

# CISCOPAR — TQU - Tabela de Procedimentos QualiCIS

Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Oeste do Paraná

Data da exportação: 24/05/2026 10:56

Total de procedimentos: 154

CLASSIFICAÇÃO	PROCEDIMENTO	PREÇO
90.19.03.001	ATENDIMENTO DE PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL (EXCETO MÉDICO) (POR HORA)	R\$ 70,00
90.19.03.002	ATENDIMENTO DE PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL COM ESPECIALIZAÇÃO (EXCETO MÉDICO) (POR HORA)	R\$ 77,00
90.19.01.006	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA - CARDIOPEDIATRIA	R\$ 150,00
90.19.01.007	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA - ENDOCRINOLOGIA	R\$ 120,00
90.19.01.013	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA - ENDOCRINOPEDIATRIA	R\$ 150,00
90.19.01.009	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA - GERIATRIA	R\$ 120,00
90.19.01.010	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA - OBSTETRA	R\$ 120,00
90.19.01.012	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA - PSQUIATRIA	R\$ 120,00
02.04.06.002	DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (VERTEBRAS LOMBARES) ou FÊMUR	R\$ 85,00
90.13.03.001	ECOCARDIOGRAFIA DOPPLER FETAL	R\$ 260,00
90.13.03.002	ECOCARDIOGRAFIA DOPPLER FETAL (GEMELAR)	R\$ 520,00
90.13.04.000	ECOCARDIOGRAFIA SOB ESTESSE FÍSICO	R\$ 400,00
90.06.01.002	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA INFANTIL	R\$ 250,00
90.23.01.001	ELASTOGRAFIA HEPÁTICA ULTRASSÔNICA	R\$ 300,00
02.11.02.003	ELETROCARDIOGRAMA (COM LAUDO)	R\$ 20,00
90.04.07.001	ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGILIA C/ OU S/ FOTO-ESTIMULO - LAUDO - ADULTO	R\$ 15,00
90.07.04.002	ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGILIA C/ OU S/ FOTO-ESTIMULO - LAUDO - INFANTIL	R\$ 15,00
90.16.03.001	ESTUDO DE VASCULARIZAÇÃO DE ÓRGÃO DOPPLER (TIREOIDE, ÓRGÃO E ESTRUTURAS, MÚSCULOS, TENDÕES)	R\$ 100,00
02.11.06.010	FUNDOSCOPIA	R\$ 3,75
90.19.04.001	MÉDICOS DAS LINHAS DE CUIDADO - PAGAMENTO POR HORA	R\$ 190,00
02.04.02.001	MIELOGRAFIA	R\$ 176,72
02.11.02.004	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	R\$ 120,00
02.11.02.005	MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL	R\$ 100,00
02.04.01.003	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	R\$ 20,95
02.04.05.011	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	R\$ 19,19
02.04.05.012	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	R\$ 23,35
02.04.05.013	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	R\$ 16,27
02.04.04.001	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	R\$ 14,28
02.04.01.004	RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS)	R\$ 20,00
02.04.04.002	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	R\$ 13,54
02.04.06.006	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	R\$ 19,43
02.04.04.003	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	R\$ 13,54
02.04.04.004	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	R\$ 14,16
02.04.06.007	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA	R\$ 19,43
02.04.01.005	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	R\$ 20,95
02.04.06.008	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	R\$ 19,43
02.04.06.009	RADIOGRAFIA DE BACIA	R\$ 19,43

CLASSIFICAÇÃO	PROCEDIMENTO	PREÇO
02.04.04.005	RADIOGRAFIA DE BRACO	R\$ 16,51
02.04.06.010	RADIOGRAFIA DE CALCANEO	R\$ 19,43
02.04.01.006	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	R\$ 20,00
02.04.04.006	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	R\$ 16,51
02.04.02.004	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	R\$ 20,48
02.04.02.003	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	R\$ 20,83
02.04.02.005	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA	R\$ 21,00
02.04.02.006	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 23,00
02.04.02.007	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)	R\$ 27,00
02.04.02.008	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA	R\$ 27,00
02.04.02.009	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	R\$ 22,90
02.04.02.010	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	R\$ 24,33
02.04.02.011	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINAMICA	R\$ 30,00
02.04.03.005	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 19,12
02.04.03.006	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL)	R\$ 13,35
02.04.03.007	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	R\$ 15,72
02.04.04.007	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R\$ 13,34
02.04.06.011	RADIOGRAFIA DE COXA	R\$ 19,43
02.04.01.007	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIGUA / BRETTON + HIRTZ)	R\$ 22,88
02.04.01.008	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	R\$ 20,00
02.04.04.008	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO	R\$ 13,34
02.04.03.008	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	R\$ 37,53
02.04.03.009	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	R\$ 17,69
02.04.05.014	RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO	R\$ 35,22
02.04.05.015	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRÂNSITO)	R\$ 68,99
02.04.06.012	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	R\$ 19,43
02.04.06.013	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	R\$ 19,43
02.04.06.014	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)	R\$ 22,00
02.04.01.009	RADIOGRAFIA DE LARINGE	R\$ 20,00
02.04.04.009	RADIOGRAFIA DE MAO	R\$ 13,34
02.04.04.010	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	R\$ 13,11
02.04.01.010	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)	R\$ 22,58
02.04.01.011	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)	R\$ 20,00
02.04.03.010	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)	R\$ 17,28
02.04.04.011	RADIOGRAFIA DE OMOPLATA / OMBRO (TRES POSICOES)	R\$ 17,69
02.04.01.012	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 20,95
02.04.06.015	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	R\$ 19,43
02.04.06.016	RADIOGRAFIA DE PERNA	R\$ 22,35
02.04.03.011	RADIOGRAFIA DE PNEUMOMEDIASTINO	R\$ 27,27
02.04.04.012	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 13,12
02.04.01.013	RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (LOCALIZACAO DE CORPO ESTRANHO)	R\$ 20,00
02.04.02.012	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA	R\$ 17,60
02.04.01.014	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 20,00

CLASSIFICAÇÃO	PROCEDIMENTO	PREÇO
02.04.01.015	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON)	R\$ 20,00
02.04.03.012	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA)	R\$ 13,35
02.04.03.013	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRACAO + EXPIRACAO + LATERAL)	R\$ 21,48
02.04.03.014	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 19,12
02.04.03.015	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	R\$ 16,68
02.04.03.016	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRAO OIT)	R\$ 13,10
02.04.03.017	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	R\$ 14,00
02.04.01.016	RADIOGRAFIA OCLUSAL	R\$ 10,00
02.04.02.013	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUNA TOTAL - TELESONDIOLOGRAFIA (P/ ESCOLIOSE)	R\$ 29,51
02.04.01.017	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MANDIBULA	R\$ 30,00
02.04.06.017	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES	R\$ 24,00
02.04.01.018	RADIOGRAFIA PERI-APICAL INTERPROXIMAL (BITE-WING)	R\$ 10,00
02.07.03.001	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 400,00
02.07.01.002	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	R\$ 400,00
02.07.03.002	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE /ABDOMEN INFERIOR	R\$ 400,00
02.07.01.003	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL	R\$ 400,00
02.07.01.004	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 400,00
02.07.01.005	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	R\$ 400,00
02.07.02.001	RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE	R\$ 400,00
02.07.01.006	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	R\$ 400,00
02.07.03.003	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R\$ 400,00
02.07.02.002	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R\$ 400,00
02.07.01.007	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	R\$ 400,00
02.07.02.003	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	R\$ 400,00
02.07.03.004	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES	R\$ 400,00
02.11.06.017	RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	R\$ 49,36
02.11.06.018	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	R\$ 80,00
90.09.01.001	RX SEIOS DA FACE: F.N.	R\$ 14,34
02.04.01.019	SIALOGRAFIA (POR GLANDULA)	R\$ 69,82
02.11.02.006	TESTE DE ESFORCO / TESTE ERGOMETRICO	R\$ 100,00
02.06.03.001	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 253,73
02.06.03.002	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 242,19
02.06.02.001	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 242,19
02.06.01.001	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 230,66
02.06.01.002	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 230,66
02.06.01.003	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 230,66
02.06.01.004	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES	R\$ 253,73
02.06.03.003	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR	R\$ 242,19
02.06.01.005	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOCO	R\$ 253,73
02.06.02.002	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)	R\$ 242,19
02.06.02.003	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	R\$ 253,73
02.06.01.007	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	R\$ 253,73
02.11.06.025	TONOMETRIA	R\$ 5,00

CLASSIFICAÇÃO	PROCEDIMENTO	PREÇO
02.05.02.003	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (FIGADO, VESICULA, VIAS BILIARES)	R\$ 69,20
02.05.02.004	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 103,80
02.05.02.005	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO	R\$ 63,43
02.05.02.006	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO	R\$ 63,43
02.05.02.007	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 63,43
02.05.02.008	ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA	R\$ 63,43
90.06.01.001	ULTRASSONOGRAFIA DE ÓRGÃO E EST. SUPERFICIAL (MAMAS BIL., TENDÕES, PÊNIS)	R\$ 63,43
02.05.02.010	ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL)	R\$ 63,43
02.05.02.011	ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 63,43
02.05.02.012	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE	R\$ 63,43
02.05.02.013	ULTRASSONOGRAFIA DE TÓRAX (EXTRACARDÍACA)	R\$ 63,43
90.07.01.226	ULTRASSONOGRAFIA DE TRANSLUCÊNCIA NUCAL GEMELAR	R\$ 230,66
90.06.02.005	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER BOLSA ESCROTAL	R\$ 139,34
02.05.01.004	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 3 VASOS)	R\$ 178,76
90.06.02.006	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE ARTÉRIAS RENAI	R\$ 139,34
90.06.02.002	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE CARÓTIDAS	R\$ 139,34
02.05.01.005	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	R\$ 115,33
90.06.02.009	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO (GEMELAR)	R\$ 148,43
90.06.02.004	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER TESTÍCULO	R\$ 139,34
90.06.02.010	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER TIREOIDE	R\$ 120,00
02.05.02.009	ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	R\$ 63,43
90.06.02.003	ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA	R\$ 153,39
90.06.01.003	ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA (GEMELAR)	R\$ 173,00
02.05.02.014	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	R\$ 63,43
90.06.01.006	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA - TRANSLUCÊNCIA NUCAL	R\$ 138,40
90.06.01.004	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA (GEMELAR)	R\$ 126,86
90.06.01.005	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA 1º TRIMESTRE	R\$ 115,33
02.05.02.015	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R\$ 137,88
90.06.02.008	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO (GEMELAR)	R\$ 206,81
02.05.02.016	ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	R\$ 63,43
02.05.02.017	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELAR	R\$ 63,43