

ANEXO I			
	codigo	Tabela de Procedimentos do CONISCA	Valor
CONSULTA MÉDICAS POR ATENDIMENTO			
1	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA CLINICO GERAL	R\$ 40,00
2	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA CLINICO GERAL - ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 50,00
3	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ALERGOLOGISTA	R\$ 100,00
4	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ALERGOLOGISTA- ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 110,00
5	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ANESTESISTA	R\$ 60,00
6	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ANESTESISTA- ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 70,00
7	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM CIRURGIÃO VASCULAR	R\$ 60,00
8	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM CIRURGIÃO VASCULAR- ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 70,00
9	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM DERMATOLOGISTA	R\$ 60,00
10	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM DERMATOLOGISTA- ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 70,00
11	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM GASTROENTEROLOGISTA	R\$ 60,00
12	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM GASTROENTEROLOGISTA- ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 70,00
13	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM GINECOLOGISTA/OBSTETRÍCIA	R\$ 60,00
14	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM GINECOLOGISTA/OBSTETRÍCIA- ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 70,00
15	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ORTOPEDIA	R\$ 50,00
16	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ORTOPEDIA- ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 60,00
17	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM OTORRINOLARINGOLOGISTA	R\$ 60,00
18	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM OTORRINOLARINGOLOGISTA- ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 70,00
19	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM PEDIATRA	R\$ 50,00
20	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM PEDIATRA- ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 60,00
21	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM PSIQUIATRA	R\$ 60,00
22	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM PSIQUIATRA- ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 70,00
23	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM PNEUMOLOGIA	R\$ 60,00
24	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM PNEUMOLOGIA- ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 70,00
25	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM CARDIOLOGIA	R\$ 60,00
26	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM CARDIOLOGIA- ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 70,00
27	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ENDOCRINOLOGIA	R\$ 60,00
28	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ENDOCRINOLOGIA- ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 70,00
29	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM GERIATRIA	R\$ 60,00
30	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM GERIATRIA- ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 70,00
31	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM NEUROLOGIA CLÍNICA	R\$ 60,00
32	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM NEUROLOGIA CLÍNICA- ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 70,00
33	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM UROLOGIA	R\$ 60,00
34	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM UROLOGIA- ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 70,00
35	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM REMAUTOLOGIA	R\$ 100,00

36	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM REMAUTOLOGIA- ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 110,00
37	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM CLINICA MÉDICA	R\$ 60,00
38	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM CLINICA MÉDICA- ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 70,00
39	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM INFECTOLOGIA	R\$ 80,00
40	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM INFECTOLOGIA- ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 90,00
41	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM NUTROLOGIA	R\$ 60,00
42	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM NUTROLOGIA- ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 70,00
43	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM CIRURGIA GERAL	R\$ 60,00
44	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM CIRURGIA GERAL- ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 70,00
45	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM HEMATOLOGISTA	R\$ 110,00
46	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM HEMATOLOGISTA- ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 120,00
47	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM NEFROLOGISTA	R\$ 120,00
48	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM NEFROLOGISTA- ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 130,00
49	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM OFTALMOLOGIA	R\$ 50,00
50	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM OFTALMOLOGIA- ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 60,00
51	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM NEUROCIRURGIA	R\$ 120,00
52	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM NEUROCIRURGIA- ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 130,00
53	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM PSIQUIATRIA INFANTIL	R\$ 100,00
54	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM PSIQUIATRIA INFANTIL- ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 110,00
55	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM HEPATOLOGIA	R\$ 110,00
56	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM HEPATOLOGIA- ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 120,00
57	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM NEUROPEDIATRIA	R\$ 180,00
58	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM NEUROPEDIATRIA- ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 190,00
59	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM MASTOLOGIA	R\$ 150,00
60	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM MASTOLOGIA- ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 160,00
61	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM PROCTOLOGIA	R\$ 150,00
62	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM PROCTOLOGIA- ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 160,00
63	03.01.01.030-7	TELECONSULTA MEDICA EM ALERGOLOGISTA	R\$ 80,00
64	03.01.01.030-7	TELECONSULTA EM CIRURGIÃO VASCULAR	R\$ 60,00
65	03.01.01.030-7	TELECONSULTA EM DERMATOLOGISTA	R\$ 60,00
66	03.01.01.030-7	TELECONSULTA MEDICA EM GASTROENTEROLOGISTA	R\$ 60,00
67	03.01.01.030-7	TELECONSULTA MEDICA EM GINECOLOGISTA/OBSTETRÍCIA	R\$ 60,00
68	03.01.01.030-7	TELECONSULTA MEDICA EM ORTOPEDIA	R\$ 50,00
69	03.01.01.030-7	TELECONSULTA MEDICA EM OTORRINOLARINGOLOGISTA	R\$ 60,00
70	03.01.01.030-7	TELECONSULTA MEDICA EM PEDIATRA	R\$ 50,00
71	03.01.01.030-7	TELECONSULTA MÉDICA EM PSIQUIATRA	R\$ 50,00
72	03.01.01.030-7	TELECONSULTA MEDICA EM PNEUMOLOGIA	R\$ 60,00
73	03.01.01.030-7	TELECONSULTA MEDICA EM CARDIOLOGIA	R\$ 60,00

74	03.01.01.030-7	TELECONSULTA MEDICA EM ENDOCRINOLOGIA	R\$ 60,00
75	03.01.01.030-7	TELECONSULTA MEDICA EM NEUROLOGIA CLÍNICA	R\$ 60,00
76	03.01.01.030-7	TELECONSULTA MEDICA EM UROLOGIA	R\$ 60,00
77	03.01.01.030-7	TELECONSULTA MEDICA EM REMAUTOLOGIA	R\$ 80,00
78	03.01.01.030-7	TELECONSULTA MEDICA EM CIRURGIÃO GERAL	R\$ 60,00
79	03.01.01.030-7	TELECONSULTA MEDICA EM INFECTOLOGIA	R\$ 80,00
80	03.01.01.007-2	TELECONSULTA MEDICA EM NUTROLOGIA	R\$ 50,00
81	03.01.01.030-7	TELECONSULTA MEDICA EM HEMATOLOGISTA	R\$ 80,00
82	03.01.01.030-7	TELECONSULTA MEDICA EM NEFROLOGISTA	R\$ 80,00
83	03.01.01.030-7	TELECONSULTA MEDICA EM NEUROCIRURGIA	R\$ 80,00
84	03.01.01.030-7	TELECONSULTA MEDICA EM PSIQUIATRIA INFANTIL	R\$ 80,00
85	03.01.01.030-7	TELECONSULTA MEDICA EM HEPATOLOGIA	R\$ 80,00
86	03.01.01.030-7	TELECONSULTA MEDICA EM NEUROPEDIATRIA	R\$ 80,00
87	03.01.01.030-7	TELECONSULTA MEDICA EM MASTOLOGIA	R\$ 80,00
88	03.01.01.030-7	TELECONSULTA MEDICA EM PROCTOLOGIA	R\$ 80,00
ATENDIMENTO POR HORA			
89	90.01.01.000-1	PLANTAO MÉDICO DE TELEINTERCONSULTA ENTRE MÉDICOS DE ESPECIALIDADES - 1 ESPECIALIDADES (PLANTÃO 12 HORAS) (NEUROCIRURGIA, NEUROLOGIA, NEUROPEDIATRA, CARDIOLOGIA, PEDIATRIA, PSIQUIATRIA, NEFROLOGIA, INFECTOLOGIA, ORTOPEDIA).	R\$ 323,33
90	90.01.01.000-1	PLANTAO MÉDICO DE TELEINTERCONSULTA ENTRE MÉDICOS DE ESPECIALIDADES - 2 ESPECIALIDADES (PLANTÃO 12 HORAS) (PLANTÃO 12 HORAS) (NEUROCIRURGIA, NEUROLOGIA, NEUROPEDIATRA, CARDIOLOGIA, PEDIATRIA, PSIQUIATRIA, NEFROLOGIA, INFECTOLOGIA, ORTOPEDIA).	R\$ 423,33
91	90.01.01.000-1	PLANTAO MÉDICO DE TELEINTERCONSULTA ENTRE MÉDICOS DE ESPECIALIDADES - 3 ESPECIALIDADES (PLANTÃO 12 HORAS) (PLANTÃO 12 HORAS) (NEUROCIRURGIA, NEUROLOGIA, NEUROPEDIATRA, CARDIOLOGIA, PEDIATRIA, PSIQUIATRIA, NEFROLOGIA, INFECTOLOGIA, ORTOPEDIA). (NOVO)	R\$ 523,33
92	90.01.01.000-2	PLANTAO MÉDICO DE TELEINTERCONSULTA ENTRE MÉDICOS DE ESPECIALIDADES -1 ESPECIALIDADES (PLANTÃO 08 HORAS) (PLANTÃO 12 HORAS) (NEUROCIRURGIA, NEUROLOGIA, NEUROPEDIATRA, CARDIOLOGIA, PEDIATRIA, PSIQUIATRIA, NEFROLOGIA, INFECTOLOGIA, ORTOPEDIA).(NOVO)	R\$ 273,33
93	90.01.01.000-2	PLANTAO MÉDICO DE TELEINTERCONSULTA ENTRE MÉDICOS DE ESPECIALIDADES -2 ESPECIALIDADES (PLANTÃO 08 HORAS) (PLANTÃO 12 HORAS) (NEUROCIRURGIA, NEUROLOGIA, NEUROPEDIATRA, CARDIOLOGIA, PEDIATRIA, PSIQUIATRIA, NEFROLOGIA, INFECTOLOGIA, ORTOPEDIA).(NOVO)	R\$ 323,33
94	90.01.01.000-2	PLANTAO MÉDICO DE TELEINTERCONSULTA ENTRE MÉDICOS DE ESPECIALIDADES -3 ESPECIALIDADES (PLANTÃO 08 HORAS) (PLANTÃO 12 HORAS) (NEUROCIRURGIA, NEUROLOGIA, NEUROPEDIATRA, CARDIOLOGIA, PEDIATRIA, PSIQUIATRIA, NEFROLOGIA, INFECTOLOGIA, ORTOPEDIA).(NOVO)	R\$ 390,00
95	90.01.01.000-3	PLANTAO MÉDICO DE TELEINTERCONSULTA ENTRE MÉDICOS DE ESPECIALIDADES -1 ESPECIALIDADES (PLANTÃO 24 HORAS) (PLANTÃO 12 HORAS) (NEUROCIRURGIA, NEUROLOGIA, NEUROPEDIATRA, CARDIOLOGIA, PEDIATRIA, PSIQUIATRIA, NEFROLOGIA, INFECTOLOGIA, ORTOPEDIA).(NOVO)	R\$ 540,00
96	90.01.01.000-3	PLANTAO MÉDICO DE TELEINTERCONSULTA ENTRE MÉDICOS DE ESPECIALIDADES -2 ESPECIALIDADES (PLANTÃO 24 HORAS) (PLANTÃO 12 HORAS) (NEUROCIRURGIA, NEUROLOGIA, NEUROPEDIATRA, CARDIOLOGIA, PEDIATRIA, PSIQUIATRIA, NEFROLOGIA, INFECTOLOGIA, ORTOPEDIA).(NOVO)	R\$ 673,33
97	90.01.01.000-3	PLANTAO MÉDICO DE TELEINTERCONSULTA ENTRE MÉDICOS DE ESPECIALIDADES -3 ESPECIALIDADES (PLANTÃO 24 HORAS) (PLANTÃO 12 HORAS) (NEUROCIRURGIA, NEUROLOGIA, NEUROPEDIATRA, CARDIOLOGIA, PEDIATRIA, PSIQUIATRIA, NEFROLOGIA, INFECTOLOGIA, ORTOPEDIA). (NOVO)	R\$ 806,67
98	90.01.01.000-0	PLANTAO MÉDICO ESPECIALISTA - MEDICINA DA FAMILIA - 01 HORA	R\$ 134,00
99	90.01.01.001-0	PLANTAO MÉDICO RADIOLOGISTA - 01 HORA (NOVO)	R\$ 134,00
100	90.01.01.001-1	PLANTÃO MÉDICO A DISTANCIA 06 HORAS (novo)	R\$ 268,00
101	90.01.01.001-2	PLANTÃO MÉDICO A DISTANCIA 12 HORAS (novo)	R\$ 536,00
102	90.01.01.001-5	PLANTÃO MEDICO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA (CLINICO GERAL) 01 POR HORA	R\$ 100,00
103	90.01.01.001-6	PLANTÃO MÉDICO EM URGENCIA/ EMERGENCIA EM PRONTO ATENDIMENTO/P.S - 01 HORA	R\$ 134,00

104	90.01.01.001-7	PLANTÃO MÉDICO EM AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES (OUTRAS ESPECIALIDADE) 01 HORA	R\$ 134,00
105	90.01.01.001-8	MÉDICO AUDITOR/AUTORIZADOR - 01 HORA	R\$ 100,00
106	90.01.01.001-9	MÉDICO REGULADOR - 01 HORA	R\$ 100,00
107	90.01.01.002-0	MÉDICO AUDITOR - 01 HORA	R\$ 100,00
108	90.01.01.002-0	PLANTÃO DE MÉDICO DO TRABALHO 01 HORA	R\$ 100,00
CONSULTA POR ATENDIMENTO			
109	03.02.04.001-3	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM TRANSTORNOS RESPIRATÓRIOS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 30,00
110	03.02.04.001-3	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM TRANSTORNOS RESPIRATÓRIOS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS (DOMICILIAR)	R\$ 42,00
111	03.02.04.002-1	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM TRANSTORNOS RESPIRATÓRIOS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 25,00
112	03.02.04.002-1	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM TRANSTORNOS RESPIRATÓRIOS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS (DOMICILIAR)	R\$ 42,00
113	03.02.04.003-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	R\$ 30,00
114	03.02.04.003-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR (DOMICILIAR)	R\$ 42,00
115	03.02.04.004-8	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES PRÉ/PÓS CIRURGIA CARDIOVASCULAR	R\$ 30,00
116	03.02.04.004-8	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES PRÉ/PÓS CIRURGIA CARDIOVASCULAR (DOMICILIAR)	R\$ 42,00
117	03.02.04.005-6	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DIFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	R\$ 30,00
118	03.02.04.005-6	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DIFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS (DOMICILIAR)	R\$ 42,00
119	03.02.05.001-9	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES NO PRÉ/PÓS OPERATÓRIO NAS DIFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICO	R\$ 30,00
120	03.02.05.001-9	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES NO PRÉ/PÓS OPERATÓRIO NAS DIFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICO (DOMICILIAR)	R\$ 42,00
121	03.02.05.002-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	R\$ 30,00
122	03.02.05.002-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS (DOMICILIAR)	R\$ 42,00
123	03.02.06.001-4	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEUROKINÉTICOS FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 30,00
124	03.02.06.001-4	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEUROKINÉTICOS FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS (DOMICILIAR)	R\$ 42,00
125	03.02.04.001-3	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEUROKINÉTICOS FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 30,00
126	03.02.04.001-3	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEUROKINÉTICOS FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS (DOMICILIAR)	R\$ 42,00
127	03.02.06.003-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEUROMOTOR	R\$ 30,00
128	03.02.06.003-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEUROMOTOR (DOMICILIAR)	R\$ 42,00
129	03.02.06.004-9	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM COMPROMETIMENTOS COGNITIVO	R\$ 30,00
130	03.02.06.004-9	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM COMPROMETIMENTOS COGNITIVO (DOMICILIAR)	R\$ 42,00
131	03.01.04.004-4	TERAPIA INDIVIDUAL - PSICOLOGIA	R\$ 30,00
132	03.01.04.004-4	TERAPIA INDIVIDUAL - PSICOLOGIA (DOMICILIAR)	R\$ 42,00
133	03.01.04.004-4	TERAPIA INDIVIDUAL - PSICOLOGIA (COM DIAGNÓSTICO TEA)	R\$ 70,00
134	03.01.04.004-4	TERAPIA INDIVIDUAL - TERAPEUTA OCUPACIONAL	R\$ 90,00
135	03.01.04.004-4	TERAPIA INDIVIDUAL - TERAPEUTA OCUPACIONAL (DOMICILIAR)	R\$ 120,00
136	03.01.04.004-4	TERAPIA INDIVIDUAL - TERAPEUTA OCUPACIONAL (COM DIAGNÓSTICO TEA)	R\$ 100,00
137	93.01.01.000-0	SESSÃO - ACOMP. INTENS. DE CRIANÇAS E ADOLESC. C/ TRANST. MENTAIS / ABA	R\$ 120,00
138	03.01.07.011-3	TERAPIA INDIVIDUAL FONOAUDIOLÓGICA	R\$ 35,00
139	03.01.04.004-4	TERAPIA INDIVIDUAL FONOAUDIOLÓGICA C/ DIAGNÓSTICO TEA	R\$ 70,00
140	03.01.04.004-4	TERAPIA INDIVIDUAL FONOAUDIOLÓGICA (DOMICILIAR)	R\$ 90,00

141	03.02.01.002-5	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES C/ DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS	R\$ 48,00
142	03.02.04.003-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	R\$ 25,00
143	03.01.07.004-0	AVALIAÇÃO DE NEUROPSICOLÓGICA (ATÉ 10 SESSOES)	R\$ 1.550,00
144	03.01.01.004-8	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) NUTRICIONISTA	R\$ 30,00
145	03.01.05.015-5	ATENDIMENTO EM PACIENTES EM TERAPIA NUTRICIONAL DOMICILIAR	R\$ 42,00
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS REALIZADOS POR OUTROS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR (POR HORA)			
146	90.01.01.002-1	PLANTÃO ENFERMEIRO 01 HORA	R\$ 41,29
147	90.01.01.002-2	PLANTÃO ENFERMEIRO 04 HORAS	R\$ 165,16
148	90.01.01.002-3	PLANTÃO ENFERMEIRO 06 HORAS	R\$ 247,74
149	90.01.01.002-4	PLANTÃO ENFERMEIRO 08 HORAS	R\$ 330,32
150	90.01.01.002-5	PLANTÃO ENFERMEIRO 12 HORAS	R\$ 495,48
151	90.01.01.002-6	PLANTÃO TÉCNICO EM ENFERMAGEM 01 HORA	R\$ 31,30
152	90.01.01.002-7	PLANTÃO TÉCNICO EM ENFERMAGEM 04 HORAS	R\$ 125,20
153	90.01.01.002-8	PLANTÃO TÉCNICO EM ENFERMAGEM 06 HORAS	R\$ 187,80
154	90.01.01.002-9	PLANTÃO TÉCNICO EM ENFERMAGEM 08 HORAS	R\$ 250,40
155	90.01.01.003-0	PLANTÃO TÉCNICO EM ENFERMAGEM 12 HORAS	R\$ 375,60
156	90.01.01.003-1	PLANTÃO FARMACÊUTICO 01 HORA	R\$ 37,00
157	90.01.01.003-2	PLANTÃO FARMACÊUTICO 04 HORAS	R\$ 148,00
158	90.01.01.003-3	PLANTÃO FARMACÊUTICO 06 HORAS	R\$ 222,00
159	90.01.01.003-4	PLANTÃO FARMACÊUTICO 08 HORAS	R\$ 296,00
160	90.01.01.003-5	PLANTÃO FARMACÊUTICO 12 HORAS	R\$ 444,00
161	90.01.01.003-6	PLANTÃO ASSISTENTE SOCIAL 01 HORA	R\$ 33,33
162	90.01.01.003-7	PLANTÃO ASSISTENTE SOCIAL 06 HORAS	R\$ 199,98
163	90.01.01.003-8	PLANTÃO ASSISTENTE SOCIAL 08 HORAS	R\$ 266,64
164	90.01.01.003-9	SESSÃO EQUOTERAPIA - ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 150,00
165	03.09.05.008-1	SESSÃO OSTEOPATIA	R\$ 65,00
166	03.09.05.002-2	SESSÃO ACUPULTURA COM INSERÇÃO DE AGULHAS	R\$ 30,00
167	95.01.01.000-0	PLANTAO MÉDICO VETERINARIO - 01 HORA (NOVO)	R\$ 50,00
VALORES POR KM			
168	03.01.03.015-4	REMOCAO EM AMBULANCIA DE SIMPLES TRANSPORTE (AMBULANCIA TIPO A) (POR KM)	R\$ 6,80
169	03.01.03.015-4	REMOCAO EM AMBULANCIA UTI MÓVEL (POR KM)	R\$ 17,16
170	03.01.03.015-4	REMOCAO EM AMBULANCIA SUPORTE NEONATAL (POR KM)	R\$ 19,50
171	03.01.03.015-4	AMBULANCIA DE SIMPLES TRANSPORTE (AMBULANCIA TIPO A) (POR HORA)	R\$ 190,00
172	03.01.03.015-4	AMBULANCIA UTI MÓVEL (POR HORA)	R\$ 350,00
EXAMES DE LABORATÓRIO			
173	02.02.01.001-5	CLEARANCE OSMOLAR	R\$ 3,51
174	02.02.01.002-3	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	R\$ 2,01
175	02.02.01.003-1	DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS	R\$ 15,65

176	02.02.01.004-0	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	R\$	3,63
177	02.02.01.005-8	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (5 DOSAGENS)	R\$	6,55
178	02.02.01.006-6	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)	R\$	3,68
179	02.02.01.007-4	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	R\$	10,00
180	02.02.01.008-2	DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE	R\$	3,51
181	02.02.01.009-0	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	R\$	3,51
182	02.02.01.010-4	DOSAGEM DE ACETONA	R\$	1,85
183	02.02.01.011-2	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	R\$	2,01
184	02.02.01.012-0	DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$	1,85
185	02.02.01.013-9	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO	R\$	9,00
186	02.02.01.014-7	DOSAGEM DE ALDOLASE	R\$	3,68
187	02.02.01.015-5	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	R\$	3,68
188	02.02.01.016-3	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	R\$	3,68
189	02.02.01.017-1	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	R\$	3,68
190	02.02.01.018-0	DOSAGEM DE AMILASE	R\$	2,25
191	02.02.01.019-8	DOSAGEM DE AMONIA	R\$	3,51
192	02.02.01.020-1	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$	2,01
193	02.02.01.021-0	DOSAGEM DE CALCIO	R\$	1,85
194	02.02.01.022-8	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	R\$	3,51
195	02.02.01.023-6	DOSAGEM DE CAROTENO	R\$	2,01
196	02.02.01.025-2	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	R\$	3,68
197	02.02.01.026-0	DOSAGEM DE CLORETO	R\$	1,85
198	02.02.01.027-9	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$	3,51
199	02.02.01.028-7	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$	3,51
200	02.02.01.029-5	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$	1,85
201	02.02.01.030-9	DOSAGEM DE COLINESTERASE	R\$	3,68
202	02.02.01.031-7	DOSAGEM DE CREATININA	R\$	1,85
203	02.02.01.032-5	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$	3,68
204	02.02.01.033-3	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$	4,12
205	02.02.01.034-1	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	R\$	3,51
206	02.02.01.035-0	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	R\$	3,51
207	02.02.01.036-8	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	R\$	3,68
208	02.02.01.037-6	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	R\$	3,68
209	02.02.01.038-4	DOSAGEM DE FERRITINA	R\$	15,59
210	02.02.01.039-2	DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$	3,51
211	02.02.01.040-6	DOSAGEM DE FOLATO	R\$	15,65
212	02.02.01.041-4	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	R\$	2,01
213	02.02.01.042-2	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$	2,01

214	02.02.01.043-0	DOSAGEM DE FOSFORO	R\$	1,85
215	02.02.01.044-9	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	R\$	2,01
216	02.02.01.045-7	DOSAGEM DE GALACTOSE	R\$	3,51
217	02.02.01.046-5	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$	3,51
218	02.02.01.047-3	DOSAGEM DE GLICOSE	R\$	1,85
219	02.02.01.048-1	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	R\$	3,68
220	02.02.01.049-0	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	R\$	3,68
221	02.02.01.050-3	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$	7,86
222	02.02.01.051-1	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	R\$	3,68
223	02.02.01.052-0	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	R\$	3,51
224	02.02.01.053-8	DOSAGEM DE LACTATO	R\$	3,68
225	02.02.01.054-6	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	R\$	3,51
226	02.02.01.055-4	DOSAGEM DE LIPASE	R\$	2,25
227	02.02.01.056-2	DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$	2,01
228	02.02.01.057-0	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	R\$	2,01
229	02.02.01.058-9	DOSAGEM DE PIRUVATO	R\$	3,68
230	02.02.06.059-4	GLOBULINA LIGADURA DE HORMÔNIO SEXUAIS	R\$	25,00
231	02.02.01.059-7	DOSAGEM DE PORFIRINAS	R\$	3,51
232	02.02.01.060-0	DOSAGEM DE POTASSIO	R\$	1,85
233	02.02.01.061-9	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	R\$	1,40
234	02.02.01.062-7	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$	1,85
235	02.02.01.063-5	DOSAGEM DE SODIO	R\$	1,85
236	02.02.01.064-3	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$	2,01
237	02.02.01.065-1	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$	2,01
238	02.02.01.066-0	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$	4,12
239	02.02.01.067-8	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$	3,51
240	02.02.01.068-6	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	R\$	3,51
241	02.02.01.069-4	DOSAGEM DE UREIA	R\$	1,85
242	02.02.01.070-8	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$	15,24
243	02.02.01.071-6	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	R\$	3,68
244	02.02.01.072-4	ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$	4,42
245	02.02.01.073-2	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)	R\$	15,65
246	02.02.01.074-0	PROVA DA D-XILOSE	R\$	3,68
247	02.02.01.075-9	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS	R\$	6,55
248	02.02.01.076-7	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$	15,24
249	02.02.01.077-5	DETERMINAÇÃO DE CREMATÓCRITO NO LEITE HUMANO ORDENHADO	R\$	1,53
250	02.02.01.078-3	ACIDEZ TITULÁVEL NO LEITE HUMANO (DORNIC)	R\$	3,04
251	02.02.01.079-1	DOSAGEM DE PEPTÍDEOS NATRIURÉTICOS TIPO B (BNP E NT-PROBNP)	R\$	27,00

252	02.02.02.001-0	CITOQUIMICA HEMATOLOGICA	R\$	6,48
253	02.02.02.002-9	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$	2,73
254	02.02.02.003-7	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$	2,73
255	02.02.02.004-5	DETERMINAÇÃO DE CURVA DE RESISTÊNCIA GLOBULAR	R\$	2,73
256	02.02.02.005-3	DETERMINAÇÃO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)	R\$	2,73
257	02.02.02.006-1	DETERMINAÇÃO DE SULFO-HEMOGLOBINA	R\$	2,73
258	02.02.02.007-0	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	R\$	2,73
259	02.02.02.008-8	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	R\$	2,73
260	02.02.02.009-6	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	R\$	2,73
261	02.02.02.010-0	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	R\$	9,00
262	02.02.02.011-8	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS	R\$	5,79
263	02.02.02.012-6	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA	R\$	2,85
264	02.02.02.013-4	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$	5,77
265	02.02.02.014-2	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$	2,73
266	02.02.02.015-0	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO (VHS)	R\$	2,73
267	02.02.02.016-9	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	R\$	4,11
268	02.02.02.017-7	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	R\$	6,48
269	02.02.02.018-5	DOSAGEM DE FATOR II	R\$	5,31
270	02.02.02.019-3	DOSAGEM DE FATOR IX	R\$	7,61
271	02.02.02.020-7	DOSAGEM DE FATOR V	R\$	110,00
272	02.02.02.021-5	DOSAGEM DE FATOR VII	R\$	8,09
273	02.02.02.022-3	DOSAGEM DE FATOR VIII	R\$	6,63
274	02.02.02.023-1	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	R\$	15,00
275	02.02.02.024-0	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	R\$	18,91
276	02.02.02.025-8	DOSAGEM DE FATOR X	R\$	6,66
277	02.02.02.026-6	DOSAGEM DE FATOR XI	R\$	9,11
278	02.02.02.027-4	DOSAGEM DE FATOR XII	R\$	10,51
279	02.02.02.028-2	DOSAGEM DE FATOR XIII	R\$	6,66
280	02.02.02.029-0	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	R\$	4,60
281	02.02.02.030-4	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$	1,53
282	02.02.02.031-2	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC	R\$	2,73
283	02.02.02.032-0	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	R\$	2,73
284	02.02.02.033-9	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	R\$	2,73
285	02.02.02.034-7	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	R\$	4,11
286	02.02.02.035-5	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$	5,41
287	02.02.02.036-3	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	R\$	2,73
288	02.02.02.037-1	HEMATOCRITO	R\$	1,53
289	02.02.02.038-0	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$	4,11

290	02.02.02.039-8	LEUCOGRAMA	R\$ 2,73
291	02.02.02.040-1	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	R\$ 25,00
292	02.02.02.041-0	PESQUISA DE CELULAS LE	R\$ 4,11
293	02.02.02.042-8	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	R\$ 2,73
294	02.02.02.043-6	PESQUISA DE FILARIA	R\$ 2,73
295	02.02.02.044-4	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	R\$ 2,73
296	02.02.02.046-0	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	R\$ 2,73
297	02.02.02.048-7	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	R\$ 4,11
298	02.02.02.049-5	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	R\$ 2,73
299	02.02.02.050-9	PROVA DO LACO	R\$ 2,73
300	02.02.02.051-7	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	R\$ 2,73
301	02.02.02.052-5	TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS	R\$ 12,00
302	02.02.02.053-3	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	R\$ 2,73
303	02.02.02.054-1	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$ 2,73
304	02.02.02.055-0	DOSAGEM DE PROTEINA C FUNCIONAL	R\$ 75,00
305	02.02.02.056-8	DOSAGEM DE PROTEINA S FUNCIONAL	R\$ 125,00
306	02.02.02.057-6	PESQUISA DE ANTICOAGULANTE LÚPICO	R\$ 110,00
307	02.02.03.001-6	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	R\$ 15,00
308	02.02.03.002-4	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	R\$ 15,00
309	02.02.03.003-2	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	R\$ 15,00
310	02.02.03.004-0	DETECÇÃO DE ÁCIDOS NUCLEICOS DO HIV-1 (QUALITATIVO)	R\$ 65,00
311	02.02.03.005-9	DETECÇÃO DE RNA DO VÍRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	R\$ 96,00
312	02.02.03.006-7	DETERMINAÇÃO DE COMPLEMENTO (CH50)	R\$ 9,25
313	02.02.03.007-5	DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATOIDE	R\$ 2,83
314	02.02.03.008-3	DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA	R\$ 9,25
315	02.02.03.009-1	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R\$ 15,06
316	02.02.03.010-5	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$ 16,42
317	02.02.03.011-3	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	R\$ 13,55
318	02.02.03.012-1	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$ 17,16
319	02.02.03.013-0	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	R\$ 17,16
320	02.02.03.014-8	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	R\$ 2,83
321	02.02.03.015-6	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R\$ 17,16
322	02.02.03.016-4	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$ 9,25
323	02.02.03.017-2	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IGG)	R\$ 17,16
324	02.02.03.018-0	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$ 9,25
325	02.02.03.019-9	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	R\$ 17,16
326	02.02.03.020-2	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 2,83
327	02.02.03.021-0	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 298,48

328	02.02.03.022-9	IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 17,16
329	02.02.03.023-7	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R\$ 80,00
330	02.02.03.025-3	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	R\$ 10,00
331	02.02.03.026-1	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	R\$ 10,00
332	02.02.03.027-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$ 8,67
333	02.02.03.028-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	R\$ 17,16
334	02.02.03.029-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	R\$ 85,00
335	02.02.03.030-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R\$ 10,00
336	02.02.03.031-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R\$ 18,55
337	02.02.03.032-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	R\$ 17,16
338	02.02.03.033-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	R\$ 5,74
339	02.02.03.034-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$ 17,16
340	02.02.03.035-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$ 18,55
341	02.02.03.036-9	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	R\$ 18,55
342	02.02.03.037-7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	R\$ 9,25
343	02.02.03.038-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	R\$ 10,00
344	02.02.03.039-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	R\$ 9,25
345	02.02.03.040-7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	R\$ 3,70
346	02.02.03.041-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	R\$ 5,83
347	02.02.03.042-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	R\$ 10,00
348	02.02.03.043-1	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEIX SUPRARENAL	R\$ 17,16
349	02.02.03.044-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS	R\$ 9,25
350	02.02.03.045-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	R\$ 10,00
351	02.02.03.046-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	R\$ 9,70
352	02.02.03.047-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	R\$ 2,83
353	02.02.03.048-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	R\$ 10,00
354	02.02.03.050-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	R\$ 10,00
355	02.02.03.051-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	R\$ 10,00
356	02.02.03.052-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	R\$ 17,16
357	02.02.03.053-9	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	R\$ 4,10
358	02.02.03.054-7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	R\$ 5,50
359	02.02.03.055-5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R\$ 31,01
360	02.02.03.056-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	R\$ 17,16
361	02.02.03.057-1	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	R\$ 17,16
362	02.02.03.058-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	R\$ 17,16
363	02.02.03.059-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	R\$ 17,16
364	02.02.03.060-1	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	R\$ 17,16
365	02.02.03.061-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	R\$ 10,00

366	02.02.03.062-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R\$ 17,16
367	02.02.03.063-6	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$ 18,55
368	02.02.03.064-4	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	R\$ 18,55
369	02.02.03.065-2	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	R\$ 7,78
370	02.02.03.066-0	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII	R\$ 9,71
371	02.02.03.067-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$ 18,55
372	02.02.03.068-7	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	R\$ 18,55
373	02.02.03.069-5	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	R\$ 9,25
374	02.02.03.070-9	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS	R\$ 4,10
375	02.02.03.071-7	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCIAL RESPIRATORIO	R\$ 18,55
376	02.02.03.072-5	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	R\$ 17,16
377	02.02.03.073-3	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 2,83
378	02.02.03.074-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 71,00
379	02.02.03.075-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	R\$ 9,25
380	02.02.03.076-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$ 16,97
381	02.02.03.077-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 9,25
382	02.02.03.078-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	R\$ 18,55
383	02.02.03.079-2	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS	R\$ 30,00
384	02.02.03.080-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55
385	02.02.03.081-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16
386	02.02.03.082-2	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 17,16
387	02.02.03.083-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 17,16
388	02.02.03.084-9	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 17,16
389	02.02.03.085-7	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,61
390	02.02.03.086-5	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	R\$ 10,00
391	02.02.03.087-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$ 18,55
392	02.02.03.088-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 9,25
393	02.02.03.089-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$ 18,55
394	02.02.03.090-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS	R\$ 20,00
395	02.02.03.091-1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55
396	02.02.03.092-0	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16
397	02.02.03.093-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 17,16
398	02.02.03.094-6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 17,16
399	02.02.03.095-4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 17,16
400	02.02.03.096-2	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R\$ 13,35
401	02.02.03.097-0	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$ 18,55
402	02.02.03.098-9	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	R\$ 18,55
403	02.02.03.099-7	DETECÇÃO DE CLAMÍDIA E GONOCOCO POR BIOLOGIA MOLECULAR	R\$ 60,00

404	02.02.03.100-4	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	R\$ 2,83
405	02.02.03.101-2	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	R\$ 4,10
406	02.02.03.102-0	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLOURESCENCIA	R\$ 10,00
407	02.02.03.103-9	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLOURESCENCIA	R\$ 9,25
408	02.02.03.104-7	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLOURESCENCIA)	R\$ 10,00
409	02.02.03.105-5	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	R\$ 1,77
410	02.02.03.106-3	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	R\$ 1,77
411	02.02.03.107-1	QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO HIV-1	R\$ 18,00
412	02.02.03.108-0	QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO VÍRUS DA HEPATITE C	R\$ 168,48
413	02.02.03.109-8	TESTE TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$ 4,10
414	02.02.03.110-1	REAÇÃO DE MONTENEGRO ID	R\$ 2,83
415	02.02.03.111-0	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$ 2,83
416	02.02.03.112-8	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00
417	02.02.03.113-6	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00
418	02.02.03.114-4	TESTES ALERGICOS DE CONTATO	R\$ 1,77
419	02.02.03.115-2	TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA	R\$ 1,77
420	02.02.03.117-9	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS EM GESTANTES	R\$ 2,83
421	02.02.03.118-7	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA	R\$ 18,55
422	02.02.03.119-5	DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO	R\$ 17,16
423	02.02.03.120-9	DOSAGEM DE TROPONINA	R\$ 9,00
424	02.02.03.121-7	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	R\$ 13,35
425	02.02.03.122-5	EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER I	R\$ 80,00
426	02.02.03.123-3	EXAME LABORATORIAL PARA DOENÇA DE GAUCHER II	R\$ 120,00
427	02.02.03.125-0	DETECÇÃO DE RNA DO HTLV-1	R\$ 65,00
428	02.02.03.127-6	DOSAGEM DE ADENOSINA-DESAMINASE (ADA)	R\$ 13,06
429	02.02.03.128-4	ANTIBETA 2 GLICOPROTEINA I -IGG	R\$ 125,00
430	02.02.03.129-2	DOSAGEM DE ANTI-BETA-2-GLICOPROTEÍNA I - IGM	R\$ 125,00
431	02.02.03.130-6	DIAGNÓSTICO E REAVALIAÇÃO DE HEMOGLOBINÚRIA PAROXISTICA NOTURNA	R\$ 80,00
432	02.02.03.131-4	DOSAGEM DE ANTICORPO ANTI-ACHR	R\$ 86,20
433	02.02.03.132-2	DOSAGEM DE SIROLIMO	R\$ 52,33
434	02.02.04.001-1	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	R\$ 1,65
435	02.02.04.002-0	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	R\$ 3,04
436	02.02.04.003-8	EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	R\$ 3,04
437	02.02.04.004-6	IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	R\$ 1,65
438	02.02.04.005-4	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	R\$ 1,65
439	02.02.04.006-2	PESQUISA DE EOSINOFILOS	R\$ 1,65
440	02.02.04.007-0	PESQUISA DE GORDURA FECAL	R\$ 1,65
441	02.02.04.008-9	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	R\$ 1,65

442	02.02.04.009-7	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	R\$ 1,65
443	02.02.04.010-0	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	R\$ 1,65
444	02.02.04.011-9	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)	R\$ 1,65
445	02.02.04.012-7	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$ 1,65
446	02.02.04.013-5	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	R\$ 10,25
447	02.02.04.014-3	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 1,65
448	02.02.04.015-1	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	R\$ 1,65
449	02.02.04.016-0	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	R\$ 1,65
450	02.02.04.017-8	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	R\$ 1,65
451	02.02.05.001-7	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$ 3,70
452	02.02.05.002-5	CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 3,51
453	02.02.05.003-3	CLEARANCE DE FOSFATO	R\$ 3,51
454	02.02.05.004-1	CLEARANCE DE UREIA	R\$ 3,51
455	02.02.05.005-0	CONTAGEM DE ADDIS	R\$ 2,04
456	02.02.05.007-6	IDENTIFICAÇÃO DE GLICÍDIOS URINÁRIOS POR CROMATOGRAFIA (CAMADA DELGADA)	R\$ 3,70
457	02.02.05.008-4	DOSAGEM DE CITRATO	R\$ 2,01
458	02.02.05.009-2	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 8,12
459	02.02.05.010-6	DOSAGEM DE OXALATO	R\$ 3,68
460	02.02.05.011-4	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$ 2,04
461	02.02.05.012-2	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	R\$ 3,04
462	02.02.05.013-0	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	R\$ 3,70
463	02.02.05.014-9	PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA)	R\$ 3,70
464	02.02.05.015-7	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	R\$ 2,04
465	02.02.05.016-5	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	R\$ 3,70
466	02.02.05.017-3	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA	R\$ 2,04
467	02.02.05.018-1	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	R\$ 2,40
468	02.02.05.019-0	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	R\$ 2,04
469	02.02.05.020-3	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	R\$ 2,04
470	02.02.05.021-1	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	R\$ 3,70
471	02.02.05.022-0	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	R\$ 2,04
472	02.02.05.023-8	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	R\$ 2,04
473	02.02.05.024-6	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	R\$ 3,36
474	02.02.05.026-2	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	R\$ 40,00
475	02.02.05.027-0	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	R\$ 2,04
476	02.02.05.028-9	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	R\$ 3,70
477	02.02.05.029-7	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	R\$ 2,04
478	02.02.05.030-0	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	R\$ 4,44
479	02.02.05.031-9	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	R\$ 2,04

480	02.02.05.032-7	PROVA DE DILUICAO (URINA)	R\$ 2,04
481	02.02.06.001-2	DETERMINAÇÃO DE ÍNDICE DE TIROXINA LIVRE	R\$ 12,54
482	02.02.06.002-0	DETERMINAÇÃO DE RETENÇÃO DE T3	R\$ 12,54
483	02.02.06.003-9	DETERMINAÇÃO DE T3 REVERSO	R\$ 14,69
484	02.02.06.004-7	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	R\$ 10,20
485	02.02.06.005-5	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	R\$ 6,72
486	02.02.06.006-3	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	R\$ 6,72
487	02.02.06.007-1	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	R\$ 6,72
488	02.02.06.008-0	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R\$ 14,12
489	02.02.06.009-8	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	R\$ 11,89
490	02.02.06.010-1	DOSAGEM DE AMP CICLICO	R\$ 12,01
491	02.02.06.011-0	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	R\$ 11,53
492	02.02.06.012-8	DOSAGEM DE CALCITONINA	R\$ 14,38
493	02.02.06.013-6	DOSAGEM DE CORTISOL	R\$ 9,86
494	02.02.06.013-6	DOSAGEM DE CORTISOL SALIVAR	R\$ 34,06
495	02.02.06.014-4	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$ 11,25
496	02.02.06.015-2	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R\$ 11,71
497	02.02.06.016-0	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$ 10,15
498	02.02.06.017-9	DOSAGEM DE ESTRIOL	R\$ 11,55
499	02.02.06.018-7	DOSAGEM DE ESTRONA	R\$ 11,12
500	02.02.06.019-5	DOSAGEM DE GASTRINA	R\$ 14,12
501	02.02.06.020-9	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	R\$ 15,35
502	02.02.06.021-7	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$ 4,90
503	02.02.06.022-5	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	R\$ 10,21
504	02.02.06.023-3	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$ 7,89
505	02.02.06.024-1	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 8,97
506	02.02.06.025-0	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$ 8,96
507	02.02.06.026-8	DOSAGEM DE INSULINA	R\$ 10,17
508	02.02.06.027-6	DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$ 43,13
509	02.02.06.028-4	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R\$ 15,35
510	02.02.06.029-2	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$ 10,22
511	02.02.06.030-6	DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$ 10,15
512	02.02.06.031-4	DOSAGEM DE RENINA	R\$ 13,19
513	02.02.06.032-2	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	R\$ 15,35
514	02.02.06.033-0	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	R\$ 13,11
515	02.02.06.034-9	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$ 10,43
516	02.02.06.035-7	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 13,11
517	02.02.06.036-5	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$ 15,35

518	02.02.06.037-3	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$ 8,76
519	02.02.06.038-1	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 11,60
520	02.02.06.039-0	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 4,20
521	02.02.06.040-3	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	R\$ 12,01
522	02.02.06.041-1	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	R\$ 12,01
523	02.02.06.042-0	TESTE DE ESTIMULO COM GNRH OU COM AGONISTA GNRH	R\$ 12,01
524	02.02.06.043-8	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	R\$ 12,01
525	02.02.06.044-6	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	R\$ 12,01
526	02.02.06.045-4	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE	R\$ 12,01
527	02.02.06.046-2	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	R\$ 8,43
528	02.02.06.047-0	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	R\$ 12,15
529	02.02.07.001-8	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	R\$ 2,06
530	02.02.07.002-6	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	R\$ 2,23
531	02.02.07.003-4	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	R\$ 3,68
532	02.02.07.004-2	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	R\$ 2,04
533	02.02.07.005-0	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	R\$ 15,65
534	02.02.07.006-9	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	R\$ 3,51
535	02.02.07.007-7	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	R\$ 2,01
536	02.02.07.008-5	DOSAGEM DE ALUMINIO	R\$ 27,50
537	02.02.07.009-3	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	R\$ 10,00
538	02.02.07.010-7	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	R\$ 10,00
539	02.02.07.011-5	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	R\$ 10,00
540	02.02.07.012-3	DOSAGEM DE BARBITURATOS	R\$ 13,13
541	02.02.07.013-1	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	R\$ 13,48
542	02.02.07.014-0	DOSAGEM DE CADMIO	R\$ 6,55
543	02.02.07.015-8	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	R\$ 17,53
544	02.02.07.016-6	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	R\$ 4,11
545	02.02.07.017-4	DOSAGEM DE CHUMBO	R\$ 8,83
546	02.02.07.018-2	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	R\$ 58,61
547	02.02.07.019-0	DOSAGEM DE COBRE	R\$ 3,51
548	02.02.07.020-4	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	R\$ 8,97
549	02.02.07.021-2	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA	R\$ 15,65
550	02.02.07.022-0	DOSAGEM DE FENITOINA	R\$ 35,22
551	02.02.07.023-9	DOSAGEM DE FENOL	R\$ 2,05
552	02.02.07.024-7	DOSAGEM DE FORMALDEIDO	R\$ 3,51
553	02.02.07.025-5	DOSAGEM DE LITIO	R\$ 2,25
554	02.02.07.026-3	DOSAGEM DE MERCURIO	R\$ 2,04
555	02.02.07.027-1	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	R\$ 4,11

556	02.02.07.028-0	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	R\$	10,00
557	02.02.07.029-8	DOSAGEM DE METOTREXATO	R\$	10,00
558	02.02.07.030-1	DOSAGEM DE QUINIDINA	R\$	10,00
559	02.02.07.031-0	DOSAGEM DE SALICILATOS	R\$	2,01
560	02.02.07.032-8	DOSAGEM DE SULFATOS	R\$	3,51
561	02.02.07.033-6	DOSAGEM DE TEOFILINA	R\$	15,65
562	02.02.07.034-4	DOSAGEM DE TIOCIANATO	R\$	3,68
563	02.02.07.035-2	DOSAGEM DE ZINCO	R\$	15,65
564	02.02.08.001-3	ANTIBIOGRAMA	R\$	4,98
565	02.02.08.002-1	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	R\$	13,33
566	02.02.08.003-0	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	R\$	13,33
567	02.02.08.004-8	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	R\$	4,20
568	02.02.08.005-6	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	R\$	4,20
569	02.02.08.006-4	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	R\$	4,20
570	02.02.08.007-2	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	R\$	2,80
571	02.02.08.008-0	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO (STREPTOCOCCUS GRUPO B)	R\$	5,62
572	02.02.08.009-9	CULTURA DO LEITE HUMANO (POS-PASTEURIZAÇÃO)	R\$	5,62
573	02.02.08.010-2	CULTURA P/ HERPESVIRUS	R\$	4,33
574	02.02.08.004-8	BACULOSCOPIA DIRETA PARA BAAR TUBERCULOSE	R\$	4,20
575	02.02.08.012-9	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	R\$	10,25
576	02.02.08.013-7	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	R\$	4,19
577	02.02.08.014-5	EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO)	R\$	2,80
578	02.02.08.015-3	HEMOCULTURA	R\$	11,49
579	02.02.08.016-1	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	R\$	5,63
580	02.02.08.017-0	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	R\$	4,33
581	02.02.08.018-8	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	R\$	2,80
582	02.02.08.019-6	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	R\$	4,33
583	02.02.08.020-0	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	R\$	2,80
584	02.02.08.021-8	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	R\$	4,33
585	02.02.08.022-6	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	R\$	2,80
586	02.02.08.023-4	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	R\$	5,04
587	02.02.08.024-2	PROVA CONFIRMATÓRIA DA PRESENÇA DE MICRO-ORGANISMOS COLIFORMES	R\$	5,62
588	02.02.09.001-9	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	R\$	1,89
589	02.02.09.002-7	ADENOGRAMA	R\$	5,79
590	02.02.09.003-5	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	R\$	4,33
591	02.02.09.004-3	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	R\$	4,33
592	02.02.09.005-1	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R\$	1,89
593	02.02.09.006-0	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R\$	1,89

594	02.02.09.007-8	DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$	6,56
595	02.02.09.008-6	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$	1,89
596	02.02.09.009-4	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	R\$	2,01
597	02.02.09.010-8	DOSAGEM DE FRUTOSE	R\$	2,01
598	02.02.09.011-6	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	R\$	2,01
599	02.02.09.012-4	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$	1,89
600	02.02.09.013-2	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$	1,89
601	02.02.09.015-9	ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR	R\$	5,23
602	02.02.09.016-7	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$	6,56
603	02.02.09.017-5	ESPLENOGRAMA	R\$	5,79
604	02.02.09.018-3	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	R\$	1,89
605	02.02.09.019-1	MIELOGRAMA	R\$	5,79
606	02.02.09.021-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	R\$	9,70
607	02.02.09.022-1	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA	R\$	2,01
608	02.02.09.023-0	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	R\$	1,89
609	02.02.09.024-8	PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS	R\$	1,89
610	02.02.09.025-6	PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA	R\$	1,89
611	02.02.09.026-4	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)	R\$	4,80
612	02.02.09.027-2	PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$	1,89
613	02.02.09.028-0	PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)	R\$	9,70
614	02.02.09.029-9	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)	R\$	1,89
615	02.02.09.030-2	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	R\$	1,89
616	02.02.09.031-0	REACAO DE PANDY	R\$	1,89
617	02.02.09.032-9	REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$	1,89
618	02.02.09.033-7	TESTE DE CLEMENTS	R\$	1,89
619	02.02.09.034-5	TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS	R\$	4,69
620	02.02.09.035-3	TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO	R\$	4,69
621	02.02.10.001-4	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$	180,00
622	02.02.10.002-2	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$	160,00
623	02.02.10.003-0	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$	160,00
624	02.02.10.004-9	QUANTIFICAÇÃO/AMPLIFICAÇÃO DO HER-2	R\$	120,00
625	02.02.10.021-9	DIAGNÓSTICO DE LEUCEMIA CROMOSSOMA PHILADELPHIA POSITIVO POR TÉCNICA MOLECULAR	R\$	144,24
626	02.02.10.022-7	REAVLIAÇÃO DIAGNÓSTICA DE LEUCEMIA CROMOSSOMA PHILADELPHIA POSITIVO POR TÉCNICA MOLECULAR	R\$	168,48
627	02.02.10.023-5	PESQUISA DE MUTAÇÃO DO GENE DA PROTROMBINA	R\$	180,00
628	02.02.11.001-0	DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$	8,80
629	02.02.11.002-8	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)	R\$	66,00
630	02.02.11.003-6	DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)	R\$	66,00
631	02.02.11.004-4	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$	5,50

632	02.02.11.005-2	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4	R\$ 12,10
633	02.02.11.006-0	DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECAO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	R\$ 20,90
634	02.02.11.007-9	DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	R\$ 5,50
635	02.02.11.008-7	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 13,20
636	02.02.11.009-5	DOSAGEM DE 17 HIDROXI PROGESTERONA EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	R\$ 8,00
637	02.02.11.010-9	DOSAGEM DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SANGUE EM PAPEL DE FILTRO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	R\$ 5,50
638	02.02.11.011-7	DOSAGEM QUANTITATIVA DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SORO	R\$ 137,00
639	02.02.11.012-5	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA	R\$ 66,00
640	02.02.11.013-3	DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE	R\$ 66,00
641	02.02.11.014-1	DOSAGEM DE CLORETO NO SUOR	R\$ 150,00
642	02.02.11.015-0	PESQUISA DE IGM ANTI-TOXOPLASMA GONDII EM SANGUE SECO (COMPONENTE DO TESTE DO PEZINHO)	R\$ 8,19
643	02.02.12.001-5	DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS	R\$ 10,65
644	02.02.12.002-3	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,37
645	02.02.12.003-1	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	R\$ 10,65
646	02.02.12.004-0	IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS	R\$ 10,65
647	02.02.12.005-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO	R\$ 5,79
648	02.02.12.006-6	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC	R\$ 5,79
649	02.02.12.007-4	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO	R\$ 5,79
650	02.02.12.008-2	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1,37
651	02.02.12.009-0	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R\$ 20,00
652	02.02.12.010-4	TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	R\$ 5,79
653	02.14.01.012-0	SOROLOGIA DENGUE IGG/IGM	R\$ 43,33
654	91.01.01.000-0	DETECÇÃO DAS MUTAÇÕES POR PCR - JACK II	R\$ 659,00
655	91.01.01.000-1	HFE – HEMOCROMATOSE C282Y, H63D E S65C	R\$ 1.733,33
656	02.02.02.018-3	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE LÚPICO	R\$ 41,00
657	02.02.02.018-4	DOSAGEM DE FATOR V DE LEIDEN	R\$ 210,00
658	02.02.02.018-5	DOSAGEM DE MUTAÇÃO DA PROTROMBINA (G20210A)	R\$ 306,67
659	02.02.02.017-7	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	R\$ 39,67
660	02.02.02.017-9	SHBG – GLOBULINA DE LIGAÇÃO DE HORMÔNIOS SEXUAIS	R\$ 11,50
661	02.02.02.020-1	HOMOCISTEÍNA – DOSAGEM	R\$ 20,11
662	02.02.06.013-4	FENOBARBITAL – DOSAGEM	R\$ 9,86
663	02.02.02.007-3	TRIIODOTIRONINA LIVRE (T3 LIVRE) – DOSAGEM	R\$ 11,50
664	91.01.01.000-2	EXAMES TOXICOLÓGICOS	R\$ 130,00
665	91.01.01.000-3	TOLERANCIA LATEX	R\$ 90,00
666	91.01.01.000-4	IMUNOHISTOQUÍMICA ATÉ 3 MARCADORES	R\$ 533,72
667	91.01.01.000-5	ANTICORPO ANTI I CENTROMERO	R\$ 12,00
668	91.01.01.000-6	DOSAGEM DÍMERO D	R\$ 45,00
669	91.01.01.000-7	FOSFATASE FRAÇÃO ÓSSEA	R\$ 170,00
670	91.01.01.000-8	ÁCIDO FÓLICO	R\$ 26,21

671	91.01.01.000-9	ANÁTOMO PATOLÓGICO (REVISÃO)	R\$ 42,70
672	02.10.01.001-0	ANGIOGRAFIA CEREBRAL (4 VASOS)	R\$ 179,46
673	02.02.03.137-3	ANTI GLIADINA IGG	R\$ 21,00
674	91.01.01.001-0	ANTICORPOS ANTI GAD	R\$ 85,00
675	91.01.01.001-1	APOLIPOPROTEINA A1	R\$ 10,20
676	91.01.01.001-2	BETA HCG QUANTITATIVO MARCADOR TUMORAL	R\$ 4,90
677	91.01.01.001-3	CALPROTEQUINA FECAL	R\$ 130,00
678	02.02.01.024-4	CATECOLOMINAS FRAÇÕES	R\$ 62,00
679	02.02.01.024-4	CATECOLOMINAS URINA 24 HIAS	R\$ 65,00
680	91.01.01.001-4	CITOLOGIA ONCÓTICA DE LÍQUIDOS (CITOLOGIA GERAL)	R\$ 19,47
681	02.02.06.026-8	CURVA DE INSULINA (CADA)	R\$ 10,00
682	91.01.01.001-5	DOSAGEM RESERVA ALCALINA (BICARBONATO)	R\$ 50,00
683	91.01.01.001-6	DOSAGEM ARSÊNICO (SANGUE)	R\$ 80,00
684	91.01.01.001-7	DOSAGEM DE 11-DESOXICORTICOSTERONA	R\$ 419,00
685	91.01.01.001-8	DOSAGEM DE 11-DESOXICORTISOL	R\$ 65,00
686	91.01.01.001-9	HIV PCR QUANTITATIVO EM TEMPO REAL	R\$ 144,54
687	91.01.01.002-0	HORMONIO ANTI MULLERIANO	R\$ 190,00
688	91.01.01.002-1	ÍNDICE DE SATURAÇÃO TRANSFERRINA	R\$ 9,00
689	91.01.01.002-2	IODO SERICO	R\$ 78,00
690	91.01.01.002-3	JO 1 AUTO ANTICORPOS	R\$ 22,00
691	91.01.01.002-4	METANEFRIAS FRACIONADAS PLASMA	R\$ 240,00
692	91.01.01.002-5	METANEFRIAS FRAÇÕES URINA 24 HORAS	R\$ 99,00
693	02.02.08.011-0	CULTURA MICOBACTERIAS	R\$ 15,00
694	02.13.01.011-9	NS1 P/ DENGUE	R\$ 43,33
695	02.03.02.004-9	PAINEL IMUNO-HISTOQUIMICA ACIMA DE 5 MARCADORES	R\$ 590,00
696	91.01.01.002-6	PAPILOMAVIRUS HUMANO HPV POR CAPTURA HIBRIDA	R\$ 190,00
697	91.01.01.002-7	PESQUISA ANTI CORPOS ANTI-TPO	R\$ 31,01
698	91.01.01.002-8	PESQUISA ANTI HB HUMANO	R\$ 15,00
699	40.30.625-9	PESQUISA ANTICORPOS ENDOMISIO IGG	R\$ 50,00
700	40.30.625-9	PESQUISA ANTICORPOS ENDOMISIO IGM	R\$ 50,00
701	40.31.608-4	PESQUISA ANTICORPOS ANTI FATOR INTRINSECO	R\$ 140,00
702	91.01.01.002-9	PESQUISA ANTICORPOS ANTI PEPTIDEO CICLICO CITRULINADO (ANTI CCP)	R\$ 82,00
703	40316084	PESQUISA ANTICORPOS ANTI RECEPTOR DO TSH (TRAB)	R\$ 48,00
704	40306259	PESQUISA ANTICORPOS ENDOMISIO IGA	R\$ 50,00
705	02.02.03.049-0	PESQUISA ANTIGLIADINA IGA	R\$ 15,00
706	02.02.03.049-0	PESQUISA ANTIGLIADINA IGM	R\$ 80,00
707	91.01.01.003-0	PESQUISA FATOR ANTINUCLEO (FAN)	R\$ 22,00
708	91.01.01.003-1	PESQUISA ANTICORPO LIGADOR DO RECEPTOR ACETICOLINA	R\$ 170,00
709	02.02.03.055-5	PESQUISA ANTICORPOS ANTIRECEPTOR	R\$ 31,01
710	02.02.03.118-7	PESQUISA ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE IGG	R\$ 30,00

711	02.02.03.103-9	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	R\$ 9,25
712	91.01.01.003-2	PESQUISA MARCADORES TUMORAIS 15.3	R\$ 20,00
713	91.01.01.003-3	PESQUISA MARCADORES TUMORAIS 19.9	R\$ 15,00
714	91.01.01.003-4	PESQUISA MARCADORES TUMORAIS 74.4	R\$ 30,00
715	91.01.01.003-5	PROTEINA C ATIVADA RESISTENCIA	R\$ 270,00
716	02.02.03.020-2	PROTEINA C REATIVA ULTRASSENSIVEL	R\$ 6,80
717	91.01.01.003-6	PROTEINA S LIVRE	R\$ 48,00
718	91.01.01.003-7	PSA LIVRE E TOTAL	R\$ 25,00
719	02.02.03.103-9	RAST PEIXE ATUM (F40)	R\$ 10,30
720	02.02.03.103-9	RAST PEIXE MERLUZA (APF3070)	R\$ 16,50
721	02.02.03.103-9	RAST PEIXE SARDINHA (APF308)	R\$ 16,50
722	02.02.03.103-9	RAST ALFA LACTOALBUMINA (F76)	R\$ 30,00
723	02.02.03.103-9	RAST AMENDOIM (F13)	R\$ 27,00
724	02.02.03.103-9	RAST BARATA (I6)	R\$ 22,00
725	02.02.03.103-9	RAST BETA LACTOGLOBULINA (F77)	R\$ 30,00
726	02.02.03.103-9	RAST CACAU (F93)	R\$ 10,30
727	02.02.03.103-9	RAST CAMARÃO (f24)	R\$ 25,00
728	02.02.03.103-9	RAST CARNE DE FRANGO (F83)	R\$ 10,30
729	02.02.03.103-9	RAST CARNE DE PORCO (F26)	R\$ 10,30
730	02.02.03.103-9	RAST CARNE DE VACA (F27)	R\$ 10,30
731	02.02.03.103-9	RAST CASEÍNA (F78)	R\$ 18,00
732	02.02.03.103-9	RAST CLARA DO OVO (F1)	R\$ 18,00
733	02.02.03.103-9	RAST CORANTE AMARELO (C279)	R\$ 50,00
734	02.02.03.103-9	RAST CORANTE VERMELHO (F340)	R\$ 40,00
735	02.02.03.103-9	RAST D2	R\$ 22,00
736	02.02.03.103-9	RAST D201	R\$ 22,00
737	02.02.03.103-9	RAST EX1	R\$ 35,00
738	02.02.03.103-9	RAST FORMIGA (F70)	R\$ 22,00
739	02.02.03.103-9	RAST GEMA DO OVO (F75)	R\$ 18,00
740	02.02.03.103-9	RAST GLUTEN (F29)	R\$ 18,00
741	02.02.03.103-9	RAST INSETO ABELHA (I1)	R\$ 22,00
742	02.02.03.103-9	RAST LARANJA (F33)	R\$ 10,00
743	02.02.03.103-9	RAST MARIMBONDO ((I14)	R\$ 22,00
744	02.02.03.103-9	RAST MX2	R\$ 30,00
745	02.02.03.103-9	RAST PAINEL (FX2) (BACALHAU,CAMARÃO,MEXILHÃO, ATUM E SALMÃO)	R\$ 12,00
746	02.02.03.103-9	RAST PAINEL (FX3) (CARNE DE PORCO, CRNE DE FRANGO, CRNE DE VACA)	R\$ 30,00
747	02.02.03.103-9	RAST PAINEL (HP1) POEIRA	R\$ 25,00
748	02.02.03.103-9	RAST PEIXE BACALHAU (F3)	R\$ 10,30
749	02.02.03.103-9	RAST PEIXE TILÁPIA (APF414)	R\$ 16,50
750	02.02.03.103-9	RAST POEIRA DOMÉSTICA	R\$ 12,00

751	02.02.03.103-9	RAST PROTEÍNA LEITE (C312)	R\$ 70,00
752	02.02.03.103-9	RAST SOJA (F14)	R\$ 10,30
753	02.02.03.103-9	RAST TX1	R\$ 25,00
754	91.01.01.003-8	SACCHAROMYCES CEREVISIAE IGA/OGG	R\$ 63,00
755	91.01.01.003-9	SELENIO	R\$ 20,00
756	91.01.01.004-0	TESTE DE INTOLERÂNCIA LACTOSE (4 TEMPOS)	R\$ 64,00
757	40.30.216-4	TESTE GENETICO DE INTOLERANCIA A LACTOSE	R\$ 170,00
758	02.14.01.016-3	TESTE RÁPIDO COVID	R\$ 44,98
759	91.01.01.004-1	TESTE RÁPIDO INFLUENZA	R\$ 55,42
760	40.30.776-0	VDRL QUANTITATIVO	R\$ 9,00
761	40.30.260-1	VITAMINA A	R\$ 38,00
762	40.30.281-4	VITAMINA B6	R\$ 61,00
763	40.30.106-0	VITAMINA C	R\$ 18,00
764	91.01.01.004-5	COLORAÇÃO ESPECIAL (POR COLORAÇÃO)	R\$ 36,94
DIAGNÓSTICO POR IMAGEM			
765	92.01.01.005-1	LAUDO DE EXAMES POR IMAGENS E IMAGENS GRÁFICAS VIA TELEMEDICINA (CARDIOLOGIA, UROLOGIA, PNEUMOLOGIA, RADIOLOGIA)	R\$ 13,50
766	92.01.01.005-2	LAUDO DE EXAMES MAMOGRAFIA	R\$ 27,00
767	02.11.02.004-4	LAUDO DE EXAMES DE MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HORAS	R\$ 80,00
768	91.01.01.004-6	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM GRUPOS DE 05 LINFONODOS, ESTRUTURAIS VIZINHAS E MARGENS DE PEÇAS ANATOMICAS SIMPLES OU COMPLEXAS (POR IMAGEM)	R\$ 36,94
769	91.01.01.004-7	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM AMPUTAÇÃO DE MEMBROS SEM CAUSA ONCOLOGICA	R\$ 36,94
770	91.01.01.004-8	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM AMPUTAÇÃO DE MEMBROS COM CAUSA ONCOLOGICA	R\$ 36,94
771	91.01.01.004-9	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM NECROPSIA DE EMBRIÃO/FETO (ATE 500 GRAMAS)	R\$ 36,94
772	02.08.01.001-7	CINTILOGRAFIA DE CORACAO C/ GALIO 67	R\$ 1.200,00
773	02.08.01.002-5	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE ESTRESSE (MINIMO 3 PROJECOES)	R\$ 600,00
774	02.08.01.003-3	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE REPOUSO (MINIMO 3 PROJECOES)	R\$ 550,00
775	02.08.01.004-1	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ LOCALIZACAO DE NECROSE (MINIMO 3 PROJECOES)	R\$ 500,00
776	02.08.01.005-0	CINTILOGRAFIA P/ AVALIACAO DE FLUXO SANGUINEO DE EXTREMIDADES	R\$ 350,00
777	02.08.01.006-8	CINTILOGRAFIA P/ QUANTIFICACAO DE SHUNT EXTRACARDIACO	R\$ 406,29
778	02.08.01.007-6	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE ESFORCO	R\$ 500,00
779	02.08.01.008-4	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE REPOUSO (VENTRICULOGRAFIA)	R\$ 500,00
780	02.08.02.001-2	CINTILOGRAFIA DE FIGADO E BACO (MINIMO 5 IMAGENS)	R\$ 550,00
781	02.07.02.003-5	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	R\$ 380,00
782	02.04.01.001-2	DACRIOCISTOGRAFIA	R\$ 48,85
783	02.04.01.002-0	PLANIGRAFIA DE LARINGE	R\$ 120,00
784	02.04.01.003-9	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	R\$ 42,50
785	02.04.01.004-7	RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS)	R\$ 40,80
786	02.04.01.005-5	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	R\$ 39,69
787	02.04.01.006-3	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	R\$ 36,33

788	02.04.01.007-1	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLÍQUA / BRETTON + HIRTZ)	R\$ 42,52
789	02.04.01.008-0	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	R\$ 39,58
790	02.04.01.009-8	RADIOGRAFIA DE LARINGE	R\$ 42,43
791	02.04.01.010-1	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)	R\$ 39,16
792	02.04.01.011-0	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)	R\$ 80,00
793	02.04.01.012-8	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 40,74
794	02.04.01.013-6	RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (LOCALIZACAO DE CORPO ESTRANHO)	R\$ 43,90
795	02.04.01.014-4	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 38,55
796	02.04.01.015-2	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON)	R\$ 31,17
797	02.04.01.019-5	SIALOGRAFIA (POR GLANDULA)	R\$ 380,00
798	02.04.02.001-8	MIELOGRAFIA	R\$ 118,80
799	92.01.01.005-3	RADIOGRAFIA AMPLIAÇÃO OU MAGNIFICAÇÃO DE LESÃO MAMÁRIA	R\$ 80,00
800	02.04.02.003-4	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	R\$ 41,60
801	02.04.02.004-2	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	R\$ 50,50
802	02.04.02.005-0	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA	R\$ 48,93
803	02.04.02.006-9	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 52,60
804	02.04.02.007-7	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)	R\$ 39,40
805	02.04.02.008-5	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA	R\$ 40,80
806	02.04.02.009-3	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	R\$ 45,78
807	02.04.02.010-7	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	R\$ 47,88
808	02.04.02.011-5	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINAMICA	R\$ 43,70
809	02.04.02.012-3	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA	R\$ 37,48
810	02.04.02.013-1	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUNA TOTAL- TELESPONDILOGRAFIA (P/ ESCOLIOSE)	R\$ 73,00
811	02.04.03.002-1	DUCTOGRAFIA (POR MAMA)	R\$ 80,00
812	02.04.03.004-8	MARCACAO PRE-CIRURGICA DE LESAO NAO PALPAVEL DE MAMA ASSOCIADA A MAMOGRAFIA	R\$ 62,50
813	02.04.03.007-2	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	R\$ 40,63
814	02.04.03.008-0	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	R\$ 200,00
815	02.04.03.009-9	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	R\$ 48,50
816	02.04.03.010-2	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)	R\$ 34,05
817	02.04.03.011-0	RADIOGRAFIA DE PNEUMOMEDIASTINO	R\$ 81,80
818	02.04.03.012-9	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA)	R\$ 39,40
819	02.04.03.013-7	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA + INSPIRAÇÃO + EXPIRAÇÃO + LATERAL)	R\$ 42,30
820	02.04.03.014-5	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 51,24
821	02.04.03.015-3	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	R\$ 47,04
822	02.04.03.016-1	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRAO OIT)	R\$ 38,70
823	02.04.03.017-0	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	R\$ 37,06
824	02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	R\$ 52,00
825	02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO (MAMA MOVEL)	R\$ 85,00

826	02.04.04.001-9	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	R\$ 33,28
827	02.04.04.002-7	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	R\$ 34,86
828	02.04.04.003-5	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	R\$ 34,28
829	02.04.04.004-3	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	R\$ 40,01
830	02.04.04.005-1	RADIOGRAFIA DE BRACO	R\$ 38,43
831	02.04.04.006-0	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	R\$ 36,96
832	02.04.04.007-8	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R\$ 33,39
833	02.04.04.008-6	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO	R\$ 32,34
834	02.04.04.009-4	RADIOGRAFIA DE MAO	R\$ 34,96
835	02.04.04.010-8	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	R\$ 31,81
836	02.04.04.011-6	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES)	R\$ 40,40
837	02.04.04.012-4	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 40,42
838	02.04.05.001-4	CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE	R\$ 285,00
839	02.04.05.004-9	DUODENOGRAMA HIPOTONICA	R\$ 36,24
840	02.04.05.005-7	FISTULOGRAFIA	R\$ 300,00
841	02.04.05.006-5	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	R\$ 400,00
842	02.04.05.011-1	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	R\$ 47,04
843	02.04.05.012-0	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	R\$ 65,25
844	02.04.05.013-8	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	R\$ 38,22
845	02.04.05.014-6	RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO	R\$ 250,00
846	02.04.05.015-4	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO)	R\$ 350,00
847	02.04.05.016-2	RADIOGRAFIA P/ ESTUDO DO DELGADO C/ DUPLO CONTRASTE (ENTEROCLISE)	R\$ 53,00
848	02.04.05.017-0	URETROCISTOGRAFIA	R\$ 400,00
849	02.04.05.017-0	URETROCISTOGRAFIA RETROGRADA	R\$ 466,38
850	02.04.05.018-9	UROGRAFIA VENOSA	R\$ 400,00
851	02.04.05.018-9	UROGRAFIA EXCRETORA	R\$ 500,00
852	02.04.06.001-0	ARTROGRAFIA	R\$ 43,34
853	02.04.06.002-8	DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (VERTEBRAS LOMBARES E/OU FEMUR)	R\$ 95,00
854	02.04.06.003-6	ESCANOMETRIA	R\$ 7,77
855	02.04.06.006-0	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	R\$ 40,53
856	02.04.06.007-9	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA	R\$ 36,75
857	02.04.06.008-7	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	R\$ 35,70
858	02.04.06.009-5	RADIOGRAFIA DE BACIA	R\$ 40,53
859	02.04.06.010-9	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO	R\$ 40,43
860	02.04.06.011-7	RADIOGRAFIA DE COXA	R\$ 41,80
861	02.04.06.012-5	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	R\$ 36,75
862	02.04.06.013-3	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	R\$ 40,53
863	02.04.06.014-1	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)	R\$ 38,64

864	02.04.06.015-0	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	R\$ 46,75
865	02.04.06.016-8	RADIOGRAFIA DE PERNA	R\$ 41,80
866	02.04.06.017-6	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES	R\$ 36,54
867	92.01.01.000-0	ECOCARDIOGRAFIA FETAL	R\$ 215,00
868	92.01.01.000-1	ECOCARDIOGRAFIA FETAL - ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 236,50
869	02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAFIA INFANTIL	R\$ 250,00
870	02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAFIA INFANTIL - ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 275,00
871	02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	R\$ 100,00
872	02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA - ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 110,00
873	02.05.01.005-9	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	R\$ 60,00
874	02.05.01.005-9	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO - ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 66,00
875	02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA	R\$ 60,00
876	02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA - ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 66,00
877	02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA C/ DOPPLER COLORIDO DE ABDOMEM TOTAL E PELVE FEMININO	R\$ 168,52
878	02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA C/ DOPPLER COLORIDO DE ABDOMEM TOTAL E PELVE FEMININO - ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 185,37
879	02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA C/ DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS/ARTERIAIS BILATERAL/CARÓTIDAS E VERTEBRAS	R\$ 129,36
880	02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA C/ DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS/ARTERIAIS BILATERAL/CARÓTIDAS E VERTEBRAS - ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 142,30
881	02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA C/ DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS/VENOSO BILATERAL SUBCLAVIAS E JULGULARES	R\$ 129,36
882	02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA C/ DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS/VENOSO BILATERAL SUBCLAVIAS E JULGULARES - ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 142,30
883	02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA C/ DOPPLER COLORIDO DE ÓRGÃO OU ESTRUTURA ISOLADA	R\$ 129,36
884	02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA C/ DOPPLER COLORIDO DE ÓRGÃO OU ESTRUTURA ISOLADA - ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 142,30
885	02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA C/ DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ARTERIAS RENAIIS	R\$ 129,36
886	02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA C/ DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ARTERIAS RENAIIS - ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 142,30
887	02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA C/ DOPPLER COLORIDO DE AORTA ILÍACAS	R\$ 129,36
888	02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA C/ DOPPLER COLORIDO DE AORTA ILÍACAS - ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 142,30
889	02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA C/ DOPPLER COLORIDO DE ARTERIAS VISCERAIS MESENTÉRICAS SUPERIOR E INFERIOR DE TRONCO CELÍACO	R\$ 129,36
890	02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA C/ DOPPLER COLORIDO DE ARTERIAS VISCERAIS MESENTÉRICAS SUPERIOR E INFERIOR DE TRONCO CELÍACO - ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 142,30
891	02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA C/ DOPPLER COLORIDO DE HEMANGIOMA	R\$ 129,36
892	02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA C/ DOPPLER COLORIDO DE HEMANGIOMA - ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 142,30
893	02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA C/ DOPPLER COLORIDO DE VEIA CAVA SUPERIOR OU INFERIOR	R\$ 129,36
894	02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA C/ DOPPLER COLORIDO DE VEIA CAVA SUPERIOR OU INFERIOR - ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 142,30
895	02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA C/ DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR (CADA MEMBRO)	R\$ 129,36
896	02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA C/ DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR (CADA MEMBRO) - ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 142,30
897	02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA C/ DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO SUPERIOR (CADA MEMBRO)	R\$ 129,36
898	02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA C/ DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO SUPERIOR (CADA MEMBRO) - ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 142,30
899	02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA C/ DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR (CADA MEMBRO)	R\$ 129,36
900	02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA C/ DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR (CADA MEMBRO) - ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 142,30
901	02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA C/ DOPPLER COLORIDO VENOSO MEMBRO INFERIOR (CADA MEMBRO)	R\$ 129,36

902	02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA C/ DOPPLER COLORIDO VENOSO MEMBRO INFERIOR (CADA MEMBRO) - ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 142,30
903	02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA C/ DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	R\$ 129,36
904	02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA C/ DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO - ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 142,30
905	02.05.02.015-1	ULTRASSONOGRAFIA C/ DOPPLER OBSTETRICA COLORIDO E PULSADO	R\$ 129,36
906	02.05.02.015-1	ULTRASSONOGRAFIA C/ DOPPLER OBSTETRICA COLORIDO E PULSADO - ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 142,30
907	02.05.02.017-8	ULTRASSONOGRAFIA C/DOPPLER COLORIDO TRANSFONTANELA	R\$ 129,36
908	02.05.02.017-8	ULTRASSONOGRAFIA C/DOPPLER COLORIDO TRANSFONTANELA - ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 142,30
909	02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA C/DOPPLER COLORIDO TIREÓIDE	R\$ 129,36
910	02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA C/DOPPLER COLORIDO TIREÓIDE - ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 142,30
911	02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA C/DOPPLER COLORIDO TRANSVAGINAL	R\$ 129,36
912	02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA C/DOPPLER COLORIDO TRANSVAGINAL - ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 142,30
913	02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA C/DOPPLER COLORIDO MAMA	R\$ 129,36
914	02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA C/DOPPLER COLORIDO MAMA - ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 142,30
915	02.05.02.003-8	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	R\$ 50,00
916	02.05.02.003-8	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR - ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 55,00
917	02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 74,68
918	02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL - ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 82,15
919	02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	R\$ 50,00
920	02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO- ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 55,00
921	02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULACAO	R\$ 50,00
922	02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULACAO - ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 55,00
923	02.05.02.007-0	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 50,00
924	02.05.02.007-0	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL - ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 55,00
925	02.05.02.008-9	ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)	R\$ 74,68
926	02.05.02.008-9	ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR) - ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 82,15
927	02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	R\$ 50,00
928	02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL - ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 55,00
929	02.05.02.010-0	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	R\$ 50,00
930	02.05.02.010-0	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL - ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 55,00
931	02.05.02.011-9	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 50,00
932	02.05.02.011-9	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL) - ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 55,00
933	02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE	R\$ 50,00
934	02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE - ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 55,00
935	02.05.02.013-5	ULTRASSONOGRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	R\$ 50,00
936	02.05.02.013-5	ULTRASSONOGRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA) - ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 55,00
937	02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	R\$ 50,00
938	02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA - ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 55,00
939	02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	R\$ 50,00

940	02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA) - ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 55,00
941	02.05.02.017-8	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	R\$ 50,00
942	02.05.02.017-8	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA - ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 55,00
943	02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	R\$ 50,00
944	02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL - ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 55,00
945	02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA PARTES MOLES	R\$ 50,00
946	02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA PARTES MOLES - ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 55,00
947	02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA INGUINAL	R\$ 50,00
948	02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA INGUINAL - ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 55,00
949	02.05.02.015-1	ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA 1º TRIMESTRE	R\$ 200,00
950	02.05.02.015-1	ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA 1º TRIMESTRE - ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 220,00
951	02.05.02.015-1	ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA 2º E 3º TRIMESTRE	R\$ 300,00
952	02.05.02.015-1	ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA 2º E 3º TRIMESTRE - ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 330,00
953	02.01.01.041-9	ULTRASSONOGRAFIA TRANSRETAL C/ BIÓPSIA (ATÉ 12 FRAGMENTOS)	R\$ 340,00
954	02.01.01.041-9	ULTRASSONOGRAFIA TRANSRETAL C/ BIÓPSIA (ATÉ 12 FRAGMENTOS) - ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 374,00
955	02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRAFIA RETROPERIOTONIO GRANDES VASOS OU ADRENAIS	R\$ 268,12
956	02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRAFIA RETROPERIOTONIO GRANDES VASOS OU ADRENAIS ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 294,93
957	92.01.01.000-2	ULTRASSONOGRAFIA DERMATOLÓGICO PELE E SUBCULTÂNIO	R\$ 90,00
958	92.01.01.000-3	ULTRASSONOGRAFIA DERMATOLÓGICO PELE E SUBCULTÂNIO - ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 99,00
959	02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (CERVICAL/AXILAS/MÚSCULO OU TENDÃO	R\$ 50,00
960	02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (CERVICAL/AXILAS/MÚSCULO OU TENDÃO - ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 55,00
961	02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM TRANSLUCENCIA NUCAL	R\$ 220,00
962	02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM TRANSLUCENCIA NUCAL - ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 240,00
963	02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL P/CONTROLE DE OVULAÇÃO (3 OU MAIS EXAMES)	R\$ 130,00
964	02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL P/CONTROLE DE OVULAÇÃO (3 OU MAIS EXAMES) - ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 143,00
965	02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA PERRFIL BIOFISICO FETAL	R\$ 110,00
966	02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA PERRFIL BIOFISICO FETAL - ESTRUTURA DO PRESTADOR	R\$ 121,00
967	92.01.01.000-4	ANGIOTOMOGRÁFIA CRÂNIO CEREBRAL (ENCEFALO)	R\$ 300,00
968	92.01.01.000-5	ANGIOTOMOGRÁFIA VENOSA E/OU ARTERIAL ABDOMEM SUPERIOR	R\$ 440,00
969	92.01.01.000-6	ANGIOTOMOGRÁFIA VENOSA E/OU ARTERIAL ABDOMEM INFERIOR	R\$ 440,00
970	92.01.01.000-7	ANGIOTOMOGRÁFIA VENOSA E/OU ARTERIAL ABDOMEM TOTAL	R\$ 440,00
971	92.01.01.000-8	ANGIOTOMOGRÁFIA VENOSA E/OU ARTERIAL CRÂNIO	R\$ 440,00
972	92.01.01.000-9	ANGIOTOMOGRÁFIA VENOSA E/OU ARTERIAL MEMBRO SUPERIOR	R\$ 440,00
973	92.01.01.001-0	ANGIOTOMOGRÁFIA VENOSA E/OU ARTERIAL MEMBRO INFERIOR	R\$ 440,00
974	92.01.01.001-1	ANGIOTOMOGRÁFIA VENOSA E/OU ARTERIAL PESCOÇO	R\$ 440,00
975	92.01.01.001-2	ANGIOTOMOGRÁFIA VENOSA E/OU ARTERIAL PELVE	R\$ 440,00
976	92.01.01.001-3	ANGIOTOMOGRÁFIA VENOSA E/OU ARTERIAL TÓRAX	R\$ 440,00
977	92.01.01.001-4	ANGIOTOMOGRÁFIA VENOSA E/OU ARTERIAL TEP	R\$ 440,00

978	92.01.01.001-5	ANGIOTOMOGRAFIA CORONÁRIAS	R\$ 880,00
979	92.01.01.001-6	ANGIOTOMOGRAFIA CARÓTIDAS	R\$ 900,00
980	92.01.01.001-7	ANGIOTOMOGRAFIA AORTA ILÍACA	R\$ 900,00
981	92.01.01.001-8	ANGIOTOMOGRAFIA RENAL	R\$ 800,00
982	92.01.01.001-9	ANGIOTOMOGRAFIA INTRACRANIANA	R\$ 440,00
983	92.01.01.002-0	ANGIOTOMOGRAFIA AORTA TORACICA	R\$ 440,00
984	92.01.01.002-1	ANGIOTOMOGRAFIA AORTA ABDOMINAL	R\$ 440,00
985	92.01.01.002-2	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA + ARTERIAL DE ABDOMEM SUPERIOR	R\$ 660,00
986	92.01.01.002-3	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA + ARTERIAL DE ABDOMEM INFERIOR	R\$ 660,00
987	92.01.01.002-4	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA + ARTERIAL DE PESCOÇO,PELVE, TORAX,AORTA	R\$ 490,00
988	92.01.01.002-5	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA + ARTERIAL DE TEP	R\$ 660,00
989	92.01.01.002-6	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA + ARTERIAL DE ABDOMEM TOTAL	R\$ 600,00
990	02.06.01.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL	R\$ 220,00
991	02.06.01.002-8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 200,00
992	02.06.01.003-6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA	R\$ 200,00
993	02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES	R\$ 200,00
994	02.06.01.005-2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO	R\$ 200,00
995	02.06.01.006-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA	R\$ 200,00
996	02.06.01.007-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	R\$ 200,00
997	02.06.02.001-5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 220,00
998	02.06.02.002-3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)	R\$ 200,00
999	02.06.02.003-1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	R\$ 200,00
1000	02.06.02.004-0	TOMOGRAFIA DE HEMITORAX, PULMÃO OU DO MEDIASTINO	R\$ 200,00
1001	02.06.03.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 200,00
1002	02.06.03.002-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 220,00
1003	02.06.03.003-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE OU BACIA - C/ LAUDO -2023	R\$ 180,00
1004	02.06.03.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 400,00
1005	02.06.03.003-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE VIAS URINÁRIAS	R\$ 220,00
1006	02.06.03.002-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE QUADRIL (CADA LADO)	R\$ 200,00
1007	02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTÓIDES/OUVIDOS	R\$ 200,00
1008	92.01.01.002-7	TAXA DE SEDAÇÃO PARA EXAMES DE IMAGENS	R\$ 1.000,00
1009	92.01.01.002-8	TAXA DE CONTRASTE PARA EXAMES DE IMAGENS	R\$ 150,00
1010	02.07.01.001-3	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA CRÂNIO CEREBRAL (ENCEFALO)	R\$ 460,00
1011	92.01.01.002-9	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA AORTA TORACICA	R\$ 460,00
1012	92.01.01.003-0	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA AORTA ABDOMINAL	R\$ 460,00
1013	02.07.01.001-3	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA VENOSA E/OU ARTERIAL CRÂNIO OU PESCOÇO	R\$ 460,00
1014	92.01.01.003-1	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA VENOSA E/OU ARTERIAL ABDOMEM SUPERIOR	R\$ 460,00
1015	92.01.01.003-2	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA VENOSA E/OU ARTERIAL ABDOMEM INFERIOR	R\$ 460,00

1016	92.01.01.003-3	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA VENOSA E/OU ARTERIAL MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R\$ 460,00
1017	92.01.01.003-4	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA VENOSA E/OU ARTERIAL MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R\$ 460,00
1018	92.01.01.003-5	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA VENOSA E/OU ARTERIAL PELVE	R\$ 460,00
1019	92.01.01.003-6	ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA VENOSA E/OU ARTERIAL PULMONAR	R\$ 460,00
1020	02.07.01.002-1	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	R\$ 380,00
1021	02.07.01.003-0	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	R\$ 380,00
1022	02.07.01.004-8	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 380,00
1023	02.07.01.005-6	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	R\$ 380,00
1024	02.07.01.006-4	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	R\$ 380,00
1025	02.07.01.007-2	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	R\$ 380,00
1026	02.07.02.001-9	RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE	R\$ 702,36
1027	02.07.02.002-7	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R\$ 380,00
1028	02.07.02.003-5	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	R\$ 380,00
1029	02.07.03.001-4	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR (UNILATERAL)	R\$ 380,00
1030	02.07.03.002-2	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR	R\$ 380,00
1031	02.07.03.003-0	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R\$ 380,00
1032	02.07.03.004-9	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA	R\$ 380,00
1033	02.07.01.006-4	RESSONANCIA MAGNETICA DE ÓRBITA LATERAL	R\$ 380,00
1034	02.07.01.006-4	RESSONANCIA MAGNETICA DE OSSOS TEMPORAIS BILATERAL	R\$ 380,00
1035	02.07.01.006-4	RESSONANCIA MAGNETICA DE FACE (INCLUI SEIOS DA FACE)	R\$ 380,00
1036	02.07.02.002-7	RESSONANCIA MAGNETICA DE PESCOÇO	R\$ 380,00
1037	02.07.03.003-0	RESSONANCIA MAGNETICA DE PÊNIS	R\$ 380,00
1038	02.07.03.003-0	RESSONANCIA MAGNETICA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 380,00
1039	02.07.02.002-7	RESSONANCIA MAGNETICA DE MÃO (NÃO INCLUI PUNHO)	R\$ 380,00
1040	02.07.03.003-0	RESSONANCIA MAGNETICA DE COXA UNILATERAL	R\$ 380,00
1041	02.07.03.003-0	RESSONANCIA MAGNETICA DE PÉ NÃO INCLUI TORNOZELO	R\$ 380,00
1042	02.07.03.003-0	RESSONANCIA MAGNETICA DE PERNA	R\$ 380,00
1043	02.07.02.003-5	RESSONANCIA MAGNETICA DE MAMA BILATERAL	R\$ 380,00
1044	92.01.01.003-7	RESSONANCIA MAGNETICA DE FLUXO LIQUÓRDICO COMO COMPLEMENTAR	R\$ 380,00
1045	02.07.02.001-9	RESSONANCIA MAGNETICA DE AVALIAÇÃO DE FERRO (CORÇÃO OU FÍGADO)	R\$ 380,00
1046	02.07.01.004-8	RESSONANCIA MAGNETICA TRACTOGRAFIA	R\$ 380,00
1047	92.01.01.003-8	RESSONANCIA MAGNETICA DIFUSÃO POR RM	R\$ 380,00
1048	92.01.01.003-9	RESSONANCIA MAGNETICA PLANEJAMENTO	R\$ 380,00
1049	02.07.03.002-2	RESSONANCIA MAGNETICA ENDORRETAL	R\$ 380,00
1050	02.07.03.002-2	RESSONANCIA MAGNETICA ENDOVAGINAL	R\$ 380,00
1051	02.07.01.006-4	RESSONANCIA MAGNETICA NEURONAVEGADOR	R\$ 380,00
1052	92.01.01.004-0	RESSONANCIA MAGNETICA ENDOGENA	R\$ 380,00
1053	02.07.02.001-9	RESSONANCIA MAGNETICA CORAÇÃO MORFOLÓGICO FUNCIONAL (PERFUSÃO+ESTRESSE)	R\$ 802,36

1054	02.07.02.001-9	RESSONANCIA MAGNETICA CORAÇÃO FUNCIONAL (PERFUSÃO + VIAS BILIARES MIOCÁRDIO)	R\$ 1.200,00
1055	92.01.01.005-0	HIDRORRESSONÂNCIA	R\$ 550,00
1056	02.07.01.006-4	RESSONANCIA MAGNETICA NEURO EIXO	R\$ 1.520,00
1057	02.08.01.001-7	CINTILOGRAFIA DE CORACAO C/ GALIO 67	R\$ 1.200,00
1058	02.08.01.002-5	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE ESTRESSE (MINIMO 3 PROJECOES)	R\$ 600,00
1059	02.08.01.003-3	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE REPOUSO (MINIMO 3 PROJECOES)	R\$ 550,00
1060	02.08.01.004-1	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ LOCALIZACAO DE NECROSE (MINIMO 3 PROJECOES)	R\$ 500,00
1061	02.08.01.005-0	CINTILOGRAFIA P/ AVALIACAO DE FLUXO SANGUINEO DE EXTREMIDADES	R\$ 350,00
1062	02.08.01.006-8	CINTILOGRAFIA P/ QUANTIFICACAO DE SHUNT EXTRACARDIACO	R\$ 406,29
1063	02.08.01.007-6	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE ESFORCO	R\$ 500,00
1064	02.08.01.008-4	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE REPOUSO (VENTRICULOGRAFIA)	R\$ 500,00
1065	02.08.01.009-2	DETERMINACAO DE FLUXO SANGUINEO REGIONAL	R\$ 320,00
1066	02.08.02.001-2	CINTILOGRAFIA DE FIGADO E BACO (MINIMO 5 IMAGENS)	R\$ 550,00
1067	02.08.02.002-0	CINTILOGRAFIA DE FIGADO E VIAS BILIARES	R\$ 550,00
1068	02.08.02.003-9	CINTILOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTIMULO	R\$ 300,00
1069	02.08.02.004-7	CINTILOGRAFIA DE PANCREAS	R\$ 900,00
1070	02.08.02.005-5	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (LIQUIDO)	R\$ 425,13
1071	02.08.02.006-3	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (SEMI-SOLIDO)	R\$ 362,89
1072	02.08.02.007-1	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO GASTRICO	R\$ 450,00
1073	02.08.02.008-0	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL	R\$ 300,00
1074	02.08.02.009-8	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA	R\$ 480,00
1075	02.08.02.010-1	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NAO ATIVA	R\$ 502,41
1076	02.08.02.011-0	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFAGICO	R\$ 441,79
1077	02.08.02.012-8	IMUNO-CINTILOGRAFIA (ANTICORPO MONOCLONAL)	R\$ 3.180,00
1078	02.08.03.001-8	CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES	R\$ 324,54
1079	02.08.03.002-6	CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE COM OU SEM CAPTAÇÃO	R\$ 77,28
1080	02.08.03.003-4	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ TESTE DE SUPRESSAO / ESTIMULO	R\$ 107,30
1081	02.08.03.004-2	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTEIRO	R\$ 338,70
1082	02.08.03.005-0	TESTE DO PERCLORATO C/ RADIOISOTOPO	R\$ 300,00
1083	02.08.04.002-1	CINTILOGRAFIA DE RIM C/ GALIO 67	R\$ 457,55
1084	02.08.04.003-0	CINTILOGRAFIA DE TESTICULO E BOLSA ESCROTAL	R\$ 310,00
1085	02.08.04.005-6	CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)	R\$ 133,03
1086	02.08.04.006-4	CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA	R\$ 122,97
1087	02.08.04.007-2	CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA	R\$ 144,50
1088	02.08.04.008-0	DETERMINACAO DE FILTRACAO GLOMERULAR	R\$ 250,00
1089	02.08.04.009-9	DETERMINACAO DE FLUXO PLASMATICO RENAL	R\$ 250,00
1090	02.08.04.010-2	ESTUDO RENAL DINAMICO C/ OU S/ DIURETICO	R\$ 420,00
1091	02.08.05.001-9	CINTILOGRAFIA DE ARTICULACOES E/OU EXTREMIDADES E/OU OSSO	R\$ 180,32

1092	02.08.05.002-7	CINTILOGRAFIA DE ESQUELETO (CORPO INTEIRO)	R\$ 480,00
1093	02.08.05.003-5	CINTILOGRAFIA DE OSSOS COM OU SEM FLUXO SANGUÍNEO (CORPO INTEIRO)	R\$ 190,99
1094	02.08.05.004-3	CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO OSSEO C/ GALIO 67	R\$ 457,55
1095	02.08.06.001-4	CINTILOGRAFIA DE PERFUSAO CEREBRAL C/ TALIO (SPCTO)	R\$ 438,01
1096	02.08.06.002-2	CISTERNOCINTILOGRAFIA (INCLUINDO PESQUISA E/OU AVALIACAO DO TRANSITO LIQUORICO)	R\$ 325,34
1097	02.08.06.003-0	ESTUDO DE FLUXO SANGUINEO CEREBRAL	R\$ 490,00
1098	02.08.07.001-0	CINTILOGRAFIA DE PULMAO C/ GALIO 67	R\$ 324,54
1099	02.08.07.002-8	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO P/ PESQUISA DE ASPIRAÇÃO	R\$ 450,00
1100	02.08.07.003-6	CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR INALACAO (MINIMO 2 PROJECOES)	R\$ 128,12
1101	02.08.07.004-4	CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR PERFUSAO (MINIMO 4 PROJECOES)	R\$ 130,50
1102	02.08.08.001-5	CINTILOGRAFIA DE SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL (MEDULA OSSEA)	R\$ 112,81
1103	02.08.08.002-3	DEMONSTRACAO DE SEQUESTRO DE HEMACIAS PELO BACO (C/ RADIOISOTOPOS)	R\$ 550,00
1104	02.08.08.003-1	DETERMINACAO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS (C/ RADIOISOTOPOS)	R\$ 430,00
1105	02.08.02.012-8	LINFOCINTILOGRAFIA	R\$ 141,33
1106	02.08.09.001-0	CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GALIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS	R\$ 906,80
1107	02.08.09.002-9	CINTILOGRAFIA DE GLANDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA)	R\$ 66,23
1108	02.08.09.003-7	CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)	R\$ 289,13
1109	02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA AMBULATORIAL	R\$ 800,00
1110	02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	R\$ 250,00
1111	02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA INFANTIL (AMBIENTE HOSPITALAR)	R\$ 600,00
1112	02.09.01.005-3	RETOSSIGMOIDOSCOPIA	R\$ 200,00
1113	02.09.01.005-3	RETOSSIGMOIDOSCOPIA(AMBIENTE HOSPITALAR)	R\$ 570,00
1114	02.09.02.001-6	CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA E/OU URETROSCOPIA	R\$ 300,00
1115	02.09.04.002-5	LARINGOSCOPIA	R\$ 94,28
1116	02.10.01.002-9	ANGIOGRAFIA DE ARCO AORTICO	R\$ 275,00
1117	02.10.01.004-5	AORTOGRAFIA ABDOMINAL	R\$ 375,00
1118	02.10.01.005-3	AORTOGRAFIA TORACICA	R\$ 170,44
1119	02.10.01.006-1	ARTERIOGRAFIA CERVICO-TORACICA	R\$ 302,00
1120	02.10.01.007-0	ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO	R\$ 359,00
1121	02.10.01.008-8	ARTERIOGRAFIA DIGITAL (POR VIA VENOSA)	R\$ 200,01
1122	02.10.01.009-6	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE DOENCA ARTERIOSCLEROTICA AORTO-ILIACA E DISTAL	R\$ 907,00
1123	02.10.01.010-0	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE HEMORRAGIA CEREBRAL	R\$ 755,00
1124	02.10.01.011-8	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE ISQUEMIA CEREBRAL	R\$ 504,43
1125	02.10.01.012-6	ARTERIOGRAFIA PELVICA	R\$ 170,44
1126	02.10.01.013-4	ARTERIOGRAFIA SELETIVA DE CAROTIDA	R\$ 334,00
1127	02.10.01.014-2	ARTERIOGRAFIA SELETIVA POR CATETER (POR VASO)	R\$ 201,51
1128	02.10.01.015-0	ARTERIOGRAFIA SELETIVA VERTEBRAL	R\$ 400,00
1129	02.10.01.016-9	ESPLENOPORTOGRAFIA	R\$ 182,45

1130	02.10.01.017-7	FLEBOGRAFIA DE MEMBRO	R\$ 145,05
1131	02.10.02.001-6	COLANGIOGRAFIA TRANSCUTANEA	R\$ 45,34
1132	02.09.04.004-1	NASOFIBROLARINGOSCOPIA	R\$ 150,00
1133	02.09.04.004-1	VIDEONASOLARINGOSCOPIA	R\$ 150,00
1134	02.09.04.004-1	VIDEOLARINGOSCOPIA	R\$ 150,00
PROCEDIMENTOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS			
1135	02.01.01.002-0	BIOPSIA / PUNCAO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE	R\$ 150,00
1136	02.01.01.006-2	BIOPSIA DE BEXIGA	R\$ 330,00
1137	02.01.01.027-5	BIOPSIA MEDULA ÓSSEA	R\$ 170,00
1138	02.01.01.037-2	BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES	R\$ 100,00
1139	02.01.01.038-0	BIOPSIA DE PENIS	R\$ 165,00
1140	02.01.01.041-0	BIÓPSIA DE PRÓSTATA VIA TRANSRETAL	R\$ 350,00
1141	02.01.01.050-0	BIOPSIA/PUNÇÃO DE VAGINA	R\$ 250,00
1142	02.01.01.051-8	BIOPSIA/PUNÇÃO DE VULVA	R\$ 250,00
1143	02.01.01.052-6	BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA	R\$ 100,00
1144	02.01.01.054-2	BIOPSIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA / ULTRASSONOGRAFIA / RESSONÂNCIA MAGNÉTICA / RAIOS X	R\$ 250,00
1145	02.01.01.058-5	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA/TIREÓIDE POR AGULHA FINA (PAAF)	R\$ 250,00
1146	02.01.01.060-7	PUNÇÃO DE MAMA POR AGULHA GROSSA (CORE BIOPSY)	R\$ 300,00
1147	02.11.04.002-9	COLPOSCOPIA	R\$ 250,00
1148	02.11.04.004-5	HISTEROSCOPIA (DIAGNOSTICA)	R\$ 700,00
1149	02.11.09.001-8	AVALIAÇÃO URODINÂMICA COMPLETA	R\$ 650,00
1150	02.11.09.007-7	UROFLUXOMETRIA	R\$ 84,00
1151	03.01.04.014-1	INSERÇÃO DO DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)	R\$ 80,00
1152	03.01.04.015-0	RETIRADA DO DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)	R\$ 80,00
1153	03.01.10.009-8	ENEMA	R\$ 110,00
1154	03.01.10.028-4	CURATIVO SIMPLES	R\$ 30,00
1155	04.01.01.001-5	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	R\$ 38,84
1156	04.01.01.004-0	ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÃO CUTÂNEA	R\$ 150,00
1157	04.01.01.005-8	EXCISÃO DE LESÃO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA	R\$ 150,00
1158	04.01.01.007-4	EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBACEO / LIPOMA	R\$ 150,00
1159	04.01.01.010-4	INCISÃO E DRENAGEM DE ABSCESSO	R\$ 11,84
1160	04.01.02.017-7	CIRURGIA DE UNHA (CANTOPLASTIA)	R\$ 150,00
1161	04.04.01.027-0	REMOÇÃO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO UNI / BILATERAL	R\$ 13,00
1162	04.04.01.027-0	REMOÇÃO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO C/ CURETA E ÓPTICA RÍGIDA	R\$ 64,00
1163	04.09.04.024-0	VASECTOMIA	R\$ 450,00
1164	04.09.05.006-7	PLÁSTICA DE FREIO BÁLANO-PREPUÇAL	R\$ 250,00
1165	04.09.05.008-3	POSTECTOMIA	R\$ 500,00
1166	04.15.04.004-3	DEBRIDAMENTO DE ÚLCERA / NECROSE	R\$ 38,83

1167	04.04.01.030-0	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CAVIDADE AUDITIVA E NASAL	R\$ 30,00
1168	04.04.01.031-8	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO / FARINGE / LARINGE / NARIZ	R\$ 30,00
1169	04.04.02.009-7	EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA	R\$ 100,00
1170	93.01.01.000-1	APLICAÇÃO DE HEMOCRIP E ENDOCLIP + MUCOSECTOMIA	R\$ 1.083,00
1171	93.01.01.000-2	APLICAÇÃO DE PLASMA DE ARGÔNIO (COLON E RETO)	R\$ 900,00
1172	93.01.01.000-3	BAROPODOMETRIA	R\$ 200,00
1173	93.01.01.000-4	BLOQUEIO COM TOXINA BATULINICA TIPO A PARA TRATAMENTO DE SINTONIAS FOCAIS, ESPASMO HEMOFACIAL E ESPATICIDADE	R\$ 250,00
1174	93.01.01.000-5	EMBOLOGIZAÇÃO	R\$ 392,00
1175	93.01.01.000-6	DRENAGEM SECREÇÃO TIMPÂNICA	R\$ 85,00
1176	03.03.08.001-9	ELETROCAUTERIZAÇÃO PENIANA	R\$ 250,00
1177	03.03.08.001-9	ELETROCAUTERIZAÇÃO (ATÉ 3 LESÕES)	R\$ 150,00
1178	02.01.02.003-3	COLETA DE MATERIAL DO COLO DE ÚTERO PARA EXAME CITOPATOLÓGICO (PAPANICOLAU)	R\$ 40,00
1179	93.01.01.000-7	LIGADURA ESOFÁGICA	R\$ 2.200,00
1180	93.01.01.000-8	MAGNIFICAÇÃO 2 INCIDÊNCIAS	R\$ 120,00
1181	93.01.01.000-9	MAMOTOMIA POR ESTEROTAXIA (NÃO INCLUSO EXAME DE IMAGEM)	R\$ 2.700,00
1182	93.01.01.001-0	OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA (POR SESSÃO)	R\$ 240,00
1183	02.06.01.009-5	PET CT/PET SCAN	R\$ 3.100,00
1184	04.07.01.025-4	POLIPECTOMIA	R\$ 105,00
1185	04.07.01.025-4	POLIPECTOMIA AMBIENTE HOSPITALAR	R\$ 285,00
1186	03.03.09.003-0	INFILTRACAO DE SUBSTANCIAS EM CAVIDADE SINOVIAL (ARTICULACAO, BAINHA TENDINOSA)	R\$ 150,00
1187	03.03.12.005-3	TRATAMENTO DE DOR/METÁSTASE ÓSSEA COM RADIOISÓTOPO (POR TRATAMENTO-EXCETO CÂNCER DE TIREOIDE)	R\$ 468,38
1188	03.03.12.006-1	TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO (PLUMMER - ATE 30 MCI)	R\$ 443,70
1189	03.03.12.007-0	TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO GRAVES	R\$ 359,70
1190	03.04.09.001-8	IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DA TIREÓIDE (150 MCI)	R\$ 1.289,00
1191	03.04.09.002-6	IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DA TIREÓIDE (100 MCI)	R\$ 1.071,90
1192	03.04.09.003-4	IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DA TIREÓIDE (200 MCI)	R\$ 1.471,32
1193	03.04.09.004-2	IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DA TIREÓIDE (250 MCI)	R\$ 1.810,32
1194	03.04.09.005-0	IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIREOIDE(30mCi)	R\$ 443,70
1195	03.04.09.006-9	IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIREOIDE(50mCi)	R\$ 614,70
1196	03.09.07.001-5	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES C/ GLICOSE	R\$ 85,00
1197	03.09.07.001-5	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES C/ POLIDOCANOL	R\$ 250,00
1198	03.03.05.001-2	ACOMPANHAMENTO E AVALIACAO DE GLAUCOMA POR FUNDOSCOPIA E TONOMETRIA	R\$ 17,74
1199	03.03.05.002-0	EXERCICIOS ORTOPTICOS	R\$ 3,27
1200	03.03.05.003-9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA BINOCULAR (1ª LINHA)	R\$ 18,86
1201	03.03.05.004-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA BINOCULAR (2ª LINHA)	R\$ 79,38
1202	03.03.05.005-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA BINOCULAR (3ª LINHA)	R\$ 127,98
1203	03.03.05.006-3	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA MONOCULAR (1ª LINHA)	R\$ 12,44
1204	03.03.05.007-1	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA MONOCULAR (2ª LINHA)	R\$ 52,92

1205	03.03.05.008-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA MONOCULAR (3ª LINHA)	R\$ 85,33
1206	03.03.05.009-8	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE ACETAZOLAMIDA MONOCULAR OU BINOCULAR	R\$ 93,10
1207	03.03.05.010-1	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA MONOCULAR	R\$ 8,93
1208	03.03.05.011-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA BINOCULAR	R\$ 13,39
1209	03.03.05.013-6	TRATAMENTO CLÍNICO DE INTERCORRÊNCIAS OFTALMOLÓGICAS	R\$ 229,90
1210	03.03.05.014-4	TRATAMENTO CLÍNICO DE INTERCORRÊNCIAS OFTALMOLÓGICAS DE ORIGEM INFECCIOSA	R\$ 280,27
1211	03.03.05.015-2	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - MONOCULAR	R\$ 65,36
1212	03.03.05.016-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - BINOCULAR	R\$ 98,04
1213	03.03.05.017-9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR	R\$ 97,77
1214	03.03.05.018-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR	R\$ 148,64
1215	03.03.05.019-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR	R\$ 138,25
1216	03.03.05.020-9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR	R\$ 207,36
1217	03.03.05.021-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR- ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS	R\$ 150,69
1218	03.03.05.022-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR - ASSOCIAÇÃO 1ª, 2ª E 3ª LINHAS	R\$ 226,02
1219	03.03.05.023-3	TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE DOENÇA DA RETINA	R\$ 627,28
1220	04.05.01.001-0	CORRECAO CIRURGICA DE ENTROPIO E ECTROPIO	R\$ 390,00
1221	04.05.01.002-8	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE BLEFAROPLASTIA CADA OLHO INCLUINDO PRÉ-CONSULTA/,MATERIAL	R\$ 200,00
1222	04.05.01.002-8	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE EPICANTO E TELECANTO	R\$ 278,90
1223	04.05.01.003-6	DACRIOCISTORRINOSTOMIA	R\$ 681,87
1224	04.05.01.004-4	DRENAGEM DE ABSCESSO DE PALPEBRA	R\$ 22,93
1225	04.05.01.005-2	EPILACAO A LASER	R\$ 90,00
1226	04.05.01.006-0	EPILACAO DE CILIOS	R\$ 22,93
1227	04.05.01.007-9	EXÉRESE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESOES DA PALPEBRA E SUPERCILIOS	R\$ 250,00
1228	04.05.01.008-7	EXTIRPAÇÃO DE GLANDULA LACRIMAL	R\$ 577,44
1229	04.05.01.010-9	OCLUSAO DE PONTO LACRIMAL	R\$ 19,14
1230	04.05.01.011-7	RECONSTITUICAO DE CANAL LACRIMAL	R\$ 689,66
1231	04.05.01.012-5	RECONSTITUIÇÃO PARCIAL DE PALPEBRA COM TARSORRAFIA	R\$ 311,04
1232	04.05.01.013-3	RECONSTITUIÇÃO TOTAL DE PALPEBRA	R\$ 1.138,66
1233	04.05.01.015-0	SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL	R\$ 203,73
1234	04.05.01.016-8	SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS	R\$ 22,93
1235	04.05.01.017-6	SUTURA DE PALPEBRAS	R\$ 143,99
1236	04.05.01.018-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE BLEFAROCALASE (INCLUI MATERIAL + PRÉ CONSULTA/CADA OLHO)	R\$ 200,00
1237	04.05.01.019-2	TRATAMENTO CIRURGICO DE TRIQUIASE C/ OU S/ ENXERTO	R\$ 278,90
1238	04.05.03.001-0	APLICAÇÃO DE PLACA RADIOATIVA EPISCLERAL	R\$ 1.145,16
1239	04.05.03.002-9	BIOPSIA DE TUMOR INTRA OCULAR	R\$ 96,11
1240	04.05.03.003-7	CRIOTERAPIA OCULAR	R\$ 278,90
1241	04.05.03.004-5	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER	R\$ 180,00
1242	04.05.03.005-3	INJECAO INTRA-VITREO	R\$ 600,00

1243	04.05.03.007-0	RETINOPEXIA COM INTROFLEXÃO ESCLERAL	R\$ 1.074,86
1244	04.05.03.009-6	SUTURA DE ESCLERA	R\$ 161,19
1245	04.05.03.010-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEISCENCIA DE SUTURA DE ESCLERA	R\$ 159,37
1246	04.05.03.011-8	TRATAMENTO CIRURGICO DE MIIASE PALPEBRAL	R\$ 22,93
1247	04.05.03.012-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE NEOPLASIA DE ESCLERA	R\$ 259,20
1248	04.05.03.013-4	VITRECTOMIA ANTERIOR	R\$ 1.500,00
1249	04.05.03.014-2	VITRECTOMIA POSTERIOR	R\$ 1.862,63
1250	04.05.03.015-0	VITRIOLISE A YAG LASER	R\$ 54,00
1251	04.05.03.016-9	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER	R\$ 2.921,17
1252	04.05.03.017-7	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO/ÓLEO DE SILICONE/ENDOLASER	R\$ 6.800,00
1253	04.05.03.018-5	TERMOTERAPIA TRANSPUPILAR	R\$ 743,00
1254	04.05.03.019-3	PAN-FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA A LASER	R\$ 180,00
1255	04.05.04.007-5	EVISCERAÇÃO DE GLOBO OCULAR	R\$ 806,18
1256	04.05.04.009-1	EXÉRESE DE TUMOR MALIGNO INTRA-OCULAR	R\$ 650,00
1257	04.05.04.009-1	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE TUMOR DA PÁLPEBRA	R\$ 420,00
1258	04.05.04.019-9	TRATAMENTO CIRURGICO DE XANTELASMA	R\$ 250,00
1259	04.05.04.020-2	TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL	R\$ 430,00
1260	04.05.05.002-0	CAPSULOTOMIA A YAG LASER	R\$ 90,00
1261	04.05.05.007-0	CORRECAO CIRURGICA DE HERNIA DE IRIS	R\$ 787,03
1262	04.05.05.008-9	EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA	R\$ 650,00
1263	93.01.01.001-1	CIRURGIA REFRACTIVA	R\$ 2.976,75
1264	04.05.05.017-8	IRIDECTOMIA CIRURGICA	R\$ 297,46
1265	04.05.05.019-4	IRIDOTOMIA A LASER	R\$ 90,00
1266	04.05.05.026-7	SINEQUIOLISE A YAG LASER	R\$ 90,00
1267	04.05.05.029-1	SUTURA DE CONJUNTIVA	R\$ 82,29
1268	04.05.05.030-5	SUTURA DE CORNEA	R\$ 164,00
1269	04.05.05.032-1	TRABECULECTOMIA	R\$ 1.400,00
1270	04.05.05.035-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE GLAUCOMA CONGENITO	R\$ 701,70
1271	04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO	R\$ 595,00
1272	07.01.03.011-9	INSTALAÇÃO E SESSÃO DE APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA (AASI) EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO C (TRATAMENTO PARA PERDAS AUDITIVAS DE CLASSIFICAÇÃO LEVE E MODERADA, UNILATERAL, SENDO QUE CONTEMPLAM AS SEGUINTE ETAPAS 01 APARALHO E 01 AVALIAÇÃO)	R\$ 1.700,00
1273	07.01.03.011-9	INSTALAÇÃO E SESSÃO DE APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA (AASI) EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO C (TRATAMENTO PARA PERDAS AUDITIVAS DE CLASSIFICAÇÃO LEVE E MODERADA, UNILATERAL, SENDO QUE CONTEMPLAM AS SEGUINTE ETAPAS 02 APARELHOS E 01 AVALIAÇÃO)	R\$ 3.400,00
1274	07.01.03.014-3	INSTALAÇÃO E SESSÃO DE APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO C (TRATAMENTO PARA PERDAS AUDITIVAS PARA CLASSIFICAÇÃO SEVERA, UNILATERAL, SENDO QUE CONTEMPLAM AS SEGUINTE ETAPAS, 01 APARELHO E 01 AVALIAÇÃO TECNICA)	R\$ 1.700,00
1275	07.01.03.014-3	INSTALAÇÃO E SESSÃO DE APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO C (TRATAMENTO PARA PERDAS AUDITIVAS PARA CLASSIFICAÇÃO SEVERA, UNILATERAL, SENDO QUE CONTEMPLAM AS SEGUINTE ETAPAS, 02 APARELHO E 01 AVALIAÇÃO TECNICA)	R\$ 3.400,00
1276	04.05.05.037-2	LENTE RÍGIDA ESCLERAL SMART LENS	R\$ 955,00
1277	04.05.05.037-2	LENTE RÍGIDA ESCLERAL OPTOLENTES	R\$ 1.755,00

1278	04.05.05.037-2	FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL	R\$ 771,60
1279	04.17.01.005-2	BIOPSIA ANESTESIA LOCAL (OTORRINOLARINGOLOGISTA)	R\$ 200,00
1280	02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA + ALÇA	R\$ 400,00
1281	02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA + MUSECTOMIA	R\$ 680,00
1282	02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA + PINÇA	R\$ 273,00
1283	04.05.05.009-7	FACECTOMIA POR FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE ESPECIAL OU ESCLERAL	R\$ 1.650,00
1284	04.05.05.009-7	FACECTOMIA POR FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE ESPECIAL REVERSA RÍGIDA	R\$ 900,00
1285	93.01.01.001-2	POLIPECTOMIA COM ALÇA	R\$ 315,00
1286	93.01.01.001-3	POLIPECTOMIA COM ALÇA E PINÇA	R\$ 378,00
1287	93.01.01.001-4	POLIPECTOMIA COM PINÇA	R\$ 168,00
1288	02.01.01.058-5	PUNÇÃO ASPIRATIVA POR AGULHA FINA	R\$ 57,47
1289	02.01.01.041-0	BIÓPSIA DE PRÓSTATA	R\$ 350,00
1290	91.01.01.004-2	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM FRAGMENTOS MUTIPLS DE BIOPSIA DE MESMO ORGÃO OU TOPOGRAFIA, ACONDICIONADOS EM UM MESMO FRASCO	R\$ 36,94
1291	91.01.01.004-3	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM PEÇA ANATOMICA OU CIRURGIA SIMPLES	R\$ 36,94
1292	91.01.01.004-4	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM PEÇA ANATOMICA OU CIRURGIA COMPLEXA	R\$ 36,94
MÉTODOS GRÁFICOS			
1293	02.11.02.003-6	ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 14,18
1294	02.11.02.004-4	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	R\$ 100,00
1295	02.11.02.005-2	MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (M.A.P.A)	R\$ 94,50
1296	02.11.02.005-2	MONITORIZAÇÃO RESIDENCIAL DE PRESSÃO ARTERIAL (M.R.P.A.)	R\$ 94,50
1297	03.01.10.008-0	PRESSÃO CENTRAL	R\$ 99,75
1298	02.11.02.006-0	TESTE DE ESFORÇO ERGOMETRICO	R\$ 100,00
1299	02.11.05.003-2	ELETROENCEFALOGRAMA ROTINA COM SEDAÇÃO	R\$ 200,00
1300	02.11.05.004-0	ELETROENCEFALOGRAMA	R\$ 63,00
1301	02.11.05.005-9	ELETROENCEFALOGRAMA C/ MAPEAMENTO CEREBRAL	R\$ 200,00
1302	02.11.05.008-3	ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG) FACE	R\$ 280,00
1303	02.11.05.008-3	ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG)MMSS	R\$ 280,00
1304	02.11.05.008-3	ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG) MMII	R\$ 280,00
1305	02.11.05.008-3	ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG) MMII + MMSS	R\$ 480,00
1306	02.11.05.010-5	POLISSONOGRAFIA TIPO 1, 2 E 3	R\$ 500,00
1307	02.11.05.010-5	POLISSONOGRAFIA TIPO 4	R\$ 194,00
1308	02.11.05.011-3	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO (TRONCO ENCEFÁLICO -BERA)	R\$ 200,00
1309	02.11.05.011-3	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO (TRONCO ENCEFÁLICO COM SEDAÇÃO)	R\$ 200,00
1310	02.11.05.013-0	POTENCIAL SOMATO-SENSITIVO (PESS) MMSS	R\$ 280,00
1311	02.11.05.013-0	POTENCIAL SOMATO-SENSITIVO (PESS) MMII	R\$ 280,00
1312	02.11.05.013-0	POTENCIAL SOMATO-SENSITIVO (PESS) MMII + MMSS	R\$ 480,00
1313	02.11.05.012-1	POTENCIAL EVOCADO VISUAL	R\$ 200,00
1314	02.11.06.001-1	BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)	R\$ 48,48

1315	02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRÁFICO	R\$ 120,00
1316	02.11.06.010-0	FUNDOSCOPIA	R\$ 8,43
1317	02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA	R\$ 40,00
1318	02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA	R\$ 24,40
1319	02.11.06.014-3	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA	R\$ 60,60
1320	02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	R\$ 128,00
1321	02.11.06.018-6	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	R\$ 128,00
1322	02.11.06.025-9	TONOMETRIA	R\$ 24,40
1323	02.11.06.026-7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Córnea	R\$ 120,00
1324	02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA	R\$ 400,00
1325	02.11.07.002-5	AUDIOMETRIA DE REFORCO VISUAL (VIA AEREA / OSSEA)	R\$ 25,00
1326	02.11.07.003-3	AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE	R\$ 21,13
1327	02.11.07.004-1	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA)	R\$ 25,20
1328	02.11.07.014-9	EMISSÕES OTOACÚSTICAS EVOCADAS PARA TRIAGEM AUDITIVA (TESTE DA ORELHINHA)	R\$ 50,00
1329	02.11.07.015-7	ESTUDO DE EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS TRANSITORIAS E PRODUTOS DE DISTORCAO (EOA)	R\$ 100,00
1330	02.11.07.020-3	IMITANCIOMETRIA	R\$ 26,25
1331	02.11.07.021-1	LOGOAUUDIOMETRIA (LDV-IRF-LRF)	R\$ 32,55
1332	02.11.07.026-2	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA MEDIA E LONGA LATENCIA	R\$ 46,88
1333	02.11.07.034-3	TESTES DE PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL (PAC) + AUDIOMETRIA COMPLETA	R\$ 300,00
1334	02.11.07.035-1	TESTES VESTIBULARES / OTONEUROLOGICOS	R\$ 120,00
1335	02.11.08.005-5	ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNCAO PULMONAR COM BRONCODILATADOR	R\$ 84,00
1336	92.01.01.005-4	CALOROMETRIA	R\$ 40,00
ODONTOLOGIA			
1337	03.01.01.004-8	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA (EXCETO MÉDICO) CIRURGIÃO DENTISTA	R\$ 40,00
1338	03.01.01.004-8	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) CIRURGIÃO DENTISTA DE PACIENTES C/CUIDADOS ESPECIAIS)	R\$ 100,00
1339	03.01.01.004-8	PLANTÃO DE ODONTOLOGIA 01 HORA	R\$ 60,00
BUCOMAXILO			
1340	02.01.01.052-6	BIÓPSIA DOS TECIDO MOLES DA BOCA	R\$ 100,00
1341	04.14.02.005-7	CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR	R\$ 150,00
1342	04.14.02.012-0	EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO	R\$ 100,00
1343	04.14.02.013-8	EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE	R\$ 100,00
1344	04.14.02.014-6	EXODONTIA MÚLTIPLA COM ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE	R\$ 150,00
1345	04.14.02.027-8	REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO)	R\$ 150,00
ENDODONTIA			
1346	03.07.02.008-8	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR	R\$ 400,00
1347	03.07.02.009-6	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE COM 3 OU MAIS RAÍZES	R\$ 500,00
1348	03.07.02.010-0	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR	R\$ 300,00
1349	03.07.02.003-7	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE DECÍDUO	R\$ 100,00

1350	03.07.02.004-5	TRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR	R\$ 400,00
1351	03.07.02.006-1	TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE COM 3 OU MAIS RAÍZES	R\$ 500,00
1352	03.07.02.005-3	TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR	R\$ 300,00
PERIODONTIA			
1353	03.07.03.008-3	TRATAMENTO DE PERICORONARITE	R\$ 50,00
1354	04.14.02.008-1	ENXERTO GENGIVAL	R\$ 200,00
1355	03.07.03.002-4	RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAS (POR SEXTANTE)	R\$ 100,00
1356	03.07.03.003-2	RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE)	R\$ 40,00
1357	04.14.02.037-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE)	R\$ 40,00
PACIENTES ESPECIAIS			
1358	01.01.02.007-4	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR	R\$ 50,00
1359	03.07.01.003-1	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR COM RESINA COMPOSTA	R\$ 70,00
1360	03.07.01.008-2	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM RESINA COMPOSTA	R\$ 70,00
1361	03.07.01.010-4	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM IONÔMERO DE VIDRO	R\$ 70,00
1362	03.07.01.011-2	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO ANTERIOR COM RESINA COMPOSTA.	R\$ 70,00
1363	03.07.01.012-0	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR COM RESINA COMPOSTA	R\$ 70,00
1364	03.07.02.007-0	PULPOTOMIA DENTÁRIA	R\$ 125,00
1365	03.07.03.002-4	RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAS (POR SEXTANTE)	R\$ 100,00
1366	03.07.03.004-0	PROFILAXIA / REMOÇÃO DA PLACA BACTERIANA	R\$ 50,00
1367	03.07.03.005-9	RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAS (POR SEXTANTE)	R\$ 100,00
1368	03.07.01.003-1	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR COM RESINA COMPOSTA (PACIENTES CUIDADOS ESPECIAIS)	R\$ 70,00
1369	03.07.01.008-2	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM RESINA COMPOSTA (PACIENTES CUIDADOS ESPECIAIS)	R\$ 70,00
1370	03.07.01.010-4	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM IONÔMERO DE VIDRO (PACIENTES CUIDADOS ESPECIAIS)	R\$ 70,00
1371	03.07.01.011-2	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO ANTERIOR COM RESINA COMPOSTA (PACIENTES CUIDADOS ESPECIAIS)	R\$ 70,00
1372	03.07.01.012-0	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR COM RESINA COMPOSTA (PACIENTES CUIDADOS ESPECIAIS)	R\$ 70,00
1373	03.07.02.003-7	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE DECÍDUO (PACIENTES CUIDADOS ESPECIAIS)	R\$ 125,00
1374	03.07.03.004-0	PROFILAXIA / REMOÇÃO DA PLACA BACTERIANA (PACIENTES CUIDADOS ESPECIAIS)	R\$ 75,00
1375	04.14.02.012-0	EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO (PACIENTES CUIDADOS ESPECIAIS)	R\$ 150,00
1376	03.07.01.003-1	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR COM RESINA COMPOSTA (PACIENTES EXCEPCIONAIS)	R\$ 100,00
1377	03.07.01.008-2	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM RESINA COMPOSTA (PACIENTES EXCEPCIONAIS)	R\$ 100,00
1378	03.07.01.010-4	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM IONÔMERO DE VIDRO (PACIENTES EXCEPCIONAIS)	R\$ 100,00
1379	03.07.01.011-2	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO ANTERIOR COM RESINA COMPOSTA (PACIENTES EXCEPCIONAIS)	R\$ 100,00
1380	03.07.01.012-0	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR COM RESINA COMPOSTA (PACIENTES EXCEPCIONAIS)	R\$ 100,00
1381	04.14.02.012-0	EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO (PACIENTES EXCEPCIONAIS)	R\$ 100,00
PROTESISTA			
1382	03.07.04.016-0	INSTALAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA (C/MATERIAL DE MOLDAGEM INCLUSO + INSTALAÇÃO PRÓTESE DENTÁRIA)	R\$ 330,00
1383	07.01.07.009-9	PROTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVIVEL	R\$ 200,00
1384	07.01.07.010-2	PROTESE PARCIAL MAXILAR REMOVIVEL	R\$ 200,00

1385	07.01.07.012-9	PROTESE TOTAL MANDIBULAR	R\$ 250,00
1386	07.01.07.013-7	PROTESE TOTAL MAXILAR	R\$ 250,00
1387	03.07.04.014-3	CONSERTO DE PRÓTESE DENTÁRIA	R\$ 100,00