

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

## 01 - TABELA DE SERVIÇOS DE SAÚDE EXECUTADOS NO HOSPITAL 272 JOIAS

### Linha de cuidado - OFTALMOLOGIA

| CATARATA ZERO                                      |                                                                                              |               |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| CÓDIGO                                             | DESCRIÇÃO                                                                                    | VALOR ICISMEP |
| 04.05.05.037-2                                     | FACOEMULSIFICACAO 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)                              |               |
| TOTAL DO PACOTE                                    |                                                                                              |               |
| PACOTE BÁSICO DA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA INFANTIL |                                                                                              |               |
| CÓDIGO                                             | DESCRIÇÃO                                                                                    | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2                                     | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA (QUANTIDADE 1)                      | R\$ 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)                                                  |               |
| TOTAL DO PACOTE                                    |                                                                                              |               |
| PACOTE MIGUILIM - OFTALMOLOGIA                     |                                                                                              |               |
| CÓDIGO                                             | DESCRIÇÃO                                                                                    | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2                                     | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA                                     | R\$ 43.50     |
| 02.11.06.012-7                                     | MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO                                                             | R\$ 28.73     |
| 02.11.06.022-4                                     | TESTE DE VISAO DE CORES                                                                      | R\$ 5.74      |
| 02.11.06.023-2                                     | TESTE ORTÓPTICO                                                                              | R\$ 17.24     |
| 02.11.06.025-9                                     | TONOMETRIA                                                                                   | R\$ 3.97      |
| 04.05.05.025-9                                     | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO NA Córnea                                                         | R\$ 73.38     |
| PACOTE MIGUILIM - ÓCULOS COM LENTES CORRETIVAS     |                                                                                              |               |
| CÓDIGO                                             | DESCRIÇÃO                                                                                    | VALOR ICISMEP |
| 07.01.04.005-0                                     | ÓCULOS COM LENTES CORRETIVAS IGUAIS/fevereiroRES QUE 0,5 DIOPTRIAS                           | R\$ 343.76    |
| AVALIAÇÃO DE CATARATA                              |                                                                                              |               |
| CÓDIGO                                             | DESCRIÇÃO                                                                                    | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2                                     | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CATARATA (QUANTIDADE 1)                                  | 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)                                                 |               |
| TOTAL DO PACOTE                                    |                                                                                              |               |
| AVALIAÇÃO CIRÚRGICA DE GLAUCOMA                    |                                                                                              |               |
| CÓDIGO                                             | DESCRIÇÃO                                                                                    | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2                                     | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)                                  | R\$ 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)                                                 |               |
| TOTAL DO PACOTE                                    |                                                                                              |               |
| CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAVIAÇÃO DE GLAUCOMA    |                                                                                              |               |
| CÓDIGO                                             | DESCRIÇÃO                                                                                    | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.010-2                                     | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)                                  | R\$ 57.74     |
|                                                    | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)                                                                    |               |
|                                                    | FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1)                                                                   |               |
|                                                    | CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)                                   |               |
| 02.11.06.011-9                                     | GONIOSCOPIA (QUANTIDADE 1)                                                                   |               |
| 02.05.02.002-0                                     | PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR (R\$ 14,81 QUANTIDADE 2)                                |               |
| 02.11.06.028-3                                     | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)                            |               |
| 03.01.10.001-2                                     | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)                                                 |               |
| TOTAL DO PACOTE                                    |                                                                                              |               |
| ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DE GLAUCOMA             |                                                                                              |               |
| CÓDIGO                                             | DESCRIÇÃO                                                                                    | VALOR ICISMEP |
| 03.03.05.001-2                                     | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)                                  | R\$ 17.74     |
|                                                    | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)                                                                    |               |
|                                                    | FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1)                                                                   |               |

|                                                                                       |                                                                                                           |               |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 03.01.10.001-2                                                                        | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)                                                              |               |
| TOTAL DO PACOTE                                                                       |                                                                                                           |               |
| DESCRIÇÃO DOS TRATAMENTOS MEDICAMENTOSOS DE GLAUCOMA                                  |                                                                                                           |               |
| Tabela 8                                                                              | DESCRIÇÃO                                                                                                 | VALOR ICISMEP |
| 03.03.05.003-9                                                                        | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (1ª LINHA)                                    | R\$ 18.66     |
| 03.03.05.004-7                                                                        | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (2ª LINHA)                                    | R\$ 79.38     |
| 03.03.05.005-5                                                                        | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (3ª LINHA)                                    | R\$ 127.98    |
| 03.03.05.006-3                                                                        | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (1ª LINHA)                                    | R\$ 12.44     |
| 03.03.05.007-1                                                                        | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (2ª LINHA)                                    | R\$ 52.92     |
| 03.03.05.008-0                                                                        | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (3ª LINHA)                                    | R\$ 85.33     |
| 03.03.05.009-8                                                                        | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE ACETAZOLAMIDA MONOCULAR OU BINOCULAR | R\$ 93.10     |
| 03.03.05.010-1                                                                        | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA MONOCULAR                | R\$ 8.93      |
| 03.03.05.011-0                                                                        | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA BINOCULAR                | R\$ 13.39     |
| 03.03.05.015-2                                                                        | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - MONOCULAR             | R\$ 65.36     |
| 03.03.05.016-0                                                                        | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - BINOCULAR             | R\$ 98.04     |
| 03.03.05.017-9                                                                        | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR             | R\$ 97.77     |
| 03.03.05.018-7                                                                        | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO PACIENTE GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR                    | R\$ 146.64    |
| 03.03.05.019-5                                                                        | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR             | R\$ 138.25    |
| 03.03.05.020-9                                                                        | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR             | R\$ 207.36    |
| 03.03.05.021-7                                                                        | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS            | R\$ 150.69    |
| 03.03.05.022-5                                                                        | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS            | R\$ 226.02    |
| CONSULTA PARA CONTROLE PÓS-OPERATÓRIO DE GLAUCOMA                                     |                                                                                                           |               |
| CÓDIGO                                                                                | DESCRIÇÃO                                                                                                 | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2                                                                        | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)                                               | R\$ 52.73     |
| CISMEP-61                                                                             | LISE DE SUTURA DE LASER PÓS TRABECULECTOMIA                                                               | R\$ 52.73     |
| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CÓRNEA                                                   |                                                                                                           |               |
| CÓDIGO                                                                                | DESCRIÇÃO                                                                                                 | VALOR ICISMEP |
| 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 ULTRASSÔNICA - MONOCULAR (R\$ 14,81 QUANTIDADE 2) (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)              |               |
| TOTAL DO PACOTE                                                                       |                                                                                                           |               |
| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE ESTRABISMO                                               |                                                                                                           |               |
| CÓDIGO                                                                                | DESCRIÇÃO                                                                                                 | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2                                                                        | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM ESTRABISMO (QUANTIDADE 1)                                             | R\$ 74.51     |
| 02.11.06.023-2                                                                        | TESTE ORTÓPTICO (QUANTIDADE 1)                                                                            |               |
| TOTAL DO PACOTE                                                                       |                                                                                                           |               |
| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE PLÁSTICA OCULAR                                          |                                                                                                           |               |
| CÓDIGO                                                                                | DESCRIÇÃO                                                                                                 | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2                                                                        | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM PLÁSTICA OCULAR (QUANTIDADE 1)                                        | R\$ 55.88     |
| TOTAL DO PACOTE                                                                       |                                                                                                           |               |
| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA                                                   |                                                                                                           |               |
| CÓDIGO                                                                                | DESCRIÇÃO                                                                                                 | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2                                                                        | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM RETINA (QUANTIDADE 1)                                                 | R\$ 126.15    |
| 02.11.06.012-7                                                                        | MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)                                                                       |               |
| 02.11.06.017-8                                                                        | RETINOGRAFIA COLORIDA (QUANTIDADE 1)                                                                      |               |
| 02.11.06.028-3                                                                        | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)                                         |               |
| 03.01.10.001-2                                                                        | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)                                                              |               |
| 02.11.06.018-6                                                                        | RETINOGRAFIA FLUORESCENTE (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)                                                  |               |
| TOTAL DO PACOTE                                                                       |                                                                                                           |               |
| AVALIAÇÃO EM RETINOPATIA DE PREMATURIDADE                                             |                                                                                                           |               |
| CÓDIGO                                                                                | DESCRIÇÃO                                                                                                 | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2                                                                        | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA (QUANTIDADE 1)                                                           | R\$ 252.75    |
| TOTAL DO PACOTE                                                                       |                                                                                                           |               |
| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CIRURGIAS RETINIANAS - AVAL. DEPARTAMENTO DE VITRECTOMIA |                                                                                                           |               |
| CÓDIGO                                                                                | DESCRIÇÃO                                                                                                 | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2                                                                        | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CIRURGIAS RETINIANAS (QUANTIDADE 1)                                   | R\$ 100.05    |
| 02.11.06.012-7                                                                        | MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)                                                                       |               |
| 02.05.02.008-9                                                                        | ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR) - ECO B- (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)             |               |
| 02.11.06.028-3                                                                        | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)                                         |               |
| 03.01.10.001-2                                                                        | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)                                                              |               |
| 02.11.06.025-9                                                                        | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)                                                                                 |               |
| TOTAL DO PACOTE                                                                       |                                                                                                           |               |
| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA - CONTROLE DE VITRECTOMIA                         |                                                                                                           |               |
| CÓDIGO                                                                                | DESCRIÇÃO                                                                                                 | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2                                                                        | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CIRURGIAS RETINIANAS (QUANTIDADE 1)                                   | R\$ 50.13     |
| 02.11.06.012-7                                                                        | MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)                                                                       |               |
| 03.01.10.001-2                                                                        | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)                                                              |               |
| 02.05.02.008-9                                                                        | ECO-B ULTRA-SOM DE GLOBO OCULAR/ÓRBITA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)                                     |               |
| 02.11.06.028-3                                                                        | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)                                         |               |
| TOTAL DO PACOTE                                                                       |                                                                                                           |               |
| AVALIAÇÃO DE RETINA PÓS INJEÇÃO INTRA-VITREO                                          |                                                                                                           |               |
| CÓDIGO                                                                                | DESCRIÇÃO                                                                                                 | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2                                                                        | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM RETINA (QUANTIDADE 1)                                                 |               |

|                                                                     |                                                                                                     |               |        |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------|
| 02.11.06.028-3                                                      | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)                                   | R\$           | 88.62  |
| 02.11.06.012-7                                                      | MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)                                                                 |               |        |
| 03.01.10.001-2                                                      | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)                                                        |               |        |
| TOTAL DO PACOTE                                                     |                                                                                                     |               |        |
| EXAMES EM OFTALMOLOGIA                                              |                                                                                                     |               |        |
| CÓDIGO                                                              | DESCRIÇÃO                                                                                           | VALOR ICISMEP |        |
| 02.05.02.002-0                                                      | PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR                                                                | R\$           | 15.44  |
| 02.05.02.008-9                                                      | ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B                                       | R\$           | 35.80  |
| 02.11.06.001-1                                                      | BIOMETRIA ULTRASSONICA MONOCULAR (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 DIARIA 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                                                      | RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR                                                                     | R\$           | 25.73  |
| 02.11.06.018-6                                                      | RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR                                                                 | R\$           | 66.73  |
| 02.11.06.021-6                                                      | TESTE DE SCHIRMER                                                                                   | R\$           | 3.51   |
| 02.11.06.022-4                                                      | TESTE DE VISAO 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 CÓRNEA (CERATOSCOPIA)                                                 | R\$           | 31.28  |
| 02.11.06.028-3                                                      | TOMOGRAFIA 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  |
| PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO AMBULATORIAL - S.A. |                                                                                                     |               |        |
| CÓDIGO                                                              | DESCRIÇÃO                                                                                           | VALOR ICISMEP |        |
| 02.01.01.009-7                                                      | BIÓPSIA DE CONJUNTIVA (BPA INDIVIDUALIZADO)                                                         | R\$           | 103.96 |
| 02.01.01.011-9                                                      | BIÓPSIA DE CÓRNEA (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                                                      | OCLUSAO 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 LACRIMAIS - 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 MIIÁSE 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 PROCEDIMENTOSDE 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 |

| PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H. |                                                                                    |               |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| CÓDIGO                                                            | DESCRIÇÃO                                                                          | VALOR ICISMEP |
| 02.01.01.011-9                                                    | BIÓPSIA DE Córnea                                                                  | R\$ 109.79    |
| 02.01.01.024-0                                                    | BIÓPSIA DE ÍRIS, CORPO CILIAR, RETINA, CORÓIDE E VÍTREO                            | 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 ENTROPÍO E ECTROPÍO (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 PALBEBRAL                                                      | 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 MULER (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  |

## Linha de cuidado - 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 TRANSMEÁTICA 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 CIRÚRGICO) SOB ANESTESIA GERAL | 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 PAILOMA 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 OTOLOGICA                                                                                                                                             | R\$           | 1,168.19 |
| 04.04.01.028-8                                                    | RESSECÇÃO 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 |
| PACOTE MIGUILIM - OTORRINOLARINGOLOGIA                            |                                                                                                                                                                     |               |          |
| CÓDIGO                                                            | DESCRIÇÃO                                                                                                                                                           | VALOR ICISMEP |          |
| 03.01.01.007-2                                                    | CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OTORRINOLARINGOLOGIA                                                                                                    | R\$           | 50.00    |

Exames - 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                                       | LOGOAUDIOMETRIA (AUDIOMETRIA VOCAL)        |               |
| 02.11.07.032-7                                       | TESTES ACUMÉTRICOS (DIAPASÃO)              |               |
| TOTAL DO PACOTE                                      |                                            |               |
| AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL + IMITÂNCIOMETRIA (pacote) |                                            |               |
| CÓDIGO                                               | DESCRIÇÃO                                  | VALOR ICISMEP |
| 02.11.07.004-1                                       | AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR - VIA AÉREA/ÓSSEA |               |

|                                                                                          |                                                                                           |               |          |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------|
| 02.11.07.021-1                                                                           | LOGOaudiometria (Audiometria Vocal)                                                       | R\$           | 75.33    |
| 02.11.07.032-7                                                                           | TESTES ACUMÉTRICOS (DIAPASÃO)                                                             |               |          |
| 02.11.07.020-3                                                                           | IMITÂNCIOMETRIA (IMPEDÂNCIOMETRIA)                                                        |               |          |
| TOTAL DO PACOTE                                                                          |                                                                                           |               |          |
| ESTUDO DE OTOEMISSIONES ACÚSTICAS EVOCADAS TRANSITÓRIAS E POR PRODUTO DE DISTORÇÃO (EOA) |                                                                                           |               |          |
| CÓDIGO                                                                                   | DESCRIÇÃO                                                                                 | VALOR ICISMEP |          |
| 02.11.07.005-0                                                                           | AVALIAÇÃO AUDITIVA COMPORTAMENTAL                                                         | R\$           | 67.64    |
| 02.11.07.015-7                                                                           | ESTUDO DE OTOEMISSIONES ACÚSTICAS EVOCADAS TRANSITÓRIAS E POR PRODUTO DE DISTORÇÃO - EOA  |               |          |
| TOTAL DO PACOTE                                                                          |                                                                                           |               |          |
| AUDIOMETRIA DE REFORÇO VISUAL + IMITANCIOMETRIA                                          |                                                                                           |               |          |
| CÓDIGO                                                                                   | DESCRIÇÃO                                                                                 | VALOR ICISMEP |          |
| 02.11.07.002-5                                                                           | AUDIOMETRIA DE REFORÇO VISUAL (VIA AEREA / OSSEA)                                         | R\$           | 126.68   |
| 02.11.07.020-3                                                                           | IMITÂNCIOMETRIA (IMPEDÂNCIOMETRIA)                                                        |               |          |
| TOTAL DO PACOTE                                                                          |                                                                                           |               |          |
| EXAMES                                                                                   |                                                                                           |               |          |
| CÓDIGO                                                                                   | DESCRIÇÃO                                                                                 | VALOR ICISMEP |          |
| 02.11.07.020-3                                                                           | IMITANCIOMETRIA = 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 AEREA / 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 |
| PACOTE MIGUILIM - FONAUDIOLOGIA                                                          |                                                                                           |               |          |
| CÓDIGO                                                                                   | DESCRIÇÃO                                                                                 | VALOR ICISMEP |          |
| 02.11.07.002-5                                                                           | AUDIOMETRIA DE REFORÇO VISUAL COM IMITANCIOMETRIA                                         | R\$           | 121.50   |

Linha de cuidado - 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\$           | 59.00  |
| 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                                             | EXCISAO E SUTURA DE HEMANGIOMA                                                       | R\$           | 102.73 |
| 04.06.02.014-0                                             | EXCISAO E SUTURA DE LINFANGIOMA / NEVUS                                              | R\$           | 102.73 |
| 03.09.07.001-5                                             | TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)* | R\$           | 285.08 |

\* 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 |

Linha de cuidado - 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 RECIDVANTE                                            | 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 ANATOMOPATOLOGICO PARA CIRURGIA DE COLECISTECTOMIA (POR PECA) | R\$           | 80.72    |

Linha de cuidado - 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 CIRURGICO 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 SEMIOTICA C/ OU S/ DILATAÇAO 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 CIRURGICA COM BIOPSIA E/OU CURETAGEM UTERINA (LISE DE SINEQUIAS, RETIRADA DE CORPO ESTRANHO) | R\$ | 2,280.62 |
| 04.09.06.017-8 | HISTEROSCOPIA CIRURGICA 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 | OOFORECTOMIA / OOFOROPLASTIA                                                                               | R\$ | 2,217.47 |
| 04.11.01.003-4 | OOFORECTOMIA LAPAROSCÓPICA                                                                                 | R\$ | 2,326.48 |
| 03.01.04.015-0 | RETIRADA DO DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)                                                                | R\$ | 617.68   |

Linha de cuidado - 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                                                      | BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES                                                           | R\$           | 204.01 |
| 03.03.08.001-9                                                      | CAUTERIZAÇÃO QUIMICA 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 |

Linha de cuidado - 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 PAILOMA EM LARINGE                                          | R\$           | 1,830.33 |
| 04.01.02.015-0                                                    |  | TRATAMENTO CIRURGICO DO SINUS PRE-AURICULAR                            | R\$           | 813.25   |
| 04.04.01.012-1                                                    |  | EXÉRESE DE TUMOR DE VIAS AEREAS 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 |

Consulta/Exames - 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     |

Procedimentos/Exames - 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 |
| 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  |

## Procedimentos/Exames - RADIOLOGIA

| EXAMES         |                                                                                                               |               |        |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------|
| CÓDIGO         | DESCRIÇÃO                                                                                                     | VALOR ICISMEP |        |
| 02.01.01.041-0 | BIOPSIA DE PROSTATA                                                                                           | R\$           | 554.61 |
| 02.01.01.047-0 | BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE - 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 OU MEMBRO SUPERIOR | R\$           | 125.11 |
| 02.05.01.004-0 | ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 03 VASOS) = DUPLEX SCAN DE CARÓTIDAS E ARTÉRIAS VERTEBRAIS    | R\$           | 180.65 |
| 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 PROSTATA (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  |

## 02 - TABELA DE SERVIÇOS DE SAÚDE EXECUTADOS NAS MÓVEIS/ITINERANTES

### 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<br><i>CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA<br/>ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA<br/>MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (SE NECESSÁRIO)<br/>BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1)<br/>TONOMETRIA (QUANTIDADE 2)<br/>REFRAÇÃO</i>                                                                                                                              | 120              | R\$ 19,550.40                   | R\$ 11,913.60                    | R\$ 162.92               |
| SERVIÇO DE ÓTICA (PARA FORNECIMENTO DE ÓCULOS) EM UNIDADE MÓVEL*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ESTRUTURA DIÁRIA | R\$ 300.00                      | -                                | -                        |
| SERVIÇO DE ULTRASSONOGRAFIA EM UNIDADE MÓVEL****                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 120 EXAMES       | R\$ 19,550.40                   | 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 IMPRESSÃO DE IMAGENS DOS EXAMES DE MAMOGRAFIA REALIZADOS EM UNIDADE MÓVEL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 80 EXAMES        | R\$ 800.00                      | R\$ 800.00                       | R\$ 10.00                |
| SERVIÇO DE CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS - GRUPO 1<br><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\$ 19,550.40                   | -                                | R\$ 250.00               |
| SERVIÇO DE CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS - GRUPO 2<br><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\$ 250.00               |
| SERVIÇO DE CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS - GRUPO 3<br><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.

\*\* O VALOR DA DIARIA COMPREENDE, ALEM DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MEDICOS E DE UTICA, O CUSTO DOS ITENS: TENDAS LUXUUM 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.

SERVIÇOS DE SAÚDE ITINERANTES

| SERVIÇOS ITINERANTES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| CÓDIGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | DESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | PACOTE CONSULTA BÁSICA/AVALIAÇÃO EM OFTALMOLOGIA EM UNIDADE MÓVEL<br>CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA<br>ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA<br>MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (SE NECESSÁRIO)<br>BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1)<br>TONOMETRIA (QUANTIDADE 2)<br>REFRAÇÃO | R\$ 75.70     |
| 02.05.01.004-0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 03 VASOS) = DUPLEX SCAN DE MEMBRO INFERIOR, MEMBRO SUPERIOR, DE CARÓTIDAS E ARTÉRIAS VERTEBRAIS.                                                                                                                                                                                       | R\$ 130.00    |
| 02.05.02.003-8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)                                                                                                                                                                                                                                                                 | R\$ 87.92     |
| 02.05.02.004-6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | R\$ 87.92     |
| 02.05.02.005-4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | R\$ 87.92     |
| 02.05.02.006-2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO (UMA ARTICULAÇÃO / UNILATERAL)                                                                                                                                                                                                                                                                         | R\$ 87.92     |
| 02.05.02.007-0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL)                                                                                                                                                                                                                                                                                         | R\$ 87.92     |
| 02.05.02.009-7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)                                                                                                                                                                                                                                                                               | 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\$ 87.92     |
| 02.05.02.011-9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)                                                                                                                                                                                                                                                                                          | R\$ 87.92     |
| 02.05.02.012-7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | R\$ 87.92     |
| 02.05.02.014-3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA (VIA ABDOMINAL OU VIA TRANSVAGINAL)                                                                                                                                                                                                                                                                        | R\$ 87.92     |
| 02.05.02.016-0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA) (PÉLVICA FEMININA)                                                                                                                                                                                                                                                                             | R\$ 87.92     |
| 02.05.02.018-6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL (ENDOVAGINAL)                                                                                                                                                                                                                                                                                            | R\$ 87.92     |
| CISMEP-07                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | R\$ 87.92     |
| CISMEP-25                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE + DOPPLER                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | R\$ 132.92    |
| CISMEP-26                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL) + DOPPLER                                                                                                                                                                                                                                                                               | 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    |
| OBSERVAÇÕES: <ul style="list-style-type: none"> <li>- O SERVIÇO ITINERANTE COMPREENDE A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDCOS, PROFISSIONAL TÉCNICO (REFRAÇÃO DA OFTALMOLOGIA) E ADMINISTRATIVO (DIGITADOR DOS ULTRASSONS), ALIMENTAÇÃO E HOSPEGAM DOS PROFISSIONAIS, E EQUIPAMENTOS MÉDICOS PARA REALIZAÇÃO DO SERVIÇOS.</li> <li>- O LOCAL DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS (CONSULTÓRIO, SALA, ETC) SERÁ DISPONIBILIZADO PELO MUNICÍPIO, BEM COMO RECEPÇÃO E ACOLHIMENTO DOS PACIENTES.</li> <li>- O VALOR DO ÓCULOS SEGUIRÁ A TABELA DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES EM OFTALMOLOGIA - UNIDADE MÓVEL/ITINERANTE.</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |
| SERVIÇOS COMPLEMENTARES EM OFTALMOLOGIA - UNIDADE MÓVEL/ITINERANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |
| CÓDIGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | DESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | VALOR ICISMEP |
| -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ARMAÇÃO PARA ÓCULOS ALTO ÍNDICE GRAU FORTE MODELO ADULTO FEMININO E MASCULINO - MATERIAL EM METAL OU ACETATO COM ARO TOTAL, ARO QUADRADO OU REDONDO                                                                                                                                                                                    | R\$ 87.00     |
| -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ARMAÇÃO PARA ÓCULOS ALTO ÍNDICE GRAU FORTE MODELO INFANTIL FEMININO E MASCULINO - MATERIAL EM METAL OU ACETATO COM ARO TOTAL, ARO QUADRADO OU REDONDO                                                                                                                                                                                  | R\$ 87.00     |
| -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ARMAÇÃO PARA OCULOS MODELO ADULTO FEMININO E MASCULINO - MATERIAL EM METAL OU ACETATO COM ARO TOTAL, ARO QUADRADO OU REDONDO                                                                                                                                                                                                           | R\$ 87.00     |
| -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ARMAÇÃO PARA OCULOS MODELO INFANTIL FEMININO E MASCULINO - MATERIAL EM METAL OU ACETATO COM ARO TOTAL, ARO QUADRADO OU REDONDO                                                                                                                                                                                                         | R\$ 86.00     |
| -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | LENTEs OFTALMICAS MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO ÍNDICE DE -10.00 A + 9.50 ESFÉRICO E CILINDRO ATE -6.00; CONFORME RECEITUARIO MÉDICO                                                                                                                                                                                                    | R\$ 39.00     |
| -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | LENTEs OFTALMICAS MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO ÍNDICE DE -8.00 A +6.00 ESFÉRICO E CILINDRO ATE -4,00; CONFORME RECEITUARIO MEDICO                                                                                                                                                                                                      | R\$ 39.00     |
| -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | LENTEs OFTALMICAS MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO ÍNDICE GRAU FORTE, ALTA DIOPIITRIA DE -12.50 A -23.00 ESFERICO E CILINDRO ATE -9.00; CONFORME RECEITUARIO MEDICO                                                                                                                                                                        | R\$ 45.00     |
| -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | LENTEs OFTALMICAS MONOFOCAIS VISAO SIMPLES ANTI-REFLEXO DE PLANO -4.00 A + 4.00 ESFERICO, CILINDRO ATE -2.00; CONFORME RECEITUARIO MEDICO                                                                                                                                                                                              | R\$ 61.00     |
| -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | LENTEs OFTALMICAS MONOFOCAIS VISAO SIMPLES ANTI REFLEXO DE PLANO -6.00 A +6.00 ESFERICO, CILINDRO ATE -4.00; CONFORME RECEITUARIO MEDICO                                                                                                                                                                                               | R\$ 58.00     |
| -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | LENTEs OFTALMICAS MULTIFOCAIS ALTO ÍNDICE DE -10.00 A + 6.00 ESFERICO E CILINDRO ATE - 6.00; ADICAO DE +1.00 A +3.50 ALTURA MINIMA DE 22MM                                                                                                                                                                                             | R\$ 59.00     |
| -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | LENTEs OFTALMICAS MULTIFOCAIS VISAO SIMPLES DE -4.00 A +7.00 ESFERICO E CILINDRO ATE - 4.00; ADICAO DE +1.00 A +3.00 ALTURA MINIMA DE 22MM                                                                                                                                                                                             | R\$ 74.90     |

03 - TABELA DE SERVIÇOS DE SAÚDE EXECUTADOS NAS UNIDADES EXTERNAS  
 (CREDENCIADAS/TERCEIRIZADAS)

Especialidade - OFTALMOLOGIA

| PACOTE BÁSICO DA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - UNIDADES EXTERNAS |                                                                                    |               |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| CÓDIGO                                                        | DESCRIÇÃO                                                                          | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2                                                | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA (QUANTIDADE 1)            | R\$ 69.36     |
| 03.01.10.001-2                                                | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR PACIENTE (QUANTIDADE 1) |               |
| 02.11.06.002-0                                                | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1)                                     |               |
| 02.11.06.025-9                                                | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)                                                          |               |

|                                                                          |                                                             |                                                                                                           |           |               |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------|
| 02.11.06.012-7                                                           |                                                             | MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)                                           |           |               |
| AVALIAÇÃO DE CATARATA - UNIDADES EXTERNAS                                |                                                             |                                                                                                           |           |               |
| CÓDIGO                                                                   |                                                             | DESCRIÇÃO                                                                                                 |           | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2                                                           |                                                             | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CATARATA (QUANTIDADE 1)                                               |           | R\$122.54     |
| 02.11.06.001-1                                                           |                                                             | BIOMETRIA ULTRASSONICA MONOCULAR (ECO A)                                                                  |           |               |
| 02.11.06.012-7                                                           |                                                             | MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)                                                                       |           |               |
| 02.11.06.025-9                                                           |                                                             | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)                                                                                 |           |               |
| 02.05.02.008-9                                                           |                                                             | ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)              |           |               |
| 03.01.10.001-2                                                           |                                                             | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)                                                              |           |               |
| AVALIAÇÃO CIRÚRGICA DE GLAUCOMA - UNIDADES EXTERNAS                      |                                                             |                                                                                                           |           |               |
| CÓDIGO                                                                   |                                                             | DESCRIÇÃO                                                                                                 |           | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2                                                           |                                                             | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)                                               |           | R\$92.88      |
| 02.11.06.025-9                                                           |                                                             | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)                                                                                 |           |               |
| 02.11.06.002-0                                                           |                                                             | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1)                                                            |           |               |
| 02.11.06.003-8                                                           |                                                             | CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA                                                                               |           |               |
| 02.11.06.017-8                                                           |                                                             | RETINOGRAFIA COLORIDA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)                                                      |           |               |
| 03.01.10.001-2                                                           |                                                             | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)                                                              |           |               |
| CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAVALIAÇÃO DE GLAUCOMA - UNIDADES EXTERNAS    |                                                             |                                                                                                           |           |               |
| CÓDIGO                                                                   |                                                             | DESCRIÇÃO                                                                                                 |           | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.010-2                                                           | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1) |                                                                                                           | R\$149.73 |               |
|                                                                          | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)                                   |                                                                                                           |           |               |
|                                                                          | FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1)                                  |                                                                                                           |           |               |
|                                                                          | CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)  |                                                                                                           |           |               |
| 02.11.06.011-9                                                           |                                                             | GONIOSCOPIA (QUANTIDADE 1)                                                                                |           |               |
| 02.05.02.002-0                                                           |                                                             | PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR                                                                      |           |               |
| 02.11.06.028-3                                                           |                                                             | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)                                         |           |               |
| 02.11.06.006-2                                                           |                                                             | CURVA DIARIA DE PRESSAO (CDP - 3 MEDIDAS )                                                                |           |               |
| 02.11.06.002-0                                                           |                                                             | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO                                                                                   |           |               |
| 02.11.06.017-8                                                           |                                                             | RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR                                                                           |           |               |
| 03.01.10.001-2                                                           |                                                             | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)                                                              |           |               |
| ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DE GLAUCOMA - UNIDADES EXTERNAS               |                                                             |                                                                                                           |           |               |
| CÓDIGO                                                                   |                                                             | DESCRIÇÃO                                                                                                 |           | VALOR ICISMEP |
| 03.03.05.001-2                                                           | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1) |                                                                                                           | R\$46.24  |               |
|                                                                          | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)                                   |                                                                                                           |           |               |
|                                                                          | FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1)                                  |                                                                                                           |           |               |
| 03.01.10.001-2                                                           |                                                             | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)                                                              |           |               |
| DESCRIÇÃO DOS TRATAMENTOS MEDICAMENTOSOS DE GLAUCOMA - UNIDADES EXTERNAS |                                                             |                                                                                                           |           |               |
| CÓDIGO                                                                   |                                                             | DESCRIÇÃO                                                                                                 |           | VALOR ICISMEP |
| 03.03.05.003-9                                                           |                                                             | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (1ª LINHA)                                    |           | R\$18.66      |
| 03.03.05.004-7                                                           |                                                             | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (2ª LINHA)                                    |           | R\$79.38      |
| 03.03.05.005-5                                                           |                                                             | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (3ª LINHA)                                    |           | R\$127.98     |
| 03.03.05.006-3                                                           |                                                             | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (1ª LINHA)                                    |           | R\$12.44      |
| 03.03.05.007-1                                                           |                                                             | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (2ª LINHA)                                    |           | R\$52.92      |
| 03.03.05.008-0                                                           |                                                             | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (3ª LINHA)                                    |           | R\$85.33      |
| 03.03.05.009-8                                                           |                                                             | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE ACETAZOLAMIDA MONOCULAR OU BINOCULAR |           | R\$93.10      |
| 03.03.05.010-1                                                           |                                                             | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA MONOCULAR                |           | R\$8.93       |
| 03.03.05.011-0                                                           |                                                             | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA BINOCULAR                |           | R\$13.39      |
| 03.03.05.015-2                                                           |                                                             | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - MONOCULAR              |           | R\$65.36      |
| 03.03.05.016-0                                                           |                                                             | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - BINOCULAR              |           | R\$98.04      |
| 03.03.05.017-9                                                           |                                                             | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR              |           | R\$97.77      |
| 03.03.05.018-7                                                           |                                                             | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO PACIENTE GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR                    |           | R\$146.64     |
| 03.03.05.019-5                                                           |                                                             | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR              |           | R\$138.25     |
| 03.03.05.020-9                                                           |                                                             | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR              |           | R\$207.36     |
| 03.03.05.021-7                                                           |                                                             | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS            |           | R\$150.69     |
| 03.03.05.022-5                                                           |                                                             | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS            |           | R\$226.02     |
| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CórNEA - UNIDADES EXTERNAS                  |                                                             |                                                                                                           |           |               |
| CÓDIGO                                                                   |                                                             | DESCRIÇÃO                                                                                                 |           | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2                                                           |                                                             | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTAEM CórNEA (QUANTIDADE 1)                                                  |           | R\$74.55      |
| 03.01.10.001-2                                                           |                                                             | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)                                                              |           |               |
| 02.11.06.026-7                                                           |                                                             | TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CórNEA-CERATOSCOPIA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) (24.24)                  |           |               |
| 02.05.02.002-0                                                           |                                                             | PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)                                       |           |               |
| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE ESTRABISMO - UNIDADES EXTERNAS              |                                                             |                                                                                                           |           |               |
| CÓDIGO                                                                   |                                                             | DESCRIÇÃO                                                                                                 |           | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2                                                           |                                                             | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM ESTRABISMO (QUANTIDADE 1)                                             |           | R\$95.29      |
| 02.11.06.023-2                                                           |                                                             | TESTE ORTÓPTICO (QUANTIDADE 1)                                                                            |           |               |
| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE PLÁSTICA OCULAR - UNIDADES EXTERNAS         |                                                             |                                                                                                           |           |               |
| CÓDIGO                                                                   |                                                             | DESCRIÇÃO                                                                                                 |           | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2                                                           |                                                             | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM PLÁSTICA OCULAR (QUANTIDADE 1)                                        |           | R\$69.36      |
| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA - UNIDADES EXTERNAS                  |                                                             |                                                                                                           |           |               |
| CÓDIGO                                                                   |                                                             | DESCRIÇÃO                                                                                                 |           | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2                                                           |                                                             | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM RETINA (QUANTIDADE 1)                                                 |           | R\$196.53     |
| 02.11.06.012-7                                                           |                                                             | MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)                                                                       |           |               |
| 02.11.06.017-8                                                           |                                                             | RETINOGRAFIA COLORIDA (QUANTIDADE 1)                                                                      |           |               |
| 02.11.06.028-4                                                           |                                                             | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)                                         |           |               |
| 03.01.10.001-2                                                           |                                                             | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)                                                              |           |               |

|                                                                                                           |                                                                                                                  |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 02.11.06.018-6                                                                                            | RETINOGRAFIA FLUORESCENTE (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)                                                         |               |
| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CIRURGIAS RETINIANAS - AVAL. DEPARTAMENTO DE VITRECTOMIA - UNIDADES EXTERNAS |                                                                                                                  |               |
| CÓDIGO                                                                                                    | DESCRIÇÃO                                                                                                        | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2                                                                                            | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CIRURGIAS RETINIANAS (QUANTIDADE 1)                                          | R\$ 196.53    |
| 02.11.06.012-7                                                                                            | MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)                                                                              |               |
| 02.05.02.008-9                                                                                            | ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR) - ECO B- (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)                    |               |
| 02.11.06.028-3                                                                                            | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)                                                |               |
| 03.01.10.001-2                                                                                            | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)                                                                     |               |
| 02.11.06.002-0                                                                                            | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO                                                                                          |               |
| 02.11.06.025-9                                                                                            | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)                                                                                        |               |
| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA - CONTROLE DE VITRECTOMIA - UNIDADES EXTERNAS                         |                                                                                                                  |               |
| CÓDIGO                                                                                                    | DESCRIÇÃO                                                                                                        | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2                                                                                            | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CIRURGIAS RETINIANAS (QUANTIDADE 1)                                          | R\$ 138.73    |
| 02.11.06.012-7                                                                                            | MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)                                                                              |               |
| 03.01.10.001-2                                                                                            | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)                                                                     |               |
| 02.05.02.008-9                                                                                            | ECO-B ULTRA-SOM DE GLOBO OCULAR/ÓRBITA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)                                            |               |
| 02.11.06.028-3                                                                                            | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)                                                |               |
| AVALIAÇÃO DE RETINA PÓS INJEÇÃO INTRA-VITREO - UNIDADES EXTERNAS                                          |                                                                                                                  |               |
| CÓDIGO                                                                                                    | DESCRIÇÃO                                                                                                        | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2                                                                                            | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM RETINA (QUANTIDADE 1)                                                        | R\$ 138.73    |
| 02.11.06.028-3                                                                                            | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)                                                |               |
| 02.11.06.012-7                                                                                            | MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)                                                                              |               |
| 03.01.10.001-2                                                                                            | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)                                                                     |               |
| EXAMES EM OFTALMOLOGIA - UNIDADES EXTERNAS                                                                |                                                                                                                  |               |
| CÓDIGO                                                                                                    | DESCRIÇÃO                                                                                                        | VALOR ICISMEP |
| 02.05.02.002-0                                                                                            | PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR                                                                             | R\$ 40.46     |
| 02.05.02.008-9                                                                                            | ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B                                                    | R\$ 57.80     |
| 02.11.06.001-1                                                                                            | BIOMETRIA ULTRASSONICA MONOCULAR (ECO A)                                                                         | R\$ 40.46     |
| 02.11.06.002-0                                                                                            | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO                                                                                  | R\$ 23.12     |
| 02.11.06.003-8                                                                                            | CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA                                                                                      | R\$ 52.02     |
| 02.11.06.006-2                                                                                            | CURVA DIARIA DE PRESSÃO OCULAR - CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS)                                                         | R\$ 28.90     |
| 02.11.06.011-9                                                                                            | GONIOSCOPIA                                                                                                      | R\$ 28.90     |
| 02.11.06.012-7                                                                                            | MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (MONOCULAR)                                                                     | R\$ 40.46     |
| 02.11.06.015-1                                                                                            | POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL                                                                                     | R\$ 52.02     |
| 02.11.06.017-8                                                                                            | RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR                                                                                  | R\$ 86.71     |
| 02.11.06.018-6                                                                                            | RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR                                                                              | R\$ 115.61    |
| 02.11.06.025-9                                                                                            | TONOMETRIA                                                                                                       | R\$ 5.78      |
| 02.11.06.026-7                                                                                            | TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÓRNEA (CERATOSCOPIA)                                                              | R\$ 69.36     |
| 02.11.06.028-3                                                                                            | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA (OCT)                                                                             | R\$ 69.36     |
| CISMEP-12                                                                                                 | TRATAMENTO MEDICAMENTOSOS DE BLEFAROESPASMO COM TOXINA BOTULÍNICA ( SEM A TOXINA, TOXINA FORNECIDA PELO ESTADO ) | R\$ 98.27     |
| PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO AMBULATORIAL - S.A. - UNIDADES EXTERNAS                   |                                                                                                                  |               |
| CÓDIGO                                                                                                    | DESCRIÇÃO                                                                                                        | VALOR ICISMEP |
| 02.01.01.009-7                                                                                            | BIÓPSIA DE CONJUNTIVA (BPA INDIVIDUALIZADO)                                                                      | R\$ 158.14    |
| 02.01.01.018-6                                                                                            | BIÓPSIA DE ESCLERA (BPA INDIVIDUALIZADO)                                                                         | R\$ 113.02    |
| 02.01.01.035-6                                                                                            | BIÓPSIA DE PÁLPEBRA (BPA INDIVIDUALIZADO)                                                                        | R\$ 148.08    |
| 04.05.01.004-4                                                                                            | DRENAGEM DE ABSCESSO DE PÁLPEBRA (BPA INDIVIDUALIZADO)                                                           | R\$ 150.29    |
| 04.05.01.005-2                                                                                            | EPILAÇÃO A LASER - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)                                                               | R\$ 333.51    |
| 04.05.01.006-0                                                                                            | EPILACAO DE CILIOS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)                                                             | R\$ 40.40     |
| 04.05.01.014-1                                                                                            | SIMBLEFAROPLASTIA - UNILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)                                                             | R\$ 303.95    |
| 04.05.01.016-8                                                                                            | SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)                                                     | R\$ 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 secoa (APAC)                                                                              | R\$ 86.88     |
| 04.05.03.005-3                                                                                            | INJEÇÃO INTRA-VITREO (BPA INDIVIDUALIZADO) ( com Avastim )                                                       | R\$ 430.06    |
| CISMEP-13                                                                                                 | INJEÇÃO INTRA-VITREO COM ANTIBIÓTICO (dexametasona e/ou ceftriaxona e/ou vancomicina)                            | R\$ 208.09    |
| 04.05.03.009-6                                                                                            | SUTURA DE ESCLERA (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO)                                                             | R\$ 248.46    |
| 04.05.03.015-0                                                                                            | VITRIÓLISE A YAG LASER (BPA CONSOLIDADO)                                                                         | R\$ 78.61     |
| 04.05.03.019-3                                                                                            | PAN-FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA A LASER CORRESPONDE A 4 PROCEDIMENTOSDE FOTOCOAGULAÇÃO A LASER. (APAC)              | R\$ 208.09    |
| 04.05.03.021-5                                                                                            | RETINOPEXIA PNEUMÁTICA (BPA INDIVIDUALIZADO)                                                                     | R\$ 610.92    |
| 04.05.03.022-3                                                                                            | REMOÇÃO DE ÓLEO DE SILICONE (BPA INDIVIDUALIZADO)                                                                | R\$ 736.42    |
| 04.05.04.019-9                                                                                            | TRATAMENTO CIRÚRGICO DO XANTELASMA (BPA INDIVIDUALIZADO)                                                         | R\$ 301.04    |
| 04.05.05.002-0                                                                                            | CAPSULOTOMIA A YAG LASER (APAC)                                                                                  | R\$ 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 CÔRNEA                                                                               | R\$           | 260.97   |
| 04.05.05.036-4                                                                                       | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO                                                               | R\$           | 411.76   |
| CISMEP                                                                                               | CROSSLINKING                                                                                   | R\$           | 1,168.00 |
| PROCEDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H. - UNIDADES EXTERNAS |                                                                                                |               |          |
| CÓDIGO                                                                                               | DESCRIÇÃO                                                                                      | VALOR ICISMEP |          |
| 02.01.01.024-0                                                                                       | BIÓPSIA DE ÍRIS, CORPO CILIAR, RETINA, CORÓIDE E VÍTREO                                        | R\$           | 283.21   |
| 04.05.01.001-0                                                                                       | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ENTROPIO E ECTRÓPIO (BILATERAL)                                          | R\$           | 289.02   |
| 04.05.01.007-9                                                                                       | EXERESE DE CALÁZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PÁLPEBRA E SUPERCÍLIOS (UNILATERAL)             | R\$           | 113.29   |
| 04.05.01.002-8                                                                                       | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE EPICANTO E TELECANTO                                                     | R\$           | 322.43   |
| 04.05.01.003-6                                                                                       | DACRIOCISTORRINOSTOMIA (UNILATERAL)                                                            | R\$           | 936.42   |
| 04.05.01.011-7                                                                                       | RECONSTITUIÇÃO DE CANAL LACRIMAL (UNILATERAL)                                                  | R\$           | 867.05   |
| 04.05.01.012-5                                                                                       | RECONSTITUIÇÃO PARCIAL DA PÁLPEBRA COM TARSORRAFIA (BILATERAL)                                 | R\$           | 439.31   |
| 04.05.01.015-0                                                                                       | SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL (BILATERAL)                                     | R\$           | 289.02   |
| 04.05.01.017-6                                                                                       | SUTURA DE PÁLPEBRAS (BILATERAL)                                                                | R\$           | 208.09   |
| 04.05.02.001-5                                                                                       | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MÚSCULOS HIPERTROPIAS)                            | R\$           | 1,572.25 |
| 04.05.02.002-3                                                                                       | CORREÇÃO CIRÚRGICA DO ESTRABISMO (ATÉ 2 MÚSCULOS)                                              | R\$           | 1,132.95 |
| 04.05.03.007-0                                                                                       | RETINOPEXIA COM INTROFLEXÃO ESCLERAL                                                           | R\$           | 1,005.43 |
| 04.05.03.009-6                                                                                       | SUTURA DE ESCLERA                                                                              | R\$           | 285.55   |
| 04.05.03.013-4                                                                                       | VITRECTOMIA ANTERIOR                                                                           | R\$           | 554.64   |
| 04.05.03.014-2                                                                                       | VITRECTOMIA POSTERIOR                                                                          | R\$           | 2,532.37 |
| 04.05.03.016-9                                                                                       | VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER                                | R\$           | 3,377.08 |
| 04.05.03.017-7                                                                                       | VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO, ÓLEO DE SILICONE E ENDOLASER              | R\$           | 3,907.51 |
| CISMEP-03                                                                                            | MEMBRANECTOMIA                                                                                 | R\$           | 392.25   |
| CISMEP-04                                                                                            | TROCA FLUIDO GASOSA                                                                            | R\$           | 235.95   |
| CISMEP-05                                                                                            | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA POSTERIOR DO OLHO                                         | R\$           | 393.76   |
| 04.05.04.001-6                                                                                       | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE LAGOFTALMO                                                               | R\$           | 439.31   |
| 04.05.04.006-7                                                                                       | ENUCLEAÇÃO DO GLOBO OCULAR                                                                     | R\$           | 751.45   |
| 04.05.04.007-5                                                                                       | EVISCERAÇÃO DE GLOBO OCULAR                                                                    | R\$           | 832.37   |
| 04.05.04.018-0                                                                                       | TRANSPLANTE DE PERIÓSTEO EM ESCLEROMALÁCIA                                                     | R\$           | 1,384.95 |
| 04.05.04.020-2                                                                                       | TRATAMENTO DE PTOSE PALBEBRAL                                                                  | R\$           | 786.13   |
| 04.05.05.001-1                                                                                       | CAPSULECTOMIA POSTERIOR CIRÚRGICA                                                              | R\$           | 439.31   |
| 04.05.05.004-6                                                                                       | CICLOCRIOCOAGULAÇÃO/DIATERMIA                                                                  | R\$           | 679.20   |
| 04.05.05.021-6                                                                                       | RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL                                                                       | R\$           | 254.34   |
| 04.05.05.022-4                                                                                       | RECONSTITUIÇÃO DE FÓRNIX CONJUNTIVAL                                                           | R\$           | 533.53   |
| 04.05.05.032-1                                                                                       | TRABECULECTOMIA (CIRURGIA FISTULIZANTE ANTIGLAUCOMATOSA)                                       | R\$           | 1,208.98 |
| 04.05.05.035-6                                                                                       | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE GLAUCOMA CONGÊNITO                                                     | R\$           | 1,429.77 |
| 04.05.05.039-9                                                                                       | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEISCÊNCIA DE SUTURA DE CÔRNEA                                         | R\$           | 278.43   |
| 04.05.04.010-5                                                                                       | EXPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR LIO                                                            | R\$           | 978.25   |
| 04.05.04.021-0                                                                                       | REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRA- OCULAR                                                        | R\$           | 524.40   |
| 04.05.05.009-7                                                                                       | FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR                                                  | R\$           | 998.80   |
| 04.05.05.010-0                                                                                       | FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR                                                  | R\$           | 988.15   |
| 04.05.05.011-9                                                                                       | FACOEMLSIFICAÇÃO 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                                                                                       | FACOEMLSIFICACAO 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 APLICACÇÕES     | R\$           | 1,965.32 |
| CISMEP-48                                                                                            | INJECao INTRA-VITREA DE LUCENTIS ( RANIZUBIMABE ) COM OCT 30 DIAS APOS GRUPOS DE 3 APLICACÇÕES | R\$           | 2,977.79 |
| CISMEP-49                                                                                            | CIRURGIA DE PRK - REFRATIVA A LASER BINOCULAR                                                  | R\$           | 2,509.50 |
| CISMEP-50                                                                                            | CIRURGIA DE PRK - REFRATIVA A LASER MONOCULAR                                                  | R\$           | 1,098.27 |
| CISMEP-51                                                                                            | AVALIACAO DE CIRURGIA REFRATIVA A LASER - INCLUI PENTACAM                                      | R\$           | 404.62   |

## Especialidade - GASTROENTEROLOGIA

|                                                                                |                                                                                            |               |           |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------|
| CONSULTA EM GASTROENTEROLOGIA - UNIDADES EXTERNAS                              |                                                                                            |               |           |
| 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 - UNIDADES EXTERNAS |                                                                                            |               |           |
| CÓDIGO                                                                         | DESCRIÇÃO                                                                                  | VALOR ICISMEP |           |
| 02.09.01.001-0                                                                 | COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA (VIA ENDOSCÓPICA)                                       | R\$           | 10,700.00 |
| 02.09.01.002-9                                                                 | COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA) DIAGNÓSTICA COM ANESTESISTA (COM POLIPECTOMIA SE NECESSÁRIO)     | R\$           | 700.00    |
| 02.09.01.002-9                                                                 | COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA) SIMPLES (COM POLIPECTOMIA SE NECESSÁRIO)                         | R\$           | 450.00    |
| CISMEP-65                                                                      | MUCOSECTOMIA (COM ATÉ 02 CLIPES)                                                           | R\$           | 3,108.81  |
| CISMEP-66                                                                      | CLIFE 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 |

PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA - UNIDADES EXTERNAS

| EXAMES - UNIDADES EXTERNAS                     |                                                                                                            |               |          |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------|
| CÓDIGO                                         | DESCRIÇÃO                                                                                                  | VALOR ICISMEP |          |
| 02.11.05.010-5                                 | POLISSONOGRAMIA                                                                                            | 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 TRANSESOFAGICA                                                                             | 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 |
| 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   |
| RESSONÂNCIA MAGNÉTICA - UNIDADES EXTERNAS      |                                                                                                            |               |          |
| 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   |
| CINTILOGRAFIA - UNIDADES EXTERNAS              |                                                                                                            |               |          |
| 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 |
| EXAMES DE MAMOGRAFIA - UNIDADES EXTERNAS                                           |                                                                                                                 |               |        |
| CÓDIGO                                                                             | DESCRIÇÃO                                                                                                       | VALOR ICISMEP |        |
| 02.04.03.003-0                                                                     | MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIAÇÃO PERIODICA BILATERAL (AME)                                                | R\$           | 98.26  |
| 02.04.03.003-0                                                                     | MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIAÇÃO PERIODICA 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 PERIODICA BILATERAL - BICAS                                              | R\$           | 70.07  |
| 02.04.03.003-0                                                                     | MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIAÇÃO PERIODICA UNILATERAL - BICAS                                             | R\$           | 52.50  |
| 02.04.03.018-8                                                                     | MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO - BICAS                                                                  | R\$           | 70.07  |
| PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICOS POR FRASCO - UNIDADES EXTERNAS |                                                                                                                 |               |        |
| CÓDIGO                                                                             | DESCRIÇÃO                                                                                                       | VALOR ICISMEP |        |
| CISMEP-17                                                                          | SERVIÇOS DE ANÁLISE DE EXAME ANATOPATOLÓGICOS DE FRAGMENTOS NOS RETIRADOS NO EXAME DE ENDOSCOPIA E COLONOSCOPIA | R\$           | 88.26  |
| CISMEP-18                                                                          | SERVIÇOS DE ANÁLISE DE EXAME ANATOPATOLÓGICOS OU CITOLÓGICOS DE FRAGMENTOS RETIRADOS NA PUNÇÃO DE MAMA          | R\$           | 78.68  |
| CISMEP-19                                                                          | SERVIÇOS DE ANÁLISE DE EXAME ANATOPATOLÓGICOS DE FRAGMENTOS RETIRADOS NA PUNÇÃO DE PRÓSTATA                     | R\$           | 85.48  |
| CISMEP-20                                                                          | SERVIÇOS DE ANÁLISE DE EXAME ANATOPATOLÓGICOS DE FRAGMENTOS RETIRADOS PUNÇÃO DE TIREÓIDE                        | R\$           | 78.68  |
| CISMEP-71                                                                          | IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS                                                                        | R\$           | 252.40 |
| SERVIÇOS DE MEDICINA HIPERBÁRICA - UNIDADES EXTERNAS                               |                                                                                                                 |               |        |
| CÓDIGO                                                                             | DESCRIÇÃO                                                                                                       | VALOR ICISMEP |        |
| CISMEP-42                                                                          | SESSÃO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA (POR SESSÃO DE ATÉ 02 HORAS)                                               | R\$           | 300.00 |

## CIRURGIAS - UNIDADES EXTERNAS

|                                         |                                                                                       |               |           |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------|
| CIRURGIA ORTOPÉDICA - UNIDADES EXTERNAS |                                                                                       |               |           |
| 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                          | ATROPLASTIA 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 - UNIDADES EXTERNAS |                                               |               |          |
| CÓDIGO                             | DESCRIÇÃO                                     | VALOR ICISMEP |          |
| 04.07.03.003-4                     | COLECISTECTOMIA VIDEO LAPAROSCOPICA           | 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 - UNIDADES EXTERNAS |                                                        |               |          |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------|----------|
| 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 - UNIDADES EXTERNAS |                                                          |               |          |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------|----------|
| 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 ENDOSCOPICA 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 - UNIDADES EXTERNAS |                                                |               |          |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------|----------|
| 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 - UNIDADES EXTERNAS |                                    |               |          |
|-----------------------------------------------|------------------------------------|---------------|----------|
| 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 - UNIDADES EXTERNAS |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |           |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------|
| CÓDIGO                                    | DESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                            | VALOR ICISMEP |           |
| 04.06.03.002-2                            | ANGIOPLASTIA CORONARIANA C/ IMPLANTE DE UM STENT (PACOTE)<br>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)<br>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 |
| 02.11.02.001-0                            | CATERISMO CARDIACO                                                                                                                                                                                                                                                                                   | R\$           | 1,985.94  |

| OPME's - UNIDADES EXTERNAS                       |                                                                                          |               |          |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------|
| OPME CIRURGIA ORTOPÉDICA - UNIDADES EXTERNAS     |                                                                                          |               |          |
| 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   |
|                                                  | LAMINA SERRA                                                                             | R\$           | 387.74   |

|                                                                                      |                                                                                          |     |          |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------|
| PROTESE DE QUADRIL<br>NÃO CIMENTADA PRIMARIA /<br>NACIONAL                           | 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 |
|                                                                                      | PARAFUSO ACETABULAR                                                                      | R\$ | 330.36   |
|                                                                                      | LAMINA SERRA                                                                             | R\$ | 387.74   |
| PROTESE DE QUADRIL<br>HIBRIDA PRIMARIA /<br>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 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   |
| PROTESE DE QUADRIL<br>BIPOLAR                                                        | 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 |
|                                                                                      | COMPONENTE BIPOLAR (CABEÇA BIPOLAR)                                                      | R\$ | 2,770.21 |
|                                                                                      | CIMENTO ORTOPÉDICO                                                                       | R\$ | 200.68   |
| PROTESE DE JOELHO<br>CIMENTADA PRIMARIA /<br>NACIONAL                                | 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<br>CIMENTADA - REVISÃO                                            | 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 |
|                                                                                      | ACETATO CONSTRITO (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   |
| PROTESE DE QUADRIL NÃO<br>CIMENTADA - REVISÃO                                        | 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 |
|                                                                                      | 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   |
| ARTROPLASTIA TOTAL DE<br>JOELHO - REVISÃO /<br>RECONSTRUÇÃO                          | 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   |
|                                                                                      | 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 |
| RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR<br>INTRA-ARTICULAR DO JOELHO<br>(CRUZADO ANTERIOR)           | CIMENTO ORTOPÉDICO (01 UND.)                                                             | R\$ | 196.45   |
|                                                                                      | LÂMINA DE SERRA                                                                          | R\$ | 328.44   |
|                                                                                      | LAMINA DE SHAVER                                                                         | R\$ | 808.59   |
| RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR<br>INTRA-ARTICULAR DO JOELHO<br>(CRUZADO POSTERIOR)          | EQUIPO C/ SENSOR                                                                         | R\$ | 669.97   |
|                                                                                      | PARAFUSO DE INTERFERENCIA EM TITANIO                                                     | R\$ | 930.88   |
|                                                                                      | LAMINA DE SHAVER                                                                         | R\$ | 808.59   |
| REPARO DE ROTURA DO<br>MANGUITO ROTADOR (INCLUI<br>PROCEDIMENTO<br>DESCOMPRESSIVOS)  | EQUIPO C/ SENSOR                                                                         | R\$ | 669.97   |
|                                                                                      | CANULA DESCARTAVEL                                                                       | R\$ | 397.37   |
|                                                                                      | ANCORA MONTADA EM TITANIO                                                                | R\$ | 1,031.93 |
|                                                                                      | PONTEIRA FREQUENCIA                                                                      | R\$ | 984.84   |
|                                                                                      | LAMINA DE SHAVER                                                                         | R\$ | 808.59   |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE<br>ROTURA DO MENISCO COM<br>MENISCECTOMIA PARCIAL /<br>TOTAL | EQUIPO C/ SENSOR                                                                         | R\$ | 669.97   |
|                                                                                      | PARAFUSO DE INTERFERENCIA EM TITANIO                                                     | R\$ | 930.88   |
|                                                                                      | FAST-FIX 360 RETO OU CURVO AGULHADO                                                      | R\$ | 3,369.15 |

|                                              |     |        |
|----------------------------------------------|-----|--------|
| EMPURRADOR DE NO/CORTADOR DE SUTURA E CANULA | R\$ | 673.83 |
|----------------------------------------------|-----|--------|

| OPME CIRURGIA UROLÓGICA - UNIDADES EXTERNAS |                                         |               |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------|
| CIRURGIA                                    | OPME                                    | VALOR ICISMEP |
| INSTALACAO ENDOSCÓPICA DE CATETER DUPLO J   | CATETER DUPLO J                         | R\$ 396.00    |
| RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE PROSTATA (RTU)     | ALÇA DE RTU                             | R\$ 396.00    |
|                                             | EQUIPO DE IRRIGAÇÃO DE 3 VIAS           | R\$ 400.00    |
| 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 - UNIDADES EXTERNAS |                                  |               |
|-----------------------------------------|----------------------------------|---------------|
| 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 - UNIDADES EXTERNAS |                                                   |               |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------|
| 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 - UNIDADES EXTERNAS                                                                                                  |              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| CONSULTA MÉDICA PARA AVALIAÇÕES CIRURGICAS                                                                                                                     | R\$ 90.00    |
| CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (RISCO CIRÚRGICO)                                                                                                     | R\$ 80.00    |
| RAIO X TÓRAX (ATÉ 2 INCIDÊNCIAS)                                                                                                                               | R\$ 42.00    |
| RAIO X TÓRAX (3 INCIDÊNCIAS)                                                                                                                                   | R\$ 77.50    |
| CURATIVO ESPECIAL (SEM HIDROCOLOIDE - fevereiroR EXTENSÃO)                                                                                                     | R\$ 85.80    |
| CURATIVO SIMPLES                                                                                                                                               | R\$ 65.95    |
| LEITO DE CTI (DIÁRIA)<br>* Serviço exclusivo para pacientes que necessitarem de suporte emergencial ao realizarem procedimentos em prestadores externos        | R\$ 2,512.63 |
| LEITO DE ENFERMARIA (DIÁRIA)<br>* Serviço exclusivo para pacientes que necessitarem de suporte emergencial ao realizarem procedimentos em prestadores externos | R\$ 882.60   |
| DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO DE FERIDAS OU EXTREMIDADES                                                                                                             | R\$ 1,133.21 |
| ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO                                                                                                                                        | R\$ 6,110.10 |
| INTRODUTOR FEMORAL PARA ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO - OPME                                                                                                         | R\$ 600.00   |
| PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM FRAGMENTOS MULTIPLO 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   |

CIRURGIAS REGIÃO ALTO CAPARAÓ

| CIRURGIA ORTOPÉDICA - REGIÃO ALTO CAPARAÓ |                                                                                       |               |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| CÓDIGO                                    | DESCRIÇÃO                                                                             | VALOR ICISMEP |
| 04.08.05.016-0                            | RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)                  | R\$ 5,391.25  |
| 04.08.05.017-9                            | RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR)                 | R\$ 5,391.25  |
| 04.08.01.014-2                            | REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTO DESCOMPRESSIVOS)            | R\$ 4,407.30  |
| 04.08.05.089-6                            | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL           | R\$ 3,168.00  |
| 04.03.02.012-3                            | TRATAMENTO CIRURGICO DE SINDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEO-FIBROSO AO NIVEL DO CARPO | R\$ 2,281.35  |
| 04.08.05.065-9                            | TRATAMENTO CIRURGICO DE HALUX VALGUS COM OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO     | R\$ 5,391.25  |
| 04.08.05.090-0                            | TRATAMENTO CIRURGICO DO HALUX RIGIDUS                                                 | R\$ 5,391.25  |
| 04.08.05.014-4                            | RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DO TORNOZELO                                                  | R\$ 2,724.00  |
| 04.08.05.003-9                            | ARTRODESE DE MEDIAS/GRANDES ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR                           | R\$ 5,391.25  |
| 04.08.06.021-2                            | RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL                                                           | R\$ 2,281.35  |
| 04.03.02.013-1                            | TRATAMENTO MICROCIRÚRGICO DE TUMOR DE NERVO PERIFÉRICO/NEUROMA                        | R\$ 2,281.35  |

| CIRURGIA GERAL - REGIÃO ALTO CAPARAÓ |                                    |               |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------|
| CÓDIGO                               | DESCRIÇÃO                          | VALOR ICISMEP |
| 04.07.03.003-4                       | COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA | R\$ 2,336.40  |
| 04.07.02.027-6                       | FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL  | R\$ 2,340.00  |
| 04.07.02.028-4                       | HEMORROIDECTOMIA                   | R\$ 2,336.40  |

|                |                                              |     |          |
|----------------|----------------------------------------------|-----|----------|
| 04.07.04.009-9 | HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)           | R\$ | 2,310.00 |
| 04.07.04.010-2 | HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL) | R\$ | 2,244.00 |
| 04.07.04.012-9 | HERNIOPLASTIA UMBILICAL                      | R\$ | 2,244.00 |

| CIRURGIA GINECOLÓGICA - REGIÃO ALTO CAPARAÓ |                                                        |               |          |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------|----------|
| CÓDIGO                                      | DESCRIÇÃO                                              | VALOR ICISMEP |          |
| 04.09.06.012-7                              | HISTERECTOMIA SUBTOTAL                                 | R\$           | 5,016.00 |
| 04.09.06.013-5                              | HISTERECTOMIA TOTAL                                    | R\$           | 5,016.00 |
| 04.09.06.017-8                              | HISTERECTOMIA POR VIA VAGINAL                          | R\$           | 4,408.80 |
| 04.09.06.019-4                              | MIOMECTOMIA                                            | R\$           | 2,772.00 |
| 04.09.06.021-6                              | OOFORECTOMIA/OOFOROPLASTIA                             | R\$           | 2,310.00 |
| 09.09.06.004-6                              | CURETAGEM SEMIÓTICA C/ OU S/ DILATAÇÃO DO COLO UTERINO | R\$           | 1,056.00 |

| CIRURGIA UROLÓGICA - REGIÃO ALTO CAPARAÓ |                                           |               |          |
|------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------|----------|
| CÓDIGO                                   | DESCRIÇÃO                                 | VALOR ICISMEP |          |
| 04.09.01.017-0                           | INSTALACAO ENDOSCÓPICA DE CATETER DUPLO J | R\$           | 1,857.06 |
| CISMEP-37                                | RETIRADA DE CATETER DUPLO J               | R\$           | 588.93   |
| 04.09.04.013-4                           | ORQUIDOPEXIA UNILATERAL                   | R\$           | 1,857.06 |
| 04.09.03.002-3                           | PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA                | R\$           | 4,153.17 |
| 04.09.03.004-0                           | RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE PROSTATA (RTU)   | R\$           | 3,961.16 |
| 04.09.04.023-1                           | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARICOCELE        | R\$           | 1,947.38 |
| 04.09.01.059-6                           | URETEROLITOTRIPSIA FLEXIVEL               | R\$           | 3,828.36 |
| 04.09.01.059-6                           | URETEROLITOTRIPSIA RÍGIDA A LASER         | R\$           | 3,953.21 |
| 04.09.01.023-5                           | NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA               | R\$           | 3,978.47 |

| CIRURGIA OFTALMOLÓGICA - REGIÃO ALTO CAPARAÓ |                                                               |               |        |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------|--------|
| CÓDIGO                                       | DESCRIÇÃO                                                     | VALOR ICISMEP |        |
| 04.05.05.037-2                               | FACOEMULSIFICAÇÃO 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 INTERFERENCIA EM TITANIO         | R\$           | 787.79   |
| RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR)       | LAMINA DE SHAVER                             | R\$           | 680.40   |
|                                                                             | EQUIPO C/ SENSOR                             | R\$           | 563.76   |
|                                                                             | PARAFUSO DE INTERFERENCIA EM TITANIO         | R\$           | 787.79   |
| REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTO DESCOMPRESSIVOS)  | LAMINA DE SHAVER                             | R\$           | 680.40   |
|                                                                             | EQUIPO C/ SENSOR                             | R\$           | 563.76   |
|                                                                             | CANULA DESCARTAVEL                           | R\$           | 334.37   |
|                                                                             | ÂNCORA MONTADA EM TITANIO                    | R\$           | 868.32   |
|                                                                             | PONTEIRA FREQUENCIA                          | R\$           | 858.48   |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL | LAMINA DE SHAVER                             | R\$           | 680.40   |
|                                                                             | EQUIPO C/ SENSOR                             | R\$           | 563.76   |
|                                                                             | PARAFUSO DE INTERFERENCIA EM TITANIO         | R\$           | 787.79   |
|                                                                             | FAST-FIX 360 RETO OU CURVO AGULHADO          | R\$           | 2,835.00 |
|                                                                             | EMPURRADOR DE NO/CORTADOR DE SUTURA E CANULA | R\$           | 567.00   |

| OPME CIRURGIA UROLÓGICA - REGIÃO ALTO CAPARAÓ |                                         |               |          |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------|----------|
| CIRURGIA                                      | OPME                                    | VALOR ICISMEP |          |
| INSTALACAO ENDOSCÓPICA DE CATETER DUPLO J     | CATETER DUPLO J                         | R\$           | 396.00   |
| RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE PROSTATA (RTU)       | ALÇA DE RTU                             | R\$           | 396.00   |
|                                               | EQUIPO DE IRRIGAÇÃO DE 3 VIAS           | R\$           | 400.00   |
| URETEROLITOTRIPSIA FLEXIVEL                   | CATETER DUPLO J                         | R\$           | 396.00   |
|                                               | FIO GUIA HIDROFÍLICO                    | R\$           | 675.00   |
|                                               | CATETER BASKET PARA RETIRADA DE CÁLCULO | R\$           | 1,521.00 |
|                                               | BALÃO URETERAL                          | R\$           | 1,860.00 |
|                                               | FIBRA LASER                             | R\$           | 3,100.00 |
| URETEROLITOTRIPSIA RÍGIDA A LASER             | BALÃO URETERAL                          | R\$           | 1,860.00 |
|                                               | EXTRATOR DE CÁLCULO 3Fr                 | R\$           | 1,521.00 |
|                                               | CATETER DUPLO J                         | R\$           | 396.00   |
|                                               | FIO GUIA HIDROFÍLICO                    | R\$           | 675.00   |
|                                               | FIBRA LASER                             | R\$           | 3,100.00 |
| NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA                   | AMPLATZ                                 | R\$           | 1,860.00 |
|                                               | CONJUNTO DE NEFROSTOMIA                 | R\$           | 1,240.00 |
|                                               | EQUIPO DE IRRIGAÇÃO                     | R\$           | 279.00   |
|                                               | EXTRATOR DE CÁLCULO PERCUTÂNEA          | R\$           | 1,521.00 |
|                                               | CATETER DUPLO J                         | R\$           | 396.00   |
|                                               | FIO GUIA HIDROFÍLICO                    | R\$           | 675.00   |
|                                               | CATETER URETRAL                         | R\$           | 170.50   |

| OPME CIRURGIA GERAL - REGIÃO ALTO CAPARAÓ |                                |               |        |
|-------------------------------------------|--------------------------------|---------------|--------|
| CIRURGIA                                  | OPME                           | VALOR ICISMEP |        |
| HERNIOPLASTIA INGUINAL                    | TELA DE MARLEX M (15cm X 15cm) | R\$           | 475.00 |

|                                                                                                                                |                                  |     |          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----|----------|
| (BILATERAL)                                                                                                                    | TELA DE MARLEX P (7,5cm X 7,5cm) | R\$ | 416.00   |
| HERNIOPLASTIA INGUINAL/CRURAL                                                                                                  | TELA DE MARLEX M (15cm X 15cm)   | R\$ | 475.00   |
|                                                                                                                                | TELA DE MARLEX P (7,5cm X 7,5cm) | R\$ | 416.00   |
|                                                                                                                                |                                  |     |          |
| OUTROS SERVIÇOS RELACIONADOS ÀS CIRURGIAS - REGIÃO ALTO CAPARAÓ                                                                |                                  |     |          |
| CONSULTA MÉDICA PARA AVALIAÇÕES CIRURGICAS                                                                                     |                                  | R\$ | 90.00    |
| CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (RISCO CIRÚRGICO)                                                                     |                                  | R\$ | 80.00    |
| RAIO X TÓRAX (ATÉ 2 INCIDÊNCIAS)                                                                                               |                                  | R\$ | 42.00    |
| RAIO X TÓRAX (3 INCIDÊNCIAS)                                                                                                   |                                  | R\$ | 77.50    |
| CURATIVO ESPECIAL (SEM HIDROCOLOIDE - fevereiroR EXTENSÃO)                                                                     |                                  | R\$ | 85.80    |
| CURATIVO SIMPLES                                                                                                               |                                  | R\$ | 65.95    |
| LEITO DE CTI (DIÁRIA)                                                                                                          |                                  | R\$ | 2,512.63 |
| * Serviço exclusivo para pacientes que necessitarem de suporte emergencial ao realizarem procedimentos em prestadores externos |                                  |     |          |
| LEITO DE ENFERMARIA (DIÁRIA)                                                                                                   |                                  | R\$ | 882.60   |
| * Serviço exclusivo para pacientes que necessitarem de suporte emergencial ao realizarem procedimentos em prestadores externos |                                  |     |          |
| DESRIDAMENTO CIRÚRGICO DE FERIDAS OU EXTREMIDADES                                                                              |                                  | R\$ | 1,133.21 |

## 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                           | PIELOTOTOMIA                              | R\$ 2,845.76  |
| 04.09.01.056-1                           | URETEROLITOTOMIA                          | R\$ 8,074.01  |
| 04.09.03.004-0                           | RESSECÇÃO ENDOSCOPICA DE PROSTATA (RTU)   | R\$ 4,651.95  |
| 04.09.01.023-5                           | NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA                 | R\$ 9,206.19  |

| OPME's - REGIÃO ZONA DA MATA                                               |                                                            |               |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------|
| OPME CIRURGIA ORTOPÉDICA - REGIÃO ZONA DA MATA                             |                                                            |               |
| CIRURGIA                                                                   | OPME                                                       | VALOR ICISMEP |
| ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL                                              | COMPONENTE FEMORAL CIMENTADO (HASTE)                       | R\$ 1,204.38  |
|                                                                            | RESTRITOR/PLUG DE CIMENTO                                  | R\$ 32.36     |
|                                                                            | CABEÇA INTERCAMBIÁVEL                                      | R\$ 682.25    |
|                                                                            | COMPONENTE ACETABULAR CIMENTADO                            | R\$ 337.08    |
|                                                                            | CIMENTO ORTOPÉDICO                                         | R\$ 134.83    |
|                                                                            | LAMINA SERRA                                               | R\$ 185.90    |
|                                                                            | COMPONENTE FEMORAL NÃO CIMENTADO                           | R\$ 3,028.03  |
|                                                                            | COMPONENTE ACETABULAR METALICO                             | R\$ 1,154.25  |
|                                                                            | COMPONENTE ACETABULAR POLIETILENO PARA COMPONENTE METALICO | R\$ 134.83    |
|                                                                            | PARAFUSO ACETABULAR                                        | R\$ 210.24    |
| REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTO DESCOMPRESSIVOS) | COMPONENTE BIPOLAR (CABEÇA BIPOLAR)                        | R\$ 1,132.58  |
|                                                                            | LAMINA DE SHAVER                                           | R\$ 493.26    |
|                                                                            | EQUIPO C/ SENSOR                                           | R\$ 404.49    |
|                                                                            | CANULA DESCARTAVEL                                         | R\$ 256.18    |
|                                                                            | ANCORA MONTADA EM TITANIO                                  | R\$ 839.55    |
|                                                                            | PONTEIRA FREQUENCIA                                        | R\$ 625.62    |

## 04 - TABELA DE SERVIÇOS DE SAÚDE EXECUTADOS NAS UNIDADES DOS MUNICÍPIOS (ESPECÍFICAS PARA ATENDIMENTOS NOS MUNICÍPIOS LISTADOS)

### Município: 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)                                        |               |
| TOTAL DO PACOTE                                                 |                                                                                    |               |
| PACOTE MIGUILIM - UNIDADE OURO PRETO                            |                                                                                    |               |
| CÓDIGO                                                          | DESCRIÇÃO                                                                          | VALOR ICISMEP |
| 03.01.01.007-2                                                  | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA                           | R\$ 43.50     |
| 02.11.06.012-7                                                  | MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO                                                   | R\$ 28.73     |

|                                                                     |                                                                                                                                                               |               |        |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------|
| 02.11.06.022-4                                                      | TESTE DE VISAO DE CORES                                                                                                                                       | R\$           | 5.74   |
| 02.11.06.023-2                                                      | TESTE ORTÓPTICO                                                                                                                                               | R\$           | 17.24  |
| 02.11.06.025-9                                                      | TONOMETRIA                                                                                                                                                    | R\$           | -      |
| 04.05.05.025-9                                                      | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO NA CÓRNEA                                                                                                                          | R\$           | -      |
| PACOTE MIGUILIM - ÓCULOS COM LENTES CORRETIVAS - UNIDADE OURO PRETO |                                                                                                                                                               |               |        |
| CÓDIGO                                                              | DESCRIÇÃO                                                                                                                                                     | VALOR ICISMEP |        |
| 07.01.04.005-0                                                      | ARMAÇÃO PARA ÓCULOS ALTO INDICE GRAU FORTE MODELO INFANTIL FEMININO E MASCULINO - MATERIAL EM METAL OU ACETATO COM ARO TOTAL, ARO QUADRADO OU REDONDO         | R\$           | 87.00  |
| 07.01.04.005-0                                                      | ARMAÇÃO PARA OCULOS MODELO INFANTIL FEMININO E MASCULINO - MATERIAL EM METAL OU ACETATO COM ARO TOTAL, ARO QUADRADO OU REDONDO                                | R\$           | 86.00  |
| 07.01.04.005-0                                                      | LENTE OFTALMICAS MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO INDICE DE -10.00 A + 9.50 ESFÉRICO E CILINDRO ATE -6.00; CONFORME RECEITUARIO MÉDICO                            | R\$           | 39.00  |
| 07.01.04.005-0                                                      | LENTE OFTALMICAS MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO ÍNDICE DE -8.00 A +6.00 ESFÉRICO E CILINDRO ATE -4,00; CONFORME RECEITUARIO MEDICO                              | R\$           | 39.00  |
| 07.01.04.005-0                                                      | LENTE OFTALMICAS MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO INDICE GRAU FORTE, ALTA DIOPITRIA DE -12.50 A -23.00 ESFERICO E CILINDRO ATE -9.00; CONFORME RECEITUARIO MEDICO | R\$           | 45.00  |
| 07.01.04.005-0                                                      | LENTE OFTALMICAS MONOFOCAIS VISAO SIMPLES ANTI-REFLEXO DE PLANO -4.00 A + 4.00 ESFERICO, CILINDRO ATE -2.00; CONFORME RECEITUARIO MEDICO                      | R\$           | 61.00  |
| 07.01.04.005-0                                                      | LENTE OFTALMICAS MONOFOCAIS VISAO SIMPLES ANTI REFLEXO DE PLANO -6.00 A +6.00 ESFERICO, CILINDRO ATE -4.00; CONFORME RECEITUARIO MEDICO                       | R\$           | 58.00  |
| 07.01.04.005-0                                                      | LENTE OFTALMICAS MULTIFOCAIS ALTO INDICE DE -10.00 A + 6.00 ESFERICO E CILINDRO ATE - 6.00; ADICAO DE +1.00 A +3.50 ALTURA MINIMA DE 22MM                     | R\$           | 59.00  |
| 07.01.04.005-0                                                      | LENTE OFTALMICAS MULTIFOCAIS VISAO SIMPLES DE -4.00 A +7.00 ESFERICO E CILINDRO ATE - 4.00; ADICAO DE +1.00 A +3.00 ALTURA MINIMA DE 22MM                     | R\$           | 74.90  |
| AVALIAÇÃO DE CATARATA - UNIDADE OURO PRETO                          |                                                                                                                                                               |               |        |
| CÓDIGO                                                              | DESCRIÇÃO                                                                                                                                                     | VALOR ICISMEP |        |
| 03.01.01.007-2                                                      | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CATARATA (QUANTIDADE 1)                                                                                                   | R\$           | 170.46 |
| 02.11.06.001-1                                                      | BIOMETRIA ULTRASSONICA MONOCULAR (ECO A) (R\$ 24,24 QUANTIDADE 2)                                                                                             |               |        |
| 02.11.06.012-7                                                      | MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)                                                                                                                           |               |        |
| 02.11.06.025-9                                                      | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)                                                                                                                                     |               |        |
| 02.05.02.008-9                                                      | ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)                                                                  |               |        |
| 03.01.10.001-2                                                      | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)                                                                                                                  |               |        |
| CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAVALIAÇÃO DE GLAUCOMA - OURO PRETO      |                                                                                                                                                               |               |        |
| CÓDIGO                                                              | DESCRIÇÃO                                                                                                                                                     | VALOR ICISMEP |        |
| 03.01.01.010-2                                                      | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)                                                                                                   | R\$           | 180.58 |
| 02.11.06.025-9                                                      | TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)                                                                                                                                     |               |        |
| 02.11.06.010-0                                                      | FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1)                                                                                                                                    |               |        |
| 02.11.06.003-8                                                      | CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)                                                                                                    |               |        |
| 02.11.06.011-9                                                      | GONIOSCOPIA (QUANTIDADE 1)                                                                                                                                    |               |        |
| 02.05.02.002-0                                                      | PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR (QUANTIDADE 2)                                                                                                           |               |        |
| 02.11.06.028-3                                                      | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)                                                                                             |               |        |
| 03.01.10.001-2                                                      | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)                                                                                                                  |               |        |
| DESCRIÇÃO DOS TRATAMENTOS MEDICAMENTOSOS DE GLAUCOMA - OURO PRETO   |                                                                                                                                                               |               |        |
| CÓDIGO                                                              | DESCRIÇÃO                                                                                                                                                     | VALOR ICISMEP |        |
| 03.03.05.003-9                                                      | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (1ª LINHA)                                                                                        | R\$           | 18.66  |
| 03.03.05.004-7                                                      | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (2ª LINHA)                                                                                        | R\$           | 79.38  |
| 03.03.05.005-5                                                      | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (3ª LINHA)                                                                                        | R\$           | 127.98 |
| 03.03.05.006-3                                                      | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (1ª LINHA)                                                                                        | R\$           | 12.44  |
| 03.03.05.007-1                                                      | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (2ª LINHA)                                                                                        | R\$           | 52.92  |
| 03.03.05.008-0                                                      | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (3ª LINHA)                                                                                        | R\$           | 85.33  |
| 03.03.05.009-8                                                      | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE ACETAZOLAMIDA MONOCULAR OU BINOCULAR                                                     | R\$           | 93.10  |
| 03.03.05.010-1                                                      | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA MONOCULAR                                                                    | R\$           | 8.93   |
| 03.03.05.011-0                                                      | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA BINOCULAR                                                                    | R\$           | 13.39  |
| 03.03.05.015-2                                                      | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - MONOCULAR                                                                  | R\$           | 65.36  |
| 03.03.05.016-0                                                      | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - BINOCULAR                                                                  | R\$           | 98.04  |
| 03.03.05.017-9                                                      | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR                                                                  | R\$           | 97.77  |
| 03.03.05.018-7                                                      | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO PACIENTE GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR                                                                        | R\$           | 146.64 |
| 03.03.05.019-5                                                      | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR                                                                  | R\$           | 138.25 |
| 03.03.05.020-9                                                      | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR                                                                  | R\$           | 207.36 |
| 03.03.05.021-7                                                      | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS                                                                | R\$           | 150.69 |
| 03.03.05.022-5                                                      | TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS                                                                | R\$           | 226.02 |
| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CÓRNEA - OURO PRETO                    |                                                                                                                                                               |               |        |
| CÓDIGO                                                              | DESCRIÇÃO                                                                                                                                                     | VALOR ICISMEP |        |
| 03.01.01.007-2                                                      | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CÓRNEA (QUANTIDADE 1)                                                                                                     | R\$           | 139.88 |
| 03.01.10.001-2                                                      | ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)                                                                                                                  |               |        |
| 02.11.06.026-7                                                      | TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÓRNEA-CERATOSCOPIA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)                                                                              |               |        |
| 02.05.02.002-0                                                      | PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR (QUANTIDADE 2) (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)                                                                            |               |        |
| AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE ESTRABISMO - OURO PRETO                |                                                                                                                                                               |               |        |
| Tabela 19                                                           | DESCRIÇÃO                                                                                                                                                     | VALOR ICISMEP |        |
| 03.01.01.007-2                                                      | CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM ESTRABISMO (QUANTIDADE 1)                                                                                                 | R\$           | 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 EM OFTALMOLOGIA - OURO PRETO |                                                                 |               |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------|
| CÓDIGO                              | DESCRIÇÃO                                                       | VALOR ICISMEP |
| 02.05.02.002-0                      | PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR                            | R\$ 19.78     |
| 02.05.02.008-9                      | ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B   | R\$ 60.24     |
| 02.11.06.014-3                      | MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA - MONOCULAR                     | R\$ 60.24     |
| 02.11.06.001-1                      | BIOMETRIA ULTRASSONICA MONOCULAR (ECO A)                        | R\$ 31.79     |
| 02.11.06.002-0                      | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO                                 | R\$ 14.45     |
| 02.11.06.003-8                      | CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (BINOCULAR)                         | R\$ 73.50     |
| 02.11.06.005-4                      | CERATOMETRIA                                                    | R\$ 5.34      |
| 02.11.06.006-2                      | CURVA DIARIA DE PRESSÃO OCULAR - CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS)        | R\$ 19.65     |
| 02.11.06.010-0                      | FUNDOSCOPIA                                                     | R\$ 4.62      |
| 02.11.06.011-9                      | GONIOSCOPIA                                                     | R\$ 19.65     |
| 02.11.06.012-7                      | MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO                                | R\$ 33.41     |
| 02.11.06.018-6                      | RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR                             | R\$ 112.80    |
| 02.11.06.017-8                      | RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR                                 | R\$ 33.41     |
| 02.11.06.021-6                      | TESTE DE SCHIRMER                                               | R\$ 6.68      |
| 02.11.06.022-4                      | TESTE DE VISAO DE CORES                                         | R\$ 6.68      |
| 02.11.06.023-2                      | TESTE ORTÓPTICO                                                 | R\$ 20.05     |
| 02.11.06.025-9                      | TONOMETRIA                                                      | R\$ 4.62      |
| 02.11.06.028-4                      | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA (OCT) - BINOCULAR                | R\$ 124.08    |
| 02.11.06.026-7                      | TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÔRNEA (CERATOSCOPIA) - BINOCULAR | R\$ 58.81     |

| PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS EM OFTALMOLOGIA - UNIDADE OURO PRETO |                                                                                    |               |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| CÓDIGO                                                        | DESCRIÇÃO                                                                          | VALOR ICISMEP |
| 04.05.01.014-1                                                | SIMBLEFAROPLASTIA - UNILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)                               | R\$ 46.24     |
| 04.05.01.018-4                                                | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BLEFAROCALASE - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)            | R\$ 1,290.77  |
| CISMEP-13                                                     | INJEÇÃO INTRA-VITREO COM ANTIBIÓTICO                                               | R\$ 115.61    |
| 04.05.04.019-9                                                | TRATAMENTO CIRÚRGICO DO XANTELASMA (BPA INDIVIDUALIZADO)                           | R\$ 149.13    |
| 04.05.05.016-0                                                | INJEÇÃO SUBCONJUNTIVAL/SUBTENONIANA                                                | R\$ 25.43     |
| 04.05.05.036-4                                                | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO                                                   | R\$ 445.08    |
| 04.05.01.007-9                                                | EXERESE DE CALÁZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PÁLPEBRA E SUPERCÍLIOS (UNILATERAL) | R\$ 133.65    |
| 04.05.01.001-0                                                | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ENTRÓPIO E ECTRÓPIO (BILATERAL)                              | R\$ 307.40    |
| 04.05.01.002-8                                                | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE EPICANTO E TELECANTO                                         | R\$ 374.22    |
| 04.05.01.003-6                                                | DACRIOCISTORRINOSTOMIA (UNILATERAL)                                                | R\$ 922.18    |
| 04.05.01.008-7                                                | EXTIRPAÇÃO DE GLÂNDULA LACRIMAL                                                    | R\$ 668.24    |
| 04.05.01.011-7                                                | RECONSTITUIÇÃO DE CANAL LACRIMAL (UNILATERAL)                                      | R\$ 922.18    |
| 04.05.01.012-5                                                | RECONSTITUIÇÃO PARCIAL DA PÁLPEBRA COM TARSORRAFIA (BILATERAL)                     | R\$ 481.13    |
| 04.05.01.015-0                                                | SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL (BILATERAL)                         | R\$ 236.99    |
| 04.05.01.017-6                                                | SUTURA DE PÁLPEBRAS (BILATERAL)                                                    | R\$ 213.84    |
| 04.05.05.002-0                                                | CAPSULOTOMIA A YAG LASER                                                           | R\$ 130.20    |
| 04.05.05.019-4                                                | IRIDOTOMIA A LASER                                                                 | R\$ 130.20    |
| 04.05.03.004-5                                                | FOTOCOAGULAÇÃO A LASER                                                             | R\$ 124.25    |
| 04.05.03.005-3                                                | INJEÇÃO INTRA-VITREO COM AVASTIM                                                   | R\$ 559.08    |
| 04.05.04.001-6                                                | CORREÇÃO CIRÚRGICA DE LAGOFTALMO                                                   | R\$ 380.90    |
| 04.05.04.006-7                                                | ENUCLEAÇÃO DO GLOBO OCULAR                                                         | R\$ 485.55    |
| 04.05.04.007-5                                                | EVISCERAÇÃO DE GLOBO OCULAR                                                        | R\$ 682.08    |
| 04.05.04.020-2                                                | TRATAMENTO DE PTOSE PALBEBRAL                                                      | R\$ 654.88    |
| 04.05.05.013-5                                                | IMPLANTE DE PRÓTESE ANTI-GLAUCOMATOSA                                              | R\$ 935.55    |
| 04.05.05.021-6                                                | RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL                                                           | R\$ 253.93    |
| 04.05.05.032-1                                                | TRABECULECTOMIA (CIRURGIA FISTULIZANTE ANTIGLAUCOMATOSA)                           | R\$ 1,269.68  |
| 04.15.01.001-2                                                | TUBO DE DRENAGEM PARA GLAUCOMA (PROCED. ESPECIAL)                                  | R\$ 1,470.15  |
| 04.05.04.010-5                                                | EXPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR LIO                                                | R\$ 982.66    |
| 04.05.04.021-0                                                | REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRA- OCULAR                                            | R\$ 614.79    |
| 04.05.05.009-7                                                | FACETOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR                                       | R\$ 1,572.25  |
| 04.05.05.010-0                                                | FACETOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR                                       | R\$ 1,277.46  |
| 04.05.05.011-9                                                | 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  |

| 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    |

| 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     |

| 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    |
|                             |                                                                                     |               |
| 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     |

## Município: CONTAGEM

| CONSULTAS EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CEC CONTAGEM                                                  |               |        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------|
| DESCRIÇÃO                                                                                          | VALOR ICISMEP |        |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGISTA ADULTO         | R\$           | 122.00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - NEUROCIRURGIÃO               | R\$           | 165.00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - DERMATOLOGISTA               | R\$           | 68.00  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - NEUROLOGISTA ADULTO          | R\$           | 167.00 |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - OFTALMOLOGISTA               | R\$           | 55.00  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ORTOPEDISTA                  | R\$           | 55.00  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - OTORRINO                     | R\$           | 88.00  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - UROLOGISTA                   | R\$           | 98.27  |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ENDOCRINOLOGISTA             | R\$           | 104.05 |
| 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\$           | 104.05 |
| 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                                                               |               |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------|
| DESCRIÇÃO                                                                           | VALOR ICISMEP |        |
| FIBRONASOLARINGOSCOPIA                                                              | R\$           | 215.00 |
| VIDEONASOLARINGOSCOPIA                                                              | R\$           | 215.00 |
| MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)                                  | R\$           | 200.00 |
| TESTES VESTIBULARES / OTONEUROLÓGICOS                                               | 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 COM BRONCODILATADOR                        | R\$           | 123.70 |
| TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL) | R\$           | 500.00 |
| ECOCARDIOGRAMA INFANTIL (ABAIXO DE 10 ANOS)                                         | R\$           | 226.31 |
| ULTRASSONOGRAFIA - CEC CONTAGEM                                                     |               |        |
| DESCRIÇÃO                                                                           | VALOR ICISMEP |        |
| ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (DUPLEX SCAN VENOSO)                     | R\$           | 130.00 |
| ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL                                                   | R\$           | 75.00  |
| ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO                                               | R\$           | 75.00  |
| ULTRASSONOGRAFIA DE MAMAS E AXILAS                                                  | R\$           | 75.00  |
| ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL) (PÉLVICA MASCULINA)                    | R\$           | 75.00  |
| ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE                                                        | R\$           | 75.00  |
| ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA (VIA ABDOMINAL)                                         | R\$           | 75.00  |
| ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA (VIA TRANSVAGINAL)                                      | R\$           | 75.00  |
| ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL (OU ENDOVAGINAL)                                      | R\$           | 75.00  |
| ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO                          | R\$           | 120.00 |
| ULTRASSONOGRAFIA TRANSLUCÊNCIA NUCAL                                                | R\$           | 86.40  |
| ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA                                             | R\$           | 228.00 |

## Município: MARIANA

| 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     |

| EXAMES - UNIDADE MARIANA |                                                                       |               |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------|
| CÓDIGO                   | DESCRIÇÃO                                                             | VALOR ICISMEP |
| 02.05.02.018-6           | ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL (ENDO VAGINAL)                          | 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     |
| 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 |
|----------------|-------------------------------------------------------------------|-----|--------|

05 - TABELA DE SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR MÉDICOS

| SERVIÇO/ATIVIDADES                                                                                                    |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| DESCRIÇÃO                                                                                                             | VALOR ICISMEP |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO (POR HORA DE TRABALHO)                                         | R\$ 135.00    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (POR HORA DE TRABALHO) | R\$ 160.00    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO EM PEDIATRIA (POR HORA DE TRABALHO)                            | R\$ 180.00    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA (POR HORA DE TRABALHO)                            | R\$ 150.00    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO CONSULTOR (POR HORA DE TRABALHO)                               | R\$ 200.00    |
| SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA (PLANTÃO DE 12 HORAS)                              | R\$ 1,394.00  |