

CISOPAR — TPR - Tabela de Procedimentos

Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Oeste do Paraná

Data da exportação: 24/05/2026 09:59

Total de procedimentos: 1587

CLASSIFICAÇÃO	PROCEDIMENTO	PREÇO
90.07.01.089	17 CETOESTEROIDES	R\$ 12,32
90.07.01.090	17 OH CORTICOSTEROIDES	R\$ 12,32
90.07.01.104	ACANTHAMOEBA - PESQUISA	R\$ 8,40
90.07.01.105	ACANTÓCITOS - PESQUISA	R\$ 4,48
90.07.01.106	ÁCIDO DELTA AMINOLEVULÍNICO DESIDRATASE	R\$ 23,52
90.07.01.107	ÁCIDO HOMOGENTÍSICO-PESQUISA	R\$ 7,84
02.02.09.001	ACIDO ÚRICO LÍQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 2,12
90.07.01.047	ÁCIDO ÚRICO URINÁRIO - 24H	R\$ 3,81
03.01.07.001	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE C/ IMPLANTE COCLEAR	R\$ 58,62
90.24.01.001	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE COM PRÓTESE AUDITIVA	R\$ 58,62
03.01.07.003	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE P/ ADAPTAÇÃO DE APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) UNI/BILATERAL	R\$ 21,68
02.02.09.002	ADENOGRAMA	R\$ 6,48
04.04.01.001	ADENOIDECTOMIA	R\$ 696,36
90.07.01.075	ADENOSINA DEAMINASE-ADA	R\$ 12,88
90.01.03.001	AJUDA DE CUSTO DE DESLOCAMENTO MÉDICO PARA CONSULTAS ESPECIALIZADAS (POR KM)	R\$ 3,00
90.07.01.108	ALDOSTERONA URINÁRIA 24H	R\$ 15,12
04.08.06.001	ALONGAMENTO / ENCURTAMENTO MIOTENDINOSO (+2 diárias) - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 634,83
04.08.06.001	ALONGAMENTO / ENCURTAMENTO MIOTENDINOSO (+2 diárias) - HOSPITAL PUBLICO	R\$ 317,41
04.04.01.002	AMIGDALECTOMIA	R\$ 613,14
04.04.01.003	AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDECTOMIA	R\$ 674,44
90.07.01.239	AMOSTRA ISOLADA CREATININA URINÁRIO	R\$ 3,70
90.07.01.235	AMOSTRA ISOLADA FÓSFORO URINÁRIO	R\$ 3,81
90.07.01.236	AMOSTRA ISOLADA MAGNÉSIO URINÁRIO	R\$ 4,03
90.07.01.237	AMOSTRA ISOLADA POTÁSSIO URINÁRIO	R\$ 3,14
90.07.01.238	AMOSTRA ISOLADA PROTEÍNA URINÁRIO	R\$ 4,57
04.08.06.004	AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE DEDO (+2 diárias) - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 845,08
04.08.06.004	AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE DEDO (+2 diarias) - HOSPITAL PUBLICO	R\$ 422,54
02.02.05.001	ANÁLISE DE CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$ 5,49
90.05.02.001	ANESTESIA E ACOMPANHAMENTO PARA REAL. EXAMES	R\$ 400,00
02.10.01.002	ANGIOGRAFIA DE ARCO AÓRTICO	R\$ 137,01
02.07.01.001	ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL	R\$ 400,00
90.15.01.003	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE CAROTIDAS E VERTEBRAIS	R\$ 484,39
90.15.02.003	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE CARÓTIDAS E VERTEBRAIS - COM CONTRASTE	R\$ 544,94
90.14.01.022	ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA	R\$ 892,50
90.14.01.025	ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA SEM CONTRASTE	R\$ 484,39
90.14.01.015	ANGIOTOMOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR ARTERIAL	R\$ 484,39
90.14.01.005	ANGIOTOMOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR ARTERIAL - COM CONTRASTE	R\$ 544,94
90.14.01.020	ANGIOTOMOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR VENOSA	R\$ 484,39

CLASSIFICAÇÃO	PROCEDIMENTO	PREÇO
90.14.01.010	ANGIOTOMOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR VENOSA - COM CONTRASTE	R\$ 544,94
90.14.01.024	ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL	R\$ 544,94
90.14.01.027	ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL SEM CONTRASTE	R\$ 484,39
90.14.01.023	ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA TORÁCICA	R\$ 544,94
90.14.01.026	ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA TORÁCICA SEM CONTRASTE	R\$ 484,39
90.14.01.012	ANGIOTOMOGRAFIA DE CRÂNIO ARTERIAL	R\$ 484,39
90.14.01.002	ANGIOTOMOGRAFIA DE CRÂNIO ARTERIAL - COM CONTRASTE	R\$ 544,94
90.14.01.017	ANGIOTOMOGRAFIA DE CRÂNIO VENOSA	R\$ 484,39
90.14.01.007	ANGIOTOMOGRAFIA DE CRÂNIO VENOSA - COM CONTRASTE	R\$ 544,94
90.14.01.016	ANGIOTOMOGRAFIA DE PELVE ARTERIAL	R\$ 484,39
90.14.01.006	ANGIOTOMOGRAFIA DE PELVE ARTERIAL - COM CONTRASTE	R\$ 544,94
90.14.01.021	ANGIOTOMOGRAFIA DE PELVE VENOSA	R\$ 484,39
90.14.01.011	ANGIOTOMOGRAFIA DE PELVE VENOSA - COM CONTRASTE	R\$ 544,94
90.14.01.013	ANGIOTOMOGRAFIA DE PESCOÇO ARTERIAL	R\$ 484,39
90.14.01.003	ANGIOTOMOGRAFIA DE PESCOÇO ARTERIAL - COM CONTRASTE	R\$ 544,94
90.14.01.018	ANGIOTOMOGRAFIA DE PESCOÇO VENOSA	R\$ 484,39
90.14.01.008	ANGIOTOMOGRAFIA DE PESCOÇO VENOSA - COM CONTRASTE	R\$ 544,94
90.14.01.014	ANGIOTOMOGRAFIA DE TÓRAX ARTERIAL	R\$ 484,39
90.14.01.004	ANGIOTOMOGRAFIA DE TÓRAX ARTERIAL - COM CONTRASTE	R\$ 544,94
90.14.01.019	ANGIOTOMOGRAFIA DE TÓRAX VENOSA	R\$ 484,39
90.14.01.009	ANGIOTOMOGRAFIA DE TÓRAX VENOSA - COM CONTRASTE	R\$ 544,94
90.15.01.001	ANGIOTOMOGRAFIA MEMBROS INFERIORES (COXA, PERNA, PÉ)	R\$ 484,39
90.15.02.001	ANGIOTOMOGRAFIA MEMBROS INFERIORES (COXA, PERNA, PÉ) - COM CONTRASTE	R\$ 544,94
90.15.01.002	ANGIOTOMOGRAFIA MEMBROS SUPERIORES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO)	R\$ 484,39
90.15.02.002	ANGIOTOMOGRAFIA MEMBROS SUPERIORES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO) - COM CONTRASTE	R\$ 544,94
90.15.01.004	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE CARÓTIDAS E VERTEBRAIS	R\$ 484,39
90.15.02.004	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE CARÓTIDAS E VERTEBRAIS - COM CONTRASTE	R\$ 544,94
90.07.01.072	ANTI JO1	R\$ 16,69
90.07.01.060	ANTI-CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS	R\$ 54,88
90.07.01.109	ANTI-LA	R\$ 12,10
90.07.01.080	ANTI-LKM 1	R\$ 20,72
90.07.01.110	ANTI-RNA	R\$ 17,14
90.07.01.111	ANTI-SM/RNP	R\$ 13,22
90.07.01.112	ANTI-TIREOIDE	R\$ 29,34
02.02.08.001	ANTIBIOGRAMA	R\$ 10,08
02.02.08.002	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRAÇÃO INIBITÓRIA MÍNIMA	R\$ 14,93
02.02.08.003	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTÉRIAS	R\$ 14,93
90.07.01.008	ANTICOAGULANTE LÚPICO	R\$ 33,04
90.07.01.095	ANTICORPOS ANTI-CENTRÔMERO	R\$ 17,81
90.07.01.009	ANTICORPOS ANTIENDOMÍCIO	R\$ 35,84
90.07.01.113	ANTICORPOS ANTIFOSFOLÍPIDES IGG E IGM	R\$ 32,48
90.07.01.213	ANTICORPOS CONTRA PEPTÍDEO CITRULINADO (ANTI-CCP)	R\$ 67,20
90.07.01.114	ANTIOXIDANTES TOTAIS	R\$ 81,76

CLASSIFICAÇÃO	PROCEDIMENTO	PREÇO
90.07.01.209	ANTITROMBINA	R\$ 31,36
02.10.01.004	AORTOGRAFIA ABDOMINAL	R\$ 189,73
90.07.01.115	APOLIPOPROTEÍNA A-1	R\$ 16,24
90.07.01.116	APOLIPOPROTEÍNA B-1	R\$ 16,24
90.07.01.097	APOLIPOPROTEÍNA B-POLIMORFISMO	R\$ 592,48
90.07.01.117	APOLIPOPROTEÍNA E-POLIMORFISMO	R\$ 271,04
90.07.01.118	ARSÊNICO	R\$ 41,44
90.16.01.001	ARTERIOGRAFIA CEREBRAL 4 VASOS	R\$ 2.000,00
02.10.01.007	ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO (UNILATERAL)	R\$ 179,46
02.10.01.008	ARTERIOGRAFIA DIGITAL (POR VIA VENOSA)	R\$ 200,01
02.10.01.009	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGAÇÃO DE DOENÇA ARTERIOSCLERÓTICA AORTO-ILÍACA E DISTAL	R\$ 504,33
02.10.01.010	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGAÇÃO DE HEMORRAGIA CEREBRAL	R\$ 504,33
02.10.01.011	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGAÇÃO DE ISQUEMIA CEREBRAL	R\$ 504,43
02.10.01.013	ARTERIOGRAFIA SELETIVA DE CARÓTIDA	R\$ 190,31
02.10.01.014	ARTERIOGRAFIA SELETIVA POR CATÉTER (POR VASO)	R\$ 201,51
02.10.01.015	ARTERIOGRAFIA SELETIVA VERTEBRAL	R\$ 201,51
90.16.02.002	ARTERIOGRAFIA VASCULAR BILATERAL (02 MEMBROS)	R\$ 2.200,00
90.16.02.001	ARTERIOGRAFIA VASCULAR UNILATERAL (01 MEMBRO)	R\$ 2.000,00
03.03.09.001	ARTROCENTESE DE GRANDES ARTICULACOES	R\$ 92,08
04.08.02.003	ARTRODESE DE MEDIAS / GRANDES ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR (+3 diárias) - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 575,93
04.08.02.003	ARTRODESE DE MEDIAS / GRANDES ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR (+3 diárias) - HOSPITAL PUBLICO	R\$ 287,96
04.08.06.005	ARTRODESE DE PEQUENAS ARTICULACOES (+2 diárias) - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 534,48
04.08.06.005	ARTRODESE DE PEQUENAS ARTICULACOES (+2 diárias) - HOSPITAL PUBLICO	R\$ 267,24
02.04.06.001	ARTROGRAFIA	R\$ 81,82
90.02.01.008	ATENDIMENTO A USUÁRIOS COM TEA E/OU COMORBIDADES COMPLEXAS COM FORMAÇÃO DIRECIONADA AO PÚBLICO TEA - Profissionais Psicólogos - Profissionais Terapeutas Ocupacionais - Profissionais Fonoaudiólogos	R\$ 150,00
03.02.05.001	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS	R\$ 18,00
90.02.05.015	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO HOSPITALAR	R\$ 30,00
03.02.05.002	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	R\$ 18,00
90.02.05.014	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO RESPIRATÓRIO	R\$ 18,00
90.02.05.013	ATENDIMENTO FISIOTERÁPICO EM PACIENTES ACAMADOS	R\$ 35,00
90.02.01.011	ATENDIMENTO TEA - PAGAMENTO POR HORA (Médico esp. Saúde mental/psiquiatra)	R\$ 150,00
90.21.01.002	ATIVIDADE EM REGULAÇÃO ASSISTENCIAL: AÇÃO EDUCATIVA, CONFECÇÃO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS E FLUXOGRAMAS, SUPORTE TÉCNICO E REUNIÕES TÉCNICAS (POR HORA REGISTRADA) PARA FONOAUDIÓLOGO, NUTRICIONISTA E FISIOTERAPEUTA	R\$ 70,00
90.21.01.001	ATIVIDADE EM REGULAÇÃO ASSISTENCIAL:AÇÃO EDUCATIVA, CONFECÇÃO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS E FLUXOGRAMAS, SUPORTE TÉCNICO E REUNIÕES TÉCNICAS(POR HORA REGISTRADA) PARA PROFISSIONAIS MÉDICOS	R\$ 180,00
02.11.07.002	AUDIOMETRIA DE REFORÇO VISUAL (VIA AÉREA / ÓSSEA)	R\$ 21,00
02.11.07.003	AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE	R\$ 20,13
02.11.07.004	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AÉREA / ÓSSEA)	R\$ 21,00
90.02.02.002	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR INFANTIL CONDICIONADA - PEEP SHOW(AC)	R\$ 9,00
90.04.15.001	AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA	R\$ 47,50
02.11.07.009	AVALIAÇÃO P/ DIAGNÓSTICO DE DEFICIÊNCIA AUDITIVA	R\$ 24,75
02.11.07.010	AVALIAÇÃO P/ DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DEFICIÊNCIA AUDITIVA	R\$ 46,56

CLASSIFICAÇÃO	PROCEDIMENTO	PREÇO
02.11.09.001	AVALIAÇÃO URODINÂMICA COMPLETA / ESTUDO URODINÂMICO	R\$ 320,00
02.02.08.004	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR	R\$ 7,84
02.02.08.005	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENÍASE)	R\$ 7,84
02.02.08.006	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (TUBERCULOSE)	R\$ 7,84
90.07.01.065	BACTERIOSCÓPICO - ESCARRO	R\$ 12,88
90.07.01.003	BACTERIOSCÓPICO - LÍQUOR	R\$ 12,88
90.07.01.070	BACTERIOSCÓPICO - SECREÇÃO URETRAL	R\$ 4,70
02.02.08.007	BACTEROSCOPIA (GRAM)	R\$ 5,71
90.07.01.119	BICARBONATO	R\$ 37,00
02.11.06.001	BIOMETRIA ULTRASSÔNICA	R\$ 24,24
02.01.01.056	BIÓPSIA / EXÉRESE DE NÓDULO DE MAMA	R\$ 70,00
02.01.01.008	BIÓPSIA DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO	R\$ 48,25
02.01.01.047	BIÓPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE-PAFF	R\$ 42,00
90.04.08.170	BIÓPSIA HEPÁTICA - SERVIÇO HOSPITALAR	R\$ 60,67
90.04.08.171	BIÓPSIA HEPÁTICA - SERVIÇO PROFISSIONAL	R\$ 81,15
90.04.02.001	BIÓPSIA-GINECOLOGIA	R\$ 30,00
02.01.01.002	BIOPSIA/PUNÇÃO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE (HOSPITAL PRIVADO)	R\$ 35,25
02.01.01.002	BIOPSIA/PUNÇÃO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE (HOSPITAL PÚBLICO)	R\$ 17,63
90.07.01.120	BIOTINIDASE	R\$ 16,69
90.07.01.121	BLASTOMICOSE - PESQUISA	R\$ 15,68
90.07.01.087	BLASTOMICOSE-ANTICORPOS (SOROLOGIA)	R\$ 56,00
90.02.03.001	BOTA DE UNNA	R\$ 45,00
90.07.01.059	BRCA 1 E 2 - DETECÇÃO DE MUTAÇÃO NOS GENES	R\$ 666,40
02.09.04.001	BRONCOSCOPIA (BRONCOFIBROSCOPIA)	R\$ 70,00
90.07.01.019	BRUCELOSE ANTICORPOS IGG	R\$ 18,14
90.07.01.020	BRUCELOSE ANTICORPOS IGM	R\$ 18,14
90.07.01.122	BTA - ANTÍGENO DE TUMOR DE BEXIGA	R\$ 75,04
04.08.06.008	BURCECTOMIA JOELHO	R\$ 42,63
90.07.01.010	CA 125	R\$ 24,42
90.07.01.011	CA 15-3	R\$ 24,42
90.07.01.012	CA 19-9	R\$ 24,42
90.07.01.013	CA 72-4	R\$ 3,14
90.07.01.041	CÁLCIO URINÁRIO - 24H	R\$ 3,14
90.07.01.233	CÁLCIO URINÁRIO (na amostra isolada)	R\$ 6,00
02.11.06.003	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA	R\$ 40,00
90.07.01.014	CAPACIDADE TOTAL LIGAÇÃO DO FERRO	R\$ 5,77
04.05.05.002	CAPSULOTOMIA A YAG-LASER	R\$ 90,00
90.07.01.231	CARIÓTIPO COM BANDA G - AMNIOCENTESE	R\$ 1.150,00
90.07.01.024	CATECOLAMINAS LIVRES	R\$ 81,76
90.07.01.025	CATECOLAMINAS PLASMÁTICAS	R\$ 24,42
90.17.01.001	CATETERISMO CARDÍACO	R\$ 1.650,00
90.04.01.003	CAUTERIZAÇÃO DE FARINGE - POR SESSÃO	R\$ 15,00
90.04.01.002	CAUTERIZAÇÃO NASAL (EPISTAXE) - BILATERAL	R\$ 78,80

CLASSIFICAÇÃO	PROCEDIMENTO	PREÇO
90.04.01.001	CAUTERIZAÇÃO NASAL (EPISTAXE) - UNILATERAL	R\$ 39,40
90.07.01.123	CETONÚRIA	R\$ 5,94
90.07.01.021	CHAGAS ANTICORPOS IGG	R\$ 16,58
90.07.01.022	CHAGAS ANTICORPOS IGM	R\$ 12,32
90.07.01.027	CHLAMYDIA - ANTICORPOS IGA	R\$ 16,58
90.07.01.124	CHLAMYDIA DETECÇÃO POR PCR	R\$ 45,92
90.07.01.125	CHUMBO URINÁRIO	R\$ 28,00
02.08.05.001	CINTILOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES E/OU EXTREMIDADES E/OU OSSO	R\$ 198,35
02.08.01.001	CINTILOGRAFIA DE CORAÇÃO C/ GÁLIO 67	R\$ 503,31
02.08.09.001	CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GÁLIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS	R\$ 997,48
02.08.02.001	CINTILOGRAFIA DE FÍGADO E BACO (MÍNIMO 5 IMAGENS)	R\$ 166,39
02.08.02.002	CINTILOGRAFIA DE FÍGADO E VIAS BILIARES	R\$ 238,77
02.08.09.002	CINTILOGRAFIA DE GLÂNDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA)	R\$ 77,64
02.08.02.003	CINTILOGRAFIA DE GLÂNDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTÍMULO	R\$ 108,53
02.08.09.003	CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)	R\$ 342,95
02.08.01.002	CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE ESTRESSE (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)	R\$ 480,49
02.08.01.003	CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE REPOUSO (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)	R\$ 421,38
02.08.01.004	CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ LOCALIZAÇÃO DE NECROSE (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)	R\$ 183,12
02.08.05.003	CINTILOGRAFIA DE OSSOS C/ OU S/ FLUXO SANGUÍNEO (CORPO INTEIRO)	R\$ 210,09
02.08.03.001	CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES	R\$ 384,05
02.08.06.001	CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL C/ TÁLIO (SPCTO)	R\$ 481,81
02.08.07.001	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO C/ GÁLIO 67	R\$ 503,31
02.08.07.002	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO P/ PESQUISA DE ASPIRAÇÃO	R\$ 187,56
02.08.07.003	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR INALAÇÃO (MÍNIMO 2 PROJEÇÕES)	R\$ 140,93
02.08.07.004	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR PERFUSÃO (MÍNIMO 4 PROJEÇÕES)	R\$ 177,67
02.08.04.002	CINTILOGRAFIA DE RIM C/ GÁLIO 67	R\$ 503,31
02.08.05.004	CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO ÓSSEO C/ GÁLIO 67	R\$ 503,31
02.08.08.001	CINTILOGRAFIA DE SISTEMA RETÍCULO-ENDOTELIAL (MEDULA ÓSSEA)	R\$ 151,26
02.08.04.003	CINTILOGRAFIA DE TESTÍCULO E BOLSA ESCROTAL	R\$ 143,37
02.08.03.002	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ OU S/ CAPTAÇÃO	R\$ 101,57
02.08.03.003	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ TESTE DE SUPRESSÃO / ESTÍMULO	R\$ 118,03
02.08.01.005	CINTILOGRAFIA P/ AVALIAÇÃO DE FLUXO SANGUÍNEO DE EXTREMIDADES	R\$ 125,42
02.08.02.005	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFÁGICO (LÍQUIDO)	R\$ 197,79
02.08.02.006	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFÁGICO (SEMI-SÓLIDO)	R\$ 197,79
02.08.02.007	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRÂNSITO GÁSTRICO	R\$ 188,95
02.08.02.008	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL	R\$ 155,91
02.08.02.010	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NÃO ATIVA	R\$ 351,14
02.08.02.011	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO	R\$ 197,79
02.08.03.004	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTEIRO	R\$ 372,57
02.08.01.006	CINTILOGRAFIA P/ QUANTIFICAÇÃO DE SHUNT EXTRACARDÍACO	R\$ 156,83
02.08.04.005	CINTILOGRAFIA RENAL (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)	R\$ 173,04
02.08.01.007	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CÂMARAS CARDÍACAS EM SITUAÇÃO DE ESFORÇO	R\$ 260,71

CLASSIFICAÇÃO	PROCEDIMENTO	PREÇO
02.08.01.008	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CÂMARAS CARDÍACAS EM SITUAÇÃO DE REPOUSO (VENTRICULOGRAFIA)	R\$ 194,39
04.01.02.017	CIRURGIA DE UNHA (CANTOPLASTIA)	R\$ 69,00
02.08.06.002	CISTERNOCINTILOGRAFIA (INCLUINDO PESQUISA E/OU AVALIAÇÃO DO TRÂNSITO LIQUÓRICO)	R\$ 287,88
90.07.01.094	CISTICERCOSE - ANTICORPOS IGG NO LCR	R\$ 13,33
90.07.01.126	CISTINA-PESQUISA	R\$ 3,14
02.08.04.006	CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA	R\$ 168,75
02.08.04.007	CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA	R\$ 173,59
02.09.02.001	CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA E/OU URETROSCOPIA	R\$ 320,00
02.02.09.003	CITOLOGIA P/ CLAMÍDIA	R\$ 4,85
02.02.09.004	CITOLOGIA P/ HERPESVÍRUS	R\$ 4,85
90.07.01.127	CITOLOGIA-ESCARRO	R\$ 16,69
90.07.01.128	CITOLOGIA-RASPADO CONJUNTIVAL	R\$ 24,42
90.07.01.093	CITOMEGALOVÍRUS ANTICORPOS DETECÇÃO POR PCR	R\$ 151,20
02.02.02.001	CITOQUÍMICA HEMATOLÓGICA	R\$ 7,26
02.02.05.002	CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 8,32
02.02.05.003	CLEARANCE DE FOSFATO	R\$ 3,93
02.02.05.004	CLEARANCE DE UREIA	R\$ 7,86
02.02.01.001	CLEARANCE OSMOLAR	R\$ 3,93
02.04.05.001	CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE	R\$ 78,17
90.07.01.083	CLORO	R\$ 3,70
90.07.01.129	CLORO URINÁRIO	R\$ 3,70
90.07.01.130	COBRE URINÁRIO	R\$ 39,20
90.07.01.131	COCCÍDIOS - PESQUISA	R\$ 16,69
02.04.05.002	COLANGIOGRAFIA PER-OPERATÓRIA	R\$ 35,79
02.04.05.003	COLANGIOGRAFIA PÓS-OPERATÓRIA	R\$ 35,79
02.10.02.001	COLANGIOGRAFIA TRANSCUTÂNEA	R\$ 53,65
02.09.01.001	COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA - CPRE	R\$ 6.500,00
04.07.03.002	COLECISTECTOMIA (+3 diárias)	R\$ 1.245,43
04.07.03.002	COLECISTECTOMIA (+3 diárias)	R\$ 2.490,85
90.07.01.240	COLETA DOMICILIAR DE EXAMES LABORATORIAIS (Acamados, PcDs)	R\$ 27,78
90.04.14.001	COLO+ENDOSCOPIA	R\$ 175,00
90.01.14.001	COLO+ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	R\$ 350,00
02.09.01.002	COLONOSCOPIA	R\$ 399,00
02.09.01.002	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	R\$ 420,00
90.26.01.001	COLORAÇÃO HISTOQUÍMICA ESPECIAL EM EXAME ANATOMOPATOLÓGICO	R\$ 32,50
02.11.04.002	COLPOSCOPIA	R\$ 20,00
90.07.01.132	COMPLEMENTO C1Q	R\$ 76,16
04.09.06.003	CONIZAÇÃO	R\$ 887,32
90.01.04.042	CONSULTA CLÍNICA MÉDICA DA AB DE SAÚDE (TELECONSULTA)	R\$ 35,00
90.01.02.019	CONSULTA EM ANESTESIOLOGIA	R\$ 80,00
90.01.02.019	CONSULTA EM ANESTESIOLOGIA (SEDE DO CISCOPAR/MUNICÍPIOS)	R\$ 75,00
90.01.02.019	CONSULTA EM ANESTESIOLOGIA (TELECONSULTA)	R\$ 70,00
90.01.02.013	CONSULTA EM ANGIOLOGIA	R\$ 80,00

CLASSIFICAÇÃO	PROCEDIMENTO	PREÇO
90.01.02.013	CONSULTA EM ANGIOLOGIA (SEDE DO CISCOPAR/MUNICÍPIOS)	R\$ 75,00
90.01.02.013	CONSULTA EM ANGIOLOGIA (TELECONSULTA)	R\$ 70,00
90.01.02.004	CONSULTA EM CARDIOLOGIA	R\$ 80,00
90.01.02.004	CONSULTA EM CARDIOLOGIA (SEDE DO CISCOPAR/MUNICÍPIOS)	R\$ 75,00
90.01.02.004	CONSULTA EM CARDIOLOGIA (TELECONSULTA)	R\$ 70,00
90.01.02.033	CONSULTA EM CARDIOPEDIATRIA	R\$ 150,00
90.01.02.033	CONSULTA EM CARDIOPEDIATRIA (SEDE DO CISCOPAR/MUNICÍPIOS)	R\$ 145,00
90.01.02.033	CONSULTA EM CARDIOPEDIATRIA (TELECONSULTA)	R\$ 140,00
90.01.02.024	CONSULTA EM CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO	R\$ 80,00
90.01.02.024	CONSULTA EM CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO (SEDE DO CISCOPAR/MUNICÍPIOS)	R\$ 75,00
90.01.02.024	CONSULTA EM CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO (TELECONSULTA)	R\$ 70,00
90.01.02.020	CONSULTA EM CIRURGIA GERAL	R\$ 80,00
90.01.02.020	CONSULTA EM CIRURGIA GERAL (SEDE DO CISCOPAR/MUNICÍPIOS)	R\$ 75,00
90.01.02.020	CONSULTA EM CIRURGIA GERAL (TELECONSULTA)	R\$ 70,00
90.01.02.021	CONSULTA EM CIRURGIA PEDIÁTRICA	R\$ 80,00
90.01.02.021	CONSULTA EM CIRURGIA PEDIÁTRICA (SEDE DO CISCOPAR/MUNICÍPIOS)	R\$ 75,00
90.01.02.021	CONSULTA EM CIRURGIA PEDIÁTRICA (TELECONSULTA)	R\$ 70,00
90.01.02.022	CONSULTA EM CIRURGIA PLÁSTICA	R\$ 80,00
90.01.02.022	CONSULTA EM CIRURGIA PLÁSTICA (SEDE DO CISCOPAR/MUNICÍPIOS)	R\$ 75,00
90.01.02.022	CONSULTA EM CIRURGIA PLÁSTICA (TELECONSULTA)	R\$ 70,00
90.01.02.023	CONSULTA EM CIRURGIA TORÁCICA	R\$ 80,00
90.01.02.023	CONSULTA EM CIRURGIA TORÁCICA (SEDE DO CISCOPAR/MUNICÍPIOS)	R\$ 75,00
90.01.02.023	CONSULTA EM CIRURGIA TORÁCICA (TELECONSULTA)	R\$ 70,00
90.01.02.026	CONSULTA EM CIRURGIA VASCULAR	R\$ 80,00
90.01.02.026	CONSULTA EM CIRURGIA VASCULAR (SEDE DO CISCOPAR/MUNICÍPIOS)	R\$ 75,00
90.01.02.026	CONSULTA EM CIRURGIA VASCULAR (TELECONSULTA)	R\$ 70,00
90.01.02.015	CONSULTA EM COLOPROCTOLOGIA	R\$ 80,00
90.01.02.015	CONSULTA EM COLOPROCTOLOGIA (SEDE DO CISCOPAR/MUNICÍPIOS)	R\$ 75,00
90.01.02.015	CONSULTA EM COLOPROCTOLOGIA (TELECONSULTA)	R\$ 70,00
90.01.02.018	CONSULTA EM DERMATOLOGIA	R\$ 80,00
90.01.02.018	CONSULTA EM DERMATOLOGIA (SEDE DO CISCOPAR/MUNICÍPIOS)	R\$ 75,00
90.01.02.018	CONSULTA EM DERMATOLOGIA (TELECONSULTA)	R\$ 70,00
90.01.02.005	CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA	R\$ 80,00
90.01.02.005	CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA (SEDE DO CISCOPAR/MUNICÍPIOS)	R\$ 75,00
90.01.02.005	CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA (TELECONSULTA)	R\$ 70,00
90.01.02.034	CONSULTA EM ENDOCRINOPEDIATRIA	R\$ 150,00
90.01.02.034	CONSULTA EM ENDOCRINOPEDIATRIA (SEDE DO CISCOPAR/MUNICÍPIOS)	R\$ 145,00
90.01.02.034	CONSULTA EM ENDOCRINOPEDIATRIA (TELECONSULTA)	R\$ 140,00
03.01.01.004	CONSULTA EM FONOAUDIOLOGIA	R\$ 25,00
90.01.02.006	CONSULTA EM GASTROENTEROLOGIA	R\$ 80,00
90.01.02.006	CONSULTA EM GASTROENTEROLOGIA (SEDE DO CISCOPAR/MUNICÍPIOS)	R\$ 75,00
90.01.02.006	CONSULTA EM GASTROENTEROLOGIA (TELECONSULTA)	R\$ 70,00
90.01.02.007	CONSULTA EM GERIATRIA	R\$ 80,00

CLASSIFICAÇÃO	PROCEDIMENTO	PREÇO
90.01.02.007	CONSULTA EM GERIATRIA (SEDE DO CISCOPAR/MUNICÍPIOS)	R\$ 75,00
90.01.02.007	CONSULTA EM GERIATRIA (TELECONSULTA)	R\$ 70,00
90.01.02.027	CONSULTA EM GINECOLOGIA	R\$ 80,00
90.01.02.027	CONSULTA EM GINECOLOGIA (SEDE DO CISCOPAR/MUNICÍPIOS)	R\$ 75,00
90.01.02.027	CONSULTA EM GINECOLOGIA (TELECONSULTA)	R\$ 70,00
90.01.02.008	CONSULTA EM HEMATOLOGIA	R\$ 150,00
90.01.02.008	CONSULTA EM HEMATOLOGIA (SEDE DO CISCOPAR/MUNICÍPIOS)	R\$ 145,00
90.01.02.008	CONSULTA EM HEMATOLOGIA (TELECONSULTA)	R\$ 140,00
90.01.02.009	CONSULTA EM INFECTOLOGIA	R\$ 80,00
90.01.02.009	CONSULTA EM INFECTOLOGIA (SEDE DO CISCOPAR/MUNICÍPIOS)	R\$ 75,00
90.01.02.009	CONSULTA EM INFECTOLOGIA (TELECONSULTA)	R\$ 70,00
90.01.02.029	CONSULTA EM MASTOLOGIA	R\$ 80,00
90.01.02.029	CONSULTA EM MASTOLOGIA (SEDE DO CISCOPAR/MUNICÍPIOS)	R\$ 75,00
90.01.02.029	CONSULTA EM MASTOLOGIA (TELECONSULTA)	R\$ 70,00
90.01.02.010	CONSULTA EM NEFROLOGIA	R\$ 150,00
90.01.02.010	CONSULTA EM NEFROLOGIA (SEDE DO CISCOPAR/MUNICÍPIOS)	R\$ 145,00
90.01.02.010	CONSULTA EM NEFROLOGIA (TELECONSULTA)	R\$ 140,00
90.01.02.025	CONSULTA EM NEUROCIRURGIA	R\$ 80,00
90.01.02.025	CONSULTA EM NEUROCIRURGIA (SEDE DO CISCOPAR/MUNICÍPIOS)	R\$ 75,00
90.01.02.025	CONSULTA EM NEUROCIRURGIA (TELECONSULTA)	R\$ 70,00
90.01.02.035	CONSULTA EM NEUROLOGIA CLÍNICA	R\$ 80,00
90.01.02.035	CONSULTA EM NEUROLOGIA CLÍNICA (SEDE DO CISCOPAR/MUNICÍPIOS)	R\$ 75,00
90.01.02.035	CONSULTA EM NEUROLOGIA CLÍNICA (TELECONSULTA)	R\$ 70,00
90.01.02.032	CONSULTA EM NEUROPEDIATRIA	R\$ 250,00
90.01.02.032	CONSULTA EM NEUROPEDIATRIA (SEDE DO CISCOPAR/MUNICÍPIOS)	R\$ 245,00
90.01.02.032	CONSULTA EM NEUROPEDIATRIA (TELECONSULTA)	R\$ 240,00
03.01.01.004	CONSULTA EM NUTRIÇÃO	R\$ 25,00
90.01.02.028	CONSULTA EM OBSTETRÍCIA	R\$ 80,00
90.01.02.028	CONSULTA EM OBSTETRÍCIA (SEDE DO CISCOPAR/MUNICÍPIOS)	R\$ 75,00
90.01.02.028	CONSULTA EM OBSTETRÍCIA (TELECONSULTA)	R\$ 70,00
90.01.02.016	CONSULTA EM OFTALMOLOGIA	R\$ 80,00
90.01.02.016	CONSULTA EM OFTALMOLOGIA (SEDE DO CISCOPAR/MUNICÍPIOS)	R\$ 75,00
90.01.02.016	CONSULTA EM OFTALMOLOGIA (TELECONSULTA)	R\$ 70,00
90.01.02.038	CONSULTA EM ORTOPEDIA CIRÚRGICA DA COLUNA	R\$ 80,00
90.01.02.038	CONSULTA EM ORTOPEDIA CIRÚRGICA DA COLUNA (SEDE DO CISCOPAR/MUNICÍPIOS)	R\$ 75,00
90.01.02.038	CONSULTA EM ORTOPEDIA CIRÚRGICA DA COLUNA (TELECONSULTA)	R\$ 70,00
90.01.02.040	CONSULTA EM ORTOPEDIA CIRÚRGICA DE QUADRIL	R\$ 80,00
90.01.02.040	CONSULTA EM ORTOPEDIA CIRÚRGICA DE QUADRIL (SEDE DO CISCOPAR/MUNICÍPIOS)	R\$ 75,00
90.01.02.040	CONSULTA EM ORTOPEDIA CIRÚRGICA DE QUADRIL (TELECONSULTA)	R\$ 70,00
90.01.02.039	CONSULTA EM ORTOPEDIA CIRÚRGICA DO JOELHO	R\$ 80,00
90.01.02.039	CONSULTA EM ORTOPEDIA CIRÚRGICA DO JOELHO (SEDE DO CISCOPAR/MUNICÍPIOS)	R\$ 75,00
90.01.02.039	CONSULTA EM ORTOPEDIA CIRÚRGICA DO JOELHO (TELECONSULTA)	R\$ 70,00
90.01.02.036	CONSULTA EM ORTOPEDIA GERAL	R\$ 80,00

CLASSIFICAÇÃO	PROCEDIMENTO	PREÇO
90.01.02.036	CONSULTA EM ORTOPEDIA GERAL (SEDE DO CISCOPAR/MUNICÍPIOS)	R\$ 75,00
90.01.02.036	CONSULTA EM ORTOPEDIA GERAL (TELECONSULTA)	R\$ 70,00
90.01.02.037	CONSULTA EM ORTOPEDIA PEDIÁTRICA	R\$ 80,00
90.01.02.037	CONSULTA EM ORTOPEDIA PEDIÁTRICA (SEDE DO CISCOPAR/MUNICÍPIOS)	R\$ 75,00
90.01.02.037	CONSULTA EM ORTOPEDIA PEDIÁTRICA (TELECONSULTA)	R\$ 70,00
90.01.02.017	CONSULTA EM OTORRINOLARINGOLOGIA	R\$ 80,00
90.01.02.017	CONSULTA EM OTORRINOLARINGOLOGIA (SEDE DO CISCOPAR/MUNICÍPIOS)	R\$ 75,00
90.01.02.017	CONSULTA EM OTORRINOLARINGOLOGIA (TELECONSULTA)	R\$ 70,00
90.01.02.030	CONSULTA EM PEDIATRIA	R\$ 80,00
90.01.02.030	CONSULTA EM PEDIATRIA (SEDE DO CISCOPAR/MUNICÍPIOS)	R\$ 75,00
90.01.02.030	CONSULTA EM PEDIATRIA (TELECONSULTA)	R\$ 70,00
90.01.02.011	CONSULTA EM PNEUMOLOGIA	R\$ 80,00
90.01.02.011	CONSULTA EM PNEUMOLOGIA (SEDE DO CISCOPAR/MUNICÍPIOS)	R\$ 75,00
90.01.02.011	CONSULTA EM PNEUMOLOGIA (TELECONSULTA)	R\$ 70,00
90.01.02.031	CONSULTA EM PNEUMOPEDIATRIA	R\$ 100,00
90.01.02.031	CONSULTA EM PNEUMOPEDIATRIA (SEDE DO CISCOPAR/MUNICÍPIOS)	R\$ 95,00
90.01.02.031	CONSULTA EM PNEUMOPEDIATRIA (TELECONSULTA)	R\$ 90,00
90.01.02.041	CONSULTA EM PSIQUIATRIA	R\$ 150,00
90.01.02.041	CONSULTA EM PSIQUIATRIA (SEDE DO CISCOPAR/MUNICÍPIOS)	R\$ 145,00
90.01.02.041	CONSULTA EM PSIQUIATRIA (TELECONSULTA)	R\$ 140,00
90.01.02.042	CONSULTA EM PSIQUIATRIA DA INF. E ADOLESCÊNCIA	R\$ 100,00
90.01.02.042	CONSULTA EM PSIQUIATRIA DA INF. E ADOLESCÊNCIA (SEDE DO CISCOPAR/MUNICÍPIOS)	R\$ 95,00
90.01.02.042	CONSULTA EM PSIQUIATRIA DA INF. E ADOLESCÊNCIA (TELECONSULTA)	R\$ 90,00
90.01.02.043	CONSULTA EM PSIQUIATRIA GERIÁTRICA	R\$ 80,00
90.01.02.043	CONSULTA EM PSIQUIATRIA GERIÁTRICA (SEDE DO CISCOPAR/MUNICÍPIOS)	R\$ 75,00
90.01.02.043	CONSULTA EM PSIQUIATRIA GERIÁTRICA (TELECONSULTA)	R\$ 70,00
90.01.02.012	CONSULTA EM REUMATOLOGIA	R\$ 150,00
90.01.02.012	CONSULTA EM REUMATOLOGIA (SEDE DO CISCOPAR/MUNICÍPIOS)	R\$ 145,00
90.01.02.012	CONSULTA EM REUMATOLOGIA (TELECONSULTA)	R\$ 140,00
90.01.02.044	CONSULTA EM SAÚDE MENTAL	R\$ 80,00
90.01.02.044	CONSULTA EM SAÚDE MENTAL (SEDE DO CISCOPAR/MUNICÍPIOS)	R\$ 75,00
90.01.02.044	CONSULTA EM SAÚDE MENTAL (TELECONSULTA)	R\$ 70,00
03.01.01.004	CONSULTA EM TERAPIA OCUPACIONAL	R\$ 25,00
90.01.02.014	CONSULTA EM UROLOGIA	R\$ 80,00
90.01.02.014	CONSULTA EM UROLOGIA (SEDE DO CISCOPAR/MUNICÍPIOS)	R\$ 75,00
90.01.02.014	CONSULTA EM UROLOGIA (TELECONSULTA)	R\$ 70,00
90.02.01.001	CONSULTA ESPECIALIZADA EM PSICOLOGIA	R\$ 30,00
90.01.02.003	CONSULTA OPERATÓRIA (SEM CUSTO)	R\$ 0,00
90.01.02.002	CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA (SEM CUSTO)	R\$ 0,00
02.02.05.005	CONTAGEM DE ADDIS	R\$ 2,28
02.02.03.001	CONTAGEM DE LINFÓCITOS B	R\$ 16,80
02.02.03.002	CONTAGEM DE LINFÓCITOS CD4/CD8	R\$ 16,80
02.02.03.003	CONTAGEM DE LINFÓCITOS T TOTAIS	R\$ 16,80

CLASSIFICAÇÃO	PROCEDIMENTO	PREÇO
02.02.02.002	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 3,06
02.02.02.003	CONTAGEM DE RETICULÓCITOS	R\$ 3,36
02.02.09.005	CONTAGEM ESPECÍFICA DE CÉLULAS NO LÍQUOR	R\$ 2,12
02.02.09.006	CONTAGEM GLOBAL DE CÉLULAS NO LÍQUOR	R\$ 2,12
90.05.01.001	CONTRASTE PARA EXAMES DE IMAGENS	R\$ 82,00
90.05.01.002	CONTRASTE PARA EXAMES DE IMAGENS (PACIENTES ALÉRGICOS)	R\$ 50,00
90.07.01.133	CONTROLE DE QUALIDADE DE ESTER TESTE	R\$ 11,76
90.07.01.229	CORONAVÍRUS SARS-COV-2 IgG/IgM (COVID-19)	R\$ 157,50
90.07.01.134	CORPÚSCULOS DE DONOVAN - PESQUISA	R\$ 16,69
04.05.02.001	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MÚSCULOS)	R\$ 1.389,76
04.05.02.002	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ESTRABISMO (ATÉ 2 MÚSCULOS)	R\$ 970,74
90.07.01.071	CORTISOL URINÁRIO	R\$ 16,69
90.07.01.045	CREATININA URINÁRIA - 24H	R\$ 3,70
03.09.03.004	CRIOCAUTERIZAÇÃO / ELETROCOAGULAÇÃO DE COLO DE ÚTERO	R\$ 40,00
90.07.01.135	CROMATINA SEXUAL	R\$ 32,37
90.07.01.136	CROMO URINÁRIO	R\$ 35,84
90.07.01.050	CRYPTOCOCCUS - PESQUISA	R\$ 16,69
90.07.01.137	CRYPTOSPORIDIUM-PESQUISA	R\$ 16,46
02.02.08.008	CULTURA DE BACTÉRIAS P/ IDENTIFICAÇÃO	R\$ 6,65
90.07.01.234	CULTURA DE SUPERFÍCIE	R\$ 25,00
90.07.01.216	CULTURA DE VIGILÂNCIA	R\$ 18,14
02.02.08.009	CULTURA DO LEITE MATERNO (POS-PASTEURIZAÇÃO)	R\$ 4,85
90.07.01.241	CULTURA E ANTIBIOGRAMA DE FERIDAS E SECREÇÕES	R\$ 35,00
90.07.01.073	CULTURA ESCARRO	R\$ 12,99
90.07.01.061	CULTURA ESPERMA	R\$ 12,99
90.07.01.017	CULTURA FEZES (COPROCULTURA)	R\$ 8,06
90.07.01.004	CULTURA LÍQUOR	R\$ 12,99
02.02.08.010	CULTURA P/ HERPESVÍRUS	R\$ 4,85
02.02.08.011	CULTURA PARA BAAR	R\$ 11,20
02.02.08.012	CULTURA PARA BACTÉRIAS ANAERÓBICAS	R\$ 11,48
90.07.04.001	CULTURA PARA ESTREPTOCOCOS DO GRUPO B EM GESTANTES	R\$ 31,88
02.02.08.013	CULTURA PARA IDENTIFICAÇÃO DE FUNGOS	R\$ 4,69
90.07.01.069	CULTURA SECREÇÃO URETRAL	R\$ 12,99
90.07.01.068	CULTURA SECREÇÃO VAGINAL	R\$ 12,99
04.13.01.003	CURATIVO EM GRANDE QUEIMADO	R\$ 65,63
04.13.01.004	CURATIVO EM MÉDIO QUEIMADO	R\$ 46,88
04.13.01.005	CURATIVO EM PEQUENO QUEIMADO	R\$ 28,13
04.01.01.002	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO (POR PACIENTE)	R\$ 24,30
04.01.01.001	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO (HOSPITAL PRIVADO)	R\$ 81,00
04.01.01.001	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO (HOSPITAL PÚBLICO)	R\$ 40,50
04.09.06.004	CURETAGEM SEIÓTICA C/ OU S/ DILATAÇÃO DO COLO DO ÚTERO	R\$ 334,84
90.07.01.138	CURVA GH C/INSULINA 5 DOSAGENS (BASAL+DOS.)	R\$ 140,00
90.07.01.053	CURVA GLICÊMICA - INSULÍNICA 4 DOSAGENS	R\$ 73,58

CLASSIFICAÇÃO	PROCEDIMENTO	PREÇO
90.07.01.054	CURVA GLICÊMICA - INSULÍNICA 5 DOSAGENS	R\$ 91,84
90.07.01.055	CURVA GLICÊMICA - INSULÍNICA 6 DOSAGENS	R\$ 110,32
90.07.01.051	CURVA GLICÊMICA 4 DOSAGENS	R\$ 23,74
90.07.01.052	CURVA GLICÊMICA 6 DOSAGENS	R\$ 35,62
90.07.01.029	D-DÍMERO	R\$ 120,96
04.15.04.004	DEBRIDAMENTO DE ÚLCERA / NECROSE	R\$ 44,79
02.08.08.002	DEMONSTRAÇÃO DE SEQUESTRO DE HEMÁCIAS PELO BAÇO (C/ RADIOISÓTOPOS)	R\$ 107,11
90.07.01.244	DENGUE NS1	R\$ 12,00
02.04.06.002	DENSITOMETRIA ÓSSEA DUO-ENERGÉTICA DE COLUNA (VÉRTEBRAS LOMBARES) ou FÊMUR	R\$ 93,71
90.07.01.139	DEOXIPIRIDINOLINA	R\$ 73,92
04.08.06.009	DESCOMPRESSÃO COM ESVAZIAMENTO MEDULAR POR BROCAGEM / VIA CORTICOTOMIA	R\$ 1.762,55
04.08.06.009	DESCOMPRESSÃO COM ESVAZIAMENTO MEDULAR POR BROCAGEM / VIA CORTICOTOMIA	R\$ 881,24
02.02.03.004	DETECÇÃO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)	R\$ 72,80
02.02.03.005	DETECÇÃO DE RNA DO VÍRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	R\$ 107,52
02.02.11.001	DETECÇÃO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNÓSTICO TARDIO)	R\$ 9,86
02.02.11.002	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATÓRIO)	R\$ 73,92
02.02.11.003	DETECÇÃO MOLECULAR EM FIBROSE CÍSTICA (CONFIRMATÓRIO)	R\$ 73,92
02.02.12.001	DETERMINAÇÃO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETÁRIOS	R\$ 11,93
02.02.01.002	DETERMINAÇÃO DE CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO	R\$ 4,50
02.02.10.001	DETERMINAÇÃO DE CARIÓTIPO EM CULTURA DE LONGA DURAÇÃO (C/ TÉCNICA DE BANDAS)	R\$ 221,76
02.02.10.002	DETERMINAÇÃO DE CARIÓTIPO EM MEDULA ÓSSEA E VILOSIDADES CORIÔNICAS (C/ TÉCNICA DE BANDAS)	R\$ 358,40
02.02.10.003	DETERMINAÇÃO DE CARIÓTIPO EM SANGUE PERIFÉRICO (C/ TÉCNICA DE BANDAS)	R\$ 256,48
02.02.03.006	DETERMINAÇÃO DE COMPLEMENTO (CH50)	R\$ 16,69
02.02.01.003	DETERMINAÇÃO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOÁCIDOS	R\$ 21,84
02.02.02.004	DETERMINAÇÃO DE CURVA DE RESISTÊNCIA GLOBULAR	R\$ 3,70
02.02.01.004	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA (2 DOSAGENS)	R\$ 4,07
02.02.01.005	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA C/ INDUÇÃO POR CORTISONA (5 DOSAGENS)	R\$ 7,34
02.02.01.006	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA C/ INDUÇÃO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)	R\$ 4,12
02.02.01.007	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA CLÁSSICA (5 DOSAGENS)	R\$ 22,40
02.02.02.005	DETERMINAÇÃO DE ENZIMAS ERITROCITÁRIAS (CADA)	R\$ 3,06
02.02.03.007	DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATOIDE	R\$ 6,16
02.08.04.008	DETERMINAÇÃO DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR	R\$ 69,54
02.08.04.009	DETERMINAÇÃO DE FLUXO PLASMÁTICO RENAL	R\$ 69,54
02.08.01.009	DETERMINAÇÃO DE FLUXO SANGUÍNEO REGIONAL	R\$ 143,80
02.02.09.007	DETERMINAÇÃO DE FOSFOLÍPIDIOS RELAÇÃO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LÍQUIDO AMNIÓTICO	R\$ 7,35
02.02.06.001	DETERMINAÇÃO DE ÍNDICE DE TIROXINA LIVRE	R\$ 14,04
02.02.05.006	DETERMINAÇÃO DE OSMOLALIDADE	R\$ 4,14
02.02.01.008	DETERMINAÇÃO DE OSMOLARIDADE	R\$ 5,71
02.02.06.002	DETERMINAÇÃO DE RETENÇÃO DE T3	R\$ 14,04
02.08.08.003	DETERMINAÇÃO DE SOBREVIDA DE HEMÁCIAS (C/ RADIOISÓTOPOS)	R\$ 80,53
02.02.02.006	DETERMINAÇÃO DE SULFO-HEMOGLOBINA	R\$ 3,06
02.02.06.003	DETERMINAÇÃO DE T3 REVERSO	R\$ 16,45
02.02.02.007	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	R\$ 4,48

CLASSIFICAÇÃO	PROCEDIMENTO	PREÇO
02.02.02.008	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	R\$ 3,06
02.02.02.009	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO - DUKE	R\$ 3,06
02.02.02.010	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	R\$ 10,08
02.02.02.011	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMÁCIAS	R\$ 6,48
02.02.02.012	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA	R\$ 6,38
02.02.02.013	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$ 6,46
02.02.02.014	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 4,37
02.02.02.015	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO (VHS)	R\$ 3,06
02.02.12.002	DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,53
02.02.03.008	DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA	R\$ 10,98
90.18.02.015	DIARIA EXTRA - ARTRODESE DE MEDIAS / GRANDES ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 143,98
90.18.02.017	DIÁRIA EXTRA - REALINHAMENTO DE MECANISMO EXTENSOR DOS DEDOS DA MÃO - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 128,46
90.18.02.036	DIÁRIA EXTRA - TENÓLISE - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 143,38
90.18.02.028	DIÁRIA EXTRA - ALONGAMENTO / ENCURTAMENTO MIOTENDINOSO - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 158,71
90.18.02.028	DIÁRIA EXTRA - ALONGAMENTO / ENCURTAMENTO MIOTENDINOSO - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 79,35
90.18.02.029	DIÁRIA EXTRA - AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE DEDO - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 211,27
90.18.02.029	DIÁRIA EXTRA - AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE DEDO - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 105,63
90.18.02.015	DIARIA EXTRA - ARTRODESE DE MEDIAS / GRANDES ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR - HOSPITAL PUBLICO	R\$ 71,99
90.18.02.030	DIARIA EXTRA - ARTRODESE DE PEQUENAS ARTICULACOES - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 133,62
90.18.02.030	DIARIA EXTRA - ARTRODESE DE PEQUENAS ARTICULACOES - HOSPITAL PUBLICO	R\$ 66,81
90.18.02.004	DIÁRIA EXTRA - COLECISTECTOMIA	R\$ 622,71
90.18.02.004	DIÁRIA EXTRA - COLECISTECTOMIA	R\$ 311,36
90.18.02.031	DIÁRIA EXTRA - DESCOMPRESSÃO COM ESVAZIAMENTO MEDULAR POR BROCAGEM / VIA CORTICOTOMIA	R\$ 440,64
90.18.02.031	DIÁRIA EXTRA - DESCOMPRESSÃO COM ESVAZIAMENTO MEDULAR POR BROCAGEM / VIA CORTICOTOMIA	R\$ 220,32
90.18.02.001	DIÁRIA EXTRA - ESFINCTEROTOMIA INTERNA E TRATAMENTO DE FISSURA ANAL	R\$ 154,26
90.18.02.001	DIÁRIA EXTRA - ESFINCTEROTOMIA INTERNA E TRATAMENTO DE FISSURA ANAL	R\$ 77,13
90.18.02.016	DIÁRIA EXTRA - FASCIOTOMIA DE MEMBROS SUPERIORES - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 125,32
90.18.02.016	DIÁRIA EXTRA - FASCIOTOMIA DE MEMBROS SUPERIORES - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 62,66
90.18.02.002	DIÁRIA EXTRA - FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	R\$ 227,44
90.18.02.002	DIÁRIA EXTRA - FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	R\$ 113,72
90.18.02.003	DIÁRIA EXTRA - HEMORROIDECTOMIA	R\$ 197,46
90.18.02.003	DIÁRIA EXTRA - HEMORROIDECTOMIA	R\$ 98,73
90.18.02.005	DIÁRIA EXTRA - HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	R\$ 501,08
90.18.02.005	DIÁRIA EXTRA - HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	R\$ 250,54
90.18.02.006	DIÁRIA EXTRA - HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	R\$ 381,29
90.18.02.006	DIÁRIA EXTRA - HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	R\$ 190,64
90.18.02.007	DIÁRIA EXTRA - HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	R\$ 398,73
90.18.02.007	DIÁRIA EXTRA - HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	R\$ 199,37
90.18.02.008	DIÁRIA EXTRA - HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	R\$ 372,71
90.18.02.008	DIÁRIA EXTRA - HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	R\$ 186,35
90.18.02.009	DIÁRIA EXTRA - HERNIOPLASTIA UMBILICAL	R\$ 271,87
90.18.02.009	DIÁRIA EXTRA - HERNIOPLASTIA UMBILICAL	R\$ 135,94

CLASSIFICAÇÃO	PROCEDIMENTO	PREÇO
90.18.02.010	DIÁRIA EXTRA - HISTERECTOMIA TOTAL	R\$ 567,46
90.18.02.010	DIÁRIA EXTRA - HISTERECTOMIA TOTAL	R\$ 283,73
90.18.02.011	DIÁRIA EXTRA - LAQUEADURA TUBARIA	R\$ 303,43
90.18.02.011	DIÁRIA EXTRA - LAQUEADURA TUBARIA	R\$ 151,71
90.18.02.014	DIÁRIA EXTRA - MIOMECTOMIA	R\$ 330,59
90.18.02.014	DIÁRIA EXTRA - MIOMECTOMIA	R\$ 165,29
90.18.02.012	DIÁRIA EXTRA - OOFORECTOMIA / OOFOROSPLASTIA	R\$ 318,66
90.18.02.012	DIÁRIA EXTRA - OOFORECTOMIA / OOFOROSPLASTIA	R\$ 159,33
90.18.02.051	DIÁRIA EXTRA - ORQUIDOPEXIA UNILATERAL - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 225,04
90.18.02.051	DIÁRIA EXTRA - ORQUIDOPEXIA UNILATERAL - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 112,52
90.18.02.052	DIÁRIA EXTRA - ORQUIECTOMIA UNILATERAL - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 218,83
90.18.02.052	DIÁRIA EXTRA - ORQUIECTOMIA UNILATERAL - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 109,42
90.18.02.046	DIÁRIA EXTRA - PIELOLITOTOMIA - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 411,37
90.18.02.046	DIÁRIA EXTRA - PIELOLITOTOMIA - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 205,68
90.18.02.056	DIÁRIA EXTRA - POSTECTOMIA - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 136,95
90.18.02.056	DIÁRIA EXTRA - POSTECTOMIA - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 68,48
90.18.02.017	DIÁRIA EXTRA - REALINHAMENTO DE MECANISMO EXTENSOR DOS DEDOS DA MÃO - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 64,23
90.18.02.047	DIÁRIA EXTRA - RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DA EXTREMIDADE DISTAL DO URÉTER - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 299,54
90.18.02.047	DIÁRIA EXTRA - RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DA EXTREMIDADE DISTAL DO URÉTER - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 149,77
90.18.02.050	DIÁRIA EXTRA - RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE PRÓSTATA - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 532,24
90.18.02.050	DIÁRIA EXTRA - RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE PRÓSTATA - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 266,12
90.18.02.032	DIÁRIA EXTRA - RESSECÇÃO SIMPLES DE TUMOR ÓSSEO / DE PARTES MOLES - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 230,02
90.18.02.032	DIÁRIA EXTRA - RESSECÇÃO SIMPLES DE TUMOR ÓSSEO / DE PARTES MOLES - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 115,01
90.18.02.033	DIÁRIA EXTRA - RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 140,73
90.18.02.033	DIÁRIA EXTRA - RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 70,36
90.18.02.034	DIÁRIA EXTRA - RETRAÇÃO CICATRICIAL DOS DEDOS C/ COMPROMETIMENTO TENDINOSO (POR DEDO) - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 128,46
90.18.02.034	DIÁRIA EXTRA - RETRAÇÃO CICATRICIAL DOS DEDOS C/ COMPROMETIMENTO TENDINOSO (POR DEDO) - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 64,23
90.18.02.035	DIÁRIA EXTRA - REVISÃO CIRÚRGICA DE COTO DE AMPUTAÇÃO DOS DEDOS - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 129,39
90.18.02.035	DIÁRIA EXTRA - REVISÃO CIRÚRGICA DE COTO DE AMPUTAÇÃO DOS DEDOS - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 64,69
90.18.02.013	DIÁRIA EXTRA - SALGINPECTOMIA UNI/BILATERAL	R\$ 291,00
90.18.02.013	DIÁRIA EXTRA - SALGINPECTOMIA UNI/BILATERAL	R\$ 145,50
90.18.02.036	DIÁRIA EXTRA - TENÓLISE - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 71,69
90.18.02.037	DIÁRIA EXTRA - TENOPLASTIA OU ENXERTO DE TENDÃO ÚNICO - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 425,13
90.18.02.037	DIÁRIA EXTRA - TENOPLASTIA OU ENXERTO DE TENDÃO ÚNICO - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 212,56
90.18.02.038	DIÁRIA EXTRA - TENORRAFIA ÚNICA EM TÚNEL ÓSTEO-FIBROSO - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 263,31
90.18.02.038	DIÁRIA EXTRA - TENORRAFIA ÚNICA EM TÚNEL OSTEO-FIBROSO - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 131,66
90.18.02.018	DIÁRIA EXTRA - TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO SUPERIOR - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 121,81
90.18.02.018	DIÁRIA EXTRA - TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO SUPERIOR - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 60,90
90.18.02.039	DIÁRIA EXTRA - TRANSPLANTE DO HALUX P/ O POLEGAR - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 211,83
90.18.02.039	DIÁRIA EXTRA - TRANSPLANTE DO HALUX P/ O POLEGAR - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 105,91
90.18.02.022	DIÁRIA EXTRA - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 228,09
90.18.02.022	DIÁRIA EXTRA - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 114,05

CLASSIFICAÇÃO	PROCEDIMENTO	PREÇO
90.18.02.040	DIARIA EXTRA - TRATAMENTO CIRURGICO DE ARTRITE INFECCIOSA (GRANDES E MEDIAS ARTICULACOES) - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 262,63
90.18.02.040	DIARIA EXTRA - TRATAMENTO CIRURGICO DE ARTRITE INFECCIOSA (GRANDES E MEDIAS ARTICULACOES) - HOSPITAL PUBLICO	R\$ 131,31
90.18.02.019	DIÁRIA EXTRA - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 150,72
90.18.02.019	DIÁRIA EXTRA - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 75,36
90.18.02.041	DIÁRIA EXTRA - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM MARTELO / EM GARRA (MÃO E PÉ) - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 167,76
90.18.02.041	DIÁRIA EXTRA - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM MARTELO / EM GARRA (MÃO E PÉ) - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 83,88
90.18.02.042	DIÁRIA EXTRA - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE ARTICULAR POR RETRACAO TENO-CÁPSULO-LIGAMENTAR - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 235,63
90.18.02.042	DIÁRIA EXTRA - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE ARTICULAR POR RETRACAO TENOCAPSULO-LIGAMENTAR - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 117,81
90.18.02.020	DIÁRIA EXTRA - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DAS FALANGES DA MÃO (COM FIXAÇÃO) - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 120,38
90.18.02.020	DIÁRIA EXTRA - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DAS FALANGES DA MÃO (COM FIXAÇÃO) - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 60,19
90.18.02.021	DIÁRIA EXTRA - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS METACARPÍANOS - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 161,41
90.18.02.021	DIÁRIA EXTRA - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS METACARPÍANOS - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 80,71
90.18.02.023	DIÁRIA EXTRA - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 125,64
90.18.02.023	DIÁRIA EXTRA - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 62,82
90.18.02.043	DIÁRIA EXTRA - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA VICIOSAMENTE CONSOLIDADA DOS OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 347,39
90.18.02.043	DIÁRIA EXTRA - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA VICIOSAMENTE CONSOLIDADA DOS OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 173,70
90.18.02.024	DIÁRIA EXTRA - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 156,60
90.18.02.024	DIÁRIA EXTRA - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 78,30
90.18.02.053	DIÁRIA EXTRA - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIDROCELE - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 160,61
90.18.02.053	DIÁRIA EXTRA - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIDROCELE - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 80,30
90.18.02.057	DIÁRIA EXTRA - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA POR VIA VAGINAL - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 233,06
90.18.02.057	DIÁRIA EXTRA - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA POR VIA VAGINAL - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 116,53
90.18.02.044	DIARIA EXTRA - TRATAMENTO CIRURGICO DE INFECCÃO EM ARTROPLASTIA DAS MEDIAS / PEQUENAS ARTICULACOES - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 209,63
90.18.02.044	DIARIA EXTRA - TRATAMENTO CIRURGICO DE INFECCAO EM ARTROPLASTIA DAS MEÉDIAS / PEQUENAS ARTICULACOES - HOSPITAL PUBLICO	R\$ 104,82
90.18.02.025	DIÁRIA EXTRA - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO AGUDA CAPSULOLIGAMENTAR DO MEMBRO SUPERIOR: COTOVELO / PUNHO - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 150,89
90.18.02.025	DIÁRIA EXTRA - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO AGUDA CAPSULOLIGAMENTAR DO MEMBRO SUPERIOR: COTOVELO / PUNHO - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 75,45
90.18.02.026	DIÁRIA EXTRA - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO DA MUSCULATURA INTRÍNSECA DA MÃO - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 138,81
90.18.02.026	DIÁRIA EXTRA - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO DA MUSCULATURA INTRÍNSECA DA MÃO - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 69,40
90.18.02.027	DIÁRIA EXTRA - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA MÃO - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 126,95
90.18.02.027	DIÁRIA EXTRA - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA MÃO - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 63,48

CLASSIFICAÇÃO	PROCEDIMENTO	PREÇO
90.18.02.045	DIÁRIA EXTRA - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SINDACTILIA SIMPLES (DOIS DEDOS) - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 131,14
90.18.02.045	DIÁRIA EXTRA - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SINDACTILIA SIMPLES (DOIS DEDOS) - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 65,57
90.18.02.054	DIÁRIA EXTRA - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARICOCELE - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 160,98
90.18.02.054	DIÁRIA EXTRA - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARICOCELE - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 80,49
90.18.02.048	DIÁRIA EXTRA - URETEROLITOTOMIA - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 685,67
90.18.02.048	DIÁRIA EXTRA - URETEROLITOTOMIA - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 342,83
90.18.02.049	DIÁRIA EXTRA - URETROTOMIA INTERNA - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 199,95
90.18.02.049	DIÁRIA EXTRA - URETROTOMIA INTERNA - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 99,98
90.18.02.055	DIÁRIA EXTRA - VASECTOMIA - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 274,29
90.18.02.055	DIARIA EXTRA - VASECTOMIA - HOSPITAL PUBLICO	R\$ 137,15
90.18.02.058	DIÁRIA EXTRA - EXERESE DE CISTO SACRO-COCCIGEO (HOSPITAL PRIVADO)	R\$ 89,83
90.18.02.058	DIÁRIA EXTRA - EXERESE DE CISTO SACRO-COCCIGEO (HOSPITAL PÚBLICO)	R\$ 44,91
90.04.08.437	DILATAÇÃO DE CÓLON	R\$ 38,00
90.04.08.437	DILATAÇÃO DE CÓLON	R\$ 40,00
03.03.07.001	DILATAÇÃO DE ESÔFAGO C/ OGIVAS SOB VISÃO ENDOSCÓPICA	R\$ 332,50
03.03.07.001	DILATAÇÃO DE ESÔFAGO C/ OGIVAS SOB VISÃO ENDOSCÓPICA (POR SESSÃO)	R\$ 350,00
02.02.06.004	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	R\$ 13,44
02.02.06.005	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	R\$ 12,32
02.02.06.006	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	R\$ 12,32
02.02.01.009	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	R\$ 3,93
02.02.01.010	DOSAGEM DE ACETONA	R\$ 2,07
02.02.06.007	DOSAGEM DE ÁCIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACÉTICO (SEROTONINA)	R\$ 15,05
02.02.01.011	DOSAGEM DE ÁCIDO ASCÓRBICO	R\$ 2,25
02.02.07.001	DOSAGEM DE ÁCIDO DELTA-AMINOLEVULÍNICO	R\$ 4,61
02.02.07.002	DOSAGEM DE ÁCIDO HIPÚRICO	R\$ 4,61
02.02.07.003	DOSAGEM DE ÁCIDO MANDÉLICO	R\$ 8,24
02.02.07.004	DOSAGEM DE ÁCIDO METIL-HIPÚRICO	R\$ 4,57
02.02.01.012	DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO	R\$ 3,14
02.02.07.005	DOSAGEM DE ÁCIDO VALPRÓICO	R\$ 17,92
02.02.01.013	DOSAGEM DE ÁCIDO VANILMANDÉLICO	R\$ 10,08
02.02.05.007	DOSAGEM DE AÇÚCARES (POR CROMATOGRAFIA)	R\$ 4,14
02.02.06.008	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTRÓFICO (ACTH)	R\$ 28,00
02.02.07.006	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	R\$ 3,93
02.02.07.007	DOSAGEM DE ÁLCOOL ETÍLICO	R\$ 2,25
02.02.01.014	DOSAGEM DE ALDOLASE	R\$ 4,12
02.02.06.009	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	R\$ 15,12
02.02.01.015	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	R\$ 8,24
02.02.01.016	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEÍNA ÁCIDA	R\$ 8,24
02.02.01.017	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	R\$ 4,12
02.02.03.009	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEÍNA	R\$ 19,26
02.02.07.008	DOSAGEM DE ALUMÍNIO	R\$ 40,32
02.02.01.018	DOSAGEM DE AMILASE	R\$ 3,14
02.02.07.009	DOSAGEM DE AMINOGLICOSÍDEOS	R\$ 11,20

CLASSIFICAÇÃO	PROCEDIMENTO	PREÇO
02.02.01.019	DOSAGEM DE AMÔNIA	R\$ 7,86
02.02.06.010	DOSAGEM DE AMP CÍCLICO	R\$ 13,45
02.02.06.011	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	R\$ 15,12
02.02.07.010	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	R\$ 11,20
02.02.02.016	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	R\$ 4,60
02.02.03.118	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINASE RECOMBINANTE HUMANA IGA	R\$ 23,52
02.02.07.011	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS	R\$ 11,20
02.02.03.010	DOSAGEM DE ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA)	R\$ 21,28
02.02.02.017	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	R\$ 28,00
02.02.07.012	DOSAGEM DE BARBITURATOS	R\$ 14,71
02.02.07.013	DOSAGEM DE BENZODIAZEPÍNICOS	R\$ 15,10
02.02.03.011	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	R\$ 24,42
02.02.01.020	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$ 3,32
02.02.07.014	DOSAGEM DE CÁDMIO	R\$ 7,34
02.02.01.021	DOSAGEM DE CÁLCIO	R\$ 3,14
02.02.01.022	DOSAGEM DE CÁLCIO IONIZÁVEL	R\$ 3,93
02.02.06.012	DOSAGEM DE CALCITONINA	R\$ 21,28
02.02.07.015	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	R\$ 21,06
02.02.07.016	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	R\$ 11,54
02.02.01.023	DOSAGEM DE CAROTENO	R\$ 4,50
02.02.01.025	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	R\$ 8,24
02.02.07.017	DOSAGEM DE CHUMBO	R\$ 28,00
02.02.07.018	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	R\$ 77,28
02.02.05.008	DOSAGEM DE CITRATO	R\$ 4,50
02.02.01.026	DOSAGEM DE CLORETO	R\$ 2,07
02.02.07.019	DOSAGEM DE COBRE	R\$ 7,86
02.02.01.027	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$ 4,74
02.02.01.028	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$ 4,74
02.02.01.029	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$ 3,32
02.02.01.030	DOSAGEM DE COLINESTERASE	R\$ 4,12
02.02.03.012	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$ 19,22
02.02.03.013	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	R\$ 19,22
02.02.06.013	DOSAGEM DE CORTISOL	R\$ 11,04
02.02.01.031	DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 3,93
02.02.09.008	DOSAGEM DE CREATININA NO LÍQUIDO AMNIÓTICO	R\$ 2,12
02.02.01.032	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 8,37
02.02.01.033	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRAÇÃO MB	R\$ 23,21
02.02.03.014	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	R\$ 5,82
02.02.06.014	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$ 15,23
02.02.01.034	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	R\$ 3,93
02.02.01.035	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTÂMICA	R\$ 3,93
02.02.01.036	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA	R\$ 4,12
02.02.01.037	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	R\$ 4,12

CLASSIFICAÇÃO	PROCEDIMENTO	PREÇO
02.02.07.020	DOSAGEM DE DIGITÁLICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	R\$ 16,46
02.02.06.015	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R\$ 16,35
02.02.04.001	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGÊNIO FECAL	R\$ 1,85
02.02.06.016	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$ 11,37
02.02.06.017	DOSAGEM DE ESTRIOL	R\$ 13,78
02.02.06.018	DOSAGEM DE ESTRONA	R\$ 15,23
02.02.07.021	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA	R\$ 17,53
02.02.02.018	DOSAGEM DE FATOR II	R\$ 98,56
02.02.02.019	DOSAGEM DE FATOR IX	R\$ 11,20
02.02.02.020	DOSAGEM DE FATOR V	R\$ 20,16
02.02.02.021	DOSAGEM DE FATOR VII	R\$ 51,52
02.02.02.022	DOSAGEM DE FATOR VIII	R\$ 43,68
02.02.02.023	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	R\$ 9,41
02.02.02.024	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTÍGENO)	R\$ 136,64
02.02.02.025	DOSAGEM DE FATOR X	R\$ 85,12
02.02.02.026	DOSAGEM DE FATOR XI	R\$ 98,56
02.02.02.027	DOSAGEM DE FATOR XII	R\$ 95,20
02.02.02.028	DOSAGEM DE FATOR XIII	R\$ 105,28
02.02.11.004	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNÓSTICO TARDIO)	R\$ 6,16
02.02.11.006	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH (T4) (P/ DETECÇÃO DA VARIANTE HEMOGLOBINA)	R\$ 23,41
02.02.11.005	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4	R\$ 13,55
02.02.07.022	DOSAGEM DE FENITOÍNA	R\$ 39,45
02.02.07.023	DOSAGEM DE FENOL	R\$ 4,12
02.02.01.038	DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 17,46
02.02.01.039	DOSAGEM DE FERRO SÉRICO	R\$ 3,93
02.02.02.029	DOSAGEM DE FIBRINOGÊNIO	R\$ 10,30
02.02.01.040	DOSAGEM DE FOLATO	R\$ 31,36
02.02.07.024	DOSAGEM DE FORMALDEÍDO	R\$ 3,93
02.02.01.041	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA TOTAL	R\$ 3,81
02.02.01.042	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 3,14
02.02.09.009	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	R\$ 2,25
02.02.01.043	DOSAGEM DE FÓSFORO	R\$ 3,14
02.02.01.044	DOSAGEM DE FRAÇÃO PROSTÁTICA DA FOSFATASE ÁCIDA	R\$ 3,81
02.02.09.010	DOSAGEM DE FRUTOSE	R\$ 4,50
02.02.09.011	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	R\$ 2,25
02.02.01.045	DOSAGEM DE GALACTOSE	R\$ 3,93
02.02.01.046	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 3,93
02.02.06.019	DOSAGEM DE GASTRINA	R\$ 16,46
02.02.01.047	DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 3,14
02.02.09.012	DOSAGEM DE GLICOSE NO LÍQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 2,12
02.02.01.048	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	R\$ 8,24
02.02.06.020	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	R\$ 17,19
02.02.06.021	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$ 13,22

CLASSIFICAÇÃO	PROCEDIMENTO	PREÇO
02.02.04.002	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	R\$ 4,48
02.02.01.049	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	R\$ 8,24
02.02.02.030	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$ 1,71
02.02.02.031	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37°C	R\$ 3,06
02.02.02.032	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	R\$ 3,06
02.02.01.050	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 13,22
02.02.02.033	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	R\$ 3,06
02.02.01.051	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	R\$ 4,12
02.02.06.022	DOSAGEM DE HORMÔNIO DE CRESCIMENTO (HGH)	R\$ 14,11
02.02.06.023	DOSAGEM DE HORMÔNIO FOLÍCULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$ 8,85
02.02.06.024	DOSAGEM DE HORMÔNIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 10,05
02.02.06.025	DOSAGEM DE HORMÔNIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$ 10,27
02.02.03.015	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R\$ 19,22
02.02.03.016	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$ 20,72
02.02.03.017	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IGG)	R\$ 16,02
02.02.03.018	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$ 16,02
02.02.03.019	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	R\$ 4,59
02.02.06.026	DOSAGEM DE INSULINA	R\$ 13,22
02.02.01.052	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	R\$ 3,93
02.02.01.053	DOSAGEM DE LACTATO	R\$ 4,12
02.02.01.054	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	R\$ 3,93
02.02.01.055	DOSAGEM DE LIPASE	R\$ 3,14
02.02.07.025	DOSAGEM DE LÍCIO	R\$ 4,03
02.02.01.056	DOSAGEM DE MAGNÉSIO	R\$ 3,14
02.02.07.026	DOSAGEM DE MERCÚRIO	R\$ 4,57
02.02.07.027	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	R\$ 8,40
02.02.07.028	DOSAGEM DE METABÓLITOS DA COCAÍNA	R\$ 25,76
02.02.07.029	DOSAGEM DE METOTREXATO	R\$ 11,20
02.02.05.009	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 16,58
02.02.01.057	DOSAGEM DE MUCO-PROTEÍNAS	R\$ 4,50
02.02.05.010	DOSAGEM DE OXALATO	R\$ 6,72
02.02.06.027	DOSAGEM DE PARATORMÔNIO	R\$ 48,31
02.02.06.028	DOSAGEM DE PEPTÍDEO C	R\$ 24,42
02.02.01.079	DOSAGEM DE PEPTÍDEOS NATRIURÉTICOS TIPO B (BNP E NT-PROBNP)	R\$ 75,00
02.02.01.058	DOSAGEM DE PIRUVATO	R\$ 8,24
02.02.02.034	DOSAGEM DE PLASMINOGÊNIO	R\$ 4,60
02.02.01.059	DOSAGEM DE PORFIRINAS	R\$ 3,93
02.02.01.060	DOSAGEM DE POTÁSSIO	R\$ 3,70
02.02.06.029	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$ 11,45
02.02.06.030	DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$ 11,37
02.02.03.020	DOSAGEM DE PROTEÍNA C REATIVA	R\$ 6,34
02.02.05.011	DOSAGEM DE PROTEÍNAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$ 4,84
02.02.09.013	DOSAGEM DE PROTEÍNAS NO LÍQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 2,12

CLASSIFICAÇÃO	PROCEDIMENTO	PREÇO
02.02.01.061	DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS	R\$ 1,57
02.02.01.062	DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRACOES	R\$ 3,14
02.02.07.030	DOSAGEM DE QUINIDINA	R\$ 11,20
02.02.06.031	DOSAGEM DE RENINA	R\$ 22,40
02.02.07.031	DOSAGEM DE SALICILATOS	R\$ 2,25
02.02.01.063	DOSAGEM DE SÓDIO	R\$ 3,14
02.02.06.032	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	R\$ 34,38
02.02.06.033	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	R\$ 14,68
02.02.07.032	DOSAGEM DE SULFATOS	R\$ 3,93
02.02.07.033	DOSAGEM DE TEOFILINA	R\$ 35,06
02.02.06.034	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$ 11,68
02.02.06.035	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 17,02
02.02.07.034	DOSAGEM DE TIOCIANATO	R\$ 4,12
02.02.06.036	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$ 30,24
02.02.06.037	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$ 9,81
02.02.06.038	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 12,99
02.02.01.064	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO-OXALACÉTICA (TGO)	R\$ 3,14
02.02.01.065	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO-PIRÚVICA (TGP)	R\$ 3,14
02.02.01.066	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$ 9,23
02.02.01.067	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$ 4,16
02.02.06.039	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 9,76
02.02.11.007	DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA	R\$ 8,18
02.02.01.068	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	R\$ 3,93
02.02.11.008	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNÓSTICO TARDIO)	R\$ 14,78
02.02.01.069	DOSAGEM DE UREIA	R\$ 3,93
02.02.01.070	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$ 17,07
02.02.07.035	DOSAGEM DE ZINCO	R\$ 29,79
02.02.05.012	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ÁCIDOS ORGÂNICOS	R\$ 3,40
04.01.01.003	DRENAGEM DE ABSCESSO	R\$ 29,60
04.07.02.013	DRENAGEM DE ABSCESSO ANU-RETAL	R\$ 34,08
04.09.04.001	DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOLSA ESCROTAL	R\$ 19,46
04.07.02.014	DRENAGEM DE ABSCESSO ISQUIORRETAL	R\$ 34,08
04.09.07.012	DRENAGEM DE GLÂNDULA DE BARTHOLIN / SKENE	R\$ 19,46
02.04.03.002	DUCTOGRAFIA (POR MAMA)	R\$ 93,21
02.04.05.004	DUODENOGRAFIA HIPOTÔNICA	R\$ 36,81
90.13.03.001	ECOCARDIOGRAFIA DOPPLER FETAL	R\$ 260,00
90.13.03.001	ECOCARDIOGRAFIA DOPPLER FETAL	R\$ 247,00
90.13.03.002	ECOCARDIOGRAFIA DOPPLER FETAL (GEMELAR)	R\$ 520,00
90.13.04.000	ECOCARDIOGRAFIA SOB ESTESSE FÍSICO	R\$ 400,00
02.05.01.001	ECOCARDIOGRAFIA SOB ESTRESSE FARMACOLÓGICO	R\$ 580,00
02.05.01.002	ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA	R\$ 580,00
02.05.01.003	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	R\$ 170,00
02.05.01.003	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA	R\$ 161,50

CLASSIFICAÇÃO	PROCEDIMENTO	PREÇO
90.06.01.002	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA INFANTIL	R\$ 250,00
90.23.01.001	ELASTOGRAFIA HEPÁTICA ULTRASSÔNICA	R\$ 300,00
02.11.02.003	ELETROCARDIOGRAMA - LAUDO (para prestadores da sede do CISCOPAR)	R\$ 6,50
02.11.02.003	ELETROCARDIOGRAMA (COM LAUDO)	R\$ 20,90
02.11.02.003	ELETROCARDIOGRAMA (COM LAUDO)	R\$ 22,00
04.01.01.004	ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÃO CUTÂNEA	R\$ 29,60
02.11.05.002	ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGÍLIA C/ OU S/ FOTO-ESTÍMULO	R\$ 25,00
90.04.07.001	ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGÍLIA C/ OU S/ FOTO-ESTÍMULO - LAUDO - ADULTO	R\$ 14,25
90.04.07.001	ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGÍLIA C/ OU S/ FOTO-ESTÍMULO - LAUDO - ADULTO (para prestadores da sede do CISCOPAR)	R\$ 15,00
90.07.04.002	ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGÍLIA C/ OU S/ FOTO-ESTÍMULO - LAUDO - INFANTIL	R\$ 14,25
90.07.04.002	ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGILIA C/ OU S/ FOTO-ESTIMULO - LAUDO - INFANTIL (para prestadores da sede do CISCOPAR)	R\$ 15,00
02.11.05.003	ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG) - COM LAUDO	R\$ 47,50
02.11.05.003	ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG) - COM LAUDO	R\$ 50,00
02.02.02.035	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 12,12
02.02.01.071	ELETROFORESE DE LIPOPROTEÍNAS	R\$ 8,24
02.02.01.072	ELETROFORESE DE PROTEÍNAS	R\$ 9,90
02.02.09.015	ELETROFORÉSE DE PROTEÍNAS C/ CONCENTRAÇÃO NO LÍQUOR	R\$ 11,72
02.11.05.008	ELETRONEUROMIOGRAFIA (ENMG) DE DOIS MEMBROS (INFERIORES OU SUPERIORES)	R\$ 266,00
02.11.05.008	ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG) DE DOIS MEMBROS (INFERIORES OU SUPERIORES)	R\$ 280,00
03.09.01.010	ENDOSCOPIA COM PASSAGEM DE Sonda NASOENTERAL	R\$ 150,00
90.07.01.140	EPSTEIN BAAR - DETECÇÃO POR PCR	R\$ 152,32
90.02.06.007	EQUOTERAPIA	R\$ 48,00
02.02.02.036	ERITROGRAMA (ERITRÓCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATÓCRITO)	R\$ 3,06
90.07.01.102	ERITROPOIETINA	R\$ 50,40
02.04.06.003	ESCANOMETRIA	R\$ 21,42
04.07.02.021	ESFINCTEROTOMIA INTERNA E TRATAMENTO DE FISSURA ANAL (+1 diária)	R\$ 617,03
04.07.02.021	ESFINCTEROTOMIA INTERNA E TRATAMENTO DE FISSURA ANAL (+1 diária)	R\$ 308,52
02.09.01.003	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	R\$ 247,00
02.09.01.003	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (ENDOSCOPIA)	R\$ 260,00
02.02.09.016	ESPECTROFOTOMETRIA NO LÍQUIDO AMNIÓTICO	R\$ 7,35
90.07.01.015	ESPERMATOZOIDES - NÚMERO E VOLUME	R\$ 7,73
02.02.09.017	ESPLENOGRAMA	R\$ 6,48
04.04.01.010	ESTAPEDECTOMIA	R\$ 1.352,52
90.07.01.141	ESTRIOL URINÁRIO - 24H	R\$ 13,78
02.11.07.015	ESTUDO DE EMISSÕES OTOACÚSTICAS EVOCADAS TRANSITÓRIAS E PRODUTOS DE DISTORÇÃO (EOA)	R\$ 46,88
02.08.06.003	ESTUDO DE FLUXO SANGUÍNEO CEREBRAL	R\$ 131,08
90.16.03.001	ESTUDO DE VASCULARIZAÇÃO DE ÓRGÃO DOPPLER (TIREOIDE, ÓRGÃO E ESTRUTURAS, MÚSCULOS, TENDÕES)	R\$ 100,00
02.08.04.010	ESTUDO RENAL DINÂMICO C/ OU S/ DIURÉTICO	R\$ 188,34
90.07.01.142	ETANOL	R\$ 16,46
90.07.01.143	ETANOL URINÁRIO	R\$ 16,46
02.03.02.003	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO/PARAFINA POR PEÇA CIRÚRGICA OU POR BIÓPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA)	R\$ 40,78

CLASSIFICAÇÃO	PROCEDIMENTO	PREÇO
02.01.02.003	EXAME CITOPATOLÓGICO PARA COLO UTERINO	R\$ 16,80
02.02.04.003	EXAME COPROLÓGICO FUNCIONAL	R\$ 7,20
02.02.09.018	EXAME DE CARACTERES FÍSICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECÍFICA DE CÉLULAS	R\$ 2,12
02.03.01.003	EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CÉRVICO-VAGINAL)	R\$ 39,56
02.03.02.004	EXAME DE IMUNO-HISTOQUÍMICA (IHQ)	R\$ 422,00
90.02.02.018	EXAME DE PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL	R\$ 180,00
90.07.01.242	EXAME MICOLÓGICO DIRETO PARA ESPOROTRICOSE	R\$ 17,80
02.02.08.014	EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO)	R\$ 3,14
02.11.04.003	EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO DO CONTEÚDO CÉRVICO-VAGINAL	R\$ 2,80
02.13.01.006	EXAME PARASITOLÓGICO DIRETO P/ LEISHMANIA CHAGASI (LEISHMANIOSE VISCERAL CANINA)	R\$ 8,40
02.02.05.013	EXAME QUALITATIVO DE CÁLCULOS URINÁRIOS	R\$ 6,66
04.01.01.005	EXCISÃO DE LESÃO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA	R\$ 34,74
04.04.02.008	EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR	R\$ 21,64
04.06.02.013	EXCISÃO E SUTURA DE HEMANGIOMA	R\$ 44,79
04.04.02.009	EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA	R\$ 42,00
04.01.02.005	EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA PELE C/ PLÁSTICA EM Z OU ROTAÇÃO DE RETALHO + 2 DIÁRIAS - LESÕES ACIMA DE 4CM (HOSPITAL PRIVADO)	R\$ 892,03
04.01.02.005	EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA PELE C/ PLÁSTICA EM Z OU ROTAÇÃO DE RETALHO + 2 DIÁRIAS - LESÕES ACIMA DE 4CM (HOSPITAL PÚBLICO)	R\$ 446,01
04.06.02.014	EXCISÃO E SUTURA DE LINFANGIOMA / NEVUS	R\$ 44,79
04.01.01.006	EXCISÃO E/OU SUTURA SIMPLES DE PEQUENAS LESÕES / FERIMENTOS DE PELE / ANEXOS E MUCOSAS	R\$ 29,60
04.01.02.007	EXERESE DE CISTO DERMOIDE + 1 DIARIA - LESÕES ATÉ 4CM (HOSPITAL PRIVADO)	R\$ 359,30
04.01.02.007	EXERESE DE CISTO DERMOIDE + 1 DIARIA - LESÕES ATÉ 4CM (HOSPITAL PÚBLICO)	R\$ 179,65
04.01.02.008	EXERESE DE CISTO SACRO-COCCIGEO (+2 DIARIAS) (HOSPITAL PRIVADO)	R\$ 359,30
04.01.02.008	EXERESE DE CISTO SACRO-COCCIGEO (+2 DIARIAS) (HOSPITAL PÚBLICO)	R\$ 179,65
04.09.07.015	EXÉRESE DE GLÂNDULA DE BARTHOLIN / SKENE	R\$ 449,36
04.01.01.007	EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS/CISTO SEBACEO/LIPOMA (HOSPITAL PRIVADO)	R\$ 31,15
04.01.01.007	EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS/CISTO SEBACEO/LIPOMA (HOSPITAL PÚBLICO)	R\$ 15,58
90.07.01.144	EXOANTÍGENO - PESQUISA	R\$ 49,28
04.05.05.009	FACECTOMIA COM IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR	R\$ 664,50
04.05.05.010	FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR	R\$ 604,50
04.05.05.011	FACOEMULSIFICAÇÃO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR RÍGIDA	R\$ 1.086,00
04.05.05.037	FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR DOBRÁVEL	R\$ 771,60
02.13.01.008	FAGOTIPAGEM P/ IDENTIFICAÇÃO DA SALMONELA TYPHI (FEBRE TIFOIDE)	R\$ 6,83
90.07.01.032	FALCIZAÇÃO-TESTE	R\$ 3,14
04.08.02.010	FASCIOTOMIA DE MEMBROS SUPERIORES (+2 diárias) - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 501,28
04.08.02.010	FASCIOTOMIA DE MEMBROS SUPERIORES (+2 diárias) - HOSPITAL PUBLICO	R\$ 250,64
90.07.01.001	FATOR ANTINÚCLEO	R\$ 12,26
90.07.01.091	FATOR DE RISCO DE ENFARTO (ACE)	R\$ 320,32
90.07.01.033	FATOR DU	R\$ 6,16
90.07.01.145	FATOR V DE LEIDEM - DETENÇÃO DE MUTACOES	R\$ 291,20
90.07.01.098	FENILALANINA PKU	R\$ 16,46
90.07.01.099	FENOBARBITAL	R\$ 16,46
90.07.01.146	FENOL URINÁRIO	R\$ 24,42

CLASSIFICAÇÃO	PROCEDIMENTO	PREÇO
90.07.01.100	FENÔMENO LE	R\$ 5,82
02.02.12.003	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	R\$ 12,62
90.07.01.079	FERRO SÉRICO TIBC	R\$ 5,49
90.02.05.017	FISIOTERAPIA DOMICILIAR (PAGAMENTO POR HORA)	R\$ 50,00
90.02.05.016	FISIOTERAPIA PÉLVICA	R\$ 50,00
04.07.02.027	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL (+2 diárias)	R\$ 454,88
04.07.02.027	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL (+2 diárias)	R\$ 909,75
02.04.05.005	FISTULOGRAFIA	R\$ 56,03
02.10.01.017	FLEBOGRAFIA DE MEMBRO	R\$ 145,94
90.07.01.147	FLUORETO	R\$ 55,89
90.07.01.148	FOSFOLÍPÍDEOS	R\$ 3,81
90.07.01.048	FÓSFORO URINÁRIO - 24H	R\$ 3,81
04.05.03.004	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER - (MÁXIMO 4 APLICACOES POR OLHO)	R\$ 100,00
04.05.05.012	FOTOTRABECULOPLASTIA A LASER	R\$ 90,00
90.07.01.149	FRAGILIDADE OSMÓTICA	R\$ 5,60
90.07.01.150	FRUTOSAMINA	R\$ 7,06
90.07.01.151	FRUTOSE E ÁCIDO CÍTRICO	R\$ 8,18
04.01.01.009	FULGURAÇÃO/CAUTERIZAÇÃO QUIMICA DE LESOES CUTANEAS (HOSPITAL PRIVADO)	R\$ 29,60
04.01.01.009	FULGURAÇÃO/CAUTERIZAÇÃO QUIMICA DE LESOES CUTANEAS (HOSPITAL PÚBLICO)	R\$ 14,80
02.11.06.010	FUNDOSCOPIA	R\$ 3,75
02.11.08.002	GASOMETRIA	R\$ 9,80
02.02.01.073	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE))	R\$ 17,53
90.04.11.143	GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA COM AUXÍLIO DE ANESTESISTA	R\$ 1.575,00
90.07.01.152	GIARDINA - PESQUISA	R\$ 13,22
90.07.01.042	GLICOSE URINÁRIA - 24H	R\$ 3,14
90.07.01.056	GLOBULINA LIGADORA DE TIROXINA	R\$ 128,80
90.07.01.066	HCG-GANADOTROFINA CORIÔNICA - QUANTITATIVO	R\$ 24,42
90.07.01.153	HEMÁCIAS DISMÓRFICAS - PESQUISA	R\$ 4,70
02.02.02.037	HEMATÓCRITO	R\$ 1,71
90.07.01.062	HEMATOZOÁRIOS - PESQUISA	R\$ 5,49
02.02.08.015	HEMOCULTURA	R\$ 12,87
90.07.01.154	HEMOCULTURAS - ANAERÓBIOS	R\$ 24,42
90.07.01.057	HEMOGLOBINA A2	R\$ 24,42
02.02.02.038	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 9,21
04.07.02.028	HEMORROIDECTOMIA (+2 diárias)	R\$ 394,93
04.07.02.028	HEMORROIDECTOMIA (+2 diárias)	R\$ 789,85
90.07.01.155	HEPATITE B - DETECÇÃO POR PCR	R\$ 154,56
90.07.01.085	HEPATITE B-QUANTIFICAÇÃO POR PCR	R\$ 392,00
90.07.01.156	HEPATITE C - QUANTIFICAÇÃO POR PCR	R\$ 403,20
90.07.01.157	HEPATITE D	R\$ 85,12
90.07.01.158	HEPATITE E	R\$ 84,00
04.07.04.006	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA (+1 diária)	R\$ 1.002,16
04.07.04.006	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA (+1 diária)	R\$ 2.004,33

CLASSIFICAÇÃO	PROCEDIMENTO	PREÇO
04.07.04.009	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL) (+2 diárias)	R\$ 762,58
04.07.04.009	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL) (+2 diárias)	R\$ 1.525,15
04.07.04.010	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL) (+2 diárias)	R\$ 1.594,93
04.07.04.010	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL) (+2 diárias)	R\$ 797,46
04.07.04.011	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE (+2 diárias)	R\$ 1.490,83
04.07.04.011	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE (+2 diárias)	R\$ 745,41
04.07.04.012	HERNIOPLASTIA UMBILICAL (+2 diárias)	R\$ 1.087,48
04.07.04.012	HERNIOPLASTIA UMBILICAL (+2 diárias)	R\$ 543,74
90.07.01.082	HERPES 2 ANTICORPOS (IGG,IGM)	R\$ 16,58
90.07.01.159	HERPES SIMPLES - DETECÇÃO POR PCR (1 OU 2)	R\$ 154,56
90.07.01.160	HIDATIDOSE-SOROLOGIA	R\$ 246,40
90.02.09.001	HIDROGINÁSTICA (POR HORA)	R\$ 10,00
90.02.07.001	HIDROTERAPIA	R\$ 18,00
04.09.06.013	HISTERECTOMIA TOTAL (+3 diárias)	R\$ 2.269,83
04.09.06.013	HISTERECTOMIA TOTAL (+3 diárias)	R\$ 1.134,91
02.11.04.004	HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA	R\$ 400,00
02.04.05.006	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	R\$ 79,03
90.07.01.161	HIV-DETECÇÃO POR PCR-QUALITATIVO	R\$ 394,24
90.07.01.162	HIV-WESTERN BLOT	R\$ 155,68
90.07.01.005	HLA B27-DETECÇÃO POR PCR	R\$ 80,64
90.07.01.064	HOMOCISTEINA	R\$ 66,98
90.07.01.164	HTLV I/II-ANTICORPOS	R\$ 16,58
90.07.01.163	HTLVI/II-WESTERN BLOT	R\$ 240,80
02.02.08.016	IDENTIFICAÇÃO AUTOMATIZADA DE MICRO-ORGANISMOS	R\$ 6,31
02.02.12.004	IDENTIFICAÇÃO DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMÁCIAS	R\$ 11,93
02.02.04.004	IDENTIFICAÇÃO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	R\$ 1,85
90.07.01.063	IGFBP-3 PROTEÍNAS LIGADORAS IGF-I TIPO 3	R\$ 52,64
02.11.07.020	IMITANCIOMETRIA	R\$ 23,00
04.05.05.013	IMPLANTE DE PRÓTESE ANTI-GLAUCOMATOSA	R\$ 998,40
02.08.02.012	IMUNO-CINTILOGRAFIA (ANTICORPO MONOCLONAL)	R\$ 1.460,80
02.02.03.022	IMUNOELETROFORESE DE PROTEÍNAS	R\$ 38,44
02.02.03.023	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R\$ 89,60
90.07.01.165	IMUNOGLOBINA IGA-SECRETORA	R\$ 41,66
03.01.10.010	INALAÇÃO / NEBULIZAÇÃO	R\$ 6,00
04.01.01.010	INCISÃO E DRENAGEM DE ABSCESSO	R\$ 29,60
03.09.06.003	INSTALAÇÃO DE CATÉTER MONO LUMEN POR PUNÇÃO	R\$ 127,50
90.07.01.088	INTERLEUCINA-1B	R\$ 61,60
90.07.01.166	INTERLEUCINA-8	R\$ 61,60
90.02.10.001	INTERNAMENTO EM CLÍNICA DE RECUPERAÇÃO AD (DIARIA)	R\$ 220,00
04.05.05.019	IRIDOTOMIA A LASER	R\$ 90,00
90.07.01.167	ISOAGLUTININAS	R\$ 8,18
90.07.01.221	ITT- TESTE DE TOLERÂNCIA A INSULINA (DOSAGEM DE GH,CORTISOL E GLICOSE) - NÃO INCLUI MEDICAMENTO E ACOMPANHAMENTO MÉDICO (SOMENTE COLETA E ANÁLISES)	R\$ 313,60
04.09.06.018	LAQUEADURA TUBÁRIA (+1 diária)	R\$ 1.213,70

CLASSIFICAÇÃO	PROCEDIMENTO	PREÇO
04.09.06.018	LAQUEADURA TUBÁRIA (+1 diária)	R\$ 606,85
90.04.01.004	LARINGOESTROBOSCOPIA	R\$ 75,00
02.09.04.002	LARINGOSCOPIA	R\$ 120,00
90.20.02.001	LAUDO DE DENSITOMETRIA (para prestadores da sede do CISCOPAR)	R\$ 38,85
90.09.01.003	LAUDO DE RX (para prestadores da sede do CISCOPAR)	R\$ 6,50
02.02.02.039	LEUCOGRAMA	R\$ 3,06
04.07.02.031	LIGADURA ELÁSTICA DE HEMORROIDA	R\$ 234,00
02.08.08.004	LINFOCINTILOGRAFIA	R\$ 187,56
90.07.01.074	LIPÍDIOS TOTAIS	R\$ 3,14
90.07.01.168	LIPOPROTEÍNAS(A)-LPA	R\$ 33,38
90.07.01.002	LÍQUOR - ROTINA (CITOL.+QUIM.)	R\$ 16,80
90.07.01.169	LISTERIOSE-SOROLOGIA	R\$ 13,22
90.04.06.001	LITOTRIPSIA	R\$ 800,00
02.11.07.021	LOGOAUDIOMETRIA (LDV-IRF-LRF)	R\$ 26,50
90.07.01.078	MACONHA-CANABINOIDES-TCH	R\$ 25,76
90.07.01.170	MACROPROLACTINA	R\$ 12,66
90.07.01.049	MAGNÉSIO URINÁRIO - 24H	R\$ 4,03
90.07.01.171	MALONILALDEÍDO	R\$ 30,02
02.04.03.003	MAMOGRAFIA BILATERAL	R\$ 68,05
90.07.01.172	MANGANÊS	R\$ 38,08
90.04.12.000	MANIPULAÇÃO E APLICAÇÃO DE METOTREXATO	R\$ 65,00
90.04.14.004	MANOMETRIA ANORRETAL	R\$ 540,00
02.11.02.005	MAPA (MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL)	R\$ 95,00
02.11.02.005	MAPA (MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL)	R\$ 100,00
02.11.06.012	MAPEAMENTO DE RETINA	R\$ 25,00
02.11.06.012	MAPEAMENTO DE RETINA	R\$ 23,75
90.07.01.173	MATURIDADE FETAL - TESTE	R\$ 20,27
90.07.01.230	METABÓLITOS DE OPIÁCEOS	R\$ 25,76
90.07.01.086	METANEFRINAS-URINÁRIAS	R\$ 33,38
90.07.01.174	METANOL - URINÁRIO	R\$ 24,42
04.04.01.023	MICROCIRURGIA OTOLÓGICA	R\$ 753,50
02.11.06.014	MICROSCOPIA ESPECULAR DE Córnea	R\$ 24,24
02.04.02.001	MIELOGRAFIA	R\$ 185,56
02.02.09.019	MIELOGRAMA	R\$ 6,48
90.07.01.175	MIOGLOBINA - SORO	R\$ 16,58
90.07.01.176	MIOGLOBINA - URINÁRIA	R\$ 8,18
04.09.06.019	MIOMECTOMIA (+2 diárias)	R\$ 1.322,35
04.09.06.019	MIOMECTOMIA (+2 diárias)	R\$ 661,18
02.11.02.004	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HORAS (3 CANAIS)	R\$ 114,00
02.11.02.004	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HORAS (3 CANAIS)	R\$ 120,00
90.07.01.081	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS-ANTIC.IGG	R\$ 16,58
90.04.01.005	NASOFIBROSCOPIA	R\$ 120,00
90.07.01.177	NEISSERIA GONORRHEAH - DETECÇÃO POR PCR	R\$ 47,04

CLASSIFICAÇÃO	PROCEDIMENTO	PREÇO
90.10.01.013	OBSERVAÇÃO CLÍNICA ATÉ 12 HORAS	R\$ 20,00
04.09.06.021	OOFORRECTOMIA / OOFOROSPLASTIA (+2 diárias)	R\$ 1.274,65
04.09.06.021	OOFORRECTOMIA / OOFOROSPLASTIA (+2 diárias)	R\$ 637,33
04.09.04.014	ORQUIDOPEXIA SUBCAPSULAR BILATERAL	R\$ 867,24
04.09.04.013	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL (+1 diária) - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 900,18
04.09.04.013	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL (+1 diária) - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 450,09
04.09.04.016	ORQUIECTOMIA UNILATERAL (+2 diárias) - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 875,33
04.09.04.016	ORQUIECTOMIA UNILATERAL (+2 diárias) - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 450,09
90.07.01.178	OXCARBAZEPINA	R\$ 85,12
03.01.10.014	OXIGENOTERAPIA	R\$ 5,00
04.05.03.019	PAN-FOTOCOAGULAÇÃO RETINIANA A LASER	R\$ 360,00
90.07.01.092	PAPILOMAVÍRUS HUMANO - DETECÇÃO/TIPO P/PCR	R\$ 188,16
02.05.02.002	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA	R\$ 29,62
90.07.01.023	PARASITOLÓGICO	R\$ 5,04
90.07.01.096	PARATORMÔNIO - MOLÉCULA INTACTA	R\$ 24,42
90.07.01.179	PARVOVÍRUS B19 - DETECÇÃO POR PCR	R\$ 151,20
90.07.01.232	PCR DE LÍQUIDO AMNIÓTICO - PESQUISA PARA TORCH-Z (TOXOPLASMOSE, RUBÉOLA, CITOMEGALOVÍRUS, HERPES, ZIKA)	R\$ 380,00
02.02.08.017	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	R\$ 4,85
02.02.05.014	PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOÁCIDOS (POR CROMATOGRAFIA)	R\$ 4,14
90.07.01.018	PESQUISA DE ALBUMINA	R\$ 4,20
02.02.05.015	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	R\$ 2,28
02.02.05.016	PESQUISA DE AMINOÁCIDOS NA URINA	R\$ 4,14
02.02.03.025	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	R\$ 22,40
02.02.03.026	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	R\$ 22,40
02.02.03.027	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$ 13,22
02.02.03.028	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	R\$ 24,42
02.02.03.029	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	R\$ 156,80
02.02.03.030	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R\$ 16,35
02.02.03.031	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R\$ 20,78
02.02.03.051	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-ILHOTA DE LANGERHANS	R\$ 22,40
02.02.03.052	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-INSULINA	R\$ 19,22
02.02.03.032	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEÍNA (RNP)	R\$ 24,42
02.02.03.033	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	R\$ 6,43
02.02.03.034	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$ 19,22
02.02.03.035	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$ 21,50
02.02.03.036	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	R\$ 23,52
02.02.03.037	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVÍRUS	R\$ 10,36
02.02.03.038	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	R\$ 11,20
02.02.03.039	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	R\$ 10,36
02.02.03.040	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	R\$ 5,60
02.02.03.041	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	R\$ 9,97
02.02.03.042	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMÍDIA (POR IMUNOFLORESCÊNCIA)	R\$ 11,20
02.02.03.043	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL	R\$ 19,22

CLASSIFICAÇÃO	PROCEDIMENTO	PREÇO
02.02.03.044	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS	R\$ 10,36
02.02.03.045	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	R\$ 13,22
02.02.03.046	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	R\$ 21,73
02.02.09.021	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	R\$ 10,86
02.02.03.047	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	R\$ 5,15
02.02.03.048	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFÍGADO	R\$ 11,20
02.02.03.049	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLIADINA (GLÚTEN) IGG IGM E IGA	R\$ 23,52
02.02.03.050	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMÉRULO	R\$ 11,20
02.02.03.053	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	R\$ 9,18
02.02.03.054	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	R\$ 6,16
02.02.03.055	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R\$ 38,44
02.02.03.056	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCÔNDRIA	R\$ 6,16
02.02.03.057	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMÚSCULO ESTRIADO	R\$ 17,16
02.02.03.058	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMÚSCULO LISO	R\$ 18,30
02.02.03.059	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINÚCLEO	R\$ 19,22
02.02.03.060	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	R\$ 19,22
02.02.03.061	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMÓDIOS	R\$ 11,20
02.02.03.062	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R\$ 19,22
02.02.03.063	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$ 20,78
02.02.03.064	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTÍGENO E DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	R\$ 20,78
02.02.03.065	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	R\$ 8,71
02.02.03.066	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII	R\$ 10,88
02.02.03.067	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$ 25,76
02.02.03.068	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	R\$ 20,78
02.02.03.069	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VÍRUS DO SARAMPO	R\$ 24,42
02.02.03.070	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS	R\$ 4,59
02.02.03.071	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTÍGENO DO VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO	R\$ 20,78
02.02.03.072	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMÍDIA	R\$ 19,22
02.02.03.073	PESQUISA DE ANTICORPOS HETERÓFILOS CONTRA O VÍRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 4,70
02.02.03.074	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVÍRUS	R\$ 16,02
02.02.03.075	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	R\$ 10,36
02.02.03.076	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$ 19,01
02.02.03.077	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 10,36
02.02.03.078	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTÍGENO CENTRAL DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG)	R\$ 20,78
02.02.03.079	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVÍRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R\$ 41,33
02.02.03.080	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 20,78
02.02.03.082	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 28,56
02.02.03.083	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 32,48
02.02.03.084	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS HERPES SIMPLES	R\$ 19,22
02.02.03.081	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA VÍRUS DA RUBÉOLA	R\$ 19,22
02.02.03.085	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVÍRUS	R\$ 24,42
02.02.03.086	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	R\$ 11,20
02.02.03.087	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$ 20,78

CLASSIFICAÇÃO	PROCEDIMENTO	PREÇO
02.02.03.088	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 13,33
02.02.03.089	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTÍGENO CENTRAL DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$ 20,78
02.02.03.090	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVÍRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R\$ 41,33
02.02.03.091	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 20,78
02.02.03.092	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS DA RUBÉOLA	R\$ 19,56
02.02.03.093	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 28,56
02.02.03.094	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 32,48
02.02.03.095	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS HERPES SIMPLES	R\$ 24,42
02.02.12.005	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO MÉTODO DA ELUIÇÃO	R\$ 6,48
02.02.12.006	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES 37°C	R\$ 6,48
02.02.12.007	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES A FRIO	R\$ 6,48
02.02.03.096	PESQUISA DE ANTÍGENO CARCINOEMBRIONÁRIO (CEA)	R\$ 24,42
02.02.03.097	PESQUISA DE ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$ 20,78
02.02.03.098	PESQUISA DE ANTÍGENO E DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	R\$ 20,78
02.02.02.040	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	R\$ 168,00
02.02.08.018	PESQUISA DE BACILO DIFTÉRICO	R\$ 3,14
02.02.05.017	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA	R\$ 2,28
02.02.05.018	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	R\$ 4,57
02.02.09.023	PESQUISA DE CARACTERES FÍSICOS NO LÍQUOR	R\$ 2,12
02.02.02.041	PESQUISA DE CELULAS LE	R\$ 5,94
02.02.09.024	PESQUISA DE CÉLULAS ORANGÍÓFILAS	R\$ 5,94
02.02.05.019	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	R\$ 2,28
02.02.03.099	PESQUISA DE CLAMÍDIA (POR CAPTURA HÍBRIDA)	R\$ 67,20
02.02.05.020	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	R\$ 4,57
02.02.02.042	PESQUISA DE CORPÚSCULOS DE HEINZ	R\$ 3,06
02.02.03.100	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	R\$ 5,82
02.02.09.025	PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA	R\$ 2,12
02.02.04.005	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	R\$ 3,70
02.02.04.006	PESQUISA DE EOSINÓFILOS	R\$ 3,70
02.02.05.021	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	R\$ 8,29
02.02.09.026	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APÓS VASECTOMIA)	R\$ 5,38
02.02.08.019	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLÍTICOS DO GRUPO A	R\$ 4,85
02.02.03.101	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	R\$ 4,59
02.02.12.008	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1,53
02.02.05.022	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	R\$ 2,28
02.02.02.043	PESQUISA DE FILÁRIA	R\$ 3,06
02.02.05.023	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	R\$ 2,28
02.02.05.024	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	R\$ 3,76
02.11.07.024	PESQUISA DE GANHO DE INSERÇÃO	R\$ 12,00
02.02.05.025	PESQUISA DE GONADOTROFINA CORIÔNICA (TESTE DE GRAVIDEZ)	R\$ 13,22
02.02.04.007	PESQUISA DE GORDURA FECAL	R\$ 3,70
02.02.08.020	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	R\$ 3,14
02.02.08.021	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	R\$ 4,85

CLASSIFICAÇÃO	PROCEDIMENTO	PREÇO
02.02.02.044	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	R\$ 3,06
02.02.03.102	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLOURESCÊNCIA	R\$ 11,20
02.02.05.026	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	R\$ 3,14
02.02.03.103	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALÉRGENO-ESPECÍFICA	R\$ 20,72
02.02.05.027	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	R\$ 2,28
02.02.04.008	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	R\$ 1,85
02.02.08.022	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	R\$ 3,14
02.02.04.009	PESQUISA DE LEUCÓCITOS NAS FEZES	R\$ 2,80
02.02.04.010	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	R\$ 1,85
02.02.05.028	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARÍDEOS NA URINA	R\$ 4,14
02.02.04.011	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)	R\$ 1,85
02.02.04.012	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$ 3,70
02.02.05.029	PESQUISA DE PORFOBILINOGÊNIO NA URINA	R\$ 4,57
02.02.05.030	PESQUISA DE PROTEÍNAS URINÁRIAS (POR ELETROFORÉSE)	R\$ 9,95
02.02.09.027	PESQUISA DE RAGÓCITOS NO LÍQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 2,12
02.02.04.013	PESQUISA DE ROTAVÍRUS NAS FEZES	R\$ 11,48
02.02.04.014	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 3,32
02.02.04.015	PESQUISA DE SUBSTÂNCIAS REDUTORAS NAS FEZES	R\$ 3,14
02.02.05.031	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	R\$ 2,28
02.02.08.023	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	R\$ 5,64
02.02.02.046	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	R\$ 3,06
02.02.04.016	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	R\$ 1,85
02.02.04.017	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	R\$ 1,85
02.02.03.104	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLOURESCÊNCIA)	R\$ 11,20
02.04.05.008	PIELOGRAFIA ASCENDENTE	R\$ 71,40
04.09.01.031	PIELOLITOTOMIA (+4 diárias) - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 1.645,48
04.09.01.031	PIELOLITOTOMIA (+4 diárias) - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 822,74
90.07.01.180	PIGMENTOS BILIARES - PESQUISA	R\$ 2,30
90.07.01.181	PIRIDINOLINA	R\$ 67,20
04.10.01.007	PLÁSTICA MAMÁRIA FEMININA NÃO ESTÉTICA	R\$ 1.028,34
04.07.02.039	POLIPECTOMIA DE CÓLON	R\$ 194,75
03.03.07.004	POLIPECTOMIA DE ESÔFAGO	R\$ 174,56
90.07.01.182	PORFOBILINOGÊNIO - PESQUISA	R\$ 5,71
04.09.05.008	POSTECTOMIA (+1 diária) - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 547,80
04.09.05.008	POSTECTOMIA (+1 diária) - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 273,90
90.07.01.043	POTÁSSIO URINÁRIO - 24H	R\$ 3,14
02.11.06.015	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL	R\$ 49,83
02.11.06.015	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL	R\$ 47,34
02.11.07.026	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA, MÉDIA E LONGA LATÊNCIA	R\$ 46,88
90.04.01.009	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE TRONCO CEREBRAL - BERA	R\$ 190,00
02.11.07.027	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO P/ TRIAGEM AUDITIVA	R\$ 13,51
90.07.01.101	PROTEIN BOUND IODINE	R\$ 5,82
90.07.01.183	PROTEÍNA BENGE JONES - PESQUISA	R\$ 3,14

CLASSIFICAÇÃO	PROCEDIMENTO	PREÇO
90.07.01.039	PROTEÍNA C	R\$ 84,00
90.07.01.076	PROTEÍNA C REATIVA ULTRA SENSÍVEL	R\$ 16,58
90.07.01.040	PROTEÍNA S	R\$ 95,20
90.07.01.184	PROTOPORFIRINA LIVRE ERITROCITÁRIA	R\$ 19,60
02.02.01.074	PROVA DA D-XILOSE	R\$ 8,24
90.07.01.185	PROVA DE ACIDIFICAÇÃO URINÁRIA	R\$ 4,82
02.02.02.048	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	R\$ 4,60
02.02.05.032	PROVA DE DILUIÇÃO (URINA)	R\$ 2,28
02.11.08.005	PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR SIMPLES OU COMPLETA C/ BRONCODILATADOR (ESPIROMETRIA)	R\$ 75,00
90.07.01.103	PROVA DE LIB GH C/ INSULINA HG BASAL E Pàs-IN	R\$ 140,00
02.02.09.028	PROVA DE PROGRESSÃO ESPERMÁTICA (CADA)	R\$ 10,86
02.02.02.049	PROVA DE RETRAÇÃO DO COÁGULO	R\$ 3,06
02.02.02.050	PROVA DO LAÇO	R\$ 3,06
02.02.09.029	PROVA DO LÁTEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)	R\$ 2,12
02.02.09.030	PROVA DO LÁTEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	R\$ 6,16
90.07.01.006	PSA TOTAL/LIVRE	R\$ 32,48
02.01.01.061	PUNÇÃO DE VAGINA	R\$ 21,15
02.01.01.063	PUNÇÃO LOMBAR	R\$ 10,56
02.01.01.064	PUNÇÃO PARA ESVAZIAMENTO	R\$ 19,88
04.04.01.026	PUNÇÃO TRANSMEÁTICA DO SEIO MAXILAR (UNILATERAL)	R\$ 16,92
02.02.03.107	QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO HIV-1	R\$ 20,16
02.02.03.108	QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO VÍRUS DA HEPATITE C	R\$ 188,70
02.04.01.003	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ÓRBITAS (PA + OBLÍQUAS + HIRTZ)	R\$ 23,10
02.04.05.011	RADIOGRAFIA DE ABDÔMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	R\$ 24,26
02.04.05.012	RADIOGRAFIA DE ABDÔMEN AGUDO (MÍNIMO DE 3 INCIDÊNCIAS)	R\$ 33,08
02.04.05.013	RADIOGRAFIA DE ABDÔMEN SIMPLES (AP)	R\$ 22,05
02.04.04.001	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO	R\$ 21,44
02.04.01.004	RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMÁTICO-MALAR (AP + OBLÍQUAS)	R\$ 22,05
02.04.04.002	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR	R\$ 21,44
02.04.06.006	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL	R\$ 21,42
02.04.04.003	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL	R\$ 21,44
02.04.04.004	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESTERNO-CLAVICULAR	R\$ 21,44
02.04.06.007	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO SACRO-ILÍACA	R\$ 21,42
02.04.01.005	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	R\$ 24,52
02.04.06.008	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TIBIO-TÁRSICA	R\$ 21,42
02.04.06.009	RADIOGRAFIA DE BACIA	R\$ 21,42
02.04.04.005	RADIOGRAFIA DE BRAÇO	R\$ 21,44
02.04.06.010	RADIOGRAFIA DE CALCÂNEO	R\$ 21,42
02.04.01.006	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	R\$ 22,05
02.04.04.006	RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA	R\$ 21,44
02.04.02.004	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXÃO)	R\$ 22,58
02.04.02.003	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLÍQUAS)	R\$ 22,96
02.04.02.005	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINÂMICA	R\$ 23,15

CLASSIFICAÇÃO	PROCEDIMENTO	PREÇO
02.04.02.006	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 25,36
02.04.02.007	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLÍQUAS)	R\$ 29,77
02.04.02.008	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINÂMICA	R\$ 29,77
02.04.02.009	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORÁCICA (AP + LATERAL)	R\$ 25,35
02.04.02.010	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	R\$ 26,83
02.04.02.011	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINÂMICA	R\$ 33,08
02.04.03.005	RADIOGRAFIA DE CORAÇÃO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL + OBLÍQUA)	R\$ 23,68
02.04.03.006	RADIOGRAFIA DE CORAÇÃO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL)	R\$ 24,95
02.04.03.007	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITÓRAX)	R\$ 23,08
02.04.04.007	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R\$ 21,44
02.04.06.011	RADIOGRAFIA DE COXA	R\$ 21,42
02.04.01.007	RADIOGRAFIA DE CRÂNIO (PA + LATERAL + OBLÍQUA / BRETTON + HIRTZ)	R\$ 25,22
02.04.01.008	RADIOGRAFIA DE CRÂNIO (PA + LATERAL)	R\$ 22,05
02.04.04.008	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MÃO	R\$ 21,44
02.04.03.008	RADIOGRAFIA DE ESÔFAGO	R\$ 44,10
02.04.03.009	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	R\$ 24,26
02.04.05.014	RADIOGRAFIA DE ESTÔMAGO E DUODENO	R\$ 55,13
02.04.05.015	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRÂNSITO)	R\$ 77,18
02.04.06.012	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	R\$ 21,42
02.04.06.013	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	R\$ 21,42
02.04.06.014	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLÍQUA + 3 AXIAIS)	R\$ 24,26
02.04.01.009	RADIOGRAFIA DE LARINGE	R\$ 21,00
02.04.04.009	RADIOGRAFIA DE MAO	R\$ 21,44
02.04.04.010	RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO (P/ DETERMINAÇÃO DE IDADE ÓSSEA)	R\$ 21,44
02.04.01.010	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)	R\$ 23,71
02.04.01.011	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLÍQUA)	R\$ 21,00
02.04.03.010	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)	R\$ 24,07
02.04.04.011	RADIOGRAFIA DE OMOPLATA / OMBRO (TRÊS POSICOES)	R\$ 21,44
02.04.01.012	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 23,10
02.04.06.015	RADIOGRAFIA DE PÉ / DEDOS DO PÉ	R\$ 21,42
02.04.06.016	RADIOGRAFIA DE PERNA	R\$ 24,64
02.04.03.011	RADIOGRAFIA DE PNEUMOMEDIASTINO	R\$ 60,13
02.04.04.012	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLÍQUA)	R\$ 21,44
02.04.01.013	RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITÁRIA (LOCALIZAÇÃO DE CORPO ESTRANHO)	R\$ 22,05
02.04.02.012	RADIOGRAFIA DE REGIÃO SACRO-COCCÍGEA	R\$ 22,05
02.04.01.014	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 22,05
02.04.01.015	RADIOGRAFIA DE SELA TÚRSICA (PA + LATERAL + BRETTON)	R\$ 22,05
02.04.03.012	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (ÁPICO-LORDÓRTICA)	R\$ 22,05
02.04.03.013	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA + INSPIRAÇÃO + EXPIRAÇÃO + LATERAL)	R\$ 27,56
02.04.03.014	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA + LATERAL + OBLÍQUA)	R\$ 25,36
02.04.03.015	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA E PERFIL)	R\$ 24,26
02.04.03.016	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA PADRÃO OIT)	R\$ 22,05
02.04.03.017	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA)	R\$ 21,44

CLASSIFICAÇÃO	PROCEDIMENTO	PREÇO
02.04.01.021	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL (BITE-WING)	R\$ 5,51
02.04.01.016	RADIOGRAFIA OCLUSAL	R\$ 11,03
02.04.05.016	RADIOGRAFIA P/ ESTUDO DO DELGADO C/ DUPLO CONTRASTE (ENTERÓCLISE)	R\$ 106,04
02.04.02.013	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE COLUNA TOTAL- TELESPONDILOGRAFIA (P/ ESCOLIOSE)	R\$ 32,54
02.04.06.017	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MEMBROS INFERIORES	R\$ 26,46
02.04.01.017	RADIOGRAFIA PANORÂMICA ODONTOLÓGICA	R\$ 33,43
02.04.01.022	RADIOGRAFIA PERIAPICAL	R\$ 5,51
02.02.02.051	RASTREIO P/ DEFICIÊNCIA DE ENZIMAS ERITROCITÁRIAS	R\$ 3,06
02.02.03.109	REAÇÃO DE HEMAGLUTINAÇÃO (TPHA) P/ DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS	R\$ 4,59
02.02.03.110	REAÇÃO DE MONTENEGRO ID	R\$ 3,17
02.02.09.031	REAÇÃO DE PANDY	R\$ 2,12
02.02.09.032	REAÇÃO DE RIVALTA NO LÍQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 2,12
04.08.02.012	REALINHAMENTO DE MECANISMO EXTENSOR DOS DEDOS DA MÃO (+1 diária) - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 513,83
04.08.02.012	REALINHAMENTO DE MECANISMO EXTENSOR DOS DEDOS DA MAO (+1 diaria) - HOSPITAL PUBLICO	R\$ 256,91
02.11.07.029	REAVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE DEFICIÊNCIA AUDITIVA EM PACIENTE MAIOR DE 3 ANOS	R\$ 22,55
02.11.07.030	REAVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE DEFICIÊNCIA AUDITIVA EM PACIENTE MENOR DE 3 ANOS	R\$ 44,36
04.05.05.021	RECOBRIMENTO CONJUNTIVIAL	R\$ 172,27
04.13.04.011	RECONSTRUÇÃO DE LÓBULO DA ORELHA +1 DIÁRIA (HOSPITAL PRIVADO)	R\$ 979,70
04.13.04.011	RECONSTRUÇÃO DE LÓBULO DA ORELHA +1 DIÁRIA (HOSPITAL PÚBLICO)	R\$ 489,85
04.04.01.027	REMOÇÃO DE CERÚMEN DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO UNI / BILATERAL	R\$ 20,00
04.08.06.021	RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL	R\$ 42,60
04.09.01.037	RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DA EXTREMIDADE DISTAL DO URÉTER (+3 diárias) - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 1.198,15
04.09.01.037	RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DA EXTREMIDADE DISTAL DO URÉTER (+3 diárias) - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 599,08
04.09.03.004	RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE PRÓSTATA (+3 diárias) - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 2.128,95
04.09.03.004	RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE PRÓSTATA (+3 diárias) - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 1.064,48
04.08.06.031	RESSECÇÃO SIMPLES DE TUMOR ÓSSEO / DE PARTES MOLES (+2 diárias) - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 920,08
04.08.06.031	RESSECCAO SIMPLES DE TUMOR OSSEO / DE PARTES MOLES (+2 diarias) - HOSPITAL PUBLICO	R\$ 460,04
02.07.03.001	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDÔMEN SUPERIOR	R\$ 400,00
02.07.01.002	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	R\$ 400,00
02.07.03.002	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA / PELVE / ABDÔMEN INFERIOR	R\$ 400,00
02.07.01.003	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL	R\$ 400,00
02.07.01.004	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 400,00
02.07.01.005	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA	R\$ 400,00
02.07.02.001	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CORAÇÃO / AORTA C/ CINE	R\$ 400,00
02.07.01.006	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO	R\$ 400,00
02.07.03.003	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R\$ 400,00
02.07.02.002	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R\$ 400,00
02.07.01.007	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TÚRCICA	R\$ 400,00
02.07.02.003	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX	R\$ 400,00
02.07.03.004	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES	R\$ 400,00
90.25.01.001	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA FETAL	R\$ 890,00
02.11.06.017	RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	R\$ 46,89
02.11.06.017	RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	R\$ 49,36

CLASSIFICAÇÃO	PROCEDIMENTO	PREÇO
02.11.06.018	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	R\$ 80,00
04.07.02.039	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO / POLIPOS DO RETO / COLO SIGMOIDE	R\$ 205,00
04.04.01.030	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CAVIDADE AUDITIVA E NASAL	R\$ 55,60
04.05.05.025	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CórNEA (POR OLHO)	R\$ 30,00
03.03.07.004	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO ESÔFAGO	R\$ 183,75
04.01.01.011	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO	R\$ 29,60
04.08.06.035	RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-ÓSSEO	R\$ 42,63
04.01.01.012	RETIRADA DE LESÃO POR SHAVING	R\$ 49,48
04.08.06.037	RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS (+1 diária) - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 562,90
04.08.06.037	RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS (+1 diaria) - HOSPITAL PUBLICO	R\$ 281,45
04.07.01.025	RETIRADA DE POLIPO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA	R\$ 170,00
04.08.06.040	RETIRADA DE TRAÇÃO TRANS-ESQUELÉTICA	R\$ 42,63
02.09.01.005	RETOSSIGMOIDOSCOPIA	R\$ 185,25
02.09.01.005	RETOSSIGMOIDOSCOPIA	R\$ 195,00
04.08.06.041	RETRAÇÃO CICATRICIAL DOS DEDOS C/ COMPROMETIMENTO TENDINOSO (POR DEDO) (+1 diária) - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 513,83
04.08.06.041	RETRACAO CICATRICIAL DOS DEDOS C/ COMPROMETIMENTO TENDINOSO (POR DEDO) (+1 diaria) - HOSPITAL PUBLICO	R\$ 256,91
04.08.06.042	REVISÃO CIRÚRGICA DE COTO DE AMPUTAÇÃO DOS DEDOS (+2 diárias) - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 517,55
04.08.06.042	REVISAO CIRURGICA DE COTO DE AMPUTAÇÃO DOS DEDOS (+2 diarias) - HOSPITAL PUBLICO	R\$ 258,78
03.03.09.007	REVISÃO COM TROCA DE APARELHO GESSADO EM MEMBRO INFERIOR	R\$ 37,97
03.03.09.009	REVISÃO COM TROCA DE APARELHO GESSADO EM MEMBRO SUPERIOR	R\$ 33,32
90.07.01.186	RISCO FETAL-AVALIAÇÃO	R\$ 140,00
90.09.01.001	RX SEIOS DA FACE: F.N.	R\$ 15,81
04.09.06.023	SALGINPECTOMIA UNI/BILATERAL (+2 diárias)	R\$ 1.163,98
04.09.06.023	SALGINPECTOMIA UNI/BILATERAL (+2 diárias)	R\$ 581,99
02.11.07.031	SELEÇÃO E VERIFICAÇÃO DE BENEFÍCIO DO AASI	R\$ 8,75
04.04.01.048	SEPTOPLASTIA	R\$ 300,00
04.04.02.033	SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	R\$ 888,40
90.07.01.187	SEROTONINA	R\$ 32,14
03.09.05.001	SESSÃO DE ACUPUNTURA APLICAÇÃO DE VENTOSAS / MOXA (SESSÃO 30 MINUTOS)	R\$ 25,00
03.09.05.002	SESSÃO DE ACUPUNTURA COM INSERÇÃO DE AGULHAS	R\$ 25,00
03.09.05.004	SESSÃO DE AURICULOTERAPIA (SESSÃO 30 MINUTOS)	R\$ 25,00
90.02.08.001	SESSÃO DE OXIGENIOTERAPIA HIPERBÁRICA	R\$ 400,00
02.04.01.019	SIALOGRAFIA (POR GLÂNDULA)	R\$ 73,31
90.07.01.044	SÓDIO URINÁRIO - 24H	R\$ 3,14
90.02.02.003	STE DE PRÓTESE AUDITIVA PARA SELEÇÃO OU VERIFICAÇÃO DO GANHO	R\$ 3,51
90.07.01.084	SUBCLASSES DE IGG HUMANA (CADA)	R\$ 103,04
90.07.01.188	SUPERÓXIDO DESMUTASE	R\$ 66,08
04.05.01.017	SUTURA DE PÁLPEBRAS	R\$ 123,42
90.07.01.077	T3 TRIIODOTIRONINA LIVRE	R\$ 5,77
90.07.01.189	T4-TIROXINA NEONATAL	R\$ 12,10
04.04.01.034	TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR E/OU POSTERIOR	R\$ 60,00
04.08.06.044	TENÓLISE (+2 diárias) - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 573,50

CLASSIFICAÇÃO	PROCEDIMENTO	PREÇO
04.08.06.044	TENOLISE (+2 diárias) - HOSPITAL PUBLICO	R\$ 286,75
04.08.06.045	TENOMIORRAFIA	R\$ 411,82
04.08.06.047	TENOPLASTIA OU ENXERTO DE TENDÃO ÚNICO (+2 diárias) - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 1.700,50
04.08.06.047	TENOPLASTIA OU ENXERTO DE TENDAO UNICO (+2 diárias) - HOSPITAL PUBLICO	R\$ 850,25
04.08.06.048	TENORRAFIA ÚNICA EM TÚNEL ÓSTEO-FIBROSO (+2 diárias) - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 1.053,25
04.08.06.048	TENORRAFIA ÚNICA EM TÚNEL OSTEO-FIBROSO (+2 diárias) - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 526,63
04.08.02.030	TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO SUPERIOR (+2 diárias) - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 487,23
04.08.02.030	TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO SUPERIOR (+2 diárias) - HOSPITAL PUBLICO	R\$ 243,61
02.11.07.034	TERAPIA DE PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL	R\$ 22,00
03.01.07.011	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INDIVIDUAL	R\$ 35,00
90.07.01.212	TERMOMETRIA	R\$ 170,00
04.05.03.018	TERMOTERAPIA TRANSPUPILAR	R\$ 1.238,34
90.07.01.218	TESTE DA CLONIDINA - NÃO INCLUI O MEDICAMENTO SOMENTE A APLICAÇÃO E ACOMPANHAMENTO	R\$ 134,40
02.02.02.052	TESTE DE AGREGAÇÃO DE PLAQUETAS	R\$ 13,44
02.02.09.033	TESTE DE CLEMENTS	R\$ 6,72
02.13.01.057	TESTE DE ELISA IGG P/ IDENTIFICAÇÃO DO TOXOPLASMA GONDII (TOXOPLASMOSE)	R\$ 10,36
02.11.02.006	TESTE DE ESFORÇO / TESTE ERGOMÉTRICO	R\$ 110,00
02.11.02.006	TESTE DE ESFORÇO / TESTE ERGOMÉTRICO	R\$ 104,50
90.07.01.217	TESTE DE ESTÍMULO COM ACTH (COTROSINA) - NÃO INCLUI O MEDICAMENTO SOMENTE A APLICAÇÃO E ACOMPANHAMENTO	R\$ 112,00
02.02.06.040	TESTE DE ESTÍMULO DA PROLACTINA / TSH APÓS TRH	R\$ 13,45
02.02.06.041	TESTE DE ESTÍMULO DA PROLACTINA APÓS CLORPROMAZINA	R\$ 13,45
02.02.06.042	TESTE DE ESTÍMULO DE LH E FSH APÓS GONADORRELINA	R\$ 13,45
02.02.06.043	TESTE DE ESTÍMULO DO HGH APÓS GLUCAGON	R\$ 13,45
02.02.09.034	TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECREÇÃO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS	R\$ 5,25
90.07.01.058	TESTE DE GRAVIDEZ-TIG	R\$ 4,48
02.02.02.053	TESTE DE HAM (HEMÓLISE ÁCIDA)	R\$ 3,06
02.02.09.035	TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GÁSTRICO	R\$ 5,25
90.07.01.228	TESTE DE PATERNIDADE (PAI, CRIANÇA)	R\$ 604,80
90.07.01.227	TESTE DE PATERNIDADE (PAI, MÃE, CRIANÇA)	R\$ 470,40
02.02.06.044	TESTE DE SUPRESSÃO DO CORTISOL APÓS DEXAMETASONA	R\$ 13,45
02.02.06.045	TESTE DE SUPRESSÃO DO HGH APOS GLICOSE	R\$ 13,45
90.07.01.224	TESTE DE TOLERÂNCIA A GLICOSE	R\$ 23,70
02.02.01.075	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS	R\$ 7,34
02.02.03.111	TESTE DE VDRL P/ DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS	R\$ 5,60
90.02.02.004	TESTE DE VERIFICAÇÃO DO GANHO DE INSERÇÃO DA PRÓTESE AUDITIVA	R\$ 3,51
02.02.02.054	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$ 6,12
90.07.01.223	TESTE DO GLUCAGON - (DOSAGEM DE GH, CORTISOL E GLICOSE)- NÃO INCLUI MEDICAMENTO E ACOMPANHAMENTO MÉDICO (SOMENTE COLETA E ANÁLISE).	R\$ 313,60
90.07.01.222	TESTE DO GNRH -(DOSAGEM DE LH E FSH APÓS APLICAÇÃO DE GNRH-GONADOTROFINA)- NÃO INCLUI MEDICAMENTO E ACOMPANHAMENTO MÉDICO (SOMENTE COLETA E ANÁLISE).	R\$ 156,80
90.07.01.219	TESTE DO HCG (AMBÍGUA/CRIPTORQUIDIA) - NÃO INCLUI O MEDICAMENTO SOMENTE A APLICAÇÃO E ACOMPANHAMENTO	R\$ 89,60
02.08.03.005	TESTE DO PERCLORATO C/ RADIOISÓTOPO	R\$ 118,14
90.07.01.191	TESTE DO PEZINHO - PERFIL 1	R\$ 24,42

CLASSIFICAÇÃO	PROCEDIMENTO	PREÇO
90.07.01.192	TESTE DO PEZINHO - PERFIL 2	R\$ 58,24
90.07.01.193	TESTE DO PEZINHO - PERFIL 3	R\$ 85,12
02.02.03.112	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS	R\$ 11,20
02.02.03.113	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS	R\$ 13,22
02.02.12.009	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R\$ 6,99
02.02.06.046	TESTE P/ INVESTIGAÇÃO DO DIABETES INSIPIDUS	R\$ 9,44
90.07.01.225	TESTE PROVOCAÇÃO ORAL DE INTOLERÂNCIA Á LACTOSE	R\$ 39,20
90.07.01.243	TESTE RÁPIDO POR IMUNOCROMATOGRAFIA PARA SARS COV-19	R\$ 18,95
02.11.07.035	TESTES VESTIBULARES / OTONEUROLÓGICOS - VECTOELETRONISTAGMOGRAFIA	R\$ 158,70
04.04.01-035	TIMPANOPLASTIA (UNI/ BILATERAL)	R\$ 1.236,30
05.01.07.003	TIPAGEM SANGUÍNEA ABO E OUTROS EXAMES HEMATOLÓGICOS EM POSSÍVEL DOADOR DE ORGÃOS	R\$ 16,80
02.02.12.010	TITULAÇÃO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	R\$ 6,48
02.06.03.001	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN SUPERIOR	R\$ 266,42
02.06.03.002	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 254,30
02.06.02.001	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 254,30
02.06.01.001	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 242,19
02.06.01.002	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 242,19
02.06.01.003	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 242,19
02.06.01.004	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES	R\$ 266,42
90.14.01.030	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTOIDE	R\$ 157,50
02.06.03.003	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDÔMEN INFERIOR	R\$ 254,30
02.06.01.005	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO	R\$ 266,42
02.06.02.002	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)	R\$ 254,30
02.06.01.006	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TÚRCICA	R\$ 266,42
02.06.02.003	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX	R\$ 266,42
02.06.01.007	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO	R\$ 266,42
90.14.01.001	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA	R\$ 200,00
90.14.01.028	TOMOGRAFIA DE MANDÍBULA TOTAL	R\$ 222,90
90.14.01.029	TOMOGRAFIA DE MAXILA TOTAL	R\$ 222,90
02.11.06.025	TONOMETRIA	R\$ 5,00
02.11.06.026	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Córnea	R\$ 50,00
04.12.05.017	TORACOCENTESE/DRENAGEM DE PLEURA	R\$ 82,46
90.07.01.194	TOXOCARIASE - ANTICORPOS	R\$ 40,32
90.07.01.196	TOXOPLASMOSE - ANTICORPOS IGA (ELISA)	R\$ 32,48
90.07.01.197	TOXOPLASMOSE ANTICORPOS IGM (CAPTURA)	R\$ 13,69
90.07.01.067	TOXOPLASMOSE AVIDEZ-ANTICORPOS IGG	R\$ 25,76
90.07.01.195	TOXOPLASMOSE GONDII - DETECÇÃO POR PCR	R\$ 154,56
90.07.01.016	TRAB - ANTICORPO RECEPTOR DE TSH	R\$ 34,72
04.08.06.049	TRANSPLANTE DO HALUX P/ O POLEGAR (+3 diárias) - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 847,30
04.08.06.049	TRANSPLANTE DO HALUX P/ O POLEGAR (+3 diárias) - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 423,65
04.08.02.039	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO (+2 diárias) - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 912,38
04.03.02.012	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SÍNDROME COMPRESSIVA EM TÚNEL ÓSTEO FIBROSO AO NÍVEL DO CARPO	R\$ 695,24

CLASSIFICAÇÃO	PROCEDIMENTO	PREÇO
04.08.06.055	TRATAMENTO CIRURGICO DE ARTRITE INFECCIOSA (GRANDES E MEDIAS ARTICULACOES) (+5 diarias) - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 1.050,50
04.08.06.055	TRATAMENTO CIRURGICO DE ARTRITE INFECCIOSA (GRANDES E MÉDIAS ARTICULACOES) (+5 diarias) - HOSPITAL PUBLICO	R\$ 525,25
04.08.02.032	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO (+1 diária) - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 602,88
04.08.02.032	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEDO EM GATILHO (+1 diaria) - HOSPITAL PUBLICO	R\$ 301,44
04.08.06.057	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM MARTELO / EM GARRA (MÃO E PÉ) (+1 diária) - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 671,03
04.08.06.057	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM MARTELO / EM GARRA (MÃO E PÉ) (+1 diária) - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 335,51
04.08.06.058	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE ARTICULAR POR RETRAÇÃO TENO-CÁPSULO-LIGAMENTAR (+2 diárias) - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 942,50
04.08.06.058	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE ARTICULAR POR RETRACAO TENO-CAPSULOLIGAMENTAR (+2 diárias) - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 471,25
04.01.01.013	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FISTULA DO PESCOÇO (POR APROXIMAÇÃO)	R\$ 74,65
04.08.02.034	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DAS FALANGES DA MÃO (COM FIXAÇÃO) (+2 diárias) - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 481,50
04.08.02.034	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DAS FALANGES DA MAO (COM FIXACAO) (+2 diarias) - HOSPITAL PUBLICO	R\$ 240,75
04.08.02.037	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS METACARPIANOS (+2 diárias) - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 645,65
04.08.02.037	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METACARPIANOS (+2 diarias) - HOSPITAL PUBLICO	R\$ 322,83
04.08.02.039	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMERO (+2 diarias) - HOSPITAL PUBLICO	R\$ 456,19
04.08.02.044	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO (+2 diárias) - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 502,55
04.08.02.044	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESAO FISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRACO (+2 diarias) - HOSPITAL PUBLICO	R\$ 251,28
04.08.06.059	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA VICIOSAMENTE CONSOLIDADA DOS OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ (+3 diárias) - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 1.389,58
04.08.02.046	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO (+2 diárias) - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 626,40
04.08.02.046	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO (+2 diarias) - HOSPITAL PUBLICO	R\$ 313,20
04.09.04.021	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIDROCELE (+1 diária) - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 642,43
04.09.04.021	TRATAMENTO CIRURGICO DE HIDROCELE (+1 diária) - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 437,66
04.09.07.027	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA POR VIA VAGINAL (+2 diárias) - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 466,11
04.09.07.027	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA VIA VAGINAL (+2 diárias) - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 923,23
04.08.06.061	TRATAMENTO CIRURGICO DE INFECCÃO EM ARTROPLASTIA DAS MEDIAS / PEQUENAS ARTICULACOES (+4 diarias) - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 838,53
04.08.06.061	TRATAMENTO CIRURGICO DE INFECCAO EM ARTROPLASTIA DAS MEDIAS / PEQUENAS ARTICULACOES (+4 diarias) - HOSPITAL PUBLICO	R\$ 419,26
04.08.02.048	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO AGUDA CAPSULOLIGAMENTAR DO MEMBRO SUPERIOR: COTOVELO / PUNHO (+2 diárias) - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 603,58
04.08.02.048	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESAO AGUDA CAPSULOLIGAMENTAR DO MEMBRO SUPERIOR: COTOVELO / PUNHO (+2 diarias) - HOSPITAL PUBLICO	R\$ 301,79
04.08.02.049	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO DA MUSCULATURA INTRÍNSECA DA MÃO (+2 diárias) - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 555,23
04.08.02.049	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESAO DA MUSCULATURA INTRÍNSECA DA MAO (+2 diarias) - HOSPITAL PUBLICO	R\$ 277,61
04.08.02.055	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA MÃO (+2 diárias) - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 507,80
04.08.02.055	TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA MAO (+2 diarias) - HOSPITAL PUBLICO	R\$ 253,90
04.05.05.036	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO	R\$ 400,00

CLASSIFICAÇÃO	PROCEDIMENTO	PREÇO
04.08.05.089	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCETOMIA PARCIAL / TOTAL	R\$ 664,52
04.08.06.070	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SINDACTILIA SIMPLES (DOIS DEDOS) (+1 diária) - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 524,55
04.08.06.070	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SINDACTILIA SIMPLES (DOIS DEDOS) (+1 diária) - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 262,28
04.09.04.023	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARICOCELE (+1 diária) - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 643,90
04.09.04.023	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARICOCELE (+1 diária) - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 321,21
04.06.02.056	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL)	R\$ 1.164,08
04.06.02.057	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	R\$ 966,74
04.05.05.035	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO GLAUCOMA CONGÊNITO	R\$ 1.405,40
04.01.02.015	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO SINUS PREAURICULAR	R\$ 859,05
03.03.09.014	TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE COSTELAS	R\$ 22,56
03.03.09.014	TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE COSTELAS	R\$ 11,28
03.03.09.016	TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE OSSO METACÁRPICO	R\$ 171,66
03.03.09.015	TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE PUNHO COM LUYVA GESSADA	R\$ 171,66
03.03.09.020	TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA EM MEMBRO INFERIOR C/ IMOBILIZAÇÃO	R\$ 62,90
03.03.09.022	TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA EM MEMBRO SUPERIOR C/ IMOBILIZAÇÃO	R\$ 62,45
03.03.09.012	TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA NA CINTURA ESCAPULAR (C/ IMOBILIZAÇÃO)	R\$ 54,89
03.03.09.021	TRATAMENTO CONSERVADOR DE LESÃO DA COLUNA CERVICAL C/ IMOBILIZAÇÃO	R\$ 71,37
03.03.09.025	TRATAMENTO CONSERVADOR DE LESÃO DE COLUNA TORACO-LOMBO-SACRA C/ IMOBILIZAÇÃO	R\$ 71,37
03.03.09.026	TRATAMENTO CONSERVADOR DE LESÃO DE MECANISMO EXTENSOR DOS DEDOS	R\$ 26,78
03.03.09.028	TRATAMENTO CONSERVADOR DE LESÃO LIGAMENTAR EM MEMBRO C/ IMOBILIZAÇÃO	R\$ 52,80
03.03.12.005	TRATAMENTO DE DOR ÓSSEA C/ SAMÁRIO (POR PACIENTE)	R\$ 637,89
03.03.12.006	TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO (PLUMMER - ATÉ 30 MCI)	R\$ 488,07
03.03.12.007	TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO GRAVES	R\$ 395,67
90.02.03.002	TRATAMENTO DE VARIZES COM ESPUMA	R\$ 320,00
04.07.01.031	TRATAMENTO ESCLEROSANTE / LIGADURA ELÁSTICA DE LESÃO HEMORRÁGICA DO APARELHO DIGESTIVO	R\$ 950,00
04.07.01.031	TRATAMENTO ESCLEROSANTE / LIGADURA ELÁSTICA DE LESÃO HEMORRÁGICA DO APARELHO DIGESTIVO	R\$ 1.000,00
04.07.01.032	TRATAMENTO ESCLEROSANTE DE LESÕES NÃO HEMORRÁGICAS DO APARELHO DIGESTIVO INCLUINDO LIGADURA ELÁSTICA	R\$ 190,00
04.07.01.032	TRATAMENTO ESCLEROSANTE DE LESÕES NÃO HEMORRÁGICAS DO APARELHO DIGESTIVO INCLUINDO LIGADURA ELÁSTICA	R\$ 200,00
90.07.01.198	TREPONEMA PALLIDUM - ANTICORPOS IGM	R\$ 24,42
90.07.01.199	TRIAGEM TOXICOLÓGICA	R\$ 268,80
90.07.01.200	TRICLOROCOMPOSTO TOTAIS	R\$ 16,58
90.04.14.002	TROCA DE Sonda GÁSTRICA	R\$ 550,00
90.04.11.144	TROCA DE Sonda GÁSTRICA POR Sonda BALONADA COM USO DE ENDOSCOPIA	R\$ 900,00
90.04.14.003	TROCA DE Sonda GÁSTRICA POR VIA ENDOSCÓPICA	R\$ 1.260,00
90.07.01.201	TROPONINA CARDÍACA I	R\$ 30,00
90.07.01.202	TSH NEONATAL	R\$ 6,89
04.04.01.041	TURBINECTOMIA	R\$ 631,30
02.05.02.003	ULTRASSONOGRÁFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)	R\$ 69,03
02.05.02.003	ULTRASSONOGRÁFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)	R\$ 72,66
02.05.02.004	ULTRASSONOGRÁFIA DE ABDÔMEN TOTAL	R\$ 114,50
02.05.02.004	ULTRASSONOGRÁFIA DE ABDÔMEN TOTAL	R\$ 108,78
02.05.02.005	ULTRASSONOGRÁFIA DE APARELHO URINÁRIO	R\$ 63,27

CLASSIFICAÇÃO	PROCEDIMENTO	PREÇO
02.05.02.005	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	R\$ 66,60
02.05.02.006	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO	R\$ 70,00
02.05.02.006	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO (SEDE DO CISCOPAR/MUNICÍPIOS)	R\$ 66,50
02.05.02.007	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 63,27
02.05.02.007	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 66,60
02.05.02.008	ULTRASSONOGRRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA	R\$ 66,60
02.05.02.008	ULTRASSONOGRRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA	R\$ 63,27
90.06.01.001	ULTRASSONOGRRAFIA DE ÓRGÃO E EST. SUPERFICIAL (MAMAS BIL., TENDÕES, PÊNIS)	R\$ 63,27
90.06.01.001	ULTRASSONOGRRAFIA DE ÓRGÃO E EST. SUPERFICIAL (MAMAS BIL., TENDÕES, PÊNIS)	R\$ 66,60
02.05.02.010	ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL)	R\$ 66,60
02.05.02.010	ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL)	R\$ 63,27
02.05.02.011	ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 63,27
02.05.02.011	ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 66,60
02.05.02.012	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE	R\$ 66,60
02.05.02.012	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE	R\$ 63,27
02.05.02.013	ULTRASSONOGRRAFIA DE TÓRAX (EXTRACARDÍACA)	R\$ 63,27
02.05.02.013	ULTRASSONOGRRAFIA DE TÓRAX (EXTRACARDÍACA)	R\$ 66,60
90.07.01.226	ULTRASSONOGRRAFIA DE TRANSLUCÊNCIA NUCAL GEMELAR	R\$ 242,19
90.06.02.005	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER BOLSA ESCROTAL	R\$ 138,99
90.06.02.005	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER BOLSA ESCROTAL	R\$ 146,31
02.05.01.004	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 3 VASOS)	R\$ 197,10
02.05.01.004	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 3 VASOS)	R\$ 187,25
90.06.02.006	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE ARTÉRIAS RENAIIS	R\$ 138,99
90.06.02.006	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE ARTÉRIAS RENAIIS	R\$ 146,31
90.06.02.002	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE CARÓTIDAS	R\$ 146,31
90.06.02.002	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE CARÓTIDAS	R\$ 138,99
02.05.01.005	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO	R\$ 115,05
02.05.01.005	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO	R\$ 121,10
90.06.02.009	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO (GEMELAR)	R\$ 155,85
90.06.02.009	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO (GEMELAR)	R\$ 148,06
90.06.02.004	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER TESTÍCULO	R\$ 138,99
90.06.02.004	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER TESTÍCULO	R\$ 146,31
90.06.02.010	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER TIREOIDE	R\$ 126,00
02.05.02.009	ULTRASSONOGRRAFIA MAMÁRIA BILATERAL	R\$ 66,50
02.05.02.009	ULTRASSONOGRRAFIA MAMÁRIA BILATERAL	R\$ 70,00
90.06.02.003	ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLÓGICA	R\$ 220,00
90.06.02.003	ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLÓGICA	R\$ 209,00
90.06.01.003	ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLÓGICA (GEMELAR)	R\$ 418,00
90.06.01.003	ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLÓGICA (GEMELAR)	R\$ 440,00
02.05.02.014	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA	R\$ 66,60
02.05.02.014	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA	R\$ 63,27
90.06.01.006	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA - TRANSLUCÊNCIA NUCAL	R\$ 145,32
90.06.01.004	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA (GEMELAR)	R\$ 120,52

CLASSIFICAÇÃO	PROCEDIMENTO	PREÇO
90.06.01.004	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA (GEMELAR)	R\$ 126,86
90.06.01.005	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA 1º TRIMESTRE	R\$ 121,10
02.05.02.015	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R\$ 137,53
02.05.02.015	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R\$ 144,77
90.06.02.008	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO (GEMELAR)	R\$ 217,15
90.06.02.008	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO (GEMELAR)	R\$ 206,29
02.05.02.016	ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)	R\$ 63,27
02.05.02.016	ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)	R\$ 66,60
02.05.02.017	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELAR	R\$ 66,60
02.05.02.017	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELAR	R\$ 63,27
02.05.02.018	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL	R\$ 66,50
02.05.02.018	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL	R\$ 70,00
90.07.01.046	UREIA URINÁRIA - 24H	R\$ 3,70
04.09.01.056	URETEROLITOTOMIA (+4 diárias) - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 2.742,68
04.09.01.056	URETEROLITOTOMIA (+4 diárias) - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 1.371,34
02.04.05.017	URETROCISTOGRAFIA	R\$ 69,25
04.09.02.017	URETROTOMIA INTERNA (+3 diárias) - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 799,80
04.09.02.017	URETROTOMIA INTERNA (+3 diárias) - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 399,90
90.07.01.203	UROBILINOGÊNIO - PESQUISA	R\$ 5,49
90.07.01.007	UROCULTURA	R\$ 16,80
02.04.05.018	UROGRAFIA VENOSA	R\$ 82,31
90.07.01.204	UROPORFIRINA - PESQUISA	R\$ 8,18
90.07.01.205	VARICELA ZOSTER - DETECÇÃO POR PCR	R\$ 154,56
04.09.04.024	VASECTOMIA (+1 diária) - HOSPITAL PRIVADO	R\$ 1.097,18
04.09.04.024	VASECTOMIA (+1 diária) - HOSPITAL PÚBLICO	R\$ 548,59
02.02.03.117	VDRL P/ DETECÇÃO DE SÍFILIS EM GESTANTE	R\$ 5,60
90.07.01.034	VITAMINA A	R\$ 85,12
90.07.01.038	VITAMINA B1	R\$ 56,00
90.07.01.035	VITAMINA C	R\$ 85,12
90.07.01.036	VITAMINA D	R\$ 59,00
90.07.01.037	VITAMINA E	R\$ 85,12
04.05.03.013	VITRECTOMIA ANTERIOR	R\$ 762,16
04.05.03.014	VITRECTOMIA POSTERIOR	R\$ 3.239,34
04.05.03.016	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER	R\$ 5.080,28
04.05.03.017	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO / ÓLEO DE SILICONE / ENDOLASER	R\$ 5.710,28
90.07.01.206	WASSERMAN - REAÇÃO	R\$ 3,14
90.07.01.207	WUCHERERIA BANCROFTI - PESQUISA	R\$ 32,48
90.02.04.001	YAG LASER	R\$ 100,00
90.07.01.208	ZINCO URINÁRIO	R\$ 29,79