

ANEXO I
CRENCIAMENTO - CONISCA Nº. 015/2023 TABELA DE SERVIÇOS E VALORES

DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA		
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
02.04.01.003-9	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	R\$ 42.50
02.04.01.004-7	RADIOGRAFIA DE ARCADEA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS)	R\$ 40.80
02.04.01.005-5	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	R\$ 39.69
02.04.01.006-3	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	R\$ 36.33
02.04.01.007-1	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIQUA / BRETTON + HIRTZ)	R\$ 42.52
02.04.01.008-0	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	R\$ 39.58
02.04.01.009-8	RADIOGRAFIA DE LARINGE	R\$ 42.43
02.04.01.010-1	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)	R\$ 39.16
02.04.01.011-0	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)	R\$ 80.00
02.04.01.012-8	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 40.74
02.04.01.013-6	RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (LOCALIZACAO DE CORPO ESTRANHO)	R\$ 43.90
02.04.01.014-4	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 38.55
02.04.01.015-2	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON)	R\$ 31.17
02.04.02.003-4	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	R\$ 41.60
02.04.02.004-2	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	R\$ 50.50
02.04.02.005-0	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA	R\$ 48.93
02.04.02.006-9	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 52.60
02.04.02.007-7	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)	R\$ 39.40
02.04.02.008-5	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA	R\$ 40.80
02.04.02.009-3	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	R\$ 45.78
02.04.02.010-7	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	R\$ 47.88
02.04.02.011-5	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINAMICA	R\$ 43.70
02.04.02.012-3	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA	R\$ 37.48
02.04.06.007-9	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO ILIACA	R\$ 41.80
02.04.06.017-6	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES	R\$ 36.54
02.04.02.013-1	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUNA TOTAL- TELESFONDILOGRAFIA (P/ ESCOLIOSE)	R\$ 73.00
02.04.03.007-2	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	R\$ 40.63
02.04.03.008-0	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	R\$ 46.20
02.04.03.009-9	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	R\$ 48.50
02.04.03.010-2	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)	R\$ 34.05
02.04.03.011-0	RADIOGRAFIA DE PNEUMOMEDIASTINO	R\$ 81.80
10.01.99.001-0	RADIOGRAFIA DE PENIS	R\$ 25.93
02.04.03.012-9	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDOTICA)	R\$ 39.40
02.04.03.013-7	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRACAO + EXPIRACAO + LATERAL)	R\$ 42.30
02.04.03.014-5	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 51.24
02.04.03.015-3	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	R\$ 47.04
02.04.03.016-1	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRAO OIT)	R\$ 38.70
02.04.03.017-0	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	R\$ 37.06
02.04.04.001-9	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	R\$ 33.28
02.04.04.002-7	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	R\$ 34.86
02.04.04.003-5	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	R\$ 34.28
02.04.04.004-3	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	R\$ 40.01
02.04.04.005-1	RADIOGRAFIA DE BRACO	R\$ 38.43
02.04.04.006-0	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	R\$ 36.96
02.04.04.007-8	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R\$ 33.39
02.04.04.008-6	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO	R\$ 32.34
02.04.04.009-4	RADIOGRAFIA DE MAO	R\$ 34.96
02.04.04.010-8	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	R\$ 31.81
02.04.04.011-6	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES)	R\$ 40.40
02.04.04.012-4	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 40.42
02.04.05.011-1	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	R\$ 47.04
02.04.05.012-0	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	R\$ 65.25
02.04.05.013-8	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	R\$ 38.22
02.04.05.014-6	RADIOGRAFIA ESTOMAGO E DUODENO	R\$ 53.30
02.04.05.015-4	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRÁNSITO)	R\$ 52.00
02.04.05.016-2	RADIOGRAFIA P/ ESTUDO DO DELGADO C/ DUPLO CONTRASTE (ENTEROCLISE)	R\$ 53.00
02.04.06.006-0	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	R\$ 40.53
02.04.06.007-9	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA	R\$ 36.75
02.04.06.008-7	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	R\$ 35.70
02.04.06.009-5	RADIOGRAFIA DE BACIA	R\$ 40.53
02.04.06.010-9	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO	R\$ 40.53
02.04.06.011-7	RADIOGRAFIA DE COXA	R\$ 41.80
02.04.06.012-5	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	R\$ 36.75
02.04.06.013-3	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	R\$ 40.53

02.04.06.014-1	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)	R\$	38.64
02.04.06.015-0	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	R\$	36.75
02.04.06.016-8	RADIOGRAFIA DE PERNA	R\$	41.80
10.02.99.040-2	RADIOGRAFIA AMPLIAÇÃO OU MAGNIFICAÇÃO DE LESÃO MAMÁRIA	R\$	80.00
02.04.06.001-0	ARTROGRAFIA	R\$	45.34
02.04.05.001-4	CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE	R\$	285.00
02.04.01.001-2	DACRIOCISTOGRAFIA	R\$	48.85
10.01.99.001-1	DENSITOMETRIA OSSEA 1 SEGMENTO	R\$	80.00
10.01.99.001-2	DENSITOMETRIA OSSEA 2 SEGMENTOS	R\$	95.00
10.01.99.001-3	DENSITOMETRIA OSSEA CORPO INTEIRO	R\$	120.00
02.04.03.002-1	DUCTOGRAFIA (POR MAMA)	R\$	80.00
02.04.05.004-9	DUODENOGRAFIA HIPOTONICA	R\$	36.24
02.04.06.003-6	ESCANOMETRIA	R\$	7.77
02.04.05.005-7	FISTULOGRAFIA	R\$	300.00
02.04.05.006-5	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	R\$	400.00
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	R\$	52.00
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO 9MAMA MÓVEL)	R\$	85.00
02.04.03.004-8	MARCAÇÃO PRE-CIRURGICA DE LESAO NAO PALPAVEL DE MAMA ASSOCIADA A MAMOGRAFIA	R\$	62.50
02.04.02.001-8	MIELOGRAFIA	R\$	118.80
02.04.05.018-9	UROGRAFIA VENOSA	R\$	400.00
02.04.05.017-0	URETROCISTOGRAFIA	R\$	400.00
10.01.99.001-4	URETROCISTOGRAFIA RETROGADA	R\$	466.38
02.04.01.019-5	SIALOGRAFIA (POR GLANDULA)	R\$	380.00
DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA			
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR	
02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	R\$	89.25
10.01.99.001-5	ECOCARDIOGRAFIA FETAL	R\$	215.00
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA	R\$	60.00
10.01.99.001-6	ULTRASSONOGRAFIA C/ DOPPLER ABDOMEM TOTAL E PELVE FEMININO	R\$	168.52
10.01.99.001-7	ULTRASSONOGRAFIA C/ DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS/ ARTERIAS BILATERAL CAROTIDAS E VERTEBRAS	R\$	129.36
10.01.99.001-8	ULTRASSONOGRAFIA C/DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS VENOSOS BILATERAL SUBCLAVIAS E JUGULARES	R\$	129.36
10.01.99.001-9	ULTRASSONOGRAFIA C/ DOPPLER COLORIDO DE ORGÃO OU ESTRUTURA ISOLADA	R\$	95.00
10.01.99.002-0	ULTRASSONOGRAFIA C/ DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ARTERIAS RENAIAS	R\$	129.36
10.01.99.002-1	ULTRASSONOGRAFIA C/ DOPPLER COLORIDO DE AORTA ILIACAS	R\$	129.36
10.01.99.002-2	ULTRASSONOGRAFIA C/DOPPLER COLORIDO DE ARTERIAS VISCERAIS MESENTERICAS SUPERIOR E INFERIOR E TRONCO CELIACO	R\$	129.36
10.01.99.002-3	ULTRASSONOGRAFIA C/ DOPPLER COLORIDO DE VEIA CAVA SUPERIOR OU INFERIOR	R\$	129.36
10.01.99.002-4	ULTRASSONOGRAFIA C/ DOPPLER COLORIDO DE HEMANGIOMA	R\$	129.36
10.01.99.002-5	ULTRASSONOGRAFIA C/DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR (CADA MEMBRO)	R\$	129.36
10.01.99.002-6	ULTRASSONOGRAFIA C/ DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO SUPERIOR (CADA MEMBRO)	R\$	129.36
10.01.99.002-7	ULTRASSONOGRAFIA C/DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR (CADA MEMBRO)	R\$	129.36
10.01.99.002-8	ULTRASSONOGRAFIA C/ DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO INFERIOR (CADA MEMBRO)	R\$	129.36
10.01.99.002-9	ULTRASSONOGRAFIA C/ DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	R\$	60.00
10.01.99.003-0	ULTRASSONOGRAFIA C/ DOPPLER OBSTETRICA COLORIDO E PULSADO	R\$	103.84
10.01.99.003-1	ULTRASSONOGRAFIA C/DOPPLER COLORIDO TRANSFONTANELA	R\$	129.36
10.01.99.003-2	ULTRASSONOGRAFIA C/DOPPLER CONVENCIONAL ORGÃO/ESTRUTURA ISOLADA	R\$	64.68
10.01.99.003-3	ULTRASSONOGRAFIA C/ DOPPLER TIREÓIDE	R\$	103.84
10.01.99.003-4	ULTRASSONOGRAFIA BIOMICROSCOPIA MONOCULAR	R\$	80.00
02.05.02.003-8	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	R\$	39.16
02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	R\$	64.68
02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	R\$	39.16
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULACAO	R\$	39.16
02.05.02.007-0	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R\$	39.16
02.05.02.008-9	ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)	R\$	64.68
02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	R\$	39.16
02.05.02.010-0	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	R\$	39.16
02.05.02.011-9	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$	39.16
02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE	R\$	39.16
02.05.02.013-5	ULTRASSONOGRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	R\$	39.16
02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	R\$	39.16
10.01.99.003-5	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA C/ AMNIOCENTESE	R\$	80.00
02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	R\$	39.16
10.01.99.003-6	ULTRASSONOGRAFIA PARTES MOLES	R\$	39.16
02.05.02.017-8	ULTRASSONOGRAFIA TANSFONTANELA	R\$	39.16
10.01.99.003-7	ULTRASSONOGRAFIA COURO CABELUDO	R\$	64.68
10.01.99.003-8	ULTRASSONOGRAFIA INGUINAL	R\$	39.16
10.01.99.003-9	ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA (1º TRIMESTRE)	R\$	200.00
10.01.99.004-0	ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA (2º/3º TRIMESTRE)	R\$	300.00
02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	R\$	39.16

10.01.99.004-1	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSRETAL COM BIÓPSIA (ATÉ 12 FRAGMENTOS)	R\$	330.00
10.01.99.004-2	ULTRASSONOGRRAFIA RETROPERITÔNIO GRANDES VASOS OU ADRENAIS	R\$	258.72
10.01.99.004-3	ULTRASSONOGRRAFIA DERMATOLÓGICO PELE E SUBCUTÂNEO	R\$	80.00
10.01.99.004-4	ULTRASSONOGRRAFIA ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (CERVICAL OU AXILIAS OU MÚSCULO OU TENDÃO)	R\$	39.16
10.01.99.004-5	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA COM TRANSLUCÊNCIA NUCAL	R\$	210.00
10.01.99.004-6	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL PARA CONTROLE DE OVULAÇÃO (3 OU MAIS EXAMES)	R\$	120.00
10.01.99.004-7	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA PERFIL BIOFÍSICO FETAL	R\$	100.00
DIAGNÓSTICO POR ANGIOTOMOGRAFIA			
CÓDIGO	PROCEDIMENTO		VALOR
02.07.01.001-3	ANGIOTOMOGRAFIA CRÂNIO CEREBRAL (ENCEFALO)	R\$	300.00
10.01.99.004-8	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA ABDOMEM SUPERIOR	R\$	440.00
10.01.99.004-9	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA ABDOMEM INFERIOR	R\$	440.00
10.01.99.005-0	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA ABDOMEM TOTAL	R\$	440.00
10.01.99.005-1	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA CRÂNIO	R\$	440.00
10.01.99.005-2	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA MEMBRO SUPERIOR	R\$	440.00
10.01.99.005-3	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA MEMBRO INFERIOR	R\$	440.00
10.01.99.005-4	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA PESCOÇO	R\$	440.00
10.01.99.005-5	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA Pelve	R\$	440.00
10.01.99.005-6	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA TÓRAX	R\$	440.00
10.01.99.005-7	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA TEP	R\$	440.00
10.01.99.005-8	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL ABDOMEM SUPERIOR	R\$	440.00
10.01.99.005-9	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL ABDOMEM INFERIOR	R\$	440.00
10.01.99.006-0	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL ABDOMEM TOTAL	R\$	440.00
10.01.99.006-1	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL CRÂNIO	R\$	440.00
10.01.99.006-2	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL MEMBRO SUPERIOR	R\$	440.00
10.01.99.006-3	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL MEMBRO INFERIOR	R\$	440.00
10.01.99.006-4	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL PESCOÇO	R\$	440.00
10.01.99.006-5	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL TEP	R\$	440.00
10.01.99.006-6	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL TÓRAX	R\$	440.00
10.01.99.006-7	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL Pelve	R\$	440.00
10.01.99.006-8	ANGIOTOMOGRAFIA CORONÁRIAS	R\$	880.00
10.01.99.006-9	ANGIOTOMOGRAFIA CAROTIDAS	R\$	900.00
10.01.99.007-0	ANGIOTOMOGRAFIA AORTA ILIACA	R\$	900.00
10.01.99.007-1	ANGIOTOMOGRAFIA RENAL	R\$	800.00
10.01.99.007-2	ANGIOTOMOGRAFIA INTRACRANIANA	R\$	440.00
10.01.99.007-3	ANGIOTOMOGRAFIA AORTA TORÁCICA	R\$	440.00
10.01.99.007-4	ANGIOTOMOGRAFIA AORTA ABDOMINAL	R\$	440.00
10.01.99.007-5	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA + ARTERIAL DE ABDOMEM SUPERIOR	R\$	660.00
10.01.99.007-6	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA + ARTERIAL DE ABDOMEM INFERIOR	R\$	660.00
10.01.99.007-7	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA + ARTERIAL DE PESCOÇO, PELVE, TÓRAX, AORTA	R\$	490.00
10.01.99.007-8	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA + ARTERIAL TEP	R\$	660.00
10.01.99.007-9	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA + ARTERIAL ABDOMEM TOTAL	R\$	600.00
DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (COM CONTRASTE + R\$ 100,00)			
CÓDIGO	PROCEDIMENTO		VALOR
02.06.01.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL	R\$	220.00
10.01.99.008-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTÓIDES/OUVIDO	R\$	200.00
02.06.03.003-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE BACIA OU PELVE / ABDOMEM INFERIOR	R\$	200.00
10.01.99.008-1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO DE TEMPORO MANDIBULAR	R\$	200.00
10.01.99.008-2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE VIAS URINÁRIAS	R\$	220.00
10.01.99.008-3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE QUADRIL (CADA LADO)	R\$	200.00
02.06.01.002-8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$	200.00
02.06.01.003-6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA	R\$	200.00
02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES	R\$	200.00
02.06.01.005-2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO	R\$	200.00
02.06.01.006-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA	R\$	200.00
02.06.01.007-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO	R\$	200.00
02.06.02.001-5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR	R\$	220.00
02.06.02.002-3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNÁ, PÉ)	R\$	200.00
02.06.02.003-1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX	R\$	200.00
02.06.02.004-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE HEMITORAX, PULMÃO OU DO MEDIÁSTINO	R\$	200.00
02.06.03.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEM SUPERIOR	R\$	200.00
10.05.99.047-2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEM TOTAL	R\$	400.00
02.06.03.002-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR	R\$	220.00
02.06.01.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/CONTRASTE	R\$	350.00
10.01.99.008-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTÓIDES/OUVIDO C/CONTRASTE	R\$	350.00
02.06.03.003-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE BACIA OU PELVE / ABDOMEM INFERIOR C/CONTRASTE	R\$	350.00
10.01.99.008-5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO DE TEMPORO MANDIBULAR C/CONTRASTE	R\$	350.00
10.01.99.008-6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE VIAS URINÁRIAS C/CONTRASTE	R\$	350.00

10.01.99.008-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE QUADRIL (CADA LADO) C/CONTRASTE	R\$	350.00
02.06.01.002-8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/CONTRASTE	R\$	350.00
02.06.01.003-6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/CONTRASTE	R\$	350.00
02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES C/CONTRASTE	R\$	350.00
02.06.01.005-2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO C/CONTRASTE	R\$	370.00
02.06.01.006-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA C/CONTRASTE	R\$	350.00
02.06.01.007-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO C/CONTRASTE	R\$	350.00
02.06.02.001-5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR C/CONTRASTE	R\$	350.00
02.06.02.002-3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ) C/CONTRASTE	R\$	350.00
02.06.02.003-1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX C/CONTRASTE	R\$	350.00
02.06.02.004-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE HEMITORAX, PULMÃO OU DO MEDIATINO C/CONTRASTE	R\$	350.00
02.06.03.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR C/CONTRASTE	R\$	370.00
10.01.99.008-8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEM TOTAL C/CONTRASTE	R\$	550.00
02.06.03.002-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR C/CONTRASTE	R\$	350.00
10.01.99.008-9	TOMOGRAFIA APÓS HORÁRIO COMERCIAL (18h ÀS 08:00h) ACRÉSCIMO POR EVENTO	R\$	100.00
10.01.99.009-0	LAUDO TOMOGRAFIA URGÊNCIA (2 HORAS)	R\$	70.00
DIAGNÓSTICO POR ANGIORESSONÂNCIA MAGNÉTICA			
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR	
02.07.01.001-3	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA CRANIO CEREBRAL (ENCEFALO)	R\$	460.00
10.01.99.009-1	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA VENOSA CRÂNIO OU PESCOÇO	R\$	460.00
10.01.99.009-2	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA AORTA TORÁCICA	R\$	460.00
10.01.99.009-3	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA AORTA ABDOMINAL	R\$	460.00
10.01.99.009-4	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA VENOSA ABDOMEM INFERIOR	R\$	460.00
10.01.99.009-5	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA VENOSA ABDOMEM SUPERIOR	R\$	460.00
10.01.99.009-6	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA VENOSA PELVE	R\$	460.00
10.01.99.009-7	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA VENOSA PULMONAR	R\$	460.00
10.01.99.009-8	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA VENOSA MEMBRO INFERIOR UNILATERAL	R\$	460.00
10.01.99.009-9	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA VENOSA MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL	R\$	460.00
10.01.99.010-0	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA ARTERIAL CRÂNIO OU PESCOÇO	R\$	460.00
10.01.99.010-1	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA ARTERIAL ABDOMEM SUPERIOR	R\$	460.00
10.01.99.010-2	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA ARTERIAL MEMBRO INFERIOR UNILATERAL	R\$	460.00
10.01.99.010-3	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA ARTERIAL MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL	R\$	460.00
10.01.99.010-4	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA ARTERIAL PELVE	R\$	460.00
10.01.99.010-5	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA ARTERIAL PULMONAR	R\$	460.00
DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA			
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR	
02.07.01.002-1	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	R\$	380.00
02.07.01.003-0	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	R\$	380.00
02.07.01.004-8	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$	380.00
02.07.01.005-6	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORACICA	R\$	380.00
02.07.01.006-4	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE CRANIO E BASE DO CRÂNIO	R\$	380.00
02.07.01.007-2	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE SELA TURCICA	R\$	380.00
02.07.02.001-9	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE	R\$	702.36
02.07.02.002-7	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNIL N INCLUI ARTICULAÇÕES)	R\$	380.00
02.07.02.003-5	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE TORAX (MEDIATINO/PULMÃO/PAREDE TORÁCICA)	R\$	380.00
02.07.03.001-4	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$	380.00
02.07.03.002-2	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR	R\$	380.00
02.07.03.003-0	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R\$	380.00
02.07.03.004-9	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA	R\$	380.00
10.01.99.010-6	RESSONANCIA MAGNÉTICA ÓBITA LATERAL	R\$	380.00
10.01.99.010-7	RESSONANCIA MAGNÉTICA OSSO TEMPORAIS BILATERAL	R\$	380.00
10.01.99.010-8	RESSONANCIA MAGNÉTICA FACE (INCLUI SEIOS DA FACE)	R\$	380.00
10.01.99.010-9	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE PESCOÇO	R\$	380.00
10.01.99.011-0	RESSONANCIA MAGNÉTICA FETAL	R\$	380.00
10.01.99.011-1	RESSONANCIA MAGNÉTICA PÊNIS	R\$	380.00
10.01.99.011-2	RESSONANCIA MAGNÉTICA BOLSA ESCROTAL	R\$	380.00
10.01.99.011-3	RESSONANCIA MAGNÉTICA CERVICAL/OU DORSAL OU LOMBAR	R\$	380.00
10.01.99.011-4	RESSONANCIA MAGNÉTICA MÃO (NÃO INCLUI PUNHO)	R\$	380.00
10.01.99.011-5	RESSONANCIA MAGNÉTICA BRAQUIAL OU LOMBOSACRA	R\$	380.00
10.01.99.011-6	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR	R\$	380.00
10.01.99.011-7	RESSONANCIA MAGNÉTICA COXA UNILATERAL	R\$	380.00
10.01.99.011-8	RESSONANCIA MAGNÉTICA PÉ NÃO INCLUI TORNOZELO	R\$	380.00
10.01.99.011-9	RESSONANCIA MAGNÉTICA PERNA UNILATERAL	R\$	380.00
10.01.99.012-0	RESSONANCIA MAGNÉTICA ARTICULAÇÕES (POR ARTICULAÇÃO)	R\$	380.00
10.01.99.012-1	RESSONANCIA MAGNÉTICA MAMA BILATERAL	R\$	380.00
10.01.99.012-2	RESSONANCIA MAGNÉTICA FLUXO LIQUÓRICO COMO COMPLEMENTAR	R\$	380.00
10.01.99.012-3	RESSONANCIA MAGNÉTICA MEMBRO INFERIOR	R\$	380.00
10.01.99.012-4	RESSONANCIA MAGNÉTICA AVALIAÇÃO DE FERRO (CORACÃO OU FIGADO)	R\$	380.00

10.01.99.012-5	RESSONANCIA MAGNÉTICA TRACTOGRAFIA	R\$	380.00
10.01.99.012-6	RESSONANCIA MAGNÉTICA DIFUSÃO POR RM	R\$	380.00
10.01.99.012-7	RESSONANCIA MAGNÉTICA PLANEJAMENTO	R\$	380.00
10.01.99.012-8	RESSONANCIA MAGNÉTICA ENDORRETAL	R\$	380.00
10.01.99.012-9	RESSONANCIA MAGNÉTICA ENDOVAGINAL	R\$	380.00
10.01.99.013-0	RESSONANCIA MAGNÉTICA NEURONAVEGADOR	R\$	380.00
10.01.99.013-1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ENDOGENA	R\$	380.00
10.01.99.013-2	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA CORAÇÃO MORFOLÓGICO FUNCIONAL (PERFUSÃO+ESTRESSE)	R\$	702.36
10.01.99.013-3	RESSONANCIA MAGNÉTICA CORAÇÃO MORFOLÓGICO FUNCIONAL (PERFUSÃO+VIAS BILIARES MIOCARDIO)	R\$	1.200.00
10.01.99.013-4	HIDRORESSONÂNCIA	R\$	550.00
02.07.01.002-1	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL) C/CONTRASTE	R\$	510.00
02.07.01.003-0	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO C/CONTRASTE	R\$	510.00
02.07.01.004-8	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/CONTRASTE	R\$	510.00
02.07.01.005-6	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORACICA C/CONTRASTE	R\$	510.00
02.07.01.006-4	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO E BASE DO CRÂNIO C/CONTRASTE	R\$	510.00
02.07.01.007-2	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE SELA TURCICA C/CONTRASTE	R\$	510.00
02.07.02.001-9	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE	R\$	702.36
02.07.02.002-7	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNIL N INCLUI ARTICULAÇÕES) C/CONTRASTE	R\$	510.00
02.07.02.003-5	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE TORAX (MEDIATINO/PULMÃO/PAREDE TORÁCICA) C/CONTRASTE	R\$	510.00
02.07.03.001-4	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN SUPERIOR C/CONTRASTE	R\$	510.00
02.07.03.002-2	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR C/CONTRASTE	R\$	510.00
02.07.03.003-0	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) C/CONTRASTE	R\$	510.00
02.07.03.004-9	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA C/CONTRASTE	R\$	510.00
10.01.99.013-5	RESSONANCIA MAGNÉTICA ÓBITA LATERAL C/CONTRASTE	R\$	510.00
10.01.99.013-6	RESSONANCIA MAGNÉTICA OSSO TEMPORAIS BILATERAL C/CONTRASTE	R\$	510.00
10.01.99.013-7	RESSONANCIA MAGNÉTICA FACE (INCLUI SEIOS DA FACE) C/CONTRASTE	R\$	510.00
10.01.99.013-8	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE PESCOÇO C/CONTRASTE	R\$	510.00
10.01.99.013-9	RESSONANCIA MAGNÉTICA FETAL C/CONTRASTE	R\$	510.00
10.01.99.014-0	RESSONANCIA MAGNÉTICA PÊNIS C/CONTRASTE	R\$	510.00
10.01.99.014-1	RESSONANCIA MAGNÉTICA BOLSA ESCROTAL C/CONTRASTE	R\$	510.00
10.01.99.014-2	RESSONANCIA MAGNÉTICA CERVICAL/OU DORSAL OU LOMBAR	R\$	510.00
10.01.99.014-3	RESSONANCIA MAGNÉTICA MÃO (NÃO INCLUI PUNHO) C/CONTRASTE	R\$	510.00
10.01.99.014-4	RESSONANCIA MAGNÉTICA BRAQUIAL OU LOMBOSACRA C/CONTRASTE	R\$	510.00
10.01.99.014-5	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR C/CONTRASTE	R\$	510.00
10.01.99.014-6	RESSONANCIA MAGNÉTICA COXA UNILATERAL C/CONTRASTE	R\$	510.00
10.01.99.014-7	RESSONANCIA MAGNÉTICA PÉ NÃO INCLUI TORNOZELO C/CONTRASTE	R\$	510.00
10.01.99.014-8	RESSONANCIA MAGNÉTICA PERNA UNILATERAL	R\$	510.00
10.01.99.014-9	RESSONANCIA MAGNÉTICA ARTICULAÇÕES (POR ARTICULAÇÃO) C/CONTRASTE	R\$	510.00
10.01.99.015-0	RESSONANCIA MAGNÉTICA MAMA BILATERAL C/CONTRASTE	R\$	510.00
10.01.99.015-1	RESSONANCIA MAGNÉTICA FLUXO LIQUÓRICO COMO COMPLEMENTAR C/CONTRASTE	R\$	510.00
10.01.99.015-2	RESSONANCIA MAGNÉTICA MEMBRO INFERIOR	R\$	510.00
10.01.99.015-3	RESSONANCIA MAGNÉTICA AVALIAÇÃO DE FERRO (CORAÇÃO OU FÍGADO) C/CONTRASTE	R\$	510.00
10.01.99.015-4	RESSONANCIA MAGNÉTICA TRACTOGRAFIA C/CONTRASTE	R\$	510.00
10.01.99.015-5	RESSONANCIA MAGNÉTICA DIFUSÃO POR RM C/CONTRASTE	R\$	510.00
10.01.99.015-6	RESSONANCIA MAGNÉTICA PLANEJAMENTO C/CONTRASTE	R\$	510.00
10.01.99.015-7	RESSONANCIA MAGNÉTICA ENDORRETAL C/CONTRASTE	R\$	510.00
10.01.99.015-8	RESSONANCIA MAGNÉTICA ENDOVAGINAL C/CONTRASTE	R\$	510.00
10.01.99.015-9	RESSONANCIA MAGNÉTICA NEURONAVEGADOR	R\$	510.00
10.01.99.016-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ENDOGENA C/CONTRASTE	R\$	510.00
10.01.99.016-1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA CORAÇÃO MORFOLÓGICO FUNCIONAL (PERFUSÃO+ESTRESSE)	R\$	802.46
10.01.99.016-2	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA CORAÇÃO MORFOLÓGICO FUNCIONAL (PERFUSÃO+VIAS BILIARES MIOCARDIO)	R\$	802.46

DIAGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
02.08.01.001-7	CINTILOGRAFIA DE CORACAO C/ GALIO 67	R\$ 1200.00
02.08.09.001-0	CINTILOGRAFIA C/ GALIO 67 CORPO INTEIRO/PESQUISA NEOPLASIAS	R\$ 906.80
02.08.01.002-5	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE ESTRESSE (MINIMO 3 PROJECOES)	R\$ 600.00
02.08.01.003-3	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE REPOUSO (MINIMO 3 PROJEÇÕES)	R\$ 550.00
02.08.01.004-1	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ LOCE NECROSE (MIN 3 PROJEÇÕES)	R\$ 500.00
02.08.01.005-0	CINTILOGRAFIA P/ AVALIACAO DE FLUXO SANGUINEO DE EXTREMIDADES	R\$ 350.00
02.08.01.006-8	CINTILOGRAFIA P/ QUANTIFICACAO DE SHUNT EXTRACARDIACO	R\$ 406.29
02.08.01.007-6	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE ESFORCO	R\$ 500.00
02.08.01.008-4	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE REPOUSO (VENTRICULOGRAFIA)	R\$ 500.00
02.08.02.001-2	CINTILOGRAFIA DE FIGADO E BACO (MINIMO 5 IMAGENS)	R\$ 550.00
02.08.02.002-0	CINTILOGRAFIA DE FIGADO E VIAS BILIARES	R\$ 550.00
02.08.02.003-9	CINTILOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTIMULO	R\$ 300.00
02.08.02.005-5	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (LIQUIDO)	R\$ 425.13
02.08.02.006-3	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (SEMI-SOLIDO)	R\$ 362.69
02.08.02.007-1	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO GASTRICO	R\$ 450.00
02.08.02.008-0	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL	R\$ 300.00

02.08.02.009-8	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA	R\$	480.00
02.08.02.010-1	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NAO ATIVA	R\$	502.41
02.08.02.011-0	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFAGICO	R\$	441.79
02.08.03.001-8	CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES	R\$	324.54
02.08.03.002-6	CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE	R\$	77.28
02.08.03.002-6	CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE COM OU SEM CAPTAÇÃO	R\$	77.28
02.08.03.003-4	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ TESTE DE SUPRESSAO / ESTIMULO	R\$	107.30
02.08.03.004-2	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTEIRO	R\$	338.70
02.08.04.002-1	CINTILOGRAFIA DE RIM C/ GALIO 67	R\$	457.55
02.08.04.003-0	CINTILOGRAFIA DE TESTICULO E BOLSA ESCROTAL	R\$	310.00
02.08.04.005-6	CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)	R\$	133.03
02.08.04.006-4	CINTILOGRAFIA DE PULMAO C/ GALIO 67	R\$	324.54
02.08.04.007-2	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO P/ PESQUISA DE ASPIRAÇÃO	R\$	450.00
02.08.07.003-6	CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR INALCAO (MINIMO 2 PROJECOES)	R\$	128.12
02.08.07.004-4	CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR PERFUSAO (MINIMO 4 PROJECOES)	R\$	130.50
02.08.05.001-9	CINTILOGRAFIA DE ARTICULACOES E/OU EXTREMIDADES E/OU OSSO	R\$	180.32
02.08.05.002-7	CINTILOGRAFIA DE ESQUELETO (CORPO INTEIRO)	R\$	460.00
02.08.05.003-5	CINTILOGRAFIA DE OSSOS COM OU SEM FLUXO SANGUINEO (CORPO INTEIRO)	R\$	190.99
02.08.05.004-3	CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO OSSEO C/ GALIO 67	R\$	457.55
02.08.06.001-4	CINTILOGRAFIA DE PERFUSAO CEREBRAL C/ TALIO (SPCTO)	R\$	138.01
02.08.08.001-5	CINTILOGRAFIA DE SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL (MEDULA OSSEA)	R\$	112.61
02.08.09.003-7	CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)	R\$	289.43
02.08.09.002-9	CINTILOGRAFIA DE GRANDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA)	R\$	66.23
02.08.04.006-4	CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA	R\$	122.97
02.08.04.007-2	CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA	R\$	144.50
02.08.06.002-2	CISTERNOCINTILOGRAFIA (INCLUINDO PESQUISA E/OU AVALIACAO DO TRANSITO LIQUORICO)	R\$	325.34
02.08.01.009-2	DETERMINACAO DE FLUXO SANGUINEO REGIONAL	R\$	320.00
02.08.08.002-3	DEMONSTRACAO DE SEQUESTRO DE HEMACIAS PELO BACO (C/ RADIOISOTOPOS)	R\$	550.00
02.08.08.003-1	DETERMINACAO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS (C/ RADIOISOTOPOS)	R\$	430.00
02.08.04.008-0	DETERMINACAO DE FILTRACAO GLOMERULAR	R\$	250.00
02.08.04.009-9	DETERMINACAO DE FLUXO PLASMATICO RENAL	R\$	250.00
02.08.06.003-0	ESTUDO DE FLUXO SANGUINEO CEREBRAL	R\$	490.00
02.08.04.010-2	ESTUDO RENAL DINAMICO C/ OU S/ DIURETICO	R\$	420.00
02.08.02.012-8	IMUNO-CINTILOGRAFIA (ANTICORPO MONOCLONAL)	R\$	3.180.00
03.04.09.001-8	IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DA TIRÓIDE (150 MCI)	R\$	1.289.00
03.04.09.002-6	IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DA TIRÓIDE (100 MCI)	R\$	1.071.90
03.04.09.003-4	IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DA TIRÓIDE (200 MCI)	R\$	1.471.32
03.04.09.004-2	IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DA TIRÓIDE (250 MCI)	R\$	1.810.32
03.04.09.005-0	IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DA TIRÓIDE (30 MCI)	R\$	443.70
03.04.09.006-9	IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DA TIRÓIDE (50 MCI)	R\$	614.70
02.08.08.004-0	LINFOCINTILOGRAFIA	R\$	141.33
02.08.03.005-0	TESTE DO PERCLORATO C/ RADIOISOTOPO	R\$	300.00
03.03.12.005-3	TRATAMENTO DE DOR/MESTATASE C/RADIOISÓTOPO (TRATAMENTO EXCETO CA TIREÓIDE)	R\$	468.38
03.03.12.006-1	TRATAMENTO DE HIPERTIROIDISMO (PLUMMER ATÉ 30MCI)	R\$	443.70
03.03.12.007-0	TRATAMENTO HIPOTIROSDISMO GRAVIS	R\$	359.70

PROCEDIMENTOS COM FINALIDADES DIAGNÓSTICAS, CLÍNICAS E CIRÚRGICAS

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
03.03.05.001-2	ACOMPANHAMENTO E AVALIACAO DE GLAUCOMA POR FUNDOSCOPIA E TONOMETRIA	R\$ 17.74
10.01.99.016-3	AMPUTAÇÃO CHOPART	R\$ 415.59
10.01.99.016-4	APLICAÇÃO DE HEMOCLIP E ENDOLOOP + MUSECTOMIA	R\$ 1.083.00
04.05.03.001-0	APLICAÇÃO DE PLACA RADIOATIVA EPISCLERAL	R\$ 1.145.16
10.01.99.016-5	APLICAÇÃO DE PLASMA DE ARGÔNIO (CÓLON E RETO)	R\$ 900.00
02.11.07.003-3	AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE	R\$ 21.00
02.11.07.004-1	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AÉREA OU ÓSSEA)	R\$ 25.20
02.11.09.001-8	AVALIAÇÃO URODINÂMICA COMPLETA	R\$ 650.00
10.01.99.016-6	BAROPODIOMETRIA	R\$ 200.00
02.11.06.001-1	BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)	R\$ 48.48
10.01.99.016-7	BIOPSIA COM ANESTESIA LOCAL (OTORRINOLARINGOLOGIA)	R\$ 200.00
02.01.01.006-2	BIOPSIA DE BEXIGA	R\$ 330.00
02.01.01.041-0	BIOPSIA DE PROSTATA	R\$ 330.00
04.05.03.002-9	BIOPSIA DE TUMOR INTRA OCULAR	R\$ 96.11
10.01.99.016-8	BIOPSIA GINECOLOGICA - TRATO INF	R\$ 250.00
10.01.99.016-9	BIOPSIA LINFONODO GUIADA POR ULTRASSOM	R\$ 250.00
10.01.99.017-0	BLOQUEIO COM TOXINA BOTULINICA TIPO A PARA TRATAMENTO DE SITONIAS FOCAIS, ESPASMO HEMOFACIAL E ESPASTICIDADE	R\$ 250.00
10.01.99.025-1	CALOROMETRIA INDIRETA	R\$ 40.00
02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUEAL COM GRÁFICO	R\$ 120.00
04.05.05.002-0	CAPSULOTOMIA A YAG LASE	R\$ 90.00
04.05.05.037-2	FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL	R\$ 771.60

10.01.99.017-1	CIRURGIA REFRACTIVA	R\$ 2976.75
10.01.99.017-2	IMPLANTE DE LENTE RIGIDACEROTOCONE	R\$ 1550.00
10.01.99.017-3	CIRURGIAS AMBULATORIAIS	R\$ 150.00
04.01.02.017-7	CIRURGIA DE UNHA (CANTOPLASTIA)	R\$ 150.00
02.09.02.001-6	CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA E/OU URETROSCOPIA	R\$ 250.00
10.01.99.017-4	COLONOSCOPIA ALTA RESOLUÇÃO FULL HD OU SUPERIOR	R\$ 800.00
02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA	R\$ 210.00
10.01.99.017-5	COLONOSCOPIA + PINÇA	R\$ 273.00
10.01.99.017-6	COLONOSCOPIA + ALÇA	R\$ 400.00
10.01.99.017-7	COLONOSCOPIA + MUSECTOMIA	R\$ 680.00
02.11.04.002-9	COLPOSCOPIA/VULVOSCOPIA GINECOLÓGICA+BIÓPSIA+PEQ.CIRURGIA)	R\$ 250.00
10.01.99.017-8	CORE BIÓPSIA - MAMA/ AXILA	R\$ 300.00
10.01.99.017-9	CORE BIÓPSIA MAMA/ AXILA - URGÊNCIA	R\$ 540.00
04.05.01.001-0	CORRECAO CIRURGICA DE ENTROPIO E ECTROPIO (INLUI MATERIAL+ PRÉ CONSULTA -CADA OLHO)	R\$ 390.00
04.05.01.002-8	CORRECAO CIRURGICA DE EPICANTO E TELECANTO	R\$ 278.90
10.01.99.018-0	CORRECAO CIRURGICA PTOSE (INLUI MATERIAL+ PRÉ CONSULTA -CADA OLHO)	R\$ 430.00
10.01.99.018-1	CORRECAO CIRURGICA TRIQUIASE (INLUI MATERIAL+ PRÉ CONSULTA -CADA OLHO)	R\$ 440.00
10.01.99.018-2	CORRECAO CIRURGICA TUMOR PALPEBRA (INLUI MATERIAL+ PRÉ CONSULTA -CADA OLHO)	R\$ 420.00
03.01.10.028-4	CURATIVO DE GRAU I	R\$ 30.00
04.01.01.001-5	CURATIVO DE GRAU II C/ OU S/ DESBRIDAMENTO	R\$ 38.84
04.05.03.003-7	CRIOterapia OCULAR	R\$ 278.90
04.09.04.001-0	DRENAGEM DE ABCESSO DA BOLSA ESCROTAL	R\$ 230.00
04.05.01.004-4	DRENAGEM DE ABSCESSO DE PALPEBRA	R\$ 22.93
04.05.01.003-6	DACRIOCISTORRINOSTOMIA	R\$ 681.87
04.15.04.004-3	DEBRIDAMENTO DE ULCERA/NECROSE	R\$ 38.83
10.01.99.018-3	DRENAGEM SECREÇÃO TÍMPANICA	R\$ 85.00
10.01.99.018-4	ELETROCAUTERIZAÇÃO (ATÉ 3 LESÕES)	R\$ 150.00
10.01.99.018-5	ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÃO CONDILOMATOSA (ATÉ 5 LESÕES)	R\$ 230.00
10.01.99.018-6	ELETROCAUTERIZAÇÃO DE LESÕES PENIANAS	R\$ 230.00
10.01.99.018-7	ESCLEROTERAPIA COM GLICOSE	R\$ 85.00
10.01.99.018-8	ESCLEROTERAPIA C/ POLIDOCANOL	R\$ 250.00
02.11.02.003-6	ELETROCARDIOGRAMA (ECG)	R\$ 14.18
02.11.05.004-0	ELETROENCEFALOGRAMA (EEG)	R\$ 63.00
02.11.05.003-2	ELETROENCEFALOGRAMA (EEG) ROTINA COM SEDAÇÃO	R\$ 200.00
02.11.05.005-9	ELETROENCEFALOGRAMA (EEG) C/ MAPEAMENTO CEREBRAL	R\$ 200.00
10.01.99.018-9	ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG) FACE	R\$ 280.00
10.01.99.019-0	ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG) MMSS	R\$ 280.00
10.01.99.019-1	ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG) MMII	R\$ 280.00
10.01.99.019-2	ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG) MMSS+MMII	R\$ 480.00
10.01.99.019-3	EMBOLIZAÇÃO	R\$ 392.00
02.11.07.014-9	EMISSÕES OTOACÚSTICAS EVOCADAS PARA TRIAGEM AUDITIVA (TESTE DA ORELHINHA)	R\$ 55.00
10.01.99.019-4	ENEMA OPACO	R\$ 300.00
04.05.01.005-2	EPILACAO A LASER	R\$ 80.00
04.05.01.006-0	EPILACAO DE CILIOS	R\$ 22.93
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EDA)	R\$ 250.00
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA INFANTIL (EDA) AMBIENTE HOSPITALAR	R\$ 600.00
02.11.08.005-5	ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR	R\$ 84.00
04.05.04.007-5	EVISCERAÇÃO DO GLOBO OCULAR	R\$ 806.18
10.01.99.019-5	EXAME DE PENISCOPIA COM BIÓPSIA	R\$ 165.00
10.01.99.019-6	EXAME PREVENTIVO DE COLO DE ÚTERO (PAPANICOLAU)	R\$ 44.00
04.05.05.008-9	EXERESE DE TUMOR DA CONJUNTIVA	R\$ 850.00
03.03.05.002-0	EXERCICIOS ORTOPTICOS	R\$ 3.27
04.05.01.007-9	EXERESE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESOES DA PALPEBRA E SUPERCILIOS	R\$ 250.00
04.05.01.008-7	EXTIRPAÇÃO DE GLANDULA LACRIMAL	R\$ 577.44
04.08.05.008-0	FASCIOTOMIA MEMBROS INFERIORES	R\$ 445.91
04.05.03.004-5	FOTOCOAGULACAO A LASER	R\$ 180.00
04.09.05.006-7	FRENUPLASTIA	R\$ 230.00
02.11.06.010-0	FUNDOSCOPIA	R\$ 3.37
02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA	R\$ 40.00
02.11.04.004-5	HISTEROSCOPIA	R\$ 700.00
10.01.99.019-7	INFILTRAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS EM CAVDADE SINOVAL -ARTICULAÇÃO, BAINHA TENDINOSA(NÃO INCLUI MEDICAMENTOS)	R\$ 150.00
10.01.99.019-8	IMPEDANCIOMETRIA/IMITANCIOMETRIA	R\$ 26.25
04.05.03.005-3	INJEÇÃOANTIANGIOGENICA	R\$ 600.00
10.01.99.019-9	INSERÇÃO DE DISPOSITIVO INTRA UTERINO (DIU)	R\$ 80.00
10.01.99.020-0	INSERÇÃO DE PESSALIO	R\$ 80.00
04.05.05.019-4	IRIDOTOMIA A LASER	R\$ 90.00
10.01.99.020-1	LIGADURA ESOFÁGICA	R\$ 2.200.00

02.11.07.021-1	LOGOaudiometria (LDV-IRF-LRF-SRT)	R\$	32.55
10.01.99.020-2	MAGNIFICAÇÃO D (2 INCIDENCIAS)	R\$	120.00
10.01.99.020-3	MAMOTOMIA POR ESTEROTAXIA (NÃO INCLUI O EXAME DE IMAGEM)	R\$	2.700.00
10.01.99.020-4	MAPEAMENTO DE RETINA + TONOMETRIA	R\$	49.90
02.11.02.004-4	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	R\$	81.00
02.11.02.005-2	MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (M.A.P.A)	R\$	94.50
10.01.99.020-5	MONITORIZACAO RESIDENCIAL DE PRESSAO ARTERIAL (M.R.P.A)	R\$	94.50
10.01.99.020-6	MUCOSECTOMIA	R\$	680.00
10.01.99.020-7	NASOFIBROLARINGOSCOPIA COM MANOBRA DE MULLER	R\$	150.00
10.01.99.020-8	NASOFIBROLARINGOSCOPIA FLEXIVEL E/OU RIGIDA	R\$	80.00
04.05.01.010-9	OCLUSAO DE PONTO LACRIMAL	R\$	19.14
10.01.99.020-9	OXIGENOTERAPIA HIPERBARICA (SESSÃO)	R\$	240.00
04.05.03.019-3	PAN-FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA A LASER	R\$	180.00
10.01.99.021-0	PET CT	R\$	3.000.00
10.01.99.021-1	PET SCAN (PSMA)	R\$	3.000.00
02.11.05.010-5	POLISSONOGRRAFIA NOITE INTEIRA	R\$	500.00
10.01.99.021-2	POLISSONOGRRAFIA 4	R\$	190.00
10.01.99.021-3	POLIPECTOMIA	R\$	105.00
10.01.99.021-4	POLIPECTOMIA AMBIENTE HOSPITALAR	R\$	285.00
10.01.99.021-5	POLIPECTOMIA COM ALÇA	R\$	315.00
10.01.99.021-6	POLIPECTOMIA COM PINÇA	R\$	168.00
10.01.99.021-7	POLIPECTOMIA COM ALÇA E PINÇA	R\$	378.00
04.09.05.008-3	POSTECTOMIA	R\$	315.00
10.01.99.021-8	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DO TRONCO ENCEFÁLICO (BERA)	R\$	200.00
10.01.99.021-9	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DO TRONCO ENCEFÁLICO COM SEDAÇÃO	R\$	1800.00
10.01.99.022-0	POTENCIAL EVOCADO SOMATÓRIO SENSITIVO (PESS) MMSS	R\$	280.00
10.01.99.022-1	POTENCIAL EVOCADO SOMATÓRIO SENSITIVO (PESS) MMII	R\$	280.00
10.01.99.022-2	POTENCIAL EVOCADO SOMATÓRIO SENSITIVO (PESS) MMSS+MMII	R\$	480.00
10.01.99.022-3	PRESSÃO CENTRAL	R\$	99.75
10.01.99.022-4	PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL (PAC) + AUDIOMETRIA COMPLETA	R\$	300.00
02.01.01.047-0	PUNÇÃO ASPIRATIVA POR AGULHA FINA (PAAF) MAMA/ TIREOIDE/ PARÓTIDA/ CERVICAL	R\$	250.00
10.01.99.022-5	PUNÇÃO ASPIRATIVA POR AGULHA FINA (PAAF) MAMA/ TIREOIDE/ PARÓTIDA/ CERVICAL (URGÊNCIA)	R\$	450.00
04.05.05.040-2	RADIAÇÃO PARA CROSS LINKING COREANO	R\$	2200.00
04.05.01.020-6	RETINOGRRAFIA FLUOSRESCENTE BINOCULAR	R\$	128.00
02.11.06.017-8	RETINOGRRAFIA COLORIDA BINOCULAR	R\$	128.00
04.05.01.011-7	RECONSTITUICAO DE CANAL LACRIMAL	R\$	689.66
04.05.01.012-5	RECONSTITUICAO PARCIAL DE PALPEBRA COM TARSORRAFIA	R\$	311.04
04.05.01.013-3	RECONSTITUICAO TOTAL DE PALPEBRA	R\$	1.138.66
04.04.01.027-0	REMOÇÃO DE CERUMEN DE CONDUTOR AUDITIVO	R\$	13.00
10.01.99.022-6	REMOÇÃO DE CERUMEN DE CONDUTOR AUDITIVO C/ CURETA E ÓPTICA RÍGIDA	R\$	64.00
04.04.01.030-0	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CAVIDADE AUDITIVA E NASAL	R\$	30.00
04.05.03.007-0	RETINOPEXIA C/ INTROFLEXAO ESCLERAL	R\$	1.074.86
02.11.06.018-6	RETINOPEXIA C/ INTROFLEXAO ESCLERAL	R\$	1.074.86
02.09.01.005-3	RETOSSIGMOIDOSCOPIA	R\$	200.00
02.09.01.005-3	RETOSSIGMOIDOSCOPIA AMBIENTE HOSPITALAR	R\$	570.00
10.01.99.022-7	REMOÇÃO DE DISPOSITIVO INTRA UTERINO (DIU)	R\$	80.00
04.05.01.014-1	SIMBLEFARÓPLASTIA (INCLUI MATERIAL PRÉ CONSULTA -CADA OLHO)	R\$	200.00
04.05.05.028-7	SINEQUILISE A YAG LASER	R\$	90.00
04.05.01.015-0	SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL	R\$	203.73
04.05.01.016-8	SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS	R\$	22.93
04.05.05.029-1	SUTURA DE CONJUTIVA	R\$	82.29
04.05.05.030-5	SUTURA DE Córnea	R\$	164.08
04.05.03.009-6	SUTURA DE ESCLERA	R\$	161.19
04.05.01.017-6	SUTURA DE PALPEBRAS	R\$	143.99
04.05.03.018-5	TERMOTERAPIA TRANSPUPILAR	R\$	743.00
02.11.02.006-0	TESTE DE ESFORÇO / TESTE ERGOMETRICO	R\$	90.00
10.01.99.022-8	TESTE DE ERGOESPIROMETRIA	R\$	250.00
02.11.07.035-1	TESTES OTONEUROLÓGICO	R\$	120.00
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERENIA OPTICA	R\$	400.00
02.11.06.026-7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Córnea	R\$	120.00
04.05.05.032-1	TRABECULECTOMIA	R\$	1400.00
04.05.01.018-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE BLEFAROCALASE	R\$	95.42
04.05.01.019-2	TRATAMENTO CIRURGICO DE TRIQUIASE C/ OU S/ ENXERTO	R\$	278.90
04.05.03.010-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEISCENCIA DE SUTURA DE ESCLERA	R\$	159.37
04.05.03.011-8	TRATAMENTO CIRURGICO DE MIIASE PALPEBRAL	R\$	22.93
04.05.03.012-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE NEOPLASIA DE ESCLERA	R\$	259.20
04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRÚGICO DE PTERIGIO	R\$	595.00
03.03.05.013-6	TRATAMENTO CLÍNICO DE INTERCORRÊNCIAS OFTALMOLÓGICAS	R\$	229.90
03.03.05.014-4	TRATAMENTO CLÍNICO DE INTERCORRÊNCIAS OFTALMOLÓGICAS DE ORIGEM INFECCIOSA	R\$	280.27
04.05.04.019-9	TRATAMENTO CIRÚGICO DE XANTELASMA	R\$	250.00

03.03.05.023-3	TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE DOENÇA DA RETINA I	R\$	627.28
03.03.05.003-9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA BINOCULAR (1ª LINHA)	R\$	18.66
03.03.05.004-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA BINOCULAR (2ª LINHA)	R\$	79.38
03.03.05.005-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA BINOCULAR (3ª LINHA)	R\$	127.98
03.03.05.006-3	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA MONOCULAR (1ª LINHA)	R\$	12.44
03.03.05.007-1	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (2ª LINHA)	R\$	52.92
03.03.05.008-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (3ª LINHA)	R\$	85.33
03.03.05.009-8	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE ACETAZOLAMIDA MONOCULAR OU BINOCULAR	R\$	93.10
03.03.05.010-1	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA MONOCULAR	R\$	8.93
03.03.05.011-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA BINOCULAR	R\$	13.39
03.03.05.015-2	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - MONOCULAR	R\$	65.36
03.03.05.016-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - BINOCULAR	R\$	98.04
03.03.05.017-9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR	R\$	97.77
03.03.05.018-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR	R\$	146.64
03.03.05.019-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR	R\$	138.25
03.03.05.020-9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR	R\$	207.36
03.03.05.021-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR- ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS	R\$	150.69
03.03.05.022-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR - ASSOCIAÇÃO 1ª, 2ª E 3ª LINHAS	R\$	226.02
	TRATAMENTO OU INFILTRAÇÃO MEDICAMENTOSA (OTORRINOLARINGOLOGISTA)	R\$	200.00
02.11.09.007-7	UROFLUXOMETRIA	R\$	84.00
04.09.04.024-0	VASECTOMIA	R\$	315.00
02.09.04.004-1	VIDEOLARINGOSCOPIA	R\$	100.00
10.01.99.022-9	VIDEONASOENDOSCOPIA FLEXÍVEL	R\$	80.00
10.01.99.023-0	VIDEONASOENDOSCOPIA RÍGIDA	R\$	100.00
04.05.03.013-4	VITRECTOMIA ANTERIOR	R\$	1500.00
04.05.03.014-2	VITRECTOMIA POSTERIOR	R\$	1.862.63
04.05.03.015-0	VITRIOLISE A YAG LASER	R\$	54.00
04.05.03.016-9	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER	R\$	2.921.17
04.05.03.017-7	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO/ÓLEO DE SILICONE/ENDOLASER	R\$	6.800.00
REMOÇÕES (VALORES POR KM)			
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR	
10.01.99.023-1	AMBULÂNCIA UTI MÓVEL	R\$	17.16
10.01.99.023-2	AMBULÂNCIA UTI MÓVEL NEONATAL	R\$	19.50
10.01.99.023-3	AMBULÂNCIA SUPORTE BÁSICO	R\$	15.00
CONSULTA/ATENDIMENTO/SESSÃO			
10.01.99.023-4	TELECONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA HEMATOLOGISTA	R\$	80.00
10.01.99.023-5	TELECONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA HEPATOLOGISTA	R\$	80.00
10.01.99.023-6	TELECONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA INFECTOLOGISTA	R\$	80.00
10.01.99.023-7	TELECONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA ENDOCRINOLOGISTA	R\$	80.00
10.01.99.023-8	TELECONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA NEUROPEDIATRA	R\$	80.00
10.01.99.023-9	TELECONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA PROCTOLOGISTA	R\$	80.00
10.01.99.024-0	TELECONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA ALERGÓLOGISTA	R\$	80.00
10.01.99.024-1	TELECONSULTA MÉDICA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA CIRURGIÃO CABEÇA E PESCOÇO	R\$	80.00
10.01.99.024-2	ATENDIMENTO OSTEOPATA	R\$	65.00
LAUDOS			
10.01.99.024-3	LAUDOS DE EXAMES POR IMAGEM E IMAGENS GRÁFICAS VIA TELEMEDICINA (CARDIOLOGIA, UROLOGIA, PNEUMOLOGIA, RADIOLOGIA)	R\$	13.50
10.01.99.024-4	LAUDO DE EXAMES MAMOGRAFIA	R\$	27.00