

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

## TABELA DE SERVIÇOS DE SAÚDE EXECUTADOS NAS UNIDADES ICISMEP

### Tabela 1 - OFTALMOLOGIA

PACOTE BÁSICO DA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA (QUANTIDADE 1)	R\$ 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		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
Tabela 3 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
-	LENTE OFTÁLMICAS MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO ÍNDICE DE -10.00 A +9.50 ESFÉRICO E CILINDRO ATÉ -6.00; CONFORME RECEITUÁRIO MÉDICO	R\$ 39,00
-	LENTE OFTÁLMICAS MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO ÍNDICE DE -8.00 A +6.00 ESFÉRICO E CILINDRO ATÉ -4.00; CONFORME RECEITUÁRIO MÉDICO	R\$ 39,00
-	LENTE OFTÁLMICAS MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO ÍNDICE GRAU FORTE, ALTA DIOPTRIA DE -12.50 A -23.00 ESFÉRICO E CILINDRO ATÉ -9.00; CONFORME RECEITUÁRIO MÉDICO	R\$ 45,00
-	LENTE 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	LENTE OFTÁLMICAS MONOFOCAIS VISÃO SIMPLES ANTI REFLEXO DE PLANO -6.00 A +6.00 ESFÉRICO, CILINDRO ATÉ -4.00; CONFORME RECEITUÁRIO MÉDICO	R\$ 58,00
-	LENTE OFTÁLMICAS MULTIFOCAIS ALTO ÍNDICE DE -10.00 A +6.00 ESFÉRICO E CILINDRO ATÉ -6.00; ADICAO DE +1.00 A +3.50 ALTURA MINIMA DE 22MM	R\$ 59,00
-	LENTE OFTÁLMICAS MULTIFOCAIS VISÃO SIMPLES DE -4.00 A +7.00 ESFÉRICO E CILINDRO ATÉ -4.00; ADICAO DE +1.00 A +3.00 ALTURA MINIMA 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 ULTRASSONICA - <b>MONOCULAR</b> (R\$ 14,81 QUANTIDADE 2)	
02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.028-3	TOMOGRÁFIA 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	RETINOGRÁFIA COLORIDA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
<b>TOTAL DO PACOTE</b>		

**CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAVLIAÇÃO DE GLAUCOMA**

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.010-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)	R\$ 57,74
	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
	FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1)	
	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
Tabela 7	GONIOSCOPIA (QUANTIDADE 1)	
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - <b>MONOCULAR</b> (R\$ 14,81 QUANTIDADE 2)	
02.11.06.028-3	TOMOGRÁFIA 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)	
<b>TOTAL DO PACOTE</b>		

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)	
<b>TOTAL DO PACOTE</b>		

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
<b>TOTAL DO PACOTE</b>		

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	RETINOGRAFIA COLORIDA (QUANTIDADE 1)	
CISMEP-01	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>TOTAL DO PACOTE</b>		

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

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

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

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	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
<b>TOTAL DO PACOTE</b>		

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-SONOGRAFIA 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 MIÍASE PALPEBRAL (BILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 30,94
04.05.03.012-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE NEOPLASIA DE ESCLERA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 408,98
04.05.03.015-0	VITRIÓLISE A YAG LASER (BPA CONSOLIDADO)	R\$ 71,17
04.05.03.019-3	PAN-FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA A LASER CORRESPONDE A 4 PROCEDIMENTOSDE 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 IRIS, 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 PERÍÓSTEO 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	FACOEMULSIFICAÇÃO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR RÍGIDA	R\$	863,96
04.05.05.014-3	IMPLANTE INTRAESTROMAL	R\$	1.267,00
04.05.05.015-1	IMPLANTE SECUNDÁRIO DE LENTE INTRA- OCULAR LIO	R\$	1.122,00
04.05.05.038-0	CIRURGIA DE CATARATA CONGÊNITA	R\$	895,16

## OFTALMOLOGIA OURO PRETO

### AVALIAÇÃO DE CATARATA - UNIDADE OURO PRETO

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

### CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAVLIAÇÃO DE GLAUCOMA - OURO PRETO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.010-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)	R\$ 164,16
Tabela 17	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.010-0	FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA (QUANTIDADE 1)	
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR (QUANTIDADE 2)	
02.11.06.028-3	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 ULTRASSONICA - 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 ULTRASSONICA - MONOCULAR	R\$	19,78
02.05.02.008-9	ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B	R\$	54,76
02.11.06.014-3	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA - MONOCULAR	R\$	54,76
02.11.06.001-1	BIOMETRIA ULTRASSONICA MONOCULAR (ECO A)	R\$	28,90
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO	R\$	14,45
02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (BINOCULAR)	R\$	66,82
02.11.06.005-4	CERATOMETRIA	R\$	5,34
02.11.06.006-2	CURVA DIARIA DE PRESSÃO OCULAR - CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS)	R\$	19,65
02.11.06.010-0	FUNDOSCOPIA	R\$	4,62
02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA	R\$	19,65
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO	R\$	33,41
02.11.06.018-6	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	R\$	112,80
02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	R\$	33,41
Tabela 21	TESTE DE SCHIRMER	R\$	6,68
02.11.06.022-4	TESTE DE VISAO DE CORES	R\$	6,68
02.11.06.023-2	TESTE ORTÓPTICO	R\$	20,05
02.11.06.025-9	TONOMETRIA	R\$	4,62
02.11.06.028-4	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA (OCT) - BINOCULAR	R\$	112,80
02.11.06.026-7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CórNEA (CERATOSCOPIA) - BINOCULAR	R\$	53,46
<b>PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS - UNIDADE OURO PRETO</b>			
<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 ENTRÓPIO E ECTRÓPIO (BILATERAL)	R\$	307,40
04.05.01.002-8	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE EPICANTO E ELECANTO	R\$	374,22
04.05.01.003-6	DACRIOCISTORRINOSTOMIA (UNILATERAL)	R\$	922,18
04.05.01.008-7	EXTIRPAÇÃO DE GLÂNDULA LACRIMAL	R\$	668,24
04.05.01.011-7	RECONSTITUIÇÃO DE CANAL LACRIMAL (UNILATERAL)	R\$	922,18
04.05.01.012-5	RECONSTITUIÇÃO PARCIAL DA PÁLPEBRA COM TARSORRAFIA (BILATERAL)	R\$	481,13
04.05.01.015-0	SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL (BILATERAL)	R\$	236,99
04.05.01.017-6	SUTURA DE PÁLPEBRAS (BILATERAL)	R\$	213,84
04.05.05.002-0	CAPSULOTOMIA A YAG LASER	R\$	118,36
04.05.03.004-5	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER	R\$	112,95
04.05.03.005-3	INJEÇÃO INTRA-VITREO COM AVASTIM	R\$	559,08
04.05.04.001-6	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE LAGOFTALMO	R\$	380,90
04.05.04.006-7	ENUCLEAÇÃO DO GLOBO OCULAR	R\$	485,55



04.05.04.007-5	EVISCERAÇÃO DE GLOBO OCULAR	R\$	682,08
04.05.04.020-2	TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL	R\$	654,88
04.05.05.013-5	IMPLANTE DE PRÓTESE ANTI-GLAUCOMATOSA	R\$	935,55
04.05.05.021-6	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL	R\$	253,93
Tabela 22	TRABECULECTOMIA (CIRURGIA FISTULIZANTE ANTIGLAUCOMATOSA)	R\$	1.269,68
04.15.01.001-2	TUBO DE DRENAGEM PARA GLAUCOMA (PROCED. ESPECIAL)	R\$	1.470,15
04.05.04.010-5	EXPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR LIO	R\$	982,66
04.05.04.021-0	REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRA- OCULAR	R\$	614,79
04.05.05.009-7	FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR	R\$	1.572,25
04.05.05.010-0	FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR	R\$	1.277,46
04.05.05.011-9	FACOEMULSIFICAÇÃO 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	FACOEMULSIFICACAO 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	FACOEMULSIFICACAO 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 anestesista
- 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	RETINOGRAFIA COLORIDA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	

### CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAVIAÇÃO DE GLAUCOMA - SANTA LUZIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.010-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)	R\$ 149,73
	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
	FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1)	
	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA (QUANTIDADE 1)	
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - <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	RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	

ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DE GLAUCOMA - SANTA LUZIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.03.05.001-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)	R\$ 46,24
	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
	FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
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 CILIOS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 40,40
04.05.01.014-1	SIMBLEFAROPLASTIA - UNILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 303,95
04.05.01.016-8	SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIAS - 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 TRIQUIÁSE COM OU SEM ENXERTO (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 361,85
04.05.03.005-3	INJEÇÃO INTRA-VITREO (BPA INDIVIDUALIZADO) ( com Avastim )	R\$ 430,06
CISMEP-13	INJEÇÃO INTRA-VITREO COM dexametasona e/ou ceftriaxona e/ou vancomicina ( antibiotico )	R\$ 208,09
Tabela 27	SUTURA DE ESCLERA (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 248,46
04.05.04.019-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO XANTELASMA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 301,04
04.05.05.002-0	CAPSULOTOMIA A YAG LASER (APAC)	R\$ 78,61
04.05.05.003-8	CAUTERIZAÇÃO DE Córnea	R\$ 29,85
04.05.05.008-9	EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA	R\$ 213,64
04.05.05.016-0	INJEÇÃO SUBCONJUNTIVAL/SUBTENONIANA	R\$ 15,41
04.05.05.017-8	IRIDECTOMIA CIRÚRGICA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 451,82
04.05.05.020-8	PARACENTESE DE CÂMARA ANTERIOR	R\$ 126,88



04.05.05.021-6	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	221,53
04.05.05.024-0	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA ANTERIOR DO OLHO (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	528,12
04.05.05.025-9	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO NA CÓRNEA	R\$	33,46
04.05.05.029-1	SUTURA DE CONJUNTIVA	R\$	133,49
04.05.05.030-5	SUTURA DE CÓRNEA	R\$	260,97
04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO	R\$	330,17
<b>PROCEDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H. - SANTA LUZIA</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 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 PERÍÓSTEO 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 CÓRNEA	R\$	278,43
04.05.04.010-5	EXPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR LIO	R\$	978,25
04.05.04.021-0	REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRA- OCULAR	R\$	524,40
04.05.05.009-7	FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR	R\$	998,80
Tabela 29	FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR	R\$	858,96
04.05.05.011-9	FACOEMLSIFICAÇÃO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR RÍGIDA	R\$	998,80
04.05.05.014-3	IMPLANTE INTRAESTROMAL	R\$	1.791,91
04.05.05.037-2	FACOEMLSIFICACAO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL	R\$	998,80

## OFTALMOLOGIA UNIDADES EXTERNAS

### PACOTE BÁSICO DA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - UNIDADES EXTERNAS

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

### AVALIAÇÃO DE CATARATA - UNIDADES EXTERNAS

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

### AVALIAÇÃO CIRÚRGICA DE GLAUCOMA - UNIDADES EXTERNAS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)	R\$	92,88
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)		
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1)		
02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA		
02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)		
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)		

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

AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA - CONTROLE DE VITRECTOMIA - UNIDADES EXTERNAS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CIRURGIAS RETINIANAS (QUANTIDADE 1)	R\$ 138,73
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
02.05.02.008-9	ECO-B ULTRA-SOM DE GLOBO OCULAR/ÓRBITA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
02.11.06.028-3	TOMOGRÁFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
AVALIAÇÃO DE RETINA PÓS INJEÇÃO INTRA-VITREO - UNIDADES EXTERNAS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM RETINA (QUANTIDADE 1)	R\$ 138,73
02.11.06.028-3	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)	
EXAMES EM OFTALMOLOGIA - UNIDADES EXTERNAS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA - MONOCULAR	R\$ 40,46
02.05.02.008-9	ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B	R\$ 57,80
02.11.06.001-1	BIOMETRIA ULTRASSÔNICA MONOCULAR (ECO A)	R\$ 40,46
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO	R\$ 23,12
02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA	R\$ 52,02
02.11.06.006-2	CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO OCULAR - CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS)	R\$ 28,90
02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA	R\$ 28,90
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (MONOCULAR)	R\$ 40,46
02.11.06.015-1	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL	R\$ 52,02
02.11.06.017-8	RETINOGRÁFIA COLORIDA BINOCULAR	R\$ 86,71
02.11.06.018-6	RETINOGRÁFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	R\$ 115,61
02.11.06.025-9	TONOMETRIA	R\$ 5,78
02.11.06.026-7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÔRNEA (CERATOSCOPIA)	R\$ 69,36
02.11.06.028-3	TOMOGRÁFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA (OCT)	R\$ 69,36
CISMEP-12	TRATAMENTO MEDICAMENTOSOS DE BLEFAROSPASMO COM TOXINA BOTULÍNICA (SEM A TOXINA, TOXINA FORNECIDA PELO ESTADO)	R\$ 98,27
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO AMBULATORIAL - S.A. - UNIDADES EXTERNAS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.01.01.009-7	BIÓPSIA DE CONJUNTIVA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 158,14
02.01.01.018-6	BIÓPSIA DE ESCLERA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 113,02
02.01.01.035-6	BIÓPSIA DE PÁLPEBRA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 148,08
04.05.01.004-4	DRENAGEM DE ABSCESSO DE PÁLPEBRA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 150,29
04.05.01.005-2	EPILAÇÃO A LASER - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 107,51
04.05.01.006-0	EPILAÇÃO DE CÍLIOS - 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 secao (APAC)	R\$ 86,88
04.05.03.005-3	INJEÇÃO INTRA-VITREO (BPA INDIVIDUALIZADO) ( com Avastim )	R\$ 430,06
CISMEP-13	INJEÇÃO INTRA-VITREO COM dexametasona e/ou ceftriaxona e/ou vancomicina ( antibiotico )	R\$ 208,09
Tabela 35	SUTURA DE ESCLERA (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 248,46
04.05.03.015-0	VITRIÓLISE A YAG LASER (BPA CONSOLIDADO)	R\$ 78,61
04.05.03.019-3	PAN-FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA A LASER CORRESPONDE A 4 PROCEDIMENTOS DE FOTOCOAGULAÇÃO A LASER. (APAC)	R\$ 208,09
04.05.03.021-5	RETINOPEXIA PNEUMÁTICA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 610,92
04.05.03.022-3	REMOÇÃO DE ÓLEO DE SILICONE (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 736,42
04.05.04.019-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO XANTELASMA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 301,04
04.05.05.002-0	CAPSULOTOMIA A YAG LASER (APAC)	R\$ 78,61
04.05.05.003-8	CAUTERIZAÇÃO DE CÔRNEA	R\$ 29,85
04.05.05.008-9	EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA	R\$ 213,64
04.05.05.012-7	FOTOTRABECULOPLASTIA A LASER (APAC)	R\$ 52,02
04.05.05.016-0	INJEÇÃO SUBCONJUNTIVAL/SUBTENONIANA	R\$ 15,41
04.05.05.017-8	IRIDECTOMIA CIRÚRGICA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 451,82
04.05.05.019-4	IRIDOTOMIA A LASER (APAC)	R\$ 91,04
04.05.05.020-8	PARACENTESE DE CÂMARA ANTERIOR	R\$ 126,88
04.05.05.021-6	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 221,53
04.05.05.024-0	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA ANTERIOR DO OLHO (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 528,12
04.05.05.025-9	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO NA CÔRNEA	R\$ 33,46
04.05.05.026-7	SINEQUIÓLISE A YAG LASER (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 78,61
04.05.05.029-1	SUTURA DE CONJUNTIVA	R\$ 133,49
04.05.05.030-5	SUTURA DE CÔRNEA	R\$ 260,97
04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO	R\$ 330,17

PROCEDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H. - UNIDADES EXTERNAS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.01.01.024-0	BIÓPSIA DE ÍRIS, CORPO CILIAR, RETINA, CORÓIDE E VÍTREO	R\$ 283,21
04.05.01.001-0	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ENTRÓPIO E ECTRÓPIO (BILATERAL)	R\$ 289,02
04.05.01.007-9	EXERESE DE CALÁZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PÁLPEBRA E SUPERCÍLIOS (UNILATERAL)	R\$ 113,29
04.05.01.002-8	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE EPICANTO E ELECANTO	R\$ 322,43
04.05.01.003-6	DACRIOCISTORRINOSTOMIA (UNILATERAL)	R\$ 936,42
04.05.01.011-7	RECONSTITUIÇÃO DE CANAL LACRIMAL (UNILATERAL)	R\$ 867,05
04.05.01.012-5	RECONSTITUIÇÃO PARCIAL DA PÁLPEBRA COM TARSORRAFIA (BILATERAL)	R\$ 439,31
04.05.01.015-0	SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL (BILATERAL)	R\$ 289,02
04.05.01.017-6	SUTURA DE PÁLPEBRAS (BILATERAL)	R\$ 208,09
04.05.02.001-5	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MÚSCULOS HIPERTROPIAS)	R\$ 1.572,25
04.05.02.002-3	CORREÇÃO CIRÚRGICA DO ESTRABISMO (ATÉ 2 MÚSCULOS)	R\$ 1.132,95
04.05.03.007-0	RETINOPEXIA COM INTROFLEXÃO ESCLERAL	R\$ 1.005,43
Tabela 36	SUTURA DE ESCLERA	R\$ 285,55
04.05.03.013-4	VITRECTOMIA ANTERIOR	R\$ 554,64
04.05.03.014-2	VITRECTOMIA POSTERIOR	R\$ 2.532,37
04.05.03.016-9	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER	R\$ 3.377,08
04.05.03.017-7	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO, ÓLEO DE SILICONE E ENDOLASER	R\$ 3.907,51
CISMEP-03	MEMBRANECTOMIA	R\$ 392,25
CISMEP-04	TROCA FLUIDO GASOSA	R\$ 235,95
CISMEP-05	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA POSTERIOR DO OLHO	R\$ 393,76
04.05.04.001-6	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE LAGOFTALMO	R\$ 439,31
04.05.04.006-7	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 PERÍÓSTEO EM ESCLEROMALÁCIA	R\$ 1.384,95
04.05.04.020-2	TRATAMENTO DE PTOSE PALBEBRAL	R\$ 786,13
04.05.05.001-1	CAPSULECTOMIA POSTERIOR CIRÚRGICA	R\$ 439,31
Tabela 37	CICLOCRIOCOAGULAÇÃO/DIATERMIA	R\$ 679,20
04.05.05.021-6	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL	R\$ 254,34
04.05.05.022-4	RECONSTITUIÇÃO DE FÓRNIX CONJUNTIVAL	R\$ 533,53
04.05.05.032-1	TRABECULECTOMIA (CIRURGIA FISTULIZANTE ANTIGLAUCOMATOSA)	R\$ 1.038,55
04.05.05.035-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE GLAUCOMA CONGÊNITO	R\$ 1.429,77
04.05.05.039-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEISCÊNCIA DE SUTURA DE CórNEA	R\$ 278,43
04.05.04.010-5	EXPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR LIO	R\$ 978,25
04.05.04.021-0	REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRA- OCULAR	R\$ 524,40
04.05.05.009-7	FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR	R\$ 998,80
04.05.05.010-0	FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR	R\$ 858,96
04.05.05.011-9	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
PROCEDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS ESPECIAIS - UNIDADES EXTERNAS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
CISMEP-45	PENTACAM ( TOMOGRAFIA DE CORNEA )	R\$ 289,02
CISMEP-46	SEDAÇÃO PARA PLÁSTICA OCULAR	R\$ 161,85
CISMEP-47	INJECAO INTRA-VITREA DE EYLIA ( AFLIBICRPT ) COM OCT 30 DIAS APOS GRUPOS DE 3 APLICACÕES	R\$ 1.965,32
CISMEP-48	INJECAO INTRA-VITREA DE LUCENTIS ( RANIZUBIMABE ) COM OCT 30 DIAS APOS GRUPOS DE 3 APLICACÕES	R\$ 2.173,41
CISMEP-49	CIRURGIA DE PRK - REFRAATIVA A LASER BINOCULAR	R\$ 1.849,71
Tabela 39	CIRURGIA DE PRK - REFRAATIVA A LASER MONOCULAR	R\$ 1.098,27
CISMEP-51	AVALIACAO DE CIRURGIA REFRAATIVA 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 PAILOMA 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	RESSEÇÃO 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	RESSEÇÃO 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	RESSEÇÃO 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	RESSEÇÃO 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	IMITANCIOMETRIA = 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 (PRÉ-ENDOSCOPIA PARA MENORES DE 12 ANOS)	R\$ 46,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CONSULTA PRÉ- COLONOSCOPIA)	R\$ 46,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CONSULTA PRÉ- DILATAÇÃO / PRÉ- LIGADURA)	R\$ 46,00

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

PROCEDIMENTOS - SERVIÇO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL - SA/SH		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	R\$ 450,00
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	R\$ 163,00
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (SOB SEDAÇÃO)	R\$ 194,00
02.09.01.005-3	RETOSIGMÓIDOSCOPIA	R\$ 84,80
02.09.01.001-0	COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA (VIA ENDOSCÓPICA)	R\$ 6.799,00
CISMEP-43	ECOENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA	R\$ 2.250,00
CISMEP-44	ECOENDOSCOPIA TERAPEUTICA	R\$ 4.375,00



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

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

## TABELA 05 - ANGIOLOGIA

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

PROCEDIMENTOS - SERVIÇO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL - SA/SH		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
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 - ORTOPEDIA

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

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

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

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

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H.		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.08.04.001-5	TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS OU CLÍNICOS	R\$ 270,40
04.03.02.007-7	NEURÓLISE NÃO FUNCIONAL DE NERVOS PERIFÉRICOS	R\$ 704,38
04.03.02.008-5	NEURORRAFIA	R\$ 1.024,91
04.03.02.010-7	TRANSPOSIÇÃO DO NERVO CUBITAL	R\$ 689,00
04.03.02.012-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SÍNDROME COMPRESSIVA EM TÚNEL OSTEO-FIBROSO AO NÍVEL DO CARPO	R\$ 885,50
04.08.02.003-2	ARTRODESE DE MEDIAS / GRANDES ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 345,54
04.08.02.004-0	ARTROPLASTIA DE ARTICULAÇÃO DA MÃO (POR RESSECÇÃO)	R\$ 544,70
04.08.02.013-0	RECONSTRUÇÃO CAPSULO-LIGAMENTAR DE COTOVELO/PUNHO	R\$ 464,10
04.08.02.014-8	RECONSTRUÇÃO DE POLIA TENDINOSA DE MÃO	R\$ 470,60
04.08.02.030-0	TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO SUPERIOR	R\$ 418,60
04.08.02.032-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO	R\$ 636,76
04.08.02.033-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO ÚMERO	R\$ 1.217,08
04.08.02.034-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DAS FALANGES DA MÃO (COM FIXAÇÃO)	R\$ 640,55
04.08.02.035-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DE EPICONDILIO/ EPITROClea DO ÚMERO	R\$ 832,73
04.08.02.036-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DO CONDILO/ TROCANTER DO ÚMERO/ APOFISE CORONARIA DA	R\$ 1.024,90
04.08.02.037-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DOS METACARPÍANOS	R\$ 832,73
04.08.02.038-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA SUPRA-CONDILIANA DO UMERO	R\$ 1.024,90
04.08.02.039-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO ÚMERO	R\$ 1.024,90
04.08.02.040-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE EXTREMIDADE/ METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	R\$ 832,73
04.08.02.041-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE EXTREMIDADE/ METAFISE PROXIMAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	R\$ 928,81
04.08.02.042-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE AMBOS OS OSSOS ANTEBRAÇOS (COM SÍNTESE)	R\$ 1.024,90
04.08.02.043-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA ÚNICA DO RÁDIO/ DA ULNA	R\$ 832,73
04.08.02.045-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA- LUXAÇÃO DE GALEAZZE/ MONTEGGIA/ ESSEX-LOPRESTI	R\$ 928,81
04.08.02.046-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO	R\$ 1.024,90
04.08.02.048-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO AGUDA CAPSULO-LIGAMENTAR DO MEMBRO SUPERIOR COTOVELO/ PUNHO	R\$ 736,63
04.08.02.049-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO DA MUSCULATURA INTRÍNSECA DA MÃO PARA SUA LIBERAÇÃO	R\$ 392,60
04.08.02.051-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO/ FRATURA- LUXAÇÃO CARPO- METACARPÍANO	R\$ 736,63
04.08.02.052-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO/ FRATURA- LUXAÇÃO DOS OSSOS DO CARPO	R\$ 1.024,90
04.08.02.053-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO/ FRATURA- LUXAÇÃO METACARPO-FALANGIANA	R\$ 832,73
04.08.02.054-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO OU FRATURA- LUXAÇÃO DO COTOVELO	R\$ 1.217,08
04.08.02.055-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDOARTROSE/RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO/PERDA ÓSSEA DA MÃO	R\$ 470,60
04.08.02.060-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDO RETARDO/CONSOLIDAÇÃO/PERDA ÓSSEA AO NÍVEL DO CARPO	R\$ 431,60
04.08.02.061-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA/DESINSERÇÃO/ARRANCAMENTO CAPSULO-TENO-LIGAMENTAR NA MÃO	R\$ 736,63
04.08.02.062-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SINDACTILIA DA MÃO (POR ESPAÇO INTERDIGITAL)	R\$ 470,60
04.08.05.002-0	AMPUTAÇÃO/ DESARTICULAÇÃO DE PÉ E TARSO	R\$ 832,73
04.08.05.014-4	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DO TORNOZELO	R\$ 928,81
04.08.05.035-7	SINDACTILIA CIRÚRGICA DOS DEDOS DO PÉ (PROCEDIMENTO TIPO KELIKIAN)	R\$ 470,60
04.08.05.037-3	TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO INFERIOR	R\$ 470,60
04.08.05.044-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE COALIZÃO TARSAL	R\$ 434,20
04.08.05.045-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DE OSSOS DO MÉDIO-PÉ	R\$ 1.024,90
04.08.05.046-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DOS METATARSÍANOS	R\$ 1.024,90
04.08.05.047-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA/ LESÃO FISARIA DOS PODODACTILOS	R\$ 640,55
04.08.05.049-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR/ TRIMALEOLAR/ DA FRATURA- LUXAÇÃO DO TORNOZELO	R\$ 1.024,90
04.08.05.053-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA CALCANEÓ	R\$ 1.121,00
04.08.05.054-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL	R\$ 1.217,08
04.08.05.056-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TALUS	R\$ 1.024,90
04.08.05.057-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR	R\$ 928,81
04.08.05.065-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HÁLUX VALGUS COM OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO	R\$ 838,25
04.08.05.066-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO AGUDA CAPSULO-LIGAMENTAR DO MEMBRO INFERIOR (TORNOZELO)	R\$ 928,81
04.08.05.069-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO/ FRATURA- LUXAÇÃO METATARSO- FALANGIANA/INTER-FALANGIANA	R\$ 832,73
04.08.05.070-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO/ FRATURA- LUXAÇÃO SUBTALAR E INTRA-TARSICA	R\$ 928,81
04.08.05.071-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO/ FRATURA- LUXAÇÃO TARSO METATARSICA	R\$ 1.024,90
04.08.05.072-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE METATARSO PRIMO VARO	R\$ 405,60
04.08.05.074-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ PLANO VALGO (NÃO ADQUIRIDO)	R\$ 703,21
04.08.05.078-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDACAO / PERDA OSSEA AO NIVEL DO TARSO	R\$ 447,60
04.08.05.090-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HÁLUX RIGIDUS	R\$ 608,90
04.08.05.091-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HÁLUX VALGUS SEM OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO METATARSIANO	R\$ 462,80
04.08.06.004-2	AMPUTAÇÃO/DESARTICULAÇÃO DE DEDO	R\$ 515,73
04.08.06.005-0	ARTRODESE DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES	R\$ 470,60
04.08.06.007-7	ARTROPLASTIA DE RESSECÇÃO DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES	R\$ 470,60
04.08.06.008-5	BURSECTOMIA	R\$ 597,54
04.08.06.012-3	EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/SINOVECTOMIA DE MÉDIAS/GRANDES ARTICULAÇÕES	R\$ 522,60
04.08.06.013-1	EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/SINOVECTOMIA DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES	R\$ 392,60
04.08.06.014-0	FASCIECTOMIA	R\$ 649,32
04.08.06.015-8	MANIPULACAO ARTICULAR	R\$ 299,00
04.08.06.018-2	OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS E CURTOS DA MAO E DO PE	R\$ 490,88
04.08.06.021-2	RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL	R\$ 643,01
04.08.06.031-0	RESSECÇÃO SIMPLES DE TUMOR ÓSSEO DE PARTES MOLES (TUMORES BENIGNOS)	R\$ 707,86
04.08.06.032-8	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRA-ARTICULAR	R\$ 338,00
04.08.06.035-2	RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-ÓSSEO (INSERIDO EM CIRURGIA ANTERIOR REALIZADA PELO CISMED) - EM AMBIENTE	R\$ 525,31
04.08.06.036-0	RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO	R\$ 352,26
04.08.06.037-9	RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS	R\$ 448,36
04.08.06.041-7	RETRAÇÃO CICATRICIAL DOS DEDOS C/ COMPROMETIMENTO TENDINOSO (POR DEDO)	R\$ 418,60
04.08.06.042-5	REVISÃO CIRÚRGICA DE COTO DE AMPUTAÇÃO DOS DEDOS	R\$ 392,60
04.08.06.043-3	TENODESE	R\$ 392,60

04.08.06.044-1	TENÓLISE	R\$	392,60
04.08.06.045-0	TENOMIORRAFIA	R\$	832,73
04.08.06.046-8	TENOMIOTOMIA/DESINSERÇÃO	R\$	392,60
04.08.06.048-4	TENORRAFIA ÚNICA EM TÚNEL ÓSTEO-FIBROSO	R\$	832,73
04.08.06.053-0	TRANSPOSIÇÃO/TRANSFERÊNCIA MIOTENDINOSA MÚLTIPLA	R\$	1.217,08
04.08.06.054-9	TRANSPOSIÇÃO/TRANSFERÊNCIA MIOTENDINOSA ÚNICA	R\$	1.217,08
04.08.06.056-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ARTRITE INFECCIOSA DAS PEQUENAS ARTICULAÇÕES	R\$	832,73
04.08.06.057-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM MARTELO/EM GARRA (MÃO E PÉ)	R\$	652,76
04.08.06.058-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE ARTICULAR POR RETRAÇÃO TENO-CAPSULO-LIGAMENTAR	R\$	517,40
04.08.06.067-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RETRAÇÃO MUSCULAR	R\$	544,70
04.08.06.070-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SINDACTILIA SIMPLES (DOIS DEDOS)	R\$	481,00
04.08.06.071-9	VIDEOARTROSCOPIA	R\$	550,00
04.13.04.017-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES EXTENSAS COM PERDA DE SUBSTÂNCIA CUTÂNEA	R\$	1.200,99
04.13.04.019-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RETRAÇÃO CICATRICIAL DO COTOVELO	R\$	470,60
04.13.04.020-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RETRAÇÃO CICATRICIAL DOS DEDOS DA MÃO/PÉ SEM COMPROMETIMENTO TENDINOSO	R\$	481,00
04.13.04.024-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REPARAÇÕES DE PERDA DE SUBSTÂNCIA DA MÃO	R\$	804,09
CISMEP-09	REALINHAMENTO DE MECANISMO EXTENSOR DOS DEDOS DA MÃO	R\$	780,00

## TABELA 07 - ULTRASSONOGRAFIA

EXAMES			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO		VALOR ICISMEP
02.01.01.041-0	BIOPSIA DE PROSTATA	R\$	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	ULTRASSONOGRAFIA 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	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO	R\$	50,00
02.05.02.003-8	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)	R\$	40,00
02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	R\$	70,00
02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	R\$	55,00
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO (UMA ARTICULAÇÃO / UNILATERAL)	R\$	60,00
02.05.02.007-0	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL)	R\$	40,00
02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	70,00
02.05.02.010-0	ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL) (PÉLVICA MASCULINA)	R\$	50,00
02.05.02.011-9	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$	34,00
02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE	R\$	50,00
02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA (VIA ABDOMINAL OU VIA TRANSVAGINAL)	R\$	50,00
02.05.02.015-1	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R\$	74,80
02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA) (PÉLVICA FEMININA)	R\$	50,00
02.05.02.017-8	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	R\$	50,00
02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL (ENDOVAGINAL)	R\$	60,00
CISMEP-07	ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	R\$	50,00
CISMEP-16	ULTRASSONOGRAFIA TRANSLUCÊNCIA NUCAL	R\$	72,00
CISMEP-23	ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA	R\$	218,35
CISMEP-25	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE + DOPPLER	R\$	143,35
CISMEP-26	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL) + DOPPLER	R\$	143,35
CISMEP-30	SEDAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS CONFORME NECESSIDADE CLÍNICA	R\$	33,00
UNIDADE MARIANA			
02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL (ENDOVAGINAL)	R\$	65,73
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO (UMA ARTICULAÇÃO / UNILATERAL)	R\$	65,73
02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	R\$	65,73
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	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL (ENDOVAGINAL)	R\$	79,43
CISMEP-07	ULTRASSONOGRRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	R\$	79,43
CISMEP-16	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSLUCÊNCIA NUCAL	R\$	95,31
CISMEP-23	ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLÓGICA	R\$	251,05
CISMEP-25	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREÓIDE + DOPPLER	R\$	152,24
CISMEP-26	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL) + DOPPLER	R\$	152,24

## TABELA 08 - CARDIOLOGIA

SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REFERÊNCIA TÉCNICA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CARDIOLOGIA)	R\$ 40,00

EXAMES		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA	R\$ 135,00
02.11.02.006-0	TESTE ESFORÇO/TESTE ERGOMÉTRICO	R\$ 97,00
02.11.02.004-4	EXAME DE MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS) COM LAUDO	R\$ 112,48
02.11.02.005-2	EXAME DE MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (M.A.P.A)	R\$ 104,83
02.11.02.001-0	CATETERISMO CARDIACO	R\$ 1.683,00

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

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

## TABELA 09 - CIRURGIA GERAL

CONSULTA EM CIRURGIA GERAL		
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 VIDEOLAPAROSCÓPICA	R\$ 1.524,71
04.07.03.004-2	COLECISTOSTOMIA	R\$ 1.391,50
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	R\$ 1.174,46
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	R\$ 1.187,82
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	R\$ 937,24
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	R\$ 980,12
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDVANTE	R\$ 916,15
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	R\$ 956,98
04.09.06.018-6	LAQUEADURA TUBÁRIA	R\$ 745,84
04.15.04.003-5	DEBRIDAMENTO DE ÚLCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS	R\$ 1.194,78

## TABELA 10 - PROCTOLOGIA

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

## TABELA 11 - UROLOGIA

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

## TABELA 12 - GINECOLOGIA

CONSULTA EM CIRURGIA GERAL		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (GINECOLOGIA)	R\$ 59,94
<b>TOTAL DO PACOTE</b>		

## TABELA 13 - 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	R\$ 316,00
<b>TOTAL DO PACOTE</b>		

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)	
<b>TOTAL DO PACOTE</b>		

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

## TABELA 14 - 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
<b>TOTAL DO PACOTE</b>		

## TABELA 15 - 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 16 - 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)	
<b>TOTAL DO PACOTE</b>		

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

## TABELA 17 - 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 18 - 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 19 - 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 20 - 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 21 - CINTILOGRAFIAS

PROCEDIMENTOS CINTILOGRAFIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.08.03.002-6	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE 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 22 - 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 23 - 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 24 - 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 25 - 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 26 - 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 27 - CIRURGIAS EM PRESTADORES EXTERNOS

### CIRURGIA ORTOPÉDICA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
07.02.03.013-9	ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL	R\$ 7.613,28
04.08.05.006-3	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO JOELHO	R\$ 6.021,39
04.08.05.016-0	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	R\$ 4.764,00
04.08.05.017-9	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR)	R\$ 5.050,20
04.08.01.014-2	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTO DESCOMPRESSIVOS)	R\$ 2.389,20
04.08.05.089-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	R\$ 1.650,06
04.03.02.012-3	TRATAMENTO 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 VIDEOLAPAROSCÓPICA	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 PROSTATA (RTU)	R\$ 3.490,01
04.09.04.023-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARICOCELE	R\$ 1.715,75
04.09.01.059-6	URETEROLITOTRIPSIA FLEXIVEL	R\$ 3.373,00
04.09.01.059-6	URETEROLITOTRIPSIA RÍGIDA A LASER	R\$ 3.483,50
04.09.01.023-5	NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA	R\$ 3.505,26

CIRURGIA CARDIOLÓGICA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.06.03.002-2	ANGIOPLASTIA CORONARIANA C/ IMPLANTE DE DOIS STENTS (PACOTE) 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) 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
	CIMENTO ORTOPÉDICO	R\$ 98,14
RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	LAMINA DE SHAVER	R\$ 680,40
	EQUIPO C/ SENSOR	R\$ 563,76
	PARAFUSO DE INTERFERENCIA EM TITANIO	R\$ 787,79
RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR)	LAMINA DE SHAVER	R\$ 680,40
	EQUIPO C/ SENSOR	R\$ 563,76
	PARAFUSO DE INTERFERENCIA EM TITANIO	R\$ 787,79
REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTO DESCOMPRESSIVOS)	LAMINA DE SHAVER	R\$ 680,40
	EQUIPO C/ SENSOR	R\$ 563,76
	CANULA DESCARTAVEL	R\$ 334,37
	ANCORA MONTADA EM TITANIO	R\$ 868,32
	PONTEIRA FREQUENCIA	R\$ 858,48
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	LAMINA DE SHAVER	R\$ 680,40
	EQUIPO C/ SENSOR	R\$ 563,76
	PARAFUSO DE INTERFERENCIA EM TITANIO	R\$ 787,79
	FAST-FIX 360 RETO OU CURVO AGULHADO	R\$ 2.835,00
	EMPURRADOR DE NO/CORTADOR DE SUTURA E CANULA	R\$ 567,00

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

NEFRULITIS PERCUTÂNEA	EXTRATOR DE CÁLCULO PERCUTÂNEA	R\$	1.521,00
	CATETER DUPLO J	R\$	396,00
	FIO GUIA HIDROFÍLICO	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 fevereiro de 2023, com publicação em fevereiro de 2023, para vigência a partir da competência de fevereiro 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 - NEUROPEDIATRA	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 INCISSIONAL	Não se aplica	Procedimento	R\$ 787,82
32	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HERNIOPLASTIA INGUINAL (BIRATERAL)	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 - FIBRONASOLARINGOSCOPIA	Não se aplica	Procedimento	R\$ 160,00

**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 - OFTALMOLOGIA	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\$	141,15
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	Não se aplica	Hora	R\$ 108,55
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Não se aplica	Hora	R\$ 86,71
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRIA	Dias úteis	Hora	R\$ 121,87
4		Final de Semana/Feriado	Hora	R\$ 130,07
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA	Não se aplica	Hora	R\$ 101,79
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICO GERAL	Dias úteis	Hora	R\$ 88,46
7		Final de Semana/Feriado	Hora	R\$ 96,67
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO CIRURGIA GERAL - SOBRE AVISO	Dias úteis	Hora	R\$ 49,24
9		Final de Semana/Feriado	Hora	R\$ 65,66
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OBSTETRA/ANESTESIOLOGISTA	Dias úteis	Hora	R\$ 121,87
11		Final de Semana/Feriado	Hora	R\$ 130,07
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICO SALA VERMELHA	Não se aplica	Hora	R\$ 109,42

**Tabela 12**

**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 - PEDIATRIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 85,00
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGIA	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 13**

**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		Não se aplica	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 - RAI0 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 BENIGNO - 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 - EXÉRESE 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 - BIOPSIA 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 - EXÉRESE 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 - BIOPSIA 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 14**

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 15**

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		Semanal Noturno	12 horas	R\$ 1.510,11
4			Hora	R\$ 125,84
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTONISTA	Final de Semana Diurno	12 horas	R\$ 1.575,77
6			Hora	R\$ 131,59
7		Final de Semana Noturno	12 horas	R\$ 1.641,42
8			Hora	R\$ 136,78
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPEDISTA PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Semanal Diurno	12 horas	R\$ 1.457,58
10			Hora	R\$ 121,47
11		Final de Semana Diurno	12 horas	R\$ 1.575,77
12			Hora	R\$ 131,32
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 - NEUROPEDIATRA	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 TRASNETAL E ABDOMINAL/ABDOMEN TOTAL/PAREDE ABDOMINAL/RÉGIO 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 16**

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			Feriados Especiais	12 Horas
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 17**

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 18**

**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 - PSIQUIATRA ADULTO	Não se aplica	Hora	R\$ 205,00
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSIQUIATRA INFANTIL	Não se aplica	Hora	R\$ 205,00

**Tabela 19**

**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\$ 1.739,19	
2			Hora	R\$ 144,93	
3		Final de Semana/Feriado diurno/noturno	Plantão	R\$ 1.956,59	
4			Hora	R\$ 163,05	
5		Dias úteis diurno / noturno	Plantão	R\$ 1.739,19	
6			Hora	R\$ 144,93	
7		Final de Semana/Feriado diurno/noturno	Plantão	R\$ 1.956,59	
8			Hora	R\$ 163,05	
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 20**

**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			Consulta	R\$ 91,91
6			Mês	R\$ 19.695,38
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA	Não se aplica	Consulta	R\$ 91,91
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA	Não se aplica	Mês	R\$ 15.756,30
9			Mês	R\$ 17.464,64
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 21**

**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	Dias úteis	12 horas	R\$ 1.706,43
2			Final de Semana/Feriado diurno e noturno	12 horas
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 22**

**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 23**

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

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				Final de Semana/Feriado	12 horas
5		Feriados/Especiais	12 horas	R\$ 1.985,46	
6				Dias úteis	12 horas
7		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 - NEUROLOGIA	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	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PEDIATRA	Não se aplica	Consulta	R\$	59,09
22		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 - ORTOPEDESTA	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 - DUPLIX 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	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Dias úteis diurno	12 horas	R\$ 1.444,33
35		Dias úteis noturno	12 horas	R\$ 1.509,98
36		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 24**

**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 - PEDIATRA	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 25**

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

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

**Tabela 26**

**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 27**

**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 - OFTAMOLOGIA	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 - ORTOPEDESTA	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 (EXCISÃO DE LESÃO E/ OU SUTURA DE FERIMENTOS DE PELE, INCISÃO E DRENAGEM DE ABSCESSO, EXERESE DE UNHA OU CANTOPLASTIA, BIÓPSIA DE CÂNCER DE PELE, ELETROCAUTERIZAÇÃO DE LESÕES SUPERFICIAIS DE PELE)	Não se aplica	Procedimento	R\$	103,51
28	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIAS AMBULATORIAIS TIPO II (EXCISÃO OU CAUTERIZAÇÃO DE MÍNIMAS/MINÚSCULAS LESÕES DE PELE)	Não se aplica	Procedimento	R\$	103,51
29	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIAS AMBULATORIAIS TIPO III (EXCISÃO DE LESÃO E/ OU SUTURA DE FERIMENTOS DE PELE, BIÓPSIA DE CÂNCER DE PELE COM REALIZAÇÃO DE SUTURA DE PLANO INTERNO E EXTERNO)	Não se aplica	Procedimento	R\$	206,99
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 28**

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	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Dias úteis	Hora	R\$ 98,48
6		Final de Semana/Feriado	Hora	R\$ 109,42
7		Feriados Especiais	Hora	R\$ 164,13
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA	Dias úteis	Hora	R\$ 97,62
9		Final de Semana/Feriado	Hora	R\$ 110,42
10		Feriados Especiais	Hora	R\$ 209,23
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA II	Dias úteis	Hora	R\$ 122,14
12		Final de Semana/Feriado	Hora	R\$ 116,23
13		Feriados Especiais	Hora	R\$ 209,23
14	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 - ULTRASSONOGRAFIA	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 29**

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 30**

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de NOVA LIMA				
Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	Dias úteis diurno	12 horas	R\$ 1.609,98
2		Dias úteis noturno	12 horas	R\$ 1.609,98
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	Finais de Semana / Feriados diurno	12 horas	R\$ 1.897,48
4		Finais de Semana / Feriados noturno	12 horas	R\$ 1.897,48
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESPONSÁVEL TÉCNICO	Não se aplica	Hora	R\$ 196,97
6		Não se aplica	Mês	R\$ 17.070,00
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PEDIATRA	Não se aplica	12 horas	R\$ 1.575,76
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA	Não se aplica	Mês/20HR	R\$ 11.389,95
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REGULADOR	Não se aplica	Guia auditada	R\$ 146,28
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIA GERAL	Não se aplica	Consulta	R\$ 81,90
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PNEUMOLOGIA ADULTO	Não se aplica	Consulta	R\$ 93,60
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PNEUMOLOGIA INFANTIL	Não se aplica	Consulta	R\$ 123,04
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 107,25
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEFROLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 107,25
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ENDOCRINOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 107,25
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 92,63
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REUMATOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 107,25

18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$	107,25
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$	92,63
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OBSTRETA	Não se aplica	Consulta	R\$	107,25
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPEDIA	Não se aplica	Consulta	R\$	85,22
22	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OTORRINOLARINGOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$	107,25
23	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OFTALMOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$	81,90
24	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$	92,63
25	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GASTROENTEROLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$	107,25
26	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GERIATRIA	Não se aplica	Consulta	R\$	117,00
27	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MASTOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R\$	195,00
28	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SAÚDE DA FAMÍLIA PSF	Não se aplica	Mês	R\$	17.355,00
29	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGIA	Não se aplica	Mês/20HR	R\$	11.389,95
30	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSQUIATRA	Não se aplica	Mês/20HR	R\$	11.389,95
31	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROPEDIATRA	Não se aplica	Consulta	R\$	113,82
32	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROPEDIATRA	Não se aplica	Pacote de 15 consultas	R\$	2.845,20
33	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RADIOLOGISTA	Não se aplica	Hora	R\$	210,50
34	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RADIOLOGISTA	Plantão 6 Horas	Plantão	R\$	1.263,00
35	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TESTE ERGOMÉTRICO	Não se aplica	Procedimento	R\$	136,57
36	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HOLTHER 24 HRS	Não se aplica	Procedimento	R\$	136,57
37	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MAPA	Não se aplica	Procedimento	R\$	127,47
38	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - INFILTRAÇÃO	Não se aplica	Procedimento	R\$	160,00
39	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO PLÁSTICO	Não se aplica	Consulta	R\$	170,72
40	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA ABDOMEN TOTAL	Não se aplica	Procedimento	R\$	136,57
41	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA ABDOMEN SUPERIOR	Não se aplica	Procedimento	R\$	136,57
42	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICO	Não se aplica	Procedimento	R\$	113,81
43	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA ENDOVAGINAL	Não se aplica	Procedimento	R\$	106,98
44	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA FEMININA	Não se aplica	Procedimento	R\$	106,98
45	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA PRÓSTATA VIA ABDOMINAL	Não se aplica	Procedimento	R\$	113,81
46	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA TRANSCURVÊNCIA NUCAL	Não se aplica	Procedimento	R\$	113,81
47	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA RINS E VIAS URINÁRIAS	Não se aplica	Procedimento	R\$	136,57

**Tabela 31**

**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 32**

**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 33**

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

Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	Dias úteis	Plantão	R\$ 1.510,10
2		Finais de semana e Feriados	Plantão	R\$ 1.631,66
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA	Semanais	Plantão	R\$ 1.770,00
4		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 34**

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

Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	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		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	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA - HOSPITAL DE CAMPANHA	Dias úteis - diurno	12 horas	R\$ 1.700,14
11			Dias úteis - noturno	12 horas
12		Final de Semana/Feriado - diurno	12 horas	R\$ 1.951,27
13			Final de Semana/Feriado - noturno	12 horas
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 - ECOCARDIOGRAMA	Não se aplica	Exame	R\$ 130,36

**Tabela 35**

**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 - RAIOS X)	Não se aplica	Plantão	R\$ 1.313,13
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RADIOLOGISTA	Não se aplica	Plantão	R\$ 1.313,13
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RADIOLOGISTA/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		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 - RADIOLOGISTA	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/OTORRINOLARINGOLOGISTA/PNEUMOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$	64,35
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REUMATOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$	75,90
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOLOGIA	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\$	65,66
27	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HEMATOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R\$	94,95
28	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HEMATOLOGISTA	Plantão	12 horas	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\$	66,32
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 - ECOCARDIOGRAFIA 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 RETINOGRAFIA/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 RETINOGRAFIA/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 - FONOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL	Não se aplica	Procedimento	R\$	1.670,84
62	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ULTRASSONOGRAFIA	Não se aplica	Procedimento	R\$	47,73
63	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	Não se aplica	Procedimento	R\$	128,69
64	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO	Não se aplica	Procedimento	R\$	50,00
65	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)	Não se aplica	Procedimento	R\$	40,00
66	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	Não se aplica	Procedimento	R\$	70,00
67	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	Não se aplica	Procedimento	R\$	55,00
68	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO (UNILATERAL)	Não se aplica	Procedimento	R\$	60,00
69	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA BOLSA ESCROTAL (BILATERAL)	Não se aplica	Procedimento	R\$	40,00
70	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	Não se aplica	Procedimento	R\$	70,00
71	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL) (PÉLVICA MASCULINA)	Não se aplica	Procedimento	R\$	50,00
72	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA TRANSRETAL)	Não se aplica	Procedimento	R\$	34,00
73	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE	Não se aplica	Procedimento	R\$	50,00
74	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA (VIA ABDOMINAL OU VIA TRANSVAGINAL)	Não se aplica	Procedimento	R\$	50,00
75	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO	Não se aplica	Procedimento	R\$	74,80
76	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA) (PÉLVICA FEMININA)	Não se aplica	Procedimento	R\$	50,00
77	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	Não se aplica	Procedimento	R\$	50,00
78	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL (ENDOVAGINAL)	Não se aplica	Procedimento	R\$	60,00
79	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	Não se aplica	Procedimento	R\$	50,00
80	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA TRANSLUCÊNCIA NUCAL	Não se aplica	Procedimento	R\$	72,00
81	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA	Não se aplica	Procedimento	R\$	218,35
82	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE + DOPPLER	Não se aplica	Procedimento	R\$	143,35
83	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL) + DOPPLER	Não se aplica	Procedimento	R\$	143,35
84	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	Não se aplica	Procedimento	R\$	80,00

**Tabela 36**

**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 - PSQUIATRA	Não se aplica	Consulta	R\$ 120,00
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGIA/OBSTETRICIA	Não se aplica	Consulta	R\$ 120,00

Tabela 37

## 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/ANESTESIOLOGIA¹	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		Finais de Semana e Feriados diurno/noturno	Hora	R\$ 134,17
6			Plantão 6h	R\$ 805,00
7			Plantão 8h	R\$ 1.073,33
8			Plantão 12h	R\$ 1.610,00
9		Feriados Especiais diurno/noturno	Hora	R\$ 193,33
10			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 - PSQUIATRA E PSQUIATRA 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/PSQUIATRIA/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 38

## 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 - PSQUIATRA	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 39

## 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		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 40

## 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 41

## 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 - PSQUIATRA	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 42

## 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\$ 78,78
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 - PEDIATRA	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 (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		R\$	1.524,21
23		Plantão Final de Semana	Plantão	R\$	1.657,84

**Tabela 43**

**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		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 - PEDIATRA	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 44**

**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 45**

**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 46**

**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 47**

**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	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - (RESPONSÁVEL TÉCNICO)	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 48**

**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, CIRURGIÃO GERAL, GINECOLOGISTA/OBSTRÉTRICA, 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 - (MEDICINA 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 - ENDOSCOPIA DISGESTIVA 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 ÁRTERIAS CARÓTIDAS 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 TIRÓIDE 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 fevereiro de 2023, com publicação em fevereiro de 2023, para vigência a partir da competência de fevereiro 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 CROMATOGRÁFIA DE AMINOÁCIDOS	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 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
02.02.01.015-5	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	R\$ 3,68
02.02.01.016-3	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEÍNA ÁCIDA	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 CÁLCIO	R\$ 1,85
02.02.01.022-8	DOSAGEM DE CÁLCIO 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 LÁTICA	R\$ 3,68
02.02.01.037-6	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	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
02.02.01.041-4	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA 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 MAGNÉSIO	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	ELETRÓFORESE DE LIPOPROTEINAS	R\$	3,68
02.02.01.072-4	ELETRÓFORESE 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 HEMOSSIDIMENTAÇÃO (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	ELETRÓFORESE 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 PARACOCCIDIODES BRASILIENSIS	R\$	4,10
02.02.03.071-7	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINICIAL 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 MUCOPOLISSACARÍDEOS 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 PROTEÍNAS 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 ADRENOCORTICOTRÓFICO (ACTH)	R\$	14,12
02.02.06.009-8	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	R\$	11,89
02.02.06.010-1	DOSAGEM DE AMP CÍCLICO	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 PEPTÍDEO C	R\$	15,35
02.02.06.029-2	DOSAGEM DE PRÓGESTERONA	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 ESTÍMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	R\$	12,01
02.02.06.041-1	TESTE DE ESTÍMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	R\$	12,01
02.02.06.042-0	TESTE DE ESTÍMULO COM GNRH OU COM AGONISTA GNRH	R\$	12,01
02.02.06.043-8	TESTE DE ESTÍMULO DO HGH APOS GLUCAGON	R\$	12,01
02.02.06.044-6	TESTE DE SUPRESSÃO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	R\$	12,01
02.02.06.045-4	TESTE DE SUPRESSÃO DO HGH APOS GLICOSE	R\$	12,01
02.02.06.046-2	TESTE P/ INVESTIGAÇÃO DO DIABETES INSÍPIDUS	R\$	8,43
02.02.06.047-0	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	R\$	12,15
02.02.07.001-8	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULÍNICO	R\$	2,06
02.02.07.002-6	DOSAGEM DE ACIDO HIPÚRICO	R\$	2,23
02.02.07.003-4	DOSAGEM DE ACIDO MANDELÍCO	R\$	3,68
02.02.07.004-2	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPÚRICO	R\$	2,04
02.02.07.005-0	DOSAGEM DE ACIDO VALPROÍCO	R\$	15,65
02.02.07.006-9	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	R\$	3,51
02.02.07.007-7	DOSAGEM DE ALCOOL ETÍLICO	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 TRICÍCLICOS	R\$	10,00
02.02.07.012-3	DOSAGEM DE BARBITURATOS	R\$	13,13
02.02.07.013-1	DOSAGEM DE BENZODIAZEPÍNICOS	R\$	13,48
02.02.07.014-0	DOSAGEM DE CÁDmio	R\$	6,55
02.02.07.015-8	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	R\$	17,53
02.02.07.016-6	DOSAGEM DE CARBOXI-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 DIGITALÍCOS (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
02.02.08.005-6	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSEIASE)	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
02.02.08.008-0	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$	5,62
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 STREPTOCOCCOS 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	ELETRÓFORESE 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 - SECRECAO 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	QUANTIFICAÇÃO/AMPLIFICAÇÃO 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	DETECCÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA	R\$	66,00
02.02.11.013-3	DETECCÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM DEFICIÊNCIA 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 ANTÍGENO 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 ANTÍGENO 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 MUTAÇÕES DE H63D e C282Y (HEMOCROMATOSE)	R\$	292,39
NÃO SUS	DETECCÃO DA MUTAÇÃO 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 MUTAÇÃO 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	ÍNDICE DE SATURAÇÃO 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	MICOLÓGICO DIRETO PARA FUNGOS	R\$	5,74
NÃO SUS	CULTURA DE SECREÇÃO URETRAL	R\$	5,92
NÃO SUS	CROPOCULTURA	R\$	5,92
NÃO SUS	ESPERMOCULTURA	R\$	5,92

RECURSOS HUMANOS - LABORATÓRIO				
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>
SERVIÇO LOGÍSTICO				
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 MOTOBÓY (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>DESPESA 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	R\$	206.724,55
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\$</b>	<b>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\$</b>	<b>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	
Recepcionistas	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	
MÉDICO REGULADOR E DE APOIO A TELEMEDICINA	20h	
MÉDICO 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	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP 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 HEMOSSIDIMENTAÇÃO (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	ELETRÓFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$	5,69
02.02.02.038-0	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$	4,32
02.02.02.049-5	PROVA DE RETRAÇÃO DO COÁGULO	R\$	2,87
02.02.12.009-0	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$	2,87
02.02.02.055-0	DOSAGEM DE PROTEÍNA C FUNCIONAL	R\$	82,13
02.02.02.056-8	DOSAGEM DE PROTEÍNA S FUNCIONAL	R\$	64,28
02.02.03.002-4	CONTAGEM DE LÍNCITOS 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-FETOPROTEÍNA	R\$	15,82
02.02.03.010-5	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (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 PROTEÍNA C REATIVA	R\$	2,98
02.02.01.072-4	IMUNOELETRÓFORESE DE PROTEÍNAS	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-RIBONUCLEOPROTEÍNA (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 ANTI-STREPTOLISINA 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 ANTI-NUCLEO	R\$	18,02
02.02.03.063-6	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFÍCIE 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 CARCINOEMBRIONÁRIO (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 TREPONÊMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$	2,98
02.02.03.112-8	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNÓSTICO DA SIFILIS	R\$	10,50
02.02.03.118-7	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINASE 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	ANÁLISE DE CARACTERES FÍSICOS, 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 CÍTRATO	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 PROTEÍNAS (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 ADRENOCORTICOTRÓFICO (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 DETECCAO DO COMPLEXO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS IGG	R\$	10,50
02.02.09.036-1	TESTE MOLECULAR PARA A DETECCAO 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 COAGULACAO	R\$	5,95
02.02.02.019-3	FATOR IX DA COAGULACAO	R\$	8,52
02.02.02.021-5	FATOR VII DA COAGULACAO	R\$	9,06
02.02.02.022-3	FATOR X DA COAGULACAO	R\$	10,20
02.02.02.026-6	FATOR XI DA COAGULACAO	R\$	10,20
02.02.02.027-4	FATOR XII DA COAGULACAO	R\$	11,77
02.02.02.028-2	FATOR XIII DA COAGULACAO	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 SENSIVEL	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 SATURACAO DA TRANSFERRINA	R\$	26,37
NÃO SUS	INSULINA POS PRANDIAL GLICEMIA APOS SOBRECARGA C DEXTROSOL	R\$	17,56
NÃO SUS	RELACAO 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

##### DESCRICAO

Fornecimento de até 02 (dois) Veículos Fiorino, para realização de rotas entre as Unidades para o recolhimento das amostras biológicas (incluso: 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 ausências encargos trabalhistas, benefícios, uniforme e EPI's)	R\$	9.240,00
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. 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	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	R\$	2,01
02.02.01.004-0	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	R\$	3,63
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
02.02.01.018-0	DOSAGEM DE AMILASE	R\$	2,25
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
02.02.01.021-0	DOSAGEM DE CALCIO AMOSTRA ISOLADA	R\$	1,85
02.02.01.022-8	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	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 LATICA	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
02.02.01.042-2	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 MAGNESIO	R\$	2,01
02.02.01.060-0	DOSAGEM DE POTASSIO	R\$	1,85
02.02.01.062-7	DOSAGEM DE PROTEINAS 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
02.02.01.069-4	DOSAGEM DE UREIA	R\$	1,85
02.02.01.070-8	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$	15,24
02.02.01.072-4	ELETRÓFORESE DE PROTEINAS	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 RETICULOCITOS	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	ELETRÓFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$	5,41
02.02.02.036-3	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, 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 RETRACAO 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 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
02.02.03.002-4	CONTAGEM DE LINFOCITOS 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 PROTEINA C REATIVA	R\$	9,25
02.02.03.009-1	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R\$	15,06
02.02.03.010-5	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (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 ANTITREPTOLISINA 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 ANTINUCLEO	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 IMUNOFLOURESCENCIA)	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 ANTIGENO 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	PARASITOLOGICO DE FEZES 1 AMOSTRA	R\$	1,65
02.02.04.012-7	PARASITOLOGICO DE FEZES 2 AMOSTRA	R\$	1,65
02.02.04.012-7	PARASITOLOGICO DE FEZES 3 AMOSTRA	R\$	1,65
02.02.04.012-7	PARASITOLOGICO 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	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$	3,70
02.02.05.002-5	CLEARANCE DE CREATININA	R\$	3,51
02.02.05.004-1	CLEARANCE DE UREIA	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 PROTEINAS (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 PROTEINAS 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 ADRENOCORTICOTROFICO (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 (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
02.02.06.037-3	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 (HANSENIASE)	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 DETECAO 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 MUTAÇÃO 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 INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R\$	2,73

LABORATÓRIO

PROCEDIMENTOS FORA DA TABELA SUS

CODIGO SUS	PROCEDIMENTO	VALOR UNITARIO
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 PROTEINA 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	RELAÇÃO 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
<b>ESTIMATIVA DESPESAS EM PARCELA UNICA - PAGAMENTO 1º MÊS</b>			
<b>IMPLANTAÇÃO E INTEGRAÇÃO DE SOFTWARE</b>			
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
<b>VALOR DA PARCELA UNICA</b>		<b>R\$</b>	<b>38.421,05</b>
<b>CUSTOS PARA ADAPTAÇÕES NAS ESTRUTURAS NOS POSTOS DE COLETA E PROCESSAMENTO DOS EXAMES</b>			
<b>UNIDADE</b>		<b>VALOR DA ADAPTACAO</b>	
Unidade Jose de Almeida		R\$	9.988,92
Unidade Cascalho		R\$	32.614,58
Unidade Bom Retiro		R\$	20.985,23
UBS Agua Limpa		R\$	17.003,14
<b>VALOR DA PARCELA UNICA</b>		<b>R\$</b>	<b>80.591,87</b>
<b>UNIDADES E SERVIÇOS NO MUNICÍPIO DE SÃO GONÇALO DO PARÁ</b>			
Operacionalização e execução das ações e serviços de saúde desenvolvidas nas unidades de estratégia saúde da família – ESF's e unidade de Pronto Atendimento no município de São Gonçalo do Pará.			
<b>UNIDADES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA</b>			
<b>RECURSOS HUMANOS</b>			
<b>QUANTIDADE</b>	<b>CARGO</b>	<b>SALARIO</b>	<b>VALOR TOTAL COM ENCARGOS SOCIAIS, TRABALHISTAS, BENEFÍCIOS E EPI</b>
1	Coordenador Administrativo	R\$ 3.300,00	R\$ 5.173,05
1	Educador Físico	R\$ 2.800,00	R\$ 4.464,78
1	Fonoaudióloga	R\$ 3.099,99	R\$ 4.889,73
<b>SUB TOTAL ESTIMADO - ATENÇÃO PRIMÁRIA</b>		<b>R\$</b>	<b>14.527,56</b>
<b>PRONTO ATENDIMENTO</b>			
<b>RECURSOS HUMANOS</b>			
2	Enfermeiro	R\$ 4.750,00	R\$ 15.440,99
2	Enfermeiro	R\$ 4.750,00	R\$ 17.159,77
2	Supervisor Administrativo	R\$ 3.020,00	R\$ 9.552,84
<b>SUB TOTAL ESTIMADO - PRONTO ATENDIMENTO</b>		<b>R\$</b>	<b>42.153,60</b>
<b>TOTAL</b>		<b>R\$</b>	<b>56.681,16</b>
<b>SERVIÇOS MÉDICOS</b>			
<b>Descrição</b>		<b>Valor Mensal</b>	
Prestação de Serviços Médicos (prestação de serviços médicos não efetivos nas ESF e cobertura de férias dos profissionais efetivos das ESF)		R\$	80.000,00
<b>TOTAL</b>		<b>R\$</b>	<b>80.000,00</b>

DEMAIS SERVIÇOS	
Descrição	Valor Mensal
Locação de sistema informatizado em nuvem para gerenciamento, controle e faturamento de serviços de Saúde	R\$ 8.421,05
Consultoria realizada in loco por profissional com expertise no gerenciamento de atenção primária e secundária	R\$ 3.684,21
Manutenção Predial (Pequenos reparos, incluindo fornecimento de materiais e mão de obra (quando necessário), até o limite financeiro previsto e monitoramento das unidades)	R\$ 11.937,90
Manutenção de Equipamentos Médicos (incluindo os materiais odontológicos e o fornecimento de peças até o limite financeiro estabelecido)	R\$ 5.578,95
Estimativa de despesas com telefonia	R\$ 716,32
Estimativa mensal de materiais de escritório, gráfica e comunicação visual	R\$ 5.052,63
Estimativa de gêneros alimentícios	R\$ 1.000,00
Estimativa mensal de materiais de limpeza e higienização	R\$ 7.192,98
Estimativa mensal de materiais médicos hospitalares e medicamentos	R\$ 14.123,69
Despesa Administrativa	R\$ 12.722,02
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 70.429,75</b>

ESTIMATIVA DESPESAS EM PARCELA UNICA - PAGAMENTO 1º MÊS		
DESCRIÇÃO	QUANT.	VALOR TOTAL
Especificação mínima: que esteja em linha de produção pelo fabricante. Computador portátil (Notebook) com processador que possua no mínimo 4 núcleos, 8 threads e frequência de 2.4 GHz; Unidade de Armazenamento SSD 240 GB interface PCIe NVMeM.2, memória RAM de 8 GB, em 2 módulos idênticos de 4 GB cada, do tipo SDRAM DDR4 3000 MHz ou superior, tela LCD de 14 ou 15 polegadas widescreen, Anti reflexo, suportar resolução FULL HD (1920 x 1080 pixels), retro iluminada por LED, o teclado deverá conter todos os caracteres da língua portuguesa, inclusive ç e acentos, nas mesmas posições do teclado padrão ABNT2, mouse touchpad com 2 botões integrados, mouse óptico com conexão USB e botão de rolagem (scroll), interfaces de rede 10/100/1000 conector rj-45 fêmea e WIFI padrão IEEE 802.11 b/g/n/ac, Bluetooth mínimo 4.0 Sistema operacional Windows 10 pro (64 bits), bateria recarregável do tipo ion de lítio com no mínimo 4 células, fonte externa automática compatível com o item, possuir interfaces USB 2.0 e 3.0, 1 HDMI ou display port e 1 VGA, leitor de cartão, webcam FULL HD (1080 p). Deverá vir acompanhado de maleta do tipo acolchoada para transporte e acondicionamento do equipamento. O equipamento deverá ser novo, sem uso, reforma ou recondicionamento.	10	R\$ 59.360,00
Especificação mínima: que esteja em linha de produção pelo fabricante. No-Break com potência nominal mínima de 1,2 kVA. Potência real mínima de 600 W. Tensão entrada de 115/127/220 V (em corrente alternada) com comutação automática. Tensão de saída 110/ ou 220 V (a ser definida pelo solicitante). Alarme audiovisual. Bateria interna selada. Autonomia a plena carga de, no mínimo, 15 minutos considerando consumo de 240 W. Possuir, no mínimo, seis tomadas de saída padrão brasileiro. O produto deverá ser novo, sem uso, reforma ou recondicionamento.	6	R\$ 5.916,00
<b>TOTAL</b>	<b>R\$</b>	<b>65.276,00</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
TOTAL MENSAL		R\$	22.812,98
SERVIÇOS MÉDICOS			
DESCRIÇÃO	VALOR MENSAL		
Médico de Saúde da Família (PJ) - 40H/SEM	R\$	17.500,00	
TOTAL MENSAL	R\$	17.500,00	

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\$</b>	<b>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\$</b>	<b>83.632,00</b>

LOCAÇÃO DE ESTRUTURA MODULAR		
DESCRIÇÃO		VALOR TOTAL MENSAL
<b>CONTAINER</b> 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). - Teto em EPS+EUCAPLAC, telha trap em eps e pvc, com telha termo acústica 50mm - Parede em chapa galvanizada sem pintura chapa galvanizada + eps + pvc painel termo acústico 50mm. - Piso- revestimento em manta vinílica revestimento em plurigoma compensado naval sem revestimento compensado naval pintado cinza chapa xadrez c/ pintura epóxi cinza. - Esquadrias janelas - vidro de chapa máxima-ar vitro correr, policarb. Veneziana fixa em chapa. - Portas- porta simples e porta dupla. - 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\$</b>	<b>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	