

**ANEXO I****TERMO DE REFERÊNCIA****1. DO OBJETO**

1.1 O presente Edital tem por objeto o **CRENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA ÁREA DA SAÚDE** para atender as demandas dos municípios integrantes do CIRAU, nos seguintes segmentos: Consultas Especializadas na modalidade presencial e on-line – todas as áreas; Exames de imagens – Raio X; Ultrassonografia; Tomografia Computadorizada; Ressonância Magnética; Cintilografias entre outros; Exames Oftalmológicos; Exames Anatomopatológicos; Exames de Neurologia; Outros Exames Especializados; Medicina Nuclear; Procedimentos cirúrgicos; Biopsias; Procedimentos de Proctologia, enfim, todas as áreas da saúde e diretamente aos segmentos, conforme as condições estabelecidas neste Edital e anexos.

ITEM	SERVIÇO/PROCEDIMENTO	QUANT	VALOR
A	Grupo: CONSULTAS		
1	AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA	01	R\$ 165,00
2	AVALIAÇÃO NEUROPSICOPEDAGÓGICA	01	R\$ 165,00
3	CONSULTA/ SERVIÇO FONOAUDIOLOGIA	01	R\$ 165,00
4	CONSULTA MÉDICA - CLÍNICA GERAL	01	R\$ 188,00
5	CONSULTA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	01	R\$ 188,00
6	CONSULTA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CIRURGIÃO TORÁCICO	01	R\$ 188,00
7	CONSULTA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - ANGIOLOGISTA	01	R\$ 188,00
8	CONSULTA ESPECIALIZADA - ALERGISTA E IMUNOLOGISTA	01	R\$ 188,00
9	CONSULTA ESPECIALIZADA - CIRURGIA GERAL	01	R\$ 188,00
10	CONSULTA ESPECIALIZADA - CIRURGIÃO VASCULAR	01	R\$ 188,00
11	CONSULTA ESPECIALIZADA - CARDIOLOGIA	01	R\$ 188,00
12	CONSULTA ESPECIALIZADA - COLOPROCTOLOGIA	01	R\$ 188,00
13	CONSULTA ESPECIALIZADA - DERMATOLOGIA	01	R\$ 188,00
14	CONSULTA ESPECIALIZADA - ENDOCRINOLOGIA - METABOLOGIA	01	R\$ 188,00
15	CONSULTA ESPECIALIZADA - GASTROENTEROLOGISTA	01	R\$ 188,00
16	CONSULTA ESPECIALIZADA - GERIATRIA	01	R\$ 188,00
17	CONSULTA ESPECIALIZADA - GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	01	R\$ 188,00
18	CONSULTA ESPECIALIZADA - HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA	01	R\$ 188,00
19	CONSULTA ESPECIALIZADA - INFECTOLOGISTA	01	R\$ 188,00
20	CONSULTA ESPECIALIZADA - MASTOLOGIA	01	R\$ 188,00
21	CONSULTA ESPECIALIZADA - MÉDICO DO TRABALHO (COM LAUDO)	01	R\$ 188,00
22	CONSULTA ESPECIALIZADA - NEFROLOGIA	01	R\$ 188,00
23	CONSULTA ESPECIALIZADA - NEUROCIRURGIA	01	R\$ 188,00
24	CONSULTA ESPECIALIZADA - NEUROLOGIA PEDIÁTRICA	01	R\$ 188,00
25	CONSULTA ESPECIALIZADA - NEUROLOGIA	01	R\$ 188,00
26	CONSULTA ESPECIALIZADA - OFTALMOLOGIA	01	R\$ 188,00
27	CONSULTA ESPECIALIZADA - ONCOLOGIA	01	R\$ 188,00
28	CONSULTA ESPECIALIZADA - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	01	R\$ 188,00
29	CONSULTA ESPECIALIZADA - OTORRINOLARINGOLOGISTA	01	R\$ 188,00
30	CONSULTA ESPECIALIZADA - PEDIATRIA	01	R\$ 188,00
31	CONSULTA ESPECIALIZADA - PNEUMOLOGISTA	01	R\$ 188,00
32	CONSULTA ESPECIALIZADA - PSÍQUIATRIA	01	R\$ 188,00
33	CONSULTA ESPECIALIZADA - RADIOTERAPIA	01	R\$ 188,00
34	CONSULTA ESPECIALIZADA - REUMATOLOGIA	01	R\$ 188,00
35	CONSULTA ESPECIALIZADA - UROLOGISTA	01	R\$ 188,00
B	Grupo: RAIOS X		
36	RX PERNA	01	R\$ 40,00
37	COLANGIOGRAFIA TRANS OPERATORIA COM CONTRASTE	01	R\$ 150,00
38	COLEANGIOGRAFIA POS OPERATORIA COM CONTRASTE	01	R\$ 150,00
39	DOCUMENTAÇÃO ORTODONTICA BASICA PARA COLOCAR APARELHO	01	R\$ 90,00
40	ESCANOMETRIA	01	R\$ 37,00
41	FISTULOGRAFIA	01	R\$ 129,00
42	HISTEROSSALPINGAGRAFIA	01	R\$ 380,00
43	PUNÇÃO PERC DE ORG CAV ESTRUT SUP	01	R\$ 380,00



44	RADIOGRAFIA DE ATM	01	R\$	75,00
45	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL	01	R\$	25,00
46	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	01	R\$	40,00
47	RADIOGRAFIA PERIAPICAL	01	R\$	25,00
48	RX - RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS SUPERIORES INFERIORES	01	R\$	50,00
49	RX ABDOMEN AGUDO	01	R\$	50,00
50	RX ABDOMEN SIMPLES	01	R\$	40,00
51	RX ANTEBRAÇO	01	R\$	40,00
52	RX ARTICULAÇÃO COXO-FEMURAL	01	R\$	40,00
53	RX ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL	01	R\$	40,00
54	RX ARTICULAÇÃO SACRO ILÍACA	01	R\$	40,00
55	RX ARTICULAÇÃO TÍBIO TÁRSICA - TORNOZELO	01	R\$	40,00
56	RX ARTICULAÇÕES TEMPORO MANDIBULAR	01	R\$	40,00
57	RX BACIA	01	R\$	40,00
58	RX BRAÇO (UMERO)	01	R\$	40,00
59	RX CALCANEIO	01	R\$	40,00
60	RX CAVUM	01	R\$	40,00
61	RX CLAVÍCULA	01	R\$	40,00
62	RX COLUNA CERVICAL	01	R\$	40,00
63	RX COLUNA CERVICAL COM OBLICUAS	01	R\$	40,00
64	RX COLUNA CERVICAL FUNCIONAL OU DINAMICA	01	R\$	40,00
65	RX COLUNA DORSAL	01	R\$	40,00
66	RX COLUNA LOMBO SACRA	01	R\$	40,00
67	RX COLUNA LOMBO SACRA FUNC DINAMICA	01	R\$	40,00
68	RX COLUNA LOMBP SACRA COM OBLICUAS	01	R\$	51,00
69	RX COLUNA PARA ESCOLIOSE PANORAMICA	01	R\$	40,00
70	RX COLUNA SACRO COCCIX	01	R\$	40,00
71	RX INCIDÊNCIA ADICIONAL DE COLUNA	01	R\$	18,00
72	RX INCIDENCIA ADICIONAL DE MEMBRO INFERIOR	01	R\$	17,00
73	RX COSTELAS POR HEMITORAX	01	R\$	40,00
74	RX COTOVELO	01	R\$	32,00
75	RX COXA	01	R\$	40,00
76	RX CRANIO	01	R\$	40,00
77	RX CRANIO LAT BRETON	01	R\$	40,00
78	RX DEDOS DA MAO	01	R\$	32,00
79	RX ESOFAGO COM CONTRASTE	01	R\$	55,00
80	RX ESOFAGO ESTOMAGO E DUODENO COM CONTRASTE	01	R\$	115,00
81	RX EXTERNO	01	R\$	40,00
82	RX INTESTINO DELGADO EM TRÂNSITO COM CONTRASTE	01	R\$	92,00
83	RX JOELHO	01	R\$	32,00
84	RX LARINGE	01	R\$	60,00
85	RX MAO E PUNHO PARA IDADE OSSEA	01	R\$	32,00
86	RX MAO OU QUIRODATILO	01	R\$	32,00
87	RX MASTOIDES E ROCHEDOS BILATERAL	01	R\$	55,00
88	RX MAXILAR INFERIOR	01	R\$	40,00
89	RX MEDIASTINO	01	R\$	40,00
90	RX OMOPLATA OU OMBRO FUNCIONAL	01	R\$	40,00
91	RX ORBITAS	01	R\$	40,00
92	RX OSSOS DA FACE	01	R\$	40,00
93	RX PE OU PODODATILO	01	R\$	32,00
94	RX PUNHO	01	R\$	32,00
95	RX ROTULA - PATELA	01	R\$	40,00
96	RX SEIOS DA FACE	01	R\$	40,00
97	RX SELA TURSICA	01	R\$	40,00
98	RX TORAX AP P	01	R\$	40,00
99	URETROCISTOGRAFIA COM CONTRASTE - ADULTO E INFANTIL	01	R\$	355,00
100	URETROCISTOGRAFIA - ADULTO	01	R\$	77,00
101	URETROCISTOGRAFIA - INFANTIL ATÉ 12 ANOS	01	R\$	105,00
102	URETROCISTOGRAFIA RETRÓGADA	01	R\$	74,00
103	RX FISULOGRAFIA	01	R\$	150,00
104	RX FLEBOGRAFIA	01	R\$	340,00
105	RX DACRIOCISTOGRAFIA UM OLHO	01	R\$	420,00



106	RX DACRIOCISTOGRAFIA DOIS OLHOS	01	R\$ 630,00
C	Grupo: CONTRASTE		
107	CONTRASTE IONICO ADULTO OU INFANTIL	01	R\$ 120,00
108	CONTRASTE TC	01	R\$ 120,00
109	CONTRASTE PARA ANGIORESSONANCIA	01	R\$ 160,00
110	CONTRASTE PARA ANGIOTOMOGRAFIA	01	R\$ 160,00
111	CONTRASTE PARA RESSONÂNCIA	01	R\$ 120,00
112	CONTRASTE PARA RESSONANCIA HEMATO-ESPECÍFICO	01	R\$ 500,00
113	CONTRASTE NAO IONICO - TC TORAX	01	R\$ 120,00
114	CONTRASTE NÃO IONICO - TC ABDOMEN	01	R\$ 120,00
D	Grupo: NEUROLOGICOS		
115	ELETOENCEFALOGRAMA COM MAPEAMENTO CEREBRAL	01	R\$ 120,00
116	ELETOENCEFALOGRAMA EM SONO E VIGILIA	01	R\$ 350,00
117	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MEMBRO INF - SEG	01	R\$ 287,00
118	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MEMBRO SUP - SEG	01	R\$ 287,00
119	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMII	01	R\$ 287,00
120	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS	01	R\$ 287,00
121	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS E MMII	01	R\$ 550,00
122	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE TRONCO CEREBRAL (PEA-TC)	01	R\$ 167,00
123	VECTOELETRONISTAGMOGRAFIA - COMPUTADORIZADA	01	R\$ 130,00
124	TESTES VESTIBULARES, COM VECTO-ELETRONISTAGMOGRAFIA	01	R\$ 130,00
E	Grupo: ULTRASONOGRAFIAS		
125	ECOCARDIOGRAMA COM MICROBOLHAS	01	R\$ 320,00
126	ECOCARDIODOPPLER TRANSESOFAGICO COM LAUDO	01	R\$ 600,00
127	ECOCARDIOGRAFIA FETAL COM DOPPLER - COM LAUDO	01	R\$ 300,00
128	ECOCARDIOGRAFIA COM DOPPLER PEDIATRICA C/LAUDO	01	R\$ 320,00
129	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA -COM DOPPLER - COM LAUDO	01	R\$ 265,00
130	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA - ECOCARDIOGRAMA - COM LAUDO	01	R\$ 265,00
131	ECOCARDIOGRAMA COM DOPPLER - COM LAUDO	01	R\$ 320,00
132	ECOCARDIOGRAMA COM ESTRESSE FARMACOLOGICO - COM LAUDO	01	R\$ 540,00
133	ECOCARDIOGRAMA UNI E BIDIMENCIONAL COM DOPPLER COLORIDO	01	R\$ 265,00
134	ECODOPPLER ARTERIAL PERIF SIST VENOSO SUPERF E PROF - C	01	R\$ 200,00
135	ECODOPPLER DE ARTERIAS RENAIIS	01	R\$ 200,00
136	ECODOPPLER DE CAROTIDAS + VERTEBRAIS - COM LAUDO	01	R\$ 350,00
137	ECODOPPLER DE TRANSLUCENCIA NUCAL E OSSO NASAL - COM LAUDO	01	R\$ 225,00
138	ECODOPPLER MORFOLOGICO ° TRI/IMAGENS CRÂNEO/FACE/COR/ABD	01	R\$ 295,00
139	ECODOPPLER MORFOLOGICO ° TRIMESTRE C/LAUDO	01	R\$ 295,00
140	ECODOPPLER OBSTETRICO - C/LAUDO	01	R\$ 183,00
141	ECODOPPLER TRANSCRANEANO - COM LAUDO	01	R\$ 200,00
142	US ABDOMEN SUPERIOR - FIGADO VESICOU VIAS BILIARES C/LAUDO	01	R\$ 100,00
143	US ABDOMEN INFERIOR MASCULINO (BEXIGA, PROSTATA E VESICULAS SEMINAIS)	01	R\$ 117,00
144	US ABDOMEN TOTAL - C/LAUDO	01	R\$ 110,00
145	US ABDOMINAL COM DOPPLER - COM LAUDO	01	R\$ 200,00
146	US AORTA ABDOMINAL COM DOPPLER - COM LAUDO	01	R\$ 200,00
147	US APARELHO URINARIO - C/LAUDO	01	R\$ 90,00
148	US ARTICULAÇÕES MEMBROS INFERIORES E SUPERIORES - COM LAUDO	01	R\$ 117,00
149	US ARTICULAÇÕES COM DOPPLER	01	R\$ 105,00
150	US BOLSA ESCROTAL - C/LAUDO	01	R\$ 100,00
151	US BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER - COM LAUDO	01	R\$ 200,00
152	US CRANIO TRANSFONTANELA - C/LAUDO	01	R\$ 100,00
153	US DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR	01	R\$ 117,00
154	US DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS	01	R\$ 90,00
155	US HIPOCONDRIO DIREITO - C/LAUDO	01	R\$ 100,00
156	US MAMAS - C/LAUDO	01	R\$ 100,00
157	US MEMBRO INFERIOR ARTERIAL COM DOPPLER - COM LAUDO	01	R\$ 200,00
158	US MEMBRO INFERIOR VENOSO COM DOPPLER - COM LAUDO	01	R\$ 200,00
159	US OBSTETRICO - C/LAUDO	01	R\$ 120,00
160	US OBSTÉTRICA COM TRANSLUCÊNCIA NUCAL (COM DIRETRIZ DEFINIDA PELA ANS Nº 75)	01	R\$ 120,00
161	US OBSTÉTRICA COM TRANSLUCÊNCIA NUCAL (COM DIRETRIZ DEFINIDA PELA ANS Nº 76)	01	R\$ 235,00
162	US OLHO - C/LAUDO	01	R\$ 105,00

**CIRAU**CONSÓRCIO PÚBLICO INTERMUNICIPAL
DA REGIÃO DO ALTO URUGUAI

163	US PBF - PERFIL BIOFÍSICO FETAL - COM LAUDO	01	R\$ 200,00
164	US PELVICA GINECOLÓGICA COM DOPPLER	01	R\$ 200,00
165	US PELVICO GINECOLÓGICO - C/LAUDO	01	R\$ 100,00
166	US PELVICO POR OVULAÇÃO - C/LAUDO	01	R\$ 110,00
167	US PELVICO TRANSVAGINAL - C/LAUDO	01	R\$ 100,00
168	US PELVICO TRANSVAGINAL COM DOPPLER - COM LAUDO	01	R\$ 210,00
169	US PROSTATA COM DOPPLER	01	R\$ 140,00
170	US PROSTATA TRANSRETAL - C/LAUDO	01	R\$ 125,00
171	US PROSTATA VIA ABDOMINAL - C/LAUDO	01	R\$ 100,00
172	US REGIÃO INGUINAL	01	R\$ 120,00
173	US RETOPERITÔNIO - C/LAUDO	01	R\$ 100,00
174	US RIM TRANSPLANTADO - COM LAUDO	01	R\$ 120,00
175	US TIREOIDE - C/LAUDO	01	R\$ 110,00
176	US TIREOIDE COM DOPPLER - COM LAUDO	01	R\$ 225,00
177	US TORAX EXTRA CARDIACO - C/LAUDO	01	R\$ 110,00
F	Grupo: RESSONANCIA MAGNETICA		
178	RM DE CORPO TOTAL PARA SÍNDROME DE LI- FRAUMENI	01	R\$ 416,00
179	RM ABDOMEN SUPERIOR COM PRIMOVIST	01	R\$ 416,00
180	RM ABDOMEM TOTAL = ABDOMEM SUPERIOR + PELVE = ENTERO RESSON	01	R\$ 416,00
181	RM ABDOMEN SUPERIOR (FÍGADO, PÂNCREAS, BAÇO, RINS, SUPRA-RENAIS, RETROPERITÔNIO)	01	R\$ 416,00
182	RM ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	01	R\$ 416,00
183	RM ARTICULAÇÕES (POR ARTICULAÇÃO)	01	R\$ 416,00
184	RM ARTRO-RESSONANCIA	01	R\$ 416,00
185	RM ATM (ARTICULAÇÃO TEMPO MANDIBULAR) - BILATERAL	01	R\$ 416,00
186	RM BACIA - ABDOMEN INFERIOR	01	R\$ 416,00
187	RM CARDIACA	01	R\$ 416,00
188	RM CARDIACA COM ESTRESSE	01	R\$ 416,00
189	RM COLUNA CERVICAL / PESCOÇO	01	R\$ 416,00
190	RM COLUNA LOMBO SACRA	01	R\$ 416,00
191	RM COLUNA TORACICA	01	R\$ 416,00
192	RM CORAÇÃO OU AORTA COM CINE RM - PRESENÇA CARDIOLOGISTA	01	R\$ 416,00
193	RM CRANIO ORBITA MASTOIDE	01	R\$ 416,00
194	RM DE CRANIO + ESPECTROSCOPIA DE PRÓTONS	01	R\$ 416,00
195	RM COXA (UNILATERAL)	01	R\$ 416,00
196	RM PERNA (UNILATERAL)	01	R\$ 416,00
197	ANGIO-RM DE AORTA TORÁCICA	01	R\$ 416,00
198	ANGIO-RM DE AORTA ABDOMINAL	01	R\$ 416,00
199	HIDRO-RM (COLÂNGIO-RM OU URO-RM OU MIELO-RM OU SIALO-RM OU CISTOGRAFIA)	01	R\$ 416,00
200	ANGIO-RM ARTERIAL PULMONAR	01	R\$ 416,00
201	ANGIO-RM VENOSA PULMONAR	01	R\$ 416,00
202	ANGIO-RM ARTERIAL DE ABDOME SUPERIOR	01	R\$ 416,00
203	ANGIO-RM VENOSA DE ABDOME SUPERIOR	01	R\$ 416,00
204	ANGIO-RM ARTERIAL DE CRÂNIO	01	R\$ 416,00
205	ANGIO-RM VENOSA DE CRÂNIO	01	R\$ 416,00
206	ANGIO-RM ARTERIAL DE PELVE	01	R\$ 416,00
207	ANGIO-RM VENOSA DE PELVE	01	R\$ 416,00
208	ANGIO-RM ARTERIAL DE PESCOÇO	01	R\$ 416,00
209	ANGIO-RM VENOSA DE PESCOÇO	01	R\$ 416,00
210	RM - BASE DO CRÂNIO	01	R\$ 416,00
211	PERFUSÃO CEREBRAL POR RM	01	R\$ 416,00
212	RM - OSSOS TEMPORAIS BILATERAL	01	R\$ 416,00
213	RM - FACE (INCLUI SEIOS DA FACE)	01	R\$ 416,00
214	RM - PESCOÇO (NASOFARINGE, OROFARINGE, LARINGE, TRAQUEIA, TIREÓIDE, PARATIREÓIDE)	01	R\$ 416,00
215	RM - CORAÇÃO - MORFOLÓGICO E FUNCIONAL	01	R\$ 416,00
216	RM - CORAÇÃO - MORFOLÓGICO E FUNCIONAL + PERFUSÃO + ESTRESSE RESSONÂNCIA	01	R\$ 416,00
217	RM - CORAÇÃO - MORFOLÓGICO E FUNCIONAL + PERFUSÃO + VIABILIDADE MIOCÁRDICA	01	R\$ 416,00
218	RM - PÊNIS	01	R\$ 416,00



219	RM DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA	01	R\$	416,00
220	RM MAMAS BILATERAL	01	R\$	416,00
221	RM MEMBRO INFERIOR - TORNOZELO JOELHO COXOFEMU- UNILATERAL	01	R\$	416,00
222	RM MEMBRO SUPERIOR - COTOVELO PUNHO OMBRO PLEXO BRAQUIAL	01	R\$	416,00
223	RM SELA TURCICA - INCLUI SEIOS DA FACE	01	R\$	416,00
224	RM TORAX	01	R\$	416,00
225	RM PÉ (ANTEPÉ)	01	R\$	416,00
226	RM MÃO (NÃO INCLUI PUNHO) UNILATERAL	01	R\$	416,00
227	RM PUNHO UNILATERAL	01	R\$	416,00
228	RM MULTIPARAMÉTRICA DA PRÓSTATA	01	R\$	416,00
229	RM BOLSA ESCROTAL	01	R\$	416,00
230	RM JOELHO (UNILATERAL)	01	R\$	416,00
231	RM TONEZELO (UNILATERAL)	01	R\$	416,00
232	RM PLEXO BRAQUIAL (UNILATERAL)	01	R\$	416,00
233	RM OMBRO (UNILATERAL)	01	R\$	416,00
234	RM FETAL	01	R\$	416,00
235	RM AXILA UNILATERAL	01	R\$	416,00
236	RM - Pelve (NÃO INCLUI ARTICULAÇÕES COXOFEMORAIS)	01	R\$	416,00
237	RM ÓRBITAS BILATERAL	01	R\$	416,00
238	RM VIAS BILIARES	01	R\$	416,00
G	Grupo: OFTALMOLOGICOS	01		
239	ANGIOFLUORESCENOLOGRAFIA - BINOCULAR	01	R\$	40,00
240	ANGIOGRAFIA + TOMOGRAFIA DE COERENCIA ÓPTICA - BINOCULAR	01	R\$	185,00
241	BIOMETRIA ULTRASSONICA - BINOCULAR	01	R\$	150,00
242	CAMPIMETRIA - MONOCULAR	01	R\$	180,00
243	CERATOSCOPIA COMPUTADORIZADA MONOCULAR	01	R\$	50,00
244	CURVA TENSIONAL DIARIA(BINOCULAR) AGENDAR PRIMEIRA HORA DA M	01	R\$	65,00
245	ECOGRAFIA -ULTRASSON DE GLOBO OCULAR / ORBITA (BINOCULAR)	01	R\$	100,00
246	EXAME DE MOTILIDADE OCULAR - BINOCULAR	01	R\$	17,00
247	GONIOSCOPIA BINOCULAR	01	R\$	150,00
248	MAPEAMENTO DE RETINA - MONOCULAR	01	R\$	150,00
249	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA -MONOCULAR	01	R\$	150,00
250	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA - BINOCULAR	01	R\$	150,00
251	TESTE PROVOCATIVO PARA GLAUCOMA - BINOCULAR	01	R\$	35,00
252	TESTE DO REFLEXO VERMELHO EM RECÉM NATO (TESTE DO OLHINHO)	01	R\$	32,00
253	TESTE PROVOCATIVO DE GLAUCOMA	01	R\$	35,00
254	TOMOGRAFIA DE COERENCIA OPTICA - OCT - BINOCULAR	01	R\$	240,00
255	TONOMETRIA BINOCULAR	01	R\$	50,00
H	Grupo: EXAMES ESPECIALIZADOS			
256	COLPOSCOPIA	01	R\$	120,00
257	DENSITOMETRIA ÓSSEA (COLUNA LOMBAR+FÊMUR OU DOIS SEGMENTOS)	01	R\$	140,00
258	DENSITOMETRIA ÓSSEA (CORPO INTEIRO)	01	R\$	210,00
259	DENSITOMETRIA ÓSSEA (UM SEGMENTO) (AMB)	01	R\$	65,00
260	ELETROCARDIOGRAMA	01	R\$	57,00
261	GASOMETRIA	01	R\$	60,00
262	HOLTER HORAS - 2 OU MAIS CANAIS ANANLÓGICO	01	R\$	265,00
263	HOLTER HORAS 3 CANAIS - DIGITAL	01	R\$	300,00
264	LLOPER 7 DIAS	01	R\$	300,00
265	MAMOGRAFIA	01	R\$	100,00
266	MONITORAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL - MAPA HRS	01	R\$	235,00
267	POLISSONOLOGRAFIA DE NOITE INTEIRA (PSG) (INCLUI POLISSONOGRAMAS)	01	R\$	758,00
268	POLISSONOGRAMA COM EEG DE NOITE INTEIRA	01	R\$	758,00
269	TESTE DE ESFORÇO OU ERGOMETRICO	01	R\$	200,00
270	TESTE DE INCLINAÇÃO TILT TES	01	R\$	350,00
271	VÍDEO-FARINGO-LARINGOSCOPIA COM ENDOSCÓPIO FLEXÍVEL	01	R\$	125,00
272	URODINÂMICA COMPLETA	01	R\$	555,00
273	UROFLUXOMETRIA	01	R\$	45,00
274	CISTOSCOPIA E/OU URETROSCOPIA	01	R\$	70,00
275	ESPIROMETRIA	01	R\$	70,00
276	DETERMINAÇÃO DOS VOLUMES PULMONARES POR PLETISMOGRAFIA	01	R\$	36,00
277	MEDIDA DA DIFUSÃO DO MONÓXIDO DE CARBONO	01	R\$	67,00
278	PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA (OU ESPIROMETRIA)	01	R\$	126,00

**CIRAU**CONSÓRCIO PÚBLICO INTERMUNICIPAL
DA REGIÃO DO ALTO URUGUAI

279	RESISTÊNCIA DAS VIAS AÉREAS POR PLETISMOGRAFIA	01	R\$ 72,00
280	TESTE DE BRONCOPROVOCAÇÃO	01	R\$ 32,00
I	Grupo: ANATOMO PATOLOGICOS		
281	CITOPATOLOGICO EXO ENDO CERVICAL VAGINAL ONCOTICO E MICROFI	01	R\$ 80,00
282	CITOPATOLOGICO ONCOTICO DE LIQ E RASPADOS OU IMPRINT DE LES	01	R\$ 175,00
283	IMUNOHISTOQUIMICA	01	R\$ 680,00
284	REVISAO DE LÂMINA - OUTRO LABORATÓRIO	01	R\$ 400,00
285	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO PREOPERATÓRIO SEM DESLOCAMENTO DO PATOLOGISTA	01	R\$ 128,00
286	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO PEROPERATÓRIO - PEÇA ADICIONAL OU MARGEM CIRÚRGICA	01	R\$ 205,00
287	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO PEROPERATÓRIO COM DESLOCAMENTO DO PATOLOGISTA	01	R\$ 144,00
288	ATO DE COLETA DE PAAF DE ÓRGÃOS OU ESTRUTURAS SUPERFICIAIS SEM DESLOCAMENTO DO PATOLOGISTA	01	R\$ 57,00
289	ATO DE COLETA DE PAAF DE ÓRGÃOS OU ESTRUTURAS PROFUNDAS SEM DESLOCAMENTO DO PATOLOGISTA	01	R\$ 104,00
290	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO CITOPATOLÓGICO ONCÓTICO DE LÍQUIDOS E RASPADOS CUTÂNEOS	01	R\$ 48,00
291	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM CITOLOGIA HORMONAL SERIADO	01	R\$ 66,00
292	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM REVISÃO DE LÂMINAS OU CORTES HISTOLÓGICOS SERIADOS	01	R\$ 66,00
293	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM CITOLOGIA HORMONAL ISOLADA	01	R\$ 30,00
294	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM PAINEL DE IMUNOISTOQUÍMICA (DUAS A CINCO REAÇÕES)	01	R\$ 586,00
295	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM FRAGMENTOS MÚLTIPLOS DE BIÓPSIAS DE MESMO ÓRGÃO OU TOPOGRAFIA, ACONDICIONADOS EM UM MESMO FRASCO	01	R\$ 67,00
296	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM PEÇA ANATÔMICA OU CIRÚRGICA SIMPLES	01	R\$ 140,00
297	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM PEÇA CIRÚRGICA OU ANATÔMICA COMPLEXA	01	R\$ 190,00
298	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM GRUPOS DE LINFONODOS, ESTRUTURAS VIZINHAS E MARGENS DE PEÇAS ANATÔMICAS SIMPLES OU COMPLEXAS (POR MARGEM) - MÁXIMO DE TRÊS MARGENS	01	R\$ 88,00
299	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM AMPUTAÇÃO DE MEMBROS - SEM CAUSA ONCOLÓGICA	01	R\$ 176,00
300	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM AMPUTAÇÃO DE MEMBROS – CAUSA ONCOLÓGICA	01	R\$ 360,00
301	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM LÂMINAS DE PAAF ATÉ 5	01	R\$ 87,00
302	COLORAÇÃO ESPECIAL POR COLORAÇÃO	01	R\$ 43,00
303	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM IMUNOFLOURESCÊNCIA	01	R\$ 696,00
304	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM PAINEL DE HIBRIDIZAÇÃO "IN SITU"	01	R\$ 570,00
305	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO POR CAPTURA HÍBRIDA	01	R\$ 346,00
306	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM CITOMETRIA DE FLUXO (POR MONOCLONAL PESQUISADO)	01	R\$ 157,00
307	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO CITOPATOLÓGICO EM MEIO LÍQUIDO	01	R\$ 67,00
308	CITOLÓGICO ANATOMIA PATOLÓGICA, QUALQUER MATERIAL	01	R\$ 48,00
309	CITOLÓGICO EM LÍQUIDO ASCÍTICO	01	R\$ 48,00
310	CITOLÓGICO EM LÍQUIDO PERICÁRDIO	01	R\$ 48,00
311	CITOLÓGICO EM LÍQUIDO SINOVIAL	01	R\$ 48,00
312	CITOLÓGICO EM OUTROS MATERIAIS	01	R\$ 48,00
313	IMPRINT DE GÂNGLIO	01	R\$ 48,00
314	IMPRINT DE MEDULA ÓSSEA	01	R\$ 48,00
J	Grupo: BIOPSIAS		
315	BIOPSIA - PUNÇÃO DE CISTO DE RIM + TAXA DE SALA	01	R\$ 740,00
316	BIOPSIA DE MAMA + TAXA DE SALA	01	R\$ 740,00
317	BIOPSIA DE PROSTATA + TAXA DE SALA	01	R\$ 740,00
318	BIOPSIA DE PROSTATA GUIADA POR US TRANSRETAL + TX SALA	01	R\$ 740,00
319	BIOPSIA DE RIM + TAXA DE SALA	01	R\$ 740,00
320	BIOPSIA DE TIREOIDE + TAXA DE SALA	01	R\$ 500,00
321	BIOPSIA HEPÁTICA - FIGADO+ TAXA DE SALA	01	R\$ 740,00
322	CORE BIOPSIA DE MAMA	01	R\$ 740,00
323	PUNÇÃO DE MAMA SEM AGULHAMENTO - INCLUI US	01	R\$ 460,00
324	PUNÇÕES ASPIRATIVAS POR AGULHAS FINAS - PAAF - INCLUI US	01	R\$ 460,00
325	PÓLIPOS	01	R\$ 325,00
L	Grupo: TOMOGRAFIAS COMPUTADORIZADAS		

**CIRAU**CONSÓRCIO PÚBLICO INTERMUNICIPAL
DA REGIÃO DO ALTO URUGUAI

326	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE ABDOMEN SUPERIOR	01	R\$	308,95
327	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR	01	R\$	308,95
328	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR	01	R\$	308,95
329	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE Pelve	01	R\$	308,95
330	ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL	01	R\$	308,95
331	TC CISTERNOGRAFIA POR TOMOGRAFIA	01	R\$	308,95
332	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE CRÂNIO	01	R\$	308,95
333	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE PESCOÇO	01	R\$	308,95
334	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE TORAX	01	R\$	308,95
335	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL PULMONAR	01	R\$	308,95
336	ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA TORACICA	01	R\$	308,95
337	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE CRÂNIO	01	R\$	308,95
338	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE ABDOMEN SUPERIOR	01	R\$	308,95
339	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE MEMBRO INFERIOR	01	R\$	308,95
340	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE MEMBRO SUPERIOR	01	R\$	308,95
341	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE Pelve	01	R\$	308,95
342	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE PESCOÇO	01	R\$	308,95
343	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE TORAX	01	R\$	308,95
344	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA PULMONAR	01	R\$	308,95
345	DRENAGEM GUIADA POR TC	01	R\$	308,95
346	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA	01	R\$	308,95
347	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL	01	R\$	308,95
348	ANGIOTOMOGRAFIA DE ABDOMEM SUPERIOR	01	R\$	308,95
349	ANGIOTOMOGRAFIA DE TÓRAX	01	R\$	308,95
350	ANGIOTOMOGRAFIA DE CORONARIAS	01	R\$	308,95
351	ANGIOTOMOGRAFIA DE CRÂNIO	01	R\$	308,95
352	ANGIOTOMOGRAFIA DE Pelve	01	R\$	308,95
353	ANGIOTOMOGRAFIA DE PESCOÇO	01	R\$	308,95
354	DACRIOCISTO GUIADA POR TC	01	R\$	308,95
355	HISTEROSSALPINGOGRAFIA POR TC	01	R\$	308,95
356	TC ABDOMEN SUPERIOR	01	R\$	308,95
357	TC ABDOMEN TOTAL	01	R\$	308,95
358	TC ARTICULAÇÕES MEMBROS INFERIORES	01	R\$	308,95
359	TC ARTICULAÇÕES MEMBROS SUPERIORES	01	R\$	308,95
360	TC CARDIACA - ESCORE DE CALCIO CORONARIO	01	R\$	308,95
361	TC COLUNA - ATE SEGUIMENTOS - TOMOMIELOGRAFIA	01	R\$	308,95
362	TC COLUNA CERVICAL DORSAL	01	R\$	308,95
363	TC COLUNA LOMBO SACRA	01	R\$	308,95
364	TC CRANEO	01	R\$	308,95
365	TC FACE OU SEIOS DA FACE	01	R\$	308,95
366	TC MASTOIDE E OUVIDO	01	R\$	308,95
367	TC ODONTO CONE BEAM - REGIÃO (ATÉ DENTES)	01	R\$	308,95
368	TC ODONTO CONE BEAM DAS DUAS ARCADAS	01	R\$	308,95
369	TC ODONTO CONE BEAM DE UMA ARCADA	01	R\$	308,95
370	TC ORBITAS	01	R\$	308,95
371	TC PELVE OU BACIA	01	R\$	308,95
372	TC PESCOÇO - PARTES MOLES LARINGE	01	R\$	308,95
373	TC SEGUIMENTOS APENDICULARES - MÃO E BRAÇO	01	R\$	308,95
374	TC SELA TURSICA	01	R\$	308,95
375	TC TEMPORO MANDIBULAR	01	R\$	308,95
376	TC TORAX	01	R\$	308,95
377	UROTOMOGRAFIA - COM CONTRASTE	01	R\$	308,95
378	UROTOMOGRAFIA SEM CONTRASTE	01	R\$	308,95
379	TC ESCANOMETRIA DOS MEMBROS INFERIORES	01	R\$	308,95
380	TC ESCANOMETRIA ELETRONICA	01	R\$	308,95
381	TC ESCORE DE CACLIO	01	R\$	308,95
382	TC JOELHO (PROTOCOLO LYON)	01	R\$	308,95
383	TOMOSSINTESE BILATERAL	01	R\$	308,95
M	Grupo: MEDICINA NUCLEAR			
384	CINTILOGRAFIA DO MIOCARDIO PERFUSAO - REPOUSO E ESTRES	01	R\$	1.960,00
385	CINTILOGRAFIA DAS GLANDULAS SALIVARES COM OU SEM ESTIMULO	01	R\$	780,00
386	CINTILOGRAFIA DO FIGADO E BAÇO	01	R\$	610,00



387	CINTILOGRAFIA DO FIGADO E VIAS BILIARES	01	R\$ 1.100,00
388	CINTILOGRAFIA PARA DETECÇÃO DE HEMORRAGIA DIGESTÓRIA ATIVA	01	R\$ 1.100,00
389	CINTILOGRAFIA PARA DETERMINACAO DO TEMPO DE ESVAZIAMENTO GASTRICO	01	R\$ 600,00
390	ESVAZIAMENTO ESOFAGICO (LIQUIDOS)	01	R\$ 600,00
391	ESVAZIAMENTO ESOFAGICO (SEMI-SOL)	01	R\$ 600,00
392	DIVERTICULO DE MECKEL (MINIMO 4 IM)	01	R\$ 600,00
393	REFLUXO GASTRO-ESOFAGICO	01	R\$ 600,00
394	CINTILOGRAFIA HEPÁTICA COM HEMÁCIAS MARCADAS	01	R\$ 770,00
395	CINTILOGRAFIA DA TIROIDE E/OU CAPTACAO (131 L)	01	R\$ 600,00
396	CINTILOGRAFIA PARATIREOIDES	01	R\$ 760,00
397	CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO PARA PESQUISA DE METASTASES	01	R\$ 1.100,00
398	ESTUDO RENAL DINAMICO	01	R\$ 600,00
399	ESTUDO RENAL DINAMICO OU DIURETICO	01	R\$ 600,00
400	CINTILOGRAFIA RENAL (QUANTITATIVA OU QUALITATIVA)	01	R\$ 600,00
401	CINTILOGRAFIA TESTICULAR	01	R\$ 600,00
402	CISTOGRAFIA DIRETA	01	R\$ 600,00
403	CISTOGRAFIA INDIRETA	01	R\$ 600,00
404	CINTILOGRAFIA OSSEA (CORPO TOTAL)	01	R\$ 600,00
405	PERFUSÃO CEREBRAL	01	R\$ 3.690,00
406	CISTERNOCINTILOGRAFIA	01	R\$ 1.100,00
407	ESTUDO DAS FISTULAS LIQUORICAS	01	R\$ 1.100,00
408	MIELOCINTILOGRAFIA	01	R\$ 1.150,00
409	CINTILOGRAFIA PERF. CEREBRAL AVALIACAO DE TRANSP. DOPAMINA	01	R\$ 4.550,00
410	CINTILOGRAFIA COM ANALOGO DE SOMATOSTATIVA	01	R\$ 6.750,00
411	CINTILOGRAFIA COM GALIO 67	01	R\$ 1.730,00
412	CINTILOGRAFIA COM MIBG (META IODO)	01	R\$ 1.880,00
413	CINTILOGRAFIA DE MAMA	01	R\$ 840,00
414	DEMARCAÇÃO RADIOSOPOTICA DE LESOES TUMORAIS	01	R\$ 600,00
415	CINTILOGRAFIA DETECÇÃO RADIOGUIADA DE LESÕES TUMORAIS	01	R\$ 600,00
416	DETECTAÇÃO INTRAOPERATÓRIA RADIOGUIADA DE LINFONODOLO SENTINELA	01	R\$ 600,00
417	LINFOCINTILOGRAFIA	01	R\$ 630,00
418	ASPIRAÇÃO PULMONAR	01	R\$ 480,00
419	CINTILOGRAFIA PULMONAR (PERFUSAO)	01	R\$ 800,00
420	TRATAMENTO HIPERTIROIDISMO (GRAVES)	01	R\$ 1.000,00
421	TRATAMENTO HIPERTIROIDISMO (PLUMMER)	01	R\$ 1.100,00
422	DACRIOCINTILOGRAFIA	01	R\$ 480,00
423	IMUNO CINTILOGRAFIA	01	R\$ 1.270,00
424	TRATAMENTO COM RADIO 223 (XOFIGO)	01	R\$ 35.800,00
425	TRATAMENTO DE CÂNCER DA TIROIDE ATÉ 100 MCI	01	R\$ 5.200,00
426	TRATAMENTO DE CANCER DA TIROIDE ATE 150 MCI	01	R\$ 6.770,00
427	TRATAMENTO DE CÂNCER DA TIROIDE ATÉ 200 MCI	01	R\$ 7.660,00
428	TRATAMENTO DE CÂNCER DA TIROIDE ATÉ 250 MCI	01	R\$ 8.690,00
429	TRATAMENTO DE CÂNCER DA TIROIDE ATÉ 300 MCI	01	R\$ 9.970,00
430	TRATAMENTO DE CÂNCER DA TIROIDE ATÉ 350 MCI	01	R\$ 10.900,00
431	TRATAMENTO DE CÂNCER DA TIROIDE ATÉ 400 MCI	01	R\$ 11.620,00
432	TRATAMENTO COM RADIO LU 177 (PSMA)	01	R\$ 64.540,00
433	TERAPIA COM PSMA LU-177	01	R\$ 68.000,00
434	TRATAMENTO COM RADIO LU 177 (DOTA - LU) IPEN	01	R\$ 24.200,00
435	TRATAMENTO COM RADIO LU 177 (DOTA - LU) RPH	01	R\$ 50.550,00
436	TRATAMENTO COM RADIO IOBENGUANO I131 (MIBG) 150 MCI	01	R\$ 10.600,00
N	Grupo: EDA E COLONOSCOPIA		
437	COLONOSCOPIA COM MAGNIFICAÇÃO	01	R\$ 540,00
438	COLONOSCOPIA COM BÓPSIA E / OU CITOLOGIA	01	R\$ 528,00
439	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM BIÓPSIA E TESTE DE UREASE (PESQUISA HELICOBACTER PYLORI)	01	R\$ 123,00
440	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM CROMOSCOPIA	01	R\$ 269,00
441	RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXÍVEL	01	R\$ 450,00
442	MANOMETRIA ESOFÁGICA PARA LOCALIZAÇÃO DOS ESFÍNCTERES PRÉ-PHMETRIA	01	R\$ 200,00
443	PH-METRIA ESOFÁGICA COMPUTADORIZADA COM DOIS CANAIS	01	R\$ 450,00