

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

Atualização na Tabela de Serviços e Procedimentos em Saúde da ICISMEP, realizada em maio de 2025, com publicação em maio de 2025, para vigência a partir da competência de maio de 2025.

TABELA DE SERVIÇOS DE SAÚDE EXECUTADOS NAS UNIDADES ICISMEP

Tabela 01 - OFTALMOLOGIA

CATARATA ZERO						
CÓDIGO	DESCRIÇÃO					VALOR ICISMEP
04.05.05.037-2	FACOEMULSIFICACAO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL					R\$ 519,00
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						
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - UNIDADE MÓVEL (PACOTES)						
Modelo	Quantidade mínima de consultas	VALOR DA DIÁRIA				
		Serviço de oftalmologia	Serviço de oftalmologia +	Serviço de oftalmologia + alimentação	Serviço de oftalmologia + hospedagem + alimentação	
FAIXA 1	120 consultas	R\$ 10.284,00	R\$ 11.215,20	R\$ 10.982,40	R\$ 11.913,60	
FAIXA 2	240 consultas	R\$ 9.118,80	R\$ 9.817,20	R\$ 9.643,20	R\$ 10.341,60	
FAIXA 3	360 consultas	R\$ 8.731,20	R\$ 9.351,60	R\$ 9.196,80	R\$ 9.817,20	
FAIXA 4	480 consultas	R\$ 8.536,80	R\$ 9.118,80	R\$ 8.973,60	R\$ 9.555,60	
FAIXA 5	600 consultas	R\$ 8.420,40	R\$ 8.979,60	R\$ 8.839,20	R\$ 9.398,40	
FAIXA 6	720 consultas	R\$ 8.342,40	R\$ 8.886,00	R\$ 8.750,40	R\$ 9.294,00	
FAIXA 7	840 consultas	R\$ 8.287,20	R\$ 8.820,00	R\$ 8.686,80	R\$ 9.218,40	
FAIXA 8	960 consultas	R\$ 8.246,40	R\$ 8.769,60	R\$ 8.638,80	R\$ 9.163,20	
FAIXA 9	1080 consultas	R\$ 8.214,00	R\$ 8.731,20	R\$ 8.601,60	R\$ 9.118,80	
FAIXA 10	1200 consultas	R\$ 8.187,60	R\$ 8.700,00	R\$ 8.571,60	R\$ 9.084,00	
SERVIÇOS COMPLEMENTARES EM OFTALMOLOGIA - UNIDADE MÓVEL						
CÓDIGO	DESCRIÇÃO					VALOR ICISMEP
-	ARMAÇÃO PARA ÓCULOS ALTO ÍNDICE GRAU FORTE MODELO ADULTO FEMININO E MASCULINO - MATERIAL EM METAL OU ACETATO COM ARO TOTAL, ARO QUADRADO OU REDONDO					R\$ 87,00
-	ARMAÇÃO PARA ÓCULOS ALTO ÍNDICE GRAU FORTE MODELO INFANTIL FEMININO E MASCULINO - MATERIAL EM METAL OU ACETATO COM ARO TOTAL, ARO QUADRADO OU REDONDO					R\$ 87,00
-	ARMAÇÃO PARA OCULOS MODELO ADULTO FEMININO E MASCULINO - MATERIAL EM METAL OU ACETATO COM ARO TOTAL, ARO QUADRADO OU					R\$ 87,00
-	ARMAÇÃO PARA OCULOS MODELO INFANTIL FEMININO E MASCULINO - MATERIAL EM METAL OU ACETATO COM ARO TOTAL, ARO QUADRADO OU					R\$ 86,00
-	LENTE OFTÁLMICAS MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO ÍNDICE DE -10.00 A + 9.50 ESFÉRICO E CILINDRO ATE -6.00; CONFORME RECEITUARIO MÉDICO					R\$ 39,00
-	LENTE OFTÁLMICAS MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO ÍNDICE DE -8.00 A +6.00 ESFÉRICO E CILINDRO ATE -4.00; CONFORME RECEITUARIO MEDICO					R\$ 39,00
-	LENTE OFTÁLMICAS MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO ÍNDICE GRAU FORTE, ALTA DIOPTRIA DE -12.50 A -23.00 ESFERICO E CILINDRO ATE -9.00; CONFORME RECEITUARIO MEDICO					R\$ 45,00
-	LENTE OFTÁLMICAS MONOFOCAIS VISAO SIMPLES ANTI-REFLEXO DE PLANO -4.00 A + 4.00 ESFERICO, CILINDRO ATE -2.00; CONFORME RECEITUARIO MEDICO					R\$ 61,00
-	LENTE OFTÁLMICAS MONOFOCAIS VISAO SIMPLES ANTI REFLEXO DE PLANO -6.00 A +6.00 ESFERICO, CILINDRO ATE -4.00; CONFORME RECEITUARIO					R\$ 58,00
-	LENTE OFTÁLMICAS MULTIFOCAIS ALTO ÍNDICE 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
-	LENTE OFTÁLMICAS 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
PACOTE MIGUILIM - OFTALMOLOGIA						
CÓDIGO	DESCRIÇÃO					VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA					R\$ 43,50
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO					R\$ 28,73
02.11.06.022-4	TESTE DE VISAO DE CORES					R\$ 5,74
02.11.06.023-2	TESTE ORTÓPTICO					R\$ 17,24
02.11.06.025-9	TONOMETRIA					R\$ 3,97
04.05.05.025-9	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO NA Córnea					R\$ 73,38
PACOTE MIGUILIM - ÓCULOS COM LENTES CORRETIVAS						
CÓDIGO	DESCRIÇÃO					VALOR ICISMEP
07.01.04.005-0	ÓCULOS COM LENTES CORRETIVAS IGUAIS/fevereiroRES QUE 0,5 DIOPTRIAS					R\$ 343,76
AVALIAÇÃO DE CATARATA						
CÓDIGO	DESCRIÇÃO					VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CATARATA (QUANTIDADE 1)					
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)	R\$	86,09
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 ESPECIALISTA EM CórNEA (QUANTIDADE 1)	R\$	59,56
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\$	71,47
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\$	53,60
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)		R\$	95,96
02.11.06.012-7		MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)			
02.05.02.008-9		ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR) - ECO B- (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)			
02.11.06.028-3		TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)			
03.01.10.001-2		ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)			
02.11.06.025-9		TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)			
TOTAL DO PACOTE					
AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA - CONTROLE DE VITRECTOMIA					
CÓDIGO		DESCRIÇÃO		VALOR ICISMEP	
03.01.01.007-2		CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CIRURGIAS RETINIANAS (QUANTIDADE 1)		R\$	48,08
02.11.06.012-7		MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)			
03.01.10.001-2		ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)			
02.05.02.008-9		ECO-B ULTRA-SOM DE GLOBO OCULAR/ÓRBITA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)			
02.11.06.028-3		TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)			
TOTAL DO PACOTE					
AVALIAÇÃO DE RETINA PÓS INJEÇÃO INTRA-VITREO					
CÓDIGO		DESCRIÇÃO		VALOR ICISMEP	
03.01.01.007-2		CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM RETINA (QUANTIDADE 1)		R\$	85,00
02.11.06.028-3		TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)			
02.11.06.012-7		MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)			
03.01.10.001-2		ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)			
TOTAL DO PACOTE					
EXAMES EM OFTALMOLOGIA					
CÓDIGO		DESCRIÇÃO		VALOR ICISMEP	
02.05.02.002-0		PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR		R\$	14,81
02.05.02.008-9		ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B		R\$	34,34
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 VISO 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\$	99,71
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\$	106,33
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\$	110,32
04.05.01.006-0		EPILACAO DE CILIOS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)		R\$	43,36
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\$	382,07
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\$	283,40
04.05.01.018-4		TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BLEFAROCALASE - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)		R\$	778,05
04.05.01.019-2		TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TRIQUIÁSE COM OU SEM ENXERTO (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO)		R\$	492,71
04.05.01.020-6		PUNCTOPLASTIA - UNILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)		R\$	131,84
04.05.03.003-7		CRIOTERAPIA OCULAR		R\$	154,73
04.05.03.004-5		FOTOCOAGULAÇÃO A LASER (APAC)		R\$	107,61
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 MÍASE 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\$	430,46
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\$	310,00
04.05.05.002-0	CAPSULOTOMIA A YAG LASER (APAC)	R\$	112,77
04.05.05.003-8	CAUTERIZAÇÃO DE CÔRNEA	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\$	397,19
04.05.05.008-9	EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA	R\$	266,38
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\$	201,20
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 CÔRNEA	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 CÔRNEA	R\$	225,74
04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO	R\$	325,57
CISMEP-11	CROSSLINKING	R\$	420,00
04.05.05.028-3	SUBSTITUIÇÃO DE LENTE INTRA-OCULAR	R\$	865,41

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H.			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
02.01.01.011-9	BIÓPSIA DE CÔRNEA	R\$	105,31
02.01.01.024-0	BIÓPSIA DE ÍRIS, CORPO CILIAR, RETINA, CORÓIDE E VÍTREO	R\$	263,35
03.08.04.001-5	TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS OU CLÍNICOS	R\$	305,21
04.05.01.001-0	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ENTRÓPIO E ECTRÓPIO (BILATERAL)	R\$	444,16
04.05.01.007-9	EXERESE DE CALÁZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PÁLPEBRA E SUPERCÍLIOS (UNILATERAL)	R\$	205,25
04.05.01.002-8	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE EPICANTO E TELECANTO	R\$	314,81
04.05.01.003-6	DACRIOCISTORRINOSTOMIA (UNILATERAL)	R\$	1.881,24
04.05.01.008-7	EXTIRPAÇÃO DE GLÂNDULA LACRIMAL	R\$	888,87
04.05.01.011-7	RECONSTITUIÇÃO DE CANAL LACRIMAL (UNILATERAL)	R\$	778,45
04.05.01.012-5	RECONSTITUIÇÃO PARCIAL DA PÁLPEBRA COM TARSORRAFIA (BILATERAL)	R\$	607,40
04.05.01.013-3	RECONSTITUIÇÃO TOTAL DE PÁLPEBRA	R\$	1.631,39
04.05.01.015-0	SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL (BILATERAL)	R\$	229,96
04.05.01.017-6	SUTURA DE PÁLPEBRAS (BILATERAL)	R\$	172,00
04.05.02.001-5	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MÚSCULOS HIPERTROPIAS)	R\$	2.657,57
04.05.02.002-3	CORREÇÃO CIRÚRGICA DO ESTRABISMO (ATÉ 2 MÚSCULOS)	R\$	1.709,16
04.05.03.002-9	BIÓPSIA DE TUMOR INTRA-OCULAR	R\$	108,48
04.05.03.007-0	RETINOPEXIA COM INTROFLEXÃO ESCLERAL	R\$	1.591,90
04.05.03.009-6	SUTURA DE ESCLERA	R\$	278,80
04.05.03.013-4	VITRECTOMIA ANTERIOR	R\$	541,53
04.05.03.014-2	VITRECTOMIA POSTERIOR	R\$	2.472,53
04.05.03.016-9	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER	R\$	3.297,27
04.05.03.017-7	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO, ÓLEO DE SILICONE E ENDOLASER	R\$	3.815,18
CISMEP-03	MEMBRANECTOMIA	R\$	382,98
CISMEP-04	TROCA FLUIDO GASOSA	R\$	230,38
CISMEP-05	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA POSTERIOR DO OLHO	R\$	384,45
04.05.03.020-7	DRENAGEM DE HEMORRAGIA DE CORÓIDE	R\$	512,00
04.05.04.001-6	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE LAGOFTALMO	R\$	452,27
04.05.04.007-5	EVISCERAÇÃO DE GLOBO OCULAR	R\$	1.168,71
04.05.04.018-0	TRANSPLANTE DE PERÍÓSTEO EM ESCLEROMALÁCIA	R\$	1.352,22
04.05.04.020-2	TRATAMENTO DE PTOSE PALBEBRAL	R\$	745,61
04.05.05.001-1	CAPSULECTOMIA POSTERIOR CIRÚRGICA	R\$	339,96
04.05.05.004-6	CICLOCRIOCOAGULAÇÃO/DIATERMIA	R\$	663,15
04.05.05.005-4	CICLODIÁLISE	R\$	511,79
04.05.05.013-5	IMPLANTE DE PRÓTESE ANTI-GLAUCOMATOSA	R\$	1.144,63
04.05.05.021-6	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL	R\$	211,30
04.05.05.022-4	RECONSTITUIÇÃO DE FÓRNIX CONJUNTIVAL	R\$	699,80
04.05.05.032-1	TRABECULECTOMIA (CIRURGIA FISTULIZANTE ANTIGLAUCOMATOSA)	R\$	1.014,01
04.05.05.035-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE GLAUCOMA CONGÊNITO	R\$	1.395,98
04.05.05.039-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEISCÊNCIA DE SUTURA DE CÔRNEA	R\$	271,85
07.02.07.004-1	ESFERA DE MULER (PROCED. ESPECIAL)	R\$	88,04
07.02.07.005-0	TUBO DE DRENAGEM PARA GLAUCOMA (PROCED. ESPECIAL)	R\$	1.173,90
04.05.04.010-5	EXPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR LIO	R\$	955,14
04.05.04.021-0	REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRA- OCULAR	R\$	512,01
04.05.05.009-7	FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR	R\$	996,44
04.05.05.010-0	FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR	R\$	747,21
04.05.05.011-9	FACOEMULSIFICAÇÃO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR RÍGIDA	R\$	996,44
04.05.05.014-3	IMPLANTE INTRAESTROMAL	R\$	1.362,03
04.05.05.015-1	IMPLANTE SECUNDÁRIO DE LENTE INTRA- OCULAR LIO	R\$	1.266,46
04.05.05.037-2	FACOEMULSIFICACAO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL	R\$	996,44
04.05.05.038-0	CIRURGIA DE CATARATA CONGÊNITA	R\$	1.010,41

OFTALMOLOGIA OURO PRETO			
PACOTE BÁSICO DA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA INFANTIL - OURO PRETO			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA (QUANTIDADE 1)		
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)	R\$	190,75
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 MIGUILIM - UNIDADE OURO PRETO			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA	R\$	43,50
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO	R\$	28,73
02.11.06.022-4	TESTE DE VISAO DE CORES	R\$	5,74
02.11.06.023-2	TESTE ORTÓPTICO	R\$	17,24
02.11.06.025-9	TONOMETRIA	R\$	3,97
04.05.05.025-9	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO NA CÔRNEA	R\$	73,38
PACOTE MIGUILIM - ÓCULOS COM LENTES CORRETIVAS - UNIDADE OURO PRETO			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
07.01.04.005-0	ARMAÇÃO PARA ÓCULOS ALTO INDICE GRAU FORTE MODELO INFANTIL FEMININO E MASCULINO - MATERIAL EM METAL OU ACETATO COM ARO TOTAL,	R\$	87,00
07.01.04.005-0	ARMAÇÃO PARA OCULOS MODELO INFANTIL FEMININO E MASCULINO - MATERIAL EM METAL OU ACETATO COM ARO TOTAL, ARO QUADRADO OU	R\$	86,00
07.01.04.005-0	LENTE OFTALMICAS MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO INDICE DE -10.00 A + 9.50 ESFÉRICO E CILINDRO ATE -6.00; CONFORME RECEITUARIO MÉDICO	R\$	39,00
07.01.04.005-0	LENTE OFTALMICAS MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO INDICE DE -8.00 A +6.00 ESFÉRICO E CILINDRO ATE -4.00; CONFORME RECEITUARIO MEDICO	R\$	39,00
07.01.04.005-0	LENTE OFTALMICAS MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO INDICE GRAU FORTE, ALTA DIOPITRIA DE -12.50 A -23.00 ESFERICO E CILINDRO ATE -9.00;	R\$	45,00
07.01.04.005-0	LENTE OFTALMICAS MONOFOCAIS VISAO SIMPLES ANTI-REFLEXO DE PLANO -4.00 A + 4.00 ESFERICO, CILINDRO ATE -2.00; CONFORME RECEITUARIO	R\$	61,00
07.01.04.005-0	LENTE OFTALMICAS MONOFOCAIS VISAO SIMPLES ANTI REFLEXO DE PLANO -6.00 A +6.00 ESFERICO, CILINDRO ATE -4.00; CONFORME RECEITUARIO	R\$	58,00
07.01.04.005-0	LENTE 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
07.01.04.005-0	LENTE 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 - UNIDADE OURO PRETO			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CATARATA (QUANTIDADE 1)	R\$	170,46
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\$	180,58
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 CÔRNEA - OURO PRETO			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CÔRNEA (QUANTIDADE 1)	R\$	139,88
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)		
02.11.06.026-7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÔRNEA-CERATOSCOPIA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)		
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR (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\$	139,88
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\$	139,88
AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA - OURO PRETO			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM RETINA	R\$	177,47
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\$	60,24
02.11.06.014-3	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA - MONOCULAR	R\$	60,24
02.11.06.001-1	BIOMETRIA ULTRASSONICA MONOCULAR (ECO A)	R\$	31,79
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO	R\$	14,45
02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (BINOCULAR)	R\$	73,50
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\$	124,08
02.11.06.026-7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Córnea (CERATOSCOPIA) - BINOCULAR	R\$	58,81

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\$ 1.290,77
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\$ 445,08
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 TELECANTO	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\$ 130,20
04.05.05.019-4	IRIDOTOMIA A LASER	R\$ 130,20
04.05.03.004-5	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER	R\$ 124,25
04.05.03.005-3	INJEÇÃO INTRA-VITREO COM AVASTIM	R\$ 559,08
04.05.04.001-6	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE LAGOFTALMO	R\$ 380,90
04.05.04.006-7	ENUCLEAÇÃO DO GLOBO OCULAR	R\$ 485,55
04.05.04.007-5	EVISCERAÇÃO DE GLOBO OCULAR	R\$ 682,08
04.05.04.020-2	TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL	R\$ 654,88
04.05.05.013-5	IMPLANTE DE PRÓTESE ANTI-GLAUCOMATOSA	R\$ 935,55
04.05.05.021-6	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL	R\$ 253,93
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:		

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 ESPECIALISTA EM Córnea (QUANTIDADE 1)	R\$	74,55
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)		
02.11.06.026-7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Córnea-CERATOSCOPIA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) (24.24)		
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)		
AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE ESTRABISMO - SANTA LUZIA			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM ESTRABISMO (QUANTIDADE 1)	R\$	75,14
02.11.06.023-2	TESTE ORTÓPTICO (QUANTIDADE 1)		
AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE PLÁSTICA OCULAR - SANTA LUZIA			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM PLÁSTICA OCULAR (QUANTIDADE 1)	R\$	69,36
EXAMES EM OFTALMOLOGIA - SANTA LUZIA			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR	R\$	40,46
02.05.02.008-9	ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B	R\$	57,80
02.11.06.001-1	BIOMETRIA ULTRASSONICA MONOCULAR (ECO A)	R\$	40,46
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO	R\$	23,12
02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA	R\$	52,02
02.11.06.006-2	CURVA DIARIA DE PRESSÃO OCULAR - CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS)	R\$	28,90
02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA	R\$	28,90
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (MONOCULAR)	R\$	40,46
02.11.06.025-9	TONOMETRIA	R\$	5,78
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO AMBULATORIAL - S.A. - SANTA LUZIA			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
02.01.01.009-7	BIÓPSIA DE CONJUNTIVA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	158,14
02.01.01.018-6	BIÓPSIA DE ESCLERA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	113,02
02.01.01.035-6	BIÓPSIA DE PÁLPEBRA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	148,08
04.05.01.004-4	DRENAGEM DE ABSCESSO DE PÁLPEBRA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	150,29
04.05.01.006-0	EPILACAO DE CILIOS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	40,40
04.05.01.014-1	SIMBLEFAROTOMIA - 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 TRIQUIÁSE COM OU SEM ENXERTO (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	361,85
04.05.03.005-3	INJEÇÃO INTRA-VITREO (BPA INDIVIDUALIZADO) (com Avastim)	R\$	430,06
CISMEP-13	INJEÇÃO INTRA-VITREO COM 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 TELECANTO	R\$	322,43
04.05.01.003-6	DACRIOSTORRINOSTOMIA (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 - NOVA LIMA		
PACOTE BÁSICO DA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - NOVA LIMA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA (QUANTIDADE 1)	R\$ 75,60
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR PACIENTE (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 - NOVA LIMA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA (QUANTIDADE 1)	R\$ 75,60
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR PACIENTE (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		
AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA - NOVA LIMA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM RETINA (QUANTIDADE 1)	R\$ 75,60
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.017-8	TONOMETRIA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
TOTAL DO PACOTE		
AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE ESTRABISMO - NOVA LIMA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA (QUANTIDADE 1)	R\$ 75,60
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR PACIENTE (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
02.11.06.023-2	TESTE ORTÓPTICO (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
TOTAL DO PACOTE		

AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE ESTRABISMO - NOVA LIMA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA (QUANTIDADE 1)	R\$75,60
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR PACIENTE (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
02.11.06.023-2	TESTE ORTÓPTICO (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
TOTAL DO PACOTE		
CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAVALIAÇÃO DE GLAUCOMA - NOVA LIMA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.010-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)	R\$75,60
	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)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
TOTAL DO PACOTE		

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 ESPECIALISTA EM Córnea (QUANTIDADE 1)	R\$	74,55
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)		
02.11.06.026-7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Córnea-CERATOSCOPIA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) (24.24)		
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)		
AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE ESTRABISMO - UNIDADES EXTERNAS			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM ESTRABISMO (QUANTIDADE 1)	R\$	95,29
02.11.06.023-2	TESTE ORTÓPTICO (QUANTIDADE 1)		
AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE PLÁSTICA OCULAR - UNIDADES EXTERNAS			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM PLÁSTICA OCULAR (QUANTIDADE 1)	R\$	69,36
AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA - UNIDADES EXTERNAS			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM RETINA (QUANTIDADE 1)	R\$	196,53
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)		
02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA (QUANTIDADE 1)		
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/ORBITA (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\$	333,51
04.05.01.006-0	EPILACAO DE CÍLIOS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	40,40
04.05.01.014-1	SIMBLEFAROPLASTIA - UNILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	303,95
04.05.01.016-8	SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	238,22
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\$	1.028,13
04.05.01.019-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TRIQUIASE COM OU SEM ENXERTO (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	361,85
04.05.03.004-5	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER secão (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 PROCEDIMENTOS DE FOTOCOAGULAÇÃO A LASER. (APAC)	R\$	208,09
04.05.03.021-5	RETINOPEXIA PNEUMÁTICA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	610,92
04.05.03.022-3	REMOÇÃO DE ÓLEO DE SILICONE (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	736,42
04.05.04.019-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO XANTELASMA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	301,04
04.05.05.002-0	CAPSULOTOMIA A YAG LASER (APAC)	R\$	119,11
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\$	119,11
04.05.05.020-8	PARACENTESE DE CÂMARA ANTERIOR	R\$	126,88
04.05.05.021-6	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	221,53
04.05.05.024-0	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA ANTERIOR DO OLHO (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	528,12
04.05.05.025-9	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO NA CÔRNEA	R\$	33,46
04.05.05.026-7	SINEQUIÓLISE A YAG LASER (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	78,61
04.05.05.029-1	SUTURA DE CONJUNTIVA	R\$	133,49
04.05.05.030-5	SUTURA DE CÔRNEA	R\$	260,97
04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO	R\$	411,76
CISMEP	CROSSLINKING	R\$	1.168,00
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 TELECANTO	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\$	1.208,98
04.05.05.035-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE GLAUCOMA CONGÊNITO	R\$	1.429,77
04.05.05.039-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEISCÊNCIA DE SUTURA DE CÔRNEA	R\$	278,43
04.05.04.010-5	EXPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR LIO	R\$	978,25
04.05.04.021-0	REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRA- OCULAR	R\$	524,40
04.05.05.009-7	FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR	R\$	998,80
04.05.05.010-0	FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR	R\$	988,15
04.05.05.011-9	FACOEMULSIFICAÇÃO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR RÍGIDA	R\$	1.149,00
04.05.05.014-3	IMPLANTE INTRAESTROMAL	R\$	3.096,90
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\$	1.149,00
PROCEDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS ESPECIAIS - UNIDADES EXTERNAS			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
CISMEP-45	PENTACAM (TOMOGRAFIA DE CORNEA)	R\$	289,02
CISMEP-46	SEDAÇAO PARA PLÁSTICA 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\$	2.977,79
CISMEP-49	CIRURGIA DE PRK - REFRACTIVA A LASER BINOCULAR	R\$	2.509,50
CISMEP-50	CIRURGIA DE PRK - REFRACTIVA A LASER MONOCULAR	R\$	1.098,27
CISMEP-51	AVALIACAO DE CIRURGIA REFRACTIVA A LASER - INCLUI PENTACAM	R\$	404,62

TABELA 02 - OTORRINOLARINGOLOGIA

CONSULTA EM OTORRINOLARINGOLOGIA			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA (OTORRINOLARINGOLOGIA)	R\$	64,18
03.01.01.007-2	AVAL. NO DEPART. DE MICROCIRURGIA DE LARINGE	R\$	66,40
03.01.01.007-2	AVAL. NO DEPART.CIRUR. DE SINUSITES E POLIPOS NASAIS	R\$	66,40
03.01.01.007-2	AVAL. NO DEPART. DE AMIGDALAS E ADENOIDES	R\$	66,40
03.01.01.007-2	AVAL. NO DEPART. DE CIRUR. DE OUVIDO - OTORRINO	R\$	66,40
03.01.01.007-2	AVAL. NO DEPART. DE CIRURGIA DE SEPTO NASAL E CORNETOS	R\$	66,40
EXAMES EM OTORRINOLARINGOLOGIA			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
02.09.04.002-5	LARINGOSCOPIA	R\$	66,40
02.09.04.004-1	VIDEOLARINGOSCOPIA (FIBRONASOLARINGOSCOPIA)	R\$	94,68
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO AMBULATORIAL - S.A.			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
02.01.01.008-9	BIÓPSIA DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO	R\$	32,02
02.01.01.019-4	BIÓPSIA DE FARINGE (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	32,02
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	R\$	666,77
03.08.04.001-5	TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS OU CLÍNICOS	R\$	345,45
04.01.02.015-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO SINUS PRE-AURICULAR	R\$	780,02
04.04.01.001-6	ADENOIDECTOMIA	R\$	1.648,68
04.04.01.002-4	AMIGDALECTOMIA	R\$	1.108,49
04.04.01.003-2	AMIGDALECTOMIA COM ADENOIDECTOMIA	R\$	2.141,94
04.04.01.004-0	ANTROTOMIA DA MASTÓIDE (DRENAGEM DE OTITE NO LACTENTE)	R\$	483,09
04.04.01.005-9	DRENAGEM DE ABSCESSO FARÍNGEO	R\$	424,33
04.04.01.006-7	DRENAGEM DE ABSCESSO PERIAMIGDALIANO	R\$	424,33
04.04.01.008-3	DRENAGEM DO SACO ENDO-LINFÁTICO (SHUNT) COM AUDIÇÃO VIA TRANSMASTÓIDEA (IDADE MÍNIMA DE 12 ANOS)	R\$	1.330,56
04.04.01.010-5	ESTAPEDECTOMIA	R\$	2.544,43
04.04.01.011-3	EXÉRESE DE PAILOMA EM LARINGE	R\$	1.755,54
04.04.01.012-1	EXÉRESE DE TUMOR DE VIAS AÉREAS SUPERIORES, FACE E PESCOÇO	R\$	1.360,69
04.04.01.013-0	EXTIRPAÇÃO DO TUMOR DO CAVUM E FARINGE	R\$	410,41
04.04.01.016-4	LABIRINTECTOMIA MEMBRANOSA/ÓSSEA COM OU SEM AUDIÇÃO	R\$	1.338,29
04.04.01.021-0	MASTOIDECTOMIA RADICAL	R\$	3.174,89
04.04.01.022-9	MASTOIDECTOMIA SUBTOTAL	R\$	2.300,91
04.04.01.023-7	MICROCIRURGIA OTOLOGICA	R\$	1.120,46
04.04.01.028-8	RESSECÇÃO DO GLOMO TIMPÂNICO	R\$	1.399,92
04.04.01.031-8	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO/ FARINGE/LARINGE/NARIZ	R\$	410,41
04.04.01.032-6	SINUSOTOMIA BILATERAL	R\$	1.924,09
04.04.01.033-4	SINUSOTOMIA ESFENOIDAL	R\$	2.087,94
04.04.01.035-0	TIMPANOPLASTIA (UNI/BILATERAL)	R\$	1.838,38
04.04.01.037-7	TRAQUEOSTOMIA	R\$	916,11
04.04.01.038-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ESTENOSE DO CONDUTO AUDITIVO	R\$	960,95
04.04.01.040-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RINITE CRÔNICA (OZENA)	R\$	552,69
04.04.01.041-5	TURBINECTOMIA (IDADE MÍNIMA DE 12 ANOS)	R\$	1.253,05
04.04.01.042-2	CISMEP-06 ELETROCOAGULAÇÃO DE MUCOSA DE CORNETOS NASAIS EM PACIENTES COM IDADE ABAIXO DE 12 ANOS EM CIRURGIAS DE A + A	R\$	178,44
04.04.01.048-2	SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	R\$	1.346,27
04.04.01.049-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE IMPERFURAÇÃO COANAL (UNILATERAL/BILATERAL)	R\$	521,76
04.04.01.050-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PERFURAÇÃO DO SEPTO NASAL	R\$	521,76
04.04.01.051-2	SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR	R\$	1.143,00
04.04.01.052-0	SEPTOPLASTIA REPARADORA NÃO ESTÉTICA	R\$	379,48
04.04.01.053-9	RESSECÇÃO DE TUMOR DO ACÚSTICO (PELA FOSSA MÉDIA)	R\$	951,68
04.04.01.055-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RINOFIMA	R\$	565,06
04.04.02.001-1	ALONGAMENTO DE COLUMELA	R\$	348,55
04.04.02.003-8	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORO-NASAL/ORO-SINUSAL	R\$	704,24
04.04.02.004-6	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA SALIVAR COM RETALHO	R\$	333,09
04.04.02.027-5	RESSECÇÃO DE LESÃO MALIGNA E BENIGNA DA REGIÃO CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL (IDADE MÍNIMA DE 10 ANOS)	R\$	1.879,56
04.04.02.032-1	RINOPLASTIA PARA DEFEITOS PÓS-TRAUMÁTICOS	R\$	1.419,22
04.04.02.034-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ATRESIA NARINÁRIA	R\$	487,73
04.04.02.035-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA E CISTOS ORO-MAXILARES	R\$	642,38
04.04.02.077-1	RESSECÇÃO DE LESÃO DA BOCA	R\$	580,52
04.04.03.008-4	ALVEOLOPLASTIA COM ENXERTO ÓSSEO EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIOFACIAL	R\$	1.683,16
04.13.04.023-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO NÃO ESTÉTICO DA ORELHA	R\$	653,21
04.13.04.023-2	CIRURGIA DE OTOPLASTIA (CORRECAO DE ORELHA DE ABANO) - BILATERAL	R\$	2.405,63

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

PACOTE MIGUILIM - OTORRINOLARINGOLOGIA			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OTORRINOLARINGOLOGIA	R\$	50,00

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 OTOEMISSIONES 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 OTOEMISSIONES ACÚSTICAS EVOCADAS TRANSITÓRIAS E POR PRODUTO DE DISTORÇÃO - EOA		
TOTAL DO PACOTE			
AUDIOMETRIA DE REFORÇO VISUAL + IMITANCOMETRIA			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
02.11.07.002-5	AUDIOMETRIA DE REFORÇO VISUAL (VIA AEREA / OSSEA)	R\$	121,50
02.11.07.020-3	IMITÂNCIOMETRIA (IMPEDÂNCIOMETRIA)		
TOTAL DO PACOTE			
EXAMES			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
02.11.07.020-3	IMITANCOMETRIA = 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
02.11.07.002-5	AUDIOMETRIA DE REFORÇO VISUAL (VIA AEREA / OSSEA)	R\$	107,86
02.11.07.003-3	AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE	R\$	85,95
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 + IMITÂNCIOMETRIA (pacote)	R\$	124,24
02.11.07.004-1	AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL (PACOTE)	R\$	63,84
02.11.07.035-1	TESTES VESTIBULARES/OTONEUROLÓGICOS	R\$	82,87
PACOTE MIGUILIM - FONOAUDIOLOGIA			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
02.11.07.002-5	AUDIOMETRIA DE REFORÇO VISUAL COM IMITANCOMETRIA	R\$	121,50

TABELA 04 - GASTROENTEROLOGIA

CONSULTA EM GASTROENTEROLOGIA			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (GASTROENTEROLOGIA)	R\$	56,50
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\$	10.700,00
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-65	MUCOSECTOMIA (COM ATÉ 02 CLIPES)	R\$	3.108,81
CISMEP-66	CLIQUE HEMOSTÁTICO PARA MUCOSECTOMIA	R\$	952,89
CISMEP-64	RETIRADA DE POLIPO COM ALÇA DE POLIPECTOMIA	R\$	263,34
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	RETOSSIGMOÍDOSCOPIA	R\$	84,80
CISMEP-52	TATUAGEM POR COLONOSCOPIA	R\$	713,56
04.07.01.031-9	TRATAMENTO ESCLEROSANTE DE VARIZES ESOFÁGICAS	R\$	636,00
CISMEP-61	DILATAÇÃO ESOFÁGICA POR BALÃO (ACALASIA)	R\$	3.374,62
CISMEP-62	DILATAÇÃO ESOFÁGICA POR VELAS (SAVARY GILLIARD)	R\$	1.587,94
CISMEP-63	LIGADURA ELÁSTICA DE LESÃO HEMORRÁGICA DO APARELHO DIGESTIVO ALTO	R\$	1.516,14
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\$	59,94
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\$	1.833,66
04.06.02.057-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	R\$	1.384,38
ANGIOLOGIA - OURO PRETO			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
03.09.07.001-5	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	R\$	358,00
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	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	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
02.01.01.058-5	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA POR NÓDULO	R\$	464,00	-	-	-	-
02.01.01.060-7	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA GROSSA POR NÓDULO	R\$	630,30	-	-	-	-
CISMEP-18	EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DE MAMA POR NÓDULO	R\$	112,13	-	-	-	-

O valor ICISMEP + EQPTO envolve os custos com o serviço do profissional e locação do aparelho de ultrassonografia (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	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\$					130,00
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

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H.							
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP					
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	R\$					1.181,22
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	R\$					1.668,72
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	R\$					1.033,33
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	R\$					1.338,39
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDVANTE	R\$					1.460,27
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	R\$					1.181,68
04.09.06.018-6	LAQUEADURA TUBÁRIA	R\$					1.409,09
04.07.03.003-4	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA SEM COLANGIOGRAFIA	R\$					3.483,49
04.07.04.016-1	LAPAROTOMIA EXPLORADORA	R\$					3.483,49
CISMEP-69	EXAME ANATOMOPATOLOGICO PARA CIRURGIA DE COLECISTECTOMIA (POR PECA)	R\$					77,42

TABELA 09 - NEUROLOGIA

CONSULTA EM NEUROLOGIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (NEUROLOGIA)	R\$ 95,95
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 10 - 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		
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H.		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.04.01.011-3	EXERESE DE PAILOMA EM LARINGE	R\$ 1.755,54
04.01.02.015-0	TRATAMENTO CIRURGICO DO SINUS PRE-AURICULAR	R\$ 780,02
04.04.01.012-1	EXÉRESE DE TUMOR DE VIAS AEREAS SUPERIORES, FACE E PESCOÇO	R\$ 1.360,69
04.04.02.007-0	RESSECÇÃO DE GLÂNDULA SALIVAR	R\$ 1.229,07
04.01.02.010-0	EXTIRPAÇÃO E SUPRESSÃO DE LESÃO DE PELE E DE TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO	R\$ 849,10
04.04.01.017-2	LARINGECTOMIA PARCIAL	R\$ 1.755,54
04.01.02.009-6	EXERESE DE CISTO TIREOGLOSSO	R\$ 1.383,91

TABELA 11 - MAMOGRAFIA

EXAMES DE MAMOGRAFIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIAÇÃO PERIODICA BILATERAL	R\$ 45,00
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIAÇÃO PERIODICA UNILATERAL	R\$ 22,50
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	R\$ 45,00
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIAÇÃO PERIODICA BILATERAL - BICAS	R\$ 65,00
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIAÇÃO PERIODICA UNILATERAL - BICAS	R\$ 35,00
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO - BICAS	R\$ 65,00
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 (DIÁRIA)	R\$ 6.129,20
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA EM UNIDADE MÓVEL (DIÁRIA - INCLUI ALIMENTAÇÃO E HOSPEDAGEM)	R\$ 6.824,40

TABELA 12 - DERMATOLOGIA

CONSULTA EM DERMATOLOGIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (DERMATOLOGIA)	R\$ 56,00
CISMEP-10	DERMATOSCOPIA (POR LESÃO)	
TOTAL DO PACOTE		
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO AMBULATORIAL - S.A.		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.01.01.002-0	BIÓPSIA/PUNÇÃO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE	R\$ 99,38
02.01.01.037-2	BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES	R\$ 65,79
03.03.08.001-9	CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE PEQUENAS LESÕES	R\$ 5,00
CISMEP-02	CRIOTERAPIA ATÉ 5 LESÕES	R\$ 71,52
04.01.01.004-0	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 13 - TABELA DE VALORES PARA SERVIÇOS DE SAÚDE EM UNIDADE MÓVEL

VALOR DA DIÁRIA - POR SERVIÇO		
DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	QUANTIDADE	VALOR DA DIÁRIA ICISMEP
CONSULTA BÁSICA EM OFTALMOLOGIA EM UNIDADE MÓVEL	120 CONSULTAS	R\$ 19.550,40
SERVIÇO DE ÓTICA (PARA FORNECIMENTO DE ÓCULOS) EM UNIDADE MÓVEL*	ESTRUTURA DIÁRIA	R\$ 300,00
SERVIÇO DE ULTRASSONOGRAFIA EM UNIDADE MÓVEL	120 EXAMES	R\$ 19.550,40
SERVIÇO DE MAMOGRAFIA EM UNIDADE MÓVEL	90 EXAMES	R\$ 12.640,45
TOTAL ESTIMADO DA DIÁRIA		R\$ 52.041,25

* O VALOR DOS ÓCULOS POR UNIDADE SEGUIRÁ A TABELA 01 - OFTALMOLOGIA, SERVIÇOS COMPLEMENTARES EM UNIDADE MÓVEL

VALOR POR SERVIÇO EXCEDENTE À QUANTIDADE MÍNIMA VARIÁVEL		
DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	UNIDADE	VALOR ICISMEP
CONSULTA BÁSICA EM OFTALMOLOGIA EM UNIDADE MÓVEL	EXCEDENTE	R\$ 162,92
SERVIÇO DE ULTRASSONOGRAFIA EM UNIDADE MÓVEL	EXCEDENTE	R\$ 162,92
SERVIÇO DE MAMOGRAFIA EM UNIDADE MÓVEL	EXCEDENTE	R\$ 140,45

* ACIMA DE 50% DO NÚMERO DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS, SERÁ COBRADO O VALOR INTEGRAL DA DIÁRIA;

TABELA 14 - SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR MÉDICOS

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

TABELA 15 - SERVIÇOS/ATIVIDADES ESPECIAIS - CEC CONTAGEM

CONSULTAS EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CEC CONTAGEM	
DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGISTA ADULTO	R\$ 122,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - NEUROCIRURGIÃO	R\$ 165,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - DERMATOLOGISTA	R\$ 68,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - NEUROLOGISTA ADULTO	R\$ 167,00
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\$	190,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - NEUROLOGISTA INFANTIL	R\$	167,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGISTA INFANTIL	R\$	120,00
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\$	190,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - GASTROENTEROLOGISTA INFANTIL	R\$	142,95
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - COLOPROCTOLOGISTA	R\$	119,15
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO AVALIADOR (POR HORA DE TRABALHO)	R\$	130,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTA DE RISCO CIRÚRGICO COM ECG	R\$	130,00
EXAMES - CEC CONTAGEM		
DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
FIBRONASOLARINGOSCOPIA	R\$	215,00
VIDEONASOLARINGOSCOPIA	R\$	215,00
MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	R\$	200,00
TESTES VESTIBULARES / OTONEUROLOGICOS	R\$	238,25
ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MEMBROS SUPERIORES OU INFERIORES	R\$	391,30
ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES	R\$	733,45
ELETRONEUROMIOGRAFIA FACE TOTAL	R\$	459,90
ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR	R\$	123,70
TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	R\$	500,00
ECOCARDIOGRAMA INFANTIL (ABAIXO DE 10 ANOS)	R\$	226,31
ULTRASSONOGRAFIA - CEC CONTAGEM		
DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (DUPLEX SCAN VENOSO)	R\$	130,00
ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	R\$	75,00
ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	R\$	75,00
ULTRASSONOGRAFIA DE MAMAS E AXILAS	R\$	75,00
ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL) (PÉLVICA MASCULINA)	R\$	75,00
ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE	R\$	75,00
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA (VIA ABDOMINAL)	R\$	75,00
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA (VIA TRANSVAGINAL)	R\$	75,00
ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL (OU ENDOVAGINAL)	R\$	75,00
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R\$	120,00
ULTRASSONOGRAFIA TRANSLUCÊNCIA NUCAL	R\$	86,40
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA	R\$	228,00

TABELA 16 - EXAMES EM UNIDADES EXTERNAS

EXAMES - UNIDADE CONTAGEM		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.11.05.010-5	POLISSONOGRAFIA	R\$ 900,90
02.11.09.001-8	ESTUDO URODINAMICO	R\$ 623,15
02.11.02.006-0	TESTE ERGOMÉTRICO	R\$ 137,00
02.04.05.017-0	URETROCISTOSCOPIA (URETROCISTOGRAFIA)	R\$ 990,00
02.05.01.002-4	ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGICA	R\$ 631,30
02.04.06.002-8	DENSITOMETRIA OSSEA - ROTINA: COLUNA E FEMUR (OU DOIS SEGMENTOS)	R\$ 126,00
CISMEP-67	DENSITOMETRIA OSSEA - CORPO INTEIRO	R\$ 191,00
CISMEP-68	DENSITOMETRIA OSSEA (UM SEGMENTO)	R\$ 120,00

TABELA 17 - 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 18 - 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 19 - CINTILOGRAFIAS

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

TABELA 20 - 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 21 - 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 22 - 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 23 - 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,	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 24 - 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 25 - 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\$ 2.938,20
04.08.05.089-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	R\$ 3.036,00
04.03.02.012-3	TRATAMENTO CIRURGICO DE SINDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEO-FIBROSO AO NIVEL DO CARPO	R\$ 2.231,27
04.08.04.007-6	ATROPLASTIA DE REVISÃO OU RECONSTRUÇÃO DO QUADRIL	R\$ 10.123,91

CIRURGIA GERAL		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.07.03.003-4	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 3.499,70
04.07.02.034-9	PROCTOPEXIA ABDOMINAL POR PROCIDENCIA DO RETO	R\$ 2.121,84
04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA	R\$ 2.102,34
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\$ 2.200,65
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	R\$ 1.759,08
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	R\$ 1.990,69
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	R\$ 1.501,98
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\$ 4.319,88
04.09.06.013-5	HISTERECTOMIA TOTAL	R\$ 4.944,00
04.09.06.017-8	HISTEROSCOPIA CIRURGICA C/ RESSECTOSCOPIO	R\$ 2.468,22
04.09.06.019-4	MIOMECTOMIA	R\$ 3.000,00
04.09.06.021-6	OOFORECTOMIA/OOFOROPLASTIA	R\$ 2.668,00
09.09.06.004-6	CURETAGEM SEMIÓTICA C/ OU S/ DILATAÇÃO DO COLO UTERINO	R\$ 1.600,00
04.07.04.016-1	LAPAROTOMIA EXPLORADORA	R\$ 3.556,52
04.09.06.018-6	LAQUEADURA TUBÁRIA	R\$ 2.735,00

CIRURGIA UROLÓGICA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.09.01.017-0	INSTALACAO ENDOSCÓPICA DE CATETER DUPLO J	R\$ 1.636,18
CISMEP-37	RETIRADA DE CATETER DUPLO J	R\$ 518,88
04.09.04.013-4	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	R\$ 1.916,03
04.09.03.002-3	PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA	R\$ 4.500,79
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	NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA	R\$ 4.497,72
04.09.01.006-5	CISTOLITOTOMIA E/OU RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA BEXIGA	R\$ 1.925,32
04.09.01.036-7	RESSECÇÃO DO COLOVESICAL	R\$ 2.765,84

CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.02.01.002-7	PARATIREOIDECTOMIA	R\$ 4.999,80
04.04.01.046-6	PAROTIDECTOMIA PARCIAL OU SUBTOTAL	R\$ 3.612,99
04.04.02.007-0	RESSECÇÃO DE GLANDULA SALIVAR	R\$ 2.734,95
04.01.02.009-6	EXERESE DE CISTO TIREOGLOSSO	R\$ 2.880,00
04.02.01.004-3	TIREOIDECTOMIA TOTAL	R\$ 3.636,60
04.02.01.003-5	TIREOIDECTOMIA PARCIAL	R\$ 3.515,38

CIRURGIA CARDIOLÓGICA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.06.03.002-2	ANGIOPLASTIA CORONARIANA C/ IMPLANTE DE UM STENT (PACOTE) Incluindo os seguintes materiais: 01 Diária de CTI ou Enfermaria; Honorários médicos CTI; Stent; Balão Intraporto; Fio Guia; Introduutor; Cateter Guia; Seringa	R\$ 11.776,47
04.06.03.005-7	ANGIOPLASTIA PERIFERICA C/ IMPLANTE DE UM STENT (PACOTE) Incluindo os seguintes materiais: 01 Diária de CTI ou Enfermaria; Honorários médicos CTI; Stent; Balão Intraporto; Fio Guia; Introduutor; Cateter Guia; Seringa	R\$ 14.058,82

OPME's		
OPME CIRURGIA ORTOPÉDICA		

CIRURGIA	OPME	VALOR ICISMEP
ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL	COMPONENTE FEMORAL CIMENTADO (HASTE)	R\$ 1.940,63
	RESTRITOR/PLUG DE CIMENTO	R\$ 55,43
	CABEÇA INTERCAMBIÁVEL	R\$ 892,62
	COMPONENTE ACETABULAR CIMENTADO	R\$ 544,58
	CIMENTO ORTOPÉDICO	R\$ 116,65
	LAMINA SERRA	R\$ 387,74
	COMPONENTE FEMORAL NÃO CIMENTADO	R\$ 3.263,77
	COMPONENTE ACETABULAR METALICO	R\$ 1.977,74
	COMPONENTE ACETABULAR POLIETILENO PARA COMPONENTE METALICO	R\$ 717,68
	PARAFUSO ACETABULAR	R\$ 207,98
	COMPONENTE BIPOLAR (CABEÇA BIPOLAR)	R\$ 1.940,63
ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO JOELHO	COMPONENTE FEMURAL	R\$ 3.145,57
	COMPONENTE BASE TIBIAL	R\$ 1.615,48
	COMPONENTE PLATEAU TIBIAL	R\$ 664,19
	COMPONENTE PATELAR	R\$ 279,57
	CIMENTO ORTOPÉDICO	R\$ 128,32
ARTROPLASTIA DE REVISÃO OU RECONSTRUÇÃO DO QUADRIL	LAMINA SERRA	R\$ 423,55
	PLACA RETA DE CERCLAGEM	R\$ 721,25
	CABO DE CERCLAGEM	R\$ 603,75
	TELA DE REFORÇO ACETABULAR NACIONAL	R\$ 978,75
RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	ANEL DE REFORÇO ACETABULAR NACIONAL	R\$ 978,75
	LAMINA DE SHAVER	R\$ 808,59
	EQUIPO C/ SENSOR	R\$ 669,97
	PARAFUSO DE INTERFERENCIA EM TITANIO	R\$ 930,88
RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR)	LAMINA DE SHAVER	R\$ 808,59
	EQUIPO C/ SENSOR	R\$ 669,97
	PARAFUSO DE INTERFERENCIA EM TITANIO	R\$ 930,88
	LAMINA DE SHAVER	R\$ 808,59
REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTO DESCOMPRESSIVOS)	EQUIPO C/ SENSOR	R\$ 669,97
	CANULA DESCARTAVEL	R\$ 397,37
	ANCORA MONTADA EM TITANIO	R\$ 1.031,93
	PONTEIRA FREQUENCIA	R\$ 984,84
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	LAMINA DE SHAVER	R\$ 808,59
	EQUIPO C/ SENSOR	R\$ 669,97
	PARAFUSO DE INTERFERENCIA EM TITANIO	R\$ 930,88
	FAST-FIX 360 RETO OU CURVO AGULHADO	R\$ 3.369,15
	EMPURRADOR DE NO/CORTADOR DE SUTURA E CANULA	R\$ 673,83

OPME CIRURGIA UROLÓGICA		
CIRURGIA	OPME	VALOR ICISMEP
INSTALAÇÃO ENDOSCÓPICA DE CATETER DUPLO J	CATETER DUPLO J	R\$ 396,00
RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE PROSTATA (RTU)	ALÇA DE RTU	R\$ 396,00
	EQUIPO DE IRRIGAÇÃO DE 3 VIAS	R\$ 400,00
URETEROLITOTRIPSIA FLEXIVEL	CATETER DUPLO J	R\$ 396,00
	FIO GUIA HIDROFÍLICO	R\$ 675,00
	CATETER BASKET PARA RETIRADA DE CÁLCULO	R\$ 1.521,00
	BALÃO URETERAL	R\$ 1.860,00
	FIBRA LASER	R\$ 3.100,00
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 HIDROFÍLICO	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 HIDROFÍLICO	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 CORONÁRIA (FARMACOLÓGICO)	R\$ 3.944,50
	STENT PARA ARTÉRIA PERIFÉRICA (NÃO FARMACOLÓGICO)	R\$ 2.339,84
	CATETER BALÃO PARA ANGIOPLASTIA	R\$ 866,26

OUTROS SERVIÇOS RELACIONADOS ÀS CIRURGIAS		
CONSULTA MÉDICA PARA AVALIAÇÕES CIRURGICAS	R\$	90,00
CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (RISCO CIRÚRGICO)	R\$	80,00
RAIO X TÓRAX (ATÉ 2 INCIDÊNCIAS)	R\$	42,00

RAIO X TÓRAX (3 INCIDÊNCIAS)	R\$	77,50
CURATIVO ESPECIAL (SEM HIDROCOLOIDE - fevereiroR EXTENSÃO)	R\$	85,80
CURATIVO SIMPLES	R\$	65,95
LEITO DE CTI (DIÁRIA)	R\$	1.800,00
LEITO DE ENFERMARIA (DIÁRIA)	R\$	705,00
DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO DE FERIDAS OU EXTREMIDADES	R\$	1.133,21
ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO	R\$	6.110,10
INTRODUTOR FEMORAL PARA ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO - OPME	R\$	600,00

TABELA 26 - CIRURGIAS REGIÃO ALTO CAPARAÓ

CIRURGIA ORTOPÉDICA - REGIÃO ALTO CAPARAÓ		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.08.05.016-0	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	R\$ 5.391,25
04.08.05.017-9	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR)	R\$ 5.391,25
04.08.01.014-2	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTO DESCOMPRESSIVOS)	R\$ 4.407,30
04.08.05.089-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	R\$ 3.168,00
04.03.02.012-3	TRATAMENTO CIRURGICO DE SINDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEO-FIBROSO AO NIVEL DO CARPO	R\$ 2.281,35
04.08.05.065-9	TRATAMENTO CIRURGICO DE HALUX VALGUS COM OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO	R\$ 5.391,25
04.08.05.090-0	TRATAMENTO CIRURGICO DO HALUX RIGIDUS	R\$ 5.391,25
04.08.05.014-4	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DO TORNOZELO	R\$ 2.724,00
04.08.05.003-9	ARTRODESE DE MEDIAS/GRANDES ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 5.391,25
04.08.06.021-2	RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL	R\$ 2.281,35
04.03.02.013-1	TRATAMENTO MICROCIRÚRGICO DE TUMOR DE NERVO PERIFÉRICO/NEUROMA	R\$ 2.281,35

CIRURGIA GERAL - REGIÃO ALTO CAPARAÓ		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.07.03.003-4	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 2.336,40
04.07.02.027-6	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	R\$ 2.340,00
04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA	R\$ 2.336,40
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	R\$ 2.310,00
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	R\$ 2.244,00
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	R\$ 2.244,00

CIRURGIA GINECOLÓGICA - REGIÃO ALTO CAPARAÓ		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.09.06.012-7	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	R\$ 5.016,00
04.09.06.013-5	HISTERECTOMIA TOTAL	R\$ 5.016,00
04.09.06.017-8	HISTERECTOMIA POR VIA VAGINAL	R\$ 4.408,80
04.09.06.019-4	MIOMECTOMIA	R\$ 2.772,00
04.09.06.021-6	OOFORECTOMIA/OOFOROPLASTIA	R\$ 2.310,00
09.09.06.004-6	CURETAGEM SEMIÓTICA C/ OU S/ DILATAÇÃO DO COLO UTERINO	R\$ 1.056,00

CIRURGIA UROLÓGICA - REGIÃO ALTO CAPARAÓ		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.09.01.017-0	INSTALACAO ENDOSCÓPICA DE CATETER DUPLO J	R\$ 1.857,06
CISMEP-37	RETIRADA DE CATETER DUPLO J	R\$ 588,93
04.09.04.013-4	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	R\$ 1.857,06
04.09.03.002-3	PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA	R\$ 4.153,17
04.09.03.004-0	RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE PROSTATA (RTU)	R\$ 3.961,16
04.09.04.023-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARICOCELE	R\$ 1.947,38
04.09.01.059-6	URETEROLITOTRIPSIA FLEXIVEL	R\$ 3.828,36
04.09.01.059-6	URETEROLITOTRIPSIA RÍGIDA A LASER	R\$ 3.953,21
04.09.01.023-5	NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA	R\$ 3.978,47

OPME's - REGIÃO ALTO CAPARAÓ		
OPME CIRURGIA ORTOPÉDICA - REGIÃO ALTO CAPARAÓ		
CIRURGIA	OPME	VALOR ICISMEP
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 - REGIÃO ALTO CAPARAÓ		
CIRURGIA	OPME	VALOR ICISMEP
INSTALACAO ENDOSCÓPICA DE CATETER DUPLO J	CATETER DUPLO J	R\$ 396,00
RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE PROSTATA (RTU)	ALÇA DE RTU	R\$ 396,00
	EQUIPO DE IRRIGAÇÃO DE 3 VIAS	R\$ 400,00
	CATETER DUPLO J	R\$ 396,00
URETEROLITOTRIPSIA FLEXIVEL	FIO GUIA HIDROFILICO	R\$ 675,00
	CATETER BASKET PARA RETIRADA DE CÁLCULO	R\$ 1.521,00
	BALÃO URETERAL	R\$ 1.860,00
	FIBRA LASER	R\$ 3.100,00
	BALÃO URETERAL	R\$ 1.860,00
	EXTRATOR DE CÁLCULO 3Fr	R\$ 1.521,00

URETEROLITOTRIPSIA RIGIDA A LASER	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 - REGIÃO ALTO CAPARAÓ			
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
OUTROS SERVIÇOS RELACIONADOS ÀS CIRURGIAS - REGIÃO ALTO CAPARAÓ			
CONSULTA MÉDICA PARA AVALIAÇÕES CIRURGICAS		R\$	90,00
CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (RISCO CIRÚRGICO)		R\$	80,00
RAIO X TÓRAX (ATÉ 2 INCIDÊNCIAS)		R\$	42,00
RAIO X TÓRAX (3 INCIDÊNCIAS)		R\$	77,50
CURATIVO ESPECIAL (SEM HIDROCOLOIDE - fevereiroR EXTENSÃO)		R\$	85,80
CURATIVO SIMPLES		R\$	65,95
LEITO DE CTI (DIÁRIA)		R\$	1.800,00
LEITO DE ENFERMARIA (DIÁRIA)		R\$	705,00
DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO DE FERIDAS OU EXTREMIDADES		R\$	1.133,21

TABELA 27 - CIRURGIAS REGIÃO ZONA DA MATA

CIRURGIA ORTOPÉDICA - REGIÃO ZONA DA MATA			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
04.08.04.004-1	ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL	R\$	7.541,25
04.08.01.014-2	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTO DESCOMPRESSIVOS)	R\$	5.475,32
CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO - REGIÃO ZONA DA MATA			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
04.02.01.004-3	TIREOIDECTOMIA TOTAL	R\$	3.651,00
04.02.01.003-5	TIREOIDECTOMIA PARCIAL	R\$	2.621,56
CIRURGIA UROLÓGICA - REGIÃO ZONA DA MATA			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
04.09.01.017-0	INSTALACAO ENDOSCÓPICA DE CATETER DUPLO J	R\$	2.662,67
CISMEP-37	RETIRADA DE CATETER DUPLO J	R\$	524,77
04.09.01.031-6	PIELOLITOTOMIA	R\$	2.845,76
04.09.01.056-1	URETEROLITOTOMIA	R\$	8.074,01
04.09.03.004-0	RESSECÇÃO ENDOSCOPICA DE PROSTATA (RTU)	R\$	4.651,95
04.09.01.023-5	NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA	R\$	9.206,19
OPME's - REGIÃO ZONA DA MATA			
OPME CIRURGIA ORTOPÉDICA - REGIÃO ZONA DA MATA			
CIRURGIA	OPME	VALOR ICISMEP	
ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL	COMPONENTE FEMORAL CIMENTADO (HASTE)	R\$	1.204,38
	RESTRITOR/PLUG DE CIMENTO	R\$	32,36
	CABEÇA INTERCAMBIÁVEL	R\$	682,25
	COMPONENTE ACETABULAR CIMENTADO	R\$	337,08
	CIMENTO ORTOPÉDICO	R\$	134,83
	LAMINA SERRA	R\$	185,90
	COMPONENTE FEMORAL NÃO CIMENTADO	R\$	3.028,03
	COMPONENTE ACETABULAR METALICO	R\$	1.154,25
	COMPONENTE ACETABULAR POLIETILENO PARA COMPONENTE METALICO	R\$	134,83
	PARAFUSO ACETABULAR	R\$	210,24
	COMPONENTE BIPOLAR (CABEÇA BIPOLAR)	R\$	1.132,58
REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTO DESCOMPRESSIVOS)	LAMINA DE SHAVER	R\$	493,26
	EQUIPO C/ SENSOR	R\$	404,49
	CANULA DESCARTAVEL	R\$	256,18
	ÂNCORA MONTADA EM TITANIO	R\$	839,55
	PONTEIRA FREQUENCIA	R\$	625,62