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

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

TABELA DE SERVIÇOS DE SAÚDE EXECUTADOS NAS UNIDADES ICISMEP

Tabela 01 - OFTALMOLOGIA

PACOTE BÁSICO DA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA		
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA (QUANTIDADE 1)	**R$ 50,58**
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR PACIENTE (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
TOTAL DO PACOTE		

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)	
TOTAL DO PACOTE		

PACOTE BÁSICO DA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - UNIDADE MÓVEL		
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA (QUANTIDADE 1)	**R$ 65,00**
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR PACIENTE (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 2)	
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
TOTAL DO PACOTE		

SERVIÇOS COMPLEMENTARES EM OFTALMOLOGIA - UNIDADE MÓVEL		
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**
-	ARMAÇAO PARA ÓCULOS ALTO INDICE GRAU FORTE MODELO ADULTO FEMININO E MASCULINO - MATERIAL EM METAL OU ACETATO COM ARO TOTAL, ARO QUADRADO OU REDONDO	R$ 87,00
-	ARMAÇAO PARA ÓCULOS ALTO INDICE GRAU FORTE MODELO INFANTIL FEMININO E MASCULINO - MATERIAL EM METAL OU ACETATO COM ARO TOTAL, ARO QUADRADO OU REDONDO	R$ 87,00
-	ARMAÇAO PARA OCULOS MODELO ADULTO FEMININO E MASCULINO - MATERIAL EM METAL OU ACETATO COM ARO TOTAL, ARO QUADRADO OU REDONDO	R$ 87,00
-	ARMAÇAO PARA OCULOS MODELO INFANTIL FEMININO E MASCULINO - MATERIAL EM METAL OU ACETATO COM ARO TOTAL, ARO QUADRADO OU REDONDO	R$ 86,00
-	LENTES OFTALMICAS MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO INDICE DE -10.00 A + 9.50 ESFÉRICO E CILINDRO ATE -6.00; CONFORME RECEITUARIO MÉDICO	R$ 39,00
-	LENTES OFTALMICAS MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO ÍNDICE DE -8.00 A +6.00 ESFÉRICO E CILINDRO ATE -4,00; CONFORME RECEITUARIO MEDICO	R$ 39,00
-	LENTES OFTALMICAS MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO INDICE GRAU FORTE, ALTA DIOPITRIA DE -12.50 A -23.00 ESFERICO E CILINDRO ATE -9.00; CONFORME RECEITUARIO MEDICO	R$ 45,00
-	LENTES OFTALMICAS MONOFOCAIS VISAO SIMPLES ANTI-REFLEXO DE PLANO -4.00 A + 4.00 ESFERICO, CILINDRO ATE -2.00; CONFORME RECEITUARIO MEDICO	R$ 61,00
-	LENTES OFTALMICAS MONOFOCAIS VISAO SIMPLES ANTI REFLEXO DE PLANO -6.00 A +6.00 ESFERICO, CILINDRO ATE -4.00; CONFORME RECEITUARIO MEDICO	R$ 58,00
-	LENTES OFTALMICAS MULTIFOCAIS ALTO INDICE DE -10.00 A + 6.00 ESFERICO E CILINDRO ATE - 6.00; ADICAO DE +1.00 A +3.50 ALTURA MINIMA DE 22MM	R$ 59,00
-	LENTES OFTALMICAS MULTIFOCAIS VISAO SIMPLES DE -4.00 A +7.00 ESFERICO E CILINDRO ATE - 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 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)	
TOTAL DO PACOTE		

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

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**
02.11.06.025-9	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)	
TOTAL DO PACOTE		

AVALIAÇÃO CIRÚRGICA DE GLAUCOMA

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

CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAVALIAÇÃO 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)	
02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA (QUANTIDADE 1)	
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - **MONOCULAR** (R$ 14,81 QUANTIDADE 2)	
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
	TOTAL DO PACOTE	

ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DE GLAUCOMA

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

DESCRIÇÃO DOS TRATAMENTOS MEDICAMENTOSOS DE GLAUCOMA

Tabela 8	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.03.05.003-9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (1ª LINHA)	R$ 18,66
03.03.05.004-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (2ª LINHA)	R$ 79,38
03.03.05.005-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (3ª LINHA)	R$ 127,98
03.03.05.006-3	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (1ª LINHA)	R$ 12,44
03.03.05.007-1	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (2ª LINHA)	R$ 52,92
03.03.05.008-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (3ª LINHA)	R$ 85,33
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

CONSULTA PARA CONTROLE PÓS-OPERATÓRIO DE GLAUCOMA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)	R$ 50,58
CISMEP-61	LISE DE SUTURA DE LASER PÓS TRABECULECTOMIA	R$ 50,58

AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CÓRNEA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTAEM 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 ULTRASSONICA - **MONOCULAR** (R$ 14,81 QUANTIDADE 2) (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
	TOTAL DO PACOTE	

AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE ESTRABISMO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM ESTRABISMO (QUANTIDADE 1)	R$ 60,00
02.11.06.023-2	TESTE ORTÓPTICO (QUANTIDADE 1)	
	TOTAL DO PACOTE	

AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE PLÁSTICA OCULAR

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM PLÁSTICA OCULAR (QUANTIDADE 1)	R$ 50,58
	TOTAL DO PACOTE	

AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM RETINA (QUANTIDADE 1)	R$ 121,00
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.018-6	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
	TOTAL DO PACOTE	

AVALIAÇÃO EM RETINOPATIA DE PREMATURIDADE

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA (QUANTIDADE 1)	R$ 242,42
	TOTAL DO PACOTE	

AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CIRURGIAS RETINIANAS - AVAL. DEPARTAMENTO DE VITRECTOMIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CIRURGIAS RETINIANAS (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)	
02.05.02.008-9	ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA **(MONOCULAR)** - ECO B- (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	**R$ 95,96**
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
	TOTAL DO PACOTE	

AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA - CONTROLE DE VITRECTOMIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CIRURGIAS RETINIANAS (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	**R$ 48,08**
02.05.02.008-9	ECO-B ULTRA-SOM DE GLOBO OCULAR/ÓRBITA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
	TOTAL DO PACOTE	

AVALIAÇÃO DE RETINA PÓS INJEÇÃO INTRA-VITREO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM RETINA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)	**R$ 85,00**
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
	TOTAL DO PACOTE	

EXAMES EM OFTALMOLOGIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - **MONOCULAR**	R$ 14,81
02.05.02.008-9	ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA **(MONOCULAR)** - ECO B	R$ 34,34
02.11.06.001-1	BIOMETRIA ULTRASSONICA **MONOCULAR** (ECO A)	R$ 24,24
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO	R$ 12,34
02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA	R$ 40,00
02.11.06.005-4	CERATOMETRIA	R$ 3,37
02.11.06.006-2	CURVA DIARIA DE PRESSÃO OCULAR - CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS)	R$ 17,17
02.11.06.010-0	FUNDOSCOPIA	R$ 3,37
02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA	R$ 17,17
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO	R$ 24,24
02.11.06.015-1	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL	R$ 7,00
02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	R$ 24,68
02.11.06.018-6	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	R$ 64,00
02.11.06.021-6	TESTE DE SCHIRMER	R$ 3,37
02.11.06.022-4	TESTE DE VISAO DE CORES	R$ 3,37
02.11.06.023-2	TESTE ORTÓPTICO	R$ 12,34
02.11.06.025-9	TONOMETRIA	R$ 3,37
02.11.06.026-7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÓRNEA (CERATOSCOPIA)	R$ 30,00
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA (OCT)	R$ 60,00
CISMEP-12	TRATAMENTO MEDICAMENTOSOS DE BLEFAROESPASMO 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	OCLUSAO 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 ÍRIS, CORPO CILIAR, RETINA, CORÓIDE E VÍTREO	R$ 244,98
03.08.04.001-5	TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS OU CLÍNICOS	R$ 270,40
04.05.01.001-0	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ENTRÓPIO E ECTRÓPIO (BILATERAL)	R$ 229,97
04.05.01.007-9	EXERESE DE CALÁZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PÁLPEBRA E SUPERCÍLIOS (UNILATERAL)	R$ 98,00
04.05.01.002-8	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE EPICANTO E ELECANTO	R$ 278,90
04.05.01.003-6	DACRIOCISTORRINOSTOMIA (UNILATERAL)	R$ 1.397,83
04.05.01.008-7	EXTIRPAÇÃO DE GLÂNDULA LACRIMAL	R$ 497,72
04.05.01.011-7	RECONSTITUIÇÃO DE CANAL LACRIMAL (UNILATERAL)	R$ 689,66
04.05.01.012-5	RECONSTITUIÇÃO PARCIAL DA PÁLPEBRA COM TARSORRAFIA (BILATERAL)	R$ 357,50
04.05.01.013-3	RECONSTITUIÇÃO TOTAL DE PÁLPEBRA	R$ 1.138,66
04.05.01.015-0	SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL (BILATERAL)	R$ 203,73
04.05.01.017-6	SUTURA DE PÁLPEBRAS (BILATERAL)	R$ 160,00
04.05.02.001-5	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MÚSCULOS HIPERTROPIAS)	R$ 1.450,56
04.05.02.002-3	CORREÇÃO CIRÚRGICA DO ESTRABISMO (ATÉ 2 MÚSCULOS)	R$ 1.019,28
04.05.03.002-9	BIÓPSIA DE TUMOR INTRA-OCULAR	R$ 96,11
04.05.03.007-0	RETINOPEXIA COM INTROFLEXÃO ESCLERAL	R$ 869,70
04.05.03.009-6	SUTURA DE ESCLERA	R$ 247,00
04.05.03.013-4	VITRECTOMIA ANTERIOR	R$ 479,76
04.05.03.014-2	VITRECTOMIA POSTERIOR	R$ 2.190,50
04.05.03.016-9	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER	R$ 2.921,17
04.05.03.017-7	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO, ÓLEO DE SILICONE E ENDOLASER	R$ 3.380,00
CISMEP-03	MEMBRANECTOMIA	R$ 339,30
CISMEP-04	TROCA FLUIDO GASOSA	R$ 204,10
CISMEP-05	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA POSTERIOR DO OLHO	R$ 340,60
04.05.03.020-7	DRENAGEM DE HEMORRAGIA DE CORÓIDE	R$ 453,60
04.05.04.001-6	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE LAGOFTALMO	R$ 282,09
04.05.04.007-5	EVISCERAÇÃO DE GLOBO OCULAR	R$ 587,52
04.05.04.018-0	TRANSPLANTE DE PERIÓSTEO EM ESCLEROMALÁCIA	R$ 1.197,98
04.05.04.020-2	TRATAMENTO DE PTOSE PALBEBRAL	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**
03.01.01.007-2	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/REAVALIAÇÃO DE GLAUCOMA - OURO PRETO		
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**
03.01.01.010-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)	**R$ 164,16**
02.11.06.025-9	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
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 - OURO PRETO		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
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)	
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR (QUANTIDADE 2) (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE ESTRABISMO - OURO PRETO		
Tabela 19	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM ESTRABISMO (QUANTIDADE 1)	**R$ 77,46**
02.11.06.023-2	TESTE ORTÓPTICO (QUANTIDADE 1)	
AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE PLÁSTICA OCULAR - OURO PRETO		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM PLÁSTICA OCULAR (QUANTIDADE 1)	**R$ 61,66**
AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA - OURO PRETO		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM RETINA	**R$ 161,34**
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (2)	
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (2)	
02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	
EXAMES OFTALMOLOGIA - OURO PRETO		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.05.02.002-0	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
02.11.06.021-6	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
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS - UNIDADE OURO PRETO		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
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
CISMEP-13	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 PALBEBRAL	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
04.05.05.032-1	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)	

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 compreendio 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
03.01.01.010-2	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/REAVALIAÇÃO DE GLAUCOMA - SANTA LUZIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.010-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)	**R$ 149,73**
	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
	FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1)	
	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA (QUANTIDADE 1)	
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - **MONOCULAR**	
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
02.11.06.006-2	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 ESPECIALISTAEM CÓRNEA (QUANTIDADE 1)	**R$ 74,55**
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.026-7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÓRNEA-CERATOSCOPIA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) (24.24)	
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - **MONOCULAR** (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	

AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE ESTRABISMO - SANTA LUZIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM ESTRABISMO (QUANTIDADE 1)	**R$ 75,14**
02.11.06.023-2	TESTE ORTÓPTICO (QUANTIDADE 1)	

AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE PLÁSTICA OCULAR - SANTA LUZIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM PLÁSTICA OCULAR (QUANTIDADE 1)	**R$ 69,36**

EXAMES EM OFTALMOLOGIA - SANTA LUZIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR	R$ 40,46
02.05.02.008-9	ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B	R$ 57,80
02.11.06.001-1	BIOMETRIA ULTRASSONICA MONOCULAR (ECO A)	R$ 40,46
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO	R$ 23,12
02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA	R$ 52,02
02.11.06.006-2	CURVA DIARIA DE PRESSÃO OCULAR - CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS)	R$ 28,90
02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA	R$ 28,90
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (MONOCULAR)	R$ 40,46
02.11.06.025-9	TONOMETRIA	R$ 5,78

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO AMBULATORIAL - S.A. - SANTA LUZIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.01.01.009-7	BIÓPSIA DE CONJUNTIVA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 158,14
02.01.01.018-6	BIÓPSIA DE ESCLERA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 113,02
02.01.01.035-6	BIÓPSIA DE PÁLPEBRA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 148,08
04.05.01.004-4	DRENAGEM DE ABSCESSO DE PÁLPEBRA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 150,29
04.05.01.006-0	EPILACAO DE CILIOS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 40,40
04.05.01.014-1	SIMBLEFAROPLASTIA - UNILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 303,95
04.05.01.016-8	SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 135,95
04.05.01.017-6	SUTURA DE PÁLPEBRAS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 263,58
04.05.01.018-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BLEFAROCALASE - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 635,84
04.05.01.019-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TRIQUÍASE COM OU SEM ENXERTO (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 361,85
04.05.03.005-3	INJEÇÃO INTRA-VITREO (BPA INDIVIDUALIZADO) (com Avastim)	R$ 430,06
CISMEP-13	INJEÇÃO INTRA-VITREO COM ANTIBIÓTICO (dexametasona e/ou ceftriaxona e/ou vancomicina)	R$ 208,09
04.05.03.009-6	SUTURA DE ESCLERA (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 248,46
04.05.04.019-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO XANTELASMA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 301,04
04.05.05.002-0	CAPSULOTOMIA A YAG LASER (APAC)	R$ 78,61
04.05.05.003-8	CAUTERIZAÇÃO DE CÓRNEA	R$ 29,85
04.05.05.008-9	EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA	R$ 213,64
04.05.05.016-0	INJEÇÃO SUBCONJUNTIVAL/SUBTENONIANA	R$ 15,41
04.05.05.017-8	IRIDECTOMIA CIRÚRGICA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 451,82
04.05.05.020-8	PARACENTESE DE CÂMARA ANTERIOR	R$ 126,88
04.05.05.021-6	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 221,53
04.05.05.024-0	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA ANTERIOR DO OLHO (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 528,12
04.05.05.025-9	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO NA CÓRNEA	R$ 33,46
04.05.05.029-1	SUTURA DE CONJUNTIVA	R$ 133,49
04.05.05.030-5	SUTURA DE CÓRNEA	R$ 260,97
04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO	R$ 330,17

PROCEDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H. - SANTA LUZIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.01.01.024-0	BIÓPSIA DE ÍRIS, CORPO CILIAR, RETINA, CORÓIDE E VÍTREO	R$ 283,21
04.05.01.001-0	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ENTRÓPIO E ECTRÓPIO (BILATERAL)	R$ 289,02
04.05.01.007-9	EXERESE DE CALÁZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PÁLPEBRA E SUPERCÍLIOS (UNILATERAL)	R$ 113,29
04.05.01.002-8	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE EPICANTO E ELECANTO	R$ 322,43
04.05.01.003-6	DACRIOCISTORRINOSTOMIA (UNILATERAL) em sana luzia	R$ 843,93
04.05.01.011-7	RECONSTITUIÇÃO DE CANAL LACRIMAL (UNILATERAL)	R$ 867,05
04.05.01.012-5	RECONSTITUIÇÃO PARCIAL DA PÁLPEBRA COM TARSORRAFIA (BILATERAL)	R$ 439,31
04.05.01.015-0	SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL (BILATERAL)	R$ 289,02
04.05.01.017-6	SUTURA DE PÁLPEBRAS (BILATERAL)	R$ 208,09
04.05.02.001-5	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MÚSCULOS HIPERTROPIAS)	R$ 1.572,25
04.05.02.002-3	CORREÇÃO CIRÚRGICA DO ESTRABISMO (ATÉ 2 MÚSCULOS)	R$ 1.132,95
04.05.03.009-6	SUTURA DE ESCLERA	R$ 285,55
04.05.04.001-6	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE LAGOFTALMO	R$ 439,31
04.05.04.006-7	ENUCLEAÇÃO DO GLOBO OCULAR	R$ 751,45
04.05.04.007-5	EVISCERAÇÃO DE GLOBO OCULAR	R$ 832,37
04.05.04.018-0	TRANSPLANTE DE PERIÓSTEO EM ESCLEROMALÁCIA	R$ 1.384,95
04.05.04.020-2	TRATAMENTO DE PTOSE PALBEBRAL (em santa luzia)	R$ 716,76
04.05.05.001-1	CAPSULECTOMIA POSTERIOR CIRÚRGICA	R$ 439,31
04.05.05.021-6	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL	R$ 254,34
04.05.05.022-4	RECONSTITUIÇÃO DE FÓRNIX CONJUNTIVAL	R$ 533,53
04.05.05.035-6	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
04.05.05.037-2	FACOEMULSIFICACAO 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/REAVALIAÇÃO 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 - **MONOCULAR**	
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
02.11.06.006-2	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
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 - UNIDADES EXTERNAS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTAEM CÓRNEA (QUANTIDADE 1)	**R$ 74,55**
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.026-7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÓRNEA-CERATOSCOPIA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) (24.24)	
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - **MONOCULAR** (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	

AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE ESTRABISMO - 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)	

02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)	R$ 196,53
02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.028-4	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	ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA **(MONOCULAR)** - 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	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	

AVALIAÇÃO DE RETINA PÓS INJEÇÃO INTRA-VITREO - UNIDADES EXTERNAS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM RETINA (QUANTIDADE 1)	R$ 138,73
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	

EXAMES EM OFTALMOLOGIA - UNIDADES EXTERNAS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR	R$ 40,46
02.05.02.008-9	ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B	R$ 57,80
02.11.06.001-1	BIOMETRIA ULTRASSONICA MONOCULAR (ECO A)	R$ 40,46
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO	R$ 23,12
02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA	R$ 52,02
02.11.06.006-2	CURVA DIARIA DE PRESSÃO OCULAR - CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS)	R$ 28,90
02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA	R$ 28,90
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (MONOCULAR)	R$ 40,46
02.11.06.015-1	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL	R$ 52,02
02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	R$ 86,71
02.11.06.018-6	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	R$ 115,61
02.11.06.025-9	TONOMETRIA	R$ 5,78
02.11.06.026-7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÓRNEA (CERATOSCOPIA)	R$ 69,36
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA (OCT)	R$ 69,36
CISMEP-12	TRATAMENTO MEDICAMENTOSOS DE BLEFAROESPASMO COM TOXINA BOTULÍNICA (SEM A TOXINA, TOXINA FORNECIDA PELO ESTADO)	R$ 98,27

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO AMBULATORIAL - S.A. - UNIDADES EXTERNAS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.01.01.009-7	BIÓPSIA DE CONJUNTIVA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 158,14
02.01.01.018-6	BIÓPSIA DE ESCLERA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 113,02
02.01.01.035-6	BIÓPSIA DE PÁLPEBRA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 148,08
04.05.01.004-4	DRENAGEM DE ABSCESSO DE PÁLPEBRA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 150,29
04.05.01.005-2	EPILAÇÃO A LASER - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 107,51
04.05.01.006-0	EPILACAO DE CILIOS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 40,40
04.05.01.014-1	SIMBLEFAROPLASTIA - UNILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 303,95
04.05.01.016-8	SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 135,95
04.05.01.017-6	SUTURA DE PÁLPEBRAS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 263,58
04.05.01.018-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BLEFAROCALASE - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 635,84
04.05.01.019-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TRIQUÍASE COM OU SEM ENXERTO (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 361,85
04.05.03.004-5	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 ANTIBIÓTICO (dexametasona e/ou ceftriaxona e/ou vancomicina)	R$ 208,09
04.05.03.009-6	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 PROCEDIMENTOSDE FOTOCOAGULAÇÃO A LASER. (APAC)	R$ 208,09
04.05.03.021-5	RETINOPEXIA PNEUMÁTICA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 610,92
04.05.03.022-3	REMOÇÃO DE ÓLEO DE SILICONE (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 736,42
04.05.04.019-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO XANTELASMA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 301,04
04.05.05.002-0	CAPSULOTOMIA A YAG LASER (APAC)	R$ 78,61
04.05.05.003-8	CAUTERIZAÇÃO DE CÓRNEA	R$ 29,85
04.05.05.008-9	EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA	R$ 213,64
04.05.05.012-7	FOTOTRABECULOPLASTIA A LASER (APAC)	R$ 52,02
04.05.05.016-0	INJEÇÃO SUBCONJUNTIVAL/SUBTENONIANA	R$ 15,41
04.05.05.017-8	IRIDECTOMIA CIRÚRGICA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 451,82
04.05.05.019-4	IRIDOTOMIA A LASER (APAC)	R$ 91,04
04.05.05.020-8	PARACENTESE DE CÂMARA ANTERIOR	R$ 126,88
04.05.05.021-6	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 221,53
04.05.05.024-0	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA ANTERIOR DO OLHO (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 528,12
04.05.05.025-9	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO NA CÓRNEA	R$ 33,46
04.05.05.026-7	SINEQUIÓLISE A YAG LASER (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 78,61
04.05.05.029-1	SUTURA DE CONJUNTIVA	R$ 133,49
04.05.05.030-5	SUTURA DE CÓRNEA	R$ 260,97
04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO	R$ 330,17

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
04.05.03.009-6	SUTURA DE ESCLERA	R$ 285,55
04.05.03.013-4	VITRECTOMIA ANTERIOR	R$ 554,64
04.05.03.014-2	VITRECTOMIA POSTERIOR	R$ 2.532,37
04.05.03.016-9	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER	R$ 3.377,08
04.05.03.017-7	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO, ÓLEO DE SILICONE E ENDOLASER	R$ 3.907,51
CISMEP-03	MEMBRANECTOMIA	R$ 392,25
CISMEP-04	TROCA FLUIDO GASOSA	R$ 235,95
CISMEP-05	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA POSTERIOR DO OLHO	R$ 393,76
04.05.04.001-6	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE LAGOFTALMO	R$ 439,31
04.05.04.006-7	ENUCLEAÇÃO DO GLOBO OCULAR	R$ 751,45
04.05.04.007-5	EVISCERAÇÃO DE GLOBO OCULAR	R$ 832,37
04.05.04.018-0	TRANSPLANTE DE PERIÓSTEO EM ESCLEROMALÁCIA	R$ 1.384,95
04.05.04.020-2	TRATAMENTO DE PTOSE PALBEBRAL	R$ 786,13
04.05.05.001-1	CAPSULECTOMIA POSTERIOR CIRÚRGICA	R$ 439,31
04.05.05.004-6	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
04.05.05.015-1	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	SEDACAO PARA PLASTICA OCULAR	R$ 161,85
CISMEP-47	INJECAO INTRA-VITREA DE EYLIA (AFLIBICERPT) COM OCT 30 DIAS APOS GRUPOS DE 3 APLICACAÇÕES	R$ 1.965,32
CISMEP-48	INJECAO INTRA-VITREA DE LUCENTIS (RANIZUBIMABE) COM OCT 30 DIAS APOS GRUPOS DE 3 APLICACAÇÕES	R$ 2.173,41
CISMEP-49	CIRURGIA DE PRK - REFRATIVA A LASER BINOCULAR	R$ 1.849,71
CISMEP-50	CIRURGIA DE PRK - REFRATIVA A LASER MONOCULAR	R$ 1.098,27
CISMEP-51	AVALIACAO DE CIRURGIA REFRATIVA A LASER - INCLUI PENTACAM	R$ 404,62

TABELA 02 - OTORRINOLARINGOLOGIA

CONSULTA EM OTORRINOLARINGOLOGIA		
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**
03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA (OTORRINOLARINGOLOGIA)	R$ 64,18
03.01.01.007-2	AVAL. NO DEPART. DE MICROCIRURGIA DE LARINGE	R$ 66,40
03.01.01.007-2	AVAL. NO DEPART.CIRUR. DE SINUSITES E POLIPOS NASAIS	R$ 66,40
03.01.01.007-2	AVAL. NO DEPART. DE AMIGDALAS E ADENOIDES	R$ 66,40
03.01.01.007-2	AVAL. NO DEPART. DE CIRUR. DE OUVIDO - OTORRINO	R$ 66,40
03.01.01.007-2	AVAL. NO DEPART. DE CIRURGIA DE SEPTO NASAL E CORNETOS	R$ 66,40
EXAMES EM OTORRINOLARINGOLOGIA		
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**
02.09.04.002-5	LARINGOSCOPIA	R$ 66,40
02.09.04.004-1	VIDEOLARINGOSCOPIA (FIBRONASOLARINGOSCOPIA)	R$ 94,68
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO AMBULATORIAL - S.A.		
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**
02.01.01.008-9	BIÓPSIA DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO	R$ 32,02
02.01.01.019-4	BIÓPSIA DE FARINGE (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 32,02
02.01.01.036-4	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 TRANSMEÁTICA 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
04.04.01.006-7	DRENAGEM DE ABSCESSO PERIAMIGDALIANO	R$ 394,72
04.04.01.008-3	DRENAGEM DO SACO ENDO-LINFÁTICO (SHUNT) COM AUDIÇÃO VIA TRANSMASTÓIDEA (IDADE MÍNIMA DE 12 ANOS)	R$ 1.237,73
04.04.01.010-5	ESTAPEDECTOMIA	R$ 2.366,91
04.04.01.011-3	EXÉRESE DE PAPILOMA EM LARINGE	R$ 1.255,73
04.04.01.012-1	EXÉRESE DE TUMOR DE VIAS AÉREAS SUPERIORES, FACE E PESCOÇO	R$ 558,72
04.04.01.013-0	EXTIRPAÇÃO DO TUMOR DO CAVUM E FARINGE	R$ 381,78
04.04.01.016-4	LABIRINTECTOMIA MEMBRANOSA/ÓSSEA COM OU SEM AUDIÇÃO	R$ 1.244,93
04.04.01.021-0	MASTOIDECTOMIA RADICAL	R$ 2.953,39
04.04.01.022-9	MASTOIDECTOMIA SUBTOTAL	R$ 2.140,39
04.04.01.023-7	MICROCIRURGIA OTOLOGICA	R$ 1.042,28
04.04.01.028-8	RESSECÇÃO DO GLOMO TIMPÂNICO	R$ 1.302,25
04.04.01.031-8	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO/ FARINGE/LARINGE/NARIZ	R$ 381,78
04.04.01.032-6	SINUSOTOMIA BILATERAL	R$ 1.789,86
04.04.01.033-4	SINUSOTOMIA ESFENOIDAL	R$ 1.942,27
04.04.01.035-0	TIMPANOPLASTIA (UNI/BILATERAL)	R$ 1.710,12
04.04.01.037-7	TRAQUEOSTOMIA	R$ 852,19
04.04.01.038-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ESTENOSE DO CONDUTO AUDITIVO	R$ 893,91
04.04.01.040-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RINITE CRÔNICA (OZENA)	R$ 514,13
04.04.01.041-5	TURBINECTOMIA (IDADE MÍNIMA DE 12 ANOS)	R$ 1.165,63
CISMEP-06	ELETROCOAGULAÇÃO DE MUCOSA DE CORNETOS NASAIS EM PACIENTES COM IDADE ABAIXO DE 12 ANOS EM CIRURGIAS DE A + A	R$ 165,99
04.04.01.048-2	SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	R$ 1.252,35
04.04.01.049-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE IMPERFURAÇÃO COANAL (UNILATERAL/BILATERAL)	R$ 485,35
04.04.01.050-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PERFURAÇÃO DO SEPTO NASAL	R$ 485,35
04.04.01.051-2	SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR	R$ 1.063,25
04.04.01.052-0	SEPTOPLASTIA REPARADORA NÃO ESTÉTICA	R$ 353,01
04.04.01.053-9	RESSECÇÃO DE TUMOR DO ACÚSTICO (PELA FOSSA MÉDIA)	R$ 885,28
04.04.01.055-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RINOFIMA	R$ 525,64
04.04.02.001-1	ALONGAMENTO DE COLUMELA	R$ 324,23
04.04.02.003-8	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORO-NASAL/ORO-SINUSAL	R$ 655,11
04.04.02.004-6	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA SALIVAR COM RETALHO	R$ 309,85
04.04.02.027-5	RESSECÇÃO DE LESÃO MALIGNA E BENIGNA DA REGIÃO CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL (IDADE MÍNIMA DE 10 ANOS)	R$ 1.748,43
04.04.02.032-1	RINOPLASTIA PARA DEFEITOS PÓS-TRAUMÁTICOS	R$ 1.320,20
04.04.02.034-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ATRESIA NARINÁRIA	R$ 453,71
04.04.02.035-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA E CISTOS ORO-MAXILARES	R$ 597,56
04.04.02.077-1	RESSECÇÃO DE LESÃO DA BOCA	R$ 540,02
04.04.03.008-4	ALVEOLOPLASTIA COM ENXERTO ÓSSEO EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIOFACIAL	R$ 1.565,73
04.13.04.023-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO NÃO ESTÉTICO DA ORELHA	R$ 607,63

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

TABELA 03 - FONOAUDIOLOGIA

AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL (pacote)		
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**
02.11.07.004-1	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR - VIA AÉREA/ÓSSEA	**R$ 49,25**
02.11.07.021-1	LOGOAUDIOMETRIA (AUDIOMETRIA VOCAL)	
02.11.07.032-7	TESTES ACUMÉTRICOS (DIAPASÃO)	
TOTAL DO PACOTE		

AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL + IMITÂNCIOMETRIA (pacote)		
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**
02.11.07.004-1	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR - VIA AÉREA/ÓSSEA	**R$ 72,25**
02.11.07.021-1	LOGOAUDIOMETRIA (AUDIOMETRIA VOCAL)	
02.11.07.032-7	TESTES ACUMÉTRICOS (DIAPASÃO)	
02.11.07.020-3	IMITÂNCIOMETRIA (IMPEDÂNCIOMETRIA)	
TOTAL DO PACOTE		

ESTUDO DE OTOEMISSÕES ACÚSTICAS EVOCADAS TRANSITÓRIAS E POR PRODUTO DE DISTORÇÃO (EOA)		
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**
02.11.07.005-0	AVALIAÇÃO AUDITIVA COMPORTAMENTAL	**R$ 64,88**
02.11.07.015-7	ESTUDO DE OTOEMISSÕES ACÚSTICAS EVOCADAS TRANSITÓRIAS E POR PRODUTO DE DISTORÇÃO - EOA	
TOTAL DO PACOTE		

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
02.11.07.034-3	TESTES DE PROCESSAMENTO AUDITIVO	R$ 223,98

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

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

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

TABELA 04 - GASTROENTEROLOGIA

CONSULTA EM GASTROENTEROLOGIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (GASTROENTEROLOGIA)	R$ 46,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CONSULTA PRÉ- COLONOSCOPIA)	R$ 46,00
PROCEDIMENTOS - SERVIÇO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL - SA/SH		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.09.01.001-0	COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA (VIA ENDOSCÓPICA)	R$ 6.799,00
02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA) DIAGNÓSTICA COM ANESTESISTA (COM POLIPECTOMIA SE NECESSÁRIO)	R$ 700,00
02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA) SIMPLES (COM POLIPECTOMIA SE NECESSÁRIO)	R$ 450,00
CISMEP-43	ECOENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA	R$ 2.250,00
CISMEP-44	ECOENDOSCOPIA TERAPEUTICA	R$ 4.375,00
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (ENDOSCOPIA)	R$ 207,25
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (ENDOSCOPIA) COM ANESTESISTA	R$ 303,41
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (ENDOSCOPIA) COM ANESTESISTA COM PASSAGEM DE SONDA NASOENTÉRICA	R$ 403,45
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (ENDOSCOPIA) DIAGNÓSTICA PEDIÁTRICA COM ANESTESISTA	R$ 1.318,35
CISMEP-58	MANOMETRIA ANORRETAL	R$ 315,72
CISMEP-59	MANOMETRIA ESOFÁGICA	R$ 390,74
CISMEP-60	PHMETRIA ESOFÁGICA	R$ 317,80
03.03.07.005-6	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO ESÔFAGO/ESTÔMAGO/DUODENO	R$ 84,80
04.07.01.025-4	RETIRADA DE PÓLIPO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA OU COLONOSCOPIA	R$ 42,40
02.09.01.005-3	RETOSSIGMÓIDOSCOPIA	R$ 84,80
CISMEP-52	TATUAGEM POR COLONOSCOPIA	R$ 713,56
04.07.01.031-9	TRATAMENTO ESCLEROSANTE/LIGADURA ELÁSTICA DE LESÃO HEMORRÁGICA DO APARELHO DIGESTIVO ALTO	R$ 636,00

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

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

TABELA 05 - ANGIOLOGIA

CONSULTA EM ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (ANGIOLOGIA - COM CIRURGIÃO)	R$ 42,00
CISMEP-14	AVALIAÇÃO TRATAMENTO ESCLEROSANTE/ESPUMA	R$ 42,00
PROCEDIMENTOS - SERVIÇO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL - SA/SH		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.06.02.009-4	DISSECÇÃO DE VEIA/ARTÉRIA	R$ 15,16
04.06.02.013-2	EXCISAO E SUTURA DE HEMANGIOMA	R$ 98,53
04.06.02.014-0	EXCISAO E SUTURA DE LINFANGIOMA / NEVUS	R$ 98,53
03.09.07.001-5	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)*	R$ 208,21

* Valor coberto por FAEC

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

ANGIOLOGIA - OURO PRETO		
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		
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 - 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$ 95,00
02.05.02.003-8	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)	R$ 66,00
02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	R$ 75,00
02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	R$ 66,00
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO (UMA ARTICULAÇÃO / UNILATERAL)	R$ 66,00
02.05.02.007-0	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL)	R$ 66,00
02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 83,00

02.05.02.010-0	ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL) (PÉLVICA MASCULINA)	R$ 66,00
02.05.02.011-9	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R$ 66,00
02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE	R$ 66,00
02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA (VIA ABDOMINAL OU VIA TRANSVAGINAL)	R$ 66,00
02.05.02.015-1	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R$ 95,00
02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA) (PÉLVICA FEMININA)	R$ 66,00
02.05.02.017-8	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	R$ 79,00
02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL (ENDOVAGINAL)	R$ 66,00
CISMEP-07	ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	R$ 66,00
CISMEP-16	ULTRASSONOGRAFIA TRANSLUCÊNCIA NUCAL	R$ 79,00
CISMEP-23	ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA	R$ 209,00
CISMEP-25	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE + DOPPLER	R$ 127,00
CISMEP-26	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL) + DOPPLER	R$ 127,00
CISMEP-30	SEDAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS CONFORME NECESSIDADE CLÍNICA	R$ 33,00

UNIDADE MARIANA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
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	VALOR ICISMEP + EQTO *	VALOR ICISMEP + EQTO + DIGITADORA **
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$ -	R$ 130,00	R$ -
02.05.01.005-9	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO	R$ 120,00	R$ 131,76	R$ 132,92
02.05.02.003-8	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)	R$ 75,00	R$ 86,76	R$ 87,92
02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	R$ 75,00	R$ 86,76	R$ 87,92
02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	R$ 75,00	R$ 86,76	R$ 87,92
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO (UMA ARTICULAÇÃO / UNILATERAL)	R$ 75,00	R$ 86,76	R$ 87,92
02.05.02.007-0	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL)	R$ 75,00	R$ 86,76	R$ 87,92
02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 75,00	R$ 86,76	R$ 87,92
02.05.02.010-0	ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL) (PÉLVICA MASCULINA)	R$ 75,00	R$ 86,76	R$ 87,92
02.05.02.011-9	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R$ 75,00	R$ 86,76	R$ 87,92
02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE	R$ 75,00	R$ 86,76	R$ 87,92
02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA (VIA ABDOMINAL OU VIA TRANSVAGINAL)	R$ 75,00	R$ 86,76	R$ 87,92
02.05.02.015-1	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R$ 120,00	R$ 131,76	R$ 132,92
02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA) (PÉLVICA FEMININA)	R$ 75,00	R$ 86,76	R$ 87,92
02.05.02.017-8	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	R$ 86,40	R$ 98,16	R$ 99,32
02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL (ENDOVAGINAL)	R$ 75,00	R$ 86,76	R$ 87,92
CISMEP-07	ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	R$ 75,00	R$ 86,76	R$ 87,92
CISMEP-16	ULTRASSONOGRAFIA TRANSLUCÊNCIA NUCAL	R$ 86,40	R$ 98,16	R$ 99,32
CISMEP-23	ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA	R$ 228,00	R$ 239,76	R$ 240,92
CISMEP-25	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE + DOPPLER	R$ 120,00	R$ 131,76	R$ 132,92
CISMEP-26	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL) + DOPPLER	R$ 120,00	R$ 131,76	R$ 132,92

O valor ICISMEP + EQPTO envolve os custos com o serviço do profissional e locação do aparelho de ultrassonografia (por exame)

O valor ICISMEP + EQTO + DIGITADORA envolve os custos com o serviço do profissional, locação do aparelho de ultrassonografia e serviço de digitadora auxiliar (por exame)

ULTRASSONOGRAFIA - NOVA LIMA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 03 VASOS) = DUPLEX SCAN DE MEMBRO INFERIOR, MEMBRO SUPERIOR, DE CARÓTIDAS E ARTÉRIAS VERTEBRAIS.	R$ 142,97
02.05.02.003-8	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)	R$ 79,43
02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	R$ 90,41
02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	R$ 79,43
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO (UMA ARTICULAÇÃO / UNILATERAL)	R$ 79,43
02.05.02.007-0	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL)	R$ 79,43
02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 100,46
02.05.02.010-0	ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL) (PÉLVICA MASCULINA)	R$ 79,43
02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE	R$ 79,43
02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA (VIA ABDOMINAL OU VIA TRANSVAGINAL)	R$ 79,43
02.05.02.015-1	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R$ 114,90
02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA) (PÉLVICA FEMININA)	R$ 79,43
02.05.02.017-8	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	R$ 95,31
02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL (ENDOVAGINAL)	R$ 79,43
CISMEP-07	ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	R$ 79,43
CISMEP-16	ULTRASSONOGRAFIA TRANSLUCÊNCIA NUCAL	R$ 95,31
CISMEP-23	ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA	R$ 251,05
CISMEP-25	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE + DOPPLER	R$ 152,24
CISMEP-26	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL) + DOPPLER	R$ 152,24

TABELA 07 - CARDIOLOGIA

EXAMES

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

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

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

TABELA 08 - CIRURGIA GERAL

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

AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CIRURGIAS GERAIS (HEMORROIDECTOMIA, FISTULECTOMIA, FISSURECTOMIA, PLASTICA ANAL E TUMOR DE ANORRETAL) - PRESTADOR EXTERNO		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA COM ESPECIALISTA EM CIRURGIA GERAL	**R$ 109,00**
02.09.01.005-3	RETOSSIGMOIDOSCOPIA	
	TOTAL DO PACOTE	

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

TABELA 09 - PROCTOLOGIA

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

TABELA 10 - UROLOGIA

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

TABELA 11 - GINECOLOGIA

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

TABELA 12 - NEUROLOGIA

CONSULTA EM NEUROLOGIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (NEUROLOGIA)	**R$ 83,00**
DIAGNÓSTICO POR ELETRONEUROMIOGRAMA (BILATERAL)		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.11.05.008-3	ELETRONEUROMIOGRAMA DOS MEMBROS INFERIORES (MMII/BILATERAL) OU DOS MEMBROS SUPERIORES (MMSS/BILATERAL)	**R$ 316,00**
	TOTAL DO PACOTE	
AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE ELETRONEUROMIOGRAMA (4 MEMBROS)		
Código	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.11.05.008-3	ELETRONEUROMIOGRAMA DOS MEMBROS INFERIORES (MMII/BILATERAL)	**R$ 426,00**
	ELETRONEUROMIOGRAMA DOS MEMBROS SUPERIORES (MMSS/BILATERAL)	
	TOTAL DO PACOTE	
ELETROENCEFALOGRAMA (EEG)		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.11.05.005-9	ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO C/ MAPEAMENTO (EEG)	R$ 80,00

TABELA 13 - CABEÇA E PESCOÇO

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

TABELA 14 - MAMOGRAFIA

EXAMES DE MAMOGRAFIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIAÇÃO PERIODICA BILATERAL	R$ 45,00
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIAÇÃO PERIODICA UNILATERAL	R$ 22,50
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	R$ 45,00
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIAÇÃO PERIODICA BILATERAL - BICAS	R$ 45,00
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIAÇÃO PERIODICA UNILATERAL - BICAS	R$ 22,50
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO - BICAS	R$ 45,00
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIAÇÃO PERIODICA UNILATERAL - MARIANA	R$ 25,91
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO - MARIANA	R$ 51,81
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA EM UNIDADE MÓVEL	R$ 69,65

TABELA 15 - DERMATOLOGIA

CONSULTA EM DERMATOLOGIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (DERMATOLOGIA)	**R$ 56,00**
CISMEP-10	DERMATOSCOPIA (POR LESÃO)	
	TOTAL DO PACOTE	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO AMBULATORIAL - S.A.		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.01.01.002-0	BIÓPSIA/PUNÇÃO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE	R$ 99,38
02.01.01.037-2	BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES	R$ 65,79
03.03.08.001-9	CAUTERIZAÇÃO QUIMICA DE PEQUENAS LESÕES	R$ 5,00
CISMEP-02	CRIOTERAPIA ATÉ 5 LESÕES	R$ 71,52
04.01.01.004-0	ELETROCOAGULACAO DE LESAO CUTANEA 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 16 - SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR MÉDICOS

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

TABELA 17 - SERVIÇOS/ATIVIDADES ESPECIAIS - CEC CONTAGEM

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

TABELA 18 - TOMOGRAFIAS

PROCEDIMENTOS TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEM CONTRASTE - UNIDADE ICISMEP		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.06.01.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL	R$ 105,81
02.06.01.002-8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R$ 123,30
02.06.01.003-6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA	R$ 105,81
02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE/ SEIOS DA FACE/ ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES	R$ 105,80
02.06.01.005-2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO	R$ 105,80
02.06.01.006-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TÚRCICA	R$ 118,84
02.06.01.007-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	R$ 140,09
CISMEP-53	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
CISMEP-54	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
CISMEP-55	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN TOTAL	R$ 423,52

PROCEDIMENTOS TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - UNIDADES EXTERNAS		
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
CISMEP-53	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
CISMEP-54	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
CISMEP-55	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN TOTAL	R$ 470,58
CISMEP-56	CONTRASTE (PARA USO NOS ITENS ACIMA DISCRIMINADOS, CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	R$ 29,30
04.17.01.006-0	SEDAÇÃO (PARA USO NOS ITENS ACIMA DISCRIMINADOS, CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	R$ 161,68

TABELA 19 - RESSONÂNCIAS

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

TABELA 20 - CINTILOGRAFIAS

PROCEDIMENTOS CINTILOGRAFIA		
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**
02.08.03.002-6	CINTOLOGRAFIA 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 TRÃNSITO 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 DINÃMICO C/ OU S/ DIURÉTICO	R$ 181,76
02.08.08.004-0	LINFOCINTILOGRAFIA	R$ 155,46

TABELA 21 - ANÁLISE DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICOS

PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICOS POR FRASCO		
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**
CISMEP-17	SERVIÇOS DE ANÁLISE DE EXAME ANATOPATOLÓGICOS DE FRAGMENTOS NOS RETIRADOS NO EXAME DE ENDOSCOPIA E COLONOSCOPIA	R$ 61,65
CISMEP-18	SERVIÇOS DE ANÁLISE DE EXAME ANATOPATOLÓGICOS OU CITOLÓGICOS DE FRAGMENTOS RETIRADOS NA PUNÇÃO DE MAMA	R$ 53,10
CISMEP-19	SERVIÇOS DE ANÁLISE DE EXAME ANATOPATOLÓGICOS DE FRAGMENTOS RETIRADOS NA PUNÇÃO DE PRÓSTATA	R$ 61,65
CISMEP-20	SERVIÇOS DE ANÁLISE DE EXAME ANATOPATOLÓGICOS DE FRAGMENTOS RETIRADOS PUNÇÃO DE TIREÓIDE	R$ 51,52

TABELA 22 - BERA

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

TABELA 23 - IMPLANTE

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

TABELA 24 - TELEMEDICINA

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

TABELA 25 - MEDICINA HIPERBÁRICA

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

TABELA 26 - CIRURGIAS EM PRESTADORES EXTERNOS

CIRURGIA ORTOPÉDICA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.08.04.004-1	ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL	R$ 7.613,28
04.08.05.006-3	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO JOELHO	R$ 6.021,39
04.08.05.016-0	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	R$ 4.764,00
04.08.05.017-9	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR)	R$ 5.050,20
04.08.01.014-2	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTO DESCOMPRESSIVOS)	R$ 2.389,20
04.08.05.089-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	R$ 1.650,06
04.03.02.012-3	TRATAMENTO CIRURGICO DE SINDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEO-FIBROSO AO NIVEL DO CARPO	R$ 2.010,15

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

CIRURGIA GINECOLÓGICA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.09.06.012-7	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	R$ 1.859,90
04.09.06.013-5	HISTERECTOMIA TOTAL	R$ 2.091,95
04.09.06.017-8	HISTEROSCOPIA CIRURGICA C/ RESSECTOSCOPIO	R$ 1.399,15
04.09.06.019-4	MIOMECTOMIA	R$ 2.032,85
04.09.06.021-6	OOFORECTOMIA/OOFOROPLASTIA	R$ 1.884,14
09.09.06.004-6	CURETAGEM SEMIÓTICA C/ OU S/ DILATAÇÃO DO COLO UTERINO	R$ 880,40

CIRURGIA UROLÓGICA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.09.01.017-0	INSTALACAO ENDOSCÓPICA DE CATETER DUPLO J	R$ 1.636,18
04.09.04.013-4	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	R$ 1.557,75
04.09.03.002-3	PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA	R$ 3.659,18
04.09.03.004-0	RESSECÇÃO ENDOSCOPICA 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; Introdutor; 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; Introdutor; 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
	COMPONENTE BIPOLAR (CABEÇA BIPOLAR)	R$ 1.632,96
ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO JOELHO	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
	LAMINA SERRA	R$ 324,00
RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	LAMINA DE SHAVER	R$ 680,40
	EQUIPO C/ SENSOR	R$ 563,76
	PARAFUSO DE INTERFERENCIA EM TITANIO	R$ 787,79
RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR)	LAMINA DE SHAVER	R$ 680,40
	EQUIPO C/ SENSOR	R$ 563,76
	PARAFUSO DE INTERFERENCIA EM TITANIO	R$ 787,79
REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTO DESCOMPRESSIVOS)	LAMINA DE SHAVER	R$ 680,40
	EQUIPO C/ SENSOR	R$ 563,76
	CANULA DESCARTAVEL	R$ 334,37
	ANCORA MONTADA EM TITANIO	R$ 868,32
	PONTEIRA FREQUENCIA	R$ 858,48
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	LAMINA DE SHAVER	R$ 680,40
	EQUIPO C/ SENSOR	R$ 563,76
	PARAFUSO DE INTERFERENCIA EM TITANIO	R$ 787,79
	FAST-FIX 360 RETO OU CURVO AGULHADO	R$ 2.835,00
	EMPURRADOR DE NO/CORTADOR DE SUTURA E CANULA	R$ 567,00

OPME CIRURGIA UROLÓGICA

CIRURGIA	OPME	VALOR ICISMEP
INSTALACAO ENDOSCÓPICA DE CATETER DUPLO J	CATETER DUPLO J	R$ 396,00
RESSECÇÃO ENDOSCOPICA 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 PERCUTÂNEA	AMPLATZ	R$ 1.860,00
	CONJUNTO DE NEFROSTOMIA	R$ 1.240,00
	EQUIPO DE IRRIGAÇÃO	R$ 279,00
	EXTRATOR DE CÁLCULO PERCUTÂNEA	R$ 1.521,00
	CATETER DUPLO J	R$ 396,00
	FIO GUIA HIDROFILICO	R$ 675,00
	CATETER URETRAL	R$ 170,50

OPME CIRURGIA GERAL

CIRURGIA	OPME	VALOR ICISMEP
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

OPME CIRURGIA CARDIOLÓGICA

CIRURGIA	OPME	VALOR ICISMEP
ANGIOPLASTIAS	STENT PARA ARTÉRIA PERIFÉRICA OU CORONARIA	R$ 2.339,84

OUTROS SERVIÇOS RELACIONADOS ÀS CIRURGIAS

CONSULTA MÉDICA PARA AVALIAÇÕES CIRURGICAS	R$ 90,00
CURATIVO ESPECIAL (SEM HIDROCOLOIDE - MAIOR EXTENSÃO)	R$ 85,80
CURATIVO SIMPLES	R$ 65,95
LEITO DE CTI (DIÁRIA) * Serviço exclusivo para pacientes que necessitarem de suporte emergencial ao realizarem procedimentos em prestadores externos	R$ 1.800,00

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

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

TABELA DE SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DOS MUNICÍPIOS

Tabela 1

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do ICISMEP

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

Tabela 2

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de ABAETÉ

Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGIA	Não se aplica	Consulta	R$ 187,78
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CABEÇA E PESCOÇO	Não se aplica	Consulta	R$ 199,16
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ENDOCRINOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R$ 147,45
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPEDIA	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 - PSIQUIATRA	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		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		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
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROPEDIATRA	Não se aplica	Consulta	R$ 150,00
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R$ 100,00

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 EXEPCIONAL (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 MEDICO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	Não se aplica	Hora	R$	120,00
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PSIQUIÁTRICO	Não se aplica	Hora	R$	100,19
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA – CLÍNICO GERAL	Não se aplica	Hora	R$	75,43
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO – SAD (SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR)	Não se aplica	Hora	R$	84,44
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA TRANSFERÊNCIA INTERMUNICIPAL DE PACIENTES	Não se aplica	Plantão	R$	590,91
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTONISTA HOSPITAL	Plantão	12 horas	R$	1.444,33
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO DIRETOR CLÍNICO PARA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO	Não se aplica	Mês	R$	14.444,45
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO EM COORDENAÇÃO DO HOSPITAL MUNICIPAL DE BRUMADINHO	Não se aplica	Mês	R$	17.072,00
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RADIOLOGISTA REFERÊNCIA TÉCNICA	Não se aplica	Mês	R$	2.626,05
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REFERÊNCIA TÉCNICA EM HEMATOLOGIA (AGÊNCIA TRANSFUSIONAL)	Não se aplica	Mês	R$	6.565,13
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RADIOLOGISTA (LAUDO TOMOGRAFIA EM ATÉ 24H)	Não se aplica	Procedimento	R$	65,66
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RADIOLOGISTA (LAUDO TOMOGRAFIA ELETIVA)	Não se aplica	Procedimento	R$	52,52
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RADIOLOGISTA (LAUDO MAMOGRAFIA)	Não se aplica	Procedimento	R$	26,26
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HOLTER 24 HORAS (3 CANAIS)	Não se aplica	Procedimento	R$	122,11
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MAPA	Não se aplica	Procedimento	R$	131,30
22	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PAAF MAMA	Não se aplica	Procedimento	R$	105,04
23	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES + AVALIAÇÃO	Não se aplica	Procedimento	R$	603,99
24	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN (ATÉ 3 VASOS)	Não se aplica	Procedimento	R$	122,11
25	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - VARICECTOMIA	Não se aplica	Procedimento	R$	919,12
26	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO EXERESE DE PTERÍGIO	Não se aplica	Procedimento	R$	330,00
27	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MAPEAMENTO DE RETINA	Não se aplica	Procedimento	R$	65,65
28	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO BLEFAROPLASTIA UNILATERAL	Não se aplica	Procedimento	R$	282,30
29	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO ANTIOGÊNICO RELACIONADO A RETINOGRAFIA DIABÉTICA	Não se aplica	Procedimento	R$	341,39
30	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	Não se aplica	Procedimento	R$	787,82
31	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HERNIOPLASTIA INCISIONAL	Não se aplica	Procedimento	R$	787,82
32	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	Não se aplica	Procedimento	R$	787,82
33	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HERNIOPLASTIA INGUINAL CRUCAL (UNILATERAL)	Não se aplica	Procedimento	R$	787,82
34	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	Não se aplica	Procedimento	R$	787,82
35	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HERNIOPLASTIA UMBILICAL	Não se aplica	Procedimento	R$	787,82
36	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEURÓLISE NÃO FUNCIONAL DE NERVOS PERIFÉRICOS	Não se aplica	Procedimento	R$	393,91
37	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - FIBRONASOLARINGOSCOPIA	Não se aplica	Procedimento	R$	160,00
38	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANESTESIOLOGISTA	Não se aplica	Plantão	R$	1.700,00
39	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COORDENADOR DE ANESTESISTA	Não se aplica	Mensal	R$	5.000,00

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 MÉDICON - 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 - PSIQUIATRA	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 CÓRREGO FUNDO

Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R$	131,31
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGIA	Não se aplica	Consulta	R$	124,75
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OFTAMOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R$	85,35
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ENDOCRINOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R$	141,15

5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPEDIA	Não se aplica	Consulta	R$	85,35
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R$	85,35
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R$	147,96
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OTORRINOLARINGOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R$	85,35
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEFROLOGIA	Não se aplica	Consulta	R$	132,65
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PNEUMOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R$	131,31
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HEMATOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R$	150,00
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGIA	Não se aplica	Consulta	R$	162,82
13		Não se aplica	Hora	R$	400,00
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROPEDIATRA	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
22	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA	Não se aplica	Consulta	R$	168,82

Tabela 10

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de CRUCILÂNDIA

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

Tabela 11

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de ESMERALDAS

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

Tabela 12

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

Serviços Médicos no COMPLEXO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP	
1	SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE PEDIATRIA, EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA, ENFERMARIA E PORTA ABERTA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	Não se aplica	Hora	R$	180,56
2	SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE CIRURGIA PEDIÁTRICA, EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA E PORTA ABERTA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	Não se aplica	Hora	R$	193,87
3	SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE ANESTESIOLOGIA, EM ENFERMARIA, PORTA ABERTA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E BLOCO CIRÚRGICO, INCLUSIVE EM CIRURGIA GERAL E PEDIÁTRICA	Não se aplica	Hora	R$	185,42
4	SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE CLÍNICA MÉDICA, EM UNIDADE DE TERAPIA INTESIVA ADULTO, ENFERMARIA E PORTA ABERTA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	Não se aplica	Hora	R$	169,08
5	SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE CIRURGIA PLÁSTICA, EM ENFERMARIAS, PRONTO-SOCORRO, BLOCO CIRÚRGICO E O CENTRO DE TRATAMENTO DE QUEIMADOS	Não se aplica	Hora	R$	177,06
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO CONSULTOR - GESTÃO DE ESCALA MÉDICA NO COMPLEXO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	Não se aplica	Hora	R$	195,00
Serviços Médicos no COMPLEXO HOSPITALAR DE ESPECIALIDADES E MATERNIDADE ODETE VALADARES					
1	SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE PEDIATRIA/NEONATOLOGIA, EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL, UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL, ENFERMARIA (ALOJAMENTO CONJUNTO), PORTA ABERTA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, PORTA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA MATERNIDADE E BLOCO OBSTÉTRICO/SALA DE PARTO	Não se aplica	Hora	R$	186,42
2	SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE CIRURGIA PEDIÁTRICA, EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA/NEONATAL, UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL, ENFERMARIA (ALOGAMENTO CONJUNTO) E PORTA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA MATERNIDADE	Não se aplica	Hora	R$	193,87
3	SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE ANESTESIOLOGIA EM ENFERMARIA, PORTA ABERTA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, PORTA DE URGÊNCIA E EMEGÊNCIA MATERNIDADE E BLOCO CIRÚRGICO, BLOCO OBSTÉTRICO, INCLUSIVE EM CIRURGIA GERAL E PEDIÁTRICA	Não se aplica	Hora	R$	185,42
4	SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE CLÍNICA MÉDICA EM UNIDADE TERAPIA INTENSIVA ADULTO, ENFERMARIA E PORTA ABERTA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	Não se aplica	Hora	R$	169,08
5	SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE ONCOLOGIA, EM AMBULATÓRIO E ENFERMARIA	Não se aplica	Hora	R$	202,63
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO CONSULTOR - GESTÃO DE ESCALA MÉDICA NO COMPLEXO HOSPITALAR DE ESPECIALIDADES E MATERNIDADE ODETE VALADARES	Não se aplica	Hora	R$	195,00

Tabela 13

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de FLORESTAL

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

Tabela 14

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de FORMIGA

Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	Não se aplica	12 horas	R$	2.101,01
2			Consulta	R$	124,75
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OTORRINOLARINGOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R$	112,07
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSIQUIATRA	Não se aplica	Consulta	R$	85,35
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R$	131,31
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R$	124,75
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ENDOCRINOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R$	85,35
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - OFTALMOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R$	85,35
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - GASTROENTEROLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R$	85,35
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - INFECTOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R$	85,35
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ORTOPEDISTA	Não se aplica	Consulta	R$	85,35
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - DERMATOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R$	85,35
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R$	85,35
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA	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 - RAIO 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 DOPLLER	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 SUPRESÃO 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 CÓRNEA 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 EQUIPAMENTODO MÉDICO	Não se aplica	Procedimento	R$	205,00
55	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIOMETRIA ÓPTICA POR OLHO	Não se aplica	Procedimento	R$	56,91
56	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MÉDICO REGULADOR (REGULAÇÃO DE SOLICITAÇÕES MÉDICAS)	Não se aplica	20 Horas trabalhadas	R$	7.967,00

Tabela 15

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

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

Tabela 16

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de IGARAPÉ

Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTONISTA	Semanal Diurno	12 horas	R$	1.457,58
2			Hora	R$	121,46
3		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 - PSIQUIATRA INFANTIL	Não se aplica	Consulta	R$	157,57
35	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLINÍCA 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/TIREOIDE/ARTICULAÇÃO/ PRÓSTATA TRASNRETAL E ABDOMINAL/ABDOMEN TOTAL/PAREDE ABDOMINAL/REGIÃO INGUINAL/BOLSA ESCROTAL OU TESTICULAR	Não se aplica	Exame	R$	65,66
42	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ELETROENCEFALOGRAMA	Não se aplica	Exame	R$	65,66

Tabela 17

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de IGARATINGA

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

Tabela 18

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de IGUATAMA

Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTÃO PRONTO SOCORRO	Não se aplica	Plantão	R$	1.422,76
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SOBREAVISO CLÍNICA MÉDICA	Sobreaviso	Dia	R$	455,29
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTÃO FERIADOS ESPECIAIS	Não se aplica	Plantão	R$	2.276,41
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETORIA TÉCNICA	Não se aplica	Mês	R$	3.414,62
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETORIA CLÍNICA	Não se aplica	Mês	R$	3.414,62
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTA ESPECIALIZADA	Não se aplica	Consulta	R$	39,59
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIA DE UNHA (CANTOPLASTIA)	Não se aplica	Procedimento	R$	169,06
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXÉRESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS/ CISTO CEBÁCEO/LIPOMA	Não se aplica	Procedimento	R$	169,06
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA/PUNÇÃO DE TUMOR SUPERFICIAL DE PELE	Não se aplica	Procedimento	R$	169,06
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO	Não se aplica	Procedimento	R$	169,06
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÃO CUTÂNEA	Não se aplica	Procedimento	R$	169,06
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENÇÃO BÁSICA	Não se aplica	Mês	R$	17.071,26
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICO GERAL	Não se aplica	Hora	R$	167,88
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R$	113,80
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA	Não se aplica	Mensal/7H semanais	R$	8.195,00

Tabela 19

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de ITABIRA

Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSF	Não se aplica	Mês	R$	21.785,32
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGISTA	Não se aplica	Hora	R$	205,00
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA	Não se aplica	Hora	R$	205,00
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - 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
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICO GERAL	Não se aplica	20H Semanais/Mês	R$	14.160,05

Tabela 20

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de ITABIRITO

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

Tabela 21

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de ITAGUARA

Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA	Não se aplica	Consulta	R$	65,66
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO GERAL	Não se aplica	Plantão	R$	1.784,25
3		Não se aplica	Consulta	R$	91,91
4		Não se aplica	Mês	R$	9.913,34
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGISTA/OBSTETRÍCIA	Não se aplica	Consulta	R$	91,91
6		Não se aplica	Mês	R$	23.634,45
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA	Não se aplica	Consulta	R$	91,91
8		Não se aplica	Mês	R$	15.756,30
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA	Não se aplica	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 22

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de ITATIAIUÇU

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	R$	1.852,69
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO DE APOIO	Não se aplica	Hora	R$	108,73
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO DE APOIO II	Não se aplica	Hora	R$	98,53
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA	Não se aplica	Hora	R$	260,94
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA I - CIRURGIA UROLÓGICA	Não se aplica	Hora	R$	434,92
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA II - PEQUENAS CIRURGIAS	Não se aplica	Hora	R$	326,18
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	Não se aplica	Mês	R$	17.336,28

Tabela 23

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de ITAÚNA

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

Tabela 24

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de JUATUBA

Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	Dias úteis	12 horas	R$	1.181,82
2		Final de Semana/Feriado	12 horas	R$	1.323,64
3		Dias úteis	12 horas	R$	1.181,82

4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Final de Semana/Feriado	12 horas	R$	1.323,64
5		Feriados/Especiais	12 horas	R$	1.985,46
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRIA	Dias úteis	12 horas	R$	1.181,82
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 - NEUROPEDIATRA	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 - ORTOPEDISTA	Não se aplica	Hora	R$	136,50
32	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CLÍNICO GERAL PARA ATENÇÃO BASICA	Não se aplica	Mês	R$	16.000,00
33	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN COM O APARELHO DO PROFISSIONAL	Não se aplica	Procedimento	R$	130,00
40	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PNEUMOLOGIA	Não se aplica	Hora	R$	125,00

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

Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP	
34	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 25

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

Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CONSULTA MÉDICA	Não se aplica	Consulta	R$	78,98
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HEMATOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R$	110,00
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - 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 26

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de MANHUAÇU

Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - INFECTOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R$	89,71
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANESTESISTA	Não se aplica	Consulta	R$	68,29
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSIQUIATRA	Não se aplica	Consulta	R$	68,29
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PNEUMOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R$	68,29
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HEMATOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R$	68,29
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R$	68,29
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGISTA/RISCO CIRÚRGICO	Não se aplica	Consulta	R$	68,29
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GASTROENTEROLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R$	68,29
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA	Não se aplica	Consulta	R$	68,29
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R$	68,29
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPEDISTA	Não se aplica	Consulta	R$	68,29
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO GERAL	Não se aplica	Consulta	R$	68,29
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R$	68,29
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OTORRINOLARINGOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R$	68,29
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO PLÁSTICO	Não se aplica	Consulta	R$	68,29
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ENDOCRINOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R$	68,29
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEFROLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R$	89,71
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GERIATRA	Não se aplica	Consulta	R$	68,29
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REUMATOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R$	89,71
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R$	68,29
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R$	68,29
22	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICO GERAL	Não se aplica	Consulta	R$	68,29
23	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MASTOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R$	68,29
24	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEQUENAS CIRURGIAS	Não se aplica	Procedimento	R$	68,29
25	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - INFILTRAÇÃO	Não se aplica	Procedimento	R$	89,71
26	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA DO COLO UTERINO	Não se aplica	Procedimento	R$	112,13
27	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COLETA DE MATERIAL DO COLO UTERINO PARA CITOLOGIA	Não se aplica	Procedimento	R$	112,13
28	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COLPOSCOPIA	Não se aplica	Procedimento	R$	112,13
29	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - INSERÇÃO DO DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)	Não se aplica	Procedimento	R$	112,13
30	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETIRADA DO DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)	Não se aplica	Procedimento	R$	112,13
31	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXCISÃO TIPO I DO COLO UTERINO	Não se aplica	Procedimento	R$	112,13
32	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXCISÃO TIPO II DO COLO UTERINO	Não se aplica	Procedimento	R$	112,13
33	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PUNÇÃO DE MAMA POR AGULHA GROSSA	Não se aplica	Procedimento	R$	112,13
34	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA	Não se aplica	Procedimento	R$	112,13
35	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESVAZIAMENTO PERCUTÂNEO DE CISTO MAMÁRIO	Não se aplica	Procedimento	R$	112,13
36	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ECOCARDIOGRAMA	Não se aplica	Exame	R$	89,71
37	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA	Não se aplica	Exame	R$	68,29
38	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER	Não se aplica	Exame	R$	68,29

39	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOTOCOGRAFIA	Não se aplica	Exame	R$	68,29
40	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MAMOGRAFA UNILATERAL DIAGNÓSTICA	Não se aplica	Exame	R$	22,50
41	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MAMOGRAFIA BILATERAL DE RASTREAMENTO	Não se aplica	Exame	R$	45,00

Tabela 27

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 28

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 29

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 - ORTOPEDISTA	Não se aplica	Consulta	R$	142,26
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R$	120,00
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ENDOCRINOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R$	140,00
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R$	187,79
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MÉDICO DO TRABALHO	Não se aplica	Consulta	R$	55,00
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OTORRINOLARINGOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R$	120,00
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REUMATOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R$	159,33
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ALERGISTA (AMBULATÓRIO)	Não se aplica	Consulta	R$	103,41
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGISTA (URGÊNCIA)	Não se aplica	Consulta	R$	284,52
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGISTA (AMBULATÓRIO)	Não se aplica	Consulta	R$	120,00
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HEMATOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R$	94,95
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MASTOLOGISTA (CAMPANHA)	Não se aplica	Consulta	R$	196,97
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HEPATOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R$	118,18
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGISTA (URGÊNCIA)	Não se aplica	Consulta	R$	273,00
22	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGISTA (AMBULATÓRIO)	Não se aplica	Consulta	R$	142,25
23	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEFROLOGISTA (URGÊNCIA)	Não se aplica	Consulta	R$	318,67
24	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEFROLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R$	140,00
25	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA (URGÊNCIA)	Não se aplica	Consulta	R$	250,38
26	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PNEUMOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R$	146,25
27	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIAS AMBULATORIAIS TIPO I (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, ELETROCOAGULAÇÃO 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 30

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/OTORRINOLAGIRINGOLOGISTA/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/OTORRINOLAGIRINGOLOGISTA/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/EXÉRESE 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
31	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TESTE ERGOMÉTRICO	Não se aplica	Procedimento	R$	135,00
32	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESTUDO RENAL DINÂMICO COM OU SEM DIURÉTICO	Não se aplica	Procedimento	R$	390,00
33	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO	Não se aplica	Procedimento	R$	160,00
34	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENÇÃO BÁSICA	Não se aplica	Hora	R$	102,92

Tabela 31

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 32

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

Tabela 33

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 34

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 35

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 36

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 - diuno	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 - diuno	12 horas	R$	1.700,14
11		Dias úteis - noturno	12 horas	R$	1.783,86
12		Final de Semana/Feriado - diurno	12 horas	R$	1.951,27
13		Final de Semana/Feriado - noturno	12 horas	R$	2.034,96
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REGULADOR	Não se aplica	Mês	R$	12.187,50
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR TÉCNICO	Não se aplica	Mês	R$	16.096,03
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ECOCARDIOGRAMA	Não se aplica	Exame	R$	130,36

Tabela 37

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 - PSIQUIATRA	Não se aplica	Plantão	R$	1.313,13
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTOR (RESPONSÁVEL TÉCNICO - RAIO X)	Não se aplica	Plantão	R$	1.313,13
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGISTA	Não se aplica	Plantão	R$	1.313,13
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGISTA/PRÉ NATAL DE ALTO RISCO	Não se aplica	Consulta	R$	65,66
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CLÍNICO GERAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	Não se aplica	Plantão	R$	1.313,13
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CLÍNICO GERAL	Não se aplica	Consulta	R$	32,83
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO	Não se aplica	Consulta	R$	94,94
10		Não se aplica	Plantão	R$	1.313,13
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPEDIA	Não se aplica	Consulta	R$	56,35
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSIQUIATRA	Não se aplica	Consulta	R$	47,78
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R$	65,66
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRIA	Não se aplica	Consulta	R$	26,33
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ACUPUNTURISTA	Não se aplica	Consulta	R$	78,79
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OFTALMOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R$	46,80
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CIRURGIÃO GERAL	Não se aplica	Consulta	R$	52,52
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PROCTOLOGISTA/OTORRINALARINGOLOGISTA/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		Não se aplica	Procedimento	R$	394,97
22	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OBSTETRA	Não se aplica	Consulta	R$	37,05
23	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ENDOCRINOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R$	65,66
24	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R$	65,66
25	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R$	45,96
26	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEFROLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R$	95,00
27	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HEMATOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R$	94,95
28		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 - OFTALMOGISTA (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 CÓRNEA)	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
85	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA DE PRÓSTATA	Não se aplica	Procedimento	R$	300,00
86	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PROCTOLOGISTA (COLONOSCOPIA)	Não se aplica	Procedimento	R$	300,00
87	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANESTESISTA (COLONOSCOPIA)	Não se aplica	Procedimento	R$	150,00
88	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA DE TIREÓIDE	Não se aplica	Procedimento	R$	90,00

Tabela 38

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

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

Tabela 39

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

Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICA MÉDICA/PEDIATRIA/ORTOPEDIA/CIRURGIA GERAL/RADIOLOGIA/ANESTESIOLOGIA[1]	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 - PSIQUIATRA E PSIQUIATRA INFANTIL	Dias úteis diurno	Hora	R$	128,95
16			Plantão 6h	R$	773,72
17			Plantão 8h	R$	1.031,64
18			Plantão 10h	R$	1.289,54
19			Plantão 12h	R$	1.547,44
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGIA/ENDOCRINOLOGIA/ NEUROLOGIA/ORTOPEDIA /PNEUMOLOGIA/UROLOGIA/PROCTOLOGIA/NEFROLOGIA/OFTALMOLOGIA/CIRURGIA GERAL/CLÍNICA MÉDICA/GERIATRIA/OTORRINOLARINGOLOGIA/GINECOLOGISTA/MASTOLOGISTA/ANGIOLOGISTA/INFECTOLOGISTA/ ULTRASSONOGRAFISTA/PSIQUIATRIA/DERMATOLOGIA/REUMATOLOGIA/GASTROENTEROLOGIA/HEMATOLOGIA.	Dias úteis diurno	Hora	R$	196,97
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MÉDICO REGULADOR	Não se Aplica	Hora	R$	107,46
22	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGIA/ORTOPEDIA/OFTALMOLOGIA/CIRURGIA GERAL/CLÍNICA MÉDICA.	Dias úteis diurno	Consulta	R$	65,66

Tabela 40

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

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

Tabela 41

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 42

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 43

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de RAPOSOS

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

Tabela 44

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

Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GERIATRIA	Não se aplica	Consulta	R$	140,00
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMATOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R$	78,78
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGISTA ADULTO	Não se aplica	Consulta	R$	78,78
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OTORRINOLARINGOLOGISTA	Não se aplica	Consulta	R$	78,78
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R$	105,30
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPEDIA	Não se aplica	Consulta	R$	61,05
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGIA INFANTIL	Não se aplica	Consulta	R$	78,78
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROLOGIA	Não se aplica	Consulta	R$	105,30
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R$	105,30
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ENDOCRINOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R$	126,75
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GASTROENTEROLOGIA	Não se aplica	Consulta	R$	117,00
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEFROLOGIA	Não se aplica	Consulta	R$	126,75
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PNEUMOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R$	117,00
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REUMATOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R$	126,75
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PROCTOLOGIA	Não se aplica	Consulta	R$	126,75
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - 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 - ULTRASSONOGRAFIA (ENDOVAGINAL, OBSTÉTRICO SIMPLES, ABDOMINAL TOTAL E PAREDE ABDOMINAL, BOLSA ESCROTAL, ARTICULAÇÃO, PARTES MOLES, RINS E VIAS URINÁRIAS, TIREÓIDE, CERVICAL, MAMAS, AXILAS, PRÓSTATA TRANSRETAL E ABDOMINAL, REGIÃO INGUINAL)	Não se aplica	PROCEDIMENTO	R$	79,58
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA (ENDOVAGINAL, OBSTÉTRICO SIMPLES, ABDOMINAL TOTAL E PAREDE ABDOMINAL, BOLSA ESCROTAL, ARTICULAÇÃO, PARTES MOLES, RINS E VIAS URINÁRIAS, TIREÓIDE, CERVICAL, MAMAS, AXILAS, PRÓSTATA TRANSRETAL E ABDOMINAL, REGIÃO INGUINAL) COM EQUIPAMENTO DO PROFISSIONAL	Não se aplica	PROCEDIMENTO	R$	106,00
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL - MÉDICO REGULADOR	Não se aplica	Mês	R$	6.828,50
22	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL - PLANTONISTA	Plantão Semanal	Plantão	R$	1.524,21
23		Plantão Final de Semana		R$	1.657,84
24	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA	Não se aplica	Consulta	R$	107,25

Tabela 45

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 - PSIQUIATRA	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 46

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 - PSIQUIATRA	Não se aplica	Consulta	R$	78,79
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIÃO GERAL	Não se aplica	Consulta	R$	78,79

Tabela 47

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 48

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 49

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de SANTA LUZIA

Código		Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1	LOTE 1	ITEM 1 - SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - URGÊNCIA, EMERGÊNCIA E INTERNAÇÃO	Não se aplica	Hora	R$ 122,55
2		ITEM 2 - SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - URGÊNCIA, EMERGÊNCIA E INTERNAÇÃO	Horizontal	Hora	R$ 127,45
3		ITEM 3 - SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - URGÊNCIA, EMERGÊNCIA E INTERNAÇÃO	Horizontal	Hora	R$ 127,33
4		ITEM 4 - SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - URGÊNCIA, EMERGÊNCIA E INTERNAÇÃO	Escala de Reforço	Hora	R$ 127,33
5		ITEM 5 - SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - URGÊNCIA, EMERGÊNCIA E INTERNAÇÃO	Escala de Reforço	Hora	R$ 137,25
6		ITEM 6 - SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGIA, NEUROLOGIA AVALIAÇÃO/INTERCONSULTA	Não se aplica	Hora	R$ 127,33
7		ITEM 7 - SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR TÉCNICO ATENÇÃO BÁSICA	Não se aplica	Hora	R$ 122,54
8	LOTE 2	ITEM 1 - SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSIQUIATRA	CAPS III	Hora	R$ 176,47
9		ITEM 2 - SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSIQUIATRA	CAPS i II	Hora	R$ 176,47
10		ITEM 3 - SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSIQUIATRA	CAPS AD	Hora	R$ 176,47
11	LOTE 3	ITEM 1 - SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AMBULATORIAL ESPECIALIZADO (GINECOLOGISTA/PSIQUIATRA/PEDIATRA/CARDIOLOGISTA)	Não se aplica	Hora	R$ 176,47
12		ITEM 2 - SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AMBULATORIAL ESPECIALIZADO (ANGIOLOGISTA/DERMATOLOGISTA/ENDOCRINOLOGISTA/GASTROENTEROLOGISTA/GERIATRA/HEMATOLOGISTA/INFECTOLOGISTA/MASTOLOGISTA/NEFROLOGISTA/ NEUROLOGISTA/OFTALMOLOGISTA/ORTOPEDISTA/OTORRINOLARINGOLOGISTA/PNEUMOLOGISTA/PROCTOLOGISTA/REUMATOLOGISTA/UROLOGISTA)	Não se aplica	Hora	R$ 176,47
13		ITEM 3 - SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EPIDEMIOLOGISTA	Não se aplica	Hora	R$ 176,47
14		ITEM 4 - SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REGULADOR DO SUS	Não se aplica	Hora	R$ 117,65
15		ITEM 5 - SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AUDITOR DO SUS	Não se aplica	Hora	R$ 117,65
16		ITEM 6 - SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR TÉCNICO	Não se aplica	Hora	R$ 176,47
17		ITEM 7 - SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIAS ESPECIALIZADAS (MASTOLOGISTA/CIRURGIA PLÁSTICA MÉDIA E PEQUENO PORTE/CIRURGIÃO GERAL MÉDIA E PEQUENO PORTE/CIRURGIÃO DENTISTA OROFACIAL (BUCO MAXILO)/DERMATOLOGISTA/ANESTESISTA)	Não se aplica	Hora	R$ 176,47
18		ITEM 8 - SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA	Não se aplica	Hora	R$ 176,47
19		ITEM 9 - SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RADIOLOGISTA	Não se aplica	Hora	R$ 176,47
20	LOTE 4	ITEM 1 - SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ASSISTENCIAL DOMICILIAR	Não se aplica	Hora	R$ 122,55
21		ITEM 2 - SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SAÚDE DA FAMÍLIA	Não se aplica	Mês	R$ 20.252,20

Tabela 50

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 - PSIQUIATRA	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 51

Serviços Médicos Executados nas Unidades de Saúde do Município de SARZEDO

Código	Descrição	Tipo de Serviço	Unidade de Medida	Valor ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTOR	Não se aplica	Hora	R$ 188,50
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA I (ORTOPEDISTA, ANGIOLOGISTA, CIRURGIA GERAL, GINECOLOGISTA/OBSTRETRÍCIA, UROLOGISTA, ENDOCRINOLOGISTA, DERMATOLOGISTA E PEDIATRA)	Não se aplica	Consulta	R$ 65,66
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA II (NEUROLOGISTA, GINECOLOGISTA/PROCEDÊNCIA DO COLO, OTORRINOLARINGOLOGISTA, ACUPUNTURISTA, PSIQUIATRA, 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 TIREÓIDE COM DOPPLER	Não se aplica	Procedimento	R$ 143,36
28	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSON CERVICAL COM DOPPLER	Não se aplica	Procedimento	R$ 143,36
29	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSON PAREDE ABDOMINAL COM DOPPLER	Não se aplica	Procedimento	R$ 143,36
30	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSON REGIÃO INGUINAL COM DOPPLER	Não se aplica	Procedimento	R$ 143,36
31	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSON MORFOLÓGICO GESTACIONAL	Não se aplica	Procedimento	R$ 218,35
32	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSON OBSTÉTRICO COM DOPPLER	Não se aplica	Procedimento	R$ 50,00
33	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSON OBSTÉRICO 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

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

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

TABELA DE 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	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	R$ 2,01
02.02.01.003-1	DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS	R$ 15,65
02.02.01.004-0	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	R$ 3,63
02.02.01.005-8	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (5 DOSAGENS)	R$ 6,55
02.02.01.006-6	DETERMINACAO 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	DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE	R$ 3,51
02.02.01.009-0	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	R$ 3,51
02.02.01.010-4	DOSAGEM DE ACETONA	R$ 1,85
02.02.01.011-2	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	R$ 2,01
02.02.01.012-0	DOSAGEM DE ACIDO URICO	R$ 1,85
02.02.01.013-9	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO	R$ 9,00
02.02.01.014-7	DOSAGEM DE ALDOLASE	R$ 3,68
02.02.01.015-5	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	R$ 3,68
02.02.01.016-3	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEÍNA ACIDA	R$ 3,68
02.02.01.017-1	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	R$ 3,68
02.02.01.018-0	DOSAGEM DE AMILASE	R$ 2,25
02.02.01.019-8	DOSAGEM DE AMONIA	R$ 3,51
02.02.01.020-1	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R$ 2,01
02.02.01.021-0	DOSAGEM DE CALCIO	R$ 1,85
02.02.01.022-8	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	R$ 3,51
02.02.01.023-6	DOSAGEM DE CAROTENO	R$ 2,01
02.02.01.025-2	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	R$ 3,68
02.02.01.026-0	DOSAGEM DE CLORETO	R$ 1,85
02.02.01.027-9	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R$ 3,51
02.02.01.028-7	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R$ 3,51
02.02.01.029-5	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R$ 1,85
02.02.01.030-9	DOSAGEM DE COLINESTERASE	R$ 3,68
02.02.01.031-7	DOSAGEM DE CREATININA	R$ 1,85
02.02.01.032-5	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R$ 3,68
02.02.01.033-3	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R$ 4,12
02.02.01.034-1	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	R$ 3,51
02.02.01.035-0	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	R$ 3,51
02.02.01.036-8	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	R$ 3,68
02.02.01.037-6	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	R$ 3,68
02.02.01.038-4	DOSAGEM DE FERRITINA	R$ 15,59
02.02.01.039-2	DOSAGEM DE FERRO SERICO	R$ 3,51
02.02.01.040-6	DOSAGEM DE FOLATO	R$ 15,65
02.02.01.041-4	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	R$ 2,01
02.02.01.042-2	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R$ 2,01
02.02.01.043-0	DOSAGEM DE FOSFORO	R$ 1,85
02.02.01.044-9	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	R$ 2,01
02.02.01.045-7	DOSAGEM DE GALACTOSE	R$ 3,51
02.02.01.046-5	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R$ 3,51
02.02.01.047-3	DOSAGEM DE GLICOSE	R$ 1,85
02.02.01.048-1	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	R$ 3,68
02.02.01.049-0	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	R$ 3,68
02.02.01.050-3	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R$ 7,86
02.02.01.051-1	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	R$ 3,68
02.02.01.052-0	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	R$ 3,51
02.02.01.053-8	DOSAGEM DE LACTATO	R$ 3,68
02.02.01.054-6	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	R$ 3,51
02.02.01.055-4	DOSAGEM DE LIPASE	R$ 2,25
02.02.01.056-2	DOSAGEM DE MAGNESIO	R$ 2,01
02.02.01.057-0	DOSAGEM DE MUCOPROTEÍNAS	R$ 2,01
02.02.01.058-9	DOSAGEM DE PIRUVATO	R$ 3,68
02.02.01.059-7	DOSAGEM DE PORFIRINAS	R$ 3,51
02.02.01.060-0	DOSAGEM DE POTASSIO	R$ 1,85

02.02.01.061-9	DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS	R$	1,40
02.02.01.062-7	DOSAGEM DE 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
02.02.01.068-6	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	R$	3,51
02.02.01.069-4	DOSAGEM DE UREIA	R$	1,85
02.02.01.070-8	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R$	15,24
02.02.01.071-6	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	R$	3,68
02.02.01.072-4	ELETROFORESE DE PROTEINAS	R$	4,42
02.02.01.073-2	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2)	R$	15,65
02.02.01.074-0	PROVA DA D-XILOSE	R$	3,68
02.02.01.075-9	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS	R$	6,55
02.02.01.076-7	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R$	15,24
02.02.01.077-5	DETERMINAÇÃO DE CREMATÓCRITO NO LEITE HUMANO ORDENHADO	R$	1,53
02.02.01.078-3	ACIDEZ TITULÁVEL NO LEITE HUMANO (DORNIC)	R$	3,04
02.02.01.079-1	DOSAGEM DE PEPTÍDEOS NATRIURÉTICOS TIPO B (BNP E NT-PROBNP)	R$	27,00
02.02.02.001-0	CITOQUIMICA 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	DETERMINACAO 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	DETERMINACAO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS	R$	5,79
02.02.02.012-6	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA	R$	2,85
02.02.02.013-4	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R$	5,77
02.02.02.014-2	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R$	2,73
02.02.02.015-0	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO (VHS)	R$	2,73
02.02.02.016-9	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	R$	4,11
02.02.02.017-7	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	R$	6,48
02.02.02.018-5	DOSAGEM DE FATOR II	R$	5,31
02.02.02.019-3	DOSAGEM DE FATOR IX	R$	7,61
02.02.02.020-7	DOSAGEM DE FATOR V LEIDEN	R$	4,73
02.02.02.021-5	DOSAGEM DE FATOR VII	R$	8,09
02.02.02.022-3	DOSAGEM DE FATOR VIII	R$	6,63
02.02.02.023-1	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	R$	15,00
02.02.02.024-0	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	R$	18,91
02.02.02.025-8	DOSAGEM DE FATOR X	R$	6,66
02.02.02.027-4	DOSAGEM DE FATOR XII	R$	10,51
02.02.02.028-2	DOSAGEM DE FATOR XIII	R$	6,66
02.02.02.029-0	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	R$	4,60
02.02.02.030-4	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R$	1,53
02.02.02.031-2	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC	R$	2,73
02.02.02.032-0	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	R$	2,73
02.02.02.033-9	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	R$	2,73
02.02.02.034-7	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	R$	4,11
02.02.02.035-5	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R$	5,41
02.02.02.036-3	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	R$	2,73
02.02.02.037-1	HEMATOCRITO	R$	1,53
02.02.02.038-0	HEMOGRAMA COMPLETO	R$	4,11
02.02.02.039-8	LEUCOGRAMA	R$	2,73
02.02.02.040-1	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	R$	25,00
02.02.02.041-0	PESQUISA DE CELULAS LE	R$	4,11
02.02.02.042-8	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	R$	2,73
02.02.02.043-6	PESQUISA DE FILARIA	R$	2,73
02.02.02.044-4	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	R$	2,73
02.02.02.046-0	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	R$	2,73
02.02.02.048-7	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	R$	4,11
02.02.02.049-5	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	R$	2,73
02.02.02.050-9	PROVA DO LACO	R$	2,73
02.02.02.051-7	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	R$	2,73
02.02.02.052-5	TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS	R$	12,00
02.02.02.053-3	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	R$	2,73
02.02.02.054-1	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R$	2,73
02.02.02.055-0	DOSAGEM DE PROTEINA C FUNCIONAL	R$	75,00
02.02.02.056-8	DOSAGEM DE PROTEINA S FUNCIONAL	R$	125,00
02.02.02.057-6	PESQUISA DE ANTICOAGULANTE LUPICO	R$	110,00
02.02.03.001-6	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	R$	15,00
02.02.03.002-4	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	R$	15,00
02.02.03.003-2	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	R$	15,00
02.02.03.004-0	DETECÇÃO DE ÁCIDOS NUCLEICOS DO HIV-1 (QUALITATIVO)	R$	65,00
02.02.03.005-9	DETECÇÃO DE RNA DO VÍRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	R$	96,00
02.02.03.006-7	DETERMINAÇÃO DE COMPLEMENTO (CH50)	R$	9,25
02.02.03.007-5	DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATOIDE	R$	2,83

02.02.03.008-3	DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA	R$	9,25
02.02.03.009-1	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	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 CRIOAGLUTININA	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-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
02.02.03.037-7	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 IMUNOFLUORESCENCIA)	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 ANTIPARIETAIS	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 PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS	R$	4,10
02.02.03.071-7	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO	R$	18,55
02.02.03.072-5	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	R$	17,16
02.02.03.073-3	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTA 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 SIMPLES	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 ANTÍGENO 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 SIMPLES	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 IMUNOFLUORESCENCIA	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 IMUNOFLUORESCENCIA)	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 VÍRUS 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 ANTITRANSGLUTAMINAISE 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 GLICÍDIOS URINÁRIOS POR CROMATOGRAFIA (CAMADA DELGADA)	R$	3,70
02.02.05.008-4	DOSAGEM DE CITRATO	R$	2,01
02.02.05.009-2	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R$	8,12
02.02.05.010-6	DOSAGEM DE OXALATO	R$	3,68
02.02.05.011-4	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R$	2,04
02.02.05.012-2	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	R$	3,04
02.02.05.013-0	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	R$	3,70
02.02.05.014-9	PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA)	R$	3,70
02.02.05.015-7	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	R$	2,04
02.02.05.016-5	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	R$	3,70
02.02.05.017-3	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA	R$	2,04
02.02.05.018-1	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	R$	2,40
02.02.05.019-0	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	R$	2,04
02.02.05.020-3	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	R$	2,04
02.02.05.021-1	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	R$	3,70
02.02.05.022-0	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	R$	2,04
02.02.05.023-8	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	R$	2,04
02.02.05.024-6	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	R$	3,36

02.02.05.026-2	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	R$	2,04
02.02.05.027-0	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	R$	2,04
02.02.05.028-9	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	R$	3,70
02.02.05.029-7	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	R$	2,04
02.02.05.030-0	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	R$	4,44
02.02.05.031-9	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	R$	2,04
02.02.05.032-7	PROVA DE DILUICAO (URINA)	R$	2,04
02.02.06.001-2	DETERMINAÇÃO DE ÍNDICE DE TIROXINA LIVRE	R$	12,54
02.02.06.002-0	DETERMINAÇÃO DE RETENÇÃO DE T3	R$	12,54
02.02.06.003-9	DETERMINAÇÃO DE T3 REVERSO	R$	14,69
02.02.06.004-7	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	R$	10,20
02.02.06.005-5	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	R$	6,72
02.02.06.006-3	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	R$	6,72
02.02.06.007-1	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	R$	6,72
02.02.06.008-0	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R$	14,12
02.02.06.009-8	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	R$	11,89
02.02.06.010-1	DOSAGEM DE AMP CICLICO	R$	12,01
02.02.06.011-0	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	R$	11,53
02.02.06.012-8	DOSAGEM DE CALCITONINA	R$	14,38
02.02.06.013-6	DOSAGEM DE CORTISOL	R$	9,86
02.02.06.014-4	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R$	11,25
02.02.06.015-2	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R$	11,71
02.02.06.016-0	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R$	10,15
02.02.06.017-9	DOSAGEM DE ESTRIOL	R$	11,55
02.02.06.018-7	DOSAGEM DE ESTRONA	R$	11,12
02.02.06.019-5	DOSAGEM DE GASTRINA	R$	14,15
02.02.06.020-9	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	R$	15,35
02.02.06.021-7	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R$	7,85
02.02.06.022-5	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	R$	10,21
02.02.06.023-3	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R$	7,89
02.02.06.024-1	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R$	8,97
02.02.06.025-0	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE TSH	R$	8,96
02.02.06.026-8	DOSAGEM DE INSULINA	R$	10,17
02.02.06.027-6	DOSAGEM DE PARATORMONIO	R$	43,13
02.02.06.028-4	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R$	15,35
02.02.06.029-2	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R$	10,22
02.02.06.030-6	DOSAGEM DE PROLACTINA	R$	10,15
02.02.06.031-4	DOSAGEM DE RENINA	R$	13,19
02.02.06.032-2	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	R$	15,35
02.02.06.033-0	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	R$	13,11
02.02.06.034-9	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R$	10,43
02.02.06.035-7	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R$	13,11
02.02.06.036-5	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R$	15,35
02.02.06.037-3	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R$	8,76
02.02.06.038-1	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R$	11,60
02.02.06.039-0	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R$	8,71
02.02.06.040-3	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	R$	12,01
02.02.06.041-1	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	R$	12,01
02.02.06.042-0	TESTE DE ESTIMULO COM GNRH OU COM AGONISTA GNRH	R$	12,01
02.02.06.043-8	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	R$	12,01
02.02.06.044-6	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	R$	12,01
02.02.06.045-4	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE	R$	12,01
02.02.06.046-2	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	R$	8,43
02.02.06.047-0	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	R$	12,15
02.02.07.001-8	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	R$	2,06
02.02.07.002-6	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	R$	2,23
02.02.07.003-4	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	R$	3,68
02.02.07.004-2	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	R$	2,04
02.02.07.005-0	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	R$	15,65
02.02.07.006-9	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	R$	3,51
02.02.07.007-7	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	R$	2,01
02.02.07.008-5	DOSAGEM DE ALUMÍNIO	R$	27,50
02.02.07.009-3	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	R$	10,00
02.02.07.010-7	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	R$	10,00
02.02.07.011-5	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	R$	10,00
02.02.07.012-3	DOSAGEM DE BARBITURATOS	R$	13,13
02.02.07.013-1	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	R$	13,48
02.02.07.014-0	DOSAGEM DE CADMIO	R$	6,55
02.02.07.015-8	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	R$	17,53
02.02.07.016-6	DOSAGEM DE 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 DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	R$	8,97
02.02.07.021-2	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA	R$	15,65
02.02.07.022-0	DOSAGEM DE FENITOÍNA	R$	35,22
02.02.07.023-9	DOSAGEM DE FENOL	R$	2,05

02.02.07.024-7	DOSAGEM DE FORMALDEIDO	R$	3,51
02.02.07.025-5	DOSAGEM DE LITIO	R$	2,25
02.02.07.026-3	DOSAGEM DE MERCURIO	R$	2,04
02.02.07.027-1	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	R$	4,11
02.02.07.028-0	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	R$	10,00
02.02.07.029-8	DOSAGEM DE METOTREXATO	R$	10,00
02.02.07.030-1	DOSAGEM DE QUINIDINA	R$	10,00
02.02.07.031-0	DOSAGEM DE SALICILATOS	R$	2,01
02.02.07.032-8	DOSAGEM DE SULFATOS	R$	3,51
02.02.07.033-6	DOSAGEM DE TEOFILINA	R$	15,65
02.02.07.034-4	DOSAGEM DE TIOCIANATO	R$	3,68
02.02.07.035-2	DOSAGEM DE ZINCO	R$	15,65
02.02.08.001-3	ANTIBIOGRAMA	R$	4,98
02.02.08.002-1	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	R$	13,33
02.02.08.003-0	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	R$	13,33
02.02.08.004-8	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	R$	4,20
02.02.08.009-9	CULTURA DO LEITE HUMANO (POS-PASTEURIZAÇÃO)	R$	5,62
02.02.08.010-2	CULTURA P/ HERPESVIRUS	R$	4,33
02.02.08.011-0	CULTURA DE BARR	R$	5,63
02.02.08.012-9	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	R$	10,25
02.02.08.013-7	CULTURA PARA FUNGOS	R$	4,19
02.02.08.014-5	EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)	R$	2,80
02.02.08.015-3	HEMOCULTURA	R$	11,49
02.02.08.016-1	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	R$	5,63
02.02.08.017-0	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	R$	4,33
02.02.08.018-8	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	R$	2,80
02.02.08.019-6	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	R$	4,33
02.02.08.020-0	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	R$	2,80
02.02.08.021-8	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	R$	4,33
02.02.08.022-6	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	R$	2,80
02.02.08.023-4	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	R$	5,04
02.02.08.024-2	PROVA CONFIRMATÓRIA DA PRESENÇA DE MICRO-ORGANISMOS COLIFORMES	R$	5,62
02.02.09.001-9	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	R$	1,89
02.02.09.002-7	ADENOGRAMA	R$	5,79
02.02.09.003-5	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	R$	4,33
02.02.09.004-3	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	R$	4,33
02.02.09.005-1	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R$	1,89
02.02.09.006-0	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R$	1,89
02.02.09.007-8	DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R$	6,56
02.02.09.008-6	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R$	1,89
02.02.09.009-4	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	R$	2,01
02.02.09.010-8	DOSAGEM DE FRUTOSE	R$	2,01
02.02.09.011-6	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	R$	2,01
02.02.09.012-4	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R$	1,89
02.02.09.013-2	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R$	1,89
02.02.09.015-9	ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR	R$	5,23
02.02.09.016-7	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R$	6,56
02.02.09.017-5	ESPLENOGRAMA	R$	5,79
02.02.09.018-3	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	R$	1,89
02.02.09.019-1	MIELOGRAMA	R$	5,79
02.02.09.021-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	R$	9,70
02.02.09.022-1	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA	R$	2,01
02.02.09.023-0	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	R$	1,89
02.02.09.024-8	PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS	R$	1,89
02.02.09.025-6	PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA	R$	1,89
02.02.09.026-4	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APÓS VASECTOMIA)	R$	4,80
02.02.09.027-2	PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R$	1,89
02.02.09.028-0	PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)	R$	9,70
02.02.09.029-9	PROVA DO LÁTEX P/ HAEMOPHILUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)	R$	1,89
02.02.09.030-2	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	R$	1,89
02.02.09.031-0	REACAO DE PANDY	R$	1,89
02.02.09.032-9	REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R$	1,89
02.02.09.033-7	TESTE DE CLEMENTS	R$	1,89
02.02.09.034-5	TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - 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	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA	R$	66,00
02.02.11.013-3	DETECÇÃO 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 RAPIDO PARA DETERMINACAO QUALITATIVA DE ANTIGENO NS1 PARA O VIRUS DA DENGUE	R$	145,00
NÃO SUS	DENGUE IGG	R$	20,00
NÃO SUS	DENGUE IGM	R$	20,00
NÃO SUS	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS TIPO B	R$	30,00
NÃO SUS	DOSAGEM DE PROTEINA LIGADORA IGF1 TIPO 3	R$	45,03
NÃO SUS	ANTIGENO GIARDIA LAMBLIA	R$	26,28
NÃO SUS	TESTE DE SOBRECARGA ORAL DE CALCIO (PROVA DE PAK)	R$	24,21
NÃO SUS	DOSAGEM DE HOMOCISTEINA	R$	58,91
NÃO SUS	DOSAGEM DE GLOBULINA LIGADORA DE HORMONIOS SEXUAIS (SHBG)	R$	42,51
NÃO SUS	CURVA DE FRAGILIDADE OSMOTICA	R$	11,94
NÃO SUS	CARIOTIPO BANDA G	R$	168,42
NÃO SUS	CALPROTECTINA FECAL	R$	156,84
NÃO SUS	BIOPSIA DE LINFONODOS	R$	203,16
NÃO SUS	BIOPSIA DE LESAO	R$	89,56
NÃO SUS	ANTICORPOS ANTI - IA2 (DIABETES MELLITUS) / ANTI TIROSINA FOSFATASE	R$	159,00
NÃO SUS	ANTI GAD	R$	112,40
NÃO SUS	ESPERMOGRAMA	R$	15,28
NÃO SUS	PESQUISA DE MUTAÇOES DE H63D e C282Y **(HEMOCROMATOSE)**	R$	292,39
NÃO SUS	DETECÇÃO 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	INDICE DE SATURACAO DE TRANSFERRINA (IST)	R$	11,86
NÃO SUS	DOSAGEM DA ATIVIDADE DO FATOR X	R$	6,73
NÃO SUS	PSA LIVRE	R$	17,28
NÃO SUS	IGE ESPECIFICA ASPERGILLUS FUMIGATUS (M3)	R$	9,74
NÃO SUS	IMUNOFIXAÇÃO DE PROTEÍNAS SÉRICAS	R$	9,74
NÃO SUS	MICOLOGICO DIRETO PARA FUNGOS	R$	5,74
NÃO SUS	CULTURA DE SECRECAO URETRAL	R$	5,92
NÃO SUS	CROPOCULTURA	R$	5,92
NÃO SUS	ESPERMOCULTURA	R$	5,92

RECURSOS HUMANOS - LABORATÓRIO

QUANT.	DESCRIÇÃO	CARGA HORÁRIA	SALÁRIO	VALOR TOTAL COM ENCARGOS SOCIAIS, TRABALHISTAS, BENEFICIOS 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
TOTAL					**R$**	**112.681,46**

SERVIÇO LOGISTICO		
FORNECIMENTO DE ATÉ 02 (DOIS) VEÍCULOS FIORINO, PARA REALIZAÇÃO DE ROTAS ENTRE AS UNIDADES PARA O RECOLHIMENTO DAS AMOSTRAS BIOLOGICAS (INCLUSO: CAIXA TERMICA PARA TRANSPORTE, TERMOMETROS, SEGURO, APLICATIVOS DE LOCALIZAÇÃO, HIGIENIZAÇÃO, MANUTENÇÃO E COMBUSTIVEL)	R$	6.687,17
DISPONIBILIDADE DE ATÉ 2 MOTORISTAS CONDUTORES (SALÁRIO, REPOSIÇÃO EM CASO DE AUSENCIAS, ENCARGOS TRABALHISTAS, BENEFICIOS, UNIFORME E EPI'S)	R$	7.436,11
FORNECIMENTO DE ATÉ 3 PLANTÕES DE 12 HORAS DE MOTOBOY (MOTOCICLISTA, CONDUTOR E COMBUSTIVEL) PARA COBERTURAS EMERGENCIAIS FORA DOS HORÁRIOS E/OU COMPLEMENTO DE ROTAS	R$	1.206,66
TOTAL	**R$**	**15.329,94**
DESPESA ADMINISTRATIVA	**R$**	**23.077,14**

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, BENEFICIOS	
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
TOTAL MENSAL	**R$**	**12.657,24**

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
TOTAL	**R$**	**83.632,00**

LOCAÇÃO DE ESTRUTURA MODULAR

DESCRIÇÃO		VALOR TOTAL MENSAL
CONTAINER 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 vinilica revestimento em plurigoma compensado naval sem revestimento compensado naval pintado cinza chapa xadrez c/ pintura epóxi cinza. - Esquadrias janelas - vitro 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$**	**10.570,68**
TOTAL MENSAL	**R$**	**10.570,68**

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 deVeículo 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	R$	206.724,55
Auxiliar de Serviços Gerais		
Enfermeiro Ferista		
Enfermeiro Imunização e Epidemiologia		
Enfermeiro NEP		
Enfermeiro plantonista 12/36 - Diurno		
Enfermeiro plantonista 12/36 - Noturno		
Enfermeiro Referência Técnica		
Farmacêutico		
Gerente (coordenadores)		
Nutricionista		
Recepcionista		
Técnicos de Enfermagem plantonista 12/36 - Diurno		
Técnicos de Enfermagem plantonista 12/36 - Noturno		
Vigia (não armado)		
TOTAL	**R$**	**206.724,55**

SERVIÇOS MÉDICOS

Descrição	Valor Mensal	
Prestação de Serviços Médicos (prestação de serviços médicos não efetivos nas ESF's)	R$	145.341,99
TOTAL	**R$**	**145.341,99**

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
TOTAL	**R$**	**84.863,11**

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
TOTAL	**R$**	**120.532,26**

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 Infanto juvenil (equipe apoio)	2		
Recepcionistas	3		
Técnico de faturamento	1		
Técnicos administrativos	2		
Técnicos de Enfermagem	1		
Vigia (não armado)	1		
Recursos Humanos		**R$**	**99.596,27**

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

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
Subtotal Insumos e Materiais de Consumo	**R$**	**39.271,95**

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'agua, 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
Total Demais Serviços Mensais	**R$**	**69.306,58**

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
TOTAL DO CUSTO DE IMPLANTAÇÃO			**R$**	**17.414,68**

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS				
Nº	**CARGO**	**CARGA HORÁRIA**	**SALÁRIO**	**TOTAL (REM. BRUTA +**
1	Assistente Social	30h/sem	R$ 3.604,42	R$ 6.898,63
1	Serviços Gerais	40h/sem	R$ 1.232,20	R$ 3.506,34
1	Coordenador CAPS	40h/sem	R$ 3.900,00	R$ 7.372,47
1	Enfermeiro CAPS	40h/sem	R$ 6.643,18	R$ 11.903,07
1	Oficineiro	40h/sem	R$ 1.540,21	R$ 3.589,48
2	Psicólogo	30h/sem	R$ 3.604,42	R$ 13.797,25
1	Recepcionista	40h/sem	R$ 1.289,77	R$ 3.187,99
2	Técnico de Enfermagem	40h/sem	R$ 1.589,39	R$ 7.365,49
1	Terapeuta Ocupacional	30h/sem	R$ 3.604,42	R$ 6.898,63
1	Vigia	40h/sem	R$ 1.314,81	R$ 3.228,14
SUBTOTAL MENSAL				**R$ 67.747,49**

Nº	**SERVIÇOS MÉDICOS**	**VALOR ESTIMADO MENSAL**
1	Psiquiatra PJ – 120 Consultas	R$ 8.578,95
SUBTOTAL MENSAL		**R$ 8.578,95**

MATERIAL DE CONSUMO	
DESCRIÇÃO	**ESTIMATIVA MENSAL**
Estimativa de medicamentos	R$ 1.520,68
Estimativa de material médico	R$ 1.311,74
Gêneros alimentícios (lanches, café, conforme teto financeiro)	R$ 2.673,39
Estimativa de despesas com gás de cozinha e utensílios	R$ 420,00
Estimativa de material de escritório, gráfico e materiais para oficinas terapêuticas	R$ 1.371,05
Estimativa de material de limpeza	R$ 1.336,84
SUBTOTAL INSUMOS E MATERIAL DE CONSUMO	**R$ 8.633,70**

DEMAIS SERVIÇOS MENSAIS	
DESCRIÇÃO	**ESTIMATIVA MENSAL**
Manutenção predial (incluindo pintura, assessórios, vidros, fechaduras, cabeamento, coleta de resíduos entre outros)	R$ 2.210,53
Sistema de informação /Computadores/Impressoras/Manutenção	R$ 5.263,15
Estimativa de telefonia móvel (celular)	R$ 326,32
Despesas administrativas	R$ 5.858,54
SUBTOTAL DEMAIS SERVIÇOS	**R$ 13.658,54**
VALOR TOTAL ESTIMADO	**R$ 98.618,68**

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

UNIDADES E SERVICOS NO MUNICIPIO DE RIO ACIMA		
GERENCIAMENTO E OPERACIONALIZAÇÃO DE SERVICOS LABORATORIAIS DE ANÁLISES CLÍNICAS NO MUNICÍPIO DE RIO ACIMA/MG		
ESTIMATIVA DESPESAS FIXAS MENSAIS		
Despesa Administrativa	R$	1.411,35
Valor Total Fixo /Mês	**R$**	**1.411,35**

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

02.02.05.008-4	DOSAGEM DE CITRATO	R$	2,11
02.02.05.009-2	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R$	8,53
02.02.05.010-6	DOSAGEM DE OXALATO	R$	3,87
02.02.05.011-4	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R$	2,15
02.02.05.019-0	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	R$	2,15
02.02.05.026-2	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	R$	2,15
02.02.06.001-2	DETERMINAÇÃO DE ÍNDICE DE TIROXINA LIVRE	R$	13,17
02.02.06.004-7	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	R$	10,72
02.02.06.008-0	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R$	14,83
02.02.06.009-8	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	R$	12,49
02.02.06.011-0	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	R$	12,11
02.02.06.012-8	DOSAGEM DE CALCITONINA	R$	15,10
02.02.06.013-6	DOSAGEM DE CORTISOL	R$	10,36
02.02.06.014-4	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R$	11,82
02.02.06.016-0	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R$	10,66
02.02.06.017-9	DOSAGEM DE ESTRIOL	R$	12,13
02.02.06.018-7	DOSAGEM DE ESTRONA	R$	11,68
02.02.06.021-7	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R$	8,25
02.02.06.022-5	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	R$	10,73
02.02.06.023-3	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R$	8,29
02.02.06.024-1	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R$	9,42
02.02.06.025-0	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R$	9,41
02.02.06.026-8	DOSAGEM DE INSULINA	R$	10,68
02.02.06.027-6	DOSAGEM DE PARATORMONIO	R$	32,94
02.02.06.028-4	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R$	16,12
02.02.06.029-2	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R$	10,74
02.02.06.030-6	DOSAGEM DE PROLACTINA	R$	10,66
02.02.06.031-4	DOSAGEM DE RENINA	R$	13,85
02.02.06.032-2	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	R$	16,12
02.02.06.033-0	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (S - DHEA)	R$	13,77
02.02.06.034-9	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R$	10,96
02.02.06.035-7	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R$	13,77
02.02.03.062-8	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R$	18,02
02.02.06.037-3	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R$	12,18
02.02.06.038-1	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R$	13,17
02.02.06.039-0	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R$	9,15
02.02.06.044-6	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	R$	12,62
02.02.07.005-0	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	R$	16,44
02.02.07.011-5	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	R$	10,50
02.02.07.015-8	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	R$	18,41
02.02.07.019-0	DOSAGEM DE COBRE	R$	3,69
02.02.07.025-5	DOSAGEM DE LITIO	R$	2,37
02.02.07.035-2	DOSAGEM DE ZINCO	R$	16,44
02.02.08.007-2	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	R$	2,95
02.02.08.008-0	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R$	5,90
02.02.12.002-3	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R$	1,44
02.02.12.008-2	PESQUISA DE FATOR RH INCLUI D FRACO	R$	1,44
02.02.03.075-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG e IGM ANTILEISHMANIAS	R$	10,50
02.02.03.080-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R$	18,02
02.02.03.077-6	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI POR IMUNOFLUORESCENCIA	R$	19,13
02.02.09.036-1	TESTE MOLECULAR PARA A DETECÇÃO DO COMPLEXO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS IGG	R$	10,50
02.02.09.036-1	TESTE MOLECULAR PARA A DETECÇÃO DO COMPLEXO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS IGM	R$	9,72
02.02.12.009-0	COOMBS INDIRETO	R$	2,87
02.02.01.015-5	ALFA-1 ANTI-TRIPSINA (SORO)	R$	4,12
02.02.02.057-6	ANTICOAGULANTE LUPICO	R$	25,04
02.02.01.025-2	CERULOPLASMINA	R$	4,12
02.02.07.020-4	DIGOXINA	R$	10,04
02.02.02.029-0	FIBRINOGÊNIO	R$	5,15
02.02.03.091-1	HAV IGM (HEPATITE A)	R$	20,77
02.02.03.058-0	MUSCULO LISO, ANTICORPOS	R$	19,22
02.02.06.036-5	TIREOGLOBULINA SERICA	R$	17,19
02.02.08.023-4	TREPONEMA IGM	R$	7,56
02.02.02.018-5	FATOR II DA COAGULAÇÃO	R$	5,95
02.02.02.019-3	FATOR IX DA COAGULAÇÃO	R$	8,52
02.02.02.021-5	FATOR VII DA COAGULAÇÃO	R$	9,06
02.02.02.022-3	FATOR X DA COAGULAÇÃO	R$	10,20
02.02.02.026-6	FATOR XI DA COAGULAÇÃO	R$	10,20
02.02.02.027-4	FATOR XII DA COAGULAÇÃO	R$	11,77
02.02.02.028-2	FATOR XIII DA COAGULAÇÃO	R$	7,46
02.02.02.055-0	PROTEINA C - FUNCIONAL	R$	75,00
02.02.02.054-1	COOMBS DIRETO	R$	3,06
02.02.01.049-0	HAPTOGLOBINA	R$	4,12
NÃO SUS	ANTICORPOS ANTIGLIADINA (GLUTEN) IGG	R$	33,34
NÃO SUS	ANTIGENO HLA B27 ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO B27	R$	82,75
NÃO SUS	ANTINEUTROFILOS ANCA C	R$	46,30
NÃO SUS	CAXUMBA IGM	R$	40,36

NÃO SUS	COMPLEMENTO CH 100	R$	14,95
NÃO SUS	FENOBARBITAL	R$	13,13
NÃO SUS	FRUTOSAMINAS	R$	10,89
NÃO SUS	MARCADORES TUMORAIS (CA 15-3)	R$	31,93
NÃO SUS	MARCADORES TUMORAIS (CA 19.9)	R$	32,82
NÃO SUS	MONOTESTE	R$	11,41
NÃO SUS	PROTEINA DE BENCE JONES	R$	3,78
NÃO SUS	PSA ULTRA SENSÍVEL	R$	22,78
NÃO SUS	TRAB –ANTICORPO ANTI-RECEPTOR DE TSH	R$	40,31
NÃO SUS	VITAMINA E	R$	54,51
NÃO SUS	ÍNDICE DE SATURAÇÃO DA TRANSFERRINA	R$	26,37
NÃO SUS	INSULINA POS PRANDIAL GLICEMIA APOS SOBRECARGA C DEXTROSOL	R$	17,56
NÃO SUS	RELAÇÃO ALBUMINA/CREATININA	R$	8,37
NÃO SUS	RELAÇÃO PROTEÍNA/CREATININA URINÁRIA	R$	8,37
NÃO SUS	IGF BP3 PROTEINA LOGADORA DOS FATORES DE CRESCIMENTO INSULIN LIKE	R$	18,21
NÃO SUS	ANTI ENDOMISIO IGA	R$	78,76
NÃO SUS	ANTI ENDOMISIO IGG	R$	78,76
NÃO SUS	ANTI ENDOMISIO IGM	R$	78,76
NÃO SUS	ANTI GAD	R$	159,87
NÃO SUS	CAXUMBA IGG	R$	35,44
NÃO SUS	VITAMINA A	R$	2,98
NÃO SUS	ANTI TRANSGLUTAMINASE TECIDUAL - IGG	R$	101,90
NÃO SUS	DOSAGEM DE CA 72-4	R$	66,00
NÃO SUS	ANTI CCP	R$	23,29
NÃO SUS	CHLAMYDIA TRACHOMATIS (IGG) ELISA	R$	22,52
NÃO SUS	CHLAMYDIA TRACHOMATIS (IGM) ELISA	R$	24,97
NÃO SUS	ERITROPOETINA	R$	96,99
NÃO SUS	LKM1 - ANTICORPOS	R$	9,61
NÃO SUS	ANTI IA2	R$	151,00
NÃO SUS	DENGUE - TESTE RÁPIDO ANTIGENO NS1	R$	47,06
NÃO SUS	ANTI PARVOVÍRUS B19 IGG	R$	127,98
NÃO SUS	ANTI PARVOVÍRUS B19 IGM	R$	124,69
NÃO SUS	CALPROTECTINA FECAL	R$	166,85

UNIDADES E SERVIÇOS NO MUNICIPIO DE NOVA LIMA

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

ESTIMATIVA DESPESAS FIXAS - MENSAL

RECURSOS HUMANOS

QUANTIDADE	CARGO	SALÁRIO		VALOR TOTAL COM ENCARGOS SOCIAIS, TRABALHISTAS, BENEFICIOS	
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
TOTAL MENSAL		**R$**			**148.289,09**

SERVICO DE LOGÍSTICA

DESCRIÇÃO		
Fornecimento de até 02 (dois) Veículos Fiorino, para realização de rotas entre as Unidades para o recolhimento das amostras biologicas (incluso: caixa	R$	10.250,00
Disponilidade de até 2 motoristas condutores (salário, reposição em caso de ausencias encargos trabalhistas, beneficios, uniforme e EPI's)	R$	9.240,00
Fornecimento de até 3 plantões de 12horas de motoboy (motociclista, condutor ecombustivel) para coberturas emergenciais fora dos horários e/ou	R$	940,28
TOTAL MENSAL	**R$**	**20.430,28**

DESPESA ADMINISTRATIVA

DESPESAS ADMINISTRTIVAS	R$	39.751,96
TOTAL MENSAL	**R$**	**39.751,96**

ESTIMATIVA DESPESAS VARIAVEL - MENSAL

LABORATÓRIO

PROCEDIMENTOS SUS/SIGTAP

CÓDIGO SUS	PROCEDIMENTO	VALOR UNITÁRIO	
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	ELETROFORESE 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	ELETROFORESE 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 PROTEÍNA 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 ANTIESTREPTOLISINA 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 IMUNOFLUORESCENCIA)	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 ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA	R$	18,55
02.02.03.120-9	DOSAGEM DE TROPONINA	R$	9,00
02.02.03.121-7	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	R$	13,35
02.02.04.002-0	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	R$	3,04
02.02.04.009-7	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	R$	1,65
02.02.04.012-7	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 DETECCAO DO COMPLEXO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS PPD TUBERCULINA	R$	17,62
02.02.10.003-0	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R$	160,00
02.02.10.023-5	PESQUISA DE 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			
CÓDIGO SUS	**PROCEDIMENTO**	**VALOR UNITÁRIO**	
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	RELACAO CALCIO / CREATININA	R$	13,56
NÃO SUS	UREIA URINARIO	R$	9,18
NÃO SUS	TESTE RAPIDO PARA DENGUE IGG	R$	30,77
NÃO SUS	TESTE RAPIDO PARA DENGUE IGM	R$	29,39
NÃO SUS	ALBUMINA	R$	11,34
NÃO SUS	GLICOSE POS CAFE DA MANHA	R$	1,95
NÃO SUS	GLICEMIA POS PRANDIAL	R$	28,08
NÃO SUS	RELACAO PROTEINAS / CREATININA	R$	21,82
NÃO SUS	CHIKUNGUNYA IGG	R$	136,84
NÃO SUS	CHIKUNGUNYA IGM	R$	136,84

ESTIMATIVA DESPESAS EM PARCELA UNICA - PAGAMENTO 1º MÊS

IMPLANTAÇÃO E INTEGRAÇÃO DE SOFTWARE		
Disponibilização e integração do software de gestão dos exames laboratoriais com o software de atendimento assistencial utilizado pelo município, nas Unidades de Saúde, visando gerar agilidade e maior resolutividade na entrega dos exames laboratoriais para os profissionais de saúde. Treinamento e suporte técnico.	R$	38.421,05
VALOR DA PARCELA UNICA	**R$**	**38.421,05**
CUSTOS PARA ADAPTAÇÕES NAS ESTRUTURAS NOS POSTOS DE COLETA E PROCESSAMENTO DOS EXAMES		

UNIDADE	VALOR DA ADAPTAÇÃO
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
VALOR DA PARCELA UNICA	**R$ 80.591,87**

UNIDADES E SERVIÇOS NO MUNICÍPIO DE SÃO GONÇALO DO PARÁ

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

ATENÇÃO PRIMÁRIA - RECURSOS HUMANOS

QUANTIDADE	CARGO	SALÁRIO	VALOR TOTAL COM ENCARGOS SOCIAIS, TRABALHISTAS, BENEFÍCIOS E EPI
1	AUXILIAR ADMINISTRATIVO - 40H/SEM	R$ 1.500,00	R$ 2.550,20
1	FISIOTERAPEUTA - 30H/SEM	R$ 4.000,00	R$ 6.403,49
1	FONOAUDIÓLOGA - 20H/SEM	R$ 3.099,99	R$ 4.889,73
4	DENTISTAS - 40H/SEM	R$ 5.000,00	R$ 32.880,26
3	AUXILIAR SAÚDE BUCAL - 40H/SEM	R$ 1.302,00	R$ 8.130,18
3	RECEPCIONISTAS - 40H/SEM	R$ 1.500,00	R$ 8.840,60
1	FARMACÊUTICO - 40H/SEM	R$ 5.000,00	R$ 7.803,40
SUB TOTAL ESTIMADO - ATENÇÃO PRIMÁRIA		**R$**	**71.497,86**
CENTRO DE SAÚDE 24HS - RECURSOS HUMANOS			
2	ENFERMEIRO - 12X36 (DIURNO)	R$ 4.750,00	R$ 15.440,99
2	ENFERMEIRO - 12X36 (NOTURNO)	R$ 4.750,00	R$ 17.159,77
2	SUPERVISOR ADMINISTRATIVO - 40H/SEM	R$ 3.020,00	R$ 9.552,84
2	AUXILIAR DE FARMÁCIA - 12X36 (DIURNO)	R$ 1.575,65	R$ 5.904,32
2	AUXILIAR DE FARMÁCIA - 12X36 (NOTURNO)	R$ 1.575,65	R$ 6.448,83
SUB TOTAL ESTIMADO - PRONTO ATENDIMENTO		**R$**	**54.506,75**
TOTAL		**R$**	**126.004,61**

SERVIÇOS MÉDICOS

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

DEMAIS SERVIÇOS

Descrição	Valor Mensal

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

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 **10.000 habitantes.**	Mensal	R$	1.300,00	R$1.340,21
2	Monitoramento Indicadores de Saúde - Municípios com população estimada entre **10.001 a 30.000 habitantes.**	Mensal	R$	2.600,00	R$2.680,41
3	Monitoramento Indicadores de Saúde - Municípios com população estimada entre **30.001 a 70.000 habitantes.**	Mensal	R$	6.500,00	R$6.701,03
4	Monitoramento Indicadores de Saúde - Municípios com população estimada entre **70.001 a 110.000 habitantes.**	Mensal	R$	11.700,00	R$12.061,86
5	Monitoramento Indicadores de Saúde - Municípios com população estimada entre **110.001 a 200.000 habitantes.**	Mensal	R$	19.500,00	R$20.103,09
6	Monitoramento Indicadores de Saúde - Municípios com população estimada entre **200.001 a 500.000 habitantes.**	Mensal	R$	29.900,00	R$30.824,74
7	Monitoramento Indicadores de Saúde - Municípios com população estimada entre **500.001 a 1.000.000 habitantes.**	Mensal	R$	87.500,00	R$90.206,19
8	Organização, estruturação e acompanhamento das rotinas de funcionamento das secretarias de saúde - Municípios com população estimada até **10.000 habitantes.**	Mensal	R$	1.900,00	R$1.958,76
9	Organização, estruturação e acompanhamento das rotinas de funcionamento das secretarias de saúde - Municípios com população estimada entre **10.001 a 30.000 habitantes.**	Mensal	R$	3.800,00	R$3.917,53
10	Organização, estruturação e acompanhamento das rotinas de funcionamento das secretarias de saúde - Municípios com população estimada entre **30.001 a 70.000 habitantes.**	Mensal	R$	9.500,00	R$9.793,81
11	Organização, estruturação e acompanhamento das rotinas de funcionamento das secretarias de saúde - Municípios com população estimada entre **70.001 a 110.000 habitantes.**	Mensal	R$	17.100,00	R$17.628,87
12	Organização, estruturação e acompanhamento das rotinas de funcionamento das secretarias de saúde - Municípios com população estimada entre **110.001 a 200.000 habitantes.**	Mensal	R$	33.250,00	R$34.278,35
13	Organização, estruturação e acompanhamento das rotinas de funcionamento das secretarias de saúde - Municípios com população estimada entre **200.001 a 500.000 habitantes.**	Mensal	R$	43.700,00	R$45.051,55
14	Organização, estruturação e acompanhamento das rotinas de funcionamento das secretarias de saúde - Municípios com população estimada entre **500.001 a 1.000.000 habitantes**.	Mensal	R$	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 MUNICIPIO)**
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	**FREQUÊNCIA 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 **Neurologia**, 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 **Cardiologia** 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 **Urologia** 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 **Reumatologia** 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 **Dermatologia** 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 **Ortopedia** 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 **Cirurgia Vascular** 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 **Neurologia**	R$ 33.707,87	R$ 44.943,82
Tele orientações e Tele consultas de urgência e emergência na especialidade de **Cardiologia**	R$ 33.707,87	R$ 44.943,82

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

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

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

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

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

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