

EM SAÚDE EXECUTADOS NAS UNIDADES ICISMEP (TSPS)

Atualização na Tabela de Serviços e Procedimentos em Saúde da ICISMEP, realizada em setembro de 2026, com publicação em setembro de 2026, para vigência a partir da competência de setembro 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/REAValiação DE GLAUCOMA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.010-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)	R\$ 57,74
	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
	FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1)	
	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA (QUANTIDADE 1)	
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR (R\$ 14,81 QUANTIDADE 2)	
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
TOTAL DO PACOTE		
ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DE GLAUCOMA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.03.05.001-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)	R\$ 17,74
	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
	FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
TOTAL DO PACOTE		
DESCRIÇÃO DOS TRATAMENTOS MEDICAMENTOSOS DE GLAUCOMA		
Tabela 8	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.03.05.003-9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (1ª LINHA)	R\$ 18,66
03.03.05.004-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (2ª LINHA)	R\$ 79,38
03.03.05.005-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (3ª LINHA)	R\$ 127,98
03.03.05.006-3	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (1ª LINHA)	R\$ 12,44

03.03.05.007-1	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (2ª LINHA)	R\$	52,92
03.03.05.008-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (3ª LINHA)	R\$	85,33
03.03.05.009-8	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE ACETAZOLAMIDA MONOCULAR OU	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 ESPECIALISTAEM Córnea (QUANTIDADE 1)	R\$	62,10
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)		
02.11.06.026-7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Córnea-CERATOSCOPIA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)		
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - 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 OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)		
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)		
02.11.06.018-6	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)		
TOTAL DO PACOTE			
AVALIAÇÃO EM RETINOPATIA DE PREMATURIDADE			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA (QUANTIDADE 1)	R\$	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 OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)		
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)		
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)		
TOTAL DO PACOTE			
AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA - CONTROLE DE VITRECTOMIA			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CIRURGIAS RETINIANAS (QUANTIDADE 1)	R\$	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 OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)		
TOTAL DO PACOTE			
AVALIAÇÃO DE RETINA PÓS INJEÇÃO INTRA-VITREO			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM RETINA (QUANTIDADE 1)	R\$	88,62
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)		
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)		
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)		
TOTAL DO PACOTE			
EXAMES EM OFTALMOLOGIA			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR	R\$	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 TRIQUÍASE COM OU SEM ENXERTO (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	513,70
04.05.01.020-6	PUNCTOPLASTIA - UNILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	137,45
04.05.03.003-7	CRIOTERAPIA OCULAR	R\$	161,32
04.05.03.004-5	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER (APAC)	R\$	112,19
04.05.03.005-3	INJEÇÃO INTRA-VITREO (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	275,14
CISMEP-13	INJEÇÃO INTRA-VITREO COM ANTIBIÓTICO	R\$	90,62
04.05.03.009-6	SUTURA DE ESCLERA (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	224,08
04.05.03.010-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEISCÊNCIA DE SUTURA DE ESCLERA	R\$	236,12
04.05.03.011-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MIÍASE PALPEBRAL (BILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	32,26
04.05.03.012-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE NEOPLASIA DE ESCLERA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	426,40
04.05.03.015-0	VITRIÓLISE A YAG LASER (BPA CONSOLIDADO)	R\$	74,20
04.05.03.019-3	PAN-FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA A LASER CORRESPONDE A 4 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 ENTRÓPIO E ECTRÓPIO (BILATERAL)	R\$	463,08
04.05.01.007-9	EXERESE DE CALÁZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PÁLPEBRA E SUPERCÍLIOS (UNILATERAL)	R\$	213,99
04.05.01.002-8	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE EPICANTO E TELECANTO	R\$	328,22
04.05.01.003-6	DACRIOCISTORRINOSTOMIA (UNILATERAL)	R\$	1.961,38
04.05.01.008-7	EXTIRPAÇÃO DE GLÂNDULA LACRIMAL	R\$	926,74
04.05.01.011-7	RECONSTITUIÇÃO DE CANAL LACRIMAL (UNILATERAL)	R\$	811,61
04.05.01.012-5	RECONSTITUIÇÃO PARCIAL DA PÁLPEBRA COM TARSORRAFIA (BILATERAL)	R\$	633,28
04.05.01.013-3	RECONSTITUIÇÃO TOTAL DE PÁLPEBRA	R\$	1.700,89
04.05.01.015-0	SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL (BILATERAL)	R\$	239,76
04.05.01.017-6	SUTURA DE PÁLPEBRAS (BILATERAL)	R\$	179,33
04.05.02.001-5	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MÚSCULOS HIPERTROPIAS)	R\$	2.770,78
04.05.02.002-3	CORREÇÃO CIRÚRGICA DO ESTRABISMO (ATÉ 2 MÚSCULOS)	R\$	1.781,97
04.05.03.002-9	BIÓPSIA DE TUMOR INTRA-OCULAR	R\$	113,10
04.05.03.007-0	RETINOPEXIA COM INTROFLEXÃO ESCLERAL	R\$	1.659,71
04.05.03.009-6	SUTURA DE ESCLERA	R\$	290,68
04.05.03.013-4	VITRECTOMIA ANTERIOR	R\$	564,60
04.05.03.014-2	VITRECTOMIA POSTERIOR	R\$	2.577,86
04.05.03.016-9	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER	R\$	3.437,73
04.05.03.017-7	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO, ÓLEO DE SILICONE E ENDOLASER	R\$	3.977,71
CISMEP-03	MEMBRANECTOMIA	R\$	399,29
CISMEP-04	TROCA FLUIDO GASOSA	R\$	240,19

CISMEP-05	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA POSTERIOR DO OLHO	R\$	400,83
04.05.03.020-7	DRENAGEM DE HEMORRAGIA DE CORÓIDE	R\$	533,81
04.05.04.001-6	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE LAGOFTALMO	R\$	471,54
04.05.04.007-5	EVISCERAÇÃO DE GLOBO OCULAR	R\$	1.218,50
04.05.04.018-0	TRANSPLANTE DE PERIÓSTEO EM ESCLEROMALÁCIA	R\$	1.409,82
04.05.04.020-2	TRATAMENTO DE PTOSE 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
02.11.05.010-5	POLISSONOGRAFIA DE NOITE INTEIRA	R\$ 932,85
02.11.05.010-5	POLISSONOGRAFIA TIPO 1, 2 e 3	R\$ 1.402,85
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 TRANSMÉÁTICA 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	EXCIÇÃO 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	R\$ 695,18
03.08.04.001-5	TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS OU CLÍNICOS	R\$ 360,16
04.01.02.015-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO SINUS PRE-AURICULAR	R\$ 813,25
04.04.01.001-6	ADENOIDECTOMIA	R\$ 1.718,91
04.04.01.002-4	AMIGDALECTOMIA	R\$ 1.155,71
04.04.01.003-2	AMIGDALECTOMIA COM ADENOIDECTOMIA	R\$ 2.233,19
04.04.01.004-0	ANTROTOMIA DA MASTÓIDE (DRENAGEM DE OTITE NO LACTENTE)	R\$ 503,67
04.04.01.005-9	DRENAGEM DE ABSCESSO FARÍNGEO	R\$ 442,40
04.04.01.006-7	DRENAGEM DE ABSCESSO PERIAMIGDALIANO	R\$ 442,40
04.04.01.008-3	DRENAGEM DO SACO ENDO-LINFÁTICO (SHUNT) COM AUDIÇÃO VIA TRANSMASTÓIDEA (IDADE MÍNIMA DE 12 ANOS)	R\$ 1.387,24
04.04.01.010-5	ESTAPEDECTOMIA	R\$ 2.652,82
04.04.01.011-3	EXÉRESE DE PAPILOMA EM LARINGE	R\$ 1.830,33
04.04.01.012-1	EXÉRESE DE TUMOR DE VIAS AÉREAS SUPERIORES, FACE E PESCOÇO	R\$ 1.418,66
04.04.01.013-0	EXTIRPAÇÃO DO TUMOR DO CAVUM E FARINGE	R\$ 427,89
04.04.01.016-4	LABIRINTECTOMIA MEMBRANOSA/ÓSSEA COM OU SEM AUDIÇÃO	R\$ 1.395,31
04.04.01.021-0	MASTOIDECTOMIA RADICAL	R\$ 3.310,14
04.04.01.022-9	MASTOIDECTOMIA SUBTOTAL	R\$ 2.398,93
04.04.01.023-7	MICROCIRURGIA 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	LOGO AUDIOMETRIA (AUDIOMETRIA VOCAL)	
02.11.07.032-7	TESTES ACUMÉTRICOS (DIAPASÃO)	
TOTAL DO PACOTE		
AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL + IMITÂNCIOMETRIA (pacote)		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.11.07.004-1	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR - VIA AÉREA/ÓSSEA	R\$ 75,33
02.11.07.021-1	LOGO AUDIOMETRIA (AUDIOMETRIA VOCAL)	
02.11.07.032-7	TESTES ACUMÉTRICOS (DIAPASÃO)	
02.11.07.020-3	IMITÂNCIOMETRIA (IMPEDÂNCIOMETRIA)	
TOTAL DO PACOTE		
ESTUDO DE OTOEMISSIONES ACÚSTICAS EVOCADAS TRANSITÓRIAS E POR PRODUTO DE DISTORÇÃO (EOA)		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.11.07.005-0	AValiação AUDITIVA COMPORTAMENTAL	R\$ 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 - FONOAUDIOLOGIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.11.07.002-5	AUDIOMETRIA DE REFORÇO VISUAL COM IMITANCIOMETRIA	R\$ 121,50

AVALIAÇÃO DE DEFICIÊNCIA AUDITIVA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
CISMEP-72	SERVIÇOS MÉDICOS EM AUDIOLOGIA - AVALIAÇÃO DIAGNOSTICA DE DEFICIÊNCIA AUDITIVA COM FORNECIMENTO DE APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) - PACOTE BILATERAL : 1consulta médica (se necessário); lavagem de ouvido (se necessário); audiometria (até 3 exames); AASI individual bilateral de 12 ou 16 canais; consulta para adaptação de aparelho; molde auricular (se necessário); consulta para retorno de adaptação	R\$ 2.980,00
CISMEP-73	SERVIÇOS MÉDICOS EM AUDIOLOGIA - AVALIAÇÃO DIAGNOSTICA DE DEFICIÊNCIA AUDITIVA COM FORNECIMENTO DE APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) - PACOTE UNILATERAL : 1consulta médica (se necessário); lavagem de ouvido (se necessário); audiometria (até 3 exames); AASI individual unilateral de 12 ou 16 canais; consulta para adaptação de aparelho; molde auricular (se necessário); consulta para retorno de adaptação.	R\$ 1.950,00
CISMEP-74	SERVIÇOS MÉDICOS EM AUDIOLOGIA - AVALIAÇÃO DIAGNOSTICA DE DEFICIÊNCIA AUDITIVA COM FORNECIMENTO DE APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) - PACOTE BILATERAL ITINERANTE : 1consulta médica (se necessário); lavagem de ouvido (se necessário); audiometria (até 3 exames); AASI individual bilateral de 12 ou 16 canais; consulta para adaptação de aparelho; molde auricular (se necessário); consulta para retorno de adaptação.	R\$ 3.490,00
CISMEP-75	SERVIÇOS MÉDICOS EM AUDIOLOGIA - AVALIAÇÃO DIAGNOSTICA DE DEFICIÊNCIA AUDITIVA COM FORNECIMENTO DE APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) - PACOTE UNILATERAL ITINERANTE : 1consulta médica (se necessário); lavagem de ouvido (se necessário); audiometria (até 3 exames); AASI individual unilateral de 12 ou 16 canais; consulta para adaptação de aparelho; molde auricular (se necessário); consulta para retorno de adaptação.	R\$ 1.980,00

* PARA A CONTRATAÇÃO DO SERVIÇO ITINERANTE É NECESSÁRIO UMA DEMANDA MÍNIMA DE 60 PACIENTES.

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 RECIDIVANTE	R\$ 1.522,48
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	R\$ 1.232,02
04.09.06.018-6	LAQUEADURA TUBÁRIA	R\$ 1.469,12
04.07.03.003-4	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA SEM COLANGIOGRAFIA	R\$ 3.631,89
04.07.04.016-1	LAPAROTOMIA EXPLORADORA	R\$ 3.631,89
CISMEP-69	EXAME 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/ DILATAcao 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 QUÍMICA DE PEQUENAS LESÕES	R\$ 184,58
CISMEP-02	CRIOTERAPIA ATÉ 5 LESÕES	R\$ 74,57
04.01.01.004-0	ELETROCOAGULACAO DE LESAO CUTANEA ATÉ 05 LESÕES (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 214,21
04.01.01.005-8	EXCISÃO DE LESÃO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA (CANTOPLASTIA UNGUEAL)	R\$ 89,09
04.01.01.007-4	EXÉRESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS/CISTO SEBÁCEO/LIPOMA	R\$ 337,63
04.01.01.011-2	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO (CIRURGIA GERAL)	R\$ 141,86
04.01.02.015-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO SINUS PRÉ-AURICULAR	R\$ 354,48
04.01.01.010-4	INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO	R\$ 172,97
04.01.02.004-5	EXCISÃO E ENXERTO DE PELE (HEMANGIOMA, NEVUS OU TUMOR)	R\$ 283,69
04.01.01.006-6	EXCISÃO E/OU SUTURA SIMPLES DE PEQUENAS LESÕES / FERIMENTOS DE PELE / ANEXOS E MUCOSA	R\$ 260,12
04.01.02.017-7	CIRURGIA DE UNHA (CANTOPLASTIA)	R\$ 203,47
04.13.04.017-8	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA	R\$ 485,47
04.01.02.010-0	EXTIRPAÇÃO E SUPRESSÃO DE LESÃO DE PELE E DE TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO	R\$ 119,89

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	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	ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL) (PÉLVICA MASCULINA)	R\$	68,81
02.05.02.011-9	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$	68,81
02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREÓIDE	R\$	68,81
02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA (VIA ABDOMINAL OU VIA TRANSVAGINAL)	R\$	68,81
02.05.02.015-1	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R\$	99,05
02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA) (PÉLVICA FEMININA)	R\$	68,81
02.05.02.017-8	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA	R\$	82,37
02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL (ENDOVAGINAL)	R\$	68,81
CISMEP-07	ULTRASSONOGRRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	R\$	68,81
CISMEP-16	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSLUCÊNCIA NUCAL	R\$	82,37
CISMEP-23	ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLÓGICA	R\$	237,71
CISMEP-25	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREÓIDE + DOPPLER	R\$	132,41
CISMEP-26	ULTRASSONOGRRAFIA 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	120	R\$ 19.550,40	R\$ 11.913,60	R\$ 162,92
SERVIÇO DE ÓTICA (PARA FORNECIMENTO DE ÓCULOS) EM UNIDADE	ESTRUTURA DIÁRIA	R\$ 300,00	-	-
SERVIÇO DE ULTRASSONOGRRAFIA EM UNIDADE MÓVEL****	120 EXAMES	R\$ 19.550,40	R\$ 13.050,00	R\$ 162,92
SERVIÇO DE MAMOGRAFIA EM UNIDADE MÓVEL	80 EXAMES	R\$ 12.640,45	R\$ 9.000,00	R\$ 140,45
SERVIÇO DE IMPRESSÃO DE IMAGENS DOS EXAMES DE MAMOGRAFIA	80 EXAMES	R\$ 800,00	R\$ 800,00	R\$ 10,00
SERVIÇO DE CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS - GRUPO 1	32 CONSULTAS	R\$ 19.550,40	-	R\$ 250,00
SERVIÇO DE CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS - GRUPO 2	40 CONSULTAS		-	R\$ 250,00
SERVIÇO DE CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS - GRUPO 3	50 CONSULTAS		-	R\$ 250,00
* VALOR DIÁRIO DA DISPONIBILIZAÇÃO DA ESTRUTURA. O VALOR DOS ÓCULOS SEGUIRÁ A TABELA 01 - OFTALMOLOGIA, SERVIÇOS COMPLEMENTARES EM OFTALMOLOGIA. ** O VALOR DA DIÁRIA COMPREENDE, ALÉM DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E DE ÓTICA, O CUSTO DOS ITENS: TENDAS 10X10M PARA RECEPÇÃO; CADEIRAS PARA OS PACIENTES; MESAS PARA RECEPÇÃO; BANHEIROS QUÍMICOS (MASCULINO, FEMININO E PCD); ÁGUA POTÁVEL PARA PACIENTES E PROFISSIONAIS; COMPUTADORES E IMPRESSORAS; ELETRICISTA PARA LIGAÇÃO ELÉTRICA DA UNIDADE; BOMBEIRO HIDRÁULICO; PROFISSIONAIS ADMINISTRATIVOS; AUXILIAR DE LIMPEZA; VIGIA. *** O VALOR SEM A ESTRUTURA COMPREENDE NA REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS INCLUINDO OS EQUIPAMENTOS, PROFISSIONAL MÉDICO/TÉCNICO, ALIMENTAÇÃO E HOSPEDAGEM. **** A RELAÇÃO DOS ULTRASSONS REALIZADOS NA UNIDADE MÓVEL SÃO OS MESMOS DESCRITOS NA TABELA 14 - (SERVIÇOS DE SAÚDE ITINERANTES) OBSERVAÇÕES: - NO VALOR DA DIÁRIA ESTÃO CONTEMPLADOS ALIMENTAÇÃO, HOSPEDAGEM E DESLOCAMENTO (ATÉ O MUNICÍPIO) DOS PROFISSIONAIS DA UNIDADE; - EXECUÇÃO DE PROCEDIMENTOS IGUAL OU ACIMA DE 50% DA QUANTIDADE PREVISTA NA DIÁRIA, SERÁ COBRADO O VALOR INTEGRAL DA DIÁRIA; - EXECUÇÃO DE PROCEDIMENTOS ABAIXO DE 50% DA QUANTIDADE PREVISTA NA DIÁRIA, SERÁ COBRADO O VALOR UNITÁRIO DO SERVIÇO MULTIPLICADO PELO QUANTITATIVO EXECUTADO.				

SERVIÇOS DE SAÚDE ITINERANTES

SERVIÇOS ITINERANTES		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	PACOTE CONSULTA BÁSICA/AVALIAÇÃO EM OFTALMOLOGIA EM UNIDADE MÓVEL	R\$ 75,70
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 03 VASOS) = DUPLEX SCAN DE MEMBRO INFERIOR, MEMBRO SUPERIOR,	R\$ 130,00
02.05.02.003-8	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)	R\$ 87,92
02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	R\$ 87,92
02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	R\$ 87,92
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO (UMA ARTICULAÇÃO / UNILATERAL)	R\$ 87,92
02.05.02.007-0	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL)	R\$ 87,92
02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRRAFIA MAMÁRIA BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 87,92
02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRRAFIA DE MAMAS E AXILAS	R\$ 150,00
02.05.02.010-0	ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL) (PÉLVICA MASCULINA)	R\$ 87,92
02.05.02.011-9	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 87,92
02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREÓIDE	R\$ 87,92
02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA (VIA ABDOMINAL OU VIA TRANSVAGINAL)	R\$ 87,92
02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA) (PÉLVICA FEMININA)	R\$ 87,92
02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL (ENDOVAGINAL)	R\$ 87,92
CISMEP-07	ULTRASSONOGRRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	R\$ 87,92
CISMEP-25	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREÓIDE + DOPPLER	R\$ 132,92
CISMEP-26	ULTRASSONOGRRAFIA 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: - 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 DOS SERVIÇOS. - O LOCAL DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS (CONSULTÓRIO, SALA, ETC) SERÁ DISPONIBILIZADO PELO MUNICÍPIO, BEM COMO RECEPÇÃO E ACOLHIMENTO DOS PACIENTES. - O VALOR DO ÓCULOS SEGUIRÁ A TABELA DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES EM OFTALMOLOGIA - UNIDADE MÓVEL/ITINERANTE.		
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 OFTÁLMICAS MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO ÍNDICE DE -10.00 A + 9.50 ESFÉRICO E CILINDRO ATE -6.00; CONFORME RECEITUÁRIO MÉDICO	R\$ 39,00
-	LENTES OFTÁLMICAS MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO ÍNDICE DE -8.00 A +6.00 ESFÉRICO E CILINDRO ATE -4,00; CONFORME RECEITUÁRIO MEDICO	R\$ 39,00
-	LENTES OFTÁLMICAS MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO ÍNDICE GRAU FORTE, ALTA DIOPITRIA DE -12.50 A -23.00 ESFERICO E CILINDRO ATE -9.00; CONFORME RECEITUÁRIO MEDICO	R\$ 45,00
-	LENTES OFTÁLMICAS MONOFOCAIS VISAO SIMPLES ANTI-REFLEXO DE PLANO -4.00 A + 4.00 ESFERICO, CILINDRO ATE -2.00; CONFORME RECEITUÁRIO MEDICO	R\$ 61,00
-	LENTES OFTÁLMICAS MONOFOCAIS VISAO SIMPLES ANTI REFLEXO DE PLANO -6.00 A +6.00 ESFERICO, CILINDRO ATE -4.00; CONFORME RECEITUÁRIO MEDICO	R\$ 58,00
-	LENTES OFTÁLMICAS MULTIFOCAIS ALTO ÍNDICE DE -10.00 A + 6.00 ESFERICO E CILINDRO ATE - 6.00; ADICAO DE +1.00 A +3.50 ALTURA MINIMA DE 22MM	R\$ 59,00
-	LENTES OFTÁLMICAS MULTIFOCAIS VISAO SIMPLES DE -4.00 A +7.00 ESFERICO E CILINDRO ATE - 4.00; ADICAO DE +1.00 A +3.00 ALTURA MINIMA DE 22MM	R\$ 74,90

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	R\$ 93,10
03.03.05.010-1	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA MONOCULAR	R\$ 8,93
03.03.05.011-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA BINOCULAR	R\$ 13,39
03.03.05.015-2	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - MONOCULAR	R\$ 65,36
03.03.05.016-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - BINOCULAR	R\$ 98,04
03.03.05.017-9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR	R\$ 97,77
03.03.05.018-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO PACIENTE GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR	R\$ 146,64
03.03.05.019-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR	R\$ 138,25
03.03.05.020-9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR	R\$ 207,36
03.03.05.021-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS	R\$ 150,69
03.03.05.022-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS	R\$ 226,02
AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CórNEA - UNIDADES EXTERNAS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CórNEA (QUANTIDADE 1)	R\$ 74,55
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.026-7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CórNEA-CERATOSCOPIA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) (24.24)	
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE ESTRABISMO - UNIDADES EXTERNAS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM ESTRABISMO (QUANTIDADE 1)	R\$ 95,29
02.11.06.023-2	TESTE ORTÓPTICO (QUANTIDADE 1)	
AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE PLÁSTICA OCULAR - UNIDADES EXTERNAS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM PLÁSTICA OCULAR (QUANTIDADE 1)	R\$ 69,36

AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA - UNIDADES EXTERNAS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM RETINA (QUANTIDADE 1)	R\$196,53
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.028-4	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.018-6	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CIRURGIAS RETINIANAS - AVAL. DEPARTAMENTO DE VITRECTOMIA - UNIDADES EXTERNAS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CIRURGIAS RETINIANAS (QUANTIDADE 1)	R\$196,53
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)	
02.05.02.008-9	ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR) - ECO B- (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO	
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA - CONTROLE DE VITRECTOMIA - UNIDADES EXTERNAS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CIRURGIAS RETINIANAS (QUANTIDADE 1)	R\$138,73
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
02.05.02.008-9	ECO-B ULTRA-SOM DE GLOBO OCULAR/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	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 secão (APAC)	R\$86,88
04.05.03.005-3	INJEÇÃO INTRA-VITREO (BPA INDIVIDUALIZADO) (com Avastim)	R\$430,06
CISMEP-13	INJEÇÃO INTRA-VITREO COM ANTIBIÓTICO (dexametasona e/ou ceftriaxona e/ou vancomicina)	R\$208,09
04.05.03.009-6	SUTURA DE ESCLERA (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$248,46
04.05.03.015-0	VITRIÓLISE A YAG LASER (BPA CONSOLIDADO)	R\$78,61
04.05.03.019-3	PAN-FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA A LASER CORRESPONDE A 4 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 CórNEA	R\$260,97
04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO	R\$411,76

CISMEP	CROSSLINKING	R\$	1.168,00
PROCEDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H. - UNIDADES EXTERNAS			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
02.01.01.024-0	BIÓPSIA DE ÍRIS, CORPO CILIAR, RETINA, CORÓIDE E VÍTREO	R\$	283,21
04.05.01.001-0	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ENTRÓPIO E ECTRÓPIO (BILATERAL)	R\$	289,02
04.05.01.007-9	EXERESE DE CALÁZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PÁLPEBRA E SUPERCÍLIOS (UNILATERAL)	R\$	113,29
04.05.01.002-8	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE EPICANTO E TELECANTO	R\$	322,43
04.05.01.003-6	DACRIOCISTORRINOSTOMIA (UNILATERAL)	R\$	936,42
04.05.01.011-7	RECONSTITUIÇÃO DE CANAL LACRIMAL (UNILATERAL)	R\$	867,05
04.05.01.012-5	RECONSTITUIÇÃO PARCIAL DA PÁLPEBRA COM TARSORRAFIA (BILATERAL)	R\$	439,31
04.05.01.015-0	SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL (BILATERAL)	R\$	289,02
04.05.01.017-6	SUTURA DE PÁLPEBRAS (BILATERAL)	R\$	208,09
04.05.02.001-5	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MÚSCULOS HIPERTROPIAS)	R\$	1.572,25
04.05.02.002-3	CORREÇÃO CIRÚRGICA DO ESTRABISMO (ATÉ 2 MÚSCULOS)	R\$	1.132,95
04.05.03.007-0	RETINOPEXIA COM INTROFLEXÃO ESCLERAL	R\$	1.005,43
04.05.03.009-6	SUTURA DE ESCLERA	R\$	285,55
04.05.03.013-4	VITRECTOMIA ANTERIOR	R\$	554,64
04.05.03.014-2	VITRECTOMIA POSTERIOR	R\$	2.532,37
04.05.03.016-9	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER	R\$	3.377,08
04.05.03.017-7	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO, ÓLEO DE SILICONE E ENDOLASER	R\$	3.907,51
CISMEP-03	MEMBRANECTOMIA	R\$	392,25
CISMEP-04	TROCA FLUIDO GASOSA	R\$	235,95
CISMEP-05	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA POSTERIOR DO OLHO	R\$	393,76
04.05.04.001-6	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE 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 CÓRNEA	R\$	278,43
04.05.04.010-5	EXPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR LIO	R\$	978,25
04.05.04.021-0	REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRA- OCULAR	R\$	524,40
04.05.05.009-7	FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR	R\$	998,80
04.05.05.010-0	FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR	R\$	988,15
04.05.05.011-9	FACOEMULSIFICAÇÃO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR RÍGIDA	R\$	1.149,00
04.05.05.014-3	IMPLANTE INTRAESTROMAL	R\$	2.312,14
04.05.05.015-1	IMPLANTE SECUNDÁRIO DE LENTE INTRA- OCULAR LIO	R\$	1.445,09
04.05.05.037-2	FACOEMULSIFICACAO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL	R\$	1.149,00
PROCEDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS ESPECIAIS - UNIDADES EXTERNAS			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
CISMEP-45	PENTACAM (TOMOGRAFIA DE CORNEA)	R\$	289,02
CISMEP-46	SEDAÇÃO PARA PLASTICA OCULAR	R\$	161,85
CISMEP-47	INJECÃO INTRA-VITREA DE EYLIA (AFLIBICERT) COM OCT 30 DIAS APOS GRUPOS DE 3 APLICACÕES	R\$	1.965,32
CISMEP-48	INJECÃO INTRA-VITREA DE LUCENTIS (RANIZUBIMABE) COM OCT 30 DIAS APOS GRUPOS DE 3 APLICACÕES	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 RÍGIDA	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
02.11.09.001-8	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	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 - ORTOPEDIA HOSPITAL SÃO JOSÉ (OPERA MAIS/PATE)

CIRURGIA ORTOPÉDICA - AVALIAÇÃO PRÉ OPERATÓRIA			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
	AVALIAÇÃO CIRÚRGICA EM ORTOPEDIA	R\$	70,00
CIRURGIA ORTOPÉDICA - OMBRO			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
04.08.01.014-2	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTO DESCOMPRESSIVOS)	R\$	3.653,17
04.08.01.023-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SÍNDROME DO IMPACTO SUBACROMIAL	R\$	828,10
04.08.02.030-0	TENOSSINOVECTOMIA EM MEMBRO SUPERIOR	R\$	682,67
04.08.06.045-0	TENOMIORRAFIA	R\$	560,08
04.08.06.047-6	TENOPLASTIA OU ENXERTO DE TENDÃO ÚNICO	R\$	1.782,13
CIRURGIA ORTOPÉDICA - PUNHO/MÃO			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
04.03.02.012-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SÍNDROME COMPRESSIVA EM TÚNEL OSTEOFIBROSO AO NÍVEL DO CARPO (LIBERAÇÃO DO TÚNEL DO CARPO)	R\$	1.077,62
04.03.02.007-7	NEUROLISE DE NERVOS PERIFERICOS	R\$	993,67
04.08.05.016-7	TENÓLISE	R\$	619,38
CIRURGIA ORTOPÉDICA - PÉ			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
04.08.05.065-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HÁLUX VALGUS COM OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO	R\$	1.010,51
04.08.05.063-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HÁLUX VALGUS COM OSTEOTOMIA METATARSAL E/OU FALANGEANA (INCLUI OSTEOTOMIA DE AKIN)	R\$	1.010,51
04.08.05.090-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HALUX RIGIDUS	R\$	765,00
04.08.06.043-3	TENÓLISE / LIBERAÇÃO TENDINOSA	R\$	571,46
CIRURGIA ORTOPÉDICA - JOELHO (LIGAMENTO E MENISCO)			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
04.08.05.017-9	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR COM OU SEM ANTERIOR)	R\$	6.186,57
04.08.05.015-2	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR EXTRA ARTICULAR DO JOELHO	R\$	3.837,82
04.08.05.092-6	TRATAMENTO DAS LESÕES OSTEO-CONDRAIS POR FIXAÇÃO OU MOSAICOPLASTIA JOELHO/TORNOZELO	R\$	3.567,65
04.08.05.089-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL/ TOTAL	R\$	2.899,98
04.08.05.088-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DE MENISCO COM SUTURA MENISCAL UNI /BICOMPATIMENTAL	R\$	2.486,22
OPME'S* - ORTOPEDIA HOSPITAL SÃO JOSÉ			
OPME CIRURGIA ORTOPÉDICA - HOSPITAL SÃO JOSÉ			
CIRURGIA	OPME	VALOR ICISMEP	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HÁLUX VALGUS COM OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO	PARAFUSO CANULADO COMPRESSIVO AC HERBERT 3.0	R\$	660,96
	PARAFUSO CANULADO CONVENCIONAL 3,5 E 4,5	R\$	660,96
	FIO DE KIRSCHNER	R\$	72,90
	PLACA PARA MINI- MICRO FRAGMENTOS EM TITÂNIO	R\$	980,10
	PARAFUSO PARA MINI- MICRO FRAGMENTOS EM TITÂNIO 1.5 / 1.7 / 2.0MM	R\$	105,30
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HÁLUX VALGUS COM OSTEOTOMIA METATARSAL E/OU FALANGEANA (INCLUI OSTEOTOMIA DE AKIN)	PARAFUSO CANULADO COMPRESSIVO AC HERBERT 3.0	R\$	660,96
	PARAFUSO CANULADO CONVENCIONAL 3,5 E 4,5	R\$	660,96
	FIOS DE KIRSCHNER	R\$	72,90
	PLACA PARA MINI- MICRO FRAGMENTOS EM TITÂNIO	R\$	980,10
	PARAFUSO PARA MINI- MICRO FRAGMENTOS EM TITÂNIO 1.5 / 1.7 / 2.0MM	R\$	105,30
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HÁLUX RIGIDUS	PARAFUSO CANULADO COMPRESSIVO AC HERBERT 3.0	R\$	660,96
	PARAFUSO CANULADO CONVENCIONAL 3,5 E 4,5	R\$	660,96
	FIO DE KIRSCHNER	R\$	72,90
	PLACA PARA MINI- MICRO FRAGMENTOS EM TITÂNIO	R\$	980,10
	PARAFUSO PARA MINI- MICRO FRAGMENTOS EM TITÂNIO 1.5 / 1.7 / 2.0MM	R\$	105,30

* AS OPME'S SERÃO CUSTEADAS PELO MUNICÍPIO SOLICITANTE

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 VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 3.983,22
04.07.02.034-9	PROCTOPEXIA ABDOMINAL POR PROCIDENCIA DO RETO	R\$ 2.121,84
04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA	R\$ 2.480,76
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	R\$ 1.842,64
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	R\$ 2.271,46
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	R\$ 2.596,77
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	R\$ 2.075,71
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	R\$ 2.349,01
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	R\$ 1.772,34
04.06.02.057-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	R\$ 2.578,34
04.06.02.056-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL)	R\$ 3.201,87
CIRURGIA GINECOLÓGICA - 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/OOOFOROPLASTIA	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)	R\$ 13.896,23
04.06.03.005-7	ANGIOPLASTIA PERIFERICA C/ IMPLANTE DE UM STENT (PACOTE)	R\$ 14.058,82
02.11.02.001-0	CATERETERISMO 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 NÃOCIMENTADA PRIMARIA / 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 HIBRIDA 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 METALICO (A-LOCK)	R\$	2.645,67
	COMPONENTE ACETABULAR POLIETILENO PARA COMPONENTE METALICO	R\$	1.491,86
	PARAFUSO ACETABULAR	R\$	330,36
	CIMENTO ORTOPÉDICO	R\$	200,68
	LAMINA SERRA	R\$	387,74
PROTESE DE QUADRIL BIPOLAR	COMPONENTE FEMORAL CIMENTADO (HASTE ALPHA PRIMARIA)	R\$	3.415,68
	RESTRITOR DE CIMENTO	R\$	158,98
	CABEÇA INTERCAMBIÁVEL	R\$	1.186,91
	CABEÇA INTERCAMBIÁVEL DE CERAMICA (mediante auditoria e autorização prévia do município)	R\$	7.394,59
	COMPONENTE BIPOLAR (CABEÇA BIPOLAR)	R\$	2.770,21
	CIMENTO ORTOPÉDICO	R\$	200,68
PROTESE DE JOELHO CIMENTADA PRIMARIA / 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
	LAMINA SERRA - JOELHO	R\$	423,55
PROTESE DE QUADRIL CIMENTADA - REVISÃO	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
	CIMENTO ORTOPÉDICO	R\$	200,68
PROTESE DE QUADRIL NÃO CIMENTADA - REVISÃO	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
	ANEL DE REFORÇO ACETABULAR NACIONAL	R\$	978,75
ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO - REVISÃO / RECONSTRUÇÃO	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
	CIMENTO ORTOPÉDICO (01 UND.)	R\$	196,45
RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	LÂMINA DE SERRA	R\$	328,44
	LAMINA DE SHAVER	R\$	808,59
	EQUIPO C/ SENSOR	R\$	669,97
RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR)	PARAFUSO DE INTERFERENCIA EM TITANIO	R\$	930,88
	LAMINA DE SHAVER	R\$	808,59
	EQUIPO C/ SENSOR	R\$	669,97
REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTO DESCOMPRESSIVOS)	PARAFUSO DE INTERFERENCIA EM TITANIO	R\$	930,88
	LAMINA DE SHAVER	R\$	808,59
	EQUIPO C/ SENSOR	R\$	669,97
	CANULA DESCARTAVEL	R\$	397,37
	ANCORA MONTADA EM TITANIO	R\$	1.031,93
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	PONTEIRA FREQUENCIA	R\$	984,84
	LAMINA DE SHAVER	R\$	808,59
	EQUIPO C/ SENSOR	R\$	669,97
	PARAFUSO DE INTERFERENCIA EM TITANIO	R\$	930,88
	FAST-FIX 360 RETO OU CURVO AGULHADO	R\$	3.369,15
	EMPURRADOR DE NO/CORTADOR DE SUTURA E CANULA	R\$	673,83
OPME CIRURGIA UROLÓGICA - 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	BALÃO URETERAL	R\$	1.860,00
	EXTRATOR DE CÁLCULO 3Fr	R\$	1.521,00

URETEROLITO TRIFOSFA RIGIDA A
LASER

CATETER DUPLO J	R\$	396,00
FIO GUIA HIDROFILICO	R\$	675,00
FIBRA LASER	R\$	3.100,00

NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA	AMPLATZ	R\$	1.860,00
	CONJUNTO DE NEFROSTOMIA	R\$	1.240,00
	EQUIPO DE IRRIGAÇÃO	R\$	279,00
	EXTRATOR DE CÁLCULO PERCUTÂNEA	R\$	1.521,00
	CATETER DUPLO J	R\$	396,00
	FIO GUIA HIDROFILICO	R\$	675,00
	CATETER URETRAL	R\$	170,50
OPME CIRURGIA GERAL - 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)		R\$	2.512,63
LEITO DE ENFERMARIA (DIÁRIA)		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 ENDOSCOPICA 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	LAMINA DE SHAVER	R\$ 680,40

INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR)	EQUIPO C/ SENSOR	R\$	563,76
	PARAFUSO DE INTERFERENCIA EM TITANIO	R\$	787,79
REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTO DESCOMPRESSIVOS)	LAMINA DE SHAVER	R\$	680,40
	EQUIPO C/ SENSOR	R\$	563,76
	CANULA DESCARTAVEL	R\$	334,37
	ANCORA MONTADA EM TITANIO	R\$	868,32
	PONTEIRA FREQUENCIA	R\$	858,48
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	LAMINA DE SHAVER	R\$	680,40
	EQUIPO C/ SENSOR	R\$	563,76
	PARAFUSO DE INTERFERENCIA EM TITANIO	R\$	787,79
	FAST-FIX 360 RETO OU CURVO AGULHADO	R\$	2.835,00
	EMPURRADOR DE NO/CORTADOR DE SUTURA E CANULA	R\$	567,00
OPME CIRURGIA UROLÓGICA - REGIÃO ALTO CAPARAÓ			
CIRURGIA	OPME	VALOR ICISMEP	
INSTALACAO ENDOSCÓPICA DE CATETER DUPLO J	CATETER DUPLO J	R\$	396,00
RESSECÇÃO ENDOSCOPICA DE PROSTATA (RTU)	ALÇA DE RTU	R\$	396,00
	EQUIPO DE IRRIGAÇÃO DE 3 VIAS	R\$	400,00
URETEROLITOTRIPSIA FLEXIVEL	CATETER DUPLO J	R\$	396,00
	FIO GUIA HIDROFILICO	R\$	675,00
	CATETER BASKET PARA RETIRADA DE CÁLCULO	R\$	1.521,00
	BALÃO URETERAL	R\$	1.860,00
	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 - REGIÃO ALTO CAPARAÓ			
CIRURGIA	OPME	VALOR ICISMEP	
HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	TELA DE MARLEX M (15cm X 15cm)	R\$	475,00
	TELA DE MARLEX P (7,5cm X 7,5cm)	R\$	416,00
HERNIOPLASTIA INGUINAL/CRURAL	TELA DE MARLEX M (15cm X 15cm)	R\$	475,00
	TELA DE MARLEX P (7,5cm X 7,5cm)	R\$	416,00
OUTROS SERVIÇOS RELACIONADOS ÀS CIRURGIAS - REGIÃO ALTO CAPARAÓ			
CONSULTA MÉDICA PARA AVALIAÇÕES CIRURGICAS		R\$	90,00
CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (RISCO CIRÚRGICO)		R\$	80,00
RAIO X TÓRAX (ATÉ 2 INCIDÊNCIAS)		R\$	42,00
RAIO X TÓRAX (3 INCIDÊNCIAS)		R\$	77,50
CURATIVO ESPECIAL (SEM HIDROCOLOIDE - fevereiroR EXTENSÃO)		R\$	85,80
CURATIVO SIMPLES		R\$	65,95
LEITO DE CTI (DIÁRIA)		R\$	2.512,63
LEITO DE ENFERMARIA (DIÁRIA)		R\$	882,60
DESTRIDAMENTO 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	PIELOLITOTOMIA	R\$	2.845,76
04.09.01.056-1	URETEROLITOTOMIA	R\$	8.074,01
04.09.03.004-0	RESSECÇÃO ENDOSCOPICA DE PROSTATA (RTU)	R\$	4.651,95
04.09.01.023-5	NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA	R\$	9.206,19
OPME's - REGIÃO ZONA DA MATA			
OPME CIRURGIA ORTOPÉDICA - REGIÃO ZONA DA MATA			
CIRURGIA	OPME	VALOR ICISMEP	
ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL	COMPONENTE FEMORAL CIMENTADO (HASTE)	R\$	1.204,38
	RESTRITOR/PLUG DE CIMENTO	R\$	32,36
	CABEÇA INTERCAMBIÁVEL	R\$	682,25
	COMPONENTE ACETABULAR CIMENTADO	R\$	337,08
	CIMENTO ORTOPÉDICO	R\$	134,83
	LAMINA SERRA	R\$	185,90
	COMPONENTE FEMORAL NÃO CIMENTADO	R\$	3.028,03
	COMPONENTE ACETABULAR METALICO	R\$	1.154,25
	COMPONENTE ACETABULAR POLIETILENO PARA COMPONENTE METALICO	R\$	134,83
	PARAFUSO ACETABULAR	R\$	210,24
	COMPONENTE BIPOLAR (CABEÇA BIPOLAR)	R\$	1.132,58
	LAMINA DE SHAVER	R\$	493,26

REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTO DESCOMPRESSIVOS)	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	#REF!
PACOTE MIGUILIM - ÓCULOS COM LENTES CORRETIVAS - UNIDADE OURO PRETO		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
07.01.04.005-0	ARMAÇÃO PARA ÓCULOS ALTO ÍNDICE GRAU FORTE MODELO INFANTIL FEMININO E MASCULINO - MATERIAL EM METAL OU	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	R\$ 86,00
07.01.04.005-0	LENTES OFTÁLMICAS MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO ÍNDICE DE -10.00 A + 9.50 ESFÉRICO E CILINDRO ATE -6.00; CONFORME	R\$ 39,00
07.01.04.005-0	LENTES OFTÁLMICAS MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO ÍNDICE DE -8.00 A +6.00 ESFÉRICO E CILINDRO ATE -4,00; CONFORME	R\$ 39,00
07.01.04.005-0	LENTES OFTÁLMICAS MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO ÍNDICE GRAU FORTE, ALTA DIOPITRIA DE -12.50 A -23.00 ESFERICO E	R\$ 45,00
07.01.04.005-0	LENTES OFTÁLMICAS MONOFOCAIS VISAO SIMPLES ANTI-REFLEXO DE PLANO -4.00 A + 4.00 ESFERICO, CILINDRO ATE -2.00;	R\$ 61,00
07.01.04.005-0	LENTES OFTÁLMICAS MONOFOCAIS VISAO SIMPLES ANTI REFLEXO DE PLANO -6.00 A +6.00 ESFERICO, CILINDRO ATE -4.00;	R\$ 58,00
07.01.04.005-0	LENTES OFTÁLMICAS MULTIFOCAIS ALTO ÍNDICE DE -10.00 A + 6.00 ESFERICO E CILINDRO ATE - 6.00; ADICAO DE +1.00 A +3.50	R\$ 59,00
07.01.04.005-0	LENTES OFTÁLMICAS MULTIFOCAIS VISAO SIMPLES DE -4.00 A +7.00 ESFERICO E CILINDRO ATE - 4.00; ADICAO DE +1.00 A +3.00	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	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 Córnea (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 PALPEBRAL	R\$ 654,88
04.05.05.013-5	IMPLANTE DE PRÓTESE ANTI-GLAUCOMATOSA	R\$ 935,55
04.05.05.021-6	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL	R\$ 253,93
04.05.05.032-1	TRABECULECTOMIA (CIRURGIA FISTULIZANTE ANTIGLAUCOMATOSA)	R\$ 1.269,68
04.15.01.001-2	TUBO DE DRENAGEM PARA GLAUCOMA (PROCED. ESPECIAL)	R\$ 1.470,15
04.05.04.010-5	EXPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR LIO	R\$ 982,66
04.05.04.021-0	REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRA- OCULAR	R\$ 614,79
04.05.05.009-7	FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR	R\$ 1.572,25
04.05.05.010-0	FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR	R\$ 1.277,46
04.05.05.011-9	FACOEMULSIFICAÇÃO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR RÍGIDA	R\$ 1.572,25
04.05.05.014-3	IMPLANTE INTRAESTROMAL	R\$ 1.704,03
04.05.05.015-1	IMPLANTE SECUNDÁRIO DE LENTE INTRA- OCULAR LIO	R\$ 1.572,25
04.05.05.037-2	FACOEMULSIFICACAO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL	R\$ 1.445,09
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 / OTONEUROLOGICOS	R\$	238,25
ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MEMBROS SUPERIORES OU INFERIORES	R\$	391,30
ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES	R\$	733,45
ELETRONEUROMIOGRAFIA FACE TOTAL	R\$	459,90
ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR	R\$	123,70
TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	R\$	500,00
ECOCARDIOGRAMA INFANTIL (ABAIXO DE 10 ANOS)	R\$	226,31
ULTRASSONOGRAFIA - CEC CONTAGEM		
DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (DUPLEX SCAN VENOSO)	R\$	130,00
ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	R\$	75,00
ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	R\$	75,00
ULTRASSONOGRAFIA DE MAMAS E AXILAS	R\$	75,00
ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL) (PÉLVICA MASCULINA)	R\$	75,00
ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE	R\$	75,00
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA (VIA ABDOMINAL)	R\$	75,00
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA (VIA TRANSVAGINAL)	R\$	75,00
ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL (OU ENDOVAGINAL)	R\$	75,00
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R\$	120,00
ULTRASSONOGRAFIA TRANSLUCÊNCIA NUCAL	R\$	86,40
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA	R\$	228,00

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 (ENDOVAGINAL)	R\$ 65,73
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO (UMA ARTICULAÇÃO / UNILATERAL)	R\$ 65,73
02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	R\$ 65,73
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

Município: SANTA BÁRBARA

FONOAUDIOLOGIA - UNIDADE SANTA BARBARA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.11.07.014-9	EMISSIONES OTOACÚSTICAS EVOCADAS PARA TRIAGEM AUDITIVA (TESTE DA ORELHINHA)	R\$ 92,50

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