

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

Atualização na Tabela de Serviços e Procedimentos em Saúde da ICISMEP, realizada em março de 2026, com publicação em março de 2026, para vigência a partir da competência de março de 2026.

## TABELA DE SERVIÇOS DE SAÚDE EXECUTADOS NAS UNIDADES ICISMEP Tabela 01 - OFTALMOLOGIA

CATARATA ZERO						
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP				
04.05.05.037-2	FACOMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL	R\$	541,11			
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\$	52,73			
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR PACIENTE (QUANTIDADE 1)					
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1)					
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)					
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)					
<b>TOTAL DO PACOTE</b>						
PACOTE BÁSICO DA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA INFANTIL						
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP				
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA (QUANTIDADE 1)	R\$	62,56			
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR PACIENTE (QUANTIDADE 1)					
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1)					
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)					
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)					
SEM CÓDIGO SUS	RETINOSCOPIA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)					
<b>TOTAL DO PACOTE</b>						
ATENDIMENTO EM CONSULTÓRIO ITINERANTE						
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)					
<b>TOTAL DO PACOTE</b>						
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA EM UNIDADE MÓVEL						
Modelo	Quantidade mínima de consultas	VALOR DA DIÁRIA				
		Serviço de oftalmologia	Serviço de oftalmologia + hospedagem	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	
VALOR POR CONSULTA EM OFTALMOLOGIA EM UNIDADE MÓVEL / ITINERANTE						
DESCRIÇÃO DO SERVIÇO					UNIDADE	VALOR ICISMEP
PACOTE BÁSICO DA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - CONSULTÓRIO ITINERANTE					CONSULTA	R\$ 75,70
PACOTE BÁSICO DA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - CONSULTÓRIO ITINERANTE REDE ESCOLAR					CONSULTA	R\$ 75,70
SERVIÇOS COMPLEMENTARES EM OFTALMOLOGIA - UNIDADE MÓVEL						
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP				
-	ARMAÇÃO PARA ÓCULOS ALTO ÍNDICE GRAU FORTE MODELO ADULTO FEMININO E MASCULINO - MATERIAL EM METAL OU ACETATO COM ARO TOTAL, ARO QUADRADO OU REDONDO	R\$	87,00			
-	ARMAÇÃO PARA ÓCULOS ALTO ÍNDICE GRAU FORTE MODELO INFANTIL FEMININO E MASCULINO - MATERIAL EM METAL OU ACETATO COM ARO TOTAL, ARO QUADRADO OU REDONDO	R\$	87,00			
-	ARMAÇÃO PARA ÓCULOS MODELO ADULTO FEMININO E MASCULINO - MATERIAL EM METAL OU ACETATO COM ARO TOTAL, ARO QUADRADO OU REDONDO	R\$	87,00			
-	ARMAÇÃO PARA ÓCULOS MODELO INFANTIL FEMININO E MASCULINO - MATERIAL EM METAL OU ACETATO COM ARO TOTAL, ARO QUADRADO OU REDONDO	R\$	86,00			
-	LENTE OFTÁLMICAS MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO ÍNDICE DE -10.00 A + 9.50 ESFÉRICO E CILINDRO ATE -6.00; CONFORME RECEITUÁRIO MÉDICO	R\$	39,00			
-	LENTE OFTÁLMICAS MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO ÍNDICE DE -8.00 A +6.00 ESFÉRICO E CILINDRO ATE -4.00; CONFORME RECEITUÁRIO MÉDICO	R\$	39,00			
-	LENTE OFTÁLMICAS MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO ÍNDICE GRAU FORTE, ALTA DIOPTRIA DE -12.50 A -23.00 ESFÉRICO E CILINDRO ATE -9.00; CONFORME RECEITUÁRIO MÉDICO	R\$	45,00			
-	LENTE OFTÁLMICAS MONOFOCAIS VISÃO SIMPLES ANTI-REFLEXO DE PLANO -4.00 A + 4.00 ESFÉRICO, CILINDRO ATE -2.00; CONFORME RECEITUÁRIO MÉDICO	R\$	61,00			
-	LENTE OFTÁLMICAS MONOFOCAIS VISÃO SIMPLES ANTI REFLEXO DE PLANO -6.00 A +6.00 ESFÉRICO, CILINDRO ATE -4.00; CONFORME RECEITUÁRIO MÉDICO	R\$	58,00			
-	LENTE OFTÁLMICAS MULTIFOCAIS ALTO ÍNDICE DE -10.00 A + 6.00 ESFÉRICO E CILINDRO ATE - 6.00; ADICAO DE +1.00 A +3.50 ALTURA MÍNIMA DE 22MM	R\$	59,00			
-	LENTE OFTÁLMICAS MULTIFOCAIS VISÃO SIMPLES DE -4.00 A +7.00 ESFÉRICO E CILINDRO ATE - 4.00; ADICAO DE +1.00 A +3.00 ALTURA MÍNIMA 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 VISÃO 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						
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP				

07.01.04.005-0	ÓCULOS COM LENTES CORRETIVAS IGUAIS/fevereiroRES QUE 0,5 DIOPTRIAS	R\$	343,76		
<b>AVALIAÇÃO DE CATARATA</b>					
<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR ICISMEP</b>			
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CATARATA (QUANTIDADE 1)	R\$	89,76		
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)				
<b>TOTAL DO PACOTE</b>					
<b>CONTROLE ANTECIPADO DE GLAUCOMA - CONSULTA</b>					
<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR ICISMEP</b>			
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)	R\$	82,37		
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 2)				
02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA (QUANTIDADE 1)				
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - <b>MONOCULAR</b> (R\$ 14,81 QUANTIDADE 2)				
02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (QUANTIDADE 1)				
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)				
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)				
<b>TOTAL DO PACOTE</b>					
<b>CONTROLE DE GLAUCOMA 30 A 60 DIAS - ACOMPANHAMENTO</b>					
<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR ICISMEP</b>			
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)	R\$	20,29		
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)				
<b>TOTAL DO PACOTE</b>					
<b>AVALIAÇÃO CIRÚRGICA DE GLAUCOMA</b>					
<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR ICISMEP</b>			
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)	R\$	55,82		
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)				
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1)				
02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA				
02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)				
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)				
<b>TOTAL DO PACOTE</b>					
<b>CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAVIAÇÃO DE GLAUCOMA</b>					
<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR ICISMEP</b>			
03.01.01.010-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)	R\$	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 - <b>MONOCULAR</b> (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)				
<b>TOTAL DO PACOTE</b>					
<b>ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DE GLAUCOMA</b>					
<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR ICISMEP</b>			
03.03.05.001-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)	R\$	17,74		
	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)				
	FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1)				
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)				
<b>TOTAL DO PACOTE</b>					
<b>DESCRIÇÃO DOS TRATAMENTOS MEDICAMENTOSOS DE GLAUCOMA</b>					
<b>Tabela 8</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR ICISMEP</b>			
03.03.05.003-9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (1ª LINHA)	R\$	18,66		
03.03.05.004-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (2ª LINHA)	R\$	79,38		
03.03.05.005-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (3ª LINHA)	R\$	127,98		
03.03.05.006-3	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (1ª LINHA)	R\$	12,44		
03.03.05.007-1	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (2ª LINHA)	R\$	52,92		
03.03.05.008-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (3ª LINHA)	R\$	85,33		
03.03.05.009-8	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE ACETAZOLAMIDA MONOCULAR OU BINOCULAR	R\$	93,10		
03.03.05.010-1	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA MONOCULAR	R\$	8,93		
03.03.05.011-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA BINOCULAR	R\$	13,39		
03.03.05.015-2	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - MONOCULAR	R\$	65,36		
03.03.05.016-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - BINOCULAR	R\$	98,04		
03.03.05.017-9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR	R\$	97,77		
03.03.05.018-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO PACIENTE GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR	R\$	146,64		
03.03.05.019-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR	R\$	138,25		
03.03.05.020-9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR	R\$	207,36		
03.03.05.021-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS	R\$	150,69		
03.03.05.022-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS	R\$	226,02		
<b>CONSULTA PARA CONTROLE PÓS-OPERATÓRIO DE GLAUCOMA</b>					
<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR ICISMEP</b>			
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)	R\$	52,73		
CISMEP-61	LISE DE SUTURA DE LASER PÓS TRABECULECTOMIA	R\$	52,73		
<b>AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CórNEA</b>					
<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR ICISMEP</b>			
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CórNEA (QUANTIDADE 1)	R\$	62,10		
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 - <b>MONOCULAR</b> (R\$ 14,81 QUANTIDADE 2) (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)				
<b>TOTAL DO PACOTE</b>					
<b>AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE ESTRABISMO</b>					

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM ESTRABISMO (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.023-2	TESTE ORTÓPTICO (QUANTIDADE 1)	R\$ 74,51
<b>TOTAL DO PACOTE</b>		
<b>AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE PLÁSTICA OCULAR</b>		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM PLÁSTICA OCULAR (QUANTIDADE 1)	
<b>TOTAL DO PACOTE</b>		
<b>AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA</b>		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM RETINA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.017-8	RETINOGRÁFIA COLORIDA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.028-3	TOMOGRÁFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.018-6	RETINOGRÁFIA FLUORESCENTE (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
<b>TOTAL DO PACOTE</b>		
<b>AVALIAÇÃO EM RETINOPATIA DE PREMATURIDADE</b>		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA (QUANTIDADE 1)	
<b>TOTAL DO PACOTE</b>		
<b>AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CIRURGIAS RETINIANAS - AVAL. DEPARTAMENTO DE VITRECTOMIA</b>		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CIRURGIAS RETINIANAS (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)	
02.05.02.008-9	ULTRASSONOGRÁFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA ( <b>MONOCULAR</b> ) - ECO B- (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
02.11.06.028-3	TOMOGRÁFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
<b>TOTAL DO PACOTE</b>		
<b>AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA - CONTROLE DE VITRECTOMIA</b>		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CIRURGIAS RETINIANAS (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
02.05.02.008-9	ECO-B ULTRA-SOM DE GLOBO OCULAR/ÓRBITA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
02.11.06.028-3	TOMOGRÁFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
<b>TOTAL DO PACOTE</b>		
<b>AVALIAÇÃO DE RETINA PÓS INJEÇÃO INTRA-VITREO</b>		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM RETINA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.028-3	TOMOGRÁFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
<b>TOTAL DO PACOTE</b>		
<b>EXAMES EM OFTALMOLOGIA</b>		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA - <b>MONOCULAR</b>	R\$ 15,44
02.05.02.008-9	ULTRA-SONOGRÁFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA ( <b>MONOCULAR</b> ) - ECO B	R\$ 35,80
02.11.06.001-1	BIOMETRIA ULTRASSÔNICA <b>MONOCULAR</b> (ECO A)	R\$ 25,27
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO	R\$ 12,87
02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA	R\$ 41,70
02.11.06.005-4	CERATOMETRIA	R\$ 3,51
02.11.06.006-2	CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO OCULAR - CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS)	R\$ 17,90
02.11.06.010-0	FUNDOSCOPIA	R\$ 3,51
02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA	R\$ 17,90
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO	R\$ 25,27
02.11.06.015-1	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL	R\$ 7,30
02.11.06.017-8	RETINOGRÁFIA COLORIDA BINOCULAR	R\$ 25,73
02.11.06.018-6	RETINOGRÁFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	R\$ 66,73
02.11.06.021-6	TESTE DE SCHIRMER	R\$ 3,51
02.11.06.022-4	TESTE DE VISÃO DE CORES	R\$ 3,51
02.11.06.023-2	TESTE ORTÓPTICO	R\$ 12,87
02.11.06.025-9	TONOMETRIA	R\$ 3,51
02.11.06.026-7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÔRNEA (CERATOSCOPIA)	R\$ 31,28
02.11.06.028-3	TOMOGRÁFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA (OCT)	R\$ 62,56
CISMEP-12	TRATAMENTO MEDICAMENTOSOS DE BLEFAROESPASMO COM TOXINA BOTULÍNICA	R\$ 88,62
03.03.05.023-3	TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DA DOENÇA DA RETINA	R\$ 88,33
<b>PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO AMBULATORIAL - S.A.</b>		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.01.01.009-7	BIÓPSIA DE CONJUNTIVA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 103,96
02.01.01.011-9	BIÓPSIA DE CÔRNEA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 101,92
02.01.01.018-6	BIÓPSIA DE ESCLERA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 101,92
02.01.01.035-6	BIÓPSIA DE PÁLPEBRA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 110,86
04.05.01.004-4	DRENAGEM DE ABSCESSO DE PÁLPEBRA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 31,86
04.05.01.005-2	EPILAÇÃO A LASER - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 115,02
04.05.01.006-0	EPILACAO DE CILIOS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 45,21
04.05.01.010-9	OCCLUSÃO DE PONTO LACRIMAL (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 26,62
04.05.01.014-1	SIMBLEFAROPLASTIA - UNILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 398,35
04.05.01.016-8	SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIAS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 91,75
04.05.01.017-6	SUTURA DE PÁLPEBRAS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 295,47
04.05.01.018-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BLEFAROCALASE - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 811,19
04.05.01.019-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TRIQUIÁSE COM OU SEM ENXERTO (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 513,70
04.05.01.020-6	PUNCTOPLASTIA - UNILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 137,45
04.05.03.003-7	CRIOTERAPIA OCULAR	R\$ 161,32

04.05.03.004-5	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER (APAC)	R\$	112,19
04.05.03.005-3	INJEÇÃO INTRA-VITREO (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	275,14
CISMEP-13	INJEÇÃO INTRA-VITREO COM ANTIBIÓTICO	R\$	90,62
04.05.03.009-6	SUTURA DE ESCLERA (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	224,08
04.05.03.010-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEISCÊNCIA DE SUTURA DE ESCLERA	R\$	236,12
04.05.03.011-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MIÍASE PALPEBRAL (BILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	32,26
04.05.03.012-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE NEOPLASIA DE ESCLERA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	426,40
04.05.03.015-0	VITRIÓLISE A YAG LASER (BPA CONSOLIDADO)	R\$	74,20
04.05.03.019-3	PAN-FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA A LASER CORRESPONDE A 4 PROCEDIMENTOS DE FOTOCOAGULAÇÃO A LASER. (APAC)	R\$	448,80
04.05.03.021-5	RETINOPEXIA PNEUMÁTICA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	550,96
04.05.03.022-3	REMOÇÃO DE ÓLEO DE SILICONE (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	664,14
04.05.04.013-0	INJEÇÃO RETROBULBAR/ PERIBULBAR	R\$	34,35
04.05.04.019-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO XANTELASMA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	323,21
04.05.05.002-0	CAPSULOTOMIA A YAG LASER (APAC)	R\$	117,57
04.05.05.003-8	CAUTERIZAÇÃO DE Córnea	R\$	26,92
04.05.05.006-2	CORREÇÃO DE ASTIGMATISMO SECUNDÁRIO	R\$	26,92
04.05.05.007-0	CORRECAO CIRURGICA DE HERNIA DE IRIS	R\$	414,11
04.05.05.008-9	EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA	R\$	277,73
04.05.05.012-7	FOTOTRABECULOPLASTIA A LASER (APAC)	R\$	46,92
04.05.05.016-0	INJEÇÃO SUBCONJUNTIVAL/SUBTENONIANA	R\$	13,90
04.05.05.017-8	IRIDECTOMIA CIRÚRGICA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	407,47
04.05.05.019-4	IRIDOTOMIA A LASER (APAC)	R\$	82,10
04.05.05.020-8	PARACENTESE DE CÂMARA ANTERIOR	R\$	114,43
04.05.05.021-6	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	209,77
04.05.05.024-0	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA ANTERIOR DO OLHO (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	476,28
04.05.05.025-9	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO NA Córnea	R\$	30,17
04.05.05.026-7	SINEQUIÓLISE A YAG LASER (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	46,92
04.05.05.029-1	SUTURA DE CONJUNTIVA	R\$	120,39
04.05.05.030-5	SUTURA DE Córnea	R\$	235,36
04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO	R\$	339,44
CISMEP-11	CROSSLINKING	R\$	437,89
04.05.05.028-3	SUBSTITUIÇÃO DE LENTE INTRA-OCULAR	R\$	902,28
<b>PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H.</b>			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO		VALOR ICISMEP
02.01.01.011-9	BIÓPSIA DE Córnea	R\$	109,79
02.01.01.024-0	BIÓPSIA DE IRIS, CORPO CILIAR, RETINA, CORÓIDE E VITREO	R\$	274,57
03.08.04.001-5	TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS OU CLÍNICOS	R\$	318,21
04.05.01.001-0	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ENTRÓPIO E ECTRÓPIO (BILATERAL)	R\$	463,08
04.05.01.007-9	EXERESE DE CALÁZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PÁLPEBRA E SUPERCÍLIOS (UNILATERAL)	R\$	213,99
04.05.01.002-8	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE EPICANTO E TELECANTO	R\$	328,22
04.05.01.003-6	DACRIOCISTORRINOSTOMIA (UNILATERAL)	R\$	1.961,38
04.05.01.008-7	EXTIRPAÇÃO DE GLÂNDULA LACRIMAL	R\$	926,74
04.05.01.011-7	RECONSTITUIÇÃO DE CANAL LACRIMAL (UNILATERAL)	R\$	811,61
04.05.01.012-5	RECONSTITUIÇÃO PARCIAL DA PÁLPEBRA COM TARSORRAFIA (BILATERAL)	R\$	633,28
04.05.01.013-3	RECONSTITUIÇÃO TOTAL DE PÁLPEBRA	R\$	1.700,89
04.05.01.015-0	SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL (BILATERAL)	R\$	239,76
04.05.01.017-6	SUTURA DE PÁLPEBRAS (BILATERAL)	R\$	179,33
04.05.02.001-5	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MÚSCULOS HIPERTROPIAS)	R\$	2.770,78
04.05.02.002-3	CORREÇÃO CIRÚRGICA DO ESTRABISMO (ATÉ 2 MÚSCULOS)	R\$	1.781,97
04.05.03.002-9	BIÓPSIA DE TUMOR INTRA-OCULAR	R\$	113,10
04.05.03.007-0	RETINOPEXIA COM INTROFLEXÃO ESCLERAL	R\$	1.659,71
04.05.03.009-6	SUTURA DE ESCLERA	R\$	290,68
04.05.03.013-4	VITRECTOMIA ANTERIOR	R\$	564,60
04.05.03.014-2	VITRECTOMIA POSTERIOR	R\$	2.577,86
04.05.03.016-9	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER	R\$	3.437,73
04.05.03.017-7	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO, ÓLEO DE SILICONE E ENDOLASER	R\$	3.977,71
CISMEP-03	MEMBRANECTOMIA	R\$	399,29
CISMEP-04	TROCA FLUIDO GASOSA	R\$	240,19
CISMEP-05	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA POSTERIOR DO OLHO	R\$	400,83
04.05.03.020-7	DRENAGEM DE HEMORRAGIA DE CORÓIDE	R\$	533,81
04.05.04.001-6	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE LAGOFTALMO	R\$	471,54
04.05.04.007-5	EVISCERAÇÃO DE GLOBO OCULAR	R\$	1.218,50
04.05.04.018-0	TRANSPLANTE DE PERIÓSTEO EM ESCLEROMALÁCIA	R\$	1.409,82
04.05.04.020-2	TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL	R\$	777,37
04.05.05.001-1	CAPSULECTOMIA POSTERIOR CIRÚRGICA	R\$	354,44
04.05.05.004-6	CICLOCRIOCOAGULAÇÃO/DIATERMIA	R\$	691,40
04.05.05.005-4	CICLODIÁLISE	R\$	533,59
04.05.05.013-5	IMPLANTE DE PRÓTESE ANTI-GLAUCOMATOSA	R\$	2.042,24
04.05.05.021-6	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL	R\$	220,30
04.05.05.022-4	RECONSTITUIÇÃO DE FÓRNIX CONJUNTIVAL	R\$	729,61
04.05.05.032-1	TRABECULECTOMIA (CIRURGIA FISTULIZANTE ANTIGLAUCOMATOSA)	R\$	1.673,59
04.05.05.035-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE GLAUCOMA CONGÊNITO	R\$	1.455,45
04.05.05.039-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEISCÊNCIA DE SUTURA DE Córnea	R\$	283,43
07.02.07.004-1	ESFERA DE MÜLER (PROCED. ESPECIAL)	R\$	91,79
07.02.07.005-0	TUBO DE DRENAGEM PARA GLAUCOMA (PROCED. ESPECIAL)	R\$	1.223,91
04.05.04.010-5	EXPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR LIO	R\$	995,83
04.05.04.021-0	REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRA- OCULAR	R\$	533,82
04.05.05.009-7	FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR	R\$	1.038,89
04.05.05.010-0	FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR	R\$	779,04
04.05.05.011-9	FACOEMULSIFICAÇÃO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR RÍGIDA	R\$	1.038,89
04.05.05.014-3	IMPLANTE INTRAESTROMAL	R\$	2.285,22
04.05.05.015-1	IMPLANTE SECUNDÁRIO DE LENTE INTRA- OCULAR LIO	R\$	1.320,41
04.05.05.037-2	FACOEMULSIFICACAO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL	R\$	1.038,89
04.05.05.038-0	CIRURGIA DE CATARATA CONGÊNITA	R\$	1.053,46

## 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)	R\$ 190,75
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR PACIENTE (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
SEM CÓDIGO SUS	RETINOSCOPIA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
<b>TOTAL DO PACOTE</b>		

### PACOTE 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 ÍNDICE GRAU FORTE MODELO INFANTIL FEMININO E MASCULINO - MATERIAL EM METAL OU ACETATO COM ARO TOTAL, ARO	R\$ 87,00
07.01.04.005-0	ARMAÇÃO PARA ÓCULOS MODELO INFANTIL FEMININO E MASCULINO - MATERIAL EM METAL OU ACETATO COM ARO TOTAL, ARO QUADRADO OU REDONDO	R\$ 86,00
07.01.04.005-0	LENTE OFTÁLMICAS MONOFÓCAIS ANTI-REFLEXO ALTO ÍNDICE DE -10.00 A + 9.50 ESFÉRICO E CILINDRO ATE -6.00; CONFORME RECEITUÁRIO MÉDICO	R\$ 39,00
07.01.04.005-0	LENTE OFTÁLMICAS MONOFÓCAIS ANTI-REFLEXO ALTO ÍNDICE DE -8.00 A +6.00 ESFÉRICO E CILINDRO ATE -4.00; CONFORME RECEITUÁRIO MÉDICO	R\$ 39,00
07.01.04.005-0	LENTE OFTÁLMICAS MONOFÓCAIS ANTI-REFLEXO ALTO ÍNDICE GRAU FORTE, ALTA DIOPTRIA DE -12.50 A -23.00 ESFÉRICO E CILINDRO ATE -9.00; CONFORME	R\$ 45,00
07.01.04.005-0	LENTE OFTÁLMICAS MONOFÓCAIS VISAO SIMPLES ANTI-REFLEXO DE PLANO -4.00 A + 4.00 ESFÉRICO, CILINDRO ATE -2.00; CONFORME RECEITUÁRIO MÉDICO	R\$ 61,00
07.01.04.005-0	LENTE OFTÁLMICAS MONOFÓCAIS VISAO SIMPLES ANTI REFLEXO DE PLANO -6.00 A +6.00 ESFÉRICO, CILINDRO ATE -4.00; CONFORME RECEITUÁRIO MÉDICO	R\$ 58,00
07.01.04.005-0	LENTE OFTÁLMICAS MULTIFÓCAIS ALTO ÍNDICE DE -10.00 A + 6.00 ESFÉRICO 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 OFTÁLMICAS MULTIFÓCAIS VISAO SIMPLES DE -4.00 A +7.00 ESFÉRICO 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 ULTRASSÔNICA MONOCULAR (ECO A) (R\$ 24,24 QUANTIDADE 2)	
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
02.05.02.008-9	ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	

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

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.010-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)	R\$ 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 ULTRASSÔNICA - MONOCULAR (QUANTIDADE 2)	
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	

### 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 DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR	R\$ 146,64
03.03.05.019-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR	R\$ 138,25
03.03.05.020-9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR	R\$ 207,36
03.03.05.021-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS	R\$ 150,69
03.03.05.022-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS	R\$ 226,02

### AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CÔRNEA - OURO PRETO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CÔRNEA (QUANTIDADE 1)	R\$ 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 ULTRASSÔNICA - 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 VISO 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	SIMBLEFAROLASTIA - 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 UNIDADES EXTERNAS		
PACOTE BÁSICO DA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - UNIDADES EXTERNAS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA (QUANTIDADE 1)	R\$ 69,36
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR PACIENTE (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
AVALIAÇÃO DE CATARATA - UNIDADES EXTERNAS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CATARATA (QUANTIDADE 1)	R\$ 122,54
02.11.06.001-1	BIOMETRIA ULTRASSONICA MONOCULAR (ECO A)	
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
02.05.02.008-9	ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
AVALIAÇÃO CIRÚRGICA DE GLAUCOMA - UNIDADES EXTERNAS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)	R\$ 92,88
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA	
02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	

03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
<b>CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAVIAÇÃO DE GLAUCOMA - UNIDADES EXTERNAS</b>		
<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR ICISMEP</b>
03.01.01.010-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)	R\$ 149,73
	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
	FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1)	
	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA (QUANTIDADE 1)	
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - <b>MONOCULAR</b>	
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)	
<b>ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DE GLAUCOMA - UNIDADES EXTERNAS</b>		
<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR ICISMEP</b>
03.03.05.001-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)	R\$ 46,24
	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
	FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
<b>DESCRIÇÃO DOS TRATAMENTOS MEDICAMENTOSOS DE GLAUCOMA - UNIDADES EXTERNAS</b>		
<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR ICISMEP</b>
03.03.05.003-9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (1ª LINHA)	R\$ 18,66
03.03.05.004-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (2ª LINHA)	R\$ 79,38
03.03.05.005-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (3ª LINHA)	R\$ 127,98
03.03.05.006-3	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (1ª LINHA)	R\$ 12,44
03.03.05.007-1	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (2ª LINHA)	R\$ 52,92
03.03.05.008-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (3ª LINHA)	R\$ 85,33
03.03.05.009-8	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE ACETAZOLAMIDA MONOCULAR OU BINOCULAR	R\$ 93,10
03.03.05.010-1	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA MONOCULAR	R\$ 8,93
03.03.05.011-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA BINOCULAR	R\$ 13,39
03.03.05.015-2	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - MONOCULAR	R\$ 65,36
03.03.05.016-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - BINOCULAR	R\$ 98,04
03.03.05.017-9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR	R\$ 97,77
03.03.05.018-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO PACIENTE GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR	R\$ 146,64
03.03.05.019-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR	R\$ 138,25
03.03.05.020-9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR	R\$ 207,36
03.03.05.021-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS	R\$ 150,69
03.03.05.022-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS	R\$ 226,02
<b>AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CórNEA - UNIDADES EXTERNAS</b>		
<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR ICISMEP</b>
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CórNEA (QUANTIDADE 1)	R\$ 74,55
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.026-7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CórNEA-CERATOSCOPIA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) (24.24)	
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - <b>MONOCULAR</b> (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
<b>AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE ESTRABISMO - UNIDADES EXTERNAS</b>		
<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR ICISMEP</b>
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM ESTRABISMO (QUANTIDADE 1)	R\$ 95,29
02.11.06.023-2	TESTE ORTÓPTICO (QUANTIDADE 1)	
<b>AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE PLÁSTICA OCULAR - UNIDADES EXTERNAS</b>		
<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR ICISMEP</b>
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM PLÁSTICA OCULAR (QUANTIDADE 1)	R\$ 69,36
<b>AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA - UNIDADES EXTERNAS</b>		
<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR ICISMEP</b>
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM RETINA (QUANTIDADE 1)	R\$ 196,53
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA (QUANTIDADE 1)	
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)	
<b>AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CIRURGIAS RETINIANAS - AVAL. DEPARTAMENTO DE VITRECTOMIA - UNIDADES EXTERNAS</b>		
<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR ICISMEP</b>
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CIRURGIAS RETINIANAS (QUANTIDADE 1)	R\$ 196,53
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)	
02.05.02.008-9	ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA ( <b>MONOCULAR</b> ) - ECO B- (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA 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)	
<b>AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA - CONTROLE DE VITRECTOMIA - UNIDADES EXTERNAS</b>		
<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR ICISMEP</b>
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CIRURGIAS RETINIANAS (QUANTIDADE 1)	R\$ 138,73
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
02.05.02.008-9	ECO-B ULTRA-SOM DE GLOBO OCULAR/ÓRBITA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
<b>AVALIAÇÃO DE RETINA PÓS INJEÇÃO INTRA-VITREO - UNIDADES EXTERNAS</b>		
<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR ICISMEP</b>
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM RETINA (QUANTIDADE 1)	R\$ 138,73
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
<b>EXAMES EM OFTALMOLOGIA - UNIDADES EXTERNAS</b>		
<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR ICISMEP</b>
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR	R\$ 40,46

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

**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	EPILAÇÃO 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 TRIQUIÁSE 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 Córnea	R\$ 33,46
04.05.05.026-7	SINEQUIÓLISE A YAG LASER (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 78,61
04.05.05.029-1	SUTURA DE CONJUNTIVA	R\$ 133,49
04.05.05.030-5	SUTURA DE Córnea	R\$ 260,97
04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO	R\$ 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 LAGOFALMO	R\$ 439,31
04.05.04.006-7	ENUCLEAÇÃO DO GLOBO OCULAR	R\$ 751,45
04.05.04.007-5	EVISCERAÇÃO DE GLOBO OCULAR	R\$ 832,37
04.05.04.018-0	TRANSPLANTE DE PERIÓSTEO EM ESCLEROMALÁCIA	R\$ 1.384,95
04.05.04.020-2	TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL	R\$ 786,13
04.05.05.001-1	CAPSULECTOMIA POSTERIOR CIRÚRGICA	R\$ 439,31
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\$	2.312,14
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	SEDACAO PARA PLASTICA OCULAR	R\$	161,85
CISMEP-47	INJECAO INTRA-VITREA DE EYLIA ( AFLIBICERPT ) COM OCT 30 DIAS APOS GRUPOS DE 3 APLICACAOES	R\$	1.965,32
CISMEP-48	INJECAO INTRA-VITREA DE LUCENTIS ( RANIZUBIMABE ) COM OCT 30 DIAS APOS GRUPOS DE 3 APLICACAOES	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\$	66,92
03.01.01.007-2	AVAL. NO DEPART. DE MICROCIRURGIA DE LARINGE	R\$	69,22
03.01.01.007-2	AVAL. NO DEPART.CIRUR. DE SINUSITES E POLIPOS NASAIS	R\$	69,22
03.01.01.007-2	AVAL. NO DEPART. DE AMIGDALAS E ADENOIDES	R\$	69,22
03.01.01.007-2	AVAL. NO DEPART. DE CIRUR. DE OUVIDO - OTORRINO	R\$	69,22
03.01.01.007-2	AVAL. NO DEPART. DE CIRURGIA DE SEPTO NASAL E CORNETOS	R\$	69,22
EXAMES EM OTORRINOLARINGOLOGIA			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
02.09.04.002-5	LARINGOSCOPIA	R\$	69,22
02.09.04.004-1	VIDEOLARINGOSCOPIA (FIBRONASOLARINGOSCOPIA)	R\$	98,71
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO AMBULATORIAL - S.A.			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
02.01.01.008-9	BIÓPSIA DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO	R\$	33,39
02.01.01.019-4	BIÓPSIA DE FARINGE (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	33,39
02.01.01.036-4	BIÓPSIA DE PAVILHAO AURICULAR	R\$	25,44
02.01.01.039-9	BIÓPSIA DE PIRAMIDE NASAL	R\$	33,39
02.01.01.044-5	BIÓPSIA DE SEIO PARANASAL	R\$	33,39
02.01.01.052-6	BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA	R\$	36,56
04.04.01.007-5	DRENAGEM DE FURÚNCULO NO CONDUTO AUDITIVO EXTERNO	R\$	30,29
04.04.01.015-6	INFILTRAÇÃO MEDICAMENTOSA EM CORNETO INFERIOR	R\$	20,66
04.04.01.024-5	MIRINGOTOMIA	R\$	20,66
04.04.01.025-3	PARACENTESE DO TÍMPANO	R\$	25,44
04.04.01.026-1	PUNÇÃO TRANSMETÁICA DO SEIO MAXILAR (UNILATERAL)	R\$	20,66
04.04.01.027-0	REMOCAO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO UNILATERAL/BILATERAL	R\$	34,61
04.04.01.029-6	RESSECCAO DE SINÉQUIAS	R\$	66,80
04.04.01.031-8	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO, FARINGE, LARINGE, NARIZ	R\$	64,61
04.04.01.034-2	TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR E/OU POSTERIOR	R\$	30,30
04.04.01.036-9	TIMPANOTOMIA PARA TUBO DE VENTILAÇÃO	R\$	496,39
04.04.01.039-3	TRATAMENTO CIRURGICO DE PERICONDRITE DE PAVILHÃO	R\$	66,78
04.04.01.044-0	ANTROSTOMIA MAXILAR INTRA-NASAL	R\$	79,49
04.04.02.005-4	DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS	R\$	25,44
04.04.02.010-0	EXCISÃO EM CUNHA DE LÁBIO (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	63,59
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\$	695,18
03.08.04.001-5	TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS OU CLÍNICOS	R\$	360,16
04.01.02.015-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO SINUS PRE-AURICULAR	R\$	813,25
04.04.01.001-6	ADENOIDECTOMIA	R\$	1.718,91
04.04.01.002-4	AMIGDALECTOMIA	R\$	1.155,71
04.04.01.003-2	AMIGDALECTOMIA COM ADENOIDECTOMIA	R\$	2.233,19
04.04.01.004-0	ANTROTOMIA DA MASTÓIDE (DRENAGEM DE OTITE NO LACTENTE)	R\$	503,67
04.04.01.005-9	DRENAGEM DE ABSCESSO FARÍNGEO	R\$	442,40
04.04.01.006-7	DRENAGEM DE ABSCESSO PERIAMIGDALIANO	R\$	442,40
04.04.01.008-3	DRENAGEM DO SACO ENDO-LINFÁTICO (SHUNT) COM AUDIÇÃO VIA TRANSMASTÓIDEA (IDADE MÍNIMA DE 12 ANOS)	R\$	1.387,24
04.04.01.010-5	ESTAPEDECTOMIA	R\$	2.652,82
04.04.01.011-3	EXÉRESE DE PAPILOMA EM LARINGE	R\$	1.830,33
04.04.01.012-1	EXÉRESE DE TUMOR DE VIAS AÉREAS SUPERIORES, FACE E PESCOÇO	R\$	1.418,66
04.04.01.013-0	EXTIRPAÇÃO DO TUMOR DO CAVUM E FARINGE	R\$	427,89
04.04.01.016-4	LABIRINTECTOMIA MEMBRANOSA/ÓSSEA COM OU SEM AUDIÇÃO	R\$	1.395,31
04.04.01.021-0	MASTOIDECTOMIA RADICAL	R\$	3.310,14
04.04.01.022-9	MASTOIDECTOMIA SUBTOTAL	R\$	2.398,93
04.04.01.023-7	MICROCIRURGIA OTOLÓGICA	R\$	1.168,19
04.04.01.028-8	RESSECCÃO DO GLOMO TIMPÂNICO	R\$	1.459,55
04.04.01.031-8	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO/ FARINGE/LARINGE/NARIZ	R\$	427,89
04.04.01.032-6	SINUSOTOMIA BILATERAL	R\$	2.006,06
04.04.01.033-4	SINUSOTOMIA ESFENOIDAL	R\$	2.176,89
04.04.01.035-0	TIMPANOPLASTIA (UNI/BILATERAL)	R\$	1.916,69
04.04.01.037-7	TRAQUEOSTOMIA	R\$	955,13
04.04.01.038-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ESTENOSE DO CONDUTO AUDITIVO	R\$	1.001,89
04.04.01.040-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RINITE CRÔNICA (OZENA)	R\$	576,23

04.04.01.041-5	TURBINECTOMIA (IDADE MÍNIMA DE 12 ANOS)	R\$	1.306,43
CISMEP-06	ELETROCOAGULAÇÃO DE MUCOSA DE CORNETOS NASAIS EM PACIENTES COM IDADE ABAIXO DE 12 ANOS EM CIRURGIAS DE A + A	R\$	186,04
04.04.01.048-2	SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	R\$	1.403,62
04.04.01.049-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE IMPERFURAÇÃO COANAL (UNILATERAL/BILATERAL)	R\$	543,98
04.04.01.050-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PERFURAÇÃO DO SEPTO NASAL	R\$	543,98
04.04.01.051-2	SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR	R\$	1.143,00
04.04.01.052-0	SEPTOPLASTIA REPARADORA NÃO ESTÉTICA	R\$	395,65
04.04.01.053-9	RESSECÇÃO DE TUMOR DO ACÚSTICO (PELA FOSSA MÉDIA)	R\$	992,22
04.04.01.055-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RINOFIMA	R\$	589,13
04.04.02.001-1	ALONGAMENTO DE COLUMELA	R\$	363,40
04.04.02.003-8	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORO-NASAL/ORO-SINUSAL	R\$	734,24
04.04.02.004-6	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA SALIVAR COM RETALHO	R\$	347,28
04.04.02.027-5	RESSECÇÃO DE LESÃO MALIGNA E BENIGNA DA REGIÃO CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL (IDADE MÍNIMA DE 10 ANOS)	R\$	1.959,63
04.04.02.032-1	RINOPLASTIA PARA DEFEITOS PÓS-TRAUMÁTICOS	R\$	1.479,67
04.04.02.034-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ATRESIA NARINÁRIA	R\$	508,51
04.04.02.035-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA E CISTOS ORO-MAXILARES	R\$	669,75
04.04.02.077-1	RESSECÇÃO DE LESÃO DA BOCA	R\$	605,25
04.04.03.008-4	ALVEOLOPLASTIA COM ENXERTO ÓSSEO EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIOFACIAL	R\$	1.754,86
04.13.04.023-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO NÃO ESTÉTICO DA ORELHA	R\$	681,03
04.13.04.023-2	CIRURGIA DE OTOPLASTIA (CORRECAO DE ORELHA DE ABANO) - BILATERAL	R\$	2.508,11

#### 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\$ 51,35
02.11.07.021-1	LOGOAUDEMIA (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\$ 75,33
02.11.07.021-1	LOGOAUDEMIA (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 DISTRORÇÃO (EOA)

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.11.07.005-0	AVALIAÇÃO AUDITIVA COMPORTAMENTAL	R\$ 67,64
02.11.07.015-7	ESTUDO DE OTOEMISSIONES ACÚSTICAS EVOCADAS TRANSITÓRIAS E POR PRODUTO DE DISTRORÇÃO - EOA	
TOTAL DO PACOTE		

#### AUDIOMETRIA DE REFORÇO VISUAL + IMITÂNCIOMETRIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.11.07.002-5	AUDIOMETRIA DE REFORÇO VISUAL (VIA AÉREA / OSSEA)	R\$ 126,68
02.11.07.020-3	IMITÂNCIOMETRIA (IMPEDÂNCIOMETRIA)	
TOTAL DO PACOTE		

#### EXAMES

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.11.07.020-3	IMITÂNCIOMETRIA = IMPEDÂNCIOMETRIA	R\$ 49,00
02.11.07.035-1	TESTES VESTIBULARES/OTONEUROLÓGICOS	R\$ 77,15
02.11.07.034-3	TESTES DE PROCESSAMENTO AUDITIVO	R\$ 233,52
02.11.07.002-5	AUDIOMETRIA DE REFORÇO VISUAL (VIA AÉREA / OSSEA)	R\$ 112,45
02.11.07.003-3	AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE	R\$ 89,61

#### 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\$ 277,54
02.11.07.026-2	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA, MÉDIA E LONGA LATÊNCIA (BERA) - COM SEDAÇÃO ADULTO	R\$ 802,80
02.11.07.026-2	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA, MÉDIA E LONGA LATÊNCIA (BERA) - SEM SEDAÇÃO INFANTIL	R\$ 286,72
02.11.07.026-2	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA, MÉDIA E LONGA LATÊNCIA (BERA) - COM SEDAÇÃO INFANTIL	R\$ 1.089,52

#### 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 IMITÂNCIOMETRIA	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	COLANGIOPANCREATOGRÁFIA 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	RETOSSIGMÓIDOSCOPIA	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

## 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\$ 62,49
CISMEP-14	AVALIAÇÃO TRATAMENTO ESCLEROSANTE/ESPUMA	R\$ 49,00

### PROCEDIMENTOS - SERVIÇO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL - SA/SH

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.06.02.009-4	DISSECÇÃO DE VEIA/ARTÉRIA	R\$ 15,81
04.06.02.013-2	EXCISÃO E SUTURA DE HEMANGIOMA	R\$ 102,73
04.06.02.014-0	EXCISÃO E SUTURA DE LINFANGIOMA / NEVUS	R\$ 102,73
03.09.07.001-5	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)*	R\$ 217,08

\* 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\$ 1.911,77
04.06.02.057-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	R\$ 1.443,35

### ANGIOLOGIA - OURO PRETO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.09.07.001-5	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	R\$ 550,00

### ANGIOLOGIA UNIDADES EXTERNAS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.09.07.001-5	AVALIAÇÃO 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	BIÓPSIA DE PROSTATA	R\$ 554,61
02.01.01.047-0	BIÓPSIA DE TIREÓIDE OU PARATIREÓIDE - PAAF	R\$ 150,21
02.01.01.058-5	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA	R\$ 150,21
02.01.01.060-7	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA GROSSA	R\$ 296,49
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 03 VASOS) = DUPLEX SCAN DE MEMBRO INFERIOR, MEMBRO SUPERIOR, DE CARÓTIDAS E ARTÉRIAS VERTEBRAIS.	R\$ 125,11
02.05.01.005-9	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO	R\$ 99,05
02.05.02.003-8	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)	R\$ 68,81
02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	R\$ 78,20
02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	R\$ 68,81
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO (UMA ARTICULAÇÃO / UNILATERAL)	R\$ 68,81
02.05.02.007-0	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL)	R\$ 68,81
02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 86,54
02.05.02.010-0	ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL) (PÉLVICA MASCULINA)	R\$ 68,81
02.05.02.011-9	ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 68,81
02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE	R\$ 68,81
02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA (VIA ABDOMINAL OU VIA TRANSVAGINAL)	R\$ 68,81
02.05.02.015-1	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R\$ 99,05
02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA) (PÉLVICA FEMININA)	R\$ 68,81
02.05.02.017-8	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	R\$ 82,37
02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL (ENDOVAGINAL)	R\$ 68,81
CISMEP-07	ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	R\$ 68,81
CISMEP-16	ULTRASSONOGRAFIA TRANSLUCÊNCIA NUCAL	R\$ 82,37
CISMEP-23	ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA	R\$ 237,71
CISMEP-25	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE + DOPPLER	R\$ 132,41
CISMEP-26	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL) + DOPPLER	R\$ 132,41
CISMEP-30	SEDAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS CONFORME NECESSIDADE CLÍNICA	R\$ 34,41

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 + DIGITADORAS **
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 03 VASOS) = DUPLEX SCAN DE MEMBRO	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
02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRAFIA DE MAMAS E AXILAS	R\$ 150,00	-	-
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 + EQTO envolve os custos com o serviço do profissional e locação do aparelho de ultrassonografia (por exame)

## TABELA 07 - CARDIOLOGIA

EXAMES		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA	R\$ 140,75
02.11.02.006-0	TESTE ESFORÇO/TESTE ERGOMÉTRICO	R\$ 135,54
02.11.02.004-4	EXAME DE MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS) COM LAUDO	R\$ 117,27
02.11.02.005-2	EXAME DE MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (M.A.P.A)	R\$ 109,30
02.11.02.001-0	CATERETERISMO CARDIACO	R\$ 1.985,94

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 - DERMATOLOGIA

CONSULTA EM DERMATOLOGIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (DERMATOLOGIA)	R\$ 87,58
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\$ 103,61
02.01.01.037-2	BIÓPSIA DE PELE E PARTES MOLES	R\$ 204,01
03.03.08.001-9	CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE PEQUENAS LESÕES	R\$ 184,58
CISMEP-02	CRIOTERAPIA ATÉ 5 LESÕES	R\$ 74,57
04.01.01.004-0	ELETROCOAGULACAO DE LESAO CUTANEA ATÉ 05 LESÕES (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 214,21
04.01.01.005-8	EXCISÃO DE LESÃO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA (CANTOPLASTIA UNGUEAL)	R\$ 89,09
04.01.01.007-4	EXÉRESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS/CISTO SEBÁCEO/LIPOMA	R\$ 337,63
04.01.01.011-2	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO (CIRURGIA GERAL)	R\$ 141,86
04.01.02.015-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO SINUS PRÉ-AURICULAR	R\$ 354,48
04.01.01.010-4	INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO	R\$ 172,97
04.01.02.004-5	EXCISÃO E ENXERTO DE PELE (HEMANGIOMA, NEVUS OU TUMOR)	R\$ 283,69
04.01.01.006-6	EXCISÃO E/OU SUTURA SIMPLES DE PEQUENAS LESÕES / FERIMENTOS DE PELE / ANEXOS E MUCOSA	R\$ 260,12
04.01.02.017-7	CIRURGIA DE UNHA (CANTOPLASTIA)	R\$ 203,47
04.13.04.017-8	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA	R\$ 485,47
04.01.02.010-0	EXTIRPAÇÃO E SUPRESSÃO DE LESÃO DE PELE E DE TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO	R\$ 119,89

## TABELA 09 - CIRURGIA GERAL

CONSULTA EM CIRURGIA GERAL		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CIRURGIA GERAL)	R\$ 62,49

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H.		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	R\$ 1.231,54
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	R\$ 1.739,81
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	R\$ 1.077,35
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	R\$ 1.395,40
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	R\$ 1.522,48
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	R\$ 1.232,02
04.09.06.018-6	LAQUEADURA TUBÁRIA	R\$ 1.469,12
04.07.03.003-4	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA SEM COLANGIOGRAFIA	R\$ 3.631,89
04.07.04.016-1	LAPAROTOMIA EXPLORADORA	R\$ 3.631,89
CISMEP-69	EXAME ANATOMOPATOLÓGICO PARA CIRURGIA DE COLECISTECTOMIA (POR PEÇA)	R\$ 80,72

## TABELA 10 - GINECOLOGIA

CONSULTA EM CIRURGIA GERAL		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	AValiação CIRÚRGICA EM GINECOLOGIA	R\$ 62,49

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO AMBULATORIAL (S.A.) E SERVIÇO HOSPITALAR (S.H.)		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.09.07.019-0	MARSUPIALIZACAO DE GLÂNDULA DE BARTOLIN	R\$ 1.419,71
02.01.01.051-8	BIOPSIA/PUNÇÃO DE VULVA	R\$ 692,32
03.03.08.001-9	CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE PEQUENAS LESÕES	R\$ 665,81
04.09.07.015-7	EXERESE DE GLÂNDULA DE BARTHOLIN / SKENE	R\$ 1.290,89
04.09.07.026-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERTROFIA DOS PEQUENOS LABIOS	R\$ 1.425,08
04.09.07.014-9	EXERESE DE CISTO VAGINAL	R\$ 1.510,31
02.01.01.066-6	BIOPSIA DO COLO UTERINO	R\$ 665,81
02.01.01.015-1	BIOPSIA DE ENDOMETRIO	R\$ 429,41
04.09.06.004-6	CURETAGEM SEMIÓTICA C/ OU S/ DILATAÇÃO DO COLO DO UTERO	R\$ 904,10
04.09.06.009-7	EXERESE DE POLIPO DE UTERO	R\$ 513,64
04.09.06.003-8	EXCISÃO DO COLO UTERINO (TRAQUELECTOMIA - CONIZAÇÃO DO COLO UTERINO)	R\$ 1.328,79
04.09.06.017-8	HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA COM BIOPSIA E/OU CURETAGEM UTERINA (LISE DE SINEQUIAS, RETIRADA DE CORPO ESTRANHO)	R\$ 2.280,62
04.09.06.017-8	HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA C/ RESSECTOSCOPIO	R\$ 2.338,42
03.01.04.014-1	INSERÇÃO DO DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU) HORMONAL	R\$ 1.917,68
03.01.04.014-1	INSERÇÃO DO DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU) NÃO HORMONAL	R\$ 1.017,68
04.09.06.023-2	SALPINGECTOMIA UNI / BILATERAL	R\$ 2.133,25
04.09.06.021-6	OOFORRECTOMIA / OOFOROPLASTIA	R\$ 2.217,47
04.11.01.003-4	OOFORRECTOMIA LAPAROSCÓPICA	R\$ 2.326,48
03.01.04.015-0	RETIRADA DO DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)	R\$ 617,68

## TABELA 11 - NEUROLOGIA

CONSULTA EM NEUROLOGIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (NEUROLOGIA)	R\$ 132,59

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\$ 329,46
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\$ 444,15
	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\$ 83,41

## TABELA 12 - 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\$ 98,98
TOTAL DO PACOTE		

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H.		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.04.01.011-3	EXERESE DE PAPILOMA EM LARINGE	R\$ 1.830,33
04.01.02.015-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO SINUS PRE-AURICULAR	R\$ 813,25
04.04.01.012-1	EXERESE DE TUMOR DE VIAS AERIAS SUPERIORES, FACE E PESCOÇO	R\$ 1.418,66
04.04.02.007-0	RESSECÇÃO DE GLÂNDULA SALIVAR	R\$ 1.281,43
04.01.02.010-0	EXTIRPAÇÃO E SUPRESSÃO DE LESÃO DE PELE E DE TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO	R\$ 885,27
04.01.02.009-6	EXERESE DE CISTO TIREOGLOSSO	R\$ 1.442,86

## TABELA 13 - MAMOGRAFIA

EXAMES DE MAMOGRAFIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIAÇÃO PERIÓDICA BILATERAL (AME)	R\$ 98,26
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIAÇÃO PERIÓDICA UNILATERAL (AME)	R\$ 73,50
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO (AME)	R\$ 98,26
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIAÇÃO PERIÓDICA BILATERAL - BICAS	R\$ 70,07
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIAÇÃO PERIÓDICA UNILATERAL - BICAS	R\$ 52,50
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO - BICAS	R\$ 70,07
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 14 - TABELA DE VALORES PARA SERVIÇOS DE SAÚDE EM UNIDADE MÓVEL

UNIDADE MÓVEL - VALOR DA DIÁRIA POR SERVIÇO

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	QUANTIDADE	VALOR DA DIÁRIA COM ESTRUTURA**	VALOR DA DIÁRIA SEM ESTRUTURA***	VALOR UNITÁRIO/EXCEDENTE
PACOTE CONSULTA BÁSICA/AVALIAÇÃO EM OFTALMOLOGIA EM UNIDADE MÓVEL/ITINERANTE <i>CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (SE NECESSÁRIO) BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1) TONOMETRIA (QUANTIDADE 2) REFRAÇÃO</i>	120	R\$ 19.550,40	R\$ 11.913,60	R\$ 162,92
SERVIÇO DE ÓTICA (PARA FORNECIMENTO DE ÓCULOS) EM UNIDADE MÓVEL/ITINERANTE*	ESTRUTURA DIÁRIA	R\$ 300,00	-	-
SERVIÇO DE ULTRASSONOGRRAFIA EM UNIDADE MÓVEL****	120 EXAMES	R\$ 19.550,40	R\$ 13.050,00	R\$ 162,92
SERVIÇO DE MAMOGRAFIA EM UNIDADE MÓVEL	80 EXAMES	R\$ 12.640,45	R\$ 9.000,00	R\$ 140,45
SERVIÇO DE CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS - GRUPO 1 <i>ESPECIALIDADES DE MAIOR COMPLEXIDADE CLÍNICA, QUE EXIGEM PROFISSIONAIS COM FORMAÇÕES MAIS ESPECÍFICAS, DISPONIBILIDADE REDUZIDA NO MERCADO E MAIOR TEMPO MÉDIO DE CONSULTA (Anestesiologia, Cirurgia Pediátrica, Endocrinologia, Geriatria, Hematologia, Nefrologia, Neurocirurgia, Psiquiatria, Reumatologia e Urologia)</i>	32 CONSULTAS		-	R\$ 250,00
SERVIÇO DE CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS - GRUPO 2 <i>ESPECIALIDADES DE COMPLEXIDADE CLÍNICA INTERMEDIÁRIA, COM BOA DISPONIBILIDADE DE PROFISSIONAIS NO MERCADO, MAS QUE AINDA DEMANDAM CERTA ESPECIFICIDADE TÉCNICA E CONSIDERÁVEL TEMPO MÉDIO DE CONSULTA (Angiologia, Alergia e Imunologia, Cirurgia Plástica, Coloproctologia, Dermatologia, Gastroenterologia, Ginecologia e Obstetrícia, Mastologia, Neurologia, Otorrinolaringologia, Pediatria e Pneumologia)</i>	40 CONSULTAS	R\$ 19.550,40	-	R\$ 250,00
SERVIÇO DE CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS - GRUPO 3 <i>ESPECIALIDADES MENOR COMPLEXIDADE OU COM ESCOPO DE ORIENTAÇÃO E TRIAGEM CLÍNICA, MAIOR OFERTA DE PROFISSIONAIS, E MAIOR ESCALABILIDADE DO ATENDIMENTO (Cardiologia, Cirurgia Geral, Clínica Médica, Medicina de Família e Comunidade, Ortopedia e Traumatologia e Pediatria)</i>	50 CONSULTAS		-	R\$ 250,00

\* VALOR DIÁRIO DA DISPONIBILIZAÇÃO DA ESTRUTURA. O VALOR DOS ÓCULOS SEGUIRÁ A TABELA 01 - OFTALMOLOGIA, SERVIÇOS COMPLEMENTARES EM OFTALMOLOGIA.  
\*\* O VALOR DA DIÁRIA COMPREENDE, ALÉM DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E DE ÓTICA, O CUSTO DOS ITENS: TENDAS 10X10M PARA RECEPÇÃO; CADEIRAS PARA OS PACIENTES; MESAS PARA RECEPÇÃO; BANHEIROS QUÍMICOS (MASCULINO, FEMININO E PCD); ÁGUA POTÁVEL PARA PACIENTES E PROFISSIONAIS; COMPUTADORES E IMPRESSORAS; ELETRICISTA PARA LIGAÇÃO ELÉTRICA DA UNIDADE; BOMBEIRO HIDRÁULICO; PROFISSIONAIS ADMINISTRATIVOS; AUXILIAR DE LIMPEZA; VIGIA.  
\*\*\* O VALOR SEM A ESTRUTURA COMPREENDE NA REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS INCLUINDO OS EQUIPAMENTOS, PROFISSIONAL MÉDICO/TÉCNICO, ALIMENTAÇÃO E HOSPEDAGEM.  
\*\*\*\* A RELAÇÃO DOS ULTRASSONS REALIZADOS NA UNIDADE MÓVEL SÃO OS MESMOS DESCRITOS NA TABELA 14 - (SERVIÇOS DE SAÚDE ITINERANTES)  
OBSERVAÇÕES:  
- NO VALOR DA DIÁRIA ESTÃO CONTEMPLADOS ALIMENTAÇÃO, HOSPEDAGEM E DESLOCAMENTO (ATÉ O MUNICÍPIO) DOS PROFISSIONAIS DA UNIDADE;  
- EXECUÇÃO DE PROCEDIMENTOS IGUAL OU ACIMA DE 50% DA QUANTIDADE PREVISTA NA DIÁRIA, SERÁ COBRADO O VALOR INTEGRAL DA DIÁRIA;  
- EXECUÇÃO DE PROCEDIMENTOS ABAIXO DE 50% DA QUANTIDADE PREVISTA NA DIÁRIA, SERÁ COBRADO O VALOR UNITÁRIO DO SERVIÇO MULTIPLICADO PELO QUANTITATIVO EXECUTADO.

## TABELA 15 - SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR MÉDICOS

SERVIÇO/ATIVIDADES		VALOR ICISMEP
DESCRIÇÃO		
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 16 - SERVIÇOS/ATIVIDADES ESPECIAIS - CEC CONTAGEM

CONSULTAS EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CEC CONTAGEM		VALOR ICISMEP
DESCRIÇÃO		
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGISTA ADULTO		R\$ 122,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - NEUROCIURURGIÃO		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
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTA DE RISCO CIRÚRGICO SEM ECG		R\$ 120,00
EXAMES - CEC CONTAGEM		VALOR ICISMEP
DESCRIÇÃO		
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
ULTRASSONOGRRAFIA - CEC CONTAGEM		VALOR ICISMEP
DESCRIÇÃO		
ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (DUPLIX SCAN VENOSO)		R\$ 130,00
ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL		R\$ 75,00
ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO		R\$ 75,00
ULTRASSONOGRRAFIA DE MAMAS E AXILAS		R\$ 75,00
ULTRASSONOGRRAFIA 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 17 - EXAMES EM UNIDADES EXTERNAS

EXAMES EXTERNOS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.11.05.010-5	POLISSONOGRAFIA	R\$ 667,00
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 TRANSESOFOGICA	R\$ 631,30
02.04.06.002-8	DENSITOMETRIA OSSEA - ROTINA: COLUNA E FEMUR (OU DOIS SEGMENTOS)	R\$ 165,32
CISMEP-67	DENSITOMETRIA OSSEA - CORPO INTEIRO	R\$ 225,43
CISMEP-68	DENSITOMETRIA OSSEA (UM SEGMENTO)	R\$ 150,29
02.06.01.009-5	TOMOGRAFIA POR EMISSÃO DE PÓSITRONS (PET-CT / PET SCAN)	R\$ 4.470,58

### TABELA 18 - TOMOGRAFIAS

PROCEDIMENTOS TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEM CONTRASTE - UNIDADE ICISMEP		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.06.01.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL	R\$ 105,81
02.06.01.002-8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 123,30
02.06.01.003-6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA	R\$ 105,81
02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE/ SEIOS DA FACE/ ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES	R\$ 105,80
02.06.01.005-2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO	R\$ 105,80
02.06.01.006-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TÚRCICA	R\$ 118,84
02.06.01.007-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	R\$ 140,09
CISMEP-53	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MASTÓIDES/ OUVIDOS	R\$ 105,80
02.06.02.001-5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 105,80
02.06.02.002-3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA E PÉ)	R\$ 105,80
02.06.02.003-1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	R\$ 166,37
02.06.02.004-0	TOMOGRAFIA DE HEMITORAX/ MEDIASTINO (POR PLANO)	R\$ 166,37
CISMEP-54	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES (ESTERNO/ CLAVÍCULA/ OMBRO/ COTOVELO)	R\$ 113,29
02.06.03.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 169,07
02.06.03.002-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 105,80
02.06.03.003-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR	R\$ 254,45
CISMEP-55	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 423,52

PROCEDIMENTOS TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - UNIDADES EXTERNAS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
CISMEP-70	ANGIOTOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	R\$ 875,46
02.06.01.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL	R\$ 209,74
02.06.01.002-8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 181,83
02.06.01.003-6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA	R\$ 196,56
02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE/ SEIOS DA FACE/ ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES	R\$ 182,19
02.06.01.005-2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO	R\$ 186,72
02.06.01.006-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TÚRCICA	R\$ 211,71
02.06.01.007-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	R\$ 194,58
CISMEP-53	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MASTÓIDES/ OUVIDOS	R\$ 336,30
02.06.02.001-5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 182,18
02.06.02.002-3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA E PÉ)	R\$ 269,80
02.06.02.003-1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	R\$ 286,46
02.06.02.004-0	TOMOGRAFIA DE HEMITORAX/ MEDIASTINO (POR PLANO)	R\$ 322,04
CISMEP-54	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES (ESTERNO/ CLAVÍCULA/ OMBRO/ COTOVELO)	R\$ 237,38
02.06.03.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 291,12
02.06.03.002-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 182,18
02.06.03.003-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR	R\$ 292,56
CISMEP-55	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 591,36
CISMEP-56	CONTRASTE (PARA USO NOS ITENS ACIMA DISCRIMINADOS, CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	R\$ 89,25
04.17.01.006-0	SEDAÇÃO (PARA USO NOS ITENS ACIMA DISCRIMINADOS, CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	R\$ 210,00
02.07.03.005-7	SEGMENTOS ADICIONAIS PARA TOMOGRAFIA DE COLUNA	R\$ 160,07

### TABELA 19 - RESSONÂNCIAS

PROCEDIMENTOS RESSONÂNCIA MAGNÉTICA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.07.01.001-3	ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL	R\$ 435,99
CISMEP-57	CONTRASTE (CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	R\$ 105,00
04.17.01.006-0	SEDAÇÃO (CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	R\$ 315,00
02.07.01.002-1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	R\$ 452,97
02.07.01.003-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL	R\$ 451,09
02.07.01.004-8	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 450,90
02.07.01.005-6	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA	R\$ 468,15
02.07.01.006-4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRANIO	R\$ 474,06
02.07.01.007-2	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TÚRCICA	R\$ 440,44
02.07.02.002-7	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R\$ 426,49
02.07.02.003-5	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TORAX	R\$ 485,71
02.07.03.001-4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 430,50
02.07.03.002-2	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA/PELVE	R\$ 496,65
02.07.03.003-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R\$ 416,06
02.07.03.005-7	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PRÓSTATA	R\$ 466,41
02.07.03.004-9	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES	R\$ 442,84

### TABELA 20 - CINTILOGRAFIAS

PROCEDIMENTOS CINTILOGRAFIA		
-----------------------------	--	--

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.08.03.002-6	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE COM OU SEM CAPTAÇÃO	R\$ 168,38
02.08.01.001-7	CINTILOGRAFIA DE CORAÇÃO C/ GÁLIO 67	R\$ 496,48
02.08.09.001-0	CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GÁLIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS	R\$ 1.111,12
02.08.02.001-2	CINTILOGRAFIA DE FÍGADO E BAÇO (MÍNIMO 5 IMAGENS)	R\$ 162,77
02.08.02.002-0	CINTILOGRAFIA DE FÍGADO E VIAS BILIARES	R\$ 224,83
02.08.09.002-9	CINTILOGRAFIA DE GLÂNDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA)	R\$ 71,86
02.08.02.003-9	CINTILOGRAFIA DE GLÂNDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTÍMULO	R\$ 122,34
02.08.09.003-7	CINTILOGRAFIA DE MAMA ( BILATERAL)	R\$ 465,39
02.08.01.002-5	CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE ESTRESSE (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)	R\$ 656,18
02.08.01.003-3	CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE REPOUSO (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)	R\$ 679,38
02.08.01.004-1	CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ LOCALIZAÇÃO DE NECROSE (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)	R\$ 504,00
02.08.05.003-5	CINTILOGRAFIA DE OSSOS C/ OU S/ FLUXO SANGUÍNEO (CORPO INTEIRO)	R\$ 222,76
02.08.03.001-8	CINTILOGRAFIA DE PARATIREÓIDES	R\$ 711,38
02.08.06.001-4	CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL C/ TÁLIO (SPCTO)	R\$ 536,51
02.08.07.001-0	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO C/ GÁLIO 67	R\$ 551,70
02.08.07.002-8	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO P/ PESQUISA DE ASPIRAÇÃO	R\$ 154,02
02.08.07.003-6	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR INALAÇÃO (MÍNIMO 2 PROJEÇÕES)	R\$ 262,83
02.08.07.004-4	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR PERFUSÃO ( MÍNIMO 4 PROJEÇÕES)	R\$ 286,90
02.08.04.002-1	CINTILOGRAFIA DE RIM C/ GÁLIO 67	R\$ 552,99
02.08.05.004-3	CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO ÓSSEO COM GÁLIO 67	R\$ 560,93
02.08.04.003-0	CINTILOGRAFIA DE TESTÍCULO E BOLSA ESCROTAL	R\$ 175,01
02.08.03.002-6	CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE C/ OU S/ CAPTAÇÃO	R\$ 143,85
02.08.01.005-0	CINTILOGRAFIA P/ AVALIAÇÃO DE FLUXO SANGUÍNEO DE EXTREMIDADES	R\$ 134,65
02.08.02.005-5	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFÁGICO (LÍQUIDO)	R\$ 192,84
02.08.02.006-3	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFÁGICO (SEMI-SÓLIDO)	R\$ 190,39
02.08.02.007-1	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRÂNSITO GÁSTRICO	R\$ 214,82
02.08.02.008-0	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL	R\$ 155,86
02.08.02.009-8	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA	R\$ 242,87
02.08.02.010-1	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NÃO ATIVA	R\$ 348,22
02.08.02.011-0	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO	R\$ 150,26
02.08.03.004-2	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTERNO	R\$ 373,42
02.08.04.005-6	CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVAS E/OU QUANTITATIVA)	R\$ 557,37
02.08.01.008-4	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CÂMARAS CARDÍACAS EM SITUAÇÃO DE REPOUSO (VENTRICULOGRAFIA)	R\$ 206,89
02.08.06.002-2	CISTERNOCINTILOGRAFIA (INCLUINDO PESQUISA E/OU AVALIAÇÃO DO TRÂNSITO LIQUÓRICO)	R\$ 353,45
02.08.04.006-4	CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA	R\$ 381,15
02.08.04.007-2	CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA	R\$ 343,88
02.08.04.010-2	ESTUDO RENAL DINÂMICO C/ OU S/ DIURÉTICO	R\$ 391,15
02.08.08.004-0	LINFOCINTILOGRAFIA	R\$ 329,50

## TABELA 21 - ANÁLISE DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICOS

PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICOS POR FRASCO		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
CISMEP-17	SERVIÇOS DE ANÁLISE DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICOS DE FRAGMENTOS NOS RETIRADOS NO EXAME DE ENDOSCOPIA E COLONOSCOPIA	R\$ 88,26
CISMEP-18	SERVIÇOS DE ANÁLISE DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICOS OU CITOLÓGICOS DE FRAGMENTOS RETIRADOS NA PUNÇÃO DE MAMA	R\$ 78,68
CISMEP-19	SERVIÇOS DE ANÁLISE DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICOS DE FRAGMENTOS RETIRADOS NA PUNÇÃO DE PRÓSTATA	R\$ 85,48
CISMEP-20	SERVIÇOS DE ANÁLISE DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICOS DE FRAGMENTOS RETIRADOS PUNÇÃO DE TIREÓIDE	R\$ 78,68
CISMEP-71	IMUNOHISTOQUÍMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS	R\$ 252,40

## TABELA 22 - TELEMEDICINA

SERVIÇOS DE TELEMEDICINA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
CISMEP-40	TELEMONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	R\$ 88,62
CISMEP-41	TELEMONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (M.A.P.A)	R\$ 93,83

## TABELA 23 - 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 24 - CIRURGIAS EM PRESTADORES EXTERNOS

CIRURGIA ORTOPÉDICA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.08.04.008-4	ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL	R\$ 8.946,25
04.08.05.006-3	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO JOELHO	R\$ 7.650,55
04.08.05.016-0	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	R\$ 5.621,52
04.08.05.017-9	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR)	R\$ 5.959,24
04.08.01.014-2	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTO DESCOMPRESSIVOS)	R\$ 3.467,08
04.08.05.089-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	R\$ 3.886,08
04.03.02.012-3	TRATAMENTO CIRURGICO DE SINDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEO-FIBROSO AO NIVEL DO CARPO	R\$ 2.677,52
04.08.04.007-6	ARTROPLASTIA DE REVISÃO OU RECONSTRUÇÃO DO QUADRIL	R\$ 10.123,91
04.08.05.005-5	ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO - REVISÃO / RECONSTRUÇÃO	R\$ 9.923,24
04.08.06.015-8	MANIPULACAO ARTICULAR SOB ANESTESIA GERAL	R\$ 1.648,06

CIRURGIA GERAL		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.07.03.003-4	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 3.983,22
04.07.02.034-9	PROCTOPEXIA ABDOMINAL POR PROCIDENCIA DO RETO	R\$ 2.121,84
04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA	R\$ 2.480,76
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	R\$ 1.842,64
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	R\$ 2.271,46
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	R\$ 2.596,77
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	R\$ 2.075,71
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	R\$ 2.349,01
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	R\$ 1.772,34

04.06.02.057-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	R\$	2.578,34
04.06.02.056-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL)	R\$	3.201,87

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\$ 2.912,50
04.09.06.019-4	MIOMECTOMIA	R\$ 3.540,00
04.09.06.021-6	OOFORECTOMIA/OOFOROPLASTIA	R\$ 3.148,24
09.09.06.004-6	CURETAGEM SEMIÓTICA C/ OU S/ DILATAÇÃO DO COLO UTERINO	R\$ 1.888,00
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\$ 1.930,69
CISMEP-37	RETIRADA DE CATETER DUPLO J	R\$ 612,28
04.09.04.013-4	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	R\$ 2.260,92
04.09.03.002-3	PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA	R\$ 5.310,93
04.09.03.004-0	RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE PROSTATA (RTU)	R\$ 4.118,21
04.09.04.023-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARICOCELE	R\$ 2.024,59
04.09.01.059-6	URETEROLITOTRIPSIA FLEXIVEL	R\$ 3.980,14
04.09.01.059-6	URETEROLITOTRIPSIA RÍGIDA A LASER	R\$ 4.110,53
04.09.01.023-5	NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA	R\$ 5.611,90
04.09.01.006-5	CISTOLITOTOMIA E/OU RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA BEXIGA	R\$ 2.271,88
04.09.01.036-7	RESSECÇÃO DO COLOVESICAL	R\$ 3.263,69

CIRURGIA OTORRINOLARINGOLOGIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.01.01.044-5	BOPSIA DE SEIO NASAL / PARANASAL	R\$ 946,22
04.04.01.050-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE PERFURAÇÃO SEPTO NASAL	R\$ 2.995,88
04.04.01.001-6	ADENOIDECTOMIA	R\$ 2.204,43
04.04.01.002-4	AMIGDALECTOMIA	R\$ 2.077,94
04.04.01.003-2	AMIGDALECTOMIA COM ADENOIDECTOMIA	R\$ 3.923,98
04.04.01.010-5	ESTAPEDECTOMIA	R\$ 3.774,51
04.04.01.021-0	MASTOIDECTOMIA RADICAL	R\$ 4.437,13
04.04.01.022-9	MASTOIDECTOMIA SUBTOTAL	R\$ 3.881,62
04.04.01.023-7	MICROCIRURGIA OTOLOGICA	R\$ 3.324,60
04.04.01.032-6	SINUSOTOMIA	R\$ 2.702,65
04.04.01.033-4	SINUSOTOMIA ESFENOIDAL	R\$ 3.052,38
04.04.01.035-0	TIMPANOPLASTIA (UNI / BILATERAL)	R\$ 3.615,43
04.04.01.041-5	TURBINECTOMIA	R\$ 1.794,96
04.04.01.048-2	SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	R\$ 2.962,21
04.04.01.052-0	SEPTOPLASTIA REPARADORA NÃO ESTÉTICA	R\$ 2.790,16
04.04.01.051-2	SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR	R\$ 2.688,79

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 Insufladora; Taxa de Sala Hemodinâmica; Honorários Médicos Hemodinâmica	R\$ 13.896,23
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 Insufladora; Taxa de Sala Hemodinâmica; Honorários Médicos Hemodinâmica	R\$ 14.058,82

OPME's		
OPME CIRURGIA ORTOPÉDICA		
CIRURGIA	OPME	VALOR ICISMEP
PROTESE DE QUADRIL CIMENTADA PRIMARIA / NACIONAL	COMPONENTE FEMORAL CIMENTADO (HASTE ALPHA PRIMARIA)	R\$ 3.415,68
	RESTRITOR DE CIMENTO	R\$ 158,98
	CABEÇA INTERCAMBIÁVEL	R\$ 1.186,91
	CABEÇA INTERCAMBIÁVEL DE CERAMICA (mediante auditoria e autorização prévia do município)	R\$ 7.394,59
	COMPONENTE ACETABULAR CIMENTADO (DELTA)	R\$ 1.273,70
	CIMENTO ORTOPÉDICO	R\$ 200,68
PROTESE DE QUADRIL NÃO CIMENTADA PRIMARIA / NACIONAL	LAMINA SERRA	R\$ 387,74
	COMPONENTE FEMORAL NÃO CIMENTADO (HASTE LOGICAL PRIMARIA)	R\$ 3.041,31
	CABEÇA INTERCAMBIÁVEL	R\$ 1.186,91
	CABEÇA INTERCAMBIÁVEL DE CERAMICA (mediante auditoria e autorização prévia do município)	R\$ 7.394,59
	COMPONENTE ACETABULAR METALICO (A-LOCK)	R\$ 2.645,67
	COMPONENTE ACETABULAR POLIETILENO PARA COMPONENTE METALICO	R\$ 1.491,86
PROTESE DE QUADRIL HÍBRIDA	PARAFUSO ACETABULAR	R\$ 330,36
	LAMINA SERRA	R\$ 387,74
	COMPONENTE FEMORAL CIMENTADO (HASTE ALPHA PRIMARIA)	R\$ 3.415,68
	RESTRITOR DE CIMENTO	R\$ 158,98
	CABEÇA INTERCAMBIÁVEL	R\$ 1.186,91
	CABEÇA INTERCAMBIÁVEL DE CERAMICA (mediante auditoria e autorização prévia do município)	R\$ 7.394,59

PROTESE DE QUADRIL BIPOLAR PRIMARIA / NACIONAL	COMPONENTE ACETABULAR METALICO (A-LOCK)	R\$	2.645,67
	COMPONENTE ACETABULAR POLIETILENO PARA COMPONENTE METALICO	R\$	1.491,86
	PARAFUSO ACETABULAR	R\$	330,36
	CIMENTO ORTOPÉDICO	R\$	200,68
	LAMINA SERRA	R\$	387,74
PROTESE DE QUADRIL BIPOLAR	COMPONENTE FEMORAL CIMENTADO (HASTE ALPHA PRIMARIA)	R\$	3.415,68
	RESTRITOR DE CIMENTO	R\$	158,98
	CABEÇA INTERCAMBIÁVEL	R\$	1.186,91
	CABEÇA INTERCAMBIÁVEL DE CERAMICA (mediante auditoria e autorização prévia do município)	R\$	7.394,59
	COMPONENTE BIPOLAR (CABEÇA BIPOLAR)	R\$	2.770,21
	CIMENTO ORTOPÉDICO	R\$	200,68
PROTESE DE QUADRIL BIPOLAR	LAMINA SERRA	R\$	387,74
	COMPONENTE FEMORAL	R\$	3.712,70
	COMPONENTE BASE TIBIAL	R\$	2.146,79
	COMPONENTE PLATEAU TIBIAL	R\$	1.591,49
	COMPONENTE PATELAR	R\$	518,19
	CIMENTO ORTOPÉDICO - JOELHO	R\$	218,13
PROTESE DE QUADRIL BIPOLAR	LAMINA SERRA - JOELHO	R\$	423,55
	COMPONENTE FEMORAL CIMENTADO PARA REVISÃO (ALPHA)	R\$	4.904,70
	RESTRITOR DE CIMENTO	R\$	158,98
	CABEÇA INTERCAMBIÁVEL	R\$	1.186,91
	CABEÇA INTERCAMBIÁVEL DE CERAMICA (mediante auditoria e autorização prévia do município)	R\$	7.394,59
	COMPONENTE ACETABULAR CIMENTADO (DELTA)	R\$	1.273,70
PROTESE DE QUADRIL BIPOLAR	ACETATO CONSTRIITO (MULLER) NACIONAL	R\$	1.491,86
	PLACA RETA PARA CERCLAGEM	R\$	614,97
	CABO DE CERCLAGEM PARA AMARRILHO	R\$	603,75
	TELA DE REFORÇO ACETABULAR NACIONAL	R\$	978,75
	ANEL DE REFORÇO ACETABULAR NACIONAL	R\$	978,75
	CIMENTO ORTOPÉDICO	R\$	200,68
	LAMINA SERRA - QUADRIL	R\$	390,44
	COMPONENTE FEMORAL NÃO CIMENTADO BEGA (TIPO WAGNER) NACIONAL	R\$	4.875,93
	CABEÇA INTERCAMBIÁVEL	R\$	1.186,91
	CABEÇA INTERCAMBIÁVEL DE CERAMICA (mediante auditoria e autorização prévia do município)	R\$	7.394,59
	COMPONENTE ACETABULAR METALICO (A-LOCK)	R\$	2.645,67
PROTESE DE QUADRIL BIPOLAR	COMPONENTE ACETABULAR POLIETILENO PARA COMPONENTE METALICO	R\$	1.491,86
	PARAFUSO ACETABULAR	R\$	330,36
	PLACA RETA PARA CERCLAGEM - QUADRIL NÃO CIMENTADA	R\$	629,02
	CABO DE CERCLAGEM PARA AMARRILHO	R\$	603,75
	TELA DE REFORÇO ACETABULAR NACIONAL	R\$	978,75
	ANEL DE REFORÇO ACETABULAR NACIONAL	R\$	978,75
	LAMINA SERRA	R\$	387,74
	COMPONENTE FEMORAL MODULAR REVISÃO	R\$	4.801,39
	BASE TIBIAL MODULAR REVISÃO (COMPONENTE TIBIAL)	R\$	2.433,48
	PLATÔ TIBIAL MODULAR REVISÃO (COMPONENTE PLATEAU TIBIAL)	R\$	1.709,84
	PATELA TRIPLA FIXAÇÃO (COMPONENTE PATELAR)	R\$	466,69
ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO - REVISÃO / RECONSTRUÇÃO	PINO EXTENSOR ANGULAR MODULAR REVISÃO (HASTE FEMORAL)	R\$	3.271,27
	PINO EXTENSOR ANGULAR MODULAR REVISÃO (HASTE TIBIAL)	R\$	1.502,04
	CALÇO FEMORAL MODULAR (CUNHA FEMORAL)	R\$	1.911,73
	CALÇO TIBIAL MODULAR (CUNHA TIBIAL)	R\$	1.911,73
	CIMENTO ORTOPÉDICO (01 UND.)	R\$	196,45
	LÂMINA DE SERRA	R\$	328,44
	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
	EQUIPO C/ SENSOR	R\$	669,97
RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	PARAFUSO DE INTERFERENCIA EM TITANIO	R\$	930,88
	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
RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR)	EQUIPO C/ SENSOR	R\$	669,97
	CANULA DESCARTAVEL	R\$	397,37
	ANCORA MONTADA EM TITANIO	R\$	1.031,93
	PONTEIRA FREQUENCIA	R\$	984,84
	LAMINA DE SHAVER	R\$	808,59
REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTO DESCOMPRESSIVOS)	EQUIPO C/ SENSOR	R\$	669,97
	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
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	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
RESSEÇÃO ENDOSCÓPICA DE PRÓSTATA (RTU)	ALÇA DE RTU	R\$ 396,00
	EQUIPO DE IRRIGAÇÃO DE 3 VIAS	R\$ 400,00
URETEROLITOTRIPSIA FLEXIVEL	CATETER DUPLO J	R\$ 396,00
	FIO GUIA HIDROFILICO	R\$ 675,00
	CATETER BASKET PARA RETIRADA DE CÁLCULO	R\$ 1.521,00
	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 HIDROFILICO	R\$ 675,00
	FIBRA LASER	R\$ 3.100,00
NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA	AMPLATZ	R\$ 1.860,00
	CONJUNTO DE NEFROSTOMIA	R\$ 1.240,00
	EQUIPO DE IRRIGAÇÃO	R\$ 279,00
	EXTRATOR DE CÁLCULO PERCUTÂNEA	R\$ 1.521,00

	CATETER DUPLO J	R\$	396,00
	FIO GUIA HIDROFILICO	R\$	675,00
	CATETER URETRAL	R\$	170,50
OPME CIRURGIA GERAL			
CIRURGIA	OPME	VALOR ICISMEP	
HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	TELA DE MARLEX M (15cm X 15cm)	R\$	475,00
	TELA DE MARLEX P (7,5cm X 7,5cm)	R\$	416,00
HERNIOPLASTIA INGUINAL/CRURAL	TELA DE MARLEX M (15cm X 15cm)	R\$	475,00
	TELA DE MARLEX P (7,5cm X 7,5cm)	R\$	416,00
OPME CIRURGIA CARDIOLÓGICA			
CIRURGIA	OPME	VALOR ICISMEP	
ANGIOPLASTIAS	STENT PARA ARTÉRIA CORONÁRIA (FARMACOLÓGICO)	R\$	3.944,50
	STENT PARA ARTÉRIA PERIFÉRICA (NÃO FARMACOLÓGICO)	R\$	2.339,84
	CATETER BALÃO PARA ANGIOPLASTIA	R\$	937,73
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 - fevereiro EXTENSÃO)	R\$	85,80
	CURATIVO SIMPLES	R\$	65,95
	LEITO DE CTI (DIÁRIA)	R\$	2.512,63
	LEITO DE ENFERMARIA (DIÁRIA)	R\$	882,60
	DESRIDAMENTO 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
	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM FRAGMENTOS MÚLTIPLO DE BIOPSIAS DE MESMO ÓRGÃO OU TOPOGRAFIA, ACONDICIONADAS E UM MESMO FRASCO	R\$	97,90
	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM PEÇA ANATÔMICA OU CIRÚRGICA SIMPLES	R\$	173,00

## TABELA 25 - 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 CIRÚRGICO DE SÍNDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEO-FIBROSO AO NÍVEL DO CARPO	R\$ 2.281,35
04.08.05.065-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HALUX VALGUS COM OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO	R\$ 5.391,25
04.08.05.090-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO 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 VIDEOLAPAROSCÓPICA	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	INSTALAÇÃO 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 FLEXÍVEL	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

CIRURGIA OFTALMOLÓGICA - REGIÃO ALTO CAPARAÓ		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.05.05.037-2	FACOMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL	R\$ 771,60

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 INTERFERÊNCIA EM TITÂNIO	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
TRATAMENTO CIRURGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	PONTEIRA FREQUENCIA	R\$	858,48
	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 ENDOSCOPICA DE CATETER DUPLO J	CATETER DUPLO J	R\$ 396,00
RESSECCÃO ENDOSCOPICA DE PROSTATA (RTU)	ALÇA DE RTU	R\$ 396,00
	EQUIPO DE IRRIGAÇÃO DE 3 VIAS	R\$ 400,00
URETEROLITOTRIPSIA FLEXIVEL	CATETER DUPLO J	R\$ 396,00
	FIO GUIA HIDROFILICO	R\$ 675,00
	CATETER BASKET PARA RETIRADA DE CÁLCULO	R\$ 1.521,00
	BALÃO URETERAL	R\$ 1.860,00
URETEROLITOTRIPSIA RÍGIDA A LASER	FIBRA LASER	R\$ 3.100,00
	BALÃO URETERAL	R\$ 1.860,00
	EXTRATOR DE CÁLCULO 3Fr	R\$ 1.521,00
	CATETER DUPLO J	R\$ 396,00
NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA	FIO GUIA HIDROFILICO	R\$ 675,00
	FIBRA LASER	R\$ 3.100,00
	AMPLATZ	R\$ 1.860,00
	CONJUNTO DE NEFROSTOMIA	R\$ 1.240,00
	EQUIPO DE IRRIGAÇÃO	R\$ 279,00
	EXTRATOR DE CÁLCULO PERCUTÂNEA	R\$ 1.521,00
	CATETER DUPLO J	R\$ 396,00
FIO GUIA HIDROFILICO	R\$ 675,00	
CATETER URETRAL	R\$ 170,50	

OPME CIRURGIA GERAL - 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 - fevereiro EXTENSÃO)		R\$ 85,80
CURATIVO SIMPLES		R\$ 65,95
LEITO DE CTI (DIÁRIA)		R\$ 2.512,63
LEITO DE ENFERMARIA (DIÁRIA)		R\$ 882,60
DESRIDAMENTO CIRÚRGICO DE FERIDAS OU EXTREMIDADES		R\$ 1.133,21

## TABELA 26 - 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	RESSECCÃO 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
	LAMINA DE SHAVER	R\$	493,26
	EQUIPO C/ SENSOR	R\$	404,49
REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTO DESCOMPRESSIVOS)	CANULA DESCARTAVEL	R\$	256,18
	ANCORA MONTADA EM TITANIO	R\$	839,55
	PONTEIRA FREQUENCIA	R\$	625,62