

## CISCEN - CREDENCIAMENTO TABELA DE VALORES E PROCEDIMENTOS 2022\*



| REF. | PROCEDIMENTO   | PÁG. |
|------|--|------|
|      | GRUPO A: CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS NA SEDE DO PRESTADOR E FORA DA SEDE COM DESLOCAMENTO POR CONTA DO PRESTADOR. | 02   |
|      | GRUPO B: CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS NA SEDE DO PRESTADOR E FORA DA SEDE COM DESLOCAMENTO POR CONTA DO PRESTADOR. | 04   |
|      | CONSULTAS E ATENDIMENTOS (SESSÕES) COM PROFISSIONAIS NÃO MÉDICOS DE NÍVEL SUPERIOR                                     | 05   |
|      | PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE E OU COLETA PARA DIGNÓSTICO.  | 06   |
|      | EXAMES DIAGNÓSTICOS ESPECIALIDADES MÉDICAS   | 08   |
|      | EXAMES DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM (ULTRASSOM, RX, CINTILOGRAFIA, TOMOGRAFIA, RESSONÂNCIA MAGNÉTICA)                       | 14   |
|      | EXAMES LABORATÓRIAS  | 26   |

\*OBTIDA POR MEIO DE PESQUISA DE MERCADO EM CLÍNICAS E INSTITUIÇÕES ESPECIALIZADAS DURANTE OS MESES DE DEZEMBRO 2021 À MARÇO DE 2022.



**GRUPO A- CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS  
(MUNICÍPIO SEDE DO PRESTADOR – até 700 Km)**

| <b>Item</b> | <b>Tipo de Especialidade</b>  | <b>Valor Unitário</b> |
|-------------|---|-----------------------|
| 01          | Consulta Especializada de Anestesiologia                              | 70,00                 |
| 02          | Consulta Especializada de Angiologia                                  | 70,00                 |
| 03          | Consulta Especializada de Cardiologia                                 | 70,00                 |
| 04          | Consulta Especializada de Cirurgião Geral                             | 70,00                 |
| 05          | Consulta Especializada de Cirurgia Vascular                           | 70,00                 |
| 06          | Consulta Especializada de Dermatologia                                | 70,00                 |
| 07          | Consulta Especializada de Endocrinologia                              | 70,00                 |
| 08          | Consulta Especializada de Gastroenterologia                           | 70,00                 |
| 09          | Consulta Especializada de Neurologia                                  | 70,00                 |
| 10          | Consulta Especializada de Oftalmologia                                | 70,00                 |
| 11          | Consulta Especializada de Ortopedia                                   | 70,00                 |
| 12          | Consulta Especializada de Otorrinolaringologia                        | 70,00                 |
| 13          | Consulta Especializada de Urologia                                    | 70,00                 |
| 14          | Consulta Especializada de Psiquiatria                                 | 70,00                 |
| 15          | Consulta Especializada de Psiquiatria (urgência)                      | 230,00                |
| 16          | Consulta Especializada com Médico do trabalho<br>(com laudo pericial) | 150,00                |

**GRUPO A - CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS  
FORA DO MUNICÍPIO SEDE DO PRESTADOR  
(Deslocamento por conta do prestador)**

| <b>Item</b> | <b>Tipo de Especialidade</b>                   | <b>Valor Unitário</b> |
|-------------|--|-----------------------|
| 01          | Consulta Especializada de Anestesiologia       | 90,00                 |
| 02          | Consulta Especializada de Angiologia           | 90,00                 |
| 03          | Consulta Especializada de Cardiologia          | 90,00                 |
| 04          | Consulta Especializada de Cirurgião Geral      | 90,00                 |
| 05          | Consulta Especializada de Cirurgia Vascular    | 90,00                 |
| 06          | Consulta Especializada de Dermatologia         | 90,00                 |
| 07          | Consulta Especializada de Endocrinologia       | 90,00                 |
| 08          | Consulta Especializada de Gastroenterologia    | 90,00                 |
| 09          | Consulta Especializada de Neurologia           | 90,00                 |
| 10          | Consulta Especializada de Oftalmologia         | 90,00                 |
| 11          | Consulta Especializada de Ortopedia            | 90,00                 |
| 12          | Consulta Especializada de Otorrinolaringologia | 90,00                 |
| 13          | Consulta Especializada de Urologia             | 90,00                 |
| 14          | Consulta Especializada de Psiquiatria          | 90,00                 |

**GRUPO B - CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS  
(MUNICÍPIO SEDE DO PRESTADOR – ATÉ 700 KM)**

| <b>Item</b> | <b>Tipo de Especialidade</b>  | <b>Valor Unitário</b> |
|-------------|---|-----------------------|
| 01          | Consulta Especializada de Alergologia   | 120,00                |
| 02          | Consulta Especializada de Hepatologista   | 120,00                |
| 03          | Consulta Especializada de Proctologia   | 120,00                |
| 04          | Consulta Especializada de Obstetrícia de Alto Risco                                 | 120,00                |
| 05          | Consulta Especializada de Mastologia  | 120,00                |
| 06          | Consulta Especializada de Nefrologia  | 120,00                |
| 07          | Consulta Especializada de Pneumologia   | 120,00                |
| 08          | Consulta Especializada de Reumatologia  | 120,00                |
| 09          | Consulta Especializada de oncologista clinico                                       | 120,00                |
| 10          | Consulta Especializada de Hematologia   | 120,00                |
| 11          | Consulta Especializada de Neurocirurgia   | 120,00                |
| 12          | Consulta Especializada de Neuropediatra   | 120,00                |
| 13          | Consulta Especializada de Geriatria   | 120,00                |
| 14          | Consulta Especializada Pré-Cirurgia   | 120,00                |
| 15          | Consulta Especializada de Oftalmologia com Retirada de Corpo Estranho/Trauma Ocular | 120,00                |

**CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
(EXCETO CONSULTAS MÉDICAS)**

| <b>Item</b> | <b>Tipo de Especialidade</b>           | <b>Valor Unitário</b> |
|-------------|--|-----------------------|
| 01          | Fisioterapia (sessão)                  | 23,00                 |
| 02          | Fonoaudióloga (sessão)                 | 69,00                 |
| 03          | Neuropsicológica (sessão)              | 87,00                 |
| 04          | Consulta com Nutricionista             | 73,00                 |
| 05          | Terapia Ocupacional (sessão)           | 77,00                 |
| 06          | Consulta com Buco Maxilo               | 187,00                |
| 07          | Teste neuropsicológico /neurocognitivo | 450,00                |



**PROCEDIMENTO DE ANÁLISE PARA FINS DIAGNÓSTICOS (SOMENTE ANÁLISE)**

| ITEM | Tipo de Especialidade  | Valor Unitário |
|------|--|----------------|
| 01   | Exame Citopatológico Cérvico-Vaginal/Microflora                | 21,00          |
| 02   | Biópsia (cada região)  | 70,00          |
| 03   | Biópsia – Peça Cirúrgica (cada região) - acima de 3 cm         | 94,00          |
| 04   | Análise de Punção (PAAF) - (cada região) (até cinco lâminas)   | 95,00          |
| 05   | Biópsia Próstata (até seis frascos)                            | 183,00         |
| 06   | Histerectomia Parcial (Útero e Colo)                           | 163,00         |
| 07   | Histerectomia Total (Útero, Colo e Anexos- trompas e ovários). | 320,00         |
| 08   | Exame Imunohistoquímico Painel                                 | 566,00         |

**PROCEDIMENTO DE COLETA DE MATERIAL PARA BIÓPSIA (SOMENTE COLETA)**

| ITEM | Tipo de Especialidade  | Valor Unitário |
|------|--|----------------|
| 01   | Punção de mama/Tireoide por agulha fina PAAF                 | 245,00         |
| 02   | Biopsia de próstata  | 750,00         |
| 03   | Biópsia de Fígado por Punção                                 | 966,00         |
| 04   | Biopsia renal  | 1050,00        |
| 05   | Biopsia da Língua  | 200,00         |
| 06   | Biopsia de Laringe   | 200,00         |
| 07   | VDRL Liquor (punção e análise)                               | 350,00         |
| 08   | Biópsia hepática transparietal com/sem sedação               | 1.117,00       |
| 09   | Biopsy Core Ecoguiada – Agulha Grossa                        | 588,00         |
| 10   | Punção de Mama/Tireóide/Cervical por Agulha Fina – PAAF cada | 245,00         |

**COLETA DE MATERIAL E ANÁLISE PARA BIÓPSIA (COLETA E ANÁLISE)**

| <b>ITEM</b> | <b>Tipo de Especialidade</b>   | <b>Valor Unitário</b> |
|-------------|--|-----------------------|
| 01          | Ultrassonografia de Próstata com Biópsia Transretal (coleta e análise) | 913,00                |

**EXAME EM DIAGNÓSTICO – ANGIOLOGIA**

| Item | Tipo de Especialidade   | Valor Unitário |
|------|---|----------------|
| 01   | Tratamento de Varizes por Escleroterapia com Espuma/Sessão (valor incluso medicamentos) | 220,00         |
| 02   | Arteriografia de um Membro  | 2.483,00       |
| 03   | Arteriografia de dois Membros   | 2.733,00       |
| 04   | Arteriografia Cerebral  | 3.515,00       |

**EXAME EM DIAGNÓSTICO – CARDIOLOGIA**

| Item | Tipo de Especialidade                    | Valor Unitário |
|------|--|----------------|
| 01   | Cateterismo Cardíaco                     | 1.334,00       |
| 02   | Ecocardiograma de Stress Farmacológico   | 323,00         |
| 03   | Ecocardiografia Transesofágica           | 345,00         |
| 04   | Ecocardiograma (ECC)                     | 110,00         |
| 05   | Ecodopplercardiograma Infantil           | 207,00         |
| 06   | Ecocardiograma Fetal                     | 285,00         |
| 07   | Eletrocardiograma – ECG (com Laudo)      | 43,00          |
| 08   | Holter 24 horas                          | 103,00         |
| 09   | MAPA (Monitoramento de pressão arterial) | 103,00         |
| 10   | Teste Ergométrico                        | 127,00         |
| 11   | Ecodopplercardiograma Color              | 126,00         |
| 12   | Ecodopplercardiograma                    | 126,00         |





**EXAME EM DIAGNÓSTICO - DERMATOLOGIA  
(MUNICÍPIO SEDE DO PRESTADOR ATÉ 700 KM)**

| Item | Tipo de Especialidade   | Valor Unitário |
|------|---|----------------|
| 01   | Cauterização Dermatológica                                    | 137,00         |
| 02   | Exerese de Pintas e Verrugas                                  | 270,00         |
| 03   | Infiltração de Corticóide (incluso medicação) – por aplicação | 152,00         |
| 04   | Teste de Contato (patch test)                                 | 250,00         |
| 05   | Biópsia de pele (coleta de material)                          | 260,00         |

**EXAME EM DIAGNÓSTICO/CIRURGIAS – UROLOGIA**

| Item | Tipo de Especialidade   | Valor Unitário |
|------|---|----------------|
| 01   | Litotripsia   | 1.540,00       |
| 02   | Litotripsia + implante de catéter duplo J (valor já contempla retirada do Duplo J)              | 3.500,00       |
| 03   | Ureterorrenolitotripsia flexível + implante de Duplo J (valor já contempla retirada do Duplo J) | 3.833,00       |
| 04   | Ureterorrenolitotripsia rígida c/ implante de Duplo J (valor já contempla retirada do duplo J)  | 4.967,00       |
| 05   | Troca de cateter duplo J  | 2.400,00       |
| 06   | Estudo Urodinâmico  | 340,00         |

**EXAMES EM DIAGNÓSTICO - OTORRINOLARINGOLOGIA/FONOAUDIOLOGIA**

| Item | Tipo de Especialidade | Valor Unitário |
|------|-----------------------|----------------|
| 01   | Audiometria Tonal     | 32,00          |
| 02   | Audiometria Vocal DV  | 32,00          |
| 03   | Audiometria Vocal SRT | 32,00          |



|    |  |        |
|----|--|--------|
| 04 | Audiometria Tonal<br>Audiometria Vocal DV/SRT<br>Impedanciometria/Imitanciometria                      | 91,00  |
| 05 | Audiometria Tonal<br>Audiometria Vocal DV<br>Impedanciometria/Imitanciometria<br>Emissões Otoacústicas | 127,00 |
| 06 | Emissões Otoacústicas para Triagem<br>Auditiva/Teste da Orelhinha                                      | 80,00  |
| 07 | Estudo de Emissões Otoacústicas Evocadas<br>Transitórias e Produtos de Distorção (EOA)                 | 56,00  |
| 08 | Impedanciometria/Imitanciometria   | 54,00  |
| 09 | BERA (criança ou adulto)   | 147,00 |
| 10 | Teste Vestibular   | 133,00 |
| 11 | Processamento Auditivo Central   | 178,00 |
| 12 | Potencial Evocado auditivo P300  | 202,00 |
| 13 | Fibronasolaringoscopia   | 105,00 |
| 14 | Videolaringoestroboscopia  | 120,00 |
| 15 | Videolaringoscopia   | 105,00 |
| 16 | Retirada de corpo estranho no ouvido   | 107,00 |

#### EXAME EM DIAGNÓSTICO – OFTALMOLOGIA

| Item | Tipo de Especialidade  | Valor Unitário |
|------|--|----------------|
| 01   | Potencial de Acuidade Visual – PAM<br>Monocular  | 87,50          |
| 02   | Retinografia Fluorescente Binocular–<br>Angiofluoresceinografia                          | 206,00         |
| 03   | Injeção intravítrea Quimioterápico Eilya (por<br>aplicação)- Monocular                   | 3.800,00       |
| 04   | Injeção intravítrea quimioterápico de Avastin<br>(por aplicação) – incluso o medicamento | 2000,00        |
| 05   | Aplicação de Lucentis (Monocular)  | 2.900,00       |



|    |   |          |
|----|---|----------|
| 06 | Aplicação de Avastin (Monocular) o paciente deverá levar o medicamento. | 1000,00  |
| 07 | Aplicação de Triancinolona (Monocular)                                  | 563,00   |
| 08 | Campimetria Computadorizada ou Manual com Gráfico (Binocular)           | 89,00    |
| 09 | Capsulotomia a Yag Laser (Monocular)                                    | 190,00   |
| 10 | Exerese de Pterígio   | 783,00   |
| 11 | Tonometria  | 48,00    |
| 12 | Curva Diária de Pressão Ocular – CDPO (Binocular)                       | 55,00    |
| 13 | Dacriocistorrinostomia  | 3.372,00 |
| 14 | Ecobiometria A (Monocular)  | 120,00   |
| 15 | Ecobiometria B(Monocular)   | 185,00   |
| 16 | Exerese de Calázio e Outras Pequenas Lesões da Pálpebra e Supercílios   | 550,00   |
| 17 | Fotocoagulação a Laser  | 223,00   |
| 18 | Fototrabelculoplastia a Laser   | 382,00   |
| 19 | Gonioscopia(Binocular)  | 40,00    |
| 20 | Iridectomia laser ( monocular)  | 404,00   |
| 21 | Iridectomia laser ( binocular )   | 808,00   |
| 22 | Mapeamento de Retina(Binocular)   | 91,00    |
| 23 | Microscopia Especular   | 103,00   |
| 24 | Paquimetria Ultrassônica (Binocular)                                    | 75,00    |
| 25 | Pentacam(Binocular)   | 305,00   |
| 26 | Retinografia Colorida (Binocular)                                       | 133,00   |
| 27 | Sondagem de Vias Lacrimais (Monocular)                                  | 600,00   |
| 28 | Teste de Lente  | 91,00    |
| 29 | Teste de Lente mais Topografia de Córnea                                | 120,00   |
| 30 | Topografia Computadorizada de Córnea                                    | 160,00   |



|    |  |          |
|----|--|----------|
| 31 | Teste de Visão de Cores (Binocular)                    | 63,00    |
| 32 | Exame Ortóptico  | 101,00   |
| 33 | OCT - Tomografia de Coerência Óptica – (Monocular)     | 201,00   |
| 34 | OCT- Tomografia Computadorizada de Córnea (Binocular)  | 402,00   |
| 35 | Simblefaroplastia                                      | 100,00   |
| 36 | Vitriolise a Yag Laser                                 | 230,00   |
| 37 | Vitrectomia  | 3.878,00 |
| 38 | Implante Secundário de LIO Incluindo a Lente           | 1.273,00 |
| 39 | Cirurgia de Glaucoma                                   | 1.974,00 |
| 40 | Cirurgia de catarata                                   | 1.033,00 |
| 41 | Cirurgia de Blefaroplastia                             | 2.667,00 |
| 42 | Correção Cirúrgica de Estrabismo (Acima de 2 Músculos) | 4.333,00 |
| 43 | Correção Cirúrgica de Estrabismo (Até 2 Músculos)      | 3.667,00 |

#### **EXAME EM DIAGNÓSTICO - PNEUMOLOGIA**

| <b>Item</b> | <b>Tipo de Especialidade</b>  | <b>Valor Unitário</b> |
|-------------|---|-----------------------|
| 01          | Espirometria Clínica  | 126,00                |
| 02          | Broncoscopia com BTB e broncoscopia c/ ou s/ aspirado ou lavado brônquico bilateral | 1.415,00              |

#### **EXAME EM DIAGNÓSTICO - GASTROENTEROLOGIA**

| <b>Item</b> | <b>Tipo de Especialidade</b>                                | <b>Valor Unitário</b> |
|-------------|---|-----------------------|
| 01          | Endoscopia Digestiva Alta c/ou s/ Biópsia e Teste de Urease | 160,00                |
| 02          | Endoscopia Digestiva Alta de Urgência                       | 358,00                |
| 03          | Endoscopia Digestiva Alta com Retirada de Corpo Estranho    | 480,00                |



|    |   |          |
|----|---|----------|
| 04 | Endoscopia com polipectomia   | 395,00   |
| 05 | Endoscopia com Ligadura Elástica  | 1.261,00 |
| 06 | Endoscopia com Escleroterapia   | 193,00   |
| 07 | Endoscopia Digestiva com Passagem de SNE ou Passagem de Sonda Via Endoscópica | 873,00   |
| 08 | Colonoscopia com Biópsia  | 947,00   |
| 09 | Dilatação esofágica por balão pneumático                                      | 2.921,00 |
| 10 | Colonoscopia com Polipectomia   | 1.340,00 |
| 11 | Gastrostomia Endoscópica  | 2.868,00 |
| 12 | Gastrostomia com Colocação de Button  | 3.095,00 |
| 13 | OPME - Colonoscopia e Endoscopia com Polipectomia (Alça)                      | 268,00   |
| 14 | Retirada de Sonda de Gastrostomia   | 280,00   |
| 15 | Retossigmoidoscopia Flexível  | 258,00   |
| 16 | Retossigmoidoscopia Rígida  | 258,00   |
| 17 | PH metria Esofágica   | 433,00   |



**EXAME EM DIAGNÓSTICO POR IMAGEM – ULTRASSONOGRAFIA**

| ITEM | Tipo de Especialidade  | Valor Unitário |
|------|--|----------------|
| 01   | <ul style="list-style-type: none"><li>*Ultrassonografia de Abdômen Superior</li><li>*Ultrassonografia de Aparelho Urinário (Rins, Ureteres, Bexiga).</li><li>*Ultrassonografia de Articulação (Antebraço, Braço, Cotovelo, Punho, Mão, Ombro, Quadril, Fêmur, Perna, Joelho, Panturrilha, Tornozelo, Pé e Tendão).</li><li>*Ultrassonografia de Bolsa Escrotal/Testículo</li><li>*Ultrassonografia de Globo Ocular/Órbita (Monocular).</li><li>*Ultrassonografia Mamária Bilateral</li><li>*Ultrassonografia de Próstata Via Abdominal (Bexiga, Próstata e Vesículas Seminais).</li><li>*Ultrassonografia de Tireóide/Cervical (Tireóide, Glândulas Salivares e Cadeias Linfonodais Cervicais).</li><li>*Ultrassonografia Pélvica Ginecológica (Útero, Ovários e Trompas, Artérias e Veias da Região)</li><li>*Ultrassonografia Obstétrica (cada feto)</li><li>*Ultrassonografia Pélvica Ginecológica (Útero, Ovários e Trompas, Artérias e Veias da Região).</li><li>*Ultrassonografia Transvaginal/Endovaginal</li><li>*Ultrassonografia de Parótidas</li><li>*Ultrassonografia de Partes Moles (Coxa, Glúteo, Face, Submandibular).</li><li>*Ultrassonografia de Axilas</li><li>*Ultrassonografia de Parede Abdominal</li><li>*Ultrassonografia de Região Inguinal</li><li>*Ultrassonografia de Abdômen Total</li><li>*Ultrassonografia Obstétrica PBF (Perfil Biofísico)</li><li>*Ultrassonografia de Tórax (extracárdica)</li></ul> | <b>83,00</b>   |



|    |   |        |
|----|---|--------|
| 02 | Ultrassonografia Transfontanela                   | 160,00 |
| 03 | Ultrassonografia Gemelar                          | 140,00 |
| 04 | Ultrassonografia Obstétrica - Translucência Nucal | 108,00 |
| 05 | Ultrassonografia Morfológica                      | 140,00 |
| 06 | Ultrassonografia de Rastreamento de Ovulação      | 140,00 |

**EXAME EM DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER  
(DEMAIS LOCALIDADES)**

| <b>ITEM</b> | <b>Tipo de Especialidade</b>                              | <b>Valor Unitário</b> |
|-------------|---|-----------------------|
| 01          | Doppler Colorido de Vasos – Scan Arterial - (cada membro) | 113,00                |
| 02          | Doppler Colorido de Vasos – Scan Venoso - (cada membro)   | 113,00                |
| 03          | Doppler Colorido de Vasos - Carótidas e Vertebrais        | 140,00                |
| 04          | Doppler de Fluxo Obstétrico (cada feto)                   | 150,00                |
| 05          | Doppler de Aorta Ilíaca                                   | 152,00                |
| 06          | Doppler de Artérias Renais                                | 148,00                |
| 07          | Doppler de Testículo/Bolsa Escrotal                       | 103,00                |
| 08          | Doppler de Tireóide/Cervical                              | 112,00                |
| 09          | Doppler de Abdômen Total                                  | 142,00                |
| 10          | Doppler Transvaginal/Endovaginal                          | 117,00                |
| 11          | Doppler de Mamas  | 139,00                |
| 12          | Doppler Pélvico   | 117,00                |
| 13          | Doppler de Próstata com Doppler (via abdominal)           | 127,00                |
| 14          | Doppler Partes Moles                                      | 168,00                |
| 15          | Doppler Morfológico                                       | 179,00                |
| 16          | Doppler Renal   | 160,00                |



|    |   |        |
|----|---|--------|
| 17 | Doppler de Membros Superiores para estudo de Fístula de Hemodiálise (dois membros)  | 329,00 |
| 18 | Doppler de estruturas superficiais (Tireóide, próstata, testículo, região temporal, parótidas, glândulas salivares, submandibular, face). | 103,00 |
| 19 | Doppler obstétrico Gemelar  | 316,00 |

**EXAME EM DIAGNÓSTICO POR IMAGEM –ULTRASSONOGRRAFIA COM DOPPLER  
(MICRORREGIÃO GUANHÃES CISCEN)**

| <b>ITEM</b> | <b>Tipo de Especialidade</b>                              | <b>Valor Unitário</b> |
|-------------|---|-----------------------|
| 01          | Doppler Colorido de Vasos – Scan Arterial - (cada membro) | 150,00                |
| 02          | Doppler Colorido de Vasos – Scan Venoso - (cada membro)   | 150,00                |
| 03          | Doppler Colorido de Vasos - Carótidas e Vertebrais        | 157,00                |
| 04          | Doppler de Fluxo Obstétrico (cada feto)                   | 150,00                |
| 05          | Doppler de Aorta Ilíaca                                   | 152,00                |
| 06          | Doppler de Artérias Renais                                | 160,00                |
| 07          | Doppler de Testículo/Bolsa Escrotal                       | 103,00                |
| 08          | Doppler de Tireóide/Cervical                              | 112,00                |
| 09          | Doppler de Abdômen Total                                  | 142,00                |
| 10          | Doppler Transvaginal/Endovaginal                          | 117,00                |
| 11          | Doppler de Mamas  | 139,00                |
| 12          | Doppler Pélvico   | 117,00                |
| 13          | Doppler de Próstata (via abdominal)                       | 127,00                |
| 14          | Doppler de Partes Moles                                   | 168,00                |
| 15          | Doppler Morfológico                                       | 179,00                |
| 16          | Doppler Renal   | 160,00                |





|    |   |        |
|----|---|--------|
| 17 | Doppler de Membros Superiores para estudo de Fístula de Hemodiálise (dois membros)  | 329,00 |
| 18 | Doppler de estruturas superficiais (Tireoide, próstata, testículo, região temporal, parótidas, glândulas salivares, submandibular, face). | 103,00 |
| 19 | Doppler obstétrico Gemelar  | 316,00 |

#### **EXAME EM DIAGNÓSTICO - NEUROLOGIA**

| <b>Item</b> | <b>Tipo de Especialidade</b>                    | <b>Valor Unitário</b> |
|-------------|---|-----------------------|
| 01          | Eletroencefalograma- EEG                        | 80,00                 |
| 02          | Eletroencefalograma c/ Foto Estimulação         | 113,00                |
| 03          | Eletroencefalograma Quantitativo com Mapeamento | 137,00                |
| 04          | Eletroencefalograma em Sono e Vigília           | 109,00                |
| 05          | Eletroneuromiografia (dois membros)             | 327,00                |
| 06          | Eletroneuromiografia (quatro membros)           | 666,00                |
| 09          | Polissonografia                                 | 292,00                |
| 10          | Eletroneuromiografia de Face                    | 280,00                |

#### **EXAME EM DIAGNÓSTICO POR IMAGEM- RESSONÂNCIA MAGNÉTICA**

| <b>ITEM</b> | <b>Tipo de Especialidade</b>                                  | <b>Valor Unitário</b> |
|-------------|---|-----------------------|
| 01          | Angioressonância Cerebral                                     | 450,00                |
| 02          | Ressonância de Articulação Têmporo-<br>mandibular (Bilateral) | 400,00                |
| 03          | Ressonância de Coluna Cervical/Pescoço                        | 410,00                |
| 04          | Ressonância de Coluna Lombo-sacra                             | 410,00                |
| 05          | Ressonância de Coluna Torácica                                | 410,00                |
| 06          | Ressonância de Crânio   | 410,00                |
| 07          | Ressonância de Sela Túrcica                                   | 410,00                |
| 08          | Ressonância de Coração/Aorta c/ Cine                          | 469,00                |
| 09          | Ressonância de Membro Superior<br>(Unilateral)                | 410,00                |



|    |   |          |
|----|---|----------|
| 10 | Ressonância Membro Inferior (Unilateral)            | 410,00   |
| 11 | Ressonância Abdômen Superior                        | 444,00   |
| 12 | Ressonância Bacia/Pelve/Abdômen Inferior            | 467,00   |
| 13 | Ressonância de tórax                                | 444,00   |
| 14 | Ressonância de Vias Biliares - colangiorressonância | 444,00   |
| 15 | Ressonância Abdômen Total                           | 810,00   |
| 16 | Ressonância da Face                                 | 423,00   |
| 17 | Ressonância de Próstata                             | 423,00   |
| 18 | Ressonância Órbitas                                 | 467,00   |
| 19 | Ressonância Mama (Unilateral)                       | 444,00   |
| 20 | Ressonância Plexo Braquial                          | 423,00   |
| 21 | Ressonância Mastóide                                | 467,00   |
| 22 | Ressonância de pênis                                | 394,00   |
| 23 | Contraste para Ressonância                          | 83,00    |
| 24 | Ressonância de crânio infantil com sedação          | 1.956,00 |

**EXAME EM DIAGNÓSTICO POR IMAGEM – TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEM SEDAÇÃO  
(DEMAIS REGIÕES)**

| <b>ITEM</b> | <b>Tipo de Especialidade</b>  | <b>Valor Unitário</b> |
|-------------|---|-----------------------|
| 01          | Tomografia de Coluna Cervical (até 03 segmentos)                              | 157,00                |
| 02          | Tomografia Coluna Lombo-Sacro (até 03 segmento)                               | 136,00                |
| 03          | Tomografia de Coluna Torácica (até 03 segmentos)                              | 157,00                |
| 04          | Tomografia Seios da Face/Seios da Face/Articulações Têmporo - mandibulares    | 163,00                |
| 05          | Tomografia do Pescoço   | 185,00                |
| 06          | Tomografia de Sela Túrcica/Órbita   | 187,00                |
| 07          | Tomografia do Crânio  | 156,00                |
| 08          | Tomografia de Articulações de Membro Superior                                 | 187,00                |
| 09          | Tomografia de Articulações de Membro Inferior                                 | 187,00                |
| 10          | Tomografia de Segmentos Apendiculares (braço, antebraço, mão, coxa, perna pé) | 187,00                |
| 11          | Tomografia de Tórax   | 192,00                |
| 12          | Tomografia de Hemitórax, Pulmão ou do Mediastino                              | 176,00                |
| 13          | Tomografia de Abdômen Superior (fígado, Baço, Pâncreas e Rins)                | 192,00                |
| 14          | Tomografia de Pelve/Bacia/Abdomên Inferior                                    | 192,00                |
| 15          | Tomografia Abdômen Total (Abdômen Superior e Inferior)                        | 360,00                |
| 16          | Tomografia de Mandíbula Maxilar   | 163,00                |
| 17          | Tomografia de Mastóides ou Ouvidos  | 186,00                |
| 18          | Tomografia Renal  | 256,00                |
| 19          | Tomografia de dente   | 130,00                |



|    |  |          |
|----|--|----------|
| 20 | Segmento Adicional da Coluna                     | 52,00    |
| 21 | Contraste  | 73,00    |
| 22 | Urotomografia                                    | 287,00   |
| 23 | Angiotomografia Coronariana com Escore de Cálcio | 1.763,00 |
| 24 | Angiotomografia de Abdômen                       | 394,00   |
| 25 | Angiotomografia de Aorta Torácica sem Sedação    | 344,00   |
| 26 | Angiotomografia de Tórax                         | 378,00   |
| 27 | Angiotomografia arterial de vasos intracraniana  | 905,00   |

**EXAME EM DIAGNÓSTICO POR IMAGEM – TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COM SEDAÇÃO**

| <b>ITEM</b> | <b>Tipo de Especialidade</b>   | <b>Valor Unitário</b> |
|-------------|--|-----------------------|
| 01          | Tomografia de Abdômen Superior com sedação   | 525,00                |
| 02          | Tomografia de Abdômen Total com sedação  | 628,00                |
| 03          | Tomografia de Articulação (Unilateral) com sedação                                   | 433,00                |
| 04          | Tomografia de Bacia com sedação  | 457,00                |
| 05          | Tomografia de Coluna Cervical com sedação  | 421,00                |
| 06          | Tomografia de Coluna Torácica com sedação  | 421,00                |
| 07          | Tomografia Seios da Face/Seios da Face/Articulações Têmporo-mandibulares com sedação | 403,00                |
| 08          | Tomografia de Mastóides ou Ouvidos com sedação                                       | 463,00                |
| 09          | Tomografia de Pelve/Bacia/Abdômen com sedação  | 558,00                |
| 10          | Tomografia de Tórax com sedação  | 489,00                |
| 11          | Tomografia de Sela Túrcica com sedação   | 457,00                |
| 12          | Tomografia do Crânio com sedação   | 417,00                |
| 13          | Tomografia do Pescoço com sedação  | 472,00                |

**EXAME EM DIAGNÓSTICO POR IMAGEM – TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEM SEDAÇÃO  
(MICRORREGIÃO GUANHÃES CISCEN)**

| <b>ITEM</b> | <b>Tipo de Especialidade</b>   | <b>Valor Unitário</b> |
|-------------|--|-----------------------|
| 01          | Tomografia de Coluna Cervical  | 237,00                |
| 02          | Tomografia Coluna Lombo-Sacro  | 248,00                |
| 03          | Tomografia de Coluna Torácica  | 246,00                |
| 04          | Tomografia Seios da Face/Seios da Face/Articulações Têmporo-mandibulares         | 181,00                |
| 05          | Tomografia do Pescoço  | 313,00                |
| 06          | Tomografia de Sela Túrcica   | 310,00                |
| 07          | Tomografia do Crânio   | 189,00                |
| 08          | Tomografia de Articulações de Membro Superior                                    | 223,00                |
| 09          | Tomografia de Segmentos Apendiculares (braço, antebraço, mão, coxa, perna ou pé) | 230,00                |
| 10          | Tomografia de Tórax  | 313,00                |
| 11          | Tomografia de Hemitórax, Pulmão ou do Mediastino                                 | 275,00                |
| 12          | Tomografia de Abdômen Superior (fígado, Baço, Pâncreas e Rins)                   | 303,00                |
| 13          | Tomografia de Articulações de Membro Inferior                                    | 243,00                |
| 14          | Tomografia de Pelve/Bacia/Abdômen Inferior                                       | 313,00                |
| 15          | Tomografia Abdômen Total (Abdômen Superior e Inferior)                           | 439,00                |
| 16          | Tomografia de Mastóides ou Ouidos  | 310,00                |
| 17          | Tomografia Renal   | 257,00                |
| 18          | Tomografia de Mandíbula Maxilar  | 163,00                |
| 19          | Segmento Adicional da Coluna   | 55,00                 |



|    |  |          |
|----|--|----------|
| 20 | Tomografia de dente                              | 130,00   |
| 21 | Contraste  | 117,00   |
| 22 | Urotomografia                                    | 416,00   |
| 23 | Angiotomografia Coronariana com Escore de Cálcio | 1.763,00 |
| 24 | Angiotomografia de Abdômen                       | 394,00   |
| 26 | Angiotomografia de Tórax                         | 378,00   |
| 27 | Angiotomografia arterial de vasos Intracranianos | 905,00   |

#### EXAME EM DIAGNÓSTICO – RADIOLOGIA

| Item | Tipo de Especialidade                    | Valor Unitário |
|------|--|----------------|
| 01   | RX Tórax PA                              | 31,00          |
| 02   | RX Tórax PA/perfil                       | 37,00          |
| 03   | RX Tórax PA/perfil/oblíquas              | 38,00          |
| 04   | RX Clavícula AP                          | 31,00          |
| 05   | RX Escanometria de MMSS                  | 52,00          |
| 06   | RX Art. Externoclav. AP/Obliquas         | 36,00          |
| 07   | RX Costelas por hemitorax em Ap/Obliquas | 36,00          |
| 08   | RX Art. Acromio clavicular AP            | 31,00          |
| 09   | RX Art. acromio clavicular AP/Obliquas   | 31,00          |
| 10   | RX Art. Acromio clavicularAp/bilateral   | 36,00          |
| 11   | RX Braço Ap/Lateral                      | 31,00          |
| 12   | RX Cotovelo Ap/Lateral /Obliqua          | 35,00          |
| 13   | RX Antebraço AP/lateral                  | 30,00          |
| 14   | RX Punho AP/lateral                      | 31,00          |



|    |   |        |
|----|---|--------|
| 15 | RX Punho AP/LAT/Obliquas                        | 35,00  |
| 16 | RX Mãos e punhos idade Óssea                    | 30,00  |
| 17 | RX Mão AP/Perfil ou Oblíqua                     | 35,00  |
| 18 | RX Ombro Ap/Perfil                              | 35,00  |
| 19 | RX Abdomen Simples AP 01 Incidência             | 22,00  |
| 20 | RX Bacia AP                                     | 22,00  |
| 21 | RX Art. Sacro -ilíaco AP                        | 22,00  |
| 22 | RX Joelho AP/LAT.                               | 21,00  |
| 23 | RX joelho AP/LAT/Axial                          | 30,00  |
| 24 | RX coxo Femoral AP/lateral                      | 23,00  |
| 25 | RX Calcâneo Axial e Lateral                     | 25,00  |
| 26 | RX Calcâneo Lateral                             | 23,00  |
| 27 | RX Pé AP/Oblíqua                                | 25,00  |
| 28 | RX Perna  | 28,00  |
| 29 | RX Escanometria MMII                            | 47,00  |
| 30 | RX Coluna cervical AP/perfil oblíqua perfil     | 45,00  |
| 31 | RX Coluna tóraco lombar AP/PERFIL               | 31,00  |
| 32 | RX Coluna lombar Sacra AP/PERFIL/LOC L5-S1      | 38,00  |
| 33 | RX coluna torácica lombar AP/Perfil p/Escoliose | 52,00  |
| 34 | Histerossalpingografia                          | 257,00 |
| 35 | Urografia excretora                             | 286,00 |
| 36 | Orbitas PA/Obliquas /HIRTZ                      | 37,00  |
| 37 | Cavum em Perfil (LATERAL - HIRTZ)               | 31,00  |



|    |   |          |
|----|---|----------|
| 38 | Mandíbula PA/obliquas                     | 38,00    |
| 39 | Seios da face FN/MN/Perfil                | 31,00    |
| 40 | Crânio PA+Lateral                         | 33,00    |
| 41 | Art têmpero Mandibular Bilateral          | 33,00    |
| 42 | Sela Túrcica PA+LAT+ESQ+LAT+DIR           | 48,00    |
| 43 | Densitometria óssea                       | 139,00   |
| 44 | Mamografia digital Bilateral (com laudo)  | 75,00    |
| 45 | Mamografia digital Unilateral (com laudo) | 45,00    |
| 46 | Enema Opaco                               | 320,00   |
| 47 | Laudos de radiografia                     | 15,00    |
| 48 | Flebografia de Membro (Venografia)        | 3.183,00 |



**EXAME EM DIAGNÓSTICO POR IMAGEM MEDICINA NUCLEAR – CINTILOGRAFIA**

| ITEM | Tipo de Especialidade  | Valor Unitário |
|------|--|----------------|
| 01   | Cintilografia de Coração c/ Gálio 67   | 538,00         |
| 02   | Cintilografia de Miocárdio p/ Avaliação da Perfusão em Situação de Estresse (Mínimo 3 Projeções) | 572,00         |
| 03   | Cintilografia de Miocárdio p/ Avaliação da Perfusão em Situação de Repouso (Mínimo 3 Projeções)  | 531,00         |
| 04   | Cintilografia de Miocárdio p/ Localização de Necrose (Mínimo 3 Projeções)                        | 279,00         |
| 05   | Cintilografia de Fígado e Baco (Mínimo 5 Imagens)  | 177,00         |
| 06   | Cintilografia de Fígado e Vias Biliares  | 207,00         |
| 07   | Cintilografia de Glândulas Salivares c/ ou s/ Estímulo   | 114,00         |
| 08   | Cintilografia p/ Estudo de Trânsito Esofágico (Líquido)  | 157,00         |
| 09   | Cintilografia p/ Estudo de Trânsito Esofágico (Semi-Sólido)                                      | 157,00         |
| 10   | Cintilografia p/ Estudo de Trânsito Gástrico   | 164,00         |
| 11   | Cintilografia p/ Pesquisa de Diverticulose de Meckel   | 203,00         |
| 12   | Cintilografia p/ Pesquisa de Hemorragia Digestiva Ativa  | 317,00         |
| 13   | Cintilografia P/ Pesquisa de Hemorragia Digestiva Não Ativa                                      | 496,00         |
| 14   | Cintilografia p/ Pesquisa de Refluxo Gastro-Esofágico  | 168,00         |
| 15   | Cintilografia de Paratireóides   | 335,00         |
| 16   | Cintilografia de Tireóide c/ ou s/ Captação  | 189,00         |
| 17   | Cintilografia p/ Pesquisa do Corpo Inteiro   | 418,00         |
| 18   | Cintilografia de Testículo e Bolsa Escrotal  | 154,00         |
| 19   | Cintilografia Renal/Renograma (Qualitativa e/ou Quantitativa)                                    | 209,00         |
| 20   | Cistocintilografia Direta  | 164,00         |
| 21   | Cistocintilografia Indireta  | 251,00         |



|    |   |         |
|----|---|---------|
| 22 | Cintilografia de Articulação e/ou Extremidades e/ou osso                                  | 197,00  |
| 23 | Cintilografia de ossos com ou sem Fluxo Sanguíneo (corpo inteiro)                         | 258,00  |
| 24 | Cintilografia de segmento ósseo c/ Gálio 67   | 488,00  |
| 25 | Cisternocintilografia (incluindo pesquisa e/ou avaliação do Trânsito Liquórico)           | 244,00  |
| 26 | Cintilografia de Pulmão c/ Gálio 67   | 489,00  |
| 27 | Cintilografia de Pulmão p/ Pesquisa de Aspiração  | 148,00  |
| 28 | Cintilografia de Pulmão por Inalação (Mínimo 2 Projeções)                                 | 134,00  |
| 29 | Cintilografia de Pulmão por perfusão (Mínimo 4 Projeções)                                 | 137,00  |
| 30 | Linfocintilografia  | 148,00  |
| 31 | Cintilografia de Corpo Inteiro c/ Galio 67 p/ Pesquisa de Neoplasias                      | 1053,00 |
| 32 | Cintilografia de Glândula Lacrimal (Dacriocintilografia)                                  | 69,00   |
| 33 | Cintilografia de Mama (Bilateral)   | 331,00  |
| 34 | Estudo Renal Dinâmico c/ ou s/ Diurético  | 228,00  |
| 35 | Tratamento Hipertireoidismo Graves  | 339,00  |
| 36 | Estudo de Fluxo Sanguíneo Cerebral  | 199,00  |
| 37 | Determinação de Fluxo Plasmático Renal  | 72,00   |
| 38 | Determinação de Filtração Glomerular  | 73,00   |
| 39 | Determinação de Fluxo Sanguíneo Regional  | 125,00  |
| 40 | Teste do Perclorato c/ Radioisotopo   | 108,00  |
| 41 | Cintilografia Sincronizada de Câmaras Cardíacas em Situação de Esforço                    | 220,00  |
| 42 | Cintilografia Sincronizada de Câmaras Cardíacas em Situação de Repouso (Ventriculografia) | 190,00  |



**EXAMES LABORATORIAIS – MUNICÍPIO SEDE DO PRESTADOR (ATÉ 700 KM)**

| ITEM | Tipo de Especialidade                     | Valor Unitário |
|------|---|----------------|
| 01   | Gasometria Arterial                       | 92,00          |
| 02   | Exame Toxicológico                        | 187,00         |
| 03   | Carga Viral HBV-NA                        | 325,00         |
| 04   | Antiendômio IGA                           | 47,00          |
| 05   | Antiendômio IGG                           | 47,00          |
| 06   | Antiendômio IGM                           | 83,00          |
| 07   | Anti-gliadina IGA                         | 34,00          |
| 08   | Anti-gliadina IGG                         | 34,00          |
| 09   | Anti-gliadina IGM                         | 44,00          |
| 10   | Anti-transglutaminase IGA                 | 62,00          |
| 11   | Anti-transglutaminase IGG                 | 82,00          |
| 12   | HBV quantitativo Cariótipo banda G        | 571,00         |
| 13   | Aminiocente com Cariótipo Fetal           | 413,00         |
| 14   | Quebras Cromossômicas                     | 860,00         |
| 15   | DEMAIS EXAMES LABORATORIAIS A ESPECIFICAR | TABELA SIGTAP  |

**Tabela SIGTAP para todos os demais exames laboratoriais**