DOSAGEM DE PLASMINOGENIO  | R\$ | 4,11   |
| 02.02.02.035-5 | ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA   | R\$ | 5,41   |
| 02.02.02.036-3 | ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)                   | R\$ | 2,73   |
| 02.02.02.037-1 | HEMATOCRITO   | R\$ | 1,53   |
| 02.02.02.038-0 | HEMOGRAMA COMPLETO  | R\$ | 4,11   |
| 02.02.02.039-8 | LEUCOGRAMA  | R\$ | 2,73   |
| 02.02.02.040-1 | PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA                       | R\$ | 25,00  |
| 02.02.02.041-0 | PESQUISA DE CELULAS LE  | R\$ | 4,11   |
| 02.02.02.042-8 | PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ                                      | R\$ | 2,73   |
| 02.02.02.043-6 | PESQUISA DE FILARIA   | R\$ | 2,73   |
| 02.02.02.044-4 | PESQUISA DE HEMOGLOBINA S   | R\$ | 2,73   |
| 02.02.02.046-0 | PESQUISA DE TRIPANOSSOMA  | R\$ | 2,73   |
| 02.02.02.048-7 | PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA                                       | R\$ | 4,11   |
| 02.02.02.049-5 | PROVA DE RETRACAO DO COAGULO  | R\$ | 2,73   |
| 02.02.02.050-9 | PROVA DO LACO   | R\$ | 2,73   |
| 02.02.02.051-7 | RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS                     | R\$ | 2,73   |
| 02.02.02.052-5 | TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS                                       | R\$ | 12,00  |
| 02.02.02.053-3 | TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)   | R\$ | 2,73   |
| 02.02.02.054-1 | TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)                            | R\$ | 2,73   |
| 02.02.02.055-0 | DOSAGEM DE PROTEINA C FUNCIONAL                                       | R\$ | 75,00  |
| 02.02.02.056-8 | DOSAGEM DE PROTEINA S FUNCIONAL                                       | R\$ | 125,00 |
| 02.02.02.057-6 | PESQUISA DE ANTICOAGULANTE LUPICO                                     | R\$ | 110,00 |
| 02.02.03.001-6 | CONTAGEM DE LINFOCITOS B  | R\$ | 15,00  |
| 02.02.03.002-4 | CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8  | R\$ | 15,00  |
| 02.02.03.003-2 | CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS                                       | R\$ | 15,00  |
| 02.02.03.004-0 | DETECÇÃO DE ÁCIDOS NUCLEICOS DO HIV-1 (QUALITATIVO)                   | R\$ | 65,00  |

|                |  |     |        |
|----------------|--|-----|--------|
| 02.02.03.005-9 | DETECÇÃO DE RNA DO VÍRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)                                       | R\$ | 96,00  |
| 02.02.03.006-7 | DETERMINAÇÃO DE COMPLEMENTO (CH50)   | R\$ | 9,25   |
| 02.02.03.007-5 | DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATOIDE   | R\$ | 2,83   |
| 02.02.03.008-3 | DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA  | R\$ | 9,25   |
| 02.02.03.009-1 | DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEÍNA   | R\$ | 15,06  |
| 02.02.03.010-5 | DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)  | R\$ | 16,42  |
| 02.02.03.011-3 | DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA   | R\$ | 13,55  |
| 02.02.03.012-1 | DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3  | R\$ | 17,16  |
| 02.02.03.013-0 | DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4  | R\$ | 17,16  |
| 02.02.03.014-8 | DOSAGEM DE CRIODAGLUTININA   | R\$ | 2,83   |
| 02.02.03.015-6 | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)  | R\$ | 17,16  |
| 02.02.03.016-4 | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)  | R\$ | 9,25   |
| 02.02.03.018-0 | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)  | R\$ | 17,16  |
| 02.02.03.019-9 | DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE   | R\$ | 9,25   |
| 02.02.03.020-2 | DOSAGEM DE PROTEÍNA C REATIVA  | R\$ | 2,83   |
| 02.02.03.021-0 | GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C   | R\$ | 298,48 |
| 02.02.03.023-7 | IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)                                     | R\$ | 80,00  |
| 02.02.03.025-3 | PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA   | R\$ | 10,00  |
| 02.02.03.026-1 | PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA   | R\$ | 10,00  |
| 02.02.03.027-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA  | R\$ | 8,67   |
| 02.02.03.028-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI  | R\$ | 17,16  |
| 02.02.03.029-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)   | R\$ | 85,00  |
| 02.02.03.030-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)  | R\$ | 10,00  |
| 02.02.03.031-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 HTLV-2  | R\$ | 18,55  |
| 02.02.03.032-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEÍNA (RNP)                                       | R\$ | 17,16  |
| 02.02.03.033-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS   | R\$ | 5,74   |
| 02.02.03.034-2 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM   | R\$ | 17,16  |
| 02.02.03.035-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)  | R\$ | 18,55  |
| 02.02.03.036-9 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)  | R\$ | 18,55  |
| 02.02.03.037-7 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS  | R\$ | 9,25   |
| 02.02.03.038-5 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS  | R\$ | 10,00  |
| 02.02.03.039-3 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS   | R\$ | 9,25   |
| 02.02.03.040-7 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS  | R\$ | 3,70   |
| 02.02.03.041-5 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO  | R\$ | 5,83   |
| 02.02.03.042-3 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLOURESCENCIA)                               | R\$ | 10,00  |
| 02.02.03.043-1 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL   | R\$ | 17,16  |
| 02.02.03.044-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS   | R\$ | 9,25   |
| 02.02.03.045-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)   | R\$ | 10,00  |
| 02.02.03.046-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES   | R\$ | 9,70   |
| 02.02.03.047-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)   | R\$ | 2,83   |
| 02.02.03.048-2 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO  | R\$ | 10,00  |
| 02.02.03.050-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO   | R\$ | 10,00  |
| 02.02.03.051-2 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS  | R\$ | 10,00  |
| 02.02.03.052-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA  | R\$ | 17,16  |
| 02.02.03.053-9 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS   | R\$ | 4,10   |
| 02.02.03.054-7 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA  | R\$ | 5,50   |
| 02.02.03.055-5 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS   | R\$ | 17,16  |
| 02.02.03.056-3 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA   | R\$ | 17,16  |
| 02.02.03.057-1 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO  | R\$ | 17,16  |
| 02.02.03.058-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO  | R\$ | 17,16  |
| 02.02.03.059-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINÚCLEO (FAN)  | R\$ | 17,16  |
| 02.02.03.060-1 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIARIETAIS  | R\$ | 17,16  |
| 02.02.03.061-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS  | R\$ | 10,00  |
| 02.02.03.062-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA  | R\$ | 17,16  |
| 02.02.03.063-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)     | R\$ | 18,55  |
| 02.02.03.064-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTÍGENO E DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)                 | R\$ | 18,55  |
| 02.02.03.065-2 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA  | R\$ | 7,78   |
| 02.02.03.066-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII   | R\$ | 9,71   |
| 02.02.03.067-9 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)                             | R\$ | 18,55  |
| 02.02.03.068-7 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)                             | R\$ | 18,55  |
| 02.02.03.069-5 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO   | R\$ | 9,25   |
| 02.02.03.070-9 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIÓIDES BRASILIENSIS                                | R\$ | 4,10   |
| 02.02.03.071-7 | PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO                       | R\$ | 18,55  |
| 02.02.03.072-5 | PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA  | R\$ | 17,16  |
| 02.02.03.073-3 | PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR                             | R\$ | 2,83   |
| 02.02.03.074-1 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS   | R\$ | 11,00  |
| 02.02.03.075-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS   | R\$ | 9,25   |
| 02.02.03.076-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA  | R\$ | 16,97  |
| 02.02.03.077-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI   | R\$ | 9,25   |
| 02.02.03.078-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL) | R\$ | 18,55  |
| 02.02.03.079-2 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS  | R\$ | 30,00  |
| 02.02.03.080-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)                          | R\$ | 18,55  |
| 02.02.03.081-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA                                       | R\$ | 17,16  |
| 02.02.03.082-2 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER                        | R\$ | 17,16  |
| 02.02.03.083-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR                                     | R\$ | 17,16  |
| 02.02.03.084-9 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLIS                                   | R\$ | 17,16  |
| 02.02.03.085-7 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS   | R\$ | 11,61  |

|                |  |     |        |
|----------------|--|-----|--------|
| 02.02.03.086-5 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS   | R\$ | 10,00  |
| 02.02.03.087-3 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA  | R\$ | 18,55  |
| 02.02.03.088-1 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI   | R\$ | 9,25   |
| 02.02.03.089-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG) | R\$ | 18,55  |
| 02.02.03.090-3 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS  | R\$ | 20,00  |
| 02.02.03.091-1 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV- IGM)                       | R\$ | 18,55  |
| 02.02.03.092-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA                                     | R\$ | 17,16  |
| 02.02.03.093-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER                      | R\$ | 17,16  |
| 02.02.03.094-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR                                   | R\$ | 17,16  |
| 02.02.03.095-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLIS                                 | R\$ | 17,16  |
| 02.02.03.096-2 | PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)  | R\$ | 13,35  |
| 02.02.03.097-0 | PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)                        | R\$ | 18,55  |
| 02.02.03.098-9 | PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)                                    | R\$ | 18,55  |
| 02.02.03.099-7 | DETECÇÃO DE CLAMÍDIA E GONOCOCO POR BIOLOGIA MOLECULAR                                   | R\$ | 60,00  |
| 02.02.03.100-4 | PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS   | R\$ | 2,83   |
| 02.02.03.101-2 | PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)   | R\$ | 4,10   |
| 02.02.03.102-0 | PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLOURESCENCIA   | R\$ | 10,00  |
| 02.02.03.103-9 | PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA                                   | R\$ | 9,25   |
| 02.02.03.104-7 | PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLOURESCENCIA)                                   | R\$ | 10,00  |
| 02.02.03.105-5 | PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)   | R\$ | 1,77   |
| 02.02.03.106-3 | PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS   | R\$ | 1,77   |
| 02.02.03.107-1 | QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO HIV-1  | R\$ | 18,00  |
| 02.02.03.108-0 | QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C  | R\$ | 168,48 |
| 02.02.03.109-8 | TESTE TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS   | R\$ | 4,10   |
| 02.02.03.110-1 | REAÇÃO DE MONTENEGRO ID  | R\$ | 2,83   |
| 02.02.03.111-0 | TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS VDRL  | R\$ | 2,83   |
| 02.02.03.112-8 | TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS  | R\$ | 10,00  |
| 02.02.03.113-6 | TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS  | R\$ | 10,00  |
| 02.02.03.114-4 | TESTES ALERGICOS DE CONTATO  | R\$ | 1,77   |
| 02.02.03.115-2 | TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA  | R\$ | 1,77   |
| 02.02.03.117-9 | TESTE NÃO TREPONÊMICO P/ DETECÇÃO DE SÍFILIS EM GESTANTES (VDRL GESTANTE)                | R\$ | 2,83   |
| 02.02.03.118-7 | DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINASE RECOMBINANTE HUMANO IGA                       | R\$ | 18,55  |
| 02.02.03.119-5 | DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO   | R\$ | 17,16  |
| 02.02.03.120-9 | DOSAGEM DE TROPONINA   | R\$ | 9,00   |
| 02.02.03.121-7 | DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125   | R\$ | 13,35  |
| 02.02.03.122-5 | EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER I  | R\$ | 80,00  |
| 02.02.03.123-3 | EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER II   | R\$ | 120,00 |
| 02.02.03.125-0 | DETECÇÃO DE RNA DO HTLV-1  | R\$ | 65,00  |
| 02.02.03.126-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 (WESTERN-BLOT)                             | R\$ | 85,00  |
| 02.02.03.127-6 | DOSAGEM DE ADENOSINA-DESAMINASE (ADA)  | R\$ | 13,06  |
| 02.02.03.128-4 | ANTIBETA 2 GLICOPROTEINA I-IGG   | R\$ | 125,00 |
| 02.02.03.129-2 | DOSAGEM DE ANTI-BETA-2-GLICOPROTEÍNA I - IGM   | R\$ | 125,00 |
| 02.02.03.130-6 | DIAGNÓSTICO E REAVALIAÇÃO DE HEMOGLOBINÚRIA PAROXISTICA NOTURNA                          | R\$ | 80,00  |
| 02.02.04.001-1 | DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL  | R\$ | 1,65   |
| 02.02.04.002-0 | DOSAGEM DE GORDURA FECAL   | R\$ | 3,04   |
| 02.02.04.003-8 | EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL  | R\$ | 3,04   |
| 02.02.04.004-6 | IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS   | R\$ | 1,65   |
| 02.02.04.005-4 | PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)                                     | R\$ | 1,65   |
| 02.02.04.006-2 | PESQUISA DE EOSINOFILOS  | R\$ | 1,65   |
| 02.02.04.007-0 | PESQUISA DE GORDURA FECAL  | R\$ | 1,65   |
| 02.02.04.008-9 | PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES   | R\$ | 1,65   |
| 02.02.04.009-7 | PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES   | R\$ | 1,65   |
| 02.02.04.010-0 | PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES  | R\$ | 1,65   |
| 02.02.04.011-9 | PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)                                | R\$ | 1,65   |
| 02.02.04.012-7 | PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS   | R\$ | 1,65   |
| 02.02.04.013-5 | PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES  | R\$ | 10,25  |
| 02.02.04.014-3 | PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES  | R\$ | 1,65   |
| 02.02.04.015-1 | PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES  | R\$ | 1,65   |
| 02.02.04.016-0 | PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES   | R\$ | 1,65   |
| 02.02.04.017-8 | PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES  | R\$ | 1,65   |
| 02.02.05.001-7 | ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA                            | R\$ | 3,70   |
| 02.02.05.002-5 | CLEARANCE DE CREATININA  | R\$ | 3,51   |
| 02.02.05.003-3 | CLEARANCE DE FOSFATO   | R\$ | 3,51   |
| 02.02.05.004-1 | CLEARANCE DE UREIA   | R\$ | 3,51   |
| 02.02.05.005-0 | CONTAGEM DE ADDIS  | R\$ | 2,04   |
| 02.02.05.006-8 | DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE   | R\$ | 3,70   |
| 02.02.05.007-6 | IDENTIFICAÇÃO DE GLÍCIDIOS URINÁRIOS POR CROMATOGRAFIA (CAMADA DELGADA)                  | R\$ | 3,70   |
| 02.02.05.008-4 | DOSAGEM DE CITRATO   | R\$ | 2,01   |
| 02.02.05.009-2 | DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA  | R\$ | 8,12   |
| 02.02.05.010-6 | DOSAGEM DE OXALATO   | R\$ | 3,68   |
| 02.02.05.011-4 | DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)   | R\$ | 2,04   |
| 02.02.05.012-2 | DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS   | R\$ | 3,04   |
| 02.02.05.013-0 | EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS  | R\$ | 3,70   |
| 02.02.05.014-9 | PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA)                                    | R\$ | 3,70   |
| 02.02.05.015-7 | PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA   | R\$ | 2,04   |
| 02.02.05.016-5 | PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA   | R\$ | 3,70   |
| 02.02.05.017-3 | PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA  | R\$ | 2,04   |
| 02.02.05.018-1 | PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA   | R\$ | 2,40   |
| 02.02.05.019-0 | PESQUISA DE CISTINA NA URINA   | R\$ | 2,04   |

|                |   |     |       |
|----------------|---|-----|-------|
| 02.02.05.020-3 | PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA                       | R\$ | 2,04  |
| 02.02.05.021-1 | PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA          | R\$ | 3,70  |
| 02.02.05.022-0 | PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA                         | R\$ | 2,04  |
| 02.02.05.023-8 | PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA                              | R\$ | 2,04  |
| 02.02.05.024-6 | PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA                            | R\$ | 3,36  |
| 02.02.05.026-2 | PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA                          | R\$ | 2,04  |
| 02.02.05.027-0 | PESQUISA DE LACTOSE NA URINA                              | R\$ | 2,04  |
| 02.02.05.028-9 | PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA                  | R\$ | 3,70  |
| 02.02.05.029-7 | PESQUISA DE PORFEBILINOGENIO NA URINA                     | R\$ | 2,04  |
| 02.02.05.030-0 | PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)        | R\$ | 4,44  |
| 02.02.05.031-9 | PESQUISA DE TIROSINA NA URINA                             | R\$ | 2,04  |
| 02.02.05.032-7 | PROVA DE DILUICAO (URINA)                                 | R\$ | 2,04  |
| 02.02.06.001-2 | DETERMINAÇÃO DE ÍNDICE DE TIROXINA LIVRE                  | R\$ | 12,54 |
| 02.02.06.002-0 | DETERMINAÇÃO DE RETENÇÃO DE T3                            | R\$ | 12,54 |
| 02.02.06.003-9 | DETERMINAÇÃO DE T3 REVERSO                                | R\$ | 14,69 |
| 02.02.06.004-7 | DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA                    | R\$ | 10,20 |
| 02.02.06.005-5 | DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS                        | R\$ | 6,72  |
| 02.02.06.006-3 | DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES                     | R\$ | 6,72  |
| 02.02.06.007-1 | DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)     | R\$ | 6,72  |
| 02.02.06.008-0 | DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)                    | R\$ | 14,12 |
| 02.02.06.009-8 | DOSAGEM DE ALDOSTERONA                                    | R\$ | 11,89 |
| 02.02.06.010-1 | DOSAGEM DE AMP CICLICO                                    | R\$ | 12,01 |
| 02.02.06.011-0 | DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA                                | R\$ | 11,53 |
| 02.02.06.012-8 | DOSAGEM DE CALCITONINA                                    | R\$ | 14,38 |
| 02.02.06.013-6 | DOSAGEM DE CORTISOL                                       | R\$ | 9,86  |
| 02.02.06.014-4 | DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)                  | R\$ | 11,25 |
| 02.02.06.015-2 | DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)                       | R\$ | 11,71 |
| 02.02.06.016-0 | DOSAGEM DE ESTRADIOL                                      | R\$ | 10,15 |
| 02.02.06.017-9 | DOSAGEM DE ESTRIOL  | R\$ | 11,55 |
| 02.02.06.018-7 | DOSAGEM DE ESTRONA  | R\$ | 11,12 |
| 02.02.06.019-5 | DOSAGEM DE GASTRINA                                       | R\$ | 14,15 |
| 02.02.06.020-9 | DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA           | R\$ | 15,35 |
| 02.02.06.021-7 | DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG) | R\$ | 7,85  |
| 02.02.06.022-5 | DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)                  | R\$ | 10,21 |
| 02.02.06.023-3 | DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)            | R\$ | 7,89  |
| 02.02.06.024-1 | DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)                     | R\$ | 8,97  |
| 02.02.06.025-0 | DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE TSH                  | R\$ | 8,96  |
| 02.02.06.026-8 | DOSAGEM DE INSULINA                                       | R\$ | 10,17 |
| 02.02.06.027-6 | DOSAGEM DE PARATORMONIO                                   | R\$ | 43,13 |
| 02.02.06.028-4 | DOSAGEM DE PEPTIDEO C                                     | R\$ | 15,35 |
| 02.02.06.029-2 | DOSAGEM DE PROGESTERONA                                   | R\$ | 10,22 |
| 02.02.06.030-6 | DOSAGEM DE PROLACTINA                                     | R\$ | 10,15 |
| 02.02.06.031-4 | DOSAGEM DE RENINA   | R\$ | 13,19 |
| 02.02.06.032-2 | DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)                          | R\$ | 15,35 |
| 02.02.06.033-0 | DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)        | R\$ | 13,11 |
| 02.02.06.034-9 | DOSAGEM DE TESTOSTERONA                                   | R\$ | 10,43 |
| 02.02.06.035-7 | DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE                             | R\$ | 13,11 |
| 02.02.06.036-5 | DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA                                 | R\$ | 15,35 |
| 02.02.06.037-3 | DOSAGEM DE TIROXINA (T4)                                  | R\$ | 8,76  |
| 02.02.06.038-1 | DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)                      | R\$ | 11,60 |
| 02.02.06.039-0 | DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)                           | R\$ | 8,71  |
| 02.02.06.040-3 | TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH            | R\$ | 12,01 |
| 02.02.06.041-1 | TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA        | R\$ | 12,01 |
| 02.02.06.042-0 | TESTE DE ESTIMULO COM GNRH OU COM AGONISTA GNRH           | R\$ | 12,01 |
| 02.02.06.043-8 | TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON                    | R\$ | 12,01 |
| 02.02.06.044-6 | TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA          | R\$ | 12,01 |
| 02.02.06.045-4 | TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE                    | R\$ | 12,01 |
| 02.02.06.046-2 | TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS               | R\$ | 8,43  |
| 02.02.06.047-0 | PESQUISA DE MACROPROLACTINA                               | R\$ | 12,15 |
| 02.02.07.001-8 | DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO                    | R\$ | 2,06  |
| 02.02.07.002-6 | DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO                                 | R\$ | 2,23  |
| 02.02.07.003-4 | DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO                                | R\$ | 3,68  |
| 02.02.07.004-2 | DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO                           | R\$ | 2,04  |
| 02.02.07.005-0 | DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO                                | R\$ | 15,65 |
| 02.02.07.006-9 | DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE                                | R\$ | 3,51  |
| 02.02.07.007-7 | DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO                                 | R\$ | 2,01  |
| 02.02.07.008-5 | DOSAGEM DE ALUMÍNIO                                       | R\$ | 27,50 |
| 02.02.07.009-3 | DOSAGEM DE AMINOGlicosídeos                               | R\$ | 10,00 |
| 02.02.07.010-7 | DOSAGEM DE ANFETAMINAS                                    | R\$ | 10,00 |
| 02.02.07.011-5 | DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS                    | R\$ | 10,00 |
| 02.02.07.012-3 | DOSAGEM DE BARBITURATOS                                   | R\$ | 13,13 |
| 02.02.07.013-1 | DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS                              | R\$ | 13,48 |
| 02.02.07.014-0 | DOSAGEM DE CADMIO   | R\$ | 6,55  |
| 02.02.07.015-8 | DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA                                  | R\$ | 17,53 |
| 02.02.07.016-6 | DOSAGEM DE CARBOXY-HEMOGLOBINA                            | R\$ | 4,11  |
| 02.02.07.017-4 | DOSAGEM DE CHUMBO   | R\$ | 8,83  |
| 02.02.07.018-2 | DOSAGEM DE CICLOSPORINA                                   | R\$ | 58,61 |
| 02.02.07.019-0 | DOSAGEM DE COBRE  | R\$ | 3,51  |
| 02.02.07.020-4 | DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)             | R\$ | 8,97  |



|                |  |     |        |
|----------------|--|-----|--------|
| 02.02.07.021-2 | DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA  | R\$ | 15,65  |
| 02.02.07.022-0 | DOSAGEM DE FENITOÍNA   | R\$ | 35,22  |
| 02.02.07.023-9 | DOSAGEM DE FENOL   | R\$ | 2,05   |
| 02.02.07.024-7 | DOSAGEM DE FORMALDEIDO   | R\$ | 3,51   |
| 02.02.07.025-5 | DOSAGEM DE LITIO   | R\$ | 2,25   |
| 02.02.07.026-3 | DOSAGEM DE MERCURIO  | R\$ | 2,04   |
| 02.02.07.027-1 | DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA  | R\$ | 4,11   |
| 02.02.07.028-0 | DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA  | R\$ | 10,00  |
| 02.02.07.029-8 | DOSAGEM DE METOTREXATO   | R\$ | 10,00  |
| 02.02.07.030-1 | DOSAGEM DE QUINIDINA   | R\$ | 10,00  |
| 02.02.07.031-0 | DOSAGEM DE SALICILATOS   | R\$ | 2,01   |
| 02.02.07.032-8 | DOSAGEM DE SULFATOS  | R\$ | 3,51   |
| 02.02.07.033-6 | DOSAGEM DE TEOFILINA   | R\$ | 15,65  |
| 02.02.07.034-4 | DOSAGEM DE TIOCIANATO  | R\$ | 3,68   |
| 02.02.07.035-2 | DOSAGEM DE ZINCO   | R\$ | 15,65  |
| 02.02.08.001-3 | ANTIBIOGRAMA   | R\$ | 4,98   |
| 02.02.08.002-1 | ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA   | R\$ | 13,33  |
| 02.02.08.003-0 | ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS  | R\$ | 13,33  |
| 02.02.08.004-8 | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)  | R\$ | 4,20   |
| 02.02.08.009-9 | CULTURA DO LEITE HUMANO (POS-PASTEURIZAÇÃO)  | R\$ | 5,62   |
| 02.02.08.010-2 | CULTURA P/ HERPESVIRUS   | R\$ | 4,33   |
| 02.02.08.011-0 | CULTURA DE BARR  | R\$ | 5,63   |
| 02.02.08.012-9 | CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS   | R\$ | 10,25  |
| 02.02.08.013-7 | CULTURA PARA FUNGOS  | R\$ | 4,19   |
| 02.02.08.014-5 | EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)   | R\$ | 2,80   |
| 02.02.08.015-3 | HEMOCULTURA  | R\$ | 11,49  |
| 02.02.08.016-1 | IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS  | R\$ | 5,63   |
| 02.02.08.017-0 | PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI  | R\$ | 4,33   |
| 02.02.08.018-8 | PESQUISA DE BACILO DIFTERICO   | R\$ | 2,80   |
| 02.02.08.019-6 | PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A  | R\$ | 4,33   |
| 02.02.08.020-0 | PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY   | R\$ | 2,80   |
| 02.02.08.021-8 | PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI  | R\$ | 4,33   |
| 02.02.08.022-6 | PESQUISA DE LEPTOSPIRAS  | R\$ | 2,80   |
| 02.02.08.023-4 | PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM   | R\$ | 5,04   |
| 02.02.08.024-2 | PROVA CONFIRMATÓRIA DA PRESENÇA DE MICRO-ORGANISMOS COLIFORMES   | R\$ | 5,62   |
| 02.02.09.001-9 | ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES   | R\$ | 1,89   |
| 02.02.09.002-7 | ADENOGRAMA   | R\$ | 5,79   |
| 02.02.09.003-5 | CITOLOGIA P/ CLAMIDIA  | R\$ | 4,33   |
| 02.02.09.004-3 | CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS   | R\$ | 4,33   |
| 02.02.09.005-1 | CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR   | R\$ | 1,89   |
| 02.02.09.006-0 | CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR   | R\$ | 1,89   |
| 02.02.09.007-8 | DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO                           | R\$ | 6,56   |
| 02.02.09.008-6 | DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO   | R\$ | 1,89   |
| 02.02.09.009-4 | DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA   | R\$ | 2,01   |
| 02.02.09.010-8 | DOSAGEM DE FRUTOSE   | R\$ | 2,01   |
| 02.02.09.011-6 | DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA  | R\$ | 2,01   |
| 02.02.09.012-4 | DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES  | R\$ | 1,89   |
| 02.02.09.013-2 | DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES  | R\$ | 1,89   |
| 02.02.09.015-9 | ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR  | R\$ | 5,23   |
| 02.02.09.016-7 | ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO  | R\$ | 6,56   |
| 02.02.09.017-5 | ESPLENOGRAMA   | R\$ | 5,79   |
| 02.02.09.018-3 | EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS  | R\$ | 1,89   |
| 02.02.09.019-1 | MIELOGRAMA   | R\$ | 5,79   |
| 02.02.09.021-3 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES ( ELISA )   | R\$ | 9,70   |
| 02.02.09.022-1 | DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA  | R\$ | 2,01   |
| 02.02.09.023-0 | PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR   | R\$ | 1,89   |
| 02.02.09.024-8 | PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS   | R\$ | 1,89   |
| 02.02.09.025-6 | PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA   | R\$ | 1,89   |
| 02.02.09.026-4 | PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APÓS VASECTOMIA)  | R\$ | 4,80   |
| 02.02.09.027-2 | PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES   | R\$ | 1,89   |
| 02.02.09.028-0 | PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)   | R\$ | 9,70   |
| 02.02.09.029-9 | PROVA DO LÁTEX P/ HAEMOPHILUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C) | R\$ | 1,89   |
| 02.02.09.030-2 | PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE   | R\$ | 1,89   |
| 02.02.09.031-0 | REACAO DE PANDY  | R\$ | 1,89   |
| 02.02.09.032-9 | REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES   | R\$ | 1,89   |
| 02.02.09.033-7 | TESTE DE CLEMENTS  | R\$ | 1,89   |
| 02.02.09.034-5 | TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECREÇÃO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS  | R\$ | 4,69   |
| 02.02.09.035-3 | TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO  | R\$ | 4,69   |
| 02.02.10.001-4 | DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TECNICA DE BANDAS)                                   | R\$ | 180,00 |
| 02.02.10.002-2 | DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS)                      | R\$ | 160,00 |
| 02.02.10.003-0 | DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)  | R\$ | 160,00 |
| 02.02.10.004-9 | QUANTIFICACAO/AMPLIFICACAO DO HER-2  | R\$ | 120,00 |
| 02.02.10.021-9 | DIAGNÓSTICO DE LEUCEMIA CROMOSSOMA PHILADELPHIA POSITIVO POR TÉCNICA MOLECULAR                                 | R\$ | 144,24 |
| 02.02.10.022-7 | REAVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE LEUCEMIA CROMOSSOMA PHILADELPHIA POSITIVO POR TÉCNICA MOLECULAR                     | R\$ | 168,48 |
| 02.02.10.023-5 | PESQUISA DE MUTAÇÃO DO GENE DA PROTROMBINA   | R\$ | 180,00 |
| 02.02.11.001-0 | DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)  | R\$ | 8,80   |
| 02.02.11.002-8 | DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)   | R\$ | 66,00  |

|                |   |     |        |
|----------------|---|-----|--------|
| 02.02.11.003-6 | DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)   | R\$ | 66,00  |
| 02.02.11.004-4 | DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)   | R\$ | 5,50   |
| 02.02.11.005-2 | DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4   | R\$ | 12,10  |
| 02.02.11.006-0 | DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECCAO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)      | R\$ | 20,90  |
| 02.02.11.007-9 | DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)  | R\$ | 5,50   |
| 02.02.11.008-7 | DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)   | R\$ | 13,20  |
| 02.02.11.009-5 | DOSAGEM DE 17 HIDROXI PROGESTERONA EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)                        | R\$ | 8,00   |
| 02.02.11.010-9 | DOSAGEM DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SANGUE EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO) | R\$ | 5,50   |
| 02.02.11.011-7 | DOSAGEM QUANTITATIVA DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SORO  | R\$ | 137,00 |
| 02.02.11.012-5 | DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HIPERPLASIA ADRENAL CONGENITA  | R\$ | 66,00  |
| 02.02.11.013-3 | DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM DEFICIENCIA DE BIOTINIDASE   | R\$ | 66,00  |
| 02.02.11.014-1 | DOSAGEM DE CLORETO NO SUOR  | R\$ | 150,00 |
| 02.02.12.001-5 | DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS   | R\$ | 10,65  |
| 02.02.12.002-3 | DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO  | R\$ | 1,37   |
| 02.02.12.003-1 | FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR  | R\$ | 10,65  |
| 02.02.12.004-0 | IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS   | R\$ | 10,65  |
| 02.02.12.005-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO   | R\$ | 5,79   |
| 02.02.12.006-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC   | R\$ | 5,79   |
| 02.02.12.007-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO   | R\$ | 5,79   |
| 02.02.12.008-2 | PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)   | R\$ | 1,37   |
| 02.02.12.009-0 | TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)  | R\$ | 2,73   |
| 02.02.12.010-4 | TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B  | R\$ | 5,79   |
| 02.02.02.026-6 | DOSAGEM DE FATOR XI   | R\$ | 9,11   |
| 02.01.01.027-5 | BIOPSIA DE MEDULA OSSEA   | R\$ | 200,00 |
| 02.02.04.012-7 | PARASITOLOGICO DE FEZES (MIF)   | R\$ | 1,65   |
| NÃO SUS        | D-DIMERO  | R\$ | 98,00  |
| NÃO SUS        | DOSAGEM DE ALBUMINA   | R\$ | 5,00   |
| NÃO SUS        | SOROLOGIA PARA COVID-19 (ANTICORPOS IGA PARA SARS-COV-2)  | R\$ | 60,00  |
| NÃO SUS        | SOROLOGIA PARA COVID-19 (ANTICORPOS IGM, IGG PARA SARS-COV-2)   | R\$ | 80,00  |
| NÃO SUS        | PESQUISA DO ANTIGENO DE SARS-COV-2 (TESTE RÁPIDO COVID-19 AG)   | R\$ | 265,00 |
| NÃO SUS        | RT-PCR PARA SARS-COV-2 EM SWAB COMBINADO DE NASOFARINGE   | R\$ | 150,00 |
| NÃO SUS        | DETERMINAÇÃO QUALITATIVA DE TROPONINA I   | R\$ | 42,00  |
| NÃO SUS        | TESTE RÁPIDO PARA DETERMINAÇÃO QUALITATIVA DE ANTIGENO NS1 PARA O VIRUS DA DENGUE                             | R\$ | 145,00 |
| NÃO SUS        | DENGUE IGG  | R\$ | 20,00  |
| NÃO SUS        | DENGUE IGM  | R\$ | 20,00  |
| NÃO SUS        | PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS TIPO B  | R\$ | 30,00  |
| NÃO SUS        | DOSAGEM DE PROTEINA LIGADORA IGF1 TIPO 3  | R\$ | 45,03  |
| NÃO SUS        | ANTIGENO GIARDIA LAMBLIA  | R\$ | 26,28  |
| NÃO SUS        | TESTE DE SOBRECARGA ORAL DE CALCIO (PROVA DE PAK)   | R\$ | 24,21  |
| NÃO SUS        | DOSAGEM DE HOMOCISTEINA   | R\$ | 58,91  |
| NÃO SUS        | DOSAGEM DE GLOBULINA LIGADORA DE HORMONIOS SEXUAIS (SHBG)   | R\$ | 42,51  |
| NÃO SUS        | CURVA DE FRAGILIDADE OSMOTICA   | R\$ | 11,94  |
| NÃO SUS        | CARIOTIPO BANDA G   | R\$ | 168,42 |
| NÃO SUS        | CALPROTECTINA FECAL   | R\$ | 156,84 |
| NÃO SUS        | BIOPSIA DE LINFONODOS   | R\$ | 203,16 |
| NÃO SUS        | BIOPSIA DE LESAO  | R\$ | 89,56  |
| NÃO SUS        | ANTICORPOS ANTI - IA2 (DIABETES MELLITUS) / ANTI TIROSINA FOSFATASE   | R\$ | 159,00 |
| NÃO SUS        | ANTI GAD  | R\$ | 112,40 |
| NÃO SUS        | ESPERMOGRAMA  | R\$ | 15,28  |
| NÃO SUS        | PESQUISA DE MUTACOES DE H63D e C282Y (HEMOCROMATOSE)  | R\$ | 292,39 |
| NÃO SUS        | DETECCAO DA MUTACAO V617F NO GENE JAK2  | R\$ | 331,71 |
| NÃO SUS        | PCR PARA GENE BCR-ABL   | R\$ | 237,30 |
| NÃO SUS        | ANTINEUTROFILOS ANCA P  | R\$ | 39,40  |
| NÃO SUS        | ANTINEUTROFILOS ANCA C  | R\$ | 37,97  |
| NÃO SUS        | IGF BP3 PROTEINA LIGADORA DOS FATORES DE CRESCIMENTO INSULIN LIKE   | R\$ | 57,78  |
| NÃO SUS        | ANTI ENDOMISIO IGA  | R\$ | 49,23  |
| NÃO SUS        | ANTI ENDOMISIO IGG  | R\$ | 49,23  |
| NÃO SUS        | TRAB - ANTICORPO ANTI   | R\$ | 42,26  |
| NÃO SUS        | TESTE DE TOLERANCIA A LACTOSE   | R\$ | 50,88  |
| NÃO SUS        | PESQUISA DE MUTACAO NO GENE DO FATOR V DE LEIDEN  | R\$ | 210,89 |
| NÃO SUS        | DOSAGEM DE PROTEINA S LIVRE   | R\$ | 130,58 |
| NÃO SUS        | GLICOSE PÓS DEXTROSOL   | R\$ | 5,76   |
| NÃO SUS        | GLICOSE PÓS PRANDIAL  | R\$ | 4,95   |
| NÃO SUS        | INDICE DE SATURACAO DE TRANSFERRINA (IST)   | R\$ | 11,86  |
| NÃO SUS        | DOSAGEM DA ATIVIDADE DO FATOR X   | R\$ | 6,73   |
| NÃO SUS        | PSA LIVRE   | R\$ | 17,28  |
| NÃO SUS        | IGE ESPECIFICA ASPERGILLUS FUMIGATUS (M3)   | R\$ | 9,74   |
| NÃO SUS        | IMUNOFIXAÇÃO DE PROTEÍNAS SÉRICAS   | R\$ | 9,74   |
| NÃO SUS        | MICOLOGICO DIRETO PARA FUNGOS   | R\$ | 5,74   |
| NÃO SUS        | CULTURA DE SECRECAO URETRAL   | R\$ | 5,92   |
| NÃO SUS        | CROPOCULTURA  | R\$ | 5,92   |
| NÃO SUS        | ESPERMOCULTURA  | R\$ | 5,92   |

| QUANT.   | DESCRIÇÃO                           | CARGA HORÁRIA | SALÁRIO      | VALOR TOTAL COM ENCARGOS SOCIAIS, TRABALHISTAS, BENEFÍCIOS E EPI |
|--|-------------------------------------|---------------|--------------|--|
| 1  | BIOQUÍMICO OU BIOMÉDICO             | 40H/SEM       | R\$ 3.333,33 | R\$ 5.280,04   |
| 1  | BIOQUÍMICO OU BIOMÉDICO (FERISTA)   | 12X60         | R\$ 3.000,00 | R\$ 5.083,24   |
| 18   | COLHEDOR - AUXILIAR DE LABORATÓRIO  | 30H/SEM       | R\$ 1.023,02 | R\$ 40.870,68  |
| 3  | COLHEDOR - AUXILIAR DE LABORATÓRIO  | 40H/SEM       | R\$ 1.364,02 | R\$ 8.285,85   |
| 19   | AUXILIAR ADMINISTRATIVO             | 40H/SEM       | R\$ 1.364,02 | R\$ 42.692,85  |
| 2  | TRIAGISTA - AUXILIAR DE LABORATÓRIO | 40H/SEM       | R\$ 1.364,02 | R\$ 5.523,90   |
| 1  | TRIAGISTA - AUXILIAR DE LABORATÓRIO | 30H/SEM       | R\$ 1.023,02 | R\$ 2.270,59   |
| 1  | TÉCNICO LABORATÓRIO                 | 12X36         | R\$ 1.462,02 | R\$ 2.674,31   |
| <b>TOTAL</b>   |                                     |               |              | <b>R\$ 112.681,46</b>  |
| <b>SERVIÇO LOGÍSTICO</b>   |                                     |               |              |  |
| FORNECIMENTO DE ATÉ 02 (DOIS) VEÍCULOS FIORINO, PARA REALIZAÇÃO DE ROTAS ENTRE AS UNIDADES PARA O RECOLHIMENTO DAS AMOSTRAS BIOLÓGICAS (INCLUSO: CAIXA TÉRMICA PARA TRANSPORTE, TERMOMETROS, SEGURO, APLICATIVOS DE LOCALIZAÇÃO, HIGIENIZAÇÃO, MANUTENÇÃO E COMBUSTÍVEL) |                                     |               | R\$          | 6.687,17   |
| DISPONIBILIDADE DE ATÉ 2 MOTORISTAS CONDUTORES (SALÁRIO, REPOSIÇÃO EM CASO DE AUSENCIAS, ENCARGOS TRABALHISTAS, BENEFÍCIOS, UNIFORME E EPI'S)  |                                     |               | R\$          | 7.436,11   |
| FORNECIMENTO DE ATÉ 3 PLANTÕES DE 12 HORAS DE MOTOBOY (MOTOCICLISTA, CONDUTOR E COMBUSTÍVEL) PARA COBERTURAS EMERGENCIAIS FORA DOS HORÁRIOS E/OU COMPLEMENTO DE ROTAS  |                                     |               | R\$          | 1.206,66   |
| <b>TOTAL</b>   |                                     |               | <b>R\$</b>   | <b>15.329,94</b>   |
| <b>DESPA ADMINISTRATIVA</b>  |                                     |               | <b>R\$</b>   | <b>23.077,14</b>   |

| GERENCIAMENTO DE VEÍCULOS PARA ATUAÇÃO EM PROGRAMA DE INTENSIFICAÇÃO E RESPOSTAS À PANDEMIA DE COVID-19 |               |          |
|---|---------------|----------|
| Serviço   | Valor ICISMEP |          |
| Gerenciamento de Veículo de Passeio – 5 lugares   | R\$           | 2.057,53 |
| Gerenciamento de Veículo de Passeio – 7 lugares   | R\$           | 3.315,38 |
| Km Excedente  | R\$           | 0,68     |

### UNIDADES E SERVIÇOS NO MUNICÍPIO DE BARÃO DE COCAIS

Gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde desenvolvidas nas unidades de estratégia saúde da família – ESF's com equipes de saúde bucal – ESB e na unidade de 24 horas do distrito de Cocais no município de Barão de Cocais.

**UNIDADES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Observação: esta tabela foi parametrizada de acordo com os valores apurados pelo município de Barão de Cocais através do Termo de Colaboração N°007/2020 formalizado junto ao Instituto Social Mais Saúde e também através do Termo de Referência para Formalização de Dispensa de Chamamento Público, considerando o Instituto Social Mais Saúde como contratado pelo município, tomando por referência o ano de 2020, por se tratar de amostra mais recente.

| RECURSOS HUMANOS                                   |                       |
|--|-----------------------|
| Descrição  | Valor Mensal          |
| Analista de Tecnologia da Informação               |                       |
| Auxiliar de Serviços Gerais                        |                       |
| Enfermeiro Ferista                                 |                       |
| Enfermeiro Imunização e Epidemiologia              |                       |
| Enfermeiro NEP                                     |                       |
| Enfermeiro plantonista 12/36 - Diurno              |                       |
| Enfermeiro plantonista 12/36 - Noturno             |                       |
| Enfermeiro Referência Técnica                      |                       |
| Farmacêutico                                       |                       |
| Gerente (coordenadores)                            |                       |
| Nutricionista                                      |                       |
| Recepcionista                                      |                       |
| Técnicos de Enfermagem plantonista 12/36 - Diurno  |                       |
| Técnicos de Enfermagem plantonista 12/36 - Noturno |                       |
| Vigia (não armado)                                 |                       |
| <b>TOTAL</b>                                       | <b>R\$ 206.724,55</b> |

| SERVIÇOS MÉDICOS   |                       |
|--|-----------------------|
| Descrição  | Valor Mensal          |
| Prestação de Serviços Médicos (prestação de serviços médicos não efetivos nas ESF's) | R\$ 145.341,99        |
| <b>TOTAL</b>   | <b>R\$ 145.341,99</b> |

| INSUMOS E MATERIAIS DE CONSUMO                   |               |
|--|---------------|
| Descrição  | Valor Mensal  |
| Estimativa de material de escritório             | R\$ 7.000,00  |
| Estimativa de material de limpeza e higienização | R\$ 10.000,00 |
| Estimativa de material de odontológico           | R\$ 6.842,11  |
| Estimativa de material gráfico                   | R\$ 9.947,37  |
| Estimativa de material médico                    | R\$ 23.000,00 |

|   |            |                  |
|---|------------|------------------|
| Estimativa de medicamentos de urgência e emergência                 | R\$        | 23.126,27        |
| Estimativa Gás de Cozinha   | R\$        | 473,68           |
| Estimativa Gêneros Alimentícios (água mineral, açúcar e pó de café) | R\$        | 4.473,68         |
| <b>TOTAL</b>  | <b>R\$</b> | <b>84.863,11</b> |

| INSUMOS E MATERIAIS DE CONSUMO   |            |                   |
|--|------------|-------------------|
| Descrição  |            | Valor Mensal      |
| Despesas Administrativas   | R\$        | 49.437,96         |
| Estimativa de material e serviços de informática   | R\$        | 2.500,00          |
| Estimativa de Sistema de informação  | R\$        | 16.000,00         |
| Manutenção de Ar- condicionado (incluindo a reposição de peças)  | R\$        | 8.594,30          |
| Manutenção de Equipamentos Médicos e odontológicos (incluindo o fornecimento de peças)                       | R\$        | 11.052,63         |
| Manutenção Predial (incluindo fornecimento de materiais, limpeza de caixa d'água e dedetização das unidades) | R\$        | 28.947,37         |
| Média gasto mensal - telefonia e internet  | R\$        | 4.000,00          |
| <b>TOTAL</b>   | <b>R\$</b> | <b>120.532,26</b> |

| CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS  |            |              |
|---|------------|--------------|
| Gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde desenvolvidas no CEM - Centro de Especialidades Médicas de Barão de Cocais. |            |              |
| Estimativa de Recursos Humanos  |            |              |
| Descrição   | Quantidade | Valor Mensal |

|  |   |                      |
|--|---|----------------------|
| Auxiliar de Serviços Gerais              | 2 | R\$ 99.596,27        |
| Coordenador                              | 1 |                      |
| Coordenador Geral                        | 1 |                      |
| Enfermeiro RT                            | 1 |                      |
| Farmacêutico                             | 1 |                      |
| Fisioterapeutas                          | 2 |                      |
| Fonoaudiólogo                            | 1 |                      |
| Nutricionista                            | 1 |                      |
| Psicólogo Infante juvenil (equipe apoio) | 2 |                      |
| Receptionistas                           | 3 |                      |
| Técnico de faturamento                   | 1 |                      |
| Técnicos administrativos                 | 2 |                      |
| Técnicos de Enfermagem                   | 1 |                      |
| Vigia (não armado)                       | 1 |                      |
| <b>Recursos Humanos</b>                  |   | <b>R\$ 99.596,27</b> |

| Estimativa de Serviços Médicos                  |               |                    |
|---|---------------|--------------------|
| ESPECIALISTAS                                   | Carga Horária | Valor total mensal |
| ANGIOLOGISTA                                    | 20h           | R\$ 143.721,35     |
| CARDIOLOGISTA                                   | 20h           |                    |
| CIRURGIÃO GERAL                                 | 20h           |                    |
| DERMATOLOGISTA                                  | 20h           |                    |
| ENDOCRINOLOGISTA                                | 20h           |                    |
| GASTROENTEROLOGISTA                             | 20h           |                    |
| GINECOLOGISTA OBSTÉTRICO/ CIRURGIA GINECOLÓGICA | 20h           |                    |
| MEDICO REGULADOR E DE APOIO A TELEMEDICINA      | 20h           |                    |
| MEDICO COORDENADOR                              | 20h           |                    |
| NEUROLOGISTA                                    | 20h           |                    |
| OFTALMOLOGISTA                                  | 20h           |                    |
| PEDIATRA  | 20h           |                    |
| PSIQUIATRA INFANTE JUVENIL                      | 20h           |                    |
| <b>Serviços Médicos</b>                         |               |                    |

| Estimativa de Insumos                            |            |                    |
|--|------------|--------------------|
| Descrição  |            | Valor total mensal |
| Estimativa de água mineral e gás de cozinha      | R\$        | 1.200,00           |
| Estimativa de descartáveis                       | R\$        | 1.016,00           |
| Estimativa de material de escritório             | R\$        | 2.000,00           |
| Estimativa de material de limpeza e higienização | R\$        | 4.000,00           |
| Estimativa de material gráfico                   | R\$        | 2.705,95           |
| Estimativa de material médico                    | R\$        | 18.650,00          |
| Estimativa de medicamentos                       | R\$        | 8.200,00           |
| Estimativa gêneros alimentícios                  | R\$        | 1.500,00           |
| <b>Subtotal Insumos e Materiais de Consumo</b>   | <b>R\$</b> | <b>39.271,95</b>   |

| Estimativa de Demais Serviços mensais  |     |                    |
|--|-----|--------------------|
| Descrição  |     | Valor total mensal |
| Carro administrativo e combustível   | R\$ | 6.290,00           |
| Despesas administrativas   | R\$ | 27.680,23          |
| Estimativa de água e luz   | R\$ | 2.250,00           |
| Estimativa de Aluguel  | R\$ | 8.500,00           |
| Estimativa de manutenção predial, incluindo limpeza de caixa d'água, pintura, acessórios, fechadura, entre outros. | R\$ | 3.000,00           |
| Estimativa de Monitoramento  | R\$ | 1.000,00           |
| Estimativa de Sistema de informação/ computadores/ impressora/ internet/manutenção                                 | R\$ | 16.000,00          |

|   |            |                  |
|---|------------|------------------|
| Estimativa de telefonia                                   | R\$        | 1.250,00         |
| Manutenção preventiva e corretiva de equipamentos médicos | R\$        | 2.771,32         |
| Serviço de Controle de pragas                             | R\$        | 565,03           |
| <b>Total Demais Serviços Mensais</b>                      | <b>R\$</b> | <b>69.306,58</b> |

| ESTIMATIVA DE CUSTO DE IMPLANTAÇÃO   |                                    |        |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|--------|----------------------|
| Estimativa Aquisição de Bens Fixos   |                                    |        |                      |
| Descrição                            | Local                              | Quant. | Valor Unit.          |
| Armário para prontuários             | Arquivo                            | 2      | R\$ 1.849,82         |
| Micro-ondas                          | Cozinha                            | 1      | R\$ 699,93           |
| Mesas                                | Escritório (em L com duas gavetas) | 13     | R\$ 7.045,35         |
| Cadeira Empilhável verde             | Consultório                        | 29     | R\$ 3.480,00         |
| Cadeira                              | Giratória                          | 14     | R\$ 4.339,58         |
| <b>TOTAL DO CUSTO DE IMPLANTAÇÃO</b> |                                    |        | <b>R\$ 17.414,68</b> |

| UNIDADE MÓVEL DE MAMOGRAFIA                     |               |
|---|---------------|
| UNIDADE MÓVEL DE MAMOGRAFIA                     | R\$ 56.039,71 |
| FILME PARA MAMOGRAFIA - CAIXA COM 100 PELÍCULAS | R\$ 397,89    |

| UNIDADES E SERVIÇOS NO MUNICÍPIO DE RIO ACIMA   |                     |
|---|---------------------|
| GERENCIAMENTO E OPERACIONALIZAÇÃO DE SERVIÇOS LABORATORIAIS DE ANÁLISES CLÍNICAS NO MUNICÍPIO DE RIO ACIMA/MG |                     |
| ESTIMATIVA DESPESAS FIXAS MENSAIS   |                     |
| Despesa Administrativa  | R\$ 1.411,35        |
| <b>Valor Total Fixo /Mês</b>  | <b>R\$ 1.411,35</b> |

| CODIGO SUS     | PROCEDIMENTO  | VALOR     |
|----------------|---|-----------|
| 02.02.01.062-7 | DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES                                 | R\$ 1,95  |
| 02.02.01.002-3 | DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO                        | R\$ 2,11  |
| 02.02.01.011-2 | DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO  | R\$ 2,11  |
| 02.02.01.012-0 | DOSAGEM DE ACIDO URICO  | R\$ 1,95  |
| 02.02.01.013-9 | DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO                                       | R\$ 9,45  |
| 02.02.01.014-7 | DOSAGEM DE ALDOLASE   | R\$ 3,87  |
| 02.02.01.018-0 | DOSAGEM DE AMILASE  | R\$ 2,37  |
| 02.02.01.020-1 | DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES                                | R\$ 2,11  |
| 02.02.01.021-0 | DOSAGEM DE CALCIO   | R\$ 1,95  |
| 02.02.01.022-8 | DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL   | R\$ 3,69  |
| 02.02.01.024-4 | CATECOLAMINAS URINA 24 HORAS  | R\$ 50,88 |
| 02.02.01.024-4 | CATECOLAMINAS SANGUE  | R\$ 45,34 |
| 02.02.01.026-0 | DOSAGEM DE CLORETO  | R\$ 1,95  |
| 02.02.01.027-9 | DOSAGEM DE COLESTEROL HDL   | R\$ 3,69  |
| 02.02.01.028-7 | DOSAGEM DE COLESTEROL LDL   | R\$ 3,69  |
| 02.02.01.029-5 | DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL   | R\$ 1,95  |
| 02.02.01.031-7 | DOSAGEM DE CREATININA   | R\$ 1,95  |
| 02.02.01.032-5 | DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)                                 | R\$ 3,87  |
| 02.02.01.033-3 | DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB                             | R\$ 4,33  |
| 02.02.01.036-8 | DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA LDH                                   | R\$ 3,87  |
| 02.02.01.038-4 | DOSAGEM DE FERRITINA  | R\$ 16,37 |
| 02.02.01.039-2 | DOSAGEM DE FERRO SERICO   | R\$ 3,69  |
| 02.02.01.040-6 | DOSAGEM DE FOLATO   | R\$ 16,44 |
| 02.02.01.042-2 | DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA   | R\$ 2,11  |
| 02.02.01.043-0 | DOSAGEM DE FOSFORO  | R\$ 2,11  |
| 02.02.01.044-9 | DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA                       | R\$ 2,11  |
| 02.02.01.046-5 | DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)                        | R\$ 3,69  |
| 02.02.01.047-3 | DOSAGEM DE GLICOSE  | R\$ 1,95  |
| 02.02.01.050-3 | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA                                    | R\$ 8,26  |
| 02.02.01.055-4 | DOSAGEM DE LIPASE   | R\$ 2,37  |
| 02.02.01.056-2 | DOSAGEM DE MAGNESIO   | R\$ 2,11  |
| 02.02.01.057-0 | DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS   | R\$ 2,11  |
| 02.02.01.060-0 | DOSAGEM DE POTASSIO   | R\$ 1,95  |
| 02.02.01.063-5 | DOSAGEM DE SODIO  | R\$ 1,95  |
| 02.02.01.064-3 | DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)                   | R\$ 2,11  |
| 02.02.01.065-1 | DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)                      | R\$ 2,11  |
| 02.02.01.066-0 | DOSAGEM DE TRANSFERRINA   | R\$ 4,33  |
| 02.02.01.067-8 | DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS   | R\$ 3,69  |
| 02.02.01.069-4 | DOSAGEM DE UREIA  | R\$ 1,95  |
| 02.02.01.070-8 | DOSAGEM DE VITAMINA B12   | R\$ 16,01 |
| 02.02.01.076-7 | DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D                                       | R\$ 16,01 |
| 02.02.02.002-9 | CONTAGEM DE PLAQUETAS   | R\$ 2,87  |
| 02.02.02.003-7 | CONTAGEM DE RETICULOCITOS   | R\$ 2,87  |
| 02.02.02.013-4 | DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TPP ATIVADA) | R\$ 6,06  |

|                |  |     |       |
|----------------|--|-----|-------|
| 02.02.02.014-2 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)                                   | R\$ | 2,87  |
| 02.02.02.015-0 | DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTAÇÃO (VHS)                                   | R\$ | 2,87  |
| 02.02.02.017-7 | DOSAGEM DE ANTITROMBINA III  | R\$ | 6,81  |
| 02.02.02.020-7 | DOSAGEM DE FATOR V   | R\$ | 4,97  |
| 02.02.02.035-5 | ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA  | R\$ | 5,69  |
| 02.02.02.038-0 | HEMOGRAMA COMPLETO   | R\$ | 4,32  |
| 02.02.02.049-5 | PROVA DE RETRACAO DO COAGULO   | R\$ | 2,87  |
| 02.02.12.009-0 | TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)   | R\$ | 2,87  |
| 02.02.02.055-0 | DOSAGEM DE PROTEINA C FUNCIONAL  | R\$ | 82,13 |
| 02.02.02.056-8 | DOSAGEM DE PROTEINA S FUNCIONAL  | R\$ | 64,28 |
| 02.02.03.002-4 | CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8   | R\$ | 15,75 |
| 02.02.03.006-7 | DETERMINAÇÃO DE COMPLEMENTO (CH50)   | R\$ | 9,12  |
| 02.02.03.101-2 | DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATOIDE   | R\$ | 2,98  |
| 02.02.03.009-1 | DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA   | R\$ | 15,82 |
| 02.02.03.010-5 | DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)  | R\$ | 17,25 |
| 02.02.03.012-1 | DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3  | R\$ | 14,42 |
| 02.02.03.013-0 | DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4  | R\$ | 14,42 |
| 02.02.03.015-6 | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)  | R\$ | 16,14 |
| 02.02.03.016-4 | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)  | R\$ | 9,72  |
| 02.02.03.017-2 | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IGG)  | R\$ | 16,80 |
| 02.02.03.018-0 | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)  | R\$ | 15,40 |
| 02.02.03.020-2 | DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA  | R\$ | 2,98  |
| 02.02.01.072-4 | IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS   | R\$ | 4,65  |
| 02.02.03.025-3 | PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA   | R\$ | 10,50 |
| 02.02.03.026-1 | PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA   | R\$ | 10,50 |
| 02.02.03.027-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA  | R\$ | 9,11  |
| 02.02.03.029-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)   | R\$ | 57,04 |
| 02.02.03.004-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 HIV-2 (ELISA)  | R\$ | 10,50 |
| 02.02.03.032-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)                                     | R\$ | 18,02 |
| 02.02.03.033-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS   | R\$ | 6,03  |
| 02.02.03.034-2 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM   | R\$ | 18,02 |
| 02.02.03.035-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)  | R\$ | 19,48 |
| 02.02.03.036-9 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)  | R\$ | 19,48 |
| 02.02.03.047-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)                                       | R\$ | 2,98  |
| 02.02.03.055-5 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS   | R\$ | 16,32 |
| 02.02.03.056-3 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA   | R\$ | 18,02 |
| 02.02.03.059-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO  | R\$ | 18,02 |
| 02.02.03.063-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)   | R\$ | 19,48 |
| 02.02.03.064-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)               | R\$ | 19,48 |
| 02.02.03.067-9 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)                           | R\$ | 19,48 |
| 02.02.03.074-1 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS   | R\$ | 11,55 |
| 02.02.03.076-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA  | R\$ | 17,82 |
| 02.02.03.077-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI   | R\$ | 10,50 |
| 02.02.03.078-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG) | R\$ | 19,48 |
| 02.02.03.078-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM) | R\$ | 19,48 |
| 02.02.03.081-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA                                     | R\$ | 18,02 |
| 02.02.03.093-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA HERPES ZOSTER                      | R\$ | 18,02 |
| 02.02.03.083-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR                                   | R\$ | 18,02 |
| 02.02.03.085-7 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS   | R\$ | 12,20 |
| 02.02.03.087-3 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA  | R\$ | 19,48 |
| 02.02.03.088-1 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI   | R\$ | 9,72  |
| 02.02.03.089-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM) | R\$ | 19,48 |
| 02.02.03.092-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA                                     | R\$ | 18,02 |
| 02.02.03.093-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER                      | R\$ | 18,02 |
| 02.02.03.094-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR                                   | R\$ | 18,02 |
| 02.02.03.096-2 | PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)  | R\$ | 14,02 |
| 02.02.03.098-9 | PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)                                    | R\$ | 19,48 |
| 02.02.03.100-4 | PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS   | R\$ | 2,98  |
| 02.02.03.107-1 | QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO HIV-1  | R\$ | 18,90 |
| 02.02.03.111-0 | TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS   | R\$ | 2,98  |
| 02.02.03.112-8 | TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS  | R\$ | 10,50 |
| 02.02.03.118-7 | DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA TTG                  | R\$ | 19,48 |
| 02.02.03.121-7 | DOSAGEM DO ANTIGENO CA 125   | R\$ | 14,02 |
| 02.02.03.126-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 (WESTERN-BLOT)                             | R\$ | 57,04 |
| 02.02.04.012-7 | PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS   | R\$ | 1,74  |
| 02.02.04.014-3 | PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES  | R\$ | 1,74  |
| 02.02.05.001-7 | ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA                            | R\$ | 3,89  |
| 02.02.05.002-5 | CLEARANCE DE CREATININA  | R\$ | 3,69  |
| 02.02.05.008-4 | DOSAGEM DE CITRATO   | R\$ | 2,11  |
| 02.02.05.009-2 | DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA  | R\$ | 8,53  |
| 02.02.05.010-6 | DOSAGEM DE OXALATO   | R\$ | 3,87  |
| 02.02.05.011-4 | DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)   | R\$ | 2,15  |
| 02.02.05.019-0 | PESQUISA DE CISTINA NA URINA   | R\$ | 2,15  |
| 02.02.05.026-2 | PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA   | R\$ | 2,15  |
| 02.02.06.001-2 | DETERMINAÇÃO DE ÍNDICE DE TIROXINA LIVRE   | R\$ | 13,17 |
| 02.02.06.004-7 | DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA   | R\$ | 10,72 |
| 02.02.06.008-0 | DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)   | R\$ | 14,83 |
| 02.02.06.009-8 | DOSAGEM DE ALDOSTERONA   | R\$ | 12,49 |
| 02.02.06.011-0 | DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA   | R\$ | 12,11 |

|                |  |     |       |
|----------------|--|-----|-------|
| 02.02.06.012-8 | DOSAGEM DE CALCITONINA   | R\$ | 15,10 |
| 02.02.06.013-6 | DOSAGEM DE CORTISOL  | R\$ | 10,36 |
| 02.02.06.014-4 | DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)                                   | R\$ | 11,82 |
| 02.02.06.016-0 | DOSAGEM DE ESTRADIOL   | R\$ | 10,66 |
| 02.02.06.017-9 | DOSAGEM DE ESTRIOL   | R\$ | 12,13 |
| 02.02.06.018-7 | DOSAGEM DE ESTRONA   | R\$ | 11,68 |
| 02.02.06.021-7 | DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)                  | R\$ | 8,25  |
| 02.02.06.022-5 | DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)                                   | R\$ | 10,73 |
| 02.02.06.023-3 | DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)                             | R\$ | 8,29  |
| 02.02.06.024-1 | DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)                                      | R\$ | 9,42  |
| 02.02.06.025-0 | DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)                                 | R\$ | 9,41  |
| 02.02.06.026-8 | DOSAGEM DE INSULINA  | R\$ | 10,68 |
| 02.02.06.027-6 | DOSAGEM DE PARATORMONIO  | R\$ | 32,94 |
| 02.02.06.028-4 | DOSAGEM DE PEPTIDEO C  | R\$ | 16,12 |
| 02.02.06.029-2 | DOSAGEM DE PROGESTERONA  | R\$ | 10,74 |
| 02.02.06.030-6 | DOSAGEM DE PROLACTINA  | R\$ | 10,66 |
| 02.02.06.031-4 | DOSAGEM DE RENINA  | R\$ | 13,85 |
| 02.02.06.032-2 | DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)   | R\$ | 16,12 |
| 02.02.06.033-0 | DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (S - DHEA)                      | R\$ | 13,77 |
| 02.02.06.034-9 | DOSAGEM DE TESTOSTERONA  | R\$ | 10,96 |
| 02.02.06.035-7 | DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE  | R\$ | 13,77 |
| 02.02.03.062-8 | DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA  | R\$ | 18,02 |
| 02.02.06.037-3 | DOSAGEM DE TIROXINA (T4)   | R\$ | 12,18 |
| 02.02.06.038-1 | DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)                                       | R\$ | 13,17 |
| 02.02.06.039-0 | DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)  | R\$ | 9,15  |
| 02.02.06.044-6 | TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA                           | R\$ | 12,62 |
| 02.02.07.005-0 | DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO   | R\$ | 16,44 |
| 02.02.07.011-5 | DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS                                     | R\$ | 10,50 |
| 02.02.07.015-8 | DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA   | R\$ | 18,41 |
| 02.02.07.019-0 | DOSAGEM DE COBRE   | R\$ | 3,69  |
| 02.02.07.025-5 | DOSAGEM DE LITIO   | R\$ | 2,37  |
| 02.02.07.035-2 | DOSAGEM DE ZINCO   | R\$ | 16,44 |
| 02.02.08.007-2 | BACTERIOSCOPIA (GRAM)  | R\$ | 2,95  |
| 02.02.08.008-0 | CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO                                      | R\$ | 5,90  |
| 02.02.12.002-3 | DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO                                 | R\$ | 1,44  |
| 02.02.12.008-2 | PESQUISA DE FATOR RH INCLUI D FRACO  | R\$ | 1,44  |
| 02.02.03.075-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG e IGM ANTILEISHMANIAS                           | R\$ | 10,50 |
| 02.02.03.080-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)          | R\$ | 18,02 |
| 02.02.03.077-6 | PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI POR IMUNOFLOURESCENCIA                       | R\$ | 19,13 |
| 02.02.09.036-1 | TESTE MOLECULAR PARA A DETECÇÃO DO COMPLEXO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS IGG | R\$ | 10,50 |
| 02.02.09.036-1 | TESTE MOLECULAR PARA A DETECÇÃO DO COMPLEXO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS IGM | R\$ | 9,72  |
| 02.02.12.009-0 | COOMBS INDIRETO  | R\$ | 2,87  |
| 02.02.01.015-5 | ALFA-1 ANTI-TRIPSINA (SORO)  | R\$ | 4,12  |
| 02.02.02.057-6 | ANTICOAGULANTE LUPICO  | R\$ | 25,04 |
| 02.02.01.025-2 | CERULOPLASMINA   | R\$ | 4,12  |
| 02.02.07.020-4 | DIGOXINA   | R\$ | 10,04 |
| 02.02.02.029-0 | FIBRINOGENIO   | R\$ | 5,15  |
| 02.02.03.091-1 | HAV IGM (HEPATITE A)   | R\$ | 20,77 |
| 02.02.03.058-0 | MUSCULO LISO, ANTICORPOS   | R\$ | 19,22 |
| 02.02.06.036-5 | TIREOGLOBULINA SERICA  | R\$ | 17,19 |
| 02.02.08.023-4 | TREPONEMA IGM  | R\$ | 7,56  |
| 02.02.02.018-5 | FATOR II DA COAGULAÇÃO   | R\$ | 5,95  |
| 02.02.02.019-3 | FATOR IX DA COAGULAÇÃO   | R\$ | 8,52  |
| 02.02.02.021-5 | FATOR VII DA COAGULAÇÃO  | R\$ | 9,06  |
| 02.02.02.022-3 | FATOR X DA COAGULAÇÃO  | R\$ | 10,20 |
| 02.02.02.026-6 | FATOR XI DA COAGULAÇÃO   | R\$ | 10,20 |
| 02.02.02.027-4 | FATOR XII DA COAGULAÇÃO  | R\$ | 11,77 |
| 02.02.02.028-2 | FATOR XIII DA COAGULAÇÃO   | R\$ | 7,46  |
| 02.02.02.055-0 | PROTEINA C - FUNCIONAL   | R\$ | 75,00 |
| 02.02.02.054-1 | COOMBS DIRETO  | R\$ | 3,06  |
| 02.02.01.049-0 | HAPTOGLOBINA   | R\$ | 4,12  |
| NÃO SUS        | ANTICORPOS ANTIGLIADINA (GLUTEN) IGG                                       | R\$ | 33,34 |
| NÃO SUS        | ANTIGENO HLA B27 ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO B27                          | R\$ | 82,75 |
| NÃO SUS        | ANTINEUTROFILOS ANCA C   | R\$ | 46,30 |
| NÃO SUS        | CAXUMBA IGM  | R\$ | 40,36 |
| NÃO SUS        | COMPLEMENTO CH 100   | R\$ | 14,95 |
| NÃO SUS        | FENOBARBITAL   | R\$ | 13,13 |
| NÃO SUS        | FRUTOSAMINAS   | R\$ | 10,89 |
| NÃO SUS        | MARCADORES TUMORAIS (CA 15-3)  | R\$ | 31,93 |
| NÃO SUS        | MARCADORES TUMORAIS (CA 19.9)  | R\$ | 32,82 |
| NÃO SUS        | MONOTESTE  | R\$ | 11,41 |
| NÃO SUS        | PROTEINA DE BENICE JONES   | R\$ | 3,78  |
| NÃO SUS        | PSA ULTRA SENSÍVEL   | R\$ | 22,78 |
| NÃO SUS        | TRAB -ANTICORPO ANTI-RECEPTOR DE TSH                                       | R\$ | 40,31 |
| NÃO SUS        | VITAMINA E   | R\$ | 54,51 |
| NÃO SUS        | ÍNDICE DE SATURAÇÃO DA TRANSFERRINA  | R\$ | 26,37 |
| NÃO SUS        | INSULINA POS PRANDIAL GLICEMIA APOS SOBRECARGA C DEXTROSOL                 | R\$ | 17,56 |
| NÃO SUS        | RELAÇÃO ALBUMINA/CREATININA  | R\$ | 8,37  |
| NÃO SUS        | RELAÇÃO PROTEÍNA/CREATININA URINÁRIA                                       | R\$ | 8,37  |

|         |   |     |        |
|---------|---|-----|--------|
| NÃO SUS | IGF BP3 PROTEINA LOGADORA DOS FATORES DE CRESCIMENTO INSULIN LIKE | R\$ | 18,21  |
| NÃO SUS | ANTI ENDOMISIO IGA  | R\$ | 78,76  |
| NÃO SUS | ANTI ENDOMISIO IGG  | R\$ | 78,76  |
| NÃO SUS | ANTI ENDOMISIO IGM  | R\$ | 78,76  |
| NÃO SUS | ANTI GAD  | R\$ | 159,87 |
| NÃO SUS | CAXUMBA IGG   | R\$ | 35,44  |
| NÃO SUS | VITAMINA A  | R\$ | 2,98   |
| NÃO SUS | ANTI TRANSGLUTAMINASE TECIDUAL - IGG                              | R\$ | 101,90 |
| NÃO SUS | DOSAGEM DE CA 72-4  | R\$ | 66,00  |
| NÃO SUS | ANTI CCP  | R\$ | 23,29  |
| NÃO SUS | CHLAMYDIA TRACHOMATIS (IGG) ELISA                                 | R\$ | 22,52  |
| NÃO SUS | CHLAMYDIA TRACHOMATIS (IGM) ELISA                                 | R\$ | 24,97  |
| NÃO SUS | ERITROPOETINA   | R\$ | 96,99  |
| NÃO SUS | LKM1 - ANTICORPOS   | R\$ | 9,61   |
| NÃO SUS | ANTI IA2  | R\$ | 151,00 |
| NÃO SUS | DENGUE - TESTE RÁPIDO ANTIGENO NS1                                | R\$ | 47,06  |
| NÃO SUS | ANTI PARVOVIRUS B19 IGG   | R\$ | 127,98 |
| NÃO SUS | ANTI PARVOVIRUS B19 IGM   | R\$ | 124,69 |
| NÃO SUS | CALPROTECTINA FECAL   | R\$ | 166,85 |

## UNIDADES E SERVIÇOS NO MUNICÍPIO DE NOVA LIMA

GERENCIAMENTO DOS SERVIÇOS LABORATORIAIS DE ANÁLISES CLÍNICAS NO MUNICÍPIO DE NOVA LIMA /MG

### ESTIMATIVA DESPESAS FIXAS - MENSAL

#### RECURSOS HUMANOS

| QUANTIDADE          | CARGO   | SALARIO      | VALOR TOTAL COM ENCARGOS SOCIAIS, TRABALHISTAS, BENEFÍCIOS E EPI |
|---------------------|---|--------------|--|
| 1                   | ANALISTA DE LABORATORIO - 44 HORAS SEMANAIS - SEGUNDA A SEXTA | R\$ 3.660,80 | R\$ 7.374,99   |
| 2                   | ANALISTA DE LABORATORIO - 12/36 DIURNO                        | R\$ 3.660,80 | R\$ 14.493,56  |
| 2                   | ANALISTA DE LABORATORIO - 12/36 NOTURNO                       | R\$ 3.660,80 | R\$ 16.436,39  |
| 2                   | TECNICO DE LABORATORIO - 12/36 DIURNO                         | R\$ 2.341,26 | R\$ 10.681,30  |
| 2                   | TECNICO DE LABORATORIO - 12/36 NOTURNO                        | R\$ 2.341,26 | R\$ 11.923,83  |
| 2                   | TECNICO DE LABORATORIO / COLHEDOR FERISTA                     | R\$ 2.341,26 | R\$ 11.923,83  |
| 5                   | COLHEDOR - 44 HORAS   | R\$ 2.100,00 | R\$ 25.571,27  |
| 1                   | COLHEDOR - 12/36 DIURNO                                       | R\$ 2.100,00 | R\$ 4.986,04   |
| 2                   | COLHEDOR - 12/36 NOTURNO                                      | R\$ 2.100,00 | R\$ 11.086,58  |
| 9                   | AUXILIAR ADMINISTRATIVO - 44 HORAS                            | R\$ 1.800,00 | R\$ 33.811,28  |
| <b>TOTAL MENSAL</b> |   | <b>R\$</b>   | <b>148.289,09</b>  |

#### SERVICO DE LOGISTICA

##### DESCRICA0

|   |     |                      |
|---|-----|----------------------|
| Fornecimento de até 02 (dois) Veículos Fiorino, para realização de rotas entre as Unidades para o recolhimento das amostras biológicas (inclusive: caixa termica para transporte, termômetros, seguro, aplicativos de localização, higienização, manutenção e combustível). | R\$ | 10.250,00            |
| Disponibilidade de até 2 motoristas condutores (salário, reposição em caso de ausencias encargos trabalhistas, benefícios, uniforme e EPI's)  | R\$ | 9.240,00             |
| Fornecimento de até 3 plantões de 12horas de motoboy (motociclista, condutor ecombustivel) para coberturas emergenciais fora dos horários e/ou complemento de rotas. Valor excedente por plantão R\$ 313,43   | R\$ | 940,28               |
| <b>TOTAL MENSAL</b>   |     | <b>R\$ 20.430,28</b> |

#### DESPESA ADMINISTRATIVA

|                          |     |                      |
|--------------------------|-----|----------------------|
| DESPESAS ADMINISTRATIVAS | R\$ | 39.751,96            |
| <b>TOTAL MENSAL</b>      |     | <b>R\$ 39.751,96</b> |



## ESTIMATIVA DESPESAS VARIÁVEL - MENSAL

## LABORATÓRIO

## PROCEDIMENTOS SUS/SIGTAP

| CODIGO SUS     | PROCEDIMENTO  | VALOR UNITARIO |
|----------------|---|----------------|
| 02.02.01.002-3 | DETERMINAÇÃO DE CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO                        | R\$ 2,01       |
| 02.02.01.004-0 | DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA (2 DOSAGENS)                          | R\$ 3,63       |
| 02.02.01.011-2 | DOSAGEM DE ÁCIDO ASCORBICO  | R\$ 2,01       |
| 02.02.01.012-0 | DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO  | R\$ 1,85       |
| 02.02.01.013-9 | DOSAGEM DE ÁCIDO VANILMANDELICO                                       | R\$ 9,00       |
| 02.02.01.014-7 | DOSAGEM DE ALDOLASE   | R\$ 3,68       |
| 02.02.01.018-0 | DOSAGEM DE AMILASE  | R\$ 2,25       |
| 02.02.01.020-1 | DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES                                | R\$ 2,01       |
| 02.02.01.021-0 | DOSAGEM DE CÁLCIO   | R\$ 1,85       |
| 02.02.01.021-0 | DOSAGEM DE CÁLCIO AMOSTRA ISOLADA                                     | R\$ 1,85       |
| 02.02.01.022-8 | DOSAGEM DE CÁLCIO IONIZÁVEL   | R\$ 3,51       |
| 02.02.01.024-4 | CATECOLAMINAS URINA 24 HORAS  | R\$ 50,88      |
| 02.02.01.026-0 | DOSAGEM DE CLORETO  | R\$ 1,85       |
| 02.02.01.027-9 | DOSAGEM DE COLESTEROL HDL   | R\$ 3,51       |
| 02.02.01.028-7 | DOSAGEM DE COLESTEROL LDL   | R\$ 3,51       |
| 02.02.01.029-5 | DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL   | R\$ 1,85       |
| 02.02.01.031-7 | DOSAGEM DE CREATININA   | R\$ 1,85       |
| 02.02.01.032-5 | DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)                                 | R\$ 3,68       |
| 02.02.01.033-3 | DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB                             | R\$ 4,12       |
| 02.02.01.036-8 | DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA                                       | R\$ 3,68       |
| 02.02.01.038-4 | DOSAGEM DE FERRITINA  | R\$ 15,59      |
| 02.02.01.039-2 | DOSAGEM DE FERRO SÉRICO   | R\$ 3,51       |
| 02.02.01.040-6 | DOSAGEM DE FOLATO   | R\$ 15,65      |
| 02.02.01.042-2 | DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA   | R\$ 2,01       |
| 02.02.01.043-0 | DOSAGEM DE FOSFORO  | R\$ 1,85       |
| 02.02.01.046-5 | DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)                        | R\$ 3,51       |
| 02.02.01.047-3 | DOSAGEM DE GLICOSE  | R\$ 1,85       |
| 02.02.01.050-3 | DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA                                    | R\$ 7,86       |
| 02.02.01.055-4 | DOSAGEM DE LIPASE   | R\$ 2,25       |
| 02.02.01.056-2 | DOSAGEM DE MAGNÉSIO   | R\$ 2,01       |
| 02.02.01.060-0 | DOSAGEM DE POTÁSSIO   | R\$ 1,85       |
| 02.02.01.062-7 | DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES                                 | R\$ 1,85       |
| 02.02.01.063-5 | DOSAGEM DE SÓDIO  | R\$ 1,85       |
| 02.02.01.064-3 | DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO-OXALACÉTICA (TGO)                   | R\$ 2,01       |
| 02.02.01.065-1 | DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO-PIRUVICA (TGP)                      | R\$ 2,01       |
| 02.02.01.066-0 | DOSAGEM DE TRANSFERRINA   | R\$ 4,12       |
| 02.02.01.067-8 | DOSAGEM DE TRIGLICÉRIDEOS   | R\$ 3,51       |
| 02.02.01.069-4 | DOSAGEM DE URÉIA  | R\$ 1,85       |
| 02.02.01.070-8 | DOSAGEM DE VITAMINA B12   | R\$ 15,24      |
| 02.02.01.072-4 | ELETROFORESE DE PROTEÍNAS   | R\$ 4,42       |
| 02.02.01.076-7 | DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D                                       | R\$ 15,24      |
| 02.02.02.002-9 | CONTAGEM DE PLAQUETAS   | R\$ 2,73       |
| 02.02.02.003-7 | CONTAGEM DE RETICULÓCITOS   | R\$ 2,73       |
| 02.02.02.013-4 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA) | R\$ 5,77       |
| 02.02.02.014-2 | DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)                | R\$ 2,73       |
| 02.02.02.017-7 | DOSAGEM DE ANTITROMBINA III   | R\$ 6,48       |
| 02.02.02.035-5 | ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA   | R\$ 5,41       |
| 02.02.02.036-3 | ERITROGRAMA (ERITRÓCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)                   | R\$ 2,73       |
| 02.02.02.038-0 | HEMOGRAMA COMPLETO  | R\$ 4,11       |
| 02.02.02.039-8 | LEUCOGRAMA  | R\$ 2,73       |
| 02.02.02.044-4 | PESQUISA DE HEMOGLOBINA S   | R\$ 2,73       |
| 02.02.02.049-5 | PROVA DE RETRAÇÃO DO COAGULO  | R\$ 2,73       |
| 02.02.02.054-1 | TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)                            | R\$ 2,73       |
| 02.02.02.055-0 | DOSAGEM DE PROTEÍNA C FUNCIONAL                                       | R\$ 75,00      |
| 02.02.02.056-8 | DOSAGEM DE PROTEÍNA S FUNCIONAL                                       | R\$ 125,00     |
| 02.02.02.057-6 | PESQUISA DE ANTICOAGULANTE LÚPICO                                     | R\$ 110,00     |
| 02.02.03.002-4 | CONTAGEM DE LÍNCITOS CD4/CD8  | R\$ 15,00      |
| 02.02.03.004-0 | DETECÇÃO DE ÁCIDOS NUCLEICOS DO HIV-1 (QUALITATIVO)                   | R\$ 65,00      |
| 02.02.03.006-7 | DETERMINAÇÃO DE COMPLEMENTO (CH50)                                    | R\$ 9,25       |
| 02.02.03.008-3 | DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA                       | R\$ 9,25       |
| 02.02.03.009-1 | DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEÍNA  | R\$ 15,06      |
| 02.02.03.010-5 | DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA)                       | R\$ 16,42      |
| 02.02.03.012-1 | DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3   | R\$ 17,16      |
| 02.02.03.013-0 | DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4   | R\$ 17,16      |
| 02.02.03.015-6 | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)                                     | R\$ 17,16      |
| 02.02.03.016-4 | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)                                     | R\$ 9,25       |
| 02.02.03.017-2 | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IGG)                                     | R\$ 27,22      |
| 02.02.03.018-0 | DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)                                     | R\$ 17,16      |
| 02.02.03.025-3 | PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA                            | R\$ 10,00      |
| 02.02.03.027-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA                                       | R\$ 8,67       |

|                |  |     |       |
|----------------|--|-----|-------|
| 02.02.03.031-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 HTLV-2  | R\$ | 18,55 |
| 02.02.03.032-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)                                       | R\$ | 17,16 |
| 02.02.03.033-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS   | R\$ | 5,74  |
| 02.02.03.034-2 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM   | R\$ | 17,16 |
| 02.02.03.035-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)  | R\$ | 18,55 |
| 02.02.03.036-9 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)  | R\$ | 18,55 |
| 02.02.03.045-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)   | R\$ | 10,00 |
| 02.02.03.046-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES   | R\$ | 9,70  |
| 02.02.03.047-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTISTREPTOLISINA O (ASLO)  | R\$ | 2,83  |
| 02.02.03.048-2 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO  | R\$ | 10,00 |
| 02.02.03.053-9 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS   | R\$ | 4,10  |
| 02.02.03.056-3 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA   | R\$ | 17,16 |
| 02.02.03.057-1 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO  | R\$ | 17,16 |
| 02.02.03.058-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO  | R\$ | 17,16 |
| 02.02.03.059-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLIO  | R\$ | 17,16 |
| 02.02.03.060-1 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS   | R\$ | 17,16 |
| 02.02.03.062-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA  | R\$ | 17,16 |
| 02.02.03.063-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)     | R\$ | 18,55 |
| 02.02.03.067-9 | PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)                             | R\$ | 18,55 |
| 02.02.03.074-1 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS   | R\$ | 11,00 |
| 02.02.03.075-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS   | R\$ | 9,25  |
| 02.02.03.076-8 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA  | R\$ | 16,97 |
| 02.02.03.077-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI   | R\$ | 9,25  |
| 02.02.03.078-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL) | R\$ | 18,55 |
| 02.02.03.078-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL) | R\$ | 18,55 |
| 02.02.03.080-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)                          | R\$ | 18,55 |
| 02.02.03.081-4 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA                                       | R\$ | 17,16 |
| 02.02.03.083-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR                                     | R\$ | 17,16 |
| 02.02.03.085-7 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS   | R\$ | 11,61 |
| 02.02.03.087-3 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA  | R\$ | 18,55 |
| 02.02.03.091-1 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV- IGG)                         | R\$ | 18,55 |
| 02.02.03.092-0 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA                                       | R\$ | 17,16 |
| 02.02.03.094-6 | PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR                                     | R\$ | 17,16 |
| 02.02.03.096-2 | PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)  | R\$ | 13,35 |
| 02.02.03.097-0 | PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)                          | R\$ | 18,55 |
| 02.02.03.098-9 | PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)                                      | R\$ | 18,55 |
| 02.02.03.101-2 | PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)   | R\$ | 4,10  |
| 02.02.03.104-7 | PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLORESCENCIA)                                      | R\$ | 10,00 |
| 02.02.03.107-1 | QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO HIV-1  | R\$ | 18,00 |
| 02.02.03.109-8 | TESTE TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS   | R\$ | 4,10  |
| 02.02.03.111-0 | TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS   | R\$ | 2,83  |
| 02.02.03.112-8 | TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS  | R\$ | 10,00 |
| 02.02.03.113-6 | TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS  | R\$ | 10,00 |
| 02.02.03.118-7 | DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINASE RECOMBINANTE HUMANO IGA                         | R\$ | 18,55 |
| 02.02.03.120-9 | DOSAGEM DE TROPONINA   | R\$ | 9,00  |
| 02.02.03.121-7 | DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125   | R\$ | 13,35 |
| 02.02.04.002-0 | DOSAGEM DE GORDURA FECAL   | R\$ | 3,04  |
| 02.02.04.009-7 | PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES   | R\$ | 1,65  |
| 02.02.04.012-7 | PARASITOLÓGICO DE FEZES 1 AMOSTRA  | R\$ | 1,65  |
| 02.02.04.012-7 | PARASITOLÓGICO DE FEZES 2 AMOSTRA  | R\$ | 1,65  |
| 02.02.04.012-7 | PARASITOLÓGICO DE FEZES 3 AMOSTRA  | R\$ | 1,65  |
| 02.02.04.012-7 | PARASITOLÓGICO DE FEZES (MIF)  | R\$ | 1,65  |
| 02.02.04.014-3 | PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES  | R\$ | 1,65  |
| 02.02.04.014-3 | PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES 1 AMOSTRA  | R\$ | 1,65  |
| 02.02.04.014-3 | PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES 2 AMOSTRA  | R\$ | 1,65  |
| 02.02.04.014-3 | PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES 3 AMOSTRA  | R\$ | 1,65  |
| 02.02.05.001-7 | ANÁLISE DE CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA                              | R\$ | 3,70  |
| 02.02.05.002-5 | CLEARANCE DE CREATININA  | R\$ | 3,51  |
| 02.02.05.004-1 | CLEARANCE DE URÉIA   | R\$ | 3,51  |
| 02.02.05.008-4 | DOSAGEM DE CITRATO   | R\$ | 2,01  |
| 02.02.05.010-6 | DOSAGEM DE OXALATO   | R\$ | 3,68  |
| 02.02.05.011-4 | DOSAGEM DE PROTEÍNAS (URINA DE 24 HORAS)   | R\$ | 2,04  |
| 02.02.05.019-0 | PESQUISA DE CISTINA NA URINA   | R\$ | 2,04  |
| 02.02.05.030-0 | PESQUISA DE PROTEÍNAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)   | R\$ | 4,44  |
| 02.02.06.004-7 | DOSAGEM DE 17 ALFA HIDROXIPROGESTERONA   | R\$ | 10,20 |
| 02.02.06.008-0 | DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTRÓFICO (ACTH)   | R\$ | 14,12 |
| 02.02.06.009-8 | DOSAGEM DE ALDOSTERONA   | R\$ | 11,89 |
| 02.02.06.011-0 | DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA   | R\$ | 11,53 |
| 02.02.06.013-6 | DOSAGEM DE CORTISOL  | R\$ | 9,86  |
| 02.02.06.014-4 | DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)   | R\$ | 11,25 |
| 02.02.06.016-0 | DOSAGEM DE ESTRADIOL   | R\$ | 10,15 |
| 02.02.06.018-7 | DOSAGEM DE ESTRONA   | R\$ | 11,12 |
| 02.02.06.021-7 | DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)                                  | R\$ | 7,85  |
| 02.02.06.022-5 | DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (GHG)   | R\$ | 10,21 |
| 02.02.06.023-3 | DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)   | R\$ | 7,89  |
| 02.02.06.024-1 | DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)  | R\$ | 8,97  |
| 02.02.06.025-0 | DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE TSH   | R\$ | 8,96  |
| 02.02.06.026-8 | DOSAGEM DE INSULINA  | R\$ | 10,17 |
| 02.02.06.027-6 | DOSAGEM DE PARATORMONIO  | R\$ | 43,13 |

|                |  |     |        |
|----------------|--|-----|--------|
| 02.02.06.028-4 | DOSAGEM DE PEPTIDEO C  | R\$ | 15,35  |
| 02.02.06.029-2 | DOSAGEM DE PROGESTERONA  | R\$ | 10,22  |
| 02.02.06.030-6 | DOSAGEM DE PROLACTINA  | R\$ | 10,15  |
| 02.02.06.031-4 | DOSAGEM DE RENINA  | R\$ | 13,19  |
| 02.02.06.032-2 | DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)   | R\$ | 15,35  |
| 02.02.06.033-0 | DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)                                     | R\$ | 13,11  |
| 02.02.06.034-9 | DOSAGEM DE TESTOSTERONA  | R\$ | 10,43  |
| 02.02.06.035-7 | DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE  | R\$ | 13,11  |
| 02.02.06.037-3 | DOSAGEM DE TIROXINA (T4)   | R\$ | 8,76   |
| 02.02.06.038-1 | DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)   | R\$ | 11,60  |
| 02.02.06.039-0 | DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)  | R\$ | 8,71   |
| 02.02.07.002-6 | DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO  | R\$ | 2,23   |
| 02.02.07.005-0 | DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO   | R\$ | 15,65  |
| 02.02.07.015-8 | DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA   | R\$ | 17,53  |
| 02.02.07.017-4 | DOSAGEM DE CHUMBO  | R\$ | 8,83   |
| 02.02.07.025-5 | DOSAGEM DE LITIO   | R\$ | 2,25   |
| 02.02.07.026-3 | DOSAGEM DE MERCURIO  | R\$ | 2,04   |
| 02.02.07.035-2 | DOSAGEM DE ZINCO   | R\$ | 15,65  |
| 02.02.08.004-8 | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)                                  | R\$ | 4,20   |
| 02.02.08.005-6 | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSEMIASE)   | R\$ | 4,20   |
| 02.02.08.006-4 | BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)                                      | R\$ | 4,20   |
| 02.02.08.007-2 | BACTERIOSCOPIA (GRAM)  | R\$ | 2,80   |
| 02.02.08.011-0 | CULTURA DE BARR  | R\$ | 5,63   |
| 02.02.08.015-3 | HEMOCULTURA  | R\$ | 11,49  |
| 02.02.08.019-6 | PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A                                  | R\$ | 4,33   |
| 02.02.09.036-1 | TESTE MOLECULAR PARA A DETECCAO DO COMPLEXO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS PPD TUBERCULINA | R\$ | 17,62  |
| 02.02.10.003-0 | DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)                  | R\$ | 160,00 |
| 02.02.10.023-5 | PESQUISA DE MUTACAO DO GENE DA PROTROMBINA   | R\$ | 180,00 |
| 02.02.11.008-7 | DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)                              | R\$ | 13,20  |
| 02.02.12.002-3 | DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO   | R\$ | 1,37   |
| 02.02.12.009-0 | TESTE INDIRECTO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)  | R\$ | 2,73   |

**LABORATÓRIO**

**PROCEDIMENTOS FORA DA TABELA SUS**

| <b>CODIGO SUS</b> | <b>PROCEDIMENTO</b>   | <b>VALOR UNITARIO</b> |        |
|-------------------|---|-----------------------|--------|
| NÃO SUS           | TESTE RÁPIDO DE ANTÍGENO COVID-19                                 | R\$                   | 157,41 |
| NÃO SUS           | ANTINEUTROFILOS ANCA C  | R\$                   | 42,16  |
| NÃO SUS           | ANTICENTROMERO  | R\$                   | 27,00  |
| NÃO SUS           | ANTIGENO HLA B27 ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO B27                 | R\$                   | 41,05  |
| NÃO SUS           | MARCADORES TUMORAIS (CA 15-3)                                     | R\$                   | 51,86  |
| NÃO SUS           | COMPLEMENTO CH 100  | R\$                   | 24,72  |
| NÃO SUS           | IGF BP3 PROTEÍNA LOGADORA DOS FATORES DE CRESCIMENTO INSULIN LIKE | R\$                   | 59,81  |
| NÃO SUS           | GLICEMIA APOS SOBRECARGA C DEXTROSOL                              | R\$                   | 13,47  |
| NÃO SUS           | VITAMINA A  | R\$                   | 44,23  |
| NÃO SUS           | CITRATO URINARIO URINA 24 HORAS                                   | R\$                   | 2,12   |
| NÃO SUS           | ANTI ENDOMISIO IGM  | R\$                   | 71,65  |
| NÃO SUS           | ANTI ENDOMISIO IGA  | R\$                   | 57,95  |
| NÃO SUS           | ANTI ENDOMISIO IGG  | R\$                   | 60,44  |
| NÃO SUS           | OXALATO URINA 24 HORAS  | R\$                   | 3,87   |
| NÃO SUS           | FENOBARBITAL  | R\$                   | 37,03  |
| NÃO SUS           | MICROALBUMINURIA URINA 24HORAS                                    | R\$                   | 26,14  |
| NÃO SUS           | ANTICORPOS ANTIGLIADINA (GLUTEN) IGG                              | R\$                   | 30,16  |
| NÃO SUS           | ANTICORPOS ANTIGLIADINA (GLUTEN) IGM                              | R\$                   | 33,38  |
| NÃO SUS           | MARCADORES TUMORAIS CA 19.9                                       | R\$                   | 53,21  |
| NÃO SUS           | CALCIO URINARIO 24 HORAS  | R\$                   | 14,86  |
| NÃO SUS           | CREATININA AMOSTRA ISOLADA  | R\$                   | 15,31  |
| NÃO SUS           | CREATININA URINARIA 24 HORAS                                      | R\$                   | 1,95   |
| NÃO SUS           | ACETILCOLINESTERASE ERITROCITARIA                                 | R\$                   | 13,47  |
| NÃO SUS           | DOSAGEM DE FRUTOSAMINA  | R\$                   | 16,84  |
| NÃO SUS           | TRAB - ANTICORPO ANTI RECEPTOR DE TSH                             | R\$                   | 53,46  |
| NÃO SUS           | FOSFORO EM AMOSTRA ALEATORIA                                      | R\$                   | 1,95   |
| NÃO SUS           | FOSFORO URINARIO  | R\$                   | 1,95   |
| NÃO SUS           | MAGNESIO URINARIO 24 HORAS  | R\$                   | 2,12   |
| NÃO SUS           | MICROALBUMINURIA  | R\$                   | 23,14  |
| NÃO SUS           | MICROALBUMINURIA AMOSTRA ISOLADA                                  | R\$                   | 23,14  |
| NÃO SUS           | MONOTESTE   | R\$                   | 20,47  |
| NÃO SUS           | POTASSIO URINARIO 24 HORAS  | R\$                   | 9,18   |
| NÃO SUS           | PROTEINURIA URINA 24 HORAS  | R\$                   | 2,15   |
| NÃO SUS           | SODIO URINARIO 24 HORAS   | R\$                   | 1,95   |
| NÃO SUS           | TESTE DE SENSIBILIDADE AOS ANTIBIOTICOS 1                         | R\$                   | 18,73  |
| NÃO SUS           | TESTE DE TOLERANCIA A LACTOSE                                     | R\$                   | 46,86  |
| NÃO SUS           | UROCULTURA  | R\$                   | 28,18  |
| NÃO SUS           | RELACAO CALCIO / CREATININA                                       | R\$                   | 13,56  |
| NÃO SUS           | UREIA URINARIO  | R\$                   | 9,18   |
| NÃO SUS           | TESTE RAPIDO PARA DENGUE IGG                                      | R\$                   | 30,77  |

|         |                                |     |        |
|---------|--------------------------------|-----|--------|
| NÃO SUS | TESTE RAPIDO PARA DENGUE IGM   | R\$ | 29,39  |
| NÃO SUS | ALBUMINA                       | R\$ | 11,34  |
| NÃO SUS | GLICOSE POS CAFE DA MANHA      | R\$ | 1,95   |
| NÃO SUS | GLICEMIA POS PRANDIAL          | R\$ | 28,08  |
| NÃO SUS | RELACAO PROTEINAS / CREATININA | R\$ | 21,82  |
| NÃO SUS | CHIKUNGUNYA IGG                | R\$ | 136,84 |
| NÃO SUS | CHIKUNGUNYA IGM                | R\$ | 136,84 |

### ESTIMATIVA DESPESAS EM PARCELA UNICA - PAGAMENTO 1º MÊS

#### IMPLANTAÇÃO E INTEGRAÇÃO DE SOFTWARE

Disponibilização e integração do software de gestão dos exames laboratoriais com o software de atendimento assistencial utilizado pelo município, nas Unidades de Saúde, visando gerar agilidade e maior resolutividade na entrega dos exames laboratoriais para os profissionais de saúde. Treinamento e suporte técnico.

R\$ 38.421,05

#### VALOR DA PARCELA UNICA

R\$ 38.421,05

#### CUSTOS PARA ADAPTAÇÕES NAS ESTRUTURAS NOS POSTOS DE COLETA E PROCESSAMENTO DOS EXAMES

#### UNIDADE

#### VALOR DA ADAPTACAO

|                         |     |           |
|-------------------------|-----|-----------|
| Unidade Jose de Almeida | R\$ | 9.988,92  |
| Unidade Cascalho        | R\$ | 32.614,58 |
| Unidade Bom Retiro      | R\$ | 20.985,23 |
| UBS Água Limpa          | R\$ | 17.003,14 |

#### VALOR DA PARCELA UNICA

R\$ 80.591,87

### UNIDADES E SERVIÇOS NO MUNICÍPIO DE SÃO GONÇALO DO PARÁ

Gerenciamento, Operacionalização e Execução das ações e serviços de saúde desenvolvidos nas unidades de Estratégia Saúde da Família – ESF's com Equipe de Saúde Bucal - ESB e Centro de Saúde 24hs no município de São Gonçalo do Pará.

#### ATENÇÃO PRIMÁRIA - RECURSOS HUMANOS

| QUANTIDADE                                   | CARGO                             | SALÁRIO      | VALOR TOTAL COM ENCARGOS SOCIAIS, TRABALHISTAS, BENEFÍCIOS E EPI |
|--|-----------------------------------|--------------|--|
| 1  | AUXILIAR ADMINISTRATIVO - 40H/SEM | R\$ 1.500,00 | R\$ 2.550,20   |
| 1  | FISIOTERAPEUTA - 30H/SEM          | R\$ 4.000,00 | R\$ 6.403,49   |
| 1  | FONOAUDIÓLOGA - 20H/SEM           | R\$ 3.099,99 | R\$ 4.889,73   |
| 4  | DENTISTAS - 40H/SEM               | R\$ 5.000,00 | R\$ 32.880,26  |
| 3  | AUXILIAR SAÚDE BUCAL - 40H/SEM    | R\$ 1.302,00 | R\$ 8.130,18   |
| 3  | RECEPCIONISTAS - 40H/SEM          | R\$ 1.500,00 | R\$ 8.840,60   |
| 1  | FARMACÊUTICO - 40H/SEM            | R\$ 5.000,00 | R\$ 7.803,40   |
| <b>SUB TOTAL ESTIMADO - ATENÇÃO PRIMÁRIA</b> |                                   | <b>R\$</b>   | <b>71.497,86</b>   |

#### CENTRO DE SAÚDE 24HS - RECURSOS HUMANOS

|  |  |              |                   |
|--|--|--------------|-------------------|
| 2  | ENFERMEIRO - 12X36 (DIURNO)            | R\$ 4.750,00 | R\$ 15.440,99     |
| 2  | ENFERMEIRO - 12X36 (NOTURNO)           | R\$ 4.750,00 | R\$ 17.159,77     |
| 2  | SUPERVISOR ADMINISTRATIVO - 40H/SEM    | R\$ 3.020,00 | R\$ 9.552,84      |
| 2  | AUXILIAR DE FARMÁCIA - 12X36 (DIURNO)  | R\$ 1.575,65 | R\$ 5.904,32      |
| 2  | AUXILIAR DE FARMÁCIA - 12X36 (NOTURNO) | R\$ 1.575,65 | R\$ 6.448,83      |
| <b>SUB TOTAL ESTIMADO - PRONTO ATENDIMENTO</b> |  | <b>R\$</b>   | <b>54.506,75</b>  |
| <b>TOTAL</b>                                   |  | <b>R\$</b>   | <b>126.004,61</b> |

#### SERVIÇOS MÉDICOS

| QUANTIDADE   | DESCRIÇÃO   | VALOR UNITÁRIO | VALOR MENSAL     |
|--------------|---|----------------|------------------|
| 4            | Prestação de Serviços Médicos (prestação de serviços médicos não efetivos nas ESF e cobertura de férias dos profissionais efetivos das ESF) | R\$ 20.000,00  | R\$ 80.000,00    |
| <b>TOTAL</b> |   | <b>R\$</b>     | <b>80.000,00</b> |



| DEMAIS SERVIÇOS  |                      |
|--|----------------------|
| Descrição  | Valor Mensal         |
| Estimativa de sistema informatizado em nuvem para gerenciamento, controle e faturamento de serviços de saúde de urgência e atenção primária.                     | R\$ 8.421,05         |
| Prestação de Serviço de Monitoramento de indicadores de saúde do previne Brasil.   | R\$ 2.680,41         |
| Estimativa de manutenção predial, incluindo reparos, fornecimento de materiais e mão de obra especializada, dedetização e etc. Até o limite financeiro previsto. | R\$ 21.000,00        |
| Manutenção de Equipamentos Médicos (incluindo os materiais odontológicos e o fornecimento de peças até o limite financeiro estabelecido).                        | R\$ 5.578,95         |
| Estimativa de prestação de serviços de tecnologia da informação e manutenção de equipamentos de informática, com fornecimento de peças até o teto estabelecido.  | R\$ 4.000,00         |
| Estimativa de despesas com telefonia   | R\$ 716,32           |
| Estimativa mensal de materiais gráficos e comunicação visual   | R\$ 800,00           |
| Aquisição de itens permanentes   | R\$ 1.052,63         |
| Estimativa de serviços de comunicação institucional, através de ferramentas de publicidade, com foco na informação em saúde para usuários e profissionais do SUS | R\$ 11.056,84        |
| Despesa Administrativa   | R\$ 16.334,55        |
| <b>TOTAL</b>   | <b>R\$ 71.640,75</b> |

**SERVIÇOS DE MONITORAMENTO DOS INDICADORES DE SAÚDE E SERVIÇOS DE ORGANIZAÇÃO, ESTRUTURAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DAS ROTINAS DE FUNCIONAMENTO DAS SECRETARIAS DE SAÚDE**

| Item | Descrição  | Unidade | Valor Prestador | Valor ICISMEP |
|------|--|---------|-----------------|---------------|
| 1    | Monitoramento dos Indicadores de Saúde - Municípios com população estimada até <b>10.000 habitantes</b> .  | Mensal  | R\$ 1.300,00    | R\$1.340,21   |
| 2    | Monitoramento Indicadores de Saúde - Municípios com população estimada entre <b>10.001 a 30.000 habitantes</b> .   | Mensal  | R\$ 2.600,00    | R\$2.680,41   |
| 3    | Monitoramento Indicadores de Saúde - Municípios com população estimada entre <b>30.001 a 70.000 habitantes</b> .   | Mensal  | R\$ 6.500,00    | R\$6.701,03   |
| 4    | Monitoramento Indicadores de Saúde - Municípios com população estimada entre <b>70.001 a 110.000 habitantes</b> .  | Mensal  | R\$ 11.700,00   | R\$12.061,86  |
| 5    | Monitoramento Indicadores de Saúde - Municípios com população estimada entre <b>110.001 a 200.000 habitantes</b> .   | Mensal  | R\$ 19.500,00   | R\$20.103,09  |
| 6    | Monitoramento Indicadores de Saúde - Municípios com população estimada entre <b>200.001 a 500.000 habitantes</b> .   | Mensal  | R\$ 29.900,00   | R\$30.824,74  |
| 7    | Monitoramento Indicadores de Saúde - Municípios com população estimada entre <b>500.001 a 1.000.000 habitantes</b> .   | Mensal  | R\$ 87.500,00   | R\$90.206,19  |
| 8    | Organização, estruturação e acompanhamento das rotinas de funcionamento das secretarias de saúde - Municípios com população estimada até <b>10.000 habitantes</b> .            | Mensal  | R\$ 1.900,00    | R\$1.958,76   |
| 9    | Organização, estruturação e acompanhamento das rotinas de funcionamento das secretarias de saúde - Municípios com população estimada entre <b>10.001 a 30.000 habitantes</b> . | Mensal  | R\$ 3.800,00    | R\$3.917,53   |

|    |   |        |                |               |
|----|---|--------|----------------|---------------|
| 10 | Organização, estruturação e acompanhamento das rotinas de funcionamento das secretarias de saúde - Municípios com população estimada entre <b>30.001 a 70.000 habitantes.</b>     | Mensal | R\$ 9.500,00   | R\$9.793,81   |
| 11 | Organização, estruturação e acompanhamento das rotinas de funcionamento das secretarias de saúde - Municípios com população estimada entre <b>70.001 a 110.000 habitantes.</b>    | Mensal | R\$ 17.100,00  | R\$17.628,87  |
| 12 | Organização, estruturação e acompanhamento das rotinas de funcionamento das secretarias de saúde - Municípios com população estimada entre <b>110.001 a 200.000 habitantes.</b>   | Mensal | R\$ 33.250,00  | R\$34.278,35  |
| 13 | Organização, estruturação e acompanhamento das rotinas de funcionamento das secretarias de saúde - Municípios com população estimada entre <b>200.001 a 500.000 habitantes.</b>   | Mensal | R\$ 43.700,00  | R\$45.051,55  |
| 14 | Organização, estruturação e acompanhamento das rotinas de funcionamento das secretarias de saúde - Municípios com população estimada entre <b>500.001 a 1.000.000 habitantes.</b> | Mensal | R\$ 128.030,83 | R\$131.990,55 |

| SERVIÇOS DE TELEMEDICINA NA ATENÇÃO BÁSICA |                          |
|--|--------------------------|
| TREINAMENTO E IMPLANTAÇÃO                  |                          |
| DESCRIÇÃO DO SERVIÇO                       | VALOR UNITÁRIO (POR ESF) |
| Treinamento e implantação                  | R\$ 674,16               |

| MANUTENÇÃO E DISPONIBILIZAÇÃO DA PLATAFORMA   |                              |
|---|------------------------------|
| DESCRIÇÃO DO SERVIÇO  | VALOR MENSAL (POR MUNICÍPIO) |
| Manutenção e disponibilização da plataforma informatizada para utilização em Desktop e APP, composta por Base de Conhecimento (inteligência artificial), Prescrição digital, Interação via chat, Envio de vídeos/imagens, Ambiente em nuvem e LGPD. | R\$ 5.056,18                 |

| TELEORIENTAÇÕES E TELECONSULTAS  |                                     |              |              |                 |                 |
|--|-------------------------------------|--------------|--------------|-----------------|-----------------|
| DESCRIÇÃO DO SERVIÇO   | FREQÜÊNCIA E VALOR MENSAL (POR ESF) |              |              |                 |                 |
|  | 1X SEMANA                           | 2X SEMANA    | 3X SEMANA    | 1X CADA 15 DIAS | 1X CADA 30 DIAS |
|  | 8 HORAS DIÁRIAS                     |              |              |                 |                 |
| Tele orientações na especialidade de <b>Neurologia</b> , com disponibilidade de agendamento de tele consultas mediante necessidade clínica/técnica, para Equipe de Saúde da Família      | R\$ 1.348,31                        | R\$ 2.696,63 | R\$ 4.044,94 | R\$ 1.460,67    | R\$ 1.685,39    |
| Tele orientações na especialidade de <b>Cardiologia</b> com disponibilidade de agendamento de tele consultas mediante necessidade clínica/técnica, para Equipe de Saúde da Família       | R\$ 1.348,31                        | R\$ 2.696,63 | R\$ 4.044,94 | R\$ 1.460,67    | R\$ 1.685,39    |
| Tele orientações na especialidade de <b>Urologia</b> com disponibilidade de agendamento de tele consultas mediante necessidade clínica/técnica, para Equipe de Saúde da Família          | R\$ 1.348,31                        | R\$ 2.696,63 | R\$ 4.044,94 | R\$ 1.460,67    | R\$ 1.685,39    |
| Tele orientações na especialidade de <b>Reumatologia</b> com disponibilidade de agendamento de tele consultas mediante necessidade clínica/técnica, para Equipe de Saúde da Família      | R\$ 1.348,31                        | R\$ 2.696,63 | R\$ 4.044,94 | R\$ 1.460,67    | R\$ 1.685,39    |
| Tele orientações na especialidade de <b>Dermatologia</b> com disponibilidade de agendamento de tele consultas mediante necessidade clínica/técnica, para Equipe de Saúde da Família      | R\$ 1.348,31                        | R\$ 2.696,63 | R\$ 4.044,94 | R\$ 1.460,67    | R\$ 1.685,39    |
| Tele orientações na especialidade de <b>Ortopedia</b> com disponibilidade de agendamento de tele consultas mediante necessidade clínica/técnica, para Equipe de Saúde da Família         | R\$ 1.348,31                        | R\$ 2.696,63 | R\$ 4.044,94 | R\$ 1.460,67    | R\$ 1.685,39    |
| Tele orientações na especialidade de <b>Cirurgia Vascular</b> com disponibilidade de agendamento de tele consultas mediante necessidade clínica/técnica, para Equipe de Saúde da Família | R\$ 1.348,31                        | R\$ 2.696,63 | R\$ 4.044,94 | R\$ 1.460,67    | R\$ 1.685,39    |

| SERVIÇOS DE TELEMEDICINA NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA |                              |
|---|------------------------------|
| TREINAMENTO E IMPLANTAÇÃO                         |                              |
| DESCRIÇÃO DO SERVIÇO                              | VALOR UNITÁRIO (POR UNIDADE) |
| Treinamento e implantação                         | R\$ 674,16                   |

| MANUTENÇÃO E DISPONIBILIZAÇÃO DA PLATAFORMA   |                              |
|---|------------------------------|
| Descrição do Serviço  | Valor Mensal (por município) |
| Manutenção e disponibilização da plataforma informatizada para utilização em Desktop e APP, composta por Base de Conhecimento (inteligência artificial), Prescrição digital, Interação via chat, Envio de vídeos/imagens, Ambiente em nuvem e LGPD, considerando emergência o atendimento em até 30 minutos e urgência o atendimento em até 90 minutos. | R\$ 5.056,18                 |

| TELEORIENTAÇÕES E TELECONSULTAS   |  |                            |
|---|--|----------------------------|
| DESCRIÇÃO DO SERVIÇO  | FREQUÊNCIA E VALOR MENSAL (24 HORAS/DIA X 7 DIAS/SEMANA) |                            |
|   | DE 1 A 300 CONSULTAS/MÊS                                 | DE 301 A 500 CONSULTAS/MÊS |
| Tele orientações e Tele consultas de urgência e emergência na especialidade de <u>Neurologia</u>  | R\$ 33.707,87  | R\$ 44.943,82              |
| Tele orientações e Tele consultas de urgência e emergência na especialidade de <u>Cardiologia</u> | R\$ 33.707,87  | R\$ 44.943,82              |

| UNIDADES E SERVIÇOS NO MUNICÍPIO DE PARÁ DE MINAS  |                     |                  |  |
|--|---------------------|------------------|--|
| Gerenciamento e a operacionalização da Unidade Básica de Saúde Seringueiras, com locação de estrutura modular adaptada para Estratégia de Saúde da Família -ESF. |                     |                  |  |
| UNIDADES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA   |                     |                  |  |
| RECURSOS HUMANOS   |                     |                  |  |
| QUANTIDADE   | CARGO               | SALARIO          | VALOR TOTAL COM ENCARGOS SOCIAIS, TRABALHISTAS, BENEFÍCIOS E EPI |
| 2  | Recepcionistas      | R\$ 1.931,43     | R\$ 7.524,97   |
| 1  | Auxiliar de limpeza | R\$ 1.232,20     | R\$ 3.288,32   |
| 2  | Vigia - Diurno      | R\$ 1.369,62     | R\$ 5.735,53   |
| 2  | Vigia - Noturno     | R\$ 1.369,62     | R\$ 6.264,16   |
| <b>TOTAL MENSAL</b>  |                     | <b>R\$</b>       | <b>22.812,98</b>   |
| SERVIÇOS MÉDICOS   |                     |                  |  |
| DESCRIÇÃO  | VALOR MENSAL        |                  |  |
| Médico de Saúde da Família (PJ) - 40H/SEM  | R\$                 | 17.500,00        |  |
| <b>TOTAL MENSAL</b>  | <b>R\$</b>          | <b>17.500,00</b> |  |



| DEMAIS SERVIÇOS  |                      |
|--|----------------------|
| DESCRIÇÃO  | VALOR MENSAL         |
| Estimativa mensal de materiais de escritório e comunicação visual  | R\$ 875,80           |
| Estimativa de gêneros alimentícios                                 | R\$ 412,00           |
| Estimativa mensal de materiais de limpeza e higienização           | R\$ 1.824,00         |
| Estimativa mensal de materiais médicos hospitalares e medicamentos | R\$ 3.947,56         |
| Despesa Administrativa   | R\$ 5.597,88         |
| <b>TOTAL MENSAL</b>  | <b>R\$ 12.657,24</b> |

| ESTIMATIVA DE DESPESAS EM PARCELA ÚNICA   |                      |
|---|----------------------|
| DESCRIÇÃO   | VALOR TOTAL          |
| Mobilização e Instalação da Estrutura (Transporte e Montagem da estrutura)          | R\$ 38.800,00        |
| Desinstalação e Desmobilização da Estrutura (Transporte e Desmontagem da estrutura) | R\$ 38.800,00        |
| Placa de identificação da Unidade de Saúde  | R\$ 6.032,00         |
| <b>TOTAL</b>  | <b>R\$ 83.632,00</b> |

| LOCAÇÃO DE ESTRUTURA MODULAR   |                      |
|--|----------------------|
| DESCRIÇÃO  | VALOR TOTAL MENSAL   |
| <b>CONTAINER</b><br>Container adaptado para ambulatório/ acabamento medindo: Área: 94,63 m², Pé Direito: 2,41m, Escala: 1:75, com 04 aparelhos de ar condicionado instalado ACJ 18000BTUS, 01 unidade de Cortina de Ar Springer 220v 120 cm (São 07 contêineres de 6,06 x 2,44).<br>- Teto em EPS+EUCAPLAC, telha trap em eps e pvc, com telha termo acústica 50mm<br>- Parede em chapa galvanizada sem pintura chapa galvanizada + eps + pvc painel termo acústico 50mm.<br>- Piso- revestimento em manta vinílica revestimento em plurigoma compensado naval sem revestimento compensado naval pintado cinza chapa xadrez c/ pintura epóxi cinza.<br>- Esquadrias janelas - vidro de chapa máxima-ar vitro correr, policarb. Veneziana fixa em chapa.<br>- Portas- porta simples e porta dupla.<br>- Pontos com luminária compacta em led, interruptor simples, ponto telefone tomada de baixa, tomada média e tomada alta tensão. Quadro elétrico e ponto hidráulico. | R\$ 10.570,68        |
| <b>TOTAL MENSAL</b>  | <b>R\$ 10.570,68</b> |

### SERVIÇO DE RETAGUARDA AMBULATORIAL E HOSPITALAR EM UNIDADE MÓVEL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PARA O MUNICÍPIO DE NOVA LIMA

| ITEM                  | DESCRIÇÃO  | LOCAL         | VALOR         |
|-----------------------|--|---------------|---------------|
| 11/02/2023 12h as 00h | 1 – Tipo D Equipada – Com condutor, médico e dois téc. Em enfermagem | SEDE          | R\$ 35.851,10 |
| 17/02/2023 17h 03h    | 1 – Tipo D Equipada – Com condutor, médico e dois téc. Em enfermagem | SEDE          |               |
| 18/02/2023 09h as 23h | 1 – Tipo D Equipada – Com condutor, médico e dois téc. Em enfermagem | SEDE          |               |
| 19/02/2023 08h as 20h | 1 – Tipo D Equipada – Com condutor, médico e dois téc. Em enfermagem | SEDE          |               |
| 19/02/2023 14h as 01h | 1 – Tipo D Equipada – Com condutor, médico e dois téc. Em enfermagem | BICALHO       |               |
| 19/02/2023 09h as 17h | 1 – Tipo D Equipada – Com condutor, médico e dois téc. Em enfermagem | JARDIM CANADÁ |               |
| 20/02/2023 10h as 22h | 1 – Tipo D Equipada – Com condutor, médico e dois téc. Em enfermagem | SEDE          |               |
| 20/02/2023 14h as 01h | 1 – Tipo D Equipada – Com condutor, médico e dois téc. Em enfermagem | BICALHO       |               |
| 20/02/2023 09h as 21h | 1 – Tipo D Equipada – Com condutor, médico e dois téc. Em enfermagem | JARDIM CANADÁ |               |
| 21/02/2023 09h as 17h | 1 – Tipo D Equipada – Com condutor, médico e dois téc. Em enfermagem | SEDE          |               |
| 21/02/2023 09h as 17h | 1 – Tipo D Equipada – Com condutor, médico e dois téc. Em enfermagem | MACACOS       |               |
| 21/02/2023 11h as 20h | 1 – Tipo D Equipada – Com condutor, médico e dois téc. Em enfermagem | VILA DA SERRA |               |

| ITEM                  | DESCRIÇÃO  | LOCAL         | VALOR        |
|-----------------------|--|---------------|--------------|
| 18/02/2023 15h as 02h | 1 – Tipo D Equipada – Com condutor, médico e dois téc. Em enfermagem | SEDE          | R\$ 9.151,10 |
| 18/02/2023 15h as 23h | 1 – Tipo D Equipada – Com condutor, médico e dois téc. Em enfermagem | JARDIM CANADA |              |
| 19/02/2023 15h as 23h | 1 – Tipo D Equipada – Com condutor, médico e dois téc. Em enfermagem | BICALHO       |              |
| 19/02/2023 17h as 23h | 1 – Tipo D Equipada – Com condutor, médico e dois téc. Em enfermagem | JARDIM CANADA |              |

### SERVIÇO DE RETAGUARDA AMBULATORIAL E HOSPITALAR EM UNIDADE MÓVEL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PARA O MUNICÍPIO DE ABAETÉ

| ITEM | DESCRIÇÃO                                     | QUANTIDADE | VALOR DA DIÁRIA | VALOR TOTAL   |
|------|---|------------|-----------------|---------------|
| 1    | Ambulância - Tipo D Equipada (Sem tripulação) | 7 diárias  | R\$ 1.568,74    | R\$ 10.981,18 |

| ITEM | DESCRIÇÃO                                     | QUANTIDADE | VALOR DA DIÁRIA | VALOR TOTAL  |
|------|---|------------|-----------------|--------------|
| 1    | Ambulância - Tipo D Equipada (Sem tripulação) | 5 diárias  | R\$ 1.568,74    | R\$ 7.843,70 |