

**TABELA I**

# **TABELA CONSULTAS E PROCEDIMENTOS CIS-AMOSC 2023**

**Servidão Anjo da Guarda, 295 D, Efapi, Chapeco - SC**

**Fone: (49) 3199-4900**

**[www.cisamosc.sc.gov.br](http://www.cisamosc.sc.gov.br)**

# CONSULTAS EXAMES E PROCEDIMENTOS

## MÉDICOS

O Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste de Santa Catarina – CIS-AMOSC, por seu representante legal, nos termos dos incisos VIII e IX, art. 17, do Contrato de Consórcio público e, **considerando** a publicação de nova tabela de valores, por meio da Resolução n. xx/2023 de .... de 2023, do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste de SC – CIS AMOSC, que dispõe sobre serviços de saúde nas áreas de assistência e atendimento médico, em regime ambulatorial ou hospitalar, de auxiliares de diagnóstico e terapia, excluídos os serviços de urgência e emergência, aos usuários do sistema único de saúde – SUS. **Considerando** que os procedimentos com códigos SUS devem-se observar as normativas da TABELA SIGTAP, obedecendo aos princípios, diretrizes e normas de regulamentação do Sistema Único de Saúde SUS.

As observações em cada especialidade medica serve de parâmetro para execução dos serviços, ficando as empresas credenciadas vinculadas aos editais de credenciamento e, contratos administrativos firmados com o Consórcio CIS-AMOSC cientes que ficam inclusas nos valores praticados as seguintes obrigações e condições

É expressamente proibido a venda casada de exames.

Todas as empresas/clinicas credenciadas deverão seguir os protocolos do Sistema Único de Saúde-SUS. Não podendo adotar protocolos médicos internos que exigem realização de exame no ato da consulta. Caso haja necessidade, deverá ser

demonstrado efetiva indispensabilidade de realização de novo exame no ato da consulta, mediante o estado de saúde do paciente e sua evolução no tratamento e o prestador somente poderá realizar cobrança após expressa autorização do município;

EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS – Códigos SUS normativas SIGTAP demais liberar o número de vezes correspondente ao número de peças para análise devidamente justificada esta necessidade por escrito. Com relação a Coloração limita-se o número máximo de 4 vezes a liberação;

<b>ANATOMIA PATOLOGIA</b>	<b>COD.SIA/SUS</b>	<b>VALOR SUS R\$</b>	<b>VALOR COMPLEMENTO R\$</b>	<b>VALOR CIS R\$</b>
EXAME CITOPATOLÓGICO HORMONAL SERIADO (MÍNIMO TRÊS COLETAS)	02.03.01.002-7	20,96	27,35	48,31
EXAME CITOPATOLÓGICO CÉRVICO-VAGINAL/MICROFLORA	02.03.01.001-9	13,72	-	13,72
IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR/ MAXIMO 6 POR PCTE)	02.03.02.004-9	131,52	299,47	430,99
EXAME ANATOMOPATOLOGICO DO COLO UTERINO-BIOPSIA	02.03.02.008-1	40,78	51,22	92,00
EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA – BIOPSIA	02.03.02.006-5	45,83	46,17	92,00
EXAME DE CITOPATOLOGIA – (EXCETO CERVICO VAGINAL E DE MAMAS) – PAAF (ATE 5)	02.03.01.003-5	20,96	71,04	92,00
EXAME CITOPATOLOGICO DE MAMA – PAAF DE MAMA	02.03.01.004-3	35,34	56,66	92,00
EXAME ANATOMOPATOLOGICO PARA CONGELAMENTO/ PARAFINA POR PECA CIRURGICA OU BIOPSIA (EXCETO	02.03.02.003-0	40,78		92,00



COLO UTERINO E MAMA)			51,22	
COLORACAO ESPECIAL – POR PEÇA	90.01.01.111-0	-	43,16	43,16
ATO DE COLETA DE PAAF DE ÓRGÃO OU ESTRUTURAS SUPERFICIAIS COM DESLOCAMENTO DO PATOLOGISTA	90.01.01.105-0	-	118,73	118,73

<b>BIOPSIAS – CODIGOS ATÉ 4 NODULOS</b>	<b>COD.SIA/SUS</b>	<b>VALOR SUS R\$</b>	<b>VALOR COMPLEMENTO R\$</b>	<b>VALOR CIS R\$</b>
BIOPSIA DE PROSTATA GUIADA POR ULTRASSONOGRÁFIA DE PROSTATA RETAL	90.01.01.140-0	-	360,00	360,00
PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA (PAAF)	02.01.01.058-5	66,48	198,22	264,70
PUNÇÃO DE MAMA POR AGULHA GROSSA (CORE BIOPSIA)	02.01.01.060-7	140,00	124,70	264,70
BIOPSIA DE LESÃO DE PARTES MOLES (POR AGULHA/CEU ABERTO)	02.01.01.026-7	114,36	150,34	264,70
BIOPSIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR TMC/ULTRASSON./RNM/ RX	02.01.01.054-2	97,00	263,00	360,00
BIOPSIA DE PARENQUIMA HEPÁTICO GUIADA POR ULTRASSONOGRÁFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	90.01.01.139-0	-	360,00	360,00
BIOPSIA DE TIREÓIDE OU PARATIREÓIDE – PAAF	02.01.01.047-0	23,73	240,97	264,70

SEDAÇÃO PARA BIOPSIA	90.01.01.226-0	-	250,00	250,00
----------------------	----------------	---	--------	--------

# ATENÇÃO!

Os retornos de pacientes as consultas de qualquer especialidade, deverá ocorrer em até **30 (trinta) dias**. O paciente poderá retornar quantas vezes for necessário dentro dos 30 dias sem cobrança de nova consulta. Se a CONTRATADA não tiver espaço na agenda para atender este paciente dentro do prazo estabelecido no inciso anterior, a mesma deverá realizar o retorno em data posterior, sem incidência de cobrança de nova consulta. Será considerado retorno de até **60 (sessenta) dias, sem incidência de novas cobranças**, para avaliação, tratamento e diagnóstico de exames solicitados durante a consulta. Quando da solicitação de exames ao paciente o mesmo deverá

retornar para avaliação em no máximo 3 (três) meses;

<b>CONSULTA ESPECIALIZADA</b>	<b>COD.SIA/SUS</b>	<b>VALOR SUS R\$</b>	<b>VALOR COMPLEMENTO R\$</b>	<b>VALOR CIS R\$</b>
ANGIOLOGIA	03.01.01.007-2	10,00	100,00	110,00
ALERGIA E IMUNOLOGIA	03.01.01.007-2	10,00	137,50	147,50
ANESTESIOLOGIA	03.01.01.007-2	10,00	100,00	110,00
CARDIOLOGIA (CONSULTA/ELETROCARDIOGRAMA E LAUDO)	03.01.01.007-2	10,00	120,00	130,00
CANCEROLOGISTA CIRURGICO	03.01.01.007-2	10,00	100,00	110,00
CIRURGIAO	03.01.01.007-2	10,00	100,00	110,00
DERMATOLOGIA	03.01.01.007-2	10,00	100,00	110,00
ENDOCRINOLOGIA	03.01.01.007-2	10,00	137,50	147,50
FISIATRIA	03.01.01.007-2	10,00	100,00	110,00



GASTROENTEROLOGIA	03.01.01.007-2	10,00	100,00	110,00
GERIATRIA	03.01.01.007-2	10,00	100,00	110,00
GINECOLOGIA E OBSTETRICIA	03.01.01.007-2	10,00	100,00	110,00
HOMEOPATIA	03.01.01.007-2	10,00	100,00	110,00
HEMATOLOGIA	03.01.01.007-2	10,00	100,00	110,00
INFECTOLOGIA	03.01.01.007-2	10,00	100,00	110,00
MASTOLOGIA	03.01.01.007-2	10,00	100,00	110,00
NEFROLOGIA	03.01.01.007-2	10,00	137,50	147,50
NEUROLOGIA	03.01.01.007-2	10,00	137,50	147,50
OFTALMOLOGIA (CONSULTA INCLUI: refração, tonometria, biomicroscopia e fundoscopia, anamnese, inspeção, exame das pupilas, acuidade visual, retinoscopia e ceratometria;)	03.01.01.007-2	10,00	120,00	130,00
OTORRINOLARINGOLOGIA	03.01.01.007-2	10,00	100,00	110,00
ONCOLOGIA	03.01.01.007-2	10,00	100,00	110,00



ORTOPEDIA	03.01.01.007-2	10,00	100,00	110,00
PEDIATRIA	03.01.01.007-2	10,00	100,00	110,00
PNEUMOLOGIA	03.01.01.007-2	10,00	137,50	147,50
PROCTOLOGIA	03.01.01.007-2	10,00	137,50	147,50
REUMATOLOGIA	03.01.01.007-2	10,00	137,50	147,50
UROLOGIA	03.01.01.007-2	10,00	100,00	110,00
VASCULAR	03.01.01.007-2	10,00	100,00	110,00

<b>CARDIOLOGIA</b>	<b>COD.SIA/SUS</b>	<b>VALOR SUS R\$</b>	<b>VALOR COMPLEMENTO R\$</b>	<b>VALOR CIS R\$</b>
ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGICA	02.05.01.002-4	165,00	97,85	262,85
ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE	02.05.01.001-6	165,00	92,55	257,55
ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA	02.05.01.003-2	67,86	169,61	237,47
HOLTER (MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HORAS – 3 CANAIS)	02.11.02.004-4	30,00	131,47	161,47
MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (MAPA)	02.11.02.005-2	10,07	151,40	161,47





TESTE ERGOMÉTRICO OU ESFORÇO	02.11.02.006-0	30,00	120,00	150,00
TILT TESTE	90.01.01.489-0	-	300,00	300,00

<b>CINTILOGRAFIA</b>	<b>COD.SIA/SUS</b>	<b>VALOR SUS R\$</b>	<b>VALOR COMPLEMENTO R\$</b>	<b>VALOR CIS R\$</b>
CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ LOCALIZAÇÃO DE NECROSE (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)	02.08.01.004-1	166,47	33,29	199,76
CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM REPOUSO (VENTRICULOGRAFIA)	02.08.01.008-4	176,72	74,98	251,70
CINTILOGRAFIA PARA QUANTIFICAÇÃO DE SHUNT EXTRACARDIACO	02.08.01.006-8	142,57	28,51	171,08
CINTILOGRAFIA PARA AVALIAÇÃO DE FLUXO SANGUÍNEO DE EXTREMIDADES	02.08.01.005	114,02	22,80	136,82
CINTILOGRAFIA SINCRONADA DE CAMARAS CARDIACAS EM ESFORÇO	02.08.01.007-6	214,85	42,97	257,82
CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM ESTRESSE (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)	02.08.01.002-5	408,52	173,32	581,84
CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM REPOUSO (MINIMO 3 PROJEÇÕES)	02.08.01.003-3	383,07	162,52	545,59
CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE DIVERTÍCULO DE MECKEL	02.08.02.008-0	114,86	48,73	163,59
CINTILOGRAFIA PARA ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (LIQUIDO)	02.08.02.005-5	135,38	57,43	192,81



CINTILOGRAFIA PARA ESTUDO DE TRANSITO GASTRICO	02.08.02.007-1	144,22	78,59	222,81
CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO	02.08.02.011-0	135,38	57,43	192,81
CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NÃO ATIVA	02.08.02.010-1	310,82	131,87	442,69
CINTILOGRAFIA DE GLÂNDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTÍMULO	02.08.02.003-9	87,89	37,29	125,18
CINTILOGRAFIA PARA ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFÁGICO (SEMI-SÓLIDO)	02.08.02.006-3	135,38	57,43	192,81
CINTILOGRAFIA DE FÍGADO E BAÇO (MÍNIMO 05 IMAGENS)	02.08.02.001-2	133,26	56,54	189,80
CINTILOGRAFIA DO FÍGADO E VIAS BILIARES	02.08.02.002-0	187,93	79,73	267,66
CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA	02.08.02.009-8	157,23	66,71	223,94
CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE COM OU SEM CAPTAÇÃO	02.08.03.002-6	77,28	32,78	110,06
CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE COM TESTE DE SUPRESSÃO/ ESTÍMULO	02.08.03.003-4	107,30	21,46	128,76
TESTE DO PERCLORATO COM RADIOISÓTOPO	02.08.03.005-0	107,40	21,48	128,88
CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DO CORPO INTEIRO (PCI)	02.08.03.004-2	338,70	143,70	482,40
CINTILOGRAFIA DE PARATIREÓIDES	02.08.03.001-8	324,54	137,69	462,23
CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)	02.08.04.005-6	133,03	357,37	490,40
CINTILOGRAFIA DE TESTICULO E BOLSA ESCROTAL	02.08.04.003-0	108,94	21,78	130,72
CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA	02.08.04.007-2	144,50	61,31	205,81
CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA	02.08.04.006-4	122,97	52,17	175,14
ESTUDO RENAL DINÂMICO COM OU SEM DIURÉTICO	02.08.04.010-2	165,24	140,29	305,53



CINTILOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES E/OU EXTREMIDADES E/OU OSSO	02.08.05.001-9	180,32	36,06	216,38
CINTILOGRAFIA DE OSSOS COM OU SEM FLUXO SANGUÍNEO (CORPO INTEIRO)	02.08.05.003-5	190,99	81,03	272,02
ESTUDO DE FLUXO SANGUÍNEO CEREBRAL	02.08.06.003-0	119,16	23,83	142,99
CISTERNOCINTILOGRAFIA (INCLUINDO PESQUISA E/OU AVALIACAO DO TRANSITO LIQUORICO)	02.08.06.002-2	205,34	87,12	292,46
CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL COM TALIO	02.08.06.001-4	438,01	185,73	623,74
LINFOCINTILOGRAFIA	02.08.08.004-0	141,33	59,96	201,29
CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO COM GALIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS	02.08.09.001-0	906,80	181,36	1088,16
CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)	02.08.09.003-7	289,43	122,80	412,23
CINTILOGRAFIA DE PULMAO COM GALIO 67	02.08.07.001-0	457,55	535,93	993,48
CINTILOGRAFIA DE CORAÇÃO COM GALIO 67	02.08.01.001-7	457,55	91,51	549,06
CINTILOGRAFIA DE RIM COM GALIO 67	02.08.04.002-1	457,55	91,51	549,06
CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO OSSEO COM GALIO 67	02.08.05.004-3	457,55		457,55
CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR INALACAO (MINIMO 2 PROJECOES)	02.08.07.003-6	128,12	25,62	153,74
CINTILOGRAFIA DE PULMAO PARA PESQUISA DE ASPIRACAO	02.08.07.002-8	127,51	26,23	153,74
CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR PERFUSAO (MINIMO 4 PROJECOES)	02.08.07.004-4	130,5	55,37	185,87
CINTILOGRAFIA DE SISTEMA RETÍCULO-ENDOTELIAL (MEDULA ÓSSEA)	02.08.08.001-5	112,61	47,77	160,38
DEMONSTRAÇÃO DE SEQUESTRO DE HEMÁCIAS PELO	02.08.08.002-3	97,37	19,47	116,84



BAÇO (COM RADIOISÓTOPOS)				
CINTILOGRAFIA DA GLÂNDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA)	02.08.09.002-9	66,23	28,10	94,33
IMUNO-CINTILOGRAFIA (ANTICORPOS MONOCLONAL)	02.08.02.012-8	1103,26	-	1103,26
TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO (PLUMER -ATE 30MCI)	90.01.01.131-0	-	631,95	631,95
TÉCNICA TOMOGRÁFICA	90.01.01.132-0	-	104,08	104,08
TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO GRAVES	90.01.01.133-0	-	512,31	512,31

<b>DERMATOLOGIA</b>	<b>COD.SIA/SUS</b>	<b>VALOR SUS R\$</b>	<b>VALOR COMPLEMENTO R\$</b>	<b>VALOR CIS R\$</b>
BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA (LÍNGUA, LÁBIO, MUCOSA, CAVIDADE BUCAL)	02.01.01.052-6	21,56	34,51	56,07
BIÓPSIA DE PÁLPEBRA	02.01.01.035-6	18,33	9,70	28,03
BIÓPSIA PELE E PARTES MOLES (PELE, TECIDO CELULAR OU GÂNGLIOS SUBCUTÂNEOS, PAREDE ABDOMINAL)	02.01.01.037-2	25,83	74,17	100,00
BIÓPSIA DE PAVILHÃO AURICULAR	02.01.01.036-4	14,66	13,37	28,03
BIÓPSIA/ PUNÇÃO DE TUMORE SUPERFICIAL DE PELE	02.01.01.002-0	14,10	25,14	39,24
CRIOterapia (ATE 5 LESOES)	90.01.01.174-0	-	100,00	100,00
CRIOCIRURGIA	90.01.01.175-0	-	150,00	150,00
ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÃO CUTÂNEA – 05 LESÕES	04.01.01.004-0	11,84	128,16	140,00
EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBÁCEO E LIPOMA	04.01.01.007-4	12,46	167,54	180,00
FOTOTERAPIA (SESSÃO – POR SEGMENTO)	03.03.08.010-8	4,00	18,42	22,42



<b>PEQUENAS CIRURGIAS ONCOLOGICAS DE PELE E DERMATOLOGICAS</b>	<b>COD. SIA/SUS</b>	<b>VALOR SUS R\$</b>	<b>VALOR COMPLEMENTO R\$</b>	<b>VALOR CIS R\$</b>
EXCISÃO E SUTURA DE LESAO NA PELE C/PLASTICA EM Z OU ROTAÇÃO DE RETALHO	04.01.02.005-3	356,81	78,19	435,00
CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE PEQUENAS LESÕES	03.03.08.001-9	1,48	433,52	435,00
FULGURAÇÃO/ CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE LESÕES CUTÂNEAS	04.01.01.009-0	11,84	423,16	435,00
EXCISAO E/OU SUTURA SIMPLES DE PEQUENAS LESÕES FERIMENTOS DE PELE/ANEXOS E MUCOSA	04.01.01.006-6	-	435,00	435,00

<b>DENSITOMETRIA</b>	<b>COD.SIA/SUS</b>	<b>VALOR SUS R\$</b>	<b>VALOR COMPLEMENTO R\$</b>	<b>VALOR CIS R\$</b>
DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (DOIS SEGMENTOS)	02.04.06.002-8	55,10	54,12	109,22

<b>FISIOTERAPIA</b>	<b>COD.SIA/SUS</b>	<b>VALOR SUS R\$</b>	<b>VALOR COMPLEMENTO R\$</b>	<b>VALOR CIS R\$</b>
CONSULTA EM FISIOTERAPIA – AVALIAÇÃO	03.01.01.004-8	6,30	34,00	40,30
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRE/ POS CIRURGIAS UROGINECOLOGICAS	03.02.01.001-7	6,35	18,65	25,00



ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS	03.02.01.002-5	4,67	20,33	25,00
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS	03.02.02.001-2	6,35	18,65	25,00
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE ONCOLOGICO CLINICO	03.02.02.002-0	4,67	20,33	25,00
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRE E POS CIRURGIA ONCOLOGICA	03.02.02.003-9	6,35	18,65	25,00
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATORIO COM COMPLICAÇÕES SISTEMICAS	03.02.04.001-3	6,35	18,65	25,00
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATORIO SEM COMPLICAÇÕES SISTEMICAS	03.02.04.002-1	4,67	20,33	25,00
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRASNTORNO CLINICO CARDIOVASCULAR	03.02.04.003-0	4,67	20,33	25,00
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFERICAS	03.02.04.005-6	4,67	20,33	25,00
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRE E POS OPERATORIO NAS DISFUNÇÕES MUSCULO ESQUELETICAS	03.02.05.001-9	6,35	18,65	25,00
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	03.02.05.002-7	4,67	20,33	25,00
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM DISTURBIOS NEURO-CINETICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTEMICAS	03.02.06.001-4	4,67	20,33	25,00
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM DISTURBIOS NEURO-CINETICO-FUNCIONAIS COM	03.02.06.002-2	6,35	18,65	25,00



COMPLICACOES SISTEMICAS				
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM COMPROMETIMENTO COGNITIVO	03.02.06.004-9	6,35	18,65	25,00
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/ PÓS OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA	03.02.06.005-7	6,35	18,65	25,00
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MEDIO QUEIMADO	03.02.07.001-0	4,67	20,33	25,00
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SEQUELAS POR QUEIMADURAS (MEDIO E GRANDE QUEIMADOS)	03.02.07.003-6	4,67	20,33	25,00
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DOMICILIAR	90.01.01.137-0	-	50,00	50,00
EQUOTERAPIA	90.01.01.138-0	-	25,00	25,00
FISIOTERAPIA DOMICILIAR AME	90.01.01.513-0	-	110,00	110,00

<b>FONOAUDIOLOGIA</b>	<b>COD.SIA/SUS</b>	<b>VALOR SUS R\$</b>	<b>VALOR COMPLEMENTO R\$</b>	<b>VALOR CIS R\$</b>
TERAPIA EM FONOAUDIOLOGIA INDIVIDUAL	03.01.07.011-3	10,90	49,10	60,00
CONSULTA EM FONOAUDIOLOGIA – AVALIAÇÃO	03.01.01.004-8	6,30	34,00	40,30
AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AÉREA/ ÓSSEA)	02.11.07.004-1	21,00	9,00	30,00
EMISSAO EVOCADA PARA TRIAGEM AUDITIVA – TESTE DA ORELHINHA	02.11.07.014-9	13,51	2,53	16,04
EXAME DE VECTOELTRONISTAGMOGRAFIA	90.01.01.490-0	-	130,00	130,00
TERAPIA DE REABILITAÇÃO VESTIBULAR	90.01.01.491-0	-	100,00	100,00
POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO	02.11.05.011-3	4,06	15,94	20,00



POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO PARA TRIAGEM AUDITIVA (TESTE DA ORELHINHA)	02.11.07.027-0	13,51	2,53	16,04
GUSTOMETRIA	02.11.07.019-0	1,92	15,88	17,80
IMITANCIOMETRIA	02.11.07.020-3	23,00	4,30	27,30
LOGOAUDIOMETRIA (LDV/IRF/LRF)	02.11.07.021-1	26,25	5,80	32,05
AVALIACAO AUDITIVA COMPORTAMENTAL	02.11.07.005-0	18,00	-	18,00
AUDIOMETRIA DE REFORCO VISUAL (VIA AEREA / OSSEA)	02.11.07.002-5	21,00	-	21,00
AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE	02.11.07.003-3	20,13	-	20,13
PESQUISA DE PARES CRANIANOS	02.11.07.025-4	1,37	16,43	17,80
TESTES DE PROCESSAMENTO AUDITIVO	02.11.07.034-3	9,36	182,98	192,34
POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA MEDIA E LONGA LATENCIA (BERA)	02.11.07.026-2	46,88	145,46	192,34
<b>GASTROENTEROLOGIA</b>	<b>COD.SIA/SUS</b>	<b>VALOR SUS R\$</b>	<b>VALOR COMPLEMENTO R\$</b>	<b>VALOR CIS R\$</b>
BIOPSIA DE ANUS E CANAL ANAL	02.01.01.004-6	18,46	112,54	131,00
COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	02.09.01.002-9	112,66	367,34	480,00
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (EDA) COM TESTE DE UREASE - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	02.09.01.003-7	48,16	311,84	360,00
RETIRADA DE POLIPO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA	04.07.01.025-4	29,84	220,13	249,97
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO/ POLIPOS DO RETO / COLO SIGMOIDE POLIPECTOMIA (ATE 3 POLIPOS)	04.07.02.039-0	13,63	306,37	320,00



RETOSSIGMOIDOSCOPIA	02.09.01.005-3	23,13	131,22	154,35
---------------------	----------------	-------	--------	--------

No valor da colonoscopia estão inclusos: o procedimento (quantas vezes for necessário), coleta de material para biopsia

<b>GINECOLOGIA</b>	<b>COD.SIA/SUS</b>	<b>VALOR SUS R\$</b>	<b>VALOR COMPLEMENTO R\$</b>	<b>VALOR CIS R\$</b>
BIOPSIA DE COLO DO ÚTERO	02.01.01.066-6	18,33	16,67	35,00
COLPOSCOPIA	02.11.04.002-9	3,38	96,62	100,00
CRIOCAUTERIZACAO / ELETROCOAGULACAO DE COLO DE UTERO - LESÕES BENIGNAS	03.09.03.004-8	11,26	138,74	150,00

<b>LITOTRIPSIA</b>	<b>COD.SIA/SUS</b>	<b>VALOR SUS R\$</b>	<b>VALOR COMPLEMENTO R\$</b>	<b>VALOR CIS R\$</b>
LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA (ONDA DE CHOQUE PARCIAL/ COMPLETA EM 1 REGIÃO RENAL)	03.09.03.012-9	172,00	796,00	968,00
LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA (ONDA DE CHOQUE - TRATAMENTO SUBSEQUENTE EM 1 REGIAO RENAL)	03.09.03.010-2	172,00	361,00	533,00

<b>MEDICINA HIPERBARICA</b>	<b>COD.SIA/SUS</b>	<b>VALOR SUS R\$</b>	<b>VALOR COMPLEMENTO R\$</b>	<b>VALOR CIS R\$</b>
SESSÃO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBARICA	90.01.01.120-0	-	280,00	280,00
<b>NEUROLOGIA</b>	<b>COD.SIA/SUS</b>	<b>VALOR SUS R\$</b>	<b>VALOR COMPLEMENTO R\$</b>	<b>VALOR CIS R\$</b>



			<b>R\$</b>	
APLICAÇÃO DE TOXINA BOTULINICA	90.01.01.519-0		450,00	450,00
ELETRONEUROLOGRAFIA EM VIGÍLIA COM OU SEM FOTO ESTÍMULO	02.11.05.002-4	11,34	91,09	102,43
ELETRONEUROLOGRAFIA EM SONO INDUZIDO COM OU SEM MEDICAMENTO	02.11.05.003-2	25,00	98,96	123,96
POTENCIAL SOMATO SENSITIVO (PESS)	02.11.05.013-0	4,06	84,44	88,50
ELETRONEUROMIOGRAFIA DE FACE	90.01.01.121-0	-	392,00	392,00
ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MEMBROS INFERIORES - MI	90.01.01.122-0	-	415,00	464,80
ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MEMBROS SUPERIORES - MS	90.01.01.123-0	-	415,00	464,80
ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MEMBROS INFERIORES E SUPERIORES - MI/MS	90.01.01.124-0	-	552,00	618,24
TESTE DE ESTIMULAÇÃO REPETITIVA (2 SEGMENTOS)	90.01.01.136-0	-	392,00	392,00

<b>NUTRICIONISTA</b>	<b>COD.SIA/SUS</b>	<b>VALOR SUS R\$</b>	<b>VALOR COMPLEMENTO R\$</b>	<b>VALOR CIS R\$</b>
CONSULTA EM NUTRIÇÃO - AVALIAÇÃO	03.01.01.004-8	6,30	34,00	40,30
TERAPIA EM NUTRIÇÃO	90.01.01.021-0	-	30,00	30,00

<b>OTORRINOLARINGOLOGIA</b>	<b>COD.SIA/SUS</b>	<b>VALOR SUS R\$</b>	<b>VALOR COMPLEMENTO R\$</b>	<b>VALOR CIS R\$</b>
-----------------------------	--------------------	----------------------	------------------------------	----------------------



BIÓPSIA DE PIRÂMIDE NASAL	02.01.01.039-9	18,33	17,36	35,69
BIÓPSIA DE SEIOS PARANASAIS	02.01.01.044-5	18,33	41,04	59,37
BIÓPSIA DE FARINGE	02.01.01.019-4	19,06	16,56	35,62
INCISÃO E DRENAGEM DE ABSCESSO	04.01.01.010-4	11,84	23,78	35,62
DUCHA DE POLITZER (UNI/BILATERAL)	04.04.01.009-1	11,28	24,34	35,62
INFILTRAÇÃO MEDICAMENTOSA EM CORNETO INFERIOR	04.04.01.015-6	11,28	36,21	47,49
ELETROGUSTOMETRIA	02.11.07.013-0	1,37	28,31	29,68
LARINGOSCOPIA	02.09.04.002-5	47,14	71,59	118,73
VIDEOLARINGOSCOPIA	02.09.04.004-1	45,50	73,23	118,73
NASOFIBROSCOPIA - VIDEOENDOSCOPIA NASAL	90.01.01.492-0	-	118,73	118,73

<b>OFTALMOLOGIA</b>	<b>COD.SIA/SUS</b>	<b>VALOR SUS R\$</b>	<b>VALOR COMPLEMENTO R\$</b>	<b>VALOR CIS R\$</b>
BIOMETRIA ULTRASSONICA (MONOCULAR)	02.11.06.001-1	24,24	26,81	51,05
BIÓPSIA DE CONJUNTIVA (MONOCULAR)	02.01.01.009-7	31,10	19,95	51,05
BIÓPSIA DE CórNEA (MONOCULAR)	02.01.01.011-9	68,62	43,58	112,20
BIÓPSIA DE ESCLERA (MONOCULAR)	02.01.01.018-6	68,62	43,58	112,20
BIÓPSIA DE IRIS E CORPO CILIAR, RETINA CORÓIDE, VÍTREO E TUMOR (MONOCULAR)	02.01.01.024-0	199,21	121,36	320,57



CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRÁFICO (MONOCULAR)	02.11.06.003-8	40,00	88,23	128,23
CAPSULOTOMIA A YAG LASER	04.05.05.002-0	112,77	344,77	457,54
CAUTERIZAÇÃO DE CÓRNEA (MONOCULAR)	04.05.05.003-8	19,14	20,96	40,10
CERATOMETRIA (MONOCULAR)	02.11.06.005-4	3,37	47,68	51,05
CICLOCRIOCOAGULAÇÃO/DIATERMIA (MONOCULAR)	04.05.05.004-6	587,51	34,54	622,05
CICLODIÁLISE (MONOCULAR)	04.05.05.005-4	453,41	72,34	525,75
CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ASTIGMATISMO SECUNDÁRIO (MONOCULAR)	04.05.05.006-2	19,14	31,91	51,05
CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ENTRÓPIO E ECTRÓPIO (MONOCULAR)	04.05.01.001-0	203,74	52,72	256,46
CORREÇÃO CIRÚRGICA DE EPICANTO E TELECANTO (MONOCULAR)	04.05.01.002-8	278,90	16,40	295,30
CORREÇÃO CIRÚRGICA DE HÉRNIA DE IRIS (MONOCULAR)	04.05.05.007-0	259,20	266,55	525,75
CORREÇÃO CIRÚRGICA DE LAGOFTALMO (MONOCULAR)	04.05.04.001-6	282,09	16,59	298,68
CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO OCULAR CDPO (MÍNIMO TRÊS MEDIDAS) (MONOCULAR)	02.11.06.006-2	10,11	7,52	17,63



ELETRO-OCULOGRAFIA (BINOCULAR)	02.11.06.007-0	24,24	25,45	49,69
ELETRORETINOGRÁFIA (BINOCULAR)	02.11.06.008-9	24,24	25,45	49,69
EPILAÇÃO DE CÍLIOS (MONOCULAR)	04.05.01.006-0	22,93	17,13	40,06
EXERESE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DE PÁLPEBRA E SUPERCÍLIOS (UNILATERAL)	04.05.01.007-9	78,75	4,63	83,38
EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA (MONOCULAR)	04.05.05.008-9	82,28	1,72	84,00
FACECTOMIA COM LENTE INTRA-OCULAR (LENTE INCLUÍDA NO VALOR) (MONOCULAR)	04.05.05.009-7	531,60	258,62	790,22
FACECTOMIA SEM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR (INCLUI VITRECTOMIA ANTERIOR QUANDO NECESSARIO) (MONOCULAR)	04.05.05.010-0	483,60	162,31	645,91
FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR (LENTE INCLUÍDA NO VALOR) (MONOCULAR)	04.05.05.011-9	651,60	38,31	689,91
FACOEMULSIFICACAO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL (MONOCULAR)	04.05.05.037-2	771,60	45,38	816,98
FOTOCOAGULAÇÃO A LASER	04.05.03.004-5	107,61	242,49	350,10
INJEÇÃO RETROBULAR/PERIBULBAR (MONOCULAR)	04.05.04.013-0	22,93	17,13	40,06
IRIDECTOMIA CIRÚRGICA (MONOCULAR)	04.05.05.017-8	297,46	348,45	645,91



IRIDOTOMIA A LASER	04.05.05.019-4	45,00	105,00	150,00
MAPEAMENTO DE RETINA (MONOCULAR)	02.11.06.012-7	24,24	25,45	49,69
MICROSCOPIA ESPECULAR DE CÓRNEA (MONOCULAR)	02.11.06.014-3	24,24	25,45	49,69
OCLUSÃO DE PONTO LACRIMAL (MONOCULAR)	04.05.01.010-9	19,14	20,92	40,06
PAQUIMETRIA ULTRASSONICA (MONOCULAR)	02.05.02.002-0	14,81	10,83	25,64
PARACENTESE DE CÂMARA ANTERIOR (MONOCULAR)	04.05.05.020-8	82,28	84,42	166,70
POTENCIAL VISUAL EVOCADO (MONOCULAR)	02.11.06.016-0	24,24	15,82	40,06
RADIACAO PARA CROSS-LINKING CORNEANO	04.05.05.040-2	372,72	877,28	1.250,00
RETINOGRAFIA FLUORESCENTE (BINOCULAR)	02.11.06.018-6	64,00	144,37	208,37
RETINOGRAFIA COLORIDA (BINOCULAR)	02.11.06.017-8	24,68	25,32	50,00
SIMBLEFAROPLASTIA (MONOCULAR)	04.05.01.014-1	203,74	43,10	246,84
SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS (MONOCULAR)	04.05.01.016-8	22,93	81,07	104,00



SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL COM SEDAÇÃO (BINOCULAR)	04.05.01.015-0	203,73	43,11	246,84
TESTE DE PROVOCAÇÃO DE GLAUCOMA (MONOCULAR)	02.11.06.020-8	6,74	7,68	14,42
TESTE PARA ADAPTAÇÃO DE LENTE DE CONTATO (MONOCULAR)	02.11.06.024-0	12,34	13,30	25,64
TESTE ORTÓPTICO (BINOCULAR)	02.11.06.023-2	12,34	13,30	25,64
TOMOGRAFIA DE COERENCIA OPTICA- OCT (BINOCULAR)	02.11.06.028-3	48,00	110,82	158,82
TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Córnea – CERATOSCOPIA (BINOCULAR)	02.11.06.026-7	24,24	35,76	60,00
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BLEFAROCALASE (MONOCULAR)	04.05.01.018-4	95,42	204,58	300,00
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEISCÊNCIA DE SUTURA DE ESCLERA (MONOCULAR)	04.05.03.010-0	159,37	97,09	256,46
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE XANTELASMA (MONOCULAR)	04.05.04.019-9	116,42	130,42	246,84
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO (MONOCULAR)	04.05.05.036-4	209,55	289,12	498,67
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TRIQUIASE COM OU SEM ENXERTO (MONOCULAR)	04.05.01.019-2	278,90	16,40	295,30
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MIIASE PALPEBRAL (MONOCULAR)	04.05.03.011-8	22,93	17,13	40,06



TRATAMENTO CIRÚRGICO DE NEOPLASIA DE ESCLERA (MONOCULAR)	04.05.03.012-6	259,20	269,75	528,95
TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL (EXCLUI TRATAMENTO DE BLEFAROCALASE) MONOCULAR	04.05.04.020-2	449,44	79,51	528,95
TRABECULECTOMIA (INCLUI A IRIDECTOMIA) (BINOCULAR)	04.05.05.032-1	898,35	52,82	951,17
VITRECTOMIA POSTERIOR (MONOCULAR)	04.05.03.014-2	2.667,29	637,37	3.304,66
VITRECTOMIA ANTERIOR (MONOCULAR)	04.05.03.013-4	381,08	274,15	655,23
ULTRASSONOGRRAFIA DE GLOBO OCULAR/ ORBITA (MONOCULAR)	02.05.02.008-9	24,20	17,34	41,54
PENTACAM (PTK)	90.01.01.213-0	-	330,00	330,00
IMPLANTE INTRA-ESTROMAL	04.05.05.014-3	1.083,55	1.181,45	2.265,00

Os produtos relativos a lentes, para os procedimentos de facoemulsificação com implante lente intra-ocular dobrável e/ou rígida, estão inclusas no valor do complemento do procedimento;

<b>ORTOPEDIA</b>	<b>COD.SIA/SUS</b>	<b>VALOR SUS R\$</b>	<b>VALOR COMPLEMENTO R\$</b>	<b>VALOR CIS R\$</b>
------------------	--------------------	--------------------------	--------------------------------------	--------------------------





BIÓPSIA DE MEDULA ÓSSEA	02.01.01.027-5	200,00	11,76	211,76
BIÓPSIA DE OSSO/ CARTILAGEM DA CINTURA ESCAPULAR (POR AGULHA/ CÉU ABERTO)	02.01.01.030-5	182,75	175,15	357,90
BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE	02.01.01.034-8	23,99	18,75	42,74
BIÓPSIA DE OSSO/ CARTILAGEM DE MEMBRO INFERIOR (POR AGULHA/ CÉU ABERTO)	02.01.01.032-1	188,78	35,62	224,40
BIÓPSIA DE OSSO/CARTILAGEM DE MEMBRO SUPERIOR (POR AGULHA/CÉU ABERTO)	02.01.01.033-0	188,26	36,14	224,40
BIÓPSIA DE OSSO/CARTILAGEM DE CINTURA PÉLVICA (POR AGULHA/CÉU ABERTO)	02.01.01.031-3	183,39	35,07	218,46
BIÓPSIA DE LESÃO DE PARTES MOLES (POR AGULHA/CÉU ABERTO)	02.01.01.026-7	114,36	22,18	136,54
BIÓPSIA DE MÚSCULO	02.01.01.028-3	18,33	4,22	22,55
INFILTRAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS EM CAVIDADE SINOVAL (ARTICULAÇÃO, BAINHA TENDINOSA)	03.03.09.003-0	5,63	44,37	50,00
TENOMIORRAFIA	04.08.06.045-0	205,91	12,11	218,02
PUNÇÃO PARA ESVAZIAMENTO	02.01.01.064-0	13,25	3,36	16,61

<b>OZONIOTERAPIA</b>	<b>COD.SIA/SUS</b>	<b>VALOR SUS R\$</b>	<b>VALOR COMPLEMENTO</b>	<b>VALOR CIS R\$</b>
----------------------	--------------------	----------------------	--------------------------	----------------------



			R\$	
OZONIOTERAPIA	90.01.01.505-0	-	100,00	100,00
LASERTERAPIA	90.01.01.506-0	-	80,00	80,00
<b>CURATIVO DE PEQUENO PORTE</b> NUTRIÇÃO/ ALIMENTAÇÃO E HIDRATAÇÃO ATIVIDADE FISICA - EXERCICIOS LINFOMIOCINETICOS (ANQUILOSES) LIMPEZA DE FERIDA (DESBRIDAMENTO, HIGIENE E PHMB) LASERTERAPIA DE BAIXA INTENSIDADE COBERTURA ADEQUADA E CUIDADOS PERILESÃO (LIPODERMATOFIBROSE, ECZEMA) CONTENÇÃO (INELASTICA, ELASTICA, MULTICAMADAS, ITB) TERAPIA COMPRESSIVA PREVENTIVA APÓS ALTA	90.01.01.507-0	-	160,00	160,00
<b>CURATIVO DE MEDIO PORTE</b> NUTRIÇÃO/ ALIMENTAÇÃO E HIDRATAÇÃO ATIVIDADE FISICA - EXERCICIOS LINFOMIOCINETICOS (ANQUILOSES) LIMPEZA DE FERIDA (DESBRIDAMENTO, HIGIENE E PHMB) LASERTERAPIA DE BAIXA INTENSIDADE COBERTURA ADEQUADA E CUIDADOS PERILESÃO (LIPODERMATOFIBROSE, ECZEMA) OZONITERAPIA CONTENÇÃO (INELASTICA, ELASTICA, MULTICAMADAS, ITB) TERAPIA COMPRESSIVA PREVENTIVA APÓS ALTA	90.01.01.508-0	-	250,00	250,00
<b>CURATIVO DE GRANDE PORTE</b> NUTRIÇÃO/ ALIMENTAÇÃO E HIDRATAÇÃO ATIVIDADE FISICA - EXERCICIOS LINFOMIOCINETICOS (ANQUILOSES) LIMPEZA DE FERIDA (DESBRIDAMENTO, HIGIENE E PHMB) LASERTERAPIA DE BAIXA INTENSIDADE	90.01.01.509-0	-	300,00	300,00



COBERTURA ADEQUADA E CUIDADOS PERILESAO (LIPODERMATOFIBROSE, ECZEMA) OZONITERAPIA CONTENÇÃO (INELASTICA, ELASTICA, MULTICAMADAS, ITB) BAIATAN AG TERAPIA COMPRESSIVA PREVENTIVA APÓS ALTA				
---	--	--	--	--

<b>PNEUMOLOGIA</b>	<b>COD.SIA/SUS</b>	<b>VALOR SUS R\$</b>	<b>VALOR COMPLEMENTO R\$</b>	<b>VALOR CIS R\$</b>
PLETISMOGRAFIA CORPO INTEIRO	02.11.01.004-9	1,31	248,69	250,00
PROVA FUNÇÃO PULMONAR SIMPLES (ESPIROMETRIA)	02.11.08.006-3	4,28	49,22	53,50
PROVA FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA (FARMACODINÂMICA)	90.01.01.517-0	-	82,75	82,75
ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR	02.11.08.005-5	6,36	123,64	130,00
ESPIROGRAFIA COM DETERMINAÇÃO DO VOLUME RESIDUAL	02.11.08.001-2	2,78	68,75	71,53
BRONCOFIBROSCOPIA FLEXIVEL COM BIOPSIA	02.09.04.001-7	36,02	500,00	536,02
GASOMETRIA	02.11.08.002-0	2,78	49,22	52,00
PROVA VENTILATORIA COMPLETA	90.01.01.493-0	-	127,35	127,35
OXIMETRIA NÃO INVASIVA	90.01.01.494-0	-	30,85	30,85
RESISTENCIA DAS VIAS AEREAS	90.01.01.495-0	-	92,50	92,50
TESTE ALERGICO PARA ANTIGENO SE ACAROS, FUNGOS E EPITELIOS	90.01.01.496-0	-	91,85	91,85



TESTE DE BRONCOPROVOCAÇÃO	90.01.01.497-0	-	187,60	187,60
POLISSONOGRAMA CARDIORRESPIRATÓRIA DOMICILIAR (COM PELO MENOS QUATRO CANAIS)	90.01.01.498-0	-	480,05	480,05
POLISSONOGRAMA DE TITULAÇÃO DE BIPAP/CPAP COM HOLTER DE OXIMETRIA DOMICILIAR OU EM LABORATÓRIO	90.01.01.499-0	-	480,05	480,05
TESTE DE CAMINHADA DE 6 MINUTOS	02.11.08.008-0	2,78	50,67	53,45
POLISSONOGRAMA COMPLETA EM LABORATÓRIO (COM SUPERVISÃO) OU DOMICILIAR (SEM SUPERVISÃO) (COM PELO MENOS SETE CANAIS)	02.11.05.010-5	170,00	312,85	482,85
TORACOCENTESE / DRENAGEM DE PLEURA	04.12.05.017-0	54,97	346,53	401,50

<b>PSICOLOGIA</b>	<b>COD.SIA/SUS</b>	<b>VALOR SUS R\$</b>	<b>VALOR COMPLEMENTO R\$</b>	<b>VALOR CIS R\$</b>
ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA	03.01.08.017-8	2,55	37,75	40,30

<b>PSIQUIATRIA</b>	<b>COD.SIA/SUS</b>	<b>VALOR SUS R\$</b>	<b>VALOR COMPLEMENTO R\$</b>	<b>VALOR CIS R\$</b>
CONSULTA MEDICA INCLUINDO TERAPIA INDIVIDUAL	90.01.01.125-0	-	147,50	147,50

<b>PROCTOLOGIA</b>	<b>COD.SIA/SUS</b>	<b>VALOR SUS R\$</b>	<b>VALOR COMPLEMENTO R\$</b>	<b>VALOR CIS R\$</b>
--------------------	--------------------	----------------------	------------------------------	----------------------



			<b>R\$</b>	
COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	02.09.01.002-9	112,66	367,34	480,00
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO/ POLIPOS DO RETO / COLO SIGMOIDE POLIPECTOMIA (ATE 3 POLIPOS)	04.07.02.039-0	13,63	306,37	320,00
RETOSSIGMOIDOSCOPIA	02.09.01.005-3	23,13	131,22	154,35
BIOPSIA DE ANUS E CANAL ANAL	02.01.01.004-6	18,46	112,54	131,00

	<b>COD.SIA/SUS</b>	<b>VALOR SUS R\$</b>	<b>VALOR COMPLEMENTO R\$</b>	<b>VALOR CIS R\$</b>
<b>RADIODIAGNOSTICO</b>				
MAMOGRAFIA UNILATERAL	02.04.03.003-0	22,50	13,94	36,44
MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	02.04.03.018-8	45,00	15,00	60,00
RADIOGRAFIA ABDÔMEN AGUDO (MÍNIMO DE 3 INCIDÊNCIAS)	02.04.05.012-0	15,30	14,70	30,00
RADIOGRAFIA CAVUM (LATERAL +HIRTZ)	02.04.01.006-3	6,88	23,12	30,00
RADIOGRAFIA DE ABDÔMEN (AP+LATERAL/LOCALIZADA)	02.04.05.011-1	10,73	19,27	30,00



RADIOGRAFIA DE ABDÔMEN SIMPLES (AP)	02.04.05.013-8	7,17	22,83	30,00
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO	02.04.04.001-9	6,42	23,58	30,00
RADIOGRAFIA ARCADA ZIGOMÁTICA MALAR (AP+OBLIQUAS)	02.04.01.004-7	6,96	23,04	30,00
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL	02.04.06.006-0	7,77	22,23	30,00
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL	02.04.04.003-5	7,40	22,60	30,00
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESTERNO CLAVICULAR	02.04.04.004-3	7,40	22,60	30,00
RADIOGRAFIA DE CORAÇÃO E VASOS DA BASE (PA+LATERAL+OBLÍQUA)	02.04.03.005-6	14,32	15,68	30,00
RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITÓRAX)	02.04.03.007-2	8,37	21,63	30,00
RADIOGRAFIA DE COTOVELO	02.04.04.007-8	5,90	24,10	30,00
RADIOGRAFIA DE COXA	02.04.06.011-7	8,94	21,06	30,00
RADIOGRAFIA DE CRÂNIO (PA+LATERAL+OBLÍQUA/BRETTON+HIRTZ)	02.04.01.007-1	9,15	20,85	30,00
RADIOGRAFIA DE CRÂNIO (PA+LATERAL)	02.04.01.008-0	7,52	22,48	30,00



RADIOGRAFIA DE ESÔFAGO	02.04.03.008-0	19,24	10,76	30,00
ESCANOMETRIA	02.04.06.003-6	7,77	22,23	30,00
DUODENOGRAMA HIPOTÔNICA	02.04.05.004-9	34,52	31,48	66,00
RADIOGRAFIA DO ESTERNO	02.04.03.009-9	7,98	22,02	30,00
RADIOGRAFIA DE ESTÔMAGO E DUODENO	02.04.05.014-6	35,22	24,78	60,00
RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP+ LATERAL)	02.04.06.012-5	6,78	23,22	30,00
RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP+LATERAL+AXIAL)	02.04.06.013-3	7,16	22,84	30,00
RADIOGRAFIA DE LARINGE	02.04.01.009-8	5,74	24,26	30,00
RADIOGRAFIA DE REGIÃO ORBITÁRIA (LOCALIZAÇÃO DE CORPO ESTRANHO)	02.04.01.013-6	7,98	22,02	30,00
RADIOGRAFIA DE MÃO	02.04.04.009-4	6,30	23,70	30,00
RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO (P/DETERMINAÇÃO DE IDADE ÓSSEA)	02.04.04.010-8	6,00	26,00	30,00
RADIOGRAFIA DE MASTÓIDE/ROCHEDOS (BILATERAL)	02.04.01.010-1	9,03	20,97	30,00



RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLÍQUA)	02.04.01.011-0	7,20	22,80	30,00
RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA+PERFIL)	02.04.03.010-2	8,73	21,27	30,00
RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (3 POSIÇÕES)	02.04.04.011-6	7,98	22,02	30,00
RADIOGRAFIA BILATERAL DE ÓRBITAS (PA+OBLÍQUAS+HIRTZ)	02.04.01.003-9	8,38	21,62	30,00
RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN+LATERAL+HIRTZ)	02.04.01.012-8	8,38	21,64	30,00
RADIOGRAFIA DE PÉ/DEDOS DO PÉ	02.04.06.015-0	6,78	23,22	30,00
RADIOGRAFIA DE PERNA	02.04.06.016-8	8,94	21,06	30,00
RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP+LATERAL+OBLÍQUA)	02.04.04.012-4	6,91	23,09	30,00
RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MÃO	02.04.04.008-6	5,62	24,38	30,00
RADIOGRAFIA DE REGIÃO SACRO-COCCIGEA	02.04.02.012-3	7,80	22,20	30,00
RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN+MN+LATERAL+HIRTZ)	02.04.01.014-4	7,32	22,68	30,00
RADIOGRAFIA DE SELA TÚRSICA (PA+LATERAL+ BRETTON)	02.04.01.015-2	7,20	22,80	30,00





RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA+INSPIRAÇÃO+EXPIRAÇÃO+LATERAL)	02.04.03.013-7	14,32	15,68	30,00
RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA+LATERAL+OBLÍQUA)	02.04.03.014-5	12,02	17,98	30,00
RADIOGRAFIA DE TÓRAX ÁPICO-LORDÓRTICA	02.04.03.012-9	5,56	24,44	30,00
RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA)	02.04.03.017-0	6,88	23,12	30,00
RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUNA TOTAL (ESCOLIOSE)	02.04.02.013-1	0	100,00	100,00
RADIOGRAFIA DE COLUNA TÓRACO-LOMBAR	02.04.02.010-7	9,73	20,27	30,00
RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRÂNSITO)	02.04.05.015-4	47,59	24,41	72,00
RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA E PERFIL)	02.04.03.015-3	9,50	20,50	30,00
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESTERNO CLAVICULAR	02.04.04.004-3	7,40	22,60	30,00
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO SACRO-ILÍACA	02.04.06.007-9	7,77	22,23	30,00
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TÍBIO-TÁRSICA	02.04.06.008-7	6,50	23,50	30,00
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	02.04.01.005-5	8,38	21,62	30,00



RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR	02.04.04.002-7	7,40	22,60	30,00
RADIOGRAFIA DE BACIA	02.04.06.009-5	7,77	22,23	30,00
RADIOGRAFIA DE BRAÇO	02.04.04.005-1	7,77	22,23	30,00
RADIOGRAFIA DE CALCÂNEO	02.04.06.010-9	6,50	23,50	30,00
RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA	02.04.04.006-0	7,40	22,60	30,00
CLISTER OPACO COM DUPLO CONTRASTE	02.04.05.001-4	47,76	27,24	75,00
COLANGIOGRAFIA PÓS-OPERATÓRIA	02.04.05.003-0	32,61	29,39	62,00
RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO SACRA	02.04.02.006-9	10,96	19,04	30,00
RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO SACA (C/ OBLIQUAS)	02.04.02.007-7	14,90	20,10	35,00
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP+LATERAL+TO/FLEXÃO)	02.04.02.004-2	8,19	21,81	30,00
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP+LATERAL+TO+OBLÍQUAS)	02.04.02.003-4	8,33	21,67	30,00
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL/DINÂMICA	02.04.02.005-0	10,29	19,71	30,00



RADIOGRAFIA DE COLUNA TORÁCICA (AP+LATERAL)	02.04.02.009-3	9,16	20,84	30,00
RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINÂMICA	02.04.02.011-5	15,58	19,42	35,00
UROGRAFIA VENOSA (EXCRETORA)	02.04.05.018-9	57,40	42,60	100,00

<b>RESSONANCIA MAGNETICA</b>	<b>COD.SIA/SUS</b>	<b>VALOR SUS R\$</b>	<b>VALOR COMPLEMENTO R\$</b>	<b>VALOR CIS R\$</b>
ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	02.07.01.001-3	268,75	26,97	295,62
ANGIORESSONANCIA DE CRANIO/PESCOÇO – ARTERIAL E/OU VENOSA	90.01.010.142-0	-	420,00	420,00
ANGIORESSONANCIA DE TORAX – ARTERIAL E/OU VENOSA	90.01.01.143-0	-	420,00	420,00
ANGIORESSONANCIA DE ABDOMEN/PELVE – ARTERIAL E/OU VENOSA	90.01.01.144-0	-	420,00	420,00
ANGIORESSONÂNCIA DE CORONÁRIA DE TÓRAX	90.01.01.522-0	-	420,00	420,00
ANGIORESSONANCIA DE ABDÔMEN TOTAL	90.01.01.523-0	-	420,00	420,00
ANGIORESSONÂNCIA DE MEMBROS SUPERIORES	90.01.01.524-0	-	420,00	420,00



ANGIORESSONÂNCIA DE MEMBROS INFERIORES	90.01.01.525-0	-	420,00	420,00
CONTRASTE PARA ANGIORESSONANCIA	90.01.01.153-0	-	150,00	110,00
RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBROS SUPERIORES (UNILATERAL)	02.07.02.002-7	268,65	26,97	295,62
RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	02.07.03.003-0	268,65	26,97	295,62
RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO SACRA	02.07.01.004-8	268,65	26,97	295,62
RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORÁCICA	02.07.01.005-6	268,65	26,97	295,62
RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	02.07.01.003-0	268,65	26,97	295,62
RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	02.07.01.002-1	268,65	26,97	295,62
RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA/PELVE/ABDOMEN INFERIOR	02.07.03.002-2	268,75	26,97	295,62
RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TÚRCICA	02.07.01.007-2	268,75	26,97	295,62
RESSONANCIA MAGNETICA DE CRÂNIO (boca/face/orbitas/ouvidos)	02.07.01.006-4	268,75	26,97	295,62
RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/ COLANGIORRESSONANCIA	02.07.03.004-9	268,75	26,97	295,62



RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDÔMEN SUPERIOR	02.07.03.001-4	268,75	26,97	295,62
RESSONANCIA MAGNETICA DE TÓRAX	02.07.02.003-5	268,75	26,97	295,62
CONTRASTE PARA RESSONÂNCIA	90.01.01.126	-	150,00	110,00
SEDAÇÃO PARA RESSONÂNCIA	90.01.01.100-0	-	300,00	300,00
TAXA DE SEDAÇÃO PARA RESSONANCIA/TOMOGRAFIA		-	200,00	200,00

\*A aplicação do anestésico, quando necessário, na realização dos exames de ressonância magnética e tomografia computadorizada, em pacientes de Zero a 12 (doze) anos e, em pacientes que apresentarem algum tipo de deficiência, o prestador somente poderá realizar cobrança após expressa autorização do município;

<b>TERAPIA OCUPACIONAL</b>	<b>COD.SIA/SUS</b>	<b>VALOR SUS R\$</b>	<b>VALOR COMPLEMENTO R\$</b>	<b>VALOR CIS R\$</b>
CONSULTA EM TERAPIA OCUPACIONAL - AVALIAÇÃO	03.01.01.004-8	6,30	34,00	40,30
TERAPIA INDIVIDUAL DE TERAPEUTA OCUPACIONAL	03.01 04.004-4	2,81	27,19	30,00

<b>TOMOGRAFIAS</b>	<b>COD.SIA/SUS</b>	<b>VALOR SUS R\$</b>	<b>VALOR COMPLEMENTO R\$</b>	<b>VALOR CIS R\$</b>
--------------------	--------------------	----------------------	------------------------------	----------------------



			R\$	
TOMOGRAFIA DE CRÂNIO (INCLUI REGIÃO MASTEOIDEA)	02.06.01.007-9	97,44	42,56	140,00
TOMOGRAFIA DE SELA TURCICA	02.06.01.006-0	97,44	42,56	140,00
TOMOGRAFIA DE COLUNA TORÁCICA	02.06.01.003-6	86,76	53,24	140,00
TOMOGRAFIA DE COLUNA LOMBO SACRA	02.06.01.002-8	101,10	38,90	140,00
TOMOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL	02.06.01.001-0	86,76	53,24	140,00
TOMOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO DE MEMBRO SUPERIOR (ESTERNO CLAVICULAR/OMBRO/COTOVELO E PUNHO)	02.06.02.001-5	86,75	53,25	140,00
TOMOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES	02.06.03.002-9	86,75	53,25	140,00
TOMOGRAFIA DE FACE/SEIOS DA FACE/ARTICULAÇÕES TÊMPORO MANDIBULARES	02.06.01.004-4	86,75	53,25	140,00
TOMOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	02.06.03.001-0	138,63	1,37	140,00
TOMOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	90.01.01.009-0	-	280,00	280,00
TOMOGRAFIA DE TÓRAX	02.06.02.003-1	136,41	53,59	190,00



TOMOGRAFIA DE PESCOÇO	02.06.01.005-2	86,75	53,25	140,00
TOMOGRAFIA DE PELVE/BACIA/ABDOMEN INFERIOR	02.06.03.003-7	138,63	1,37	140,00
TOMOGRAFIA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)	02.06.02.002-3	86,75	53,25	140,00
ANGIOTOMOGRAFIA DE CRÂNIO INCLUINDO VASOS VENOSOS E/OU ARTERIAIS	90.01.01.526-0	-	420,00	420,00
ANGIOTOMOGRAFIA DE PESCOÇO, INCLUINDO VASOS VENOSOS E/OU ARTERIAIS	90.01.01.527-0	-	420,00	420,00
ANGIOTOMOGRAFIA DE TÓRAX, VASOS VENOSOS E/OU ARTERIAIS	90.01.01.528-0	-	420,00	420,00
ANGIOTOMOGRAFIA DE MEMBROS SUPERIORES, VASOS VENOSOS E/OU ARTERIAIS	90.01.01.529-0	-	420,00	420,00
ANGIOTOMOGRAFIA DE MEMBROS INFERIORES, VASOS VENOSOS E/OU ARTERIAIS	90.01.01.530-0	-	420,00	420,00
ANGIOTOMOGRAFIA DE ABDOMEN INCLUINDO VASOS VENOSOS E/OU ARTERIAIS, COMPREENDENDO VASOS ILÍACOS;	90.01.01.531-0	-	520,00	520,00
ANGIOTOMOGRAFIA DE CORONÁRIAS	90.01.01.150-0	-	420,00	420,00
UROTOMOGRAFIA	90.01.01.152-0	-	348,00	348,00
CONTRASTE PARA ANGIOTOMOGRAFIA	90.01.01.154-0	-	150,00	110,00



CONTRASTE PARA TOMOGRAFIA	90.01.01.113-0	-	150,00	150,00
SEDAÇÃO PARA TOMOGRAFIA			250,00	250,00
TAXA DE SEDAÇÃO RESSONANCIA/TOMOGRAFIA			200,00	200,00

<b>ULTRASSONOGRAFIAS</b>	<b>COD.SIA/SUS</b>	<b>VALOR SUS R\$</b>	<b>VALOR COMPLEMENTO R\$</b>	<b>VALOR CIS R\$</b>
ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)	02.05.02.003-8	24,20	33,26	57,46
ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	02.05.02.004-6	37,95	51,55	89,50
ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	02.05.02.005-4	24,20	33,26	57,46
ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO	02.05.02.006-2	24,20	33,26	57,46
ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	02.05.02.007-0	24,20	33,26	57,46
ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR/ORBITA (MONOCULAR)	02.05.02.008-9	24,20	15,04	39,24
ULTRASSONOGRAFIA DE MAMÁRIA BILATERAL	02.05.02.009-7	24,20	24,85	49,05





ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA POR VIA ABDOMINAL	02.05.02.010-0	24,20	33,26	57,46
ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA VIA TRANSRETAL	02.05.02.011-9	24,20	31,87	56,07
ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE	02.05.02.012-7	24,20	24,85	49,05
ULTRASSONOGRAFIA DE OBSTÉTRICA	02.05.02.014-3	24,20	33,26	57,46
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA C/DOPPLER COLORIDO E PULSADO	02.05.02.015-1	39,60	72,54	112,14
ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)	02.05.02.016-0	24,20	24,85	49,05
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA	90.01.01.117-0	-	112,14	112,14
ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA COM TRANSLUCENCIA NUCAL	90.01.01.176-0	-	112,14	112,14
ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	02.05.02.017-8	24,20	87,94	112,14
ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	02.05.02.018-6	24,20	33,26	57,46
ULTRASSONOGRAFIA DE PARTES MOLES	90.01.01.118-0	-	95,31	95,31
ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	90.01.01.222-0	-	90,00	90,00



ULTRASSONOGRAFIA DE REGIÃO INGUINAL	90.01.01.223-0	-	90,00	90,00
ECODOPPLER ORGAOS OU ESTRUTURAS SUPERFICIAIS	90.01.01-160-0	-	180,00	180,00
ECODOPPLER DE TIREOIDE	90.01.01.170-0	-	180,00	180,00
ECODOPPLER DE BOLSA ESCROTAL	90.01.01.171-0	-	180,00	180,00
ECODOPPLER TRANSVAGINAL	90.01.01.172-0	-	180,00	180,00
DOPPLER DE VASOS CERVICAIS ARTERIAIS BILATERAL (CAROTIDAS)	90.01.01.214-0	-	180,00	180,00
DOPPLER VASOS CERVICAIS VENOSO BILATERAL	90.01.01.215-0	-	150,00	150,00
DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR/UNILATERAL	90.01.01.216-0	-	150,00	150,00
DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO INFERIOR/ UNILATERAL	90.01.01.217-0	-	150,00	150,00
DOPPLER ARTERIAL RENAL	90.01.01.218-0	-	150,00	150,00
DOPPLER AORTA E ILIACA	90.01.01.219-0	-	150,00	150,00
DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR/ UNILATERAL	90.01.01.220-0	-	150,00	150,00



DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO SUPERIOR/ UNILATERAL	90.01.01.221-0	-	150,00	150,00
---	----------------	---	--------	--------

<b>UROLOGIA</b>	<b>COD.SIA/SUS</b>	<b>VALOR SUS R\$</b>	<b>VALOR COMPLEMENTO R\$</b>	<b>VALOR CIS R\$</b>
AVALIAÇÃO URODINAMICA COMPLETA	02.11.09.001-8	7,62	388,38	396,00
CISTOMETRIA SIMPLES (CISTOSCOPIA)	02.11.09.004-2	8,82	331,18	340,00
BIÓPSIA DE PRÓSTATA	02.01.01.041-0	202,81	94,19	297,00

<b>VASCULAR</b>	<b>COD.SIA/SUS</b>	<b>VALOR SUS R\$</b>	<b>VALOR COMPLEMENTO R\$</b>	<b>VALOR CIS R\$</b>
TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTETICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES – UNILATERAL	03.09.07.001-5	300,78	299,22	600,00
TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTETICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES – BILATERAL	03.09.07.002-3	392,72	807,38	1.200,00

Nos procedimentos de escleroterapia com espuma densa fica incluso: Avaliação e triagem inicial do paciente por um médico vascular; Realização de ecodoppler para planejar o tratamento; Realização das escleroterapias guiadas com ultrassom (ecodoppler); Realização de curativo com técnica compressiva em camadas quando necessário; Duas revisões pós-procedimento com realização

de complementação da escleroterapia, drenagem de flebites, curativos compressivos ou outras intervenções que sejam necessárias; Utilização de banco de dados (software) com registro dos pacientes e dos procedimentos e documentação fotográfica de lesões para seguimento posterior; Os custos dos materiais hospitalares utilizados e honorários de profissionais;

<b>INTERNACAO PSIQUIATRICA</b>	<b>COD.SIA/SUS</b>	<b>VALOR SUS R\$</b>	<b>VALOR COMPLEMENTO R\$</b>	<b>VALOR CIS R\$</b>
TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA POR DIA	03.03.17.020-4	26,91	93,09	120,00

CHAPECÓ, 27 de março de 2023

MAURO FRANCISCO RISSO  
PREFEITO DE JARDINOPOLIS  
PRESIDENTE DO CIS-AMOSC