

ANEXO N – Lista de Parâmetros de Remuneração, referentes aos Procedimentos de Assistência Médica Hospitalar, Laboratorial, Assistência Médica Domiciliar, Odontológica, Reabilitação e Remoção do FuSEx/SAMMED do 2º Batalhão Ferroviário, para contratos de credenciamento, praticados na praça de Araguari-MG



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
2º BATALHÃO FERROVIÁRIO
BATALHÃO MAUÁ

Atendimento Pré-hospitalar (ambulância UTI)		
Ord	Especificação	Valor Vigente
1	Atendimento Pré-Hospitalar	R\$ 533,54
2	Remoção sem acompanhamento médico urbano (ida)	R\$ 160,06
3	Remoção sem acompanhamento médico urbano (ida e volta)	R\$ 320,12
4	Remoção com acompanhamento médico urbano (ida)	R\$ 478,05
5	Remoção com acompanhamento médico urbano (ida e volta)	R\$ 907,02
6	Remoção neonatal urbano (ida) lactente urbano	R\$ 755,28
7	Remoção neonatal urbano (ida e volta) lactente urbano	R\$ 1.510,57
8	Remoção intermunicipal/interestadual sem acompanhamento médico (km rodado)	R\$ 4,80
9	Remoção intermunicipal/interestadual com acompanhamento médico (km rodado)	R\$ 7,68

10	Remoção neonatal lactente intermunicipal/interestadual Araguari, Tupaciguara e Monte Alegre (km rodado)	R\$ 9,17
11	Remoção sem acompanhamento médico intermunicipal para Araguari, Tupaciguara e Monte Alegre de Minas (por viagem).	R\$ 1.088,42
12	Remoção com acompanhamento médico intermunicipal para Araguari, Tupaciguara e Monte Alegre de Minas (por viagem).	R\$ 2.027,45
13	Remoção neonatal/lactente intermunicipal para Araguari, Tupaciguara e Monte Alegre de Minas (por viagem).	R\$ 2.987,82
<p><u>Obs:</u> Valores acima autorizados pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019. <u>Sugestão:</u> Solicitar autorização para utilização do Parecer Técnico nº 125-DRAS/D Sau, de 16 Abr 21 direcionado ao 36º BI Mec ou solicitar autorização de utilização de algum Parecer Técnico mais atual direcionado ao 36º BI Mec.</p>		

Serviços de remoção médica em UTI Área para atendimento Pré-Hospitalar, Inter-Hospitalar e Repatriamento		
Ord	Especificação	Valor Vigente
1	Prestação de serviço de evacuação aeromédica para paciente adulto, pediátrico e neonatal em aeronave de asa fixa a jato.	R\$ 25,00 / km voado
2	Prestação de serviço de evacuação aeromédica para paciente adulto, pediátrico e neonatal em aeronave de asa fixa turboélice.	R\$ 24,00 / km voado
3	Prestação de serviço de evacuação aeromédica para paciente adulto, pediátrico e neonatal em aeronave de asa fixa rotativa.	R\$ 7.370,00 / hora voada
<p><u>Obs 1:</u> Valores autorizados conforme anexo "P" do Edital 004/2019 do 2º B Fv, ratificado em 19 de novembro de 2019;</p> <p><u>Obs 2:</u> A área de abrangência deste contrato compreenderá os municípios de Araguari-MG, Uberlândia-MG e demais municípios situados em um raio de até 50 Km (cinquenta quilômetros) dos limites de Araguari-MG, conforme cálculo de distância fornecido por parte do Departamento de Estradas e Rodagem do Estado de Minas Gerais (DER/MG).</p> <p><u>Obs 3:</u> Mediante autorização do Escalão Superior, poderão ser realizados deslocamentos fora da área de abrangência deste contrato. Os valores por quilômetro voado ou por hora voada dos serviços prestados serão os mesmos utilizados dentro da área de abrangência; e</p> <p><u>Obs 4:</u> O cálculo da quilometragem e da hora de voo serão computadas a partir da decolagem da aeronave da base da contratada, até o retorno na mesma base.</p>		

DIÁRIAS, TAXAS E OUTROS	
Descrição	Valor vigente
Apartamento simples	R\$ 364,27
Apartamento simples - isolamento	R\$ 364,08
Berçário	R\$ 147,56
Berçário patológico	R\$ 246,17
Enfermaria	R\$ 215,67
Hospital dia apartamento	R\$ 176,73
Hospital dia enfermaria	R\$ 136,10
Isolamento	R\$ 404,88
Semi-intensiva	R\$ 525,09
Uti adulto 24 horas	R\$ 934,63
Uti cardiológica 24 horas	R\$ 946,75
Uti neonatal 24 horas	R\$ 962,25
Uti pediátrica 24 horas	R\$ 715,70
Taxa de sala porte 0	R\$ 91,77
Taxa de sala porte 0 (dermatologista) Obs: Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	R\$ 30,31
Taxa de sala porte 1	R\$ 201,84
Taxa de sala porte 2	R\$ 348,77
Taxa de sala porte 3	R\$ 567,52
Taxa de sala porte 4	R\$ 699,64
Taxa de sala porte 5	R\$ 813,14
Taxa de sala porte 6	R\$ 943,90
Taxa de sala porte 7	R\$ 1.070,14
Taxa de sala porte 8	R\$ 1.182,50
Sala híbrida	R\$ 1.707,56
Balão intra aórtico 1 hora	R\$ 86,15
Balão intra aórtico hora subsequente	R\$ 15,83
Bomba circulação extra-corpórea	R\$ 128,34
Desfibrilador / cardioversor	R\$ 51,42
Drill	R\$ 307,71
Arco cirúrgico / intensificador de imagem	R\$ 254,80
Marca passo artificial externo	R\$ 86,75
Taxa de vídeo (qualquer vídeo)	R\$ 326,73
Diária de acompanhante (inclui: pernoite, café, almoço e jantar).	R\$ 55,01
*Registro de internação	Não autorizado. Incluir na diária.
Sala aplicação quimioterapia	R\$ 96,71
Sala de broncoscopia	R\$ 54,87
Sala de colonoscopia	R\$ 70,33
Sala de endoscopia	R\$ 61,91

Sala de hemodiálise	R\$ 84,23	
Sala procedimentos ambulatoriais (em P.A. ou fora do C.C.)	R\$ 51,99	
Taxa P.A. (sem tx. Obs. Ou procedimento)	R\$ 7,47	
Taxa de observação de 01 a 06 horas	R\$ 49,39	
Taxa de observação de 06 a 12 horas	R\$ 63,16	
Taxa de registro (Referência PMGU-BH)	R\$ 9,61	
Oxigênio	R\$ 22,51	
Ar comprimido	R\$ 20,99	
Óxido nitroso	R\$ 58,03*	
Gás carbônico	R\$ 12,27	
Nitrogênio - hora	R\$ 15,57	
Nebulização (15 min)	R\$ 15,63	
Óxido nítrico	R\$ 85,05	
Plasma fresco congelado "pacote"	Conforme tabela hemominas PORTARIA PRE/HEMOMINAS nº 382/2021, de 11 de novembro de 2021	
Concentrado de plaquetas		
Concentrado de hemácias		
Concentrado de crioprecipitado		
Testes imunohematológicos - compatibilização		
Testes imunológicos do paciente - a cada 72 horas		
Plaquetas - aférese (com 08 unidades)		
Uso de Equipamento de Hemodinâmica		R\$ 380,69
Obs 1: Hemoterápicos inclui materiais descartáveis necessários para hemotransfusões.		
Obs 2: Tabela acima autorizada pelo Parecer Técnico nº 002 - DRAS/D Sau de 5 de janeiro de 2022.		

HEMOTERÁPICOS	
Descrição	Valor vigente
Concentrado de plaquetas	R\$ 157,06
Concentrado de hemácias	R\$ 255,47
Concentrado de hemácias lavadas	R\$ 442,36
Crioprecipitado	R\$ 149,82
Plasma fresco	R\$ 189,79
Bolsa de plaquetas - aferese (com 8 unidades)	R\$ 1.102,49
Pool de plaquetas	R\$ 723,44
Bolsa pediátrica (hemácias)	R\$ 121,08
Concentrado de hemácias alicotadas (≤ 50 ml)	R\$ 88,50
Concentrado de hemácias alicotadas (51 a 150 ml)	R\$ 152,37
Concentrado de hemácias alicotadas (> 150 ml)	R\$ 280,11
Grupo sanguíneo abo e rh	R\$ 18,30
Prova de compatibilidade pré transfusional completa	R\$ 15,24
Teste de coombs direto	R\$ 6,45

Teste de coombs indireto	R\$ 7,20
Fenotipagem do sist. Rh-hr(cde)	R\$ 28,03
Identificação anticorpos séricos irregulares antieritrocitário c/ painel hemáceas	R\$ 42,06
Pesquisa de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários-gel teste	R\$ 17,50
Fenotipagem de outros sistemas eritrocitários - gel teste - por fenótipo	R\$ 27,70
Prova de compatibilidade pré transfusional completa gel teste	R\$ 24,51
Grupo sanguíneo abo e rh por gel teste	R\$ 34,71
Teste de coombs direto (gel teste)	R\$ 7,42
Teste de coombs indireto (gel teste)	R\$ 9,04
Teste de coombs indireto mono específico (gel teste)	R\$ 45,04
Plasmaferese terapêutica	R\$ 939,21
Alicotagem - número de bolsas plásticas utilizadas	R\$ 25,17
Teste de falcização	R\$ 3,00
Fornecimento de material descartável	R\$ 4,80
Irradiação de unidade hemoterapia	R\$ 21,61
Deleucotização de plaqueta por filtro	R\$ 144,57
Deleucotização de hemácias por filtro	R\$ 150,44
Fornecimento de bolsa plástica de sangue para sangria	R\$ 40,27
Teste de genotipagem de grupos sanguíneos	R\$ 273,53
Valor hora de treinamento ministrado por profissional médico	R\$ 120,86
Valor hora de treinamento ministrado por profissional técnico patologia	R\$ 37,90
Valor hora de treinamento ministrado por profissional enfermeiro	R\$ 58,65
Valor hora de treinamento ministrado por profissional bioquímico	R\$ 58,65
Valor hora de treinamento ministrado por profissional captador	R\$ 31,20
Valor hora de treinamento ministrado por profissional faturista	R\$ 31,20
Painel múltiplo - painel de amostras de soro e plasma com reatividade mista em pelo menos 6 parâmetros diferentes: hbsag, anti-hbc total, anti-hiv, anti-htlv, anti-hcv, antitypanosomacruzi (chagas) e anti-treponema pallidum (sífilis)	R\$ 4.969,53
Painel específico - painel de amostras de soro e plasma com reatividade mista com até 30 amostras diferentes: hbsag, anti-hbc total, anti-hiv, anti-htlv, anti-hcv, anti-trypanosoma cruzi (chagas) ou anti-treponema pallidum (sífilis)	R\$ 4.969,53
Custo da hora para validação de sistemas analíticos	R\$ 217,41
Processamento e criopreservação de unidade contendo células progenitoras hematopoéticas ou concentrado de linfócitos em uma bolsa com armazenamento por até 2 anos	R\$ 3.735,49
Processamento e criopreservação de unidade contendo células progenitoras hematopoéticas ou concentrado de linfócitos em duas bolsas com armazenamento por até 2 anos	R\$ 5.614,24
Bolsa adicional criopreservada e armazenada por até 2 anos (1 bolsa adicional, a partir da 3ª bolsa, para a mesma coleta)	R\$ 2.021,53

Descongelamento e ressuspensão ou lavagem de unidade contendo células progenitoras hematopoéticas ou concentrado de linfócitos (por bolsa a ser descongelada)	R\$ 1.584,61
Armazenamento de bolsa contendo células progenitoras hematopoéticas ou concentrado de linfócitos por período adicional de até 2 anos (por bolsa, após término do 2º ano de armazenamento)	R\$ 825,48
Controle de qualidade em unidade contendo células progenitoras hematopoéticas ou concentrado de linfócitos	R\$ 683,71
Deseritrocitação e desplasmatização de unidade contendo células progenitoras hematopoéticas	R\$ 2.813,96
Ensaio clonogênico in vitro (cfu) em unidade de células progenitoras hematopoéticas.	R\$ 618,79
Avaliação da expressão dos antígenos cd42a, cd42b e cd61, em plaquetas, por citometria de fluxo	R\$ 323,12
Hemograma automatizado em amostra de concentrado de células progenitoras hematopoéticas, concentrado de linfócitos ou sangue periférico mobilizado	R\$ 32,16
Hemocultura em amostra de concentrado de células progenitoras hematopoéticas ou concentrado de linfócitos	R\$ 115,07
Quantificação de células cd34 por citometria de fluxo	R\$ 360,84
Coleta de células tronco hematopoéticas do sangue periférico	R\$ 1.116,79
Obs : Tabela acima autorizada pelo Parecer Técnico nº 002 - DRAS/D Sau de 5 de janeiro de 2022.	

TABELA DE CONSULTAS, HONORÁRIOS MÉDICOS, PACOTES, PROCEDIMENTOS, SERVIÇOS E TAXAS	
Descrição	Valor vigente
Consulta Médica em Consultório / Emergência / Urgência / Pronto-Socorro psiquiatria)	R\$ 146,70
Consulta Médica em Consultório / Emergência / Urgência / Pronto-Socorro (neurologia)	R\$ 129,22
Consulta Médica em Consultório / Emergência / Urgência / Pronto-Socorro (pediatria incluindo Puericultura)	R\$ 129,22
Consulta Médica em Consultório / Emergência / Urgência / Pronto-Socorro (demais especialidades)	R\$ 110,88
Honorários Médicos para: SADT – Serviços e Exames Complementares de Diagnóstico e Terapias em geral; Exames Laboratoriais (análises Clínicas e de Imagem). Não previstos na Tabela da Associação médica brasileira (AMB92)	Tabela Própria do 2º B Fv, na impossibilidade de Tabela Própria, considerar AMB 92, CH 0,49, na impossibilidade dessas, considerar Tabela CBHPM ano 2012, sem deflator, UCO = 12,87
Filme Radiológico CBR (m2)	R\$ 23,75

Honorários Médicos para procedimentos ambulatoriais e hospitalares para clínicas contratadas e remuneradas de acordo com a Tabela da Associação Médica Brasileira (AMB 92).	R\$ 0,49
Honorários Médicos para procedimentos ambulatoriais e hospitalares, Portes Anestésicos (para Clínicas e Hospitais contratados e remunerados de acordo com a Tabela CBHPM e procedimentos realizados por clínicas contratadas em ambiente hospitalar).	**Tabela CBHPM ano 2012, sem deflator, com reajuste de 6% para os portes e UCO= 12,87
Medicamentos (uso restrito hospitalar)	Brasíndice, PF + 26%
Medicamentos (não restrito hospitalar)	Brasíndice, PMC
Materiais descartáveis	SIMPRO, com deflator de 5%
Materiais descartáveis, medicamentos e dietas (não constantes das revistas Brasíndice ou Simpro) <u>Obs:</u> Valores autorizados pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	Remunerado valor de aquisição (Nota Fiscal + 20%)
Órteses, Próteses, Materiais Especiais-OPME	03 (três) orçamentos Nota Fiscal + 20% Sugestão: conforme art. 6º da Instrução Normativa SEGES/ME nº 65, de 7 de julho de 2021, definir 03 (três) orçamentos de 03 (três) fornecedores distintos, sendo que será utilizado o de menor (ou a média?) valor + acréscimo de 20% da respectiva Nota Fiscal
Dietas <u>Obs:</u> Valores autorizados pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	Brasíndice atualizada PF sem taxa
Honorários Médicos para procedimentos ambulatoriais e hospitalares (para cirurgião torácico).	Tabela CBHPM ano 2016, sem deflator, UCO = 19,36
Exame de bioimpedanciometria (avaliação da composição corporal por bioimpedanciometria). Previsto na tabela CBHPM ano 2010.	R\$ 46,70
Demais procedimentos de Fisioterapia Ambulatorial e Hospitalar remunerados de acordo com a Tabela da Associação Médica Brasileira (AMB 92)	R\$ 0,56
Equoterapia (consulta inicial)	R\$ 120,00
Equoterapia (sessão)	R\$ 120,00
Nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos (consulta de	R\$ 80,00

avaliação inicial)	
Serviços de Fisioterapia: Hidroterapia, Reeducação Postural Global-RPG/ (por sessão realizada). Sessões de psicoterapia (até 4 sessões mês) e fonoaudiologia (até 8 sessões mês)	R\$ 67,42
Serviços de Fisioterapia: Fraturas múltiplas (ombro, braço, tíbia, fêmur e outros) /por sessão.	R\$ 63,71
Atendimento fisioterápico na atenção primária individual. (código 500251074) (por sessão)	INCLUSÃO
Serviço de Fisioterapia: Osteoptia (sessão, até 4 mensais)	R\$ 80,00
Serviço de Fisioterapia: Fisioterapia domiciliar (sessão, até 8 mensais)	R\$ 66,41
Serviço de Fisioterapia: Fisioterapia domiciliar respiratória e motora (sessão, até 8 mensais)	R\$ 47,00
Serviço de Fisioterapia: Fisioterapia domiciliar respiratória (sessão, até 8 mensais)	R\$ 23,50
Serviço de Fisioterapia: Fisioterapia domiciliar motora (sessão, até 8 mensais)	R\$ 28,00
Serviço de Fisioterapia: Acupuntura (sessão, até 8 mensais)	R\$ 65,17
Atendimento Fisioterapêutico das disfunções oncológicas ambulatorial (Primeiro atendimento (avaliação) (Código 13106972)	INCLUSÃO
Atendimento Fisioterapêutico das disfunções do sistema linfático e /ou vascular (Código 13106978) (por sessão)	INCLUSÃO
Atendimento fisioterapêutico no pré e pós- cirúrgico e na recuperação de tecidos, nível ambulatorial. (por sessão) (Código 13106966)	INCLUSÃO
Agulhamento seco (Dry Needling) (por sessão) Código 13106992)	INCLUSÃO
Cinesioterapia intensiva com vestes terapêuticas (3 horas de atendimento) (por sessão) (Código 13106994)	INCLUSÃO
Estimulação elétrica transcutânea neuromusculares e neurosensitivas. (por sessão) (Código 13106999)	INCLUSÃO
Laserterapia (por sessão) (Código 131069101)	INCLUSÃO
Plataforma Vibratória (por sessão de 30 minutos) (Código 131069119)	INCLUSÃO
Terapia neurofuncional	Não autorizado. Não previsto na Portaria nº 16 de agosto de 2019.
Terapia ABA (Applied Behavior Analysis) (Análise do Comportamento Aplicada) (por sessão)	INCLUSÃO
Pet Scan dedicado oncológico/TC para Pet dedicado oncológico	R\$ 2.968,46
Pilates (sessão)	R\$ 28,50
Psicopedagogia (sessão)	R\$ 70,34
Orientação de pais e/ou familiares (por 287ésoa/sessão)	R\$ 38,78
Avaliação diagnóstica completa com utilização de testes inerentes (sessão)	R\$ 55,10
Psicoterapia de casal (sessão)	R\$ 85,52
Psicoterapia de grupo (por pessoa/mês)	R\$ 38,78
Psicoterapia Infantil (sessão)	R\$ 70,34

Exame de Ecodopplercardiograma tecidual ou tissular	R\$ 371,50
Hiperbárica (oxigenoterapia/sessão)	R\$ 324,45
Taxa ao Anestesiologista (referente a materiais e medicamentos utilizados somente na realização de exames a pacientes não hospitalizados, cuja necessidade de sedação é indispensável)	R\$ 275,52
Terapia ocupacional (consulta inicial)	R\$ 72,00
Terapia ocupacional (sessão)	R\$ 60,00
Terapias por Ondas de Choque (ortopedia)	R\$ 350,00
Exame de Eletroneuromiografia dos membros inferiores (por membro) <u>Obs:</u> Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	R\$ 250,00
Exame de Eletroneuromiografia dos membros superiores (por membro) <u>Obs:</u> Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	R\$ 250,00
Psicomotricidade (sessão)	INCLUSÃO Aguardando autorização
Obs : Tabela acima autorizada pelo Parecer Técnico nº 002 - DRAS/D Sau de 5 de janeiro de 2022.	

PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS	
Descrição	Valor vigente
Consulta Odontológica de Urgência (para outros procedimentos não listados abaixo)	R\$ 108,71
Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	R\$ 108,71
Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	R\$ 108,71
Pulpectomia	R\$ 108,71
Imobilização dentária em dentes decíduos	R\$ 108,71
Imobilização dentária em dentes permanentes	R\$ 108,71
Recimentação de trabalhos protéticos	R\$ 108,71
Tratamento de alveolite	R\$ 108,71
Colagem de fragmentos dentários	R\$ 108,71
Incisão e Drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	R\$ 108,71
Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	R\$ 108,71
Tratamento de abscesso periodontal agudo	R\$ 108,71
Reimplante dentário com contenção	R\$ 108,71
Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial	R\$ 108,71
Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-mandibular (ATM)	R\$ 108,71
Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular - ATM	R\$ 108,71
Radiografia periapical	R\$ 9,78

Radiografia periapical - série completa	R\$ 114,20
Radiografia interproximal - bite-wing	R\$ 9,78
Radiografia oclusal	R\$ 21,90
Radiografia pósterio-anterior	R\$ 48,21
Radiografia da ATM (3 incidências) e (transcraniana)	R\$ 92,22
Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)	R\$ 43,78
Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) com traçado cefalométrico	R\$ 43,78
Telerradiografia com traçado cefalométrico	R\$ 58,56
Telerradiografia sem traçado	R\$ 48,19
Modelos ortodônticos (par - estudo - trabalho)	R\$ 51,03
Slide (unidade)	R\$ 9,25
Fotografia (unidade)	R\$ 9,05
Tomografia Computadorizada (maxila ou mandíbula)	R\$ 214,00
Tomografia (2 dentes)	R\$ 133,75
Tomografia (por dente adicional)	R\$ 16,05
Tomografia computadorizada ATM 2 segmentos	R\$ 202,50
Tomografia computadorizada ATM 3 segmentos	R\$ 225,00
Tomografia computadorizada ATM (completa)	R\$ 299,60
Escaneamento intra oral	INCLUSÃO
Profilaxia: polimento coronário (quatro hemiarçadas)	R\$ 53,04
Atividade educativa em saúde bucal	R\$ 37,65
Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais	R\$ 37,65
Atividade educativa para pais e/ou cuidadores	R\$ 37,65
Aplicação tópica de flúor	R\$ 30,28
Controle de biofilme (placa bacteriana) <u>Obs:</u> Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	R\$ 30,04
Aplicação tópica de verniz fluoretado (quatro hemiarçadas)	R\$ 32,24
Aplicação de selante de fôssulas e fissuras (por elemento)	R\$ 33,47
Aplicação de selante - técnica invasiva (por elemento)	R\$ 39,22
Aplicação de cariostático (quatro hemiarçadas - apenas uma sessão)	R\$ 30,64
Remineralização fluoroterápica com quatro sessões (intervalo mínimo de 6 meses)	R\$ 30,41
Adequação do Meio Bucal com Ionômero de Vidro (por hemiarçada)	R\$ 61,66
Adequação do Meio Bucal com IRM (por hemiarçada)	R\$ 61,66
Restauração em ionômero de vidro - 1 face	R\$ 55,20
Restauração em ionômero de vidro - 2 faces	R\$ 55,20
Restauração em ionômero de vidro - 3 faces	R\$ 55,20
Restauração em ionômero de vidro - 4 faces	R\$ 55,20
Coroa de acetato em dente decíduo <u>Obs:</u> Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	R\$ 97,10

Coroa de acetato em dente permanente <u>Obs:</u> Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	R\$ 97,10
Coroa de aço em dente decíduo <u>Obs:</u> Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	R\$ 97,10
Coroa de aço em dente permanente <u>Obs:</u> Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	R\$ 97,10
Coroa de policarbonato em dente decíduo <u>Obs:</u> Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	R\$ 97,10
Coroa de policarbonato em dente permanente <u>Obs:</u> Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	R\$ 97,10
Pulpotomia em dente decíduo	R\$ 72,95
Tratamento endodôntico em dente decíduo (pulpectomia)	R\$ 133,19
Exodontia simples de decíduo	R\$ 41,80
Mantenedor de espaço fixo	R\$ 177,73
Mantenedor de espaço removível	R\$ 177,73
Plano inclinado	R\$ 150,48
Condicionamento em Odontologia- por sessão, máximo 2)	R\$ 44,11
Restauração Temporário (IRM)	R\$ 43,18
Restauração de amálgama - 1 face	R\$ 48,97
Restauração de amálgama - 2 face	R\$ 61,53
Restauração de amálgama - 3 faces	R\$ 72,24
Restauração de amálgama - 4 faces	R\$ 88,48
Restauração em resina fotopolimerizável 1 face (dentes anteriores)	R\$ 59,11
Restauração em resina fotopolimerizável 1 face (dentes posteriores)	R\$ 59,11
Troca de restauração por motivos estético-dente sem cárie - 1 face (post/ant) <u>Obs:</u> Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	R\$ 59,11
Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces (dentes anteriores)	R\$ 62,32
Restauração em resina fotopolimerizável 2 face (dentes posteriores)	R\$ 62,32
Troca de restauração por motivos estético-dente sem cárie - 2 faces (post/ant) <u>Obs:</u> Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	R\$ 62,32
Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces (dentes anteriores)	R\$ 88,44
Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces (dentes posteriores)	R\$ 88,44
Troca de restauração por motivos estético-dente sem cárie - 3 faces (post/ant) <u>Obs:</u> Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	R\$ 88,44
Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces	R\$ 88,44
Faceta Direta Em Resina Fotopolimerizável	R\$ 98,78

Núcleo de Preenchimento em Ionômero	R\$ 59,34
Núcleo de Preenchimento em Resina Foto	R\$ 75,19
Restauração Temporária (IRM)	R\$ 43,16
Clareamento dental com moldeira de uso caseiro para dentes vitalizados e desvitalizados por arcada <u>Obs:</u> Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	R\$ 250,24
Ajuste Oclusal por desgaste seletivo (por 291essão)	R\$ 59,93
Ajuste Oclusal por acréscimo	R\$ 59,93
Urgência endo - pulpectomia (independente da sequência de tratamento)	R\$ 77,36
Tratamento endodôntico unirradicular	R\$ 175,90
Tratamento endodôntico birradicular	R\$ 208,89
Tratamento endodôntico multirradicular	R\$ 338,47
Retratamento endodôntico unirradicular (incluso remoção de obturação radicular)	R\$ 189,79
Retratamento endodôntico birradicular (incluso remoção de obturação radicular)	R\$ 260,72
Retratamento endodôntico multirradicular (incluso remoção de obturação radicular)	R\$ 442,12
Tratamento de perfuração endodôntica	R\$ 121,38
Remoção de núcleo intrarradicular (por elemento)	R\$ 106,67
Remoção de trabalho protético	R\$ 36,73
Capeamento pulpar direto (excluindo restauração final)	R\$ 64,05
Clareamento de dente desvitalizado	Estético. Não autorizado
Preparo para núcleo intrarradicular	R\$ 48,56
Pulpotomia em dente permanente	R\$ 72,95
Pulpotomia em dente decíduo <u>Obs:</u> Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	R\$ 72,95
Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta (por sessão, máximo de 3)	R\$ 72,84
Curativo de demora em endodontia	R\$ 95,79
Restauração Temporária	R\$ 43,17
Retrocirurgia incisivos com MTA	R\$ 481,98
Retrocirurgia de PM com MTA	R\$ 714,07
Retrocirurgia de Molares com MTA	R\$ 872,75
Raspagem supra-gengival e polimento coronário - por segmento, até 6 segmentos (sondagem até 5 mm)	R\$ 65,48
Raspagem sub-gengival/alisamento radicular - por Segmento, até 6 segmentos (bolsas acima de 5 mm)	R\$ 84,69
Tratamento de Processo Agudo (por sessão)	R\$ 74,88
Dessensibilização dentária (por elemento)	R\$ 38,11
Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana)	R\$ 30,04
Placa oclusal estabilizadora (miorrelaxante)	R\$ 148,54

<u>Obs:</u> Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	
Imobilização dentária com resina fotopolimerizável (3 dentes)	R\$ 104,01
Gengivectomia (por segmento) - até 6 segmentos	R\$ 130,72
Gengivoplastia (por segmento) - até 6 segmentos	R\$ 130,72
Aumento de coroa clínica (por elemento)	R\$ 134,91
Cirurgia odontológica a retalho (por segmento)	R\$ 139,87
Sepultamento radicular (por elemento)	R\$ 138,32
Cunha distal	R\$ 129,60
Enxerto pediculado (por sextante)	R\$ 137,84
Enxerto gengival livre (por sextante)	R\$ 163,44
Enxerto conjuntivo subepitelial (por segmento)	R\$ 163,73
Odonto-secção com ou sem amputação radicular (por elemento)	R\$ 133,39
Amputação radicular sem obturação retrógrada (por raiz)	R\$ 167,14
Amputação radicular com obturação retrógrada (por raiz)	R\$ 191,45
Controle pós-operatório em odontologia	R\$ 59,95
Aplicação de jato de bicarbonato	R\$ 13,88
Aplicação de ultra som por arcada	R\$ 59,50
Tratamento regenerativo com uso de barreira <u>Obs:</u> Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	R\$ 415,27
Tratamento regenerativo com enxerto com osso autógeno <u>Obs:</u> Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	R\$ 266,94
Tratamento regenerativo com materiais enxertantes (osso liofilitizado) <u>Obs:</u> Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	R\$ 398,30
Remoção de corpo estranho intracanal	R\$ 87,26
Recolocação de restauração metálica fundida e coroas	R\$ 47,20
Núcleo de preenchimento em ionômero	R\$ 59,34
Núcleo de preenchimento em resina foto	R\$ 75,19
Núcleo metálico fundido <u>Obs:</u> Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	R\$ 131,26
Coroa provisória <u>Obs:</u> Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	R\$ 80,40
Reembasamento de Provisório	R\$ 32,50
Remoção de incrustações metálicas ou coroas	R\$ 36,73
Placa oclusão estabilizadora rígida (miorrelaxante) <u>Obs:</u> Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	R\$ 148,54
Exodontia simples de permanente (por elemento)	R\$ 72,22
Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética	R\$ 72,22
Exodontia a retalho	R\$ 93,43

Exodontia de raiz residual (por elemento)	R\$ 73,32
Alveoloplastia ou alveolotomia (por sextante)	R\$ 99,01
Ulotomia	R\$ 66,18
Ulectomia	R\$ 73,06
Biopsia de lábio	R\$ 100,19
Biopsia de boca	R\$ 100,19
Biopsia de língua	R\$ 100,19
Biopsia de glândula salivar	R\$ 100,19
Biopsia de mandíbula	R\$ 100,19
Biopsia de maxila	R\$ 100,19
Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial	R\$ 100,19
Aprofundamento/aumento de vestíbulo/ sulcoplastia (por arcada)	R\$ 109,25
Reconstrução de sulco gengivo-labial (por arcada)	R\$ 109,25
Cirurgia para tórus palatino	R\$ 129,28
Cirurgia para exostose maxilar	R\$ 129,28
Cirurgia para tórus mandibular - unilateral	R\$ 103,69
Cirurgia para tórus mandibular - bilateral	R\$ 156,89
Apicetomiaunirradiculares sem obturação retrógrada	R\$ 165,10
Apicetomiaunirradiculares com obturação retrógrada	R\$ 189,21
Apicetomiabirradiculares sem obturação retrógrada	R\$ 195,72
Apicetomiabirradiculares com obturação retrógrada	R\$ 220,84
Apicetomiamultirradiculares sem obturação retrógrada	R\$ 226,43
Apicetomiamultirradiculares com obturação retrógrada	R\$ 251,15
Frenulectomia labial	R\$ 117,62
Frenulectomia lingual	R\$ 117,62
Frenulotomia lingual	R\$ 117,62
Bridectomia / Bridotomia	R\$ 117,62
Bridotomia	R\$ 117,62
Remoção de dentes inclusos / impactados	R\$ 175,34
Remoção de dentes semi-inclusos / impactados	R\$ 175,34
Remoção de dentes supranumerários (inclusos ou impactados)	R\$ 175,34
Tratamento Cirúrgico para tumores odontogênicos benignos - sem reconstrução	R\$ 175,61
Exérese ou excisão de cistos odontológicos	R\$ 101,33
Remoção de corpo estranho no seio maxilar	R\$ 216,28
Tratamento cirúrgico das fístulas 293uço nasal/ buco sinusal com retalho	R\$ 175,34
Excisão de glândula submandibular	R\$ 158,34
Excisão de glândula sublingual	R\$ 158,34
Excisão de glândula parótida	R\$ 641,53
Excisão de tumor de glândula salivar	R\$ 395,86
Exerese ou excisão rânula	R\$ 426,56
Exerese ou excisão de mucocele	R\$ 114,08
Exerese ou excisão de cálculo salivar	R\$ 160,44
Drenagem de abscesso	R\$ 59,12

Tracionamento cirúrgico com finalidade ortodôntica	R\$ 134,21
Plástica do canal de Stenon	R\$ 335,48
Palentolabioplastia bilateral	R\$ 404,50
Tratamento cirúrgico do lábio leporino	R\$ 314,95
Reconstrução parcial do lábio traumatizado	R\$ 314,95
Reconstrução total do lábio traumatizado	R\$ 328,86
Redução cirúrgica de luxação de ATM	R\$ 308,10
Tratamento cirúrgico p/anquilose de atm (por lado)	R\$ 513,50
Tratamento cirúrgico p/osteomielite de ossos da face	R\$ 383,41
Excisão satura lesão boca c/rot retalho	R\$ 417,65
Suturas simples de face	R\$ 68,47
Suturas múltiplas de face	R\$ 104,06
Maxilectomia c/ou s/esvaziamento orbitario	R\$ 410,80
Osteotomia e osteoplastia de mandíbula para Prognatismo	R\$ 713,19
Osteotomia e osteoplastia de mandíbula para Micrognatismo	R\$ 713,19
Osteotomia osteoplastia de mandíbula para Laterognatismo	R\$ 713,19
Osteotomia osteoplastia de maxila tipo Le Fort I	R\$ 513,50
Osteotomia osteopl.de maxila tipo Le Fort II	R\$ 736,01
Osteotomia osteopl.de maxila tipo Le Fort III	R\$ 872,95
Reconstrução total de mandíbula c/enxerto ósseo ou prótese	R\$ 1.061,23
Reconstrução parcial de mandíbula c/ enxerto ósseo ou prótese	R\$ 667,55
Reconstrução de sulco gengivo-labial	R\$ 142,41
Excisão em cunha de lábio e sutura	R\$ 145,49
Cirurgia de hipertrofia de lábio	R\$ 246,47
Cirurgia para microstomia	R\$ 410,80
Redução de fratura de ossos próprios do nariz	R\$ 410,80
Redução incruenta fratura unilatra de mandíbula	R\$ 191,70
Redução cruenta de fratura unilateral de mandíbula	R\$ 445,03
Redução incruenta de fratura bilateral de mandíbula	R\$ 232,78
Redução cruenta de fratura bilateral de mandíbula	R\$ 736,01
Redução cruenta de fratura cominutiva de mandíbula	R\$ 656,14
Redução de fratura de côndilo mandibular	R\$ 424,49
Redução cruenta de fratura alvéolo dentária	R\$ 123,24
Redução incruenta de fratura alvéolo dentária	R\$ 68,47
Reimplante de dente (por elemento)	R\$ 109,54
Redução incruenta de fratura Le Fort I	R\$ 332,06
Redução incruenta de fratura Le Fort II	R\$ 332,06
Redução incruenta de fratura Le Fort III	R\$ 383,41
Redução cruenta de fratura Le Fort I	R\$ 513,50
Redução cruenta de fratura Le Fort II	R\$ 713,19
Redução cruenta de fratura Le Fort III	R\$ 713,19
Fraturas complexas do segmento fixo da face	R\$ 383,41
Fraturas complexas do segmento da face com fixação pericraniana	R\$ 1.061,23
Fratura de arco zigomático - redução cirúrgica sem fixação	R\$ 314,95

Fratura de osso zigomático-redução cirúrgica e fixação	R\$ 410,80
Osteoplastia zigomático-maxilar	R\$ 411,94
Retirada de fios intra ou trans-ósseo	R\$ 41,07
Retirada de bloqueio maxilo-mandibular	R\$ 38,34
Retirada de ancoragem e cerclagem	R\$ 38,34
Curetagem apical	R\$ 144,00
Transplante dental	R\$ 445,90
Planejamento e análise de caso	R\$ 59,74
Aparelho extra-bucal	R\$ 230,72
Arco lingual	R\$ 185,01
Placa lábio-ativa	R\$ 177,17
Botão de Nance	R\$ 192,32
Disjuntor palatino - Haas, Hirax	R\$ 220,39
Disjuntor palatino - Macnamara, Faltin	R\$ 188,68
Quadri-Hélice	R\$ 192,32
Grade Palatina Fixa	R\$ 190,23
Grade Palatina Móvel	R\$ 113,98
Expansor	R\$ 145,83
Placa de Hawley e aparelho para pequenos movimentos	R\$ 112,39
Mentoneira, máscara facial	R\$ 111,09
Máscara facial - Delaire e tração reversa	R\$ 195,03
Aparelho ortodôntico fixo metálico (2 arcadas)	R\$ 686,90
Aparelho ortodôntico fixo metálico parcial (1 arcada)	R\$ 343,45
Manutenção de aparelho ortodôntico - aparelho fixo	R\$ 111,00
Doc Ortodont (Pan / Tele / Mod / Past / 5 fot e cx modelos)	R\$ 147,17
Doc Ortodont (Pan / Tele / Mod / Past / 8 fot e cx modelos)	R\$ 169,64
Doc Ortodont (Pan / Tele / Mod / 8 fot / 4 rx / 6 sl / 2 rxb Wing / P Ortod e cx modelos)	R\$ 219,08
Jones Jig - Completo	R\$ 234,76
Remoção aparelho por troca de profissional (por arcada)	R\$ 59,96
Reposição de peças ortodônticas	R\$ 13,48
Planejamento e análise de caso <u>Obs:</u> Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sal/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	R\$ 59,74
Ortopedia Funcional max - bioBalters- Monobl, / Planos, Bimler-Frankel	R\$ 248,12
Manutenção de aparelho parcial e ortopédico	R\$ 92,68
Troca de aparelho (perda/quebra) <u>Obs:</u> Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	R\$ 215,03
Reposição de peças ortopédicas	R\$ 45,97
Confecção de pistas diretas planas	R\$ 271,57
Sn / Pipc / Hgs	NÃO
Diagnóstico inicial de DTM e dor orofacial <u>Obs:</u> Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de	R\$ 92,69

dezembro de 2019.	
Sessão acompanha e manutenção de ortóticos <u>Obs:</u> Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	R\$ 46,34
Ortótico de protusão - placa protúsiva <u>Obs:</u> Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	R\$ 140,89
Infiltração intra-articular (medicamento a parte) <u>Obs:</u> Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	R\$ 103,81
Infiltração intra muscular <u>Obs:</u> Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	R\$ 103,81
Agulhamento de trigger point (por sessão) <u>Obs:</u> Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	R\$ 103,81
Ajuste de reembasamento placa michigam <u>Obs:</u> Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	R\$ 70,44
Confecção de placa protúsiva de urgência <u>Obs:</u> Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	R\$ 74,15
Recolocação de mandíbula posição em tratamento aberto <u>Obs:</u> Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	R\$ 70,44
Laudo da ATM para as outras especialidades <u>Obs:</u> Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	R\$ 55,61
Aplicação TENS (por sessão) <u>Obs:</u> Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	R\$ 74,15
Manutenção de placas <u>Obs:</u> Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	R\$ 96,40
Aplicação de Acupuntura (por sessão) <u>Obs:</u> Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	R\$ 74,15
Aplicação de eletromagnetoterapia (por sessão) <u>Obs:</u> Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	R\$ 74,15
Aplicação de laserterapia por sessão	R\$ 74,15
<u>Obs :</u> Tabela acima autorizada pelo Parecer Técnico nº 002 - DRAS/D Sau de 5 de janeiro de 2022.	

EXAMES DE IMAGENS		
Ord	Descrição	Valor vigente
1	ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA ABDOME SUPERIOR ARTER.	R\$ 768,49
2	ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA ABDOME SUPERIOR VENOSA	R\$ 768,49
3	ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA AORTA ABDOMINAL	R\$ 768,49
4	ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA ARTERIAL MID DIREITO	R\$ 768,49
5	ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE AORTA TORÁCICA	R\$ 768,49
6	ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO ARTERIAL	R\$ 768,49
7	ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO VENOSA	R\$ 768,49
8	ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PELVE ARTERIAL	R\$ 768,49
9	ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PELVE VENOSA	R\$ 768,49
10	ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PESCOÇO ARTERIAL	R\$ 768,49
11	ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PESCOÇO VENOSA	R\$ 768,49
12	ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX ARTERIAL	R\$ 768,49
13	ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX VENOSA	R\$ 768,49
14	ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA VENOSA MID DIREITO	R\$ 768,49
15	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE CRÂNIO	R\$ 448,55
16	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE PELVE	R\$ 448,55
17	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE PESCOÇO	R\$ 448,55
18	ANGIOTOMOGRAFIA DA AORTA ABDOMINAL	R\$ 443,89
19	ANGIOTOMOGRAFIA DA AORTA TORÁCICA	R\$ 443,89
20	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE ABDOME SUPERIOR	R\$ 448,55
21	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE CRÂNIO	R\$ 448,55
22	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE PELVE	R\$ 448,55
23	DENSITOMETRIA ÓSSEA COMPOSIÇÃO CORPORAL	R\$ 182,87
24	DENSITOMETRIA ÓSSEA, 1 SEGMENTO	R\$ 140,89
25	DENSITOMETRIA ÓSSEA, 2 SEGMENTOS	R\$ 140,89
26	DENSITOMETRIA ÓSSEA, CORPO INTEIRO	R\$ 140,89
27	DOPPLER COLORIDO DE ARTÉRIAS VISCERAIS	R\$ 177,29
28	DOPPLER VERTEBRAL	R\$ 182,40
29	DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ARTERIAL RENAIIS (CÓDIGO 40901394)	INCLUSÃO O
30	DOPPLER COLORIDO CERVICAIS ARTERIAIS BILATERAIS (CARÓTIDAS E VERTEBRAIS) (CÓDIGO 40901360)	INCLUSÃO O
31	DOPPLER COLORIDO CERVICAIS VENOSO BILATERAL (CÓDIGO 40901378)	INCLUSÃO O
32	DOPPLER COLORIDO VIA CAVA SUPERIOR OU INFERIOR (CÓDIGO 40901432)	INCLUSÃO O
33	DOPPLER COLORIDO VENOSO MEMBRO INFERIOR UNILATERAL (CÓDIGO 40901483)	INCLUSÃO O
34	DOPPLER COLORIDO VENOSO MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL (CÓDIGO	INCLUSÃO

	40901467)	O
35	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL SUPERIOR UNILATERAL (CÓDIGO 40901459)	INCLUSÃO
36	DOPPLER ARTERIAL INFERIOR UNILATERAL (CÓDIGO 40901475)	O
37	DOPPLER COLORIDO ARTERIAIS VICERAIS (CÓDIGO 40901416)	INCLUSÃO
38	DOPPLER ARTERIAIS ABDOMINAIS (CÓDIGO 40901394)	O
39	USG ECODOPPLER DE CARÓTIDAS (CÓDIGO 40901661)	INCLUSÃO
40	DOPPLER COLORIDO DE AORTA ILÍACAS (CÓDIGO 40901408)	O
41	ELASTOGRAFIA HEPÁTICA (CÓDIGO 40901793)	INCLUSÃO
42	ENTERO-RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	R\$ 768,49
43	ENTERO-TOMOGRÁFIA	R\$ 642,50
44	ESTUDO DE 3 OU MAIS VASOS COM DOPPLER	R\$ 304,49
45	INCIDÊNCIA ADICIONAL DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 30,19
46	MAMOGRAFIA DIGITAL BILATERAL (4 INCIDÊNCIAS)	R\$ 126,36
47	REPETIDO	-
48	RAIO-X ABDOME AGUDO (3 INCIDÊNCIAS)	R\$ 53,20
49	RAIO-X ABDOME AP-LAT OU LOCALIZADA	R\$ 40,28
50	RAIO-X ABDOME SIMPLES (1 INCIDÊNCIA)	R\$ 35,98
51	RAIO-X ADENOIDE LATERAL (1)	R\$ 33,57
52	RAIO-X ADENOIDES OU CAVUM (2 INCIDÊNCIAS)	R\$ 35,47
53	RAIO-X ANTEBRAÇO - DIREITO (2 INCIDÊNCIAS)	R\$ 31,44
54	RAIO-X ANTEBRAÇO – ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)	R\$ 31,44
55	RAIO-X ARCOS ZIGOMÁTICOS / MALAR / APÓFISES ESTILOIDES (3 INCIDÊNCIAS)	R\$ 36,89
56	RAIO-X ARTICULAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR – DIREITA (2 INCIDÊNCIAS)	R\$ 35,47
57	RAIO-X ARTICULAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR - ESQUERDA (2 INCIDÊNCIAS)	R\$ 35,47
58	RAIO-X ARTICULAÇÃO COXO-FEMURAL OU QUADRIL – DIREITO (2 INCIDÊNCIAS)	R\$ 37,76
59	RAIO-X ARTICULAÇÃO COXO-FEMURAL OU QUADRIL - ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)	R\$ 37,76
60	RAIO-X ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL OU OMBRO - DIREITO (2 INCIDÊNCIAS)	R\$ 35,47
61	RAIO-X ARTICULAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL OU OMBRO - ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)	R\$ 35,47
62	RAIO-X ARTICULAÇÃO ESTERNO-CLAVICULAR - DIREITA (2 INCIDÊNCIAS)	R\$ 36,41
63	RAIO-X ARTICULAÇÃO ESTERNO-CLAVICULAR - ESQUERDA (2 INCIDÊNCIAS)	R\$ 36,41
64	RAIO-X ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR BILATERAL (4 INCIDÊNCIAS)	R\$ 39,74
65	RAIO-X ARTICULAÇÃO TIBIOTARSICA OU TORNOZELO - DIREITO (2 INCIDÊNCIAS)	R\$ 30,19
66	RAIO-X ARTICULAÇÃO TIBIOTARSICA OU TORNOZELO - ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)	R\$ 30,19
67	RAIO-X ARTICULAÇÕES SACRO-ILIACAS (3 INCIDÊNCIAS)	R\$ 36,41
68	RAIO-X BACIA (1 INCIDÊNCIA)	R\$ 32,62

69	RAIO-X BACIA IN-LET	R\$ 32,62
70	RAIO-X BACIA OUT-LET	R\$ 32,62
71	RAIO-X BACIA RA (1 INCIDÊNCIA)	R\$ 32,62
72	RAIO-X BRAÇO OU ÚMERO – DIREITO (2 INCIDÊNCIAS)	R\$ 36,72
73	RAIO-X BRAÇO OU ÚMERO - ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)	R\$ 36,72
74	RAIO-X CALCANEIO - DIREITO (2 INCIDÊNCIAS)	R\$ 30,19
75	RAIO-X CALCANEIO - ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)	R\$ 30,19
76	RAIO-X CLAVICULA - DIREITA (2 INCIDÊNCIAS)	R\$ 36,72
77	RAIO-X CLAVICULA - ESQUERDA (2 INCIDÊNCIAS)	R\$ 36,72
78	RAIO-X CLAVICULA (2)	R\$ 36,72
79	RAIO-X COLUNA CERVICAL (3 INCIDÊNCIAS)	R\$ 36,41
80	RAIO-X COLUNA CERVICAL (5 INCIDÊNCIAS)	R\$ 40,68
81	RAIO-X COLUNA CERVICAL AP-PERFIL	R\$ 36,41
82	RAIO-X COLUNA CERVICAL FUNCIONAL OU DINAMICA (4)	R\$ 46,40
83	RAIO-X COLUNA DORSAL (4 INCIDÊNCIAS)	R\$ 38,80
84	RAIO-X COLUNA DORSAL AP-LATERAL (2 INCIDÊNCIAS)	R\$ 38,80
85	RAIO-X COLUNA DORSO-LOMBAR PARA ESCOLIOSE (2 INCIDÊNCIAS)	R\$ 57,49
86	RAIO-X COLUNA LOMBAR (2)	R\$ 41,81
87	RAIO-X COLUNA LOMBAR AP-LAT-OBL (5)	R\$ 47,81
88	RAIO-X COLUNA LOMBO-SACRA (3 INCIDÊNCIAS)	R\$ 41,81
89	RAIO-X COLUNA LOMBO-SACRA (5 INCIDÊNCIAS)	R\$ 47,81
90	RAIO-X COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL OU DINAMICA	R\$ 43,73
91	RAIO-X COLUNA PARA ESCOLIOSE DINAMICA (6)	R\$ 55,12
92	RAIO-X COLUNA PARA ESCOLIOSE PA-LAT (4)	R\$ 42,68
93	RAIO-X CONDUTOS AUDITIVOS INTERNOS (4)	R\$ 38,81
94	RAIO-X CORACAO E VASOS DA BASE (4 INCIDÊNCIAS)	R\$ 41,68
95	RAIO-X CORACAO E VASOS DA BASE PA-LAT (2)	R\$ 31,16
96	RAIO-X COSTELAS - POR HEMITÓRAX - DIREITO (2 INCIDÊNCIAS)	R\$ 38,80
97	RAIO-X COSTELAS - POR HEMITÓRAX - ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)	R\$ 38,80
98	RAIO-X COTOVELO - DIREITO (2 INCIDÊNCIAS)	R\$ 30,19
99	RAIO-X COTOVELO - ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)	R\$ 30,19
100	RAIO-X COXA OU FEMUR - DIREITO (2 INCIDÊNCIAS)	R\$ 37,76
101	RAIO-X COXA OU FEMUR - ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)	R\$ 37,76
102	RAIO-X COXA/FEMUR DIREITO (2)	R\$ 38,80
103	RAIO-X COXA/FEMUR ESQUERDO (2)	R\$ 38,80
104	RAIO-X CRÂNIO (2 INCIDÊNCIAS)	R\$ 36,72
105	RAIO-X CRÂNIO (3 INCIDÊNCIAS)	R\$ 38,76
106	RAIO-X CRÂNIO (4 INCIDÊNCIAS)	R\$ 42,24
107	RAIO-X ESCANOMETRIA (3 INCIDÊNCIAS)	R\$ 36,94
108	RAIO-X ESQUELETO-INCIDÊNCIAS BÁSICAS: CRÂNIO, COLUNA, BACIA E MEMBROS	R\$ 319,96
109	RAIO-X ESTERNO (2 INCIDÊNCIAS)	R\$ 38,28
110	RAIO-X HIPOFARINGE (2)	R\$ 42,57
111	RAIO-X INCIDÊNCIA ADICIONAL DE COLUNA (1 INCIDÊNCIA)	R\$ 36,72

112	RAIO-X INCIDÊNCIA ADICIONAL DE COLUNA (2 INCIDÊNCIAS)	R\$ 36,72
113	RAIO-X INCIDÊNCIA ADICIONAL DE CRÂNIO OU FACE (1 INCIDÊNCIA)	R\$ 36,72
114	RAIO-X INCIDÊNCIA ADICIONAL DE CRÂNIO OU FACE (2 INCIDÊNCIAS)	R\$ 36,72
115	RAIO-X INCIDÊNCIA ADICIONAL DE MEMBRO INFERIOR (1 INCIDÊNCIA)	R\$ 31,44
116	RAIO-X INCIDÊNCIA ADICIONAL DE MEMBRO INFERIOR (2 INCIDÊNCIAS)	R\$ 31,44
117	RAIO-X INCIDÊNCIA ADICIONAL DE MEMBRO INFERIOR DIREITO (3 INCIDÊNCIAS)	R\$ 36,72
118	RAIO-X INCIDÊNCIA ADICIONAL DE MEMBRO SUPERIOR (1 INCIDÊNCIA)	R\$ 35,47
119	RAIO-X INCIDÊNCIA ADICIONAL DE MEMBRO SUPERIOR (2 INCIDÊNCIAS)	R\$ 35,47
120	RAIO-X INCIDÊNCIA ADICIONAL DE MEMBRO SUPERIOR (3 INCIDÊNCIAS)	R\$ 36,72
121	RAIO-X JOELHO - DIREITO (2 INCIDÊNCIAS)	R\$ 31,92
122	RAIO-X JOELHO - ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)	R\$ 31,92
123	RAIO-X JOELHO AP-LAT-OBL-AX (5) - ESQUERDO	R\$ 41,42
124	RAIO-X JOELHO AP-LAT-OBL-AXI (5) DIREITO	R\$ 41,42
125	RAIO-X JOELHO DIREITO PA-LAT-AXIAL	R\$ 34,78
126	RAIO-X JOELHO ESQUERDO PA-LAT-AXIAL	R\$ 34,78
127	RAIO-X MÃO DIREITA / QUIRODACTILOS AP-LAT-OBL (3)	R\$ 30,19
128	RAIO-X MÃO ESQUERDA / QUIRODACTILOS AP-LAT-OBL (3)	R\$ 30,19
129	RAIO-X MÃO OU QUIRODACTILO - DIREITO (2 INCIDÊNCIAS)	R\$ 30,19
130	RAIO-X MÃO OU QUIRODACTILO - ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)	R\$ 30,19
131	RAIO-X MÃOS E PUNHOS PARA IDADE ÓSSEA	R\$ 29,88
132	RAIO-X MAXILAR INFERIOR (3 INCIDÊNCIAS)	R\$ 36,89
133	RAIO-X MEDIASTINO (2)	R\$ 42,24
134	RAIO-X OMOPLATA OU ESCAPULA - DIREITA (2 INCIDÊNCIAS)	R\$ 38,28
135	RAIO-X OMOPLATA OU ESCAPULA - ESQUERDA (2 INCIDÊNCIAS)	R\$ 38,28
136	RAIO-X ORBITAS - BILATERAL (4 INCIDÊNCIAS)	R\$ 39,74
137	RAIO-X ORELHAS, MASTOIDES OU ROCHEDOS - BILATERAL (8 INCIDÊNCIAS)	R\$ 53,14
138	RAIO-X OSSOS DA FACE (4 INCIDÊNCIAS)	R\$ 39,74
139	RAIO-X PATELA - DIREITA (3 INCIDÊNCIAS)	R\$ 31,92
140	RAIO-X PATELA - ESQUERDA (3 INCIDÊNCIAS)	R\$ 31,92
141	RAIO-X PE OU PODODACTILO - DIREITO (2 INCIDÊNCIAS)	R\$ 31,44
142	RAIO-X PÉ OU PODODACTILO - ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)	R\$ 31,44
143	RAIO-X PÊNIS (2 INCIDÊNCIAS)	R\$ 36,72
144	RAIO-X PERNA - DIREITA (2 INCIDÊNCIAS)	R\$ 34,00
145	RAIO-X PERNA - ESQUERDA (2 INCIDÊNCIAS)	R\$ 34,00
146	RAIO-X PESCOÇO (PARTES MOLES) - (4 INCIDÊNCIAS)	R\$ 36,39
147	RAIO-X PUNHO - DIREITO (2 INCIDÊNCIAS)	R\$ 32,06
148	RAIO-X PUNHO - ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)	R\$ 32,06
149	RAIO-X SACRO-COCCIX (2 INCIDÊNCIAS)	R\$ 38,78
150	RAIO-X SEIOS DA FACE (3 INCIDÊNCIAS)	R\$ 36,89
151	RAIO-X SEIOS DA FACE FN-MN-LAT-HIRTZ (4)	R\$ 39,74
152	RAIO-X SELA TÚRCICA (3 INCIDÊNCIAS)	R\$ 36,89
153	RAIO-X TÓRAX (1 INCIDÊNCIAS)	R\$ 25,42
154	RAIO-X TÓRAX (2 INCIDÊNCIAS)	R\$ 31,16

155	REPETIDO	-
156	RAIO-X TÓRAX (3 INCIDÊNCIAS)	R\$ 36,42
157	RAIO-X TÓRAX (4 INCIDÊNCIAS)	R\$ 41,68
158	RAIO-X TÓRAX APICO-LORDOTICA (1)	R\$ 24,83
159	RAIO-X TÓRAX PA-LAT (2)	R\$ 31,16
160	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ABDOME SUP. P/ DOSAGEM FERRO	R\$ 815,05
161	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ABDOME SUPERIOR	R\$ 814,05
162	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ABDOME TOTAL	R\$ 768,49
163	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ANTI-PE DIREITO	R\$ 768,49
164	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ANTI-PE ESQUERDO	R\$ 768,49
165	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBUL.	R\$ 748,11
166	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA BACIA	R\$ 768,49
167	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA BASE DO CRÂNIO	R\$ 768,49
168	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA BRAÇO DIREITO	R\$ 768,49
169	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA BRAÇO ESQUERDO	R\$ 768,49
170	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COLANGIO	R\$ 814,05
171	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COLUNA CERVICAL	R\$ 768,49
172	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 768,49
173	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COLUNA SACRO-COCCIGEA	R\$ 768,49
174	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COLUNA TORÁCICA / DORSAL	R\$ 768,49
175	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA CORACAO MORFOLOGICO E FUNC	R\$ 814,05
176	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COTOVELO DIREITO	R\$ 768,49
177	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COTOVELO ESQUERDO	R\$ 768,49
178	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COXA DIREITA	R\$ 768,49
179	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COXA ESQUERDA	R\$ 768,49
180	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COXO-FEMURAL BILATERAL	R\$ 768,49
181	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COXO-FEMURAL DIREITO	R\$ 768,49
182	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COXO-FEMURAL ESQUERDO	R\$ 768,49
183	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA CRÂNIO	R\$ 768,49
184	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CORACAO	R\$ 768,49
185	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO RETO E CANAL ANAL	R\$ 768,49
186	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA FACE	R\$ 768,49
187	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA HIPOFISE (SELA TURCICA)	R\$ 768,49
188	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA JOELHO DIREITO	R\$ 768,49
189	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA JOELHO ESQUERDO	R\$ 768,49
190	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA MÃO DIREITA	R\$ 768,49
191	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA MÃO ESQUERDA	R\$ 768,49
192	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMETRICA DA PROSTATA	R\$ 768,49
193	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA OMBRO DIREITO	R\$ 768,49
194	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA OMBRO ESQUERDO	R\$ 768,49
195	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ORBITA BILATERAL	R\$ 768,49
196	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA OSSOS TEMPORAIS BILATERAL	R\$ 768,49

197	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA PE DIREITO	R\$ 768,49
198	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA PE ESQUERDO	R\$ 768,49
199	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA PELVE / ABD INFERIOR	R\$ 768,49
200	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA PERNA DIREITA	R\$ 768,49
201	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA PERNA ESQUERDA	R\$ 768,49
202	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA PESCOCO	R\$ 768,49
203	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA PLEXO BRAQUIAL (DEF TORAC)	R\$ 814,05
204	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA PLEXO LOMBO-SACRAL	R\$ 814,05
205	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA PUNHO DIREITO	R\$ 768,49
206	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA PUNHO ESQUERDO	R\$ 768,49
207	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA SEIOS DA FACE	R\$ 768,49
208	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA TÓRAX	R\$ 814,05
209	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA TORNOZELO DIREITO	R\$ 768,49
210	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA TORNOZELO ESQUERDO	R\$ 768,49
211	TOMOGRÁFIA ABDOME INFERIOR / PELVE	R\$ 397,70
212	TOMOGRÁFIA ABDOME SUPERIOR	R\$ 428,17
213	TOMOGRÁFIA ABDOME TOTAL	R\$ 642,50
214	TOMOGRÁFIA ANTEBRAÇO DIREITO	R\$ 397,70
215	TOMOGRÁFIA ANTEBRAÇO ESQUERDO	R\$ 397,70
216	TOMOGRÁFIA ARTICULAÇÃO	R\$ 397,70
217	TOMOGRÁFIA ARTICULAÇÃO COXO-FEMURAL DIREITO	R\$ 397,70
218	TOMOGRÁFIA ARTICULAÇÃO COXO-FEMURAL ESQUERDO	R\$ 397,70
219	TOMOGRÁFIA ARTICULAÇÃO ESTERNO-CLAVICULAR DIREITO	R\$ 397,70
220	TOMOGRÁFIA ARTICULAÇÃO ESTERNO-CLAVICULAR ESQUERDO	R\$ 397,70
221	TOMOGRÁFIA ARTICULAÇÕES SACRO-ILIACAS	R\$ 397,70
222	TOMOGRÁFIA ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES	R\$ 385,07
223	TOMOGRÁFIA BACIA	R\$ 397,70
224	TOMOGRÁFIA BRAÇO DIREITO	R\$ 397,70
225	TOMOGRÁFIA BRAÇO ESQUERDO	R\$ 397,70
226	TOMOGRÁFIA COLUNA CERVICAL	R\$ 343,90
227	TOMOGRÁFIA COLUNA CERVICAL [SEGMENTO ADICIONAL]	R\$ 82,36
228	TOMOGRÁFIA COLUNA DORSAL / TORÁCICA	R\$ 343,90
229	TOMOGRÁFIA COLUNA DORSAL [SEGMENTO ADICIONAL]	R\$ 82,36
230	TOMOGRÁFIA COLUNA LOMBAR	R\$ 343,90
231	TOMOGRÁFIA COLUNA LOMBAR [SEGMENTO ADICIONAL]	R\$ 82,36
232	TOMOGRÁFIA COTOVELO DIREITO	R\$ 397,70
233	TOMOGRÁFIA COTOVELO ESQUERDO	R\$ 397,70
234	TOMOGRÁFIA COXA DIREITA	R\$ 397,70
235	TOMOGRÁFIA COXA ESQUERDA	R\$ 397,70
236	TOMOGRÁFIA CRÂNIO	R\$ 385,07
237	TOMOGRÁFIA FACE	R\$ 385,07
238	TOMOGRÁFIA HIPOFISE (SELA TURCICA)	R\$ 385,07
239	TOMOGRÁFIA JOELHO DIREITO	R\$ 397,70

240	TOMOGRAFIA JOELHO ESQUERDO	R\$ 397,70
241	TOMOGRAFIA MÃO DIREITA	R\$ 397,70
242	TOMOGRAFIA MÃO ESQUERDA	R\$ 397,70
243	TOMOGRAFIA OMBRO DIREITO	R\$ 397,70
244	TOMOGRAFIA OMBRO ESQUERDO	R\$ 397,70
245	TOMOGRAFIA ORBITAS (BILATERAL)	R\$ 385,07
246	TOMOGRAFIA OUVIDOS BILATERAL	R\$ 397,70
247	TOMOGRAFIA PE ESQUERDO	R\$ 397,70
248	TOMOGRAFIA PELVE	R\$ 397,70
249	TOMOGRAFIA PERNA DIREITA	R\$ 397,70
250	TOMOGRAFIA PERNA ESQUERDA	R\$ 397,70
251	TOMOGRAFIA PESCOCO (REG. CERVICAL/LARINGE/FARINGE)	R\$ 428,17
252	TOMOGRAFIA PUNHO DIREITO	R\$ 397,70
253	TOMOGRAFIA PUNHO ESQUERDO	R\$ 397,70
254	TOMOGRAFIA SACRO-COCCIX	R\$ 343,83
255	TOMOGRAFIA SEIOS DA FACE	R\$ 385,07
256	TOMOGRAFIA TÓRAX	R\$ 428,17
257	TOMOGRAFIA TORNOZELO DIREITO	R\$ 397,70
258	TOMOGRAFIA TORNOZELO ESQUERDO	R\$ 397,70
259	TOMOSSÍNTESE MAMÁRIA	R\$ 115,78
260	ULTRA-SONOGRAFIA VASOS PERIFERICOS	R\$ 90,52
261	ULTRA-SONOGRAFIA VASOS PERIFERICOS (DOPPLER)	R\$ 90,52
262	US - MAMA	R\$ 90,52
263	REPETIDO	-
264	US ABDOME INFERIOR FEMININO	R\$ 54,52
265	US ABDOME SUPERIOR	R\$ 117,96
266	US ABDOME TOTAL	R\$ 177,29
267	REPETIDO	-
268	US ANTEBRAÇO DIREITO	R\$ 94,64
269	US ANTEBRAÇO DIREITO DOPPLER	R\$ 94,64
270	US ANTEBRAÇO ESQUERDO	R\$ 94,64
271	US ANTEBRAÇO ESQUERDO DOPPLER	R\$ 94,64
272	US APARELHO URINARIO	R\$ 113,84
273	US APARELHO URINARIO FEMININO	R\$ 113,84
274	US AXILAS	R\$ 95,64
275	US BOLSA ESCROTAL - TESTICULOS	R\$ 95,64
276	US BRAÇO DIREITO	R\$ 94,64
277	US BRAÇO ESQUERDO	R\$ 94,64
278	US CERVICAL	R\$ 90,52
279	US CINTURA ESCAPULAR DIREITA	R\$ 94,64
280	US CINTURA ESCAPULAR ESQUERDA	R\$ 94,64
281	US COTOVELO DIREITO	R\$ 94,64

282	US COTOVELO ESQUERDO	R\$ 94,64
283	US CRANIANA	R\$ 94,64
284	US DEDOS DIREITO	R\$ 94,64
285	US DEDOS DIREITO DOPPLER	R\$ 94,64
286	US DEDOS ESQUERDO	R\$ 94,64
287	US DEDOS ESQUERDO DOPPLER	R\$ 94,64
288	US GLANDULAS SALIVARES	R\$ 90,52
289	US GLUTEO DIREITO	R\$ 90,52
290	US GLUTEO DIREITO DOPPLER	R\$ 90,52
291	US GLUTEO ESQUERDO	R\$ 90,52
292	US GLUTEO ESQUERDO DOPPLER	R\$ 90,52
293	US HIPOCONDRIO DIREITO	R\$ 106,64
294	US HIPOCONDRIO DIREITO DOPPLER	R\$ 106,64
295	US JOELHO (ESQUERDO)	R\$ 94,64
296	US JOELHO DIREITO	R\$ 94,64
297	REPETIDO	-
298	US MÃO DIREITA	R\$ 94,64
299	US MÃO ESQUERDA	R\$ 94,64
300	US MÚSCULO DA PANTURRILHA DIREITA	R\$ 90,52
301	US MÚSCULO DA PANTURRILHA DIREITA DOPPLER	R\$ 90,52
302	US MÚSCULO DA PANTURRILHA ESQUERDA	R\$ 90,52
303	US MÚSCULO DA PANTURRILHA ESQUERDA DOPPLER	R\$ 90,52
304	US MÚSCULOS E TENDÕES [1]	R\$ 90,52
305	REPETIDO	-
306	US OBSTÉTRICO	R\$ 71,32
307	US OBSTÉTRICO (+ 3 MESES) GEMEOS	R\$ 100,12
308	US OBSTÉTRICO (+ 3 MESES) TRIGEMEOS	R\$ 100,12
309	US OBSTÉTRICO COM TRANSLUCÊNCIA NUCAL	R\$ 100,12
310	US OBSTÉTRICO COM TRANSLUCÊNCIA NUCAL [GEMELAR]	R\$ 100,12
311	US OBSTÉTRICO COM TRANSLUCÊNCIA NUCAL DOPPLER	R\$ 100,12
312	US OBSTÉTRICO DOPPLER	R\$ 190,36
313	US OBSTÉTRICO DOPPLER (GEMEOS)	R\$ 71,32
314	US OBSTÉTRICO MORFOLOGICO	R\$ 100,12
315	US OBSTÉTRICO MORFOLOGICO GEMEOS	R\$ 221,36
316	US OBSTÉTRICO TRANSVAGINAL	R\$ 100,12
317	US OMBRO DIREITO	R\$ 94,64
318	US OMBRO ESQUERDO	R\$ 94,64
319	US ÓRGÃOS E ESTRUTURA DOPPLER (1)	R\$ 235,24
320	US ÓRGÃOS E ESTRUTURA DOPPLER (2)	R\$ 304,49
321	US ÓRGÃOS E ESTRUTURAS [1]	R\$ 90,52
322	US ÓRGÃOS E ESTRUTURAS [2]	R\$ 90,52
323	US ÓRGÃOS E ESTRUTURAS [3]	R\$ 90,52
324	US ÓRGÃOS E ESTRUTURAS [4]	R\$ 90,52

325	US PÉ DIREITO	R\$ 94,64
326	US PÉ ESQUERDO	R\$ 94,64
327	US PÉLVICA TRANSVAGINAL	R\$ 100,12
328	REPETIDO	-
329	US PÉLVICA VIA ABDOMINAL CONT. OVULAÇÃO (3 OU MAIS)	R\$ 204,36
330	US PÉLVICO TRANSVAGINAL DOPPLER	R\$ 100,12
331	US PERNA ESQUERDA	R\$ 94,64
332	US PRÓSTATA TRANSRETAL	R\$ 152,24
333	US PRÓSTATA VIA ABDOMINAL	R\$ 76,12
334	US PUNHO DIREITO	R\$ 94,64
335	US PUNHO ESQUERDO	R\$ 94,64
336	US QUADRIL DIREITO	R\$ 94,64
337	US QUADRIL ESQUERDO	R\$ 94,64
338	US QUADRIL ESQUERDO DOPPLER	R\$ 94,64
339	US REGIÃO INGUINAL DIREITA	R\$ 90,52
340	US REGIÃO INGUINAL DIREITA DOPPLER	R\$ 90,52
341	US REGIÃO INGUINAL ESQUERDO	R\$ 90,52
342	US REGIÃO INGUINAL ESQUERDO DOPPLER	R\$ 90,52
343	US TIREOIDE	R\$ 90,52
344	US TIREOIDE DOPPLER	R\$ 90,52
345	US TÓRAX	R\$ 56,92
346	US TORNOZELO	R\$ 94,64
347	US TORNOZELO DIREITO	R\$ 94,64
348	US TORNOZELO ESQUERDO	R\$ 94,64
349	US TRANSVAGINAL CONTROLE OVULAÇÃO (3 OU MAIS EX)	R\$ 222,92
350	US VEIA CAVA E ILIACAS DOPPLER	R\$ 304,49
351	RESSONANCIA MAMA	R\$ 814,05
Obs1: Os valores acima incluem: materiais, medicamentos, honorários e taxas.		
Obs 2: Valores autorizados pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.		

EXAMES LABORATORIAIS		
Mnemônico	Descrição	Valor vigente
VITD1,25	1,25-DIHIIDROXIVITAMINA D	R\$ 57,44
PRO17H	17 ALFA HIDROXI PROGESTERONA	R\$ 38,59
KS17	17 CETOSTERÓIDES NEUTROS TOTAIS	R\$ 35,10
CITRIU	ÁCIDO CITRICO	R\$ 8,79
ALAU	ÁCIDO DELTA AMINO LEVULÍNICO	R\$ 15,55
ALAD	ÁCIDO DELTA AMINO LEVULINICO DESIDRATASE [SANGUE]	R\$ 21,70
FENILPKU	ÁCIDO FENILPIRÚVICO	R\$ 15,94
AFOL	ÁCIDO FOLICO	R\$ 26,54
AHIP	ÁCIDO HIPÚRICO URINA RECENTE	R\$ 21,07

ACIDHOMO	ÁCIDO HOMOVANÍLICO	R\$ 33,74
LACTSC	ÁCIDO LACTICO	R\$ 10,81
METILMAL	ÁCIDO METIL MALÔNICO	R\$ 322,00
ÁCIDOMET	ÁCIDO METILHIPÚRICO URINA RECENTE	R\$ 24,07
OXALISAN	ÁCIDO OXALICO (OXALATO)	R\$ 15,94
AUR	ÁCIDO URICO	R\$ 5,64
AVAL	ÁCIDO VALPROICO	R\$ 39,16
VMA	ÁCIDO VANIL MANDÉLICO – URINA 24 HORAS	R\$ 53,12
AGP	AGREGACAO PLAQUETARIA	R\$ 35,06
ALBDIVER	ALBUMINA	R\$ 7,81
ALDOL	ALDOLASE	R\$ 10,38
ALDOSTER	ALDOSTERONA	R\$ 50,16
AFETO	ALFA FETOPROTEINA	R\$ 35,54
A1GLI	ALFA-1 GLICOPROTEÍNA ÁCIDA	R\$ 16,79
AL	ALUMÍNIO	R\$ 39,50
AMI	AMILASE	R\$ 7,44
AMONIA	AMONIA	R\$ 15,94
AMPCICLI	AMP CICLICO	R\$ 32,15
ANDROTE	ANDROSTENEDIONA	R\$ 49,45
ANFETA	ANFETAMINA	R\$ 44,90
CARDIIGG	ANTI CARDIOLIPINA IGG	R\$ 25,28
ACARDIOM	ANTI CARDIOLIPINA IGM	R\$ 30,04
LUPICOA	ANTICOAGULANTE LUPICO	R\$ 17,53
ILHOTA	ANTICORPO ANTI ILHOTA	R\$ 41,92
ACACENT	ANTICORPOS ANTI CENTROMERO	R\$ 17,22
CHIKUN	ANTICORPOS ANTI CHIKUNGUNYA IGG E IGM (PACOTE NEGOCIADO)	R\$ 203,46
DNA	ANTICORPOS ANTI DNA	R\$ 20,68
HISTONA	ANTICORPOS ANTI HISTONA/CROMATINA	R\$ 42,00
JO1	ANTICORPOS ANTI JO-1	R\$ 27,12
PM1SCL	ANTICORPOS ANTI PM 1 SCL	R\$ 27,05
ANTIT	ANTICORPOS ANTI TIREOGLOBULINA	R\$ 49,63
GLIADIGA	ANTICORPOS ANTI-GLIADINA DEAMINADA IgA	R\$ 34,74
GLIDIGG	ANTICORPOS ANTI-GLIADINA DEAMINADA IGG	R\$ 27,05
LA	ANTICORPOS ANTI-La (SSB)	R\$ 26,20
TRAB	ANTICORPOS ANTI-RECEPTOR TSH	R\$ 46,30
RNP	ANTICORPOS ANTI-RNP	R\$ 26,20
RO	ANTICORPOS ANTI-Ro (SSA)	R\$ 26,08
SM	ANTICORPOS ANTI-Sm	R\$ 26,08
VDRL	ANTICORPOS ANTI-TREPONEMA	R\$ 10,62

	PALLIDUM	
DENGUEG	ANTICORPOS DENGUE IGG	R\$ 39,11
DENGUEM	ANTICORPOS DENGUE IGM	R\$ 39,11
ZIKAIGG	ANTICORPOS IGG ANTI ZIKA VÍRUS (PACOTE NEGOCIADO)	R\$ 230,00
ZIKAIGM	ANTICORPOS IGM ANTI ZIKA VÍRUS (PACOTE NEGOCIADO)	R\$ 160,00
IA2	ANTICORPOS TIROSINA FOSFATASE	R\$ 44,79
TRICICLO	ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS	R\$ 72,00
ASLO	ANTIESTREPTOLISINA O	R\$ 9,60
FUGI1A	ANTIFUNGIGRAMA	R\$ 60,00
ANTITPO	ANTI-TPO (ANTICORPO ANTIPEROXIDASE)	R\$ 35,93
TTG	ANTI-TRANSGLUTAMINASE TECIDUAL (IgA-tTg)	R\$ 73,80
TROMBIII	ANTITROMBINA III	R\$ 38,40
ARSENIUR	ARSENICO URINA ISSOLADA	R\$ 39,28
RENINA	ATIVIDADE PLASMÁTICA DA RENINA	R\$ 52,80
AINSUL	AUTO ANTICORPOS ANTI INSULINA	R\$ 38,40
AZUL	AZUL DE NILO	R\$ 5,10
PBF	BACILO DIFTERICO - PESQUISA	R\$ 22,08
BACTURI	BACTERIOSCOPIA	R\$ 7,78
BACTPLEU	BACTERIOSCOPIA	R\$ 7,78
OLIGOCLO	BANDAS OLIGOCLONAIIS – LIQUOR	R\$ 211,00
BETAGLOS	BETA 2 MICROGLOBULINA	R\$ 47,38
BHCG	BHCG - GONADOTROFINA CORIONICA	R\$ 32,60
BTF	BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES	R\$ 5,64
BIOTINI	BIOTINIDASE	R\$ 19,06
BNPU	BNP – PEPTÍDEO NATRIURÉTICO CEREBRAL	R\$ 103,71
BRUCELO	BRUCELOSE, ANTICORPOS	R\$ 10,38
C1Q	C1 COMPLEMENTO q	R\$ 48,33
C2	C2 COMPLEMENTO	R\$ 48,33
C3	C3 COMPLEMENTO	R\$ 20,26
C4	C4 COMPLEMENTO	R\$ 20,28
CA125	CA 125	R\$ 42,85
CA15-3	CA 15/3	R\$ 42,85
CA19-9	CA 19/9	R\$ 42,85
CA72/4	CA 72/4	R\$ 42,85
CADMIO	CADMIO	R\$ 33,82
CA	CALCIO	R\$ 5,26
CALCBILI	CALCULO BILIAR, ANALISE FISICO E QUIMICA	R\$ 16,00
CALPROTE	CALPROTECTINA FECAL	R\$ 44,00

CAPAUDI	CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	R\$ 7,44
CARBAMA	CARBAMAZEPINA	R\$ 43,91
CARBOHEM	CARBOXI HEMOGLOBINA	R\$ 13,38
CMEDULA	CARIOTIPO EM MEDULA ÓSSEA	R\$ 950,00
CARIOTIP	CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO	R\$ 212,49
CATECOSO	CATECOLAMINAS - FRAÇÕES	R\$ 51,84
CAXUMBAG	CAXUMBA IGG	R\$ 35,00
CAXUMBAM	CAXUMBA IGM	R\$ 35,00
CD19	CD 19 - LINF...ÓCITOS B	R\$ 52,00
CD4	CD4 - LINFÓCITOS T AUXILIARES	R\$ 52,00
CD8	CD8 - LINFÓCITOS T SUPRESSOR	R\$ 52,00
CEA	CEA/ANTÍGENO CARCINOEMBRIOGENICO	R\$ 32,58
LEUBA	CELULAS LE - PESQUISA	R\$ 10,62
CELNEO	CELULAS NEOPLASICAS/CITOLOGIA ONCOTICA	R\$ 49,00
CERULOP	CERULOPLASMINA	R\$ 15,67
CH100	CH 100/COMPLEMENTO SERICO TOTAL	R\$ 17,00
CHAIG	CHAGAS-IMUNOFLUORESCÊNCIA- IGG	R\$ 15,94
CHAIM	CHAGAS-IMUNOFLUORESCÊNCIA IGM	R\$ 15,94
CLAMIGA	CHLAMYDIA TRACHOMATIS IGA, ANTICORPOS ANTI	R\$ 30,94
CLAMIGG	CHLAMYDIA TRACHOMATIS IGG, ANTICORPOS	R\$ 30,94
CLAMIGM	CHLAMYDIA TRACHOMATIS IGM, ANTICORPOS	R\$ 40,43
CHUMBO	CHUMBO	R\$ 35,19
CISTCELI	CISTICERCOSE	R\$ 28,83
CISTINA	CISTINA, DOSAGEM	R\$ 7,78
CITOGUDI	CITOGRAMA NASAL	R\$ 11,71
CHORM1	CITOLOGIA HORMONAL (1a.AMOSTRA)	R\$ 26,69
CMVG	CITOMEGALOVÍRUS IGG	R\$ 24,00
CMVM	CITOMEGALOVÍRUS IGM	R\$ 29,00
CITOME	CITOMETRIA/CITOLOGIA	R\$ 10,62
SDBLA	CITOQUIMICA	R\$ 20,64
CCR	CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 12,00
CURÉIA	CLEARANCE DE URÉIA	R\$ 12,00
CLONAZE	CLONAZEPAM	R\$ 44,14
CLOH	CORO	R\$ 6,76
CLS	CORO NO SUOR - DOSAGEM	R\$ 24,00
COA	COAGULOGRAMA COMPLETO	R\$ 28,80
COB	COBRE	R\$ 43,52
WILLEBRA	COFATOR DE RISTOCETINA	R\$ 108,00
HDLUDI	COLESTEROL HDL	R\$ 7,12

LDL	COLESTEROL LDL	R\$ 9,45
COLUDI	COLESTEROL TOTAL	R\$ 5,13
VLDL	COLESTEROL VLDL	R\$ 9,45
BIPMO	COLETA DE BIOPSIA DE MEDULA ÓSSEA	R\$ 72,00
COLI	COLINESTERASE PLASMÁTICA	R\$ 10,37
CITOLUDI	COLPOCITOLOGIA	R\$ 35,52
C5	COMPLEMENTO C5	R\$ 48,33
DESO	COMPOSTO S 11 DESOXI-CORTISOL	R\$ 60,00
ADDIS	CONTAGEM DE ADDIS (URINA 12 HORAS) - NÃO REALIZAMOS	R\$ 4,80
CD	COOMBS DIRETO	R\$ 8,28
COMBI	COOMBS INDIRETO	R\$ 19,20
FUNC1	COPROLOGICO FUNCIONAL	R\$ 21,01
COPROFEZ	COPROPORFIRINAS - PESQUISA	R\$ 10,37
CORT8	CORTISOL	R\$ 36,00
CORLU	CORTISOL LIVRE URINÁRIO	R\$ 32,51
CSAL8	CORTISOL SALIVAR	R\$ 36,00
CPK	CPK - CREATINA FOSFOQUINASE	R\$ 15,00
CREATINA	CREATINA	R\$ 5,26
CRE	CREATININA	R\$ 5,26
CKMB	CREATINOFOSFOQUINASE MB ISOENZIMA - CKMB	R\$ 28,26
CRIOAGL	CRIOAGLUTININA, PESQUISA	R\$ 7,26
CRIOGLO	CRIOGLOBULINAS, PESQUISA	R\$ 7,26
CROMOSA	CROMO	R\$ 40,30
CRYPTOFE	CRYPTOSPORIDIUM PESQUISA	R\$ 10,17
CULTSEC	CULTURA	R\$ 26,56
INCLUSÃO	CULTURA AUTOMATIZADA	INCLUSÃO
CULFIL	CULTURA COM FILTRO	R\$ 28,80
CBAR1	CULTURA DE BAAR	R\$ 30,00
CFEZ1	CULTURA DE FEZES	R\$ 31,87
CFUN1A	CULTURA DE FUNGOS	R\$ 26,56
CULTPLE	CULTURA DE LIQUIDO PLEURAL	R\$ 31,87
CULTU	CULTURA DE URINA	R\$ 26,20
CLH3T	CURVA DE LH – PÓS ESTÍMULO LHRH	R\$ 89,31
I31	CURVA DE SACAROSE (0/15/30/45/60)	R\$ 31,28
CGLI5	CURVA GLICÊMICA CLASSICA	R\$ 25,84
CGLI8	CURVA GLICÊMICA PROLONGADA	R\$ 42,84
CGLI2	CURVA GLICÊMICA SIMPLIFICADA	R\$ 31,20
DHEA	DEHIDROEPIANDROSTERONA	R\$ 42,27
DNS1	DENGUE NS1 (PACOTE NEGOCIADO)	R\$ 40,00
DENSDIV	DENSIDADE (1ª AMOSTRA)	R\$ 5,31
DHL	DESIDROGENASE LÁTICA	R\$ 10,13
DIAZEPAM	DIAZEPAM	R\$ 45,23

HIDANTO	DIFENILHIDANTOINA	R\$ 40,87
DIGO	DIGOXINA	R\$ 33,60
DHT	DIHIDROTESTOSTERONA	R\$ 49,80
DEDIMERO	DIMERO - D	R\$ 86,40
DNCB	DNFB - DINITROFLUORBENZENO- INTRADERMO REAÇÃO	R\$ 25,92
X25	ELETROENCEFALOGRAMA	R\$ 166,27
ELETROHB	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 20,74
ELIMUNO	ELETROFORESE DE IMUNOGLOBULINAS	R\$ 57,60
ELELIPOP	ELETROFORESE DE LIPOPROTEÍNAS	R\$ 22,02
EPROT	ELETROFORESE DE PROTEÍNAS	R\$ 19,20
PROTECON	ELETROFORESE DE PROTEÍNAS	R\$ 30,64
PROTEURI	ELETROFORESE DE PROTEÍNAS (URINA 24 HORAS)	R\$ 26,73
ENDOMISI	ENDOMÍSIO IGA - ANTICORPOS ANTI	R\$ 45,42
ENDOG	ENDOMISIO IGG - ANTICORPOS ANTI	R\$ 45,42
EBV	EPSTEIN BARR - PCR QUALITATIVO	R\$ 197,70
EPSTEIN	Epstein Barr/VCA IGG	R\$ 29,96
EPSTEGM	Epstein Barr/VCA IGM	R\$ 29,96
ESPECTRO	ESPECTROFOTOMETRIA DE LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 28,26
ESPERMO	ESPERMOGRAMA	R\$ 21,25
ESTRA	ESTRADIOL	R\$ 38,50
ESTRIOL	ESTRIOL LIVRE (NAO CONJUGADO)	R\$ 46,40
ESTRONA	ESTRONA	R\$ 29,05
HISTUDI1	EXAME ANATOMO PATOLOGICO	R\$ 67,20
HEMFALCI	FALCIZACAO DE HEMACIAS [PESQUISA]	R\$ 5,31
FAN	FAN ANTICORPOS ANTI-NUCLEO	R\$ 15,94
VONW	FATOR DE VON WILLEBRAND (ANTIGENICO)	R\$ 28,15
FATORIX	FATOR IX	R\$ 21,25
LATEX	FATOR REUMATOIDE (SANGUE)	R\$ 10,62
RH	FATOR RH	R\$ 7,97
FATORV	FATOR V	R\$ 15,94
INCLUSÃO	FATOR V LEIDEN - DIV	INCLUSÃO
LEIDENF	FATOR V LEIDEN	R\$ 239,00
FTVIII	FATOR VIII	R\$ 21,25
FATORX	FATOR X	R\$ 28,15
FATORXI	FATOR XI	R\$ 21,25
FATXIII	FATOR XIII	R\$ 21,25
FENILUR	FENILALANINA	R\$ 14,88
FENOBARBI	FENOBARBITAL	R\$ 42,51
FENOL	FENOL URINA RECENTE	R\$ 24,14
FERRI	FERRITINA	R\$ 26,68

FE	FERRO SERICO	R\$ 7,81
FIBRINO	FIBRINOGENIO	R\$ 8,20
FLUORURI	FLUORETO URINA ISOLADA	R\$ 21,07
FACT	FOSFATASE ACIDA TOTAL	R\$ 10,38
FACP	FOSFATASE ÁCIDA, FRAÇÃO PROSTÁTICA	R\$ 10,38
FALC	FOSFATASE ALCALINA	R\$ 9,56
FOSFOLI	FOSFOLÍPIDES	R\$ 7,06
P	FOSFORO	R\$ 5,64
FRAGIOSM	FRAGILIDADE OSMOTICA / RESISTENCIA GLOBULAR	R\$ 7,44
FRUTOSA	FRUTOSAMINA	R\$ 10,38
FRUTOESP	FRUTOSE (ESPERMA)	R\$ 7,44
FSH	FSH - HORMÔNIO FOLÍCULO ESTIMULANTE	R\$ 31,20
PFUN1A	FUNGOS PESQUISA (1ª AMOSTRA)	R\$ 10,17
GAD	GAD - AUTO ANTICORPOS ANTI	R\$ 90,00
UDP	GALACTOSE 1 FOSFATO - URIDIL TRANSFERASE	R\$ 188,14
GGT	GAMA GLUTAMIL TRANSFERASE	R\$ 10,38
GAALQ	GASOMETRIA	R\$ 25,09
GASTRINA	GASTRINA	R\$ 35,00
GH	GH - HORMÔNIO DE CRESCIMENTO	R\$ 30,00
GLIADIM	GLIADINA IGM, ANTICORPOS ANTI	R\$ 35,07
G1H100	GLICEMIA - 1 H APOS 100 g. DE GLICOSE	R\$ 8,24
GLI	GLICOSE	R\$ 5,51
G6PD	GLICOSE 6 FOSFATO	R\$ 15,55
GORDURAQ	GORDURA FECAL QUANTITATIVA	R\$ 35,60
INCLUSÃO	GORDURA FECAL - DETERMINAÇÃO (SUDAM III)	INCLUSÃO
GSRH	GRUPO SANGUÍNEO E FATOR RH	R\$ 7,78
HPYGM	H PYLORI IGM, SOROLOGIA	R\$ 43,67
HAM	HAM, TESTE	R\$ 9,10
HAPTOGLO	HAPTOGLOBINA	R\$ 16,79
HPIGG	HELICOBACTER PYLORI, ANTICORPO IGG	R\$ 39,00
HCT	HEMATOCRITO	R\$ 5,31
HEMATOZO	HEMATOZOARIOS, PESQUISA	R\$ 5,69
CULTCAT	HEMOCULTURA	R\$ 26,56
HEMOFUN1	HEMOCULTURA DE FUNGOS - 1ª AMOSTRA	R\$ 29,59
HB	HEMOGLOBINA	R\$ 5,31
HBA2	HEMOGLOBINA A2	R\$ 8,61
HBFB	HEMOGLOBINA FETAL, SANGUE	R\$ 7,44
HBGLI	HEMOGLOBINA GLICADA – HbA1c	R\$ 24,00

PATIAS	HEMOGLOBINOPATIAS, TRIAGEM NEO NATAL	R\$ 39,00
HEMUDI	HEMOGRAMA COMPLETO – UDI	R\$ 11,69
HAVM	HEPATITE A – ANTICORPOS ANTI HAV IGM	R\$ 28,77
HAVG	HEPATITE A – ANTICORPOS TOTAIS ANTI HAV	R\$ 25,56
HBE	HEPATITE B - ANTI HBE	R\$ 23,80
HBCM	HEPATITE B – ANTICORPOS ANTI HBC IGM	R\$ 30,94
HBS	HEPATITE B – ANTICORPOS ANTI HBS	R\$ 25,56
HBCG	HEPATITE B – ANTICORPOS TOTAIS ANTI HBC	R\$ 25,56
HBSAG	HEPATITE B – ANTÍGENO AUSTRALIA (HBSAG)	R\$ 31,65
HBEAG	HEPATITE B – ANTÍGENO E (HBEAG)	R\$ 23,80
HCV	HEPATITE C – ANTICORPOS ANTI HCV	R\$ 30,26
C_D61	HEPATITE C PCR – QUALITATIVO	R\$ 152,18
HCVRNA	HEPATITE C VÍRUS - GENOTIPAGEM	R\$ 350,00
HERPGGL	HERPES SIMPLES IGG	R\$ 25,56
HERPGML	HERPES SIMPLES IGM	R\$ 30,40
HPRO	HIDROXIPROLINA TOTAL	R\$ 19,20
HIVGENOT	HIV - GENOTIPAGEM	R\$ 775,85
PCRHIVP	HIV - PCR QUALITATIVO	R\$ 140,81
PCRHIVQ	HIV – QUALITATIVO E QUANTITATIVO	R\$ 377,84
HIVUDI	HIV1 e HIV 2 – ANTICORPOS	R\$ 47,13
HLAPCR	HLAB-27, PESQUISA - PCR	R\$ 72,00
HOMOCITE	HOMOCISTEÍNA	R\$ 40,30
ACTH	HORMÔNIO ADRENOCORTICOTROFICO BASAL	R\$ 72,49
HPVGENOF	HPV - GENOTIPAGEM FEMININO	R\$ 265,95
HTLV	HTLV 1 e 2 - PESQUISA	R\$ 40,00
HUH	HUHNER, TESTE	R\$ 24,00
K82	IGE ESPECÍFICO	R\$ 30,24
FX1	IgE MÚLTIPLO	R\$ 23,80
IGFBP3	IgFBP-3 – PROTEÍNA LIGADORA – 3 IgF	R\$ 55,00
IGG1	IGG (IGG 1) (SUB-CLASSE)	R\$ 55,00
COMPLEXO	IMUNOCOMPLEXOS CIRCULANTES 9C1q IGG	R\$ 15,67
IMUNOFEN	IMUNOFENOTIPAGEM DE CÉLULAS HEMATOPOÉTICAS	R\$ 432,00
ITOXOIGG	IMUNOFLUORESCÊNCIA TOXOPLASMOSE IGG	R\$ 14,40
ITOXOIGM	IMUNOFLUORESCÊNCIA	R\$ 14,40

	TOXOPLASMOSE IGM	
IGA	IMUNOGLOBULINAS IgA	R\$ 15,29
IGG	IMUNOGLOBULINAS IGG	R\$ 15,29
IGM	IMUNOGLOBULINAS IGM	R\$ 15,29
INSBASAL	INSULINA BASAL	R\$ 26,40
LAMOTRI	LAMOTRIGINA	R\$ 26,40
PLNEM	LARVAS DE NEMATODEOS – PESQUISA	R\$ 5,31
LEPTINA	LEPTINA	R\$ 45,00
LEPTOS	LEPTOSPIROSE	R\$ 15,84
LEUCO	LEUCOGRAMA	R\$ 10,00
LH	LH – HORMÔNIO LUTEINIZANTE	R\$ 31,20
LIPA	LIPASE	R\$ 7,20
LT	LIPÍDIOS TOTAIS	R\$ 4,80
LIPI1	LIPIDOGRAMA	R\$ 36,29
LIPOA	LIPOPROTEINA A	R\$ 22,99
LCR	LIQUIDO CEFALORRAQUIDIANO - EXAME	R\$ 43,20
LQPC	LIQUIDO CEFALORRAQUIDIANO - PUNCAO	R\$ 48,00
LISTERIA	LISTERIOSE	R\$ 20,74
LITIO	LITIO	R\$ 7,12
LKM1	LKM-1, ANTI	R\$ 36,29
LYME	LYME SOROLOGIA	R\$ 61,38
MAG	MAGNÉSIO	R\$ 5,13
MALG	MALÁRIA IGG, SOROLOGIA	R\$ 25,56
MALM	MALÁRIA IGM, SOROLOGIA	R\$ 30,94
TMALT	MALTOSE - TESTE DE ABSORÇÃO	R\$ 31,28
MANGANÊS	MANGANÊS	R\$ 36,37
X53	MAPEAMENTO CEREBRAL	R\$ 166,27
MER	MERCURIO	R\$ 33,82
METAHB	META-HEMOGLOBINA	R\$ 11,76
METANEF	METANEFRINAS FRAÇÕES – URINA 24 HORAS	R\$ 82,20
METANOLU	METANOL URINA RECENTE	R\$ 24,27
MICRO12	MICROALBUMINÚRIA	R\$ 23,98
MIELO	MIELOGRAMA	R\$ 60,00
MIOUR24	MIOGLOBINA, DOSAGEM	R\$ 8,88
MONONU	MONONUCLEOSE PAULL BUNNEL	R\$ 9,60
MONOTEST	MONOTESTE	R\$ 10,37
MTN	MONTENEGRO - REAÇÃO	R\$ 9,60
MUCOPRO	MUCOPROTEINAS	R\$ 7,78
MICOPLAM	MYCOPLASMA PNEUMONIAE – IGM	R\$ 34,73
NIQUELSA	NIQUEL	R\$ 36,37
OSMOLALI	OSMOLALIDADE	R\$ 15,13

EPF1	PARASITOLÓGICO DE FEZES	R\$ 10,37
PTH	PARATORMONIO	R\$ 45,00
PARVOGM	PARVOVÍRUS B19 IGG e IGM	R\$ 51,95
PCR	PCR – PROTEINA C REATIVA	R\$ 32,16
PEPC	PEPTÍDEO C	R\$ 40,00
HEPÁTICA	PERFIL HEPÁTICO [BIL, TGO, TGP, GAMAGT, FALC]	R\$ 66,02
CHISTOSE	PESQUISA DE ANTICORPOS PARA ESQUISTOSSOMOSE	R\$ 14,34
CLAMIURI	PESQUISA DE CHLAMYDIA	R\$ 35,72
CRISTAIS	PESQUISA DE CRISTAIS SINOVIAL	R\$ 5,31
ESPJ	PESQUISA DE EJACULACAO RETROGRADA	R\$ 31,20
ESQUIZO	PESQUISA DE ESQUIZOCITOS	R\$ 10,62
HEMFEZE	PESQUISA DE HEMÁCIAS NAS FEZES	R\$ 6,43
TAP50	PESQUISA DE INIBIDOR TAP COM PLASMA NORMAL 50%	R\$ 12,48
SWAB	PESQUISA DE OXIURUS	R\$ 6,43
TZANCK	PESQUISA DE TZANCK (HERPES VÍRUS)	R\$ 38,40
RNAHCVQ	PESQUISA E QUANTIFICAÇÃO DO VÍRUS HEPATITE C	R\$ 388,92
PHD2	PH	R\$ 5,31
PLAQ	PLAQUETAS CONTAGEM	R\$ 5,18
PLASMINO	PLASMINOGENIO	R\$ 14,34
PLASMOD	PLASMODIOS - PESQUISA	R\$ 6,08
PML	PML-RARA, TRANSLOCAÇÃO POR PCR	R\$ 603,31
PORFIRIN	PORFIRINAS - PESQUISA	R\$ 6,80
K	POTASSIO	R\$ 5,51
PPD	PPD (PURIFIED PROTEIN DERIVATIVE)	R\$ 250,00
PREALB	PRÉ-ALBUMINA	R\$ 28,26
PRIMIDON	PRIMIDONA (MISOLINE)	R\$ 47,94
PROCAL	PROCALCITONINA (PCT)	R\$ 180,00
PROGESTE	PROGESTERONA	R\$ 30,00
PRL	PROLACTINA	R\$ 34,80
PROTEC	PROTEINA C FUNCIONAL	R\$ 50,00
PROTEF	PROTEINA S FUNCIONAL	R\$ 102,42
PROTES	PROTEINA S LIVRE	R\$ 95,20
PROTDIV	PROTEINAS	R\$ 5,51
PTF	PROTEINAS TOTAIS E FRAÇÕES	R\$ 7,35
BENCE	PROTEINURIA BENCE JONES (TODA 1ª URINA DA MANHA)	R\$ 10,37
V04	PROVA CRUZADA	R\$ 13,76
PFT	PROVA DE FUNÇÃO TIROIDIANA	R\$ 73,64
LAÇO	PROVA DO LAÇO	R\$ 3,97

PSA	PSA TOTAL	R\$ 40,00
RAQUI	RAQUIMANOMETRIA	R\$ 14,40
WIDAL	REAÇÃO DE WIDAL	R\$ 10,81
RES	RECEPTORES DE ESTROGENOS	R\$ 240,00
RLE	RELAÇÃO L/E (LECITINA/ESFINGOMIELINA)	R\$ 19,04
RETI	RETICULOCITOS	R\$ 5,18
RC	RETRACAO DO COAGULO	R\$ 3,97
RICK	RICKETTSIA - IGG E IGM	R\$ 95,00 IGG / R\$ 97,00 IGM
RICK	RICKETTSIA - IGG	R\$ 120,46
RICK	RICKETTSIA -IGM	R\$ 106,43
ROTANT	ROTAVÍRUS, ANTICORPOS	R\$ 24,00
LCRUBA	ROTINA DE LIQUOR	R\$ 30,00
EASUDI	ROTINA DE URINA	R\$ 10,37
LIQPL	ROTINA LIQUIDO PLEURAL	R\$ 30,00
RUBG	RUBÉOLA - IGG	R\$ 21,72
RUBM	RUBÉOLA - IGM	R\$ 28,48
SANGUEO	SANGUE OCULTO – PESQUISA	R\$ 12,44
SARAMPOG	SARAMPO IGG	R\$ 23,80
SARAMPOM	SARAMPO IGM	R\$ 28,83
SELÊNIO	SELÊNIO	R\$ 19,14
SEROTONI	SEROTONINA	R\$ 29,40
FTAG	SÍFILIS – FTA SOROLOGIA (FTAABS IGG)	R\$ 15,55
NA	SODIO	R\$ 5,51
LEISHIGG	SOROLOGIA PARA LEISHMANIOSE	R\$ 25,56
STRONGDV	STRONGYLOIDES, PESQUISA	R\$ 170,00
SUBSFEZ	SUBSTANCIAS REDUTORAS, FEZES (1ª AMOSTRA)	R\$ 5,18
SDHEA	SULFATO DEHIDROEPIANDROSTERONA (SDHEA)	R\$ 40,00
T3	T3 HORMÔNIO TRIIODOTIRONINA	R\$ 31,20
T3L	T3 LIVRE	R\$ 40,80
T3RET	T3 RETENCAO	R\$ 26,59
T3R	T3 REVERSO	R\$ 93,60
T4	T4 HORMÔNIO TIROXINA	R\$ 31,20
T4L	T4 LIVRE	R\$ 30,77
TAP	TEMPO DE ATIVIDADE DE PROTROMBINA	R\$ 7,20
TC	TEMPO DE COAGULACAO	R\$ 12,00
TS	TEMPO DE SANGRAMENTO (DUKE)	R\$ 12,00
TROMBHP	TEMPO DE TROMBINA	R\$ 10,37
TTPA	TEMPO TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA	R\$ 7,20

TEOFI	TEOFILINA	R\$ 75,00
TLACTOSE	TESTE DE LACTOSE (5 DOSAGENS)	R\$ 43,94
TPEX	TESTE DO PEZINHO EXPANDIDO/PLUS [DLE]	R\$ 115,82
TXILOSE	TESTE D-XILOSE	R\$ 68,00
TESTOL	TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 40,00
TESTOT	TESTOSTERONA TOTAL	R\$ 35,00
TIREOG	TIREOGLOBULINA	R\$ 47,27
TOXOG	TOXOPLASMOSE IGG	R\$ 23,56
TOXOM	TOXOPLASMOSE IGM	R\$ 25,70
TGO	TRANSAMINASE OXALACÉTICA TGO (AST)	R\$ 7,26
TGP	TRANSAMINASE PIRÚVICA TGP (ALT)	R\$ 7,26
TRANS	TRANSFERRINA	R\$ 18,45
MHTP	TREPONEMA PALLIDUM - MICROHEMAGLUTINAÇÃO	R\$ 14,00
TREPO	TREPONEMA PALLIDUM, PESQUISA	R\$ 15,10
COC	TRIAGEM PARA COCAINA – URINA	R\$ 40,00
TRICLO	TRICLOROCOMPOSTOS TOTAIS (URINA)	R\$ 15,55
TRI	TRIGLICÉRIDES	R\$ 7,62
DL4-TRIP	TRIPSINA IMUNO REATIVA (IRT)	R\$ 16,38
TSH	TSH – TIREOESTIMULANTE	R\$ 40,80
SOROUREA	UREAPLASMA - SOROLOGIA	R\$ 33,80
URE	URÉIA	R\$ 5,13
HERPZG	VARICELA ZOSTER IGG, ANTI	R\$ 28,99
HERPZM	VARICELA ZOSTER IGM, ANTI	R\$ 34,03
VHS1H	VHS 1ª HORA	R\$ 5,18
VITA	VITAMINA A	R\$ 60,00
VITAB1	VITAMINA B1	R\$ 75,00
VB12	VITAMINA B12	R\$ 23,33
VITB6	VITAMINA B6	R\$ 66,07
VITC	VITAMINA C	R\$ 28,26
VITAD25	VITAMINA D3 25-HIDROXI	R\$ 23,05
VITAE	VITAMINA E	R\$ 57,80
VITAK	VITAMINA K	R\$ 154,04
WROSE	WAALER ROSE	R\$ 10,37
WBHIV	WESTERN BLOTT - HIV	R\$ 218,30
ZIKAPCR	ZIKA PCR	R\$ 200,00
ZINCO	ZINCO	R\$ 40,30
ZINPROTO	ZINCO PROTOPORFIRINA	R\$ 31,10
-	RT-PCR COVID-19	R\$ 220,00
-	TESTE RÁPIDO ANTÍGENO COVID-19	R\$ 150,00
-	SOROLOGIA RÁPIDA COVID-19 (IMUNOCROMATOGRAFIA)	R\$ 120,00

-	CORONAVÍRUS-COVID-19 teste rápido IgG/IgM (Pacientes convalescentes) Obs: Conforme Parecer Técnico nº 173 D Sau/SRAM, de 28 de abril de 2020.	R\$ 230,00
-	SOROLOGIA QUANTITATIVA COVID-19	R\$ 160,00
-	TESTE DE NEUTRALIZAÇÃO COVID-19	R\$ 220,00
-	TROPONINA	R\$ 50,00
-	ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA BIOTINIDASE	R\$ 35,00
-	ANTIBIOGRAMA	R\$ 66,00
-	CULTURA AUTOMATIZADA	R\$ 29,40
-	HEMOCULTURA	R\$ 42,21
-	ANTIBIOGRAMA AUTOMATIZADO	R\$ 52,99
-	CARIÓTIPO BANDA G CONSTITUCIONAL	R\$ 359,27
-	CARIÓTIPO BANDA G CONTAGEM DE 100 CÉLULAS	R\$ 812,12
-	CARIÓTIPO BANDA G CONTAGEM DE 50 CÉLULAS	R\$ 857,27
-	CARIÓTIPO BANDA G HEMATOLÓGICO - MEDULA ÓSSEA	R\$ 912,05
-	CARIÓTIPO BANDA G PARA DOENÇAS HEMATOLÓGICAS EM SANGUE PERIFÉRICO	R\$ 597,73
-	COVID-19 IGG/IGM ECO TESTE	R\$ 150,00
-	SARS COV-2 PESQUISA POR RT-PCR	R\$ 220,00
-	SARS COV-2 ANTÍGENO	R\$ 150,00
-	SARS COV_2 IGG IME	R\$ 100,00
-	SARS COV_2 IGM QUIM	R\$ 100,00
-	SARS COV_2 IGA QUIM	R\$ 100,00
-	ANTICORPOS NEUTRALIZANTES-ANTI-SARCOV 2 S-COVID 19	R\$ 250,00
-	ANTICORPOS ANTICHIKUNGUNYA IGG e IGM Obs: Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	R\$ 276,92
-	ANTICORPOS IGG ANTIZIKA VÍRUS Obs: Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	R\$ 321,48
-	ANTICORPOS IGM ANTIZIKA VÍRUS Obs: Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de	R\$ 349,32

	dezembro de 2019.	
-	CITRULINAANTI (CCP) Obs: Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	R\$ 139,80
-	DENGUE NS1 Obs: Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	R\$ 70,04
-	ENTAMOEBAHYSTOLYTICA, ANTICORPOS IGM Obs: Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	R\$ 189,98
-	PCR PARA ZIKA, CHIKUNGUNYA E DENGUE Obs: Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	R\$ 303,76
-	VITAMINA E Obs: Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	R\$ 59,53
-	ZIKA PCR (SANGUE) Obs: Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	R\$ 297,85
-	ZIKA VÍRUS- TESTE MOLECULAR LIQUOR Obs: Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	R\$ 297,85
-	EXAME LABORATORIAL TOXICOLÓGICO PARA MOTORISTAS MILITARES Obs: Valor autorizado conforme Parecer Técnico nº 82 - D Sau/SRAM de 26 de março de 2018.	R\$ 250,00
-	PEQUISA DE ANTÍGENO PARA COVID (SWAB) Obs: Valor autorizado conforme Parecer Técnico nº 87 - DRAS/D Sau de 15 de março de 2021.	R\$ 120,00
-	PCR EM TEMPO REAL PARA O VÍRUS MONKEYPOX	INCLUSÃO

-	ANTICORPOS ANTI PNEUMOCOCOS	INCLUSÃO
-	ANTI-TRANSGLUTAMINASE IGG	INCLUSÃO
-	AVALIAÇÃO DE CÉLULA NATURAL KILLER CD 16+56	INCLUSÃO
-	HORMÔNIO ANTIMULLERIANO	INCLUSÃO
-	INIBIDOR C1Q ESTERASE FUNCIONAL	INCLUSÃO
-	INIBIDOR C1Q ESTERASE QUANTITATIVO	INCLUSÃO
-	TIPAGEM DE LINFÓCITOS CD3, CD4, CD8 E CD19	INCLUSÃO
-	ANTICORPOS ANTI- BETA-2- GLICOPROTEÍNA 1 IGG / IGM	INCLUSÃO
CITOC	CITOLOGIA EM MEIO LÍQUIDO	INCLUSÃO
I-G6	IGE ESP PHLEUM PRATENSE G6	INCLUSÃO
I-G10	IGE ESP SORGHUM HALEPENSE G10	INCLUSÃO
I-F96	IGE ESP. ABACATE	INCLUSÃO
I-F47	IGE ESP. ALHO	INCLUSÃO
I-F20	IGE ESP. AMENDOIA	INCLUSÃO
I-F40	IGE ESP. ATUM	INCLUSÃO
I-RF221	IGE ESP. CAFE	INCLUSÃO
I-F6	IGE ESP. CEVADA	INCLUSÃO
I-F287	IGE ESP. FEIJAO VERMELHO	INCLUSÃO
I-C74	IGE ESP. GELATINA	INCLUSÃO
I-F10	IGE ESP. GERGELIM	INCLUSÃO
I-D73	IGE ESP. GLYCYPHAGUS DOMESTICUS	INCLUSÃO
I-C73	IGE ESP. INSULINA HUMANA	INCLUSÃO
I-F84	IGE ESP. KIWI	INCLUSÃO
I-F45	IGE ESP. LEVEDURA - F45	INCLUSÃO
I-F258	IGE ESP. LULA	INCLUSÃO
I-RF293	IGE ESP. MAMAO PAPAYA	INCLUSÃO
I-G17	IGE ESP. PASPALUM NOTATUM	INCLUSÃO
I-E4	IGE ESP. PELO DE VACA	INCLUSÃO
I-E70	IGE ESP. PENA DE GANSO	INCLUSÃO
I-RF279	IGE ESP. PIMENTA DO CHILE	INCLUSÃO
I-C304	IGE ESP. PIROXICAM (C304)	INCLUSÃO
I-G12	IGE ESP. PÓLEN DE CENTEIO	INCLUSÃO
I-C279	IGE ESP. TARTRAZINA	INCLUSÃO
I-E5	IGE ESPECIFICO PARA EPITELIO E CASPA DE GATO (E1)	INCLUSÃO
I-F79	IGE ESPECIFICO PARA GLUTEN (F79)	INCLUSÃO
I-F14	IGE ESPECIFICO PARA GRAO DE SOJA (F14)	INCLUSÃO
I-F232	IGE ESPECIFICO PARA OVOALBUMINA F232	INCLUSÃO
I-F233	IGE ESPECÍFICO PARA OVOMUCÓIDE	INCLUSÃO

	F233	
MUTHFR	METILENOTETRAHIDROFOLATO REDUTASE, MUTACAO	INCLUSÃO
TOXA	TOXOPLASMOSE IGA	INCLUSÃO
Obs : Tabela acima autorizada pelo Parecer Técnico nº 002 - DRAS/D Sau de 5 de janeiro de 2022.		

PACOTES

Obs: Todos Pacotes abaixo incluem: diárias, taxas, serviços, materiais, medicamentos e gasoterapia, conforme o caso.

APARELHO DIGESTIVO		
DESCRIÇÃO	VALOR VIGENTE	
	APTO	ENF
Herniorrafia epigástrica	R\$ 1.575,18	R\$1.400,61
Apendicectomia	R\$ 1.832,88	R\$1.658,31
Apendicectomia (por vídeo)	R\$ 2.280,28	R\$2.105,71
Herniorrafia inguinal unilateral	R\$ 1.840,98	R\$1.666,41
Herniorrafia Recidivante	R\$ 1.552,68	R\$1.378,11
Gastroplastia por vídeo	R\$ 3.148,79	R\$2.974,22
Obs: Valores autorizados pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.		

CABEÇA E PESCOÇO		
DESCRIÇÃO	VALOR VIGENTE	
	APTO	ENF
Tireoidectomia total	R\$ 3.620,30	R\$ 3.620,30
Tireoidectomia parcial	R\$ 1.900,47	R\$ 1.900,47
Obs : Tabela acima autorizada pelo Parecer Técnico nº 002 - DRAS/D Sau de 5 de janeiro de 2022.		

CIRURGIA GERAL		
DESCRIÇÃO	VALOR VIGENTE	
	APTO	ENF
Colecistectomia sem colangiografia por videolaparoscopia	R\$ 3.655,35	R\$ 3.655,35
Gastroplastia para obesidade morbida por videolaparoscopia	R\$ 7.009,38	R\$ 7.009,38
Herniorrafia inguinal - unilateral	R\$ 2.786,74	R\$ 2.786,74
Herniorrafia inguinal - bilateral	R\$ 1.957,51	R\$ 1.957,51
Herniorrafia inguinal - unilateral por videolaparoscopia	R\$ 1.957,51	R\$ 1.957,51
Herniorrafia inguinal - bilateral por videolaparoscopia	R\$ 1.957,51	R\$ 1.957,51
Colectomia parcial com colostomia	R\$ 4.617,14	R\$ 4.617,14
Colectomia parcial sem colostomia	R\$ 4.617,14	R\$ 4.617,14
Hemorroidectomia aberta ou fechada, com ou sem esfínterectomia	R\$ 1.575,53	R\$ 1.575,53
Obs : Tabela acima autorizada pelo Parecer Técnico nº 002 - DRAS/D Sau de 5 de janeiro de 2022.		

CIRURGIA VASCULAR (ANGIOLOGIA)		
DESCRIÇÃO	VALOR VIGENTE	
	APTO	ENF
Varizes - Tratamento cirúrgico (um membro)	R\$ 2.132,93	R\$ 1.958,36
Varizes - Tratamento cirúrgico (dois membros)	R\$ 2.484,47	R\$ 2.309,90
Obs: Valores autorizados pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.		

GINECOLOGIA		
DESCRIÇÃO	VALOR VIGENTE	
	APTO	ENF
Histerectomia total (qualquer via)	R\$ 2.745,34	R\$ 2.745,34
Histerectomia total com anexectomia uni ou bilateral (qualquer via)	R\$ 2.745,34	R\$ 2.745,34
Histerectomia subtotal Obs: Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	R\$ 2.210,61	R\$ 2.036,04
Mastectomia (simples)	R\$ 1.883,30	R\$ 1.883,30
Curetagem ginecológica semiótica	R\$ 979,57	R\$ 805,00
Obs: Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.		

MEDICINA DO SONO E RESPIRATÓRIA		
NR ORDEM	PACOTE DE PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
1	Polissonografia de noite inteira (PSG) (inclui polissonogramas)	R\$ 479,16
2	Polissonografia com teste de CPAP nasal	R\$ 503,23
3	Teste de latências múltiplas do cono (TLMS)	R\$ 377,42
4	Prova de função pulmonar completa (ou espirometria)	R\$ 92,98
5	Teste de caminhada de 6 minutos	R\$ 109,39
6	Oximetria não invasiva	R\$ 36,10
7	Determinação das pressões respiratórias máximas	R\$ 54,69
Obs: Valores autorizados conforme anexo "O" do Edital 004/2019 do 2º B Fv, ratificado em 19 de novembro de 2019.		

NEFROLOGIA		
ORD	PACOTE DE PROCEDIMENTO	VALOR
1	Hemodiálise Ambulatorial Crônica por sessão	R\$ 428,84
2	Hemodiálise Ambulatorial Crônico por sessão - Paciente portador de HIV	R\$ 614,29
3	Hemodiálise Intermitente (Agudo-Crônicos por sessão – Pacientes	R\$ 1.104,59

	internados)	
4	CAPD (Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua) Treinamento – 10 dias	R\$ 2.225,39
5	CAPD (Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua) Manutenção – mensal	R\$ 5.693,30
6	DPA (Diálise Peritoneal Automática) Treinamento – 10 dias	R\$ 2.480,38
7	DPA (Diálise Peritoneal Automática) Manutenção – mensal	R\$ 6.502,33
Obs: Valores autorizados conforme anexo "O" do Edital 004/2019 do 2º B Fv, ratificado em 19 de novembro de 2019.		

OBSTETRÍCIA		
DESCRIÇÃO	VALOR VIGENTE	
	APTO	ENF
Parto normal <u>Obs:</u> Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	R\$1.597,68	R\$1.423,11
Cesariana <u>Obs:</u> Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 002 - DRAS/D Sau de 5 de janeiro de 2022.	R\$ 2.571,23	R\$2.571,23

OFTALMOLÓGICOS	
Descrição	Valor vigente
Anel de Ferrara/Anel intraestomal	R\$ 3.117,06
Blefaroplastia	R\$ 959,10
Cirurgia antiglaucomatosa	R\$ 1.798,30
Cirurgia Antiglaucomatosa (válvula)	R\$ 2.997,17
Crosslink (ceratocone)	R\$ 2.997,17
Eylia	R\$ 3.587,34
Explante/implante 2º de LIO com Vitrectomia anterior com lente	R\$ 4.196,02
Estrabismo (até 2 nervos)	R\$ 2.637,51
Facectomia com lente com facoemulsificação (catarata com lente)	R\$ 3.587,34
Lasik Convencional	R\$ 1.498,59
Lasik Personalizado	R\$ 2.157,96
Lente para facectomia importada flexível Anvisa	R\$ 694,33
Lucentis (Ranibizumabe)	R\$ 3.196,09
PRK convencional	R\$ 1.078,98
PRK personalizado	R\$ 2.157,96
Pterígio com transplante conjuntival (adesivo biológico)	R\$ 1.198,87
Retirada de tumor (pálpebra)	R\$ 659,38
Transplante de córnea	R\$ 2.517,62
Tomografia de coerência óptica	R\$ 171,27
Vitrectomia completa com gás/óleo/simples	R\$ 5.786,03
Ptose palpebral bilateral (por olho)	R\$ 1.100,00

Obs: Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	
Ozurdex (aplicação por olho) Obs: Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	R\$ 3.000,00
TONOMETRIA BINOCULAR	INCLUSÃO
MAPEAMENTO DA RETINA MONOCULAR	INCLUSÃO
PAQUIMETRIA MONOCULAR	INCLUSÃO
CERATOSCOPIA COMPUTADORIZADA MONOCULAR	INCLUSÃO
MICROSCOPIA ESPECULAR DE CÓRNEA MONOCULAR	INCLUSÃO
RETINOGRAFIA MONOCULAR	INCLUSÃO
Obs 1: Tabela acima autorizada pelo Parecer Técnico nº 002 - DRAS/D Sau de 5 de janeiro de 2022. Obs 2: Conforme DIEx nº 1605-DRAS/Sub Dir Sau/D Sau, de 20 de maio de 2022 concomitante ao Parecer Técnico nº 002 - DRAS/D Sau de 5 de janeiro de 2022, estão incluídos nos pacotes: honorários médicos (exceto os honorários do médico anestesista), materiais, medicações, OPME, diárias, taxas e serviços diversos.	

ORTOPEDIA		
DESCRIÇÃO	VALOR VIGENTE	
	APTO	ENF
Artroplastia de joelho	R\$ 6.395,17	R\$ 6.395,17
Artroplastia de quadril	R\$ 3.519,94	R\$ 3.519,94
Meniscectomia de joelho	R\$ 2.610,50	R\$ 2.610,50
Lesão ligamentar de joelho	R\$ 2.610,50	R\$ 2.610,50
Ruptura do manguito rotador	R\$ 2.502,44	R\$ 2.502,44
Obs: Tabela acima autorizada pelo Parecer Técnico nº 002 - DRAS/D Sau de 5 de janeiro de 2022.		

OTORRINOLARINGOLOGIA		
DESCRIÇÃO	VALOR VIGENTE	
	APTO	ENF
Adenoidectomia	R\$ 1.650,74	R\$ 1.650,74
Amigdalectomia das palatinas	R\$ 1.650,74	R\$ 1.650,74
Adeno-amigdalectomia	R\$ 1.650,74	R\$ 1.650,74
Rinoseptoplastia Obs: Valores autorizados pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	R\$ 2.272,47	R\$ 2.097,90
Sinusectomia transmaxilar (qualquer técnica) Obs: Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.	R\$ 1.825,12	R\$ 1.650,55

Sinusectomia maxilar e/ou demais sinusectomias	R\$ 2.014,25	R\$ 2.014,25
Septo nasal / Septoplastia <u>Obs: Valor autorizado pelo Parecer Técnico nº 497 D Sau/SRAM de 02 de dezembro de 2019.</u>	R\$ 1.944,97	R\$ 1.770,40
Septoplastia e procedimentos conexos (ex. Turbinectomia)	R\$ 2.014,25	R\$ 2.014,25
Turbinectomia ou turbinoplastia - unilateral	R\$ 2.014,25	R\$ 2.014,25
Obs: Tabela acima autorizada pelo Parecer Técnico nº 002 - DRAS/D Sau de 5 de janeiro de 2022.		

PNEUMOLOGIA	
Descrição	Valor vigente
Provocação nasal com acaro D. Pteronyssinus	R\$ 304,53
Dosagem de óxido Nítrico Exalado	R\$ 416,99
EBT – Aferição da temperatura intra brônquica	R\$ 189,54
RLS – Registro de sons pulmonares (wolver da tosse)	R\$ 331,07
Prick Teste	R\$ 277,99
Patch teste padrão	R\$ 391,72
Patch teste cosméticos	R\$ 391,72
Patch medicamentos	R\$ 132,68
Teste intradérmico	R\$ 227,45
Teste autólogo	R\$ 227,45
Teste cutâneo com medicamentos	R\$ 159,21
Provocação oral com medicamentos	R\$ 328,53
Provocação oral com alimentos	R\$ 328,53
Teste com anestésico local	R\$ 328,53
Obs 1: Inclui diárias, taxas, serviços, materiais, medicações e honorários médicos	
Obs 2: Tabela acima autorizada pelo Parecer Técnico nº 002 - DRAS/D Sau de 5 de janeiro de 2022.	

UROLOGIA		
DESCRIÇÃO	VALOR VIGENTE	
	APTO	ENF
Retirada endoscópica de duplo J	R\$ 516,29	R\$ 458,38
Prostatectomia a céu aberto	R\$ 6.194,80	R\$6.136,90
Ressecção endoscópica da próstata	R\$ 3.787,70	R\$3.729,79
Ureterorrenolitotripsia rígida ou flexível, com ou sem laser, com ou sem colocação de duplo J (unilateral ou bilateral) (flexível)	R\$ 2.985,58	R\$2.927,67
Ureterorrenolitotripsia rígida ou flexível, com ou sem laser, com ou sem colocação de duplo j. (unilateral ou bilateral) (rígida)	R\$ 3.191,94	R\$3.191,94
Ureterorrenolitotripsia rígida ou flexível, com ou	R\$ 2.237,09	R\$2.237,09

sem laser, com ou sem colocação de duplo j. (unilateral ou bilateral) (laser)		
Urodinâmica completa (valor vigente não condiz com o da tabela cbhpm)	R\$ 542,75	R\$ 542,75
Cistolitotripsia a laser	INCLUSÃO	-
Cistolitotripsia extracorpórea 1ª Sessão	INCLUSÃO	-
Cistolitotripsia extracorpórea reaplicações (até 03meses)	INCLUSÃO	-
Cistolitotripsia percutânea (U.S., E.H., E.C)	INCLUSÃO	-
Cistolitotripsia transuretal (U.S., E.H., E.C)	INCLUSÃO	-
<u>Obs:</u> Tabela acima autorizada pelo Parecer Técnico nº 002 - DRAS/D Sau de 5 de janeiro de 2022.		

VIDEOENDOSCOPIA E VIDEOCOLONOSCOPIA		
ORD	PACOTE DE PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
1	Endoscopia digestiva com biópsia	R\$ 309,45
2	Endoscopia digestiva alta sem biópsia	R\$ 289,76
3	Endoscopia com polipectomia	R\$ 543,59
4	Colonoscopia com biópsia	R\$ 558,66
5	Colonoscopia com biópsia, incluindo anestesia	R\$ 748,75
6	Colonoscopia com polipectomia	R\$ 901,74
7	Colonoscopia com polipectomia incluindo anestesia	R\$ 1.087,19
8	Manometria computadorizada anorretal	R\$ 276,92
9	Manometria esofágica sem Teste Provocativo	R\$ 276,91
10	Manometria esofágica com Teste Provocativo	R\$ 286,41
11	Manometria esofágica para localização dos esfíncteres	R\$ 276,92
12	PHmetria esofágica – 3 canais	R\$ 286,27
13	PHmetria esofágica – 2 canais	R\$ 278,30
<u>Obs:</u> Valores autorizados conforme anexo "O" do Edital 004/2019 do 2º B Fv, ratificado em 19 de novembro de 2019; e		
Obs ₂ : Nos pacotes acima estão incluídos taxa de vídeo, material e medicamentos, sedação, biópsia, teste de uréase e honorários médicos. Porte do anestesista não incluso no pacote, pagar separadamente		

PROCEDIMENTOS NÃO CIRÚRGICOS	
DESCRIÇÃO	VALOR VIGENTE
Cateterismo cardíaco (aplicar taxa sala de hemodinâmica para todos) (enf, consta hon, apto não)	R\$ 1.398,00
Cateterismo cardíaco com estudo de pontes	R\$ 1.398,00
Cateterismo com ou sem cinecoronariografia/ com avaliação de reatividade pulmonar/teste de sobrecarga	R\$ 1.398,00

Cateterismo cardíaco direito com estudo angiográfico da artéria pulmonar	R\$ 1.398,00
Cateterismo E e/ou D, ventriculografia e estudo angiográfica da aorta e/ou ramos tórax-abdominais	R\$ 1.398,00
Angiografia por punção	R\$ 1.202,61
Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso	R\$ 1.202,61
Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário/angiografia digilta arterial	R\$ 1.202,61
Angiografia por cateterismo superseletivo de ramo secundário ou distal	R\$ 1.202,61
Angioplastia de múltiplos vasos (incluso 01 stent farmacológico) / HSG (incluso stents necessários – necessário UTI	R\$ 1.848,57
Angioplastia transluminal percutânea de bifurcação e de tronco com implante de stent (incluso 01 stent farmacológico) – necessário UTI	R\$ 1.848,57
Recanalização arterial no iam (incluso 01 stent farmacológico) – necessário UTI	R\$ 1.848,57
<p><u>Obs 1:</u> Serão cobrados conforme tabelas acordadas, os seguintes itens, quando não estiverem contidos nos pacotes: SADTs; órteses, próteses e materiais especiais; honorários médicos e Hemoterápicos. (SUGESTÃO: inserir as informações de forma clara e direta. Ex: O que contém?)</p> <p><u>Obs 2:</u> Os honorários médicos serão remunerados de acordo com a tabela CBHPM 2012, com acréscimo de 6% (seis por cento).</p> <p><u>Obs 3:</u> Tabela acima autorizada pelo Parecer Técnico nº 002 - DRAS/D Sau de 5 de janeiro de 2022.</p>	

LISTA REFERENCIAL DE PROCEDIMENTOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR ASAÚDE.

1. DIÁRIAS DO ATENDIMENTO DOMICILIAR

1.1. Assistência Domiciliar: com médicos e enfermeiros capacitados para o atendimento domiciliar de urgência, serviço de urgência/emergência 24 (vinte e quatro) horas, inclusive com remoção e orientação à família;

1.1.1. Atendimento prestado por visita de equipe multidisciplinar de profissionais da área de saúde integrada por médico, enfermeiro, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social e de fisioterapeuta, permitindo garantir melhoria nas atividades de vida diárias (AVD's) e maior independência funcional.

1.1.2. Valor: Será pago o honorário do profissional da área de saúde que está prestando o atendimento.

1.2. Internação Domiciliar:

1.2.1. Internação Domiciliar de Baixa Complexidade: incluem os serviços de técnico de enfermagem por 06 (seis) h/dia.

1.2.1.1. Esta modalidade é aplicada somente para “treinamento de cuidador” e processo de “desmame final”;

1.2.1.2. Consta de supervisão de enfermagem, plantão médico, adequação do ambiente domiciliar, treinamento de cuidador/acompanhante, central de atendimento telefônico com médicos e enfermeiros capacitados para o atendimento domiciliar de urgência, serviço de urgência/emergência 24 (vinte e quatro) horas, inclusive com remoção e orientação à família;

1.2.1.3. Inclui, também, o mobiliário hospitalar para o período contratado, em regime de

comodato, composto de uma cama hospitalar básica, sem rodas, com grade, uma escadinha 02 degraus, uma

1.2.1.4. Consta com visita programada mensal do Enfermeiro;

1.2.1.5. Inclui visita do Enfermeiro nos casos de intercorrências clínicas (visita de plantão);

1.2.1.6. Quando for necessário, uma maleta de emergência,ambu (adulto/neonatal) deverá estar na residência do paciente ou de posse do médico nas visitas; e

1.2.1.7. Será pago o honorário do profissional da área de saúde integrada por médico, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social, terapia ocupacional e fisioterapeuta.

1.2.2 Internação Domiciliar de Média Complexidade: incluem os serviços de técnico de enfermagem por 12 (doze) h/dia.

1.2.2.1. Além do previsto nos subitens 1.2.1.2. e 1.2.1.3, consta com visita programada quinzenal do Enfermeiro;

1.2.2.2. Inclui visita do Enfermeiro nos casos de intercorrências clínicas (visita de plantão);

1.2.2.3. Quando for necessário, uma maleta de emergência,ambu (adulto/neonatal) deverá estar na residência do paciente ou de posse do médico nas visitas; e

1.2.2.4. Será pago o honorário do profissional da área de saúde integrada por médico, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social, terapia ocupacional e fisioterapeuta.

1.2.3. Internação Domiciliar de Alta Complexidade: incluem os serviços de técnico de enfermagem por 24 (vinte e quatro) h/dia.

1.2.3.1. Além do previsto nos subitens 1.2.1.2. e 1.2.1.3, consta com visita programada semanal do Enfermeiro;

1.2.3.2. Inclui visita do Enfermeiro nos casos de intercorrências clínicas (visita de plantão);

1.2.3.3. Quando for necessário, uma maleta de emergência,ambu (adulto/neonatal) deverá estar na residência do paciente ou de posse do médico nas visitas; e

1.2.3.4. Será pago o honorário do profissional da área de saúde integrada por médico, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social, terapia ocupacional e fisioterapeuta.

1.3. Gerenciamento de casos crônicos:

1.3.1. Compreender a realização das atividades de coordenação da assistência, educação dos pacientes, seus familiares e cuidadores, e a realização de intervenções terapêuticas sempre que necessárias;

1.3.2. O trabalho é desenvolvido por equipe interdisciplinar, compreendendo médico e enfermeira obrigatoriamente, além de fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional, sempre de acordo com o plano de tratamento definido para cada paciente, dependendo do caso o paciente será enquadrado como GCB, GCI ou GCA;

1.3.3. Gerenciamento de Caso Básico (GCB) compreende:

1.3.3.1. Portadores de doenças crônicas estáveis, sendo frequentemente idosos ou adultos com pequena seqüela neurológica, demência em fase inicial, ou demais comprometimentos da sua saúde que necessite de monitoramento menos intensivo;

1.3.3.2. Pacientes dependentes parciais ou independentes de seus cuidadores;

1.3.3.3. Pacientes com pouca dificuldade de acesso à rede de atenção;

1.3.3.4. Pacientes que apresentam histórico de reinternação sucessivas de curta duração evitáveis, que geram repetição de procedimento e exames;

1.3.3.5. Pacientes e cuidadores desinformados sobre os cuidados necessários para prevenir a exacerbação da doença;

1.3.3.6. Previsão de recursos básicos para a assistência: 01 (um) Médico com 01 (uma) visita

por trimestre, 01 (um) Enfermeiro com 01 (uma) visita por mês, Equipe interdisciplinar (Fisioterapeuta ou Nutricionista ou Fonoaudiólogo ou Psicólogo ou Terapeuta Ocupacional) com 01 (uma) visita de avaliação inicial por um membro da equipe e acompanhamento telefônico 24 horas; e

1.3.4. Gerenciamento de Caso Intermediário (GCI) compreende:

1.3.4.1. Portadores de doenças crônicas, sendo frequentemente idosos frágeis ou adultos com seqüela neurológica, demência em fase intermediária; ou demais comprometimentos da sua saúde que necessite de monitoramento intensivo;

1.3.4.2. Pacientes com ou sem lesão de órgão alvo;

1.3.4.3. Pacientes dependentes parciais de seus cuidadores;

1.3.4.4. Pacientes que, pelo grau de dependência possuem dificuldade de acesso, considerável, a rede de atenção;

1.3.4.5. Pacientes que apresentam histórico de reinternações sucessivas evitáveis, que geram repetições de procedimentos e exames invasivos.

1.3.4.6. Pacientes com infecções de repetição;

1.3.4.7. Previsão de recursos básicos para a assistência: 01 (um) Médico com 01 (uma) visita por bimestre, 01 (um) Enfermeiro com 01 (uma) visita por mês, Equipe Interdisciplinar (Fisioterapeuta ou Nutricionista ou Fonoaudiólogo ou Psicólogo ou Terapeuta Ocupacional) com 02 (duas) sessões por mês, um membro da equipe e acompanhamento telefônico 24 horas; e

1.3.5. Gerenciamento de Caso Avançado (GCA) compreende:

1.3.5.1. Portadores de doenças crônicas de difícil controle;

1.3.5.2. Pacientes com ou sem lesão de órgão alvo;

1.3.5.3. Pacientes dependentes totais de seus cuidadores;

1.3.5.4. Pacientes que pela dependência, possuem extrema dificuldade de acesso à rede de atenção;

1.3.5.5. Pacientes que apresentam histórico de reinternações sucessivas evitáveis de procedimentos e exames invasivos;

1.3.5.6. Pacientes com alta recente, estável, quadro clínico delicado e com alto risco de descompensação;

1.3.5.7. Previsão de recursos básicos para a assistência: 01 (um) Médico com 01 (uma) visita por mês, 01 (um) Enfermeiro com 01 (uma) visita por mês, Equipe Interdisciplinar (Fisioterapeuta ou Nutricionista ou Fonoaudiólogo ou Psicólogo ou Terapeuta Ocupacional) com 02 (duas) sessões por mês um membro da equipe e acompanhamento telefônico 24 horas; e

1.4. Procedimentos de Enfermagem:

1.4.1. Serviços de Técnico de Enfermagem, sob Supervisão de Enfermagem, durante o atendimento domiciliar para realização de curativos, administração de medicamentos por todas as vias, administração de dietas enterais, realização de higiene em pacientes acamados e, outros atendimentos de enfermagem que não requerem acompanhamento contínuo;

1.4.2. Inclui atendimento de técnico de enfermagem sob supervisão de enfermagem, sendo aplicado aos pacientes residentes em Araguari e Uberlândia; e

2. REGIME DE EXECUÇÃO DE PROCEDIMENTOS

2.1. Observações:

- 2.1.1. As sessões solicitadas por cada profissional devem seguir o padrão abaixo para autorização:
- 2.1.1.1. Médico - 1 visita mensal;
 - 2.1.1.2. Fisioterapeuta (motora/respiratória) - 2 (duas) sessões semanais;
 - 2.1.1.3. Fonoaudiologia - 2 sessões semanais;
 - 2.1.1.4. Psicologia - 1 sessão semanal;
 - 2.1.1.5. Terapeuta Ocupacional - 2 sessões semanais;
 - 2.1.1.6. Assistência social - 1 visita mensal.
- 2.1.2. Havendo necessidade de o profissional aumentar a quantidade das sessões, este deverá solicitar um aditivo a UG FuSEx mediante relatório com justificativa detalhada.

3. TABELA COM VALORES:

TABELA DE VALORES DE PROCEDIMENTOS "HOME CARE" APROVADA PELA D SAU

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS/ALUGUEL DE EQUIPAMENTOS			
Ord	Serviços	Observação	Valor
1	Acompanhamento de enfermagem 24 horas (inclui os serviços de cuidados, banho, administração de medicamentos, curativos, sondagens de alívios, sondagem vesical)		R\$ 250,00
2	Técnico/auxiliar de Enfermagem	Por Procedimento	R\$ 60,00
3	Técnico/auxiliar de Enfermagem	12 horas/dia	R\$ 130,00
4	Enfermagem Banho	-	Resp. da família
5	Visita de enfermagem semanal	-	R\$ 90,00
6	Fisioterapia motora e/ou respiratória	sessão	R\$65,00
7	Terapia Ocupacional	sessão	R\$ 90,00
8	Fonoaudióloga	sessão	R\$ 90,00
9	Nutricionista	visita	R\$ 90,00
10	Visita Médica	visita	R\$ 250,00
11	Psicólogo	sessão	R\$ 90,00
12	Assistente Social	visita	R\$ 90,00
13	Procedimento troca de cânula - TQT	-	R\$ 275,00

Obs: Tabela acima conforme anexo "N" do edital de credenciamento nº 004/2019, ratificado em 19 de novembro de 2019.

EQUIPAMENTOS			
Ord	Serviços	Observação	Valor
14	Oxímetro de pulso	Valor diária	R\$ 5,00
15	Oxímetro de pulso	Valor mensal	R\$ 150,00
16	Oxímetro de mesa	Valor mensal	R\$ 310,00
17	Cama hospitalar elétrica	Valor mensal	R\$ 173,00
18	Cama hospitalar automática	Valor diária	não contratar
19	Colchão casca de ovo	-	R\$ 2,17
20	Colchão pneumático com motor	Valor diária	não contratar
21	Cadeira de banho	Valor diária	R\$ 4,50

22	Cadeira de banho	Valor mensal	R\$ 53,00
23	Cadeira de Rodas	Valor diária	R\$ 12,60
24	Cadeira de Rodas Especial	Valor mensal	R\$ 103,00
25	Cadeira de Rodas Simples	Valor mensal	R\$ 82,00
26	Ambu	Valor diária	R\$ 2,88
27	Andador	Valor mensal	R\$ 50,00
28	Glicosímetro	Valor diária	Responsabilidade da família
29	Macronebulizador	Valor mensal	R\$ 151,00
30	Aspirador Oxigênio	Valor mensal	R\$ 0,00
31	Aspirador portátil	Valor diária	R\$ 3,10
32	Concentrador de Oxigênio	Valor mensal	R\$ 16,30
33	Concentrador de O2 - 5 litros	Valor diária	R\$ 22,30
34	Suporte Cilindro de Oxigênio	Valor mensal	R\$ 41,00
35	Cilindro de O2 - 7 litros	Valor diária	R\$ 4,00
36	Cilindro de O2 - 0,750 m3	Valor diária	R\$ 4,00
37	Recarga de O2 - 0,750 m3	por recarga	R\$ 80,00
38	Recarga de O2 - 7 litros	por recarga	R\$ 120,00
39	Bipap completo	Valor diária	R\$ 50,00
40	Bipap com base aquecida	Valor mensal	R\$ 1.900,00
41	CPAP com Base Aquecida	Valor mensal	R\$ 600,00
42	Base Aquecida para CPAP	Valor mensal	Incluso na locação CPAP
43	Bateria com 4 unidades	-	não autorizado
44	Aspirador Eletrico de secreção	Valor mensal	R\$ 75,00
45	No Break	Valor mensal	Incluso na diária
46	No Break	Valor diária	R\$ 6,73
47	Nebulizador	Valor diária	Responsabilidade da família
48	Suporte de Soro	Valor diária	R\$ 1,00
49	Suporte de Soro	Valor mensal	R\$ 30,00
50	Trilogy - Ventilação Mecânica	Valor diária	R\$ 90,00

Obs: Tabela acima conforme anexo "N" do edital de credenciamento nº 004/2019, do 2º B Fv, ratificado em 19 de novembro de 2019.

Observação:

Materiais e medicamentos	Brasíndice uso comum PMC
	Brasíndice uso restrito PF+15%
	Dietas PF sem taxa

	Material de OPME: 3 (três) orçamentos NF +15%
	Material fora Brasíndice sem taxa
	SIMPRO sem taxa
Obs: Tabela acima Conforme anexo "N" do edital de credenciamento nº 004/2019, do 2º B Fv, ratificado em 19 de novembro de 2019.	

4. CLASSIFICAÇÃO DOS CURATIVOS PARA PAGAMENTO DE TAXAS

4.1. Tabelas com a classificação dos curativos:

Descrição do Curativo	Frequência de Troca	Característica da Lesão
Sulfadiazina de prata + nitrato cério	12/12hrs	Queimaduras
AGE	Diária	Tecido granulação
Hidrogel	24/24hrs	Tecido necrótico, pouco exsudato.
Filme transparente	3 a 7 dias	Cobertura secundária, tecido de epitelização.
Placa hidrocolóide	3 a 7 dias	Com ou sem necrose, tecido de granulação.
Carvão ativado com prata	3 a 7 dias	Feridas infectadas, com odor fétido, cavitárias.
Malha impregnada com petrolatum	3 a 5 dias ou 24/24 hrs com justificativa	Tecido granulação, presença de tecido ósseo, queimaduras, enxertos.
Alginato de cálcio	3 a 7 dias	Feridas exsudativas, com odor fétido, cavitárias.

4.1.1. Caso seja necessário realizar trocas de curativos com frequência maior do que o especificado no subitem 4.1, as solicitações deverão ser justificadas, por escrito, pelo Enfermeiro Especialista em Tratamento de Lesão.

4.2. Curativos Especiais serão pagos, mediante prescrição do Enfermeiro Especialista em Lesão ou Médico e apresentação de 03 orçamentos para análise e autorização.

5. DIETAS

5.1. As dietas serão pagas conforme tabela abaixo:

Ordem	Dietas	Qde	Valor R\$
1	Dieta Especial para paciente em processo cicatricial com 1,0 KCAL/ml	Mililitro	0,21
2	Dieta hipercalórica com 1,2 A 1,5 KCAL/ml	Mililitro	0,21

3	Dieta oligomérica com 1,0 A 1,5 KCAL/ml	Mililitro	0,23
4	Dieta padrão com 1,0 A 1,2 KCAL/ml	Mililitro	0,21
5	Dieta padrão com fibras com 1,0 A 1,22 KCAL/ml	Mililitro	0,21
6	Dieta para diabético com 1,0 A 1,2 KCAL/ml	Mililitro	0,15
7	Dieta para insuficiência hepática com 1,25 A 1,6 KCAL/ml	Mililitro	0,30
8	Dieta para insuficiência renal, com ou sem diálise 1,3 A 2,0 KCAL/ml	Mililitro	0,21
9	Dieta para pneumopatas com 1,3 A 1,6 KCAL/ml	Mililitro	0,26
10	Dieta pediátrica com 1,0 A 1,5 KCAL/ml	Mililitro	0,23

Obs: Tabela acima conforme anexo "N" do edital de credenciamento nº 004/2019, do 2º B Fv, ratificado em 19 de novembro de 2019.

6. INSTRUÇÕES GERAIS

6.1. O paciente com atendimento reduzido ao desmame, com demanda única de dieta, deverá o seu responsável se responsabilizar pela aquisição do insumo.

6.2. A Atenção Domiciliar não tem como objetivo fornecer insumos e materiais, desta forma, havendo demanda isolada de oxigenoterapia, o equipamento deve ser alugado, podendo ser solicitado o ressarcido parcialmente pelo FUSEx (com Autorização Prévia) ou adquirido gratuitamente na rede do SUS.

6.3. Concernente ao aparelho de Glicemia (incluso fita e lanceta) e aparelho de micronebulização, a UG FUSEx não se responsabiliza pelo fornecimento destes equipamentos.

6.4. O Paciente com enquadramento no Programa de Assistência Domiciliar, poderá ser atendido pela rede de contratados do FUSEx.

6.5. O Técnico de Enfermagem no domicílio é um profissional exclusivo para o paciente, não faz parte das atividades do técnico exercer funções domésticas tais como limpar casa, cozinhar, lavar roupas ou prestar favores aos familiares.

6.6. A necessidade da presença do Auxiliar /Técnico de Enfermagem seria apenas para execução de procedimentos técnicos, tais como administrar medicações por via parentais, manipular aparelhos ventiladores mecânicos, realizar curativos complexos, entre outros procedimentos. Realização ou apoio nas atividades de vida diária são cuidados que podem ser realizados pelo cuidador.

6.7. A ocupação de Cuidador integra a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO, sob o código - 5162-10 e considera que o cuidador pode ser um familiar ou pessoa contratada, que auxilia o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana (vida diária). As principais atividades desempenhadas pelo cuidador são auxílio no banho, movimentação, alimentação, cuidados de higiene, vestir se e ir ao banheiro. No Programa de Atenção Domiciliar não existe previsão de cuidador, cabe à família arcar com os custos de uma eventual contratação, caso seja do interesse dos parentes responsáveis.

6.8. Os valores referentes a locações mensais terão cobrança pró-rata conforme o número de dias da internação domiciliar.

6.9. No valor das diárias de Alta, Média e Baixa Complexidade, deverão estar incluídos:

- 6.9.1. Troca de roupa de cama e banho de paciente;
- 6.9.2. Cuidados e materiais de uso na desinfecção ambiental;
- 6.9.3. Administração de dieta do paciente, de acordo com a prescrição médica, (oral, enterais, por sonda nasogástrica, gastrostomia, jejunostomia ou ileostomia);
- 6.9.4. Cuidados de enfermagem: Administração de medicamentos por todas as vias; Preparo, instalação e manutenção de venóclise e aparelhos; Controle de sinais vitais; Controle de diurese; Sondagens; Mudança de decúbito; Locomoção interna do paciente; Preparo do paciente para procedimentos médicos (enteroclisma, tricotomia, etc); Cuidados e higiene pessoal do paciente;
- 6.9.5. Manuseio da caixa para armazenamento de material perfuro cortante e coleta desse lixo; cuidados com cateter (vesical, enteral, nasal, etc); uso de equipamento de proteção individual (EPI); curativos de qualquer porte, glicomia capilar, lavagem de bolsa de colostomia; troca de fraldas; monitoramento de suporte respiratório (oxigenioterapia nebulização, etc); preparo do corpo em caso de óbito; demais atividades correlatas aos serviços de técnico de enfermagem.
- 6.9.6. Orientação nutricional no momento da alta;
- 6.9.7. Aspirador de secreções;
- 6.9.8. Equipamentos de proteção individual (EPI): máscaras descartáveis, aventais, luvas de procedimentos não estéreis, óculos, toucas descartáveis e jaleco.
- 6.10. As taxas de assepsia e vigilância epidemiológica não serão cobertas.
- 6.11. As medicações serão pagas conforme prescrição médica, mas em caso de medicações similares ou genéricos existentes no mercado serão pagos os valores médios dos genéricos. O CREDENCIADO fica responsável por apresentar Nota Fiscal do produto com data atualizada, ficando a verificação in loco do serviço de auditoria, se necessário.
- 6.12. Referencial para cobrança de medicamentos:
 - 6.12.1. Xylocaína líquida: será cobrada por ml;
 - 6.12.2. Xylocaína gel: será cobrada em gramas, sendo a sondagem vesical feminina = 10 (dez) gr e a sondagem vesical masculina = 20 (vinte) gr; e
 - 6.12.3. Dersani: será cobrado 20 (vinte) ml por lesão, somente com prescrição.
 - 6.12.3.1. Observação: mediante justificativa médica, os fracionamentos, poderão ser reavaliados durante auditoria, os mesmos estarão submetidos às normas da ANVISA e ANS.
- 6.13. Os materiais serão pagos conforme estabelecido no anexo T do Edital de Credenciamento 001/2019.
- 6.14. Não será pago coleta de exames pelos serviços terceirizados.
- 6.15. As luvas de procedimento serão pagos no máximo 10 (dez) pares para Atenção Domiciliar. Luva estéril somente para procedimento invasivo e asséptico.
- 6.16. As torneirinhas serão pagas somente em caso de infusão contínua e múltiplas medicações, não serão cobertas quando estiverem cobrando juntamente com equipo com injetor lateral.
- 6.17. Colchão caixa de ovo será pago para pacientes com risco de feridas de pressão e mediante prescrição médica ou do enfermeiro.

7. Materiais descartáveis NÃO cobertos pelo FuSEx.

- 7.1. Absorvente Higiénico.
- 7.2. Abaixador de língua.
- 7.3. Aconchego.
- 7.4. Água oxigenada.
- 7.5. Algodão.

- 7.6. Aparelho para barbear/tricotomia.
- 7.7. Aquecedor e manta térmica.
- 7.8. Bacia plástica.
- 7.9. Band-aid.
- 7.10. Blusas descartáveis.
- 7.11. Bolsa de água quente.
- 7.12. Bom ar.
- 7.13. Borracha para aspirador.
- 7.14. Cadeira de apoio para banho.
- 7.15. Cânula de Guedel.
- 7.16. Cinta lombar.
- 7.17. Clorohex.
- 7.18. Colar cervical.
- 7.19. Colete lombar.
- 7.20. Combi-red (tampa para soro).
- 7.21. Compressa cirúrgica.
- 7.22. Conexão para aspiração, bomba e pressão.
- 7.23. Conector.
- 7.24. Copo descartável.
- 7.25. Cotonete.
- 7.26. Creme dental.
- 7.27. Dermoidini, Gehm-Hand, Esterilderm, Álcool Iodado.
- 7.28. Dispositivo anti-trombolítico.
- 7.29. Escova de degermação.
- 7.30. Escova de dente.
- 7.31. Escova para assepsia das mãos.
- 7.32. Esponja para banho.
- 7.33. Estabilizador de tornozelo.
- 7.34. Éter benzina e tintura de iodo.
- 7.35. Faixa elástica pós-operatória.
- 7.36. Filtro para leucócitos, hemácias e plaquetas.
- 7.37. Filtro respirador.
- 7.38. Fiso-Hex, povidine.
- 7.39. Fixador de tubo traqueal.
- 7.40. Fixador externo.
- 7.41. Formol.
- 7.42. Frascos para exame.
- 7.43. Fraldas descartáveis.
- 7.44. Gaze radiopaca.
- 7.45. Gesso sintético.
- 7.46. Gorro, máscaras, propés, aventais, capotes e calças.
- 7.47. Imobilizador.
- 7.48. Lâmina para tricotomia.
- 7.49. Látex extensor de O2.
- 7.50. Lençol descartável.
- 7.51. Manta.

- 7.52. Manteiga de cacau.
- 7.53. Máscara laríngea.
- 7.54. Meia elástica.
- 7.55. Meia, cinta, atadura e calça elástica.
- 7.56. Micro por espaçador.
- 7.57. Muletas.
- 7.58. Pasta gel.
- 7.59. Pijama descartável.
- 7.60. Plug adaptador macho.
- 7.61. Sabonete.
- 7.62. Sandália para gesso.
- 7.63. Sandálias para gesso e palmilha para calcâneo.
- 7.64. Sensor para oxímetro.
- 7.65. Tapoin.
- 7.66. Termômetros.
- 7.67. Tipóias.
- 7.68. Toalha descartável.

8. Determinações sobre troca de artigos utilizados em atenção domiciliar.

8.1. As determinações das trocas de artigos são baseadas nas recomendações dos fabricantes e da literatura científica referenciada abaixo:

8.1.1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Medidas para Prevenção de Infecção Relacionada à Saúde. Brasília, 2017.

8.1.2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 63 de julho de 2000 que dispõe sobre os requisitos mínimos para terapia nutricional enteral. Brasília, 2000.

8.1.3. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 337 de 14 abril de 1999. Aprova o Regulamento Técnico para terapia Nutricional. Diário Oficial da União da Republica Federativa do Brasil, Brasília , 14 de abril de 1999.

8.1.4. UNAMUNO MRDL&MARCHINI JS. Sonda nasogastrica/nasoenterica: cuidados na instalação, na administração da dieta e prevenção de complicações. Medicina, Ribeirão, 35:95-101, jan/mar.2002.

8.2. ÁGUA DESTILADA PARA RESPIRADORES: Será pago 01 (um) frasco de 500 (quinhentos) ml por dia, para vidro de umidificador 250 (duzentos e cinquenta) ml e em caso de micronebulização ou 01 (uma) ampola por sessão.

8.3. ASPIRAÇÃO TRAQUEAL: será pago 01 (uma) sonda, 01 (um) par de luvas de plástico e 01 (um) Soro Fisiológico ou Água Bidestilada de 10 (dez) ml por aspiração, até 06 (seis) por dia.

8.4. ATADURA DE CREPON: será pago somente quando houver indicação, não será coberto em caso de contenção no leito.

8.5. BOLSA COLETORA DE URINA SISTEMA FECHADO: será pago mediante a prescrição de sondagem vesical de demora, sua troca terá que ter justificativa.

8.6. BOLSA DE COLOSTOMIA CARAYA: será pago uma a cada 07 (sete) dias, e em caso justificado pelo enfermeiro.

8.7. BOLSA DE COLOSTOMIA PLÁSTICO: 03 (três) por dia.

- 8.8. CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA: será pago 01 (uma) por traqueostomia, troca somente em caso de obstrução ou se o balão furar, a descrição deverá estar registrada em prontuário. A embalagem deverá ser anexada.
- 8.9. CATETER DE OXIGÊNIO: será pago 01 (um) por internação.
- 8.10. CATETER HEPARINIZADO OU SALINIZADO: somente com prescrição e pagar 01 (uma) seringa de 10 (dez) ml, 01 (uma) agulha de 25/07, 01 (uma) ampola de SF com 0.2 ml de heparina.
- 8.11. EQUIPOS: infusão NPT e QT o pagamento será para cada troca de esquema.
- 8.12. EQUIPO INFUSÃO DE DROGAS FOTOSSENSÍVEIS: o pagamento será por droga/soro aplicada/dia utilizado.
- 8.13. JELCOS E SCALPS: será pago 01 (um) a cada 03 (três) dias. Quando necessitar de uma quantidade maior terá que ser justificado.
- 8.14. LUVA ESTÉRIL: será pago somente para procedimento estéril.
- 8.15. SONDA NASOENTÉRICA: será pago uma por internação, sua troca será autorizada em caso de internação prolongada por mais de 90 (noventa) dias ou com justificativa ou do enfermeiro. Sua embalagem deverá estar anexada em prontuário.
- 8.16. TUBO TRAQUEAL DESCARTÁVEL: pagamento integral.
- 8.17. EQUIPO (MACROGOTAS, MICROGOTAS), EXTENSOR E TREE-WAY (TORNEIRINHA) PARA INFUSÃO ENDOVENOSA: o pagamento será a cada 72 horas, podendo haver troca com intervalo menor se houver contaminação mediante relatório do enfermeiro ou médico.
- 8.18. EQUIPO PARA INFUSÃO DE DIETA ENTERAL: o equipo poderá ser utilizado para infusão de dieta e hidratação: O pagamento será a cada 24 horas, podendo ser utilizado até 72 horas em caso excepcionais mediante justificativa. Após o uso é recomendado lavar o equipo e deixa-lo por até 30 min em solução com hipoclorito de sódio (água sanitária) e enxaguar após. Preparo da solução – Em 1 litro de água misture uma colher de sopa (8 ml). A solução poderá ser utilizada durante 24hs.
- 8.19. FRASCO PARA ADMINISTRAÇÃO DE DIETA: o frasco poderá ser utilizado para infusão de dieta e hidratação. O pagamento será a cada 24 horas, podendo ser utilizado até 72 hs em caso excepcionais mediante justificativa. Após o uso é recomendado lavar o equipo e deixá-lo por até 30 min em solução com hipoclorito de sódio (água sanitária) e enxaguar após. Preparo da solução – Em 1 litro de água misture uma colher de sopa (8 ml) . A solução poderá ser utilizada durante 24hs.
- 8.20. SERINGA DE 60 ML: para lavar sondas enterais. Será pago 1(uma) a cada 7 dias. Fazer desinfecção diária - Deixar imerso em solução de hipoclorito de sódio (água sanitária) por 30 min. Preparo da solução – Em 1 litro de água misture uma colher de sopa (8 ml) . A solução poderá ser utilizada durante 24hs.
- 8.21. SONDA VESICAL DE DEMORA: será pago em caso de obstrução, contaminação ou mau funcionamento. Não existe recomendação na literatura para a troca rotineira. Evitar manipulação e descontinuidade do circuito.
- 8.22. SONDA NASOGÁSTRICA/ENTÉRICA: será pago em caso de obstrução, contaminação e mau funcionamento, mediante relatório do enfermeiro ou médico. Não existe recomendação na literatura para a troca rotineira. Lavar a sonda com 40-60ml de água filtrada, após administração de dieta e/ou medicação.
- 8.23. GASTROSTOMIA E MICKEY: será pago em caso de obstrução, exteriorização e mau funcionamento, mediante relatório do enfermeiro ou médico e justificativa. Não existe recomendação na literatura para a troca rotineira. Lavar a sonda com 40-60ml de água filtrada, após administração de dieta e/ou medicação.
- 8.24. GASTROSTOMIA TEMPORÁRIA (SONDA FOLEY): será pago em caso de obstrução, exteriorização e mau funcionamento, mediante relatório do enfermeiro ou médico e justificativa. Não existe

recomendação na literatura para a troca rotineira. Lavar a sonda com 40-60ml de água filtrada, após administração de dieta e/ou medicação.

8.25. COLETOR PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA: será pago 01(um) por dia. Deverá ser feita higienização rigorosa da Glande. Atentar para retornar o prepúcio para posição anatômica.

8.26. FRASCO DE COLETOR URINÁRIO: será pago 01(um) a cada 07 EQUIPO PARA INFUSÃO DE DIETA ENTERAL: o equipo poderá ser utilizado para infusão de dieta e hidratação: O pagamento será a cada 24 horas, podendo ser utilizado até 72 horas em caso excepcionais mediante justificativa. Após o uso é recomendado lavar o equipo e deixá-lo por até 30 min em solução com hipoclorito de sódio (água sanitária) e enxaguar após. Preparo da solução – Em 1 litro de água misture uma colher de sopa (8 ml). A solução poderá ser utilizada durante 24hs.