CONTRATO N° 038/2026

DISPENSA Nº 095/2025

PROCESSO ADMINISTRATIVO N° 4889/2025

SERVIÇOS MÉDICOS E PROCEDIMENTOS ELETIVOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES 2026 -

CONTRATO de Prestação de Serviços que entre si celebram o **MUNICÍPIO DE ITABIRITO/MG** e o **CONSÓRCIO PÚBLICO INSTITUIÇÃO DE COOPERAÇÃO INTERMUNICIPAL DO MÉDIO PARAOPEBA – ICISMEP**.

Pelo presente instrumento, de um lado o **MUNICÍPIO DE ITABIRITO**, inscrito sob o CNPJ n° 18.307.835/0001-54, com sede na Avenida Queiroz Junior, nº 635, Praia, Itabirito/MG, CEP: 35.450-228 neste ato representado pela Secretária Municipal de Saúde, Sra. Cleusa de Lourdes Claudino, consoante Decreto Municipal n° 16.029/2025, doravante denominado **CONTRATANTE** e do outro lado, **O CONSÓRCIO PÚBLICO INSTITUIÇÃO DE COOPERAÇÃO INTERMUNICIPAL DO MÉDIO PARAOPEBA - ICISMEP**, consórcio público de direito público, na forma de Associação Pública, de natureza autárquica interfederativa, inscrita no CNPJ sob o nº 05.802.877/0001-10, com sede na Rua Orquídeas, nº 489, Bairro Flor de Minas, município de São Joaquim de Bicas/MG, CEP 32.920-000, neste ato por seu Diretor Institucional, Sr. **Eustáquio da Abadia Amaral**, inscrito no CPF sob o nº 055.XXX.XXX-20, residente e domiciliado no município de Belo Horizonte, MG, de conformidade com seus estatutos, doravante denominada **CONTRATADA**, tendo em vista o que dispõe a Constituição da República Federativa do Brasil, em especial os seus artigos 196 e seguintes, a Lei Orgânica do Município, a Lei 8.080/90, o art. 3º, § 3º da Lei 8.142/90, a Lei 11.107/05 e o Decreto Federal 6.017/07, o Contrato de Consórcio Público constituidor da ICISMEP, além das demais disposições gerais e regulamentares aplicáveis à espécie, e considerando que a licitação é **DISPENSADA**, nos termos do art. 2º, § 1º, III da Lei 11.107/05 c/c art. 18 do Decreto Federal 6.017/07, as partes acima identificadas celebram o presente **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**, que se regerá, além da legislação citada, pelas cláusulas seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO:

O presente CONTRATO tem por objeto a execução, pela **CONTRATADA**, dos seguintes serviços:

I - Procedimentos ambulatoriais e hospitalares eletivos que não estejam contempladas pela cota mensal do município estabelecida pela ICISMEP, nem pela cota do município através de repasses do SUS e, também, que não estejam contempladas em eventuais repasses de convênios firmados com o Estado e/ou outros entes da Federação, podendo a prestação de serviços ocorrer em unidades da ICISMEP, unidades prestadoras de serviço regularmente contratadas ou dentro de unidades do CONTRATANTE;

II - Assistência à saúde pública em nível ambulatorial e hospitalar (serviços médicos) em unidade(s) de saúde situada(s) no município do **CONTRATANTE**; e

III - Procedimentos ambulatoriais e hospitalares inseridos na Programação Pactuada e Integrada do Sistema Único de Saúde - PPI/SUS e demais projetos e programas especiais estabelecidos pelos governos Estadual e Federal.

§ 1º. Os serviços serão distribuídos e utilizados livremente, **dentro dos valores estabelecidos neste contrato (teto financeiro)**, de acordo com a capacidade operacional da **CONTRATADA** e da demanda do **CONTRATANTE**, que através de relatórios

acompanhará a execução dos mesmos, tudo de acordo com as normas do Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 2º. Mediante termo aditivo, e de acordo com a capacidade operacional da **CONTRATADA**, o **CONTRATANTE** poderá, considerando suas necessidades, fazer acréscimos ou supressões nos valores limites desse CONTRATO, durante o período de sua vigência, incluídas as prorrogações, por meio de solicitação justificada do Secretário de Saúde ou outra autoridade competente.

CLÁUSULA SEGUNDA – NORMAS GERAIS:

Os serviços ora contratados serão prestados diretamente por profissionais da Instituição **CONTRATADA.**

§ 1°. Para os efeitos deste CONTRATO, consideram-se profissionais da Instituição **CONTRATADA**:

I - o profissional que tenha vínculo de empregado com a **CONTRATADA**;

II - o profissional autônomo e/ou empresa contratados para a prestação de serviços à **CONTRATADA**;

III - o profissional/empresa credenciado pela **CONTRATADA** para execução complementar do objeto deste CONTRATO.

§ 2°. A **CONTRATADA** não poderá cobrar do paciente ou de seu acompanhante qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços prestados nos termos deste CONTRATO.

§ 3°. A **CONTRATADA** responsabilizar-se-á por qualquer cobrança indevida, feita ao paciente ou seu representante, por profissional empregado, preposto, contratado ou credenciado, em razão da execução deste CONTRATO.

§ 4°. Sem prejuízo do acompanhamento da fiscalização e da normatividade suplementar exercidos pelo **CONTRATANTE** sobre a execução do objeto deste CONTRATO**,** o mesmo reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS, decorrente da Legislação da Saúde.

§ 5°. É de responsabilidade exclusiva e integral da **CONTRATADA** a utilização de pessoal para execução do objeto deste CONTRATO, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes do vínculo empregatício.

§ 6°. A **CONTRATADA**, na hipótese de atraso superior a 30 (trinta) dias no pagamento devido pelo **CONTRATANTE**, fica livre de qualquer responsabilidade pelo não atendimento do paciente amparado pelo SUS; ressalvadas as situações de calamidade pública ou grave ameaça da ordem interna ou as situações de urgência e emergência.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS NORMAS DE EXECUÇÃO:

I – RELATIVAS AOS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES ELETIVOS:

a) A prestação de serviços eletivos de procedimentos ambulatoriais e hospitalares (Cláusula Primeira, I), dar-se-á de forma parcelada, mediante solicitação prévia, autorização de fornecimento/serviço e cópia da respectiva nota de empenho devidamente assinada pelo Gestor Municipal, via correspondência eletrônica (e-mail) ou postal, enviados pela Secretaria

Municipal de Saúde - SMS do **CONTRATANTE** para o gestor do Contrato na **CONTRATADA**;

b) O setor competente da **CONTRATADA** verificará a possibilidade de atendimento da demanda requerida de acordo com a capacidade operacional e de instalação da Instituição, além da existência de empenho prévio por parte do **CONTRATANTE** e a inexistência de débitos do mesmo para com a **CONTRATADA**;

c) Ultrapassadas as disposições contidas no item "b", o responsável pela agenda disponibilizará vagas de atendimentos que deverão ser agendadas pelo **CONTRATANTE** através do sistema informatizado da **CONTRATADA**;

c.1 - A marcação deverá ser realizada exclusivamente no sistema da ICISMEP através do sítio oficial www.icismep.mg.gov.br, link "Acesso Regulação" ou na impossibilidade deste, por outro meio a ser indicado pela **CONTRATADA**.

c.2 - A inclusão ou exclusão de usuários do sistema serão indicados pelo Secretário Municipal de Saúde, através de pedido formal, contendo nome completo do responsável, CPF, cargo e nº de matrícula.

c.3 - Aos usuários indicados será fornecido login e senha de acesso.

c.4 – É de responsabilidade exclusiva do município a utilização do sistema, bem como, a marcação dos pacientes, não competindo a **CONTRATADA** qualquer responsabilidade pelos atos promovidos no sistema pelo **CONTRATANTE**.

c.5 - É de responsabilidade do **CONTRATANTE** as marcações de procedimentos de guias emitidas pela ICISMEP, respeitando os critérios, normatizações e protocolos de regulação médica, com análise classificatória de risco e de prioridades.

d) Após o preenchimento dos itens obrigatórios para a marcação de usuários, caberá ao **CONTRATANTE** emitir "COMPROVANTE DE MARCAÇÃO" que deverá ser entregue ao paciente que realizará o procedimento em data, horário e local indicado pela **CONTRATADA**;

e) O documento "COMPROVANTE DE MARCAÇÃO" descriminará informações referentes a data do agendamento, horários, profissional médico que realizará o atendimento, bem como procedimentos de preparos ou orientação para a realização do ato médico;

e.1 - É de responsabilidade exclusiva do **CONTRATANTE** realizar a entrega do "COMPROVANTE DE MARCAÇÃO" do paciente, bem como, instruir o paciente quanto aos preparos necessários para a realização do procedimento médico.

e.2 - O usuário que não realizar o preparo, ou que realizar o preparo inadequadamente, não será submetido a atividade médica marcada.

e.3 - A **CONTRATADA** não se responsabiliza pela falta de atendimento de usuários que não realizaram as instruções de preparo indicados no formulário "COMPROVANTE DE MARCAÇÃO".

f) Os usuários que não comparecerem na data, local e unidades indicadas para a realização do procedimento com até 15 (quinze) minutos de tolerância não serão atendidos;

g) Nas hipóteses de não atendimento, seja pelo disposto no item e.2, seja pelo disposto na letra "f", deverá o usuário retornar ao setor de regulação do **CONTRATANTE** que promoverá novo agendamento dentro de sua disponibilidade(agenda);

h) Após a realização dos procedimentos agendados, caso seja detectada a necessidade de realização de novo procedimento ou a execução de cirurgia, cuja solicitação tenha ocorrido pelo profissional que o atendeu, o usuário retornará ao município **CONTRATANTE**, munido do formulário de pedido/requisição médica, devendo apresentar ao setor de regulação para agendamento;

i) Caso detectado que o procedimento ou a cirurgia requerido(a) conforme letra "h" deverá ser realizado(a) com prioridade de Urgência (PU) a **CONTRATADA** reterá o pedido de requisição médica ou guia de cirurgia, emitindo automaticamente o agendamento;

i.1 - Os pedidos descritos neste subitem só serão marcados automaticamente caso o **CONTRATANTE** detenha vagas em agenda ou saldo disponível para marcação de Urgências no caso de requisição médica ou PPI Cirúrgica para as guias de cirurgia, e não estejam inadimplentes com a Instituição;

i.2 - Na impossibilidade de agendamento como descrito no item i.1, a **CONTRATADA** encaminhará o pedido de requisição médica ou guia de cirurgia ao **CONTRATANTE**.

i.3 - Na hipótese descrita no item i.2 é de responsabilidade do município **CONTRATANTE** proceder a gestão sobre o procedimento caracterizado como "Prioridade de Urgência" e procedimentos cirúrgicos;

j) Os procedimentos e/ou serviços serão executados no Centro de Especialidades do Hospital ICISMEP 272 Joias ou em outro local designado pelas partes, conforme sua programação e/ou capacidade de atendimento.

II – RELATIVAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE PÚBLICA EM NÍVEL AMBULATORIAL E HOSPITALAR (SERVIÇOS MÉDICOS):

a) Os serviços de assistência à saúde (Cláusula Primeira, item II) serão executados exclusivamente nas Unidades de Saúde do Município **CONTRATANTE**;

b) A prestação de serviços descritos na Cláusula Primeira, item II, dar-se-á de forma parcelada, mediante solicitação prévia, autorização de fornecimento/serviço e cópia da respectiva nota de empenho devidamente assinada pelo Gestor Municipal, enviados pela Secretaria Municipal de Saúde - SMS para o gestor deste contrato na ICISMEP;

b.1 - Caberá ao **CONTRATANTE** emitir Autorização de Fornecimento/Serviço ou documento equivalente, com prazo anterior a 30 (trinta) dias do início da prestação, indicando as atividades que serão executadas, bem como prazo de execução (prestação de serviço), quantidade, valor unitário e valor total e local de prestação de serviço, atentando-se aos valores disponibilizados na Tabela de Serviços Médicos nos Municípios/entes não consorciados ao ICISMEP, constante no Anexo II do presente Contrato.

c) A **CONTRATADA** realizará os serviços conforme autorização de fornecimento/serviço e cópia da respectiva nota de empenho, atentando-se aos quantitativos, prazos, valores estabelecidos e local de prestação de serviço, não se responsabilizando por inconsistências apresentadas pelo **CONTRATANTE**, podendo, inclusive, suspender o serviço, ainda que sua natureza seja de forma continuada, após cumprida as designações estabelecidas na autorização de fornecimento/serviço e cópia da respectiva nota de empenho;

d) É de responsabilidade do Município **CONTRATANTE** fiscalizar a prestação dos serviços, emitindo, até o 10° (décimo) dia útil após a prestação dos mesmos (período de prestação dos serviços estabelecido na Autorização de Fornecimento/Serviço) relatório de serviços com planilha descritiva comprovando os nomes completos dos profissionais

médicos, seus respectivos registros no CRM, tipo de serviço, quantitativo e carga horária dos serviços executados pelos profissionais médicos, devidamente assinada pelo Gestor da SMS do **CONTRATANTE**, bem como corrigir inconsistências apontadas pela **CONTRATADA**, se o caso;

e) Na falta de emissão dos documentos descritos na letra "d", ou de justificativas pertinentes sobre o atraso apresentadas pelo **CONTRATANTE**, a **CONTRATADA**, considerando a média dos serviços prestados nos últimos 3 (três) meses, poderá emitir Nota Fiscal com valor estimativo, que deverá ser quitado pelo **CONTRATANTE**;

e.1 - As devidas compensações financeiras, seja pelo pagamento a maior, seja pelo pagamento a menor, serão processadas no mês subsequente.

f) As atividades que demandem carga horária específica de serviço deverão ser executadas em sua plenitude, podendo, caso não cumprida na sua integralidade, ser remunerada proporcionalmente às horas executadas.

III – RELATIVAS AOS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES INSERIDOS NA PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:

a) Na prestação dos serviços delineados na Cláusula Primeira, item III, do objeto deste CONTRATO, a **CONTRATADA** se obriga a oferecer ao paciente todo recurso necessário ao seu atendimento eletivo;

b) Sempre que de sua responsabilidade, a **CONTRATADA** deverá manter atualizado o prontuário médico dos pacientes e os arquivos médicos;

c) A **CONTRATADA** deverá zelar para que não se utilize ou permita que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;

d) A **CONTRATADA** deverá atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços;

e) A **CONTRATADA** deverá justificar ao paciente, ou a seu responsável, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato previsto no CONTRATO.

CLÁUSULA QUARTA – DA RESPONSABILIDADE DA CONTRATADA:

I - A **CONTRATADA** realizará apenas os serviços constantes na autorização de fornecimento/serviço e cópia da nota de empenho, encaminhadas pela SMS do **CONTRATANTE**, atentando-se aos quantitativos, prazos, valores estabelecidos e local de prestação de serviço, não se responsabilizando por inconsistências apresentadas pelo **CONTRATANTE**;

II - realizar os procedimentos e/ou serviços respeitando-se os critérios, normatizações e protocolos de regulação médica, com análise classificatória de risco e de prioridades;

III - tratando-se de atividades realizadas em unidades prestadoras de serviço regularmente contratadas, caberá à **CONTRATADA** fiscalizar e acompanhar os serviços, procedendo com a averiguação da qualidade e providências caso os serviços não estejam sendo realizados a contento;

IV - responsabilizar-se pela contratação de todo e qualquer profissional necessário à Prestação de Serviços delineados neste CONTRATO;

V - notificar o **CONTRATANTE** de quaisquer ocorrências relevantes que envolva a execução dos objetos deste CONTRATO;

VI - executar os procedimentos e/ou serviços, com garantia de qualidade, integralidade e continuidade da assistência durante a vigência do CONTRATO;

VII - exclui-se da responsabilidade da **CONTRATADA** o descumprimento do Contrato, por greve, blackouts, convulsões sociais e outros decorrentes de caso fortuito ou de força maior, previstos em Lei;

VIII – aceitar as condições de remuneração constante nas Tabela(s) Oficial(is) de Serviços de Saúde da ICISMEP anexa, com vedação expressa da cobrança de qualquer taxa ou diferença ao usuário.

CLÁUSULA QUINTA – DA RESPONSABILIDADE DO CONTRATANTE:

Constituem responsabilidades do **CONTRATANTE**:

I – efetivar, com exclusividade, o controle e distribuição da utilização dos serviços contratados, **dentro dos valores estabelecidos neste** CONTRATO;

II – efetivar, para o atendimento do usuário, a devida marcação no(s) sistema(s) disponibilizado(s) pela **CONTRATADA** ou pelos Credenciados**,** com a antecedência estabelecida;

III- utilizar o sistema informatizado da **CONTRATADA** de forma responsável, mantendo sigilo das informações disponibilizadas, exceto em documentos que por sua própria natureza não exija sigilo;

IV - requerer a prestação de serviço elencada na Cláusula Primeira, item II, indicando a unidade de saúde que deverá ser prestado o mesmo;

V - propor aditamento, remanejar ou interromper as marcações em caso de utilização total dos valores estabelecidos neste CONTRATO, sob pena de arcar, inconteste, com as diferenças apuradas;

VI – comunicar à **CONTRATADA** quanto a qualquer problema ou ocorrência na prestação dos serviços;

VII – manter em rigorosa pontualidade os pagamentos;

VIII – providenciar as dotações orçamentárias, reservas e empenhos necessários à fiel contraprestação deste CONTRATO;

IX - acompanhar a execução física e financeira do presente CONTRATO, controlando, avaliando, monitorando e auditando a conformidade da execução dos tipos e quantitativos de Serviços;

Parágrafo único. Compete à Secretaria Municipal de Saúde - SMS do **CONTRATANTE** acompanhar a execução do CONTRATO, bem como conferir a execução dos serviços e as notas fiscais emitidas pela **CONTRATADA** e atestar formalmente a conformidade de execução, com o “de acordo” para fins de pagamento.

CLÁUSULA SEXTA – DO VALOR:

O valor deste CONTRATO corresponde à importância global de **R$ 26.910.808,13 (vinte e seis milhões novecentos e dez mil oitocentos e oito reais e treze centavos)**, sendo este o "teto financeiro" anual, a ser manejado e distribuído mensalmente através de solicitações e agendamentos prévios, de acordo com a capacidade operacional da contratada e a demanda do contratante**.**

§ 1°. O valor estabelecido no caput desta Cláusula refere-se ao teto financeiro do CONTRATO.

§ 2°. O valor estipulado no caput desta Cláusula será diluído mensalmente, cabendo ao **CONTRATANTE** acompanhar a execução através de relatórios encaminhados pela **CONTRATADA**, sendo do **CONTRATANTE** a responsabilidade exclusiva pelo controle de gastos mensais e globais deste CONTRATO.

§ 3°. Os valores individualizados de cada serviço prestado são aqueles aprovados nas Tabela(s) Oficial(is) de Serviço(s) de Saúde da ICISMEP e serão discriminados nos documentos de cobrança, sendo que as tabelas contendo os valores vigentes por ocasião da assinatura deste instrumento são repassadas, também neste ato, ao **CONTRATANTE**, fazendo parte integrante deste instrumento.

§ 4º. O valor total deste CONTRATO (Teto Financeiro) poderá ser alterado nas condições estabelecidas no § 2º, da Cláusula Primeira, sem submissão a percentual limitativo - senão à capacidade operacional da **CONTRATADA**.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes do presente CONTRATO correrão a conta da Dotação Orçamentária:

02.029.001 – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
10.302.1002.6127 - MANUTENÇÃO DAS ESPECIALIDADES MÉDICAS
3.3.93.39.00.00 – OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS – PESSOA JURÍDICA
FONTE: 1500
FICHA:1490
VALOR R$17.806.784,13 **– Item 1.1.2 do Termo de Referência**

02.029.001 – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
10.302.1002.6127 – MANUTENÇÃO DAS ESPECIALIDADES MÉDICAS
3.3.93.34.00.00 - OUTRAS DESPESAS DE PESSOAL DECORRENTES DE CONTRATOS DE TERCEIRIZAÇÃO
FONTE: 1500
FICHA: 592 (CAPS)
VALOR R$1.920.000,00 **– Item 1.1.2 do Termo de Referência**

02.029.001 – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
10.304.1004.6129 – MANUTENÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE
3.3.93.34.00.00 - OUTRAS DESPESAS DE PESSOAL DECORRENTES DE CONTRATOS DE TERCEIRIZAÇÃO
FONTE: 1500
FICHA: 665 (VG)
R$456.000,00 - **Item 1.1.2 do Termo de Referência**
02.029.001 – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
10.301.1001.6126 – MANUTENÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA
3.3.93.34.00.00 - OUTRAS DESPESAS DE PESSOAL DECORRENTES DE CONTRATOS DE TERCEIRIZAÇÃO
FONTE: 1500
FICHA: 531 (ATB)

VALOR R$4.728.024,00 - **Item 1.1.2 do Termo de Referência**

02.029.001 – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
10.302.1002.6127 – MANUTENÇÃO DAS ESPECIALIDADES MÉDICAS
3.3.90.39.00.00 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURIDICA
FONTE:1635
FICHA:1205 (CONTROLE)
VALOR R$300.000,00 **– Item 1.1.3 do Termo de Referência**

02.029.001 – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
10.302.1002.6127 - MANUTENÇÃO ATIVIDADE ESPECIALIDADES MÉDICAS
3.3.90.39.00.00 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURIDICA
FONTE: 1635
FICHA:1205 (CONTROLE)
VALOR FR$1.700.000,00**-** Item **1.1.1 do Termo de Referência**

CLÁUSULA OITAVA – DA APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS DE COBRANÇA E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:

Os valores mensais afetos à execução deste CONTRATO serão pagos mediante a apresentação de documentos de cobrança/notas fiscais pela **CONTRATADA** à **CONTRATANTE**, da seguinte forma, sob pena de incidência de multa de 2% (dois por cento), juros legais e atualização monetária:

a) O serviço descrito no Item I, da Cláusula Primeira, será atestado por intermédio de planilhas comprobatórias encaminhadas ao Serviço de Regulação da SMS do **CONTRATANTE**, com os quantitativos mensais de execução dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares até o 5° dia útil subsequente ao mês de realização dos mesmos.

a.1 - Caso seja de interesse do **CONTRATANTE** a emissão de relatório detalhado com nome do paciente atendido, data, horário, médico e procedimento realizado, caberá ao mesmo acessar o sistema informatizado da ICISMEP, consultando o sítio oficial da Instituição www.cismep.com.br, link “Acesso Regulação” para a realização da consulta, onde estarão disponíveis todas as informações detalhadas.

b) Os serviços descritos no item II, da Cláusula Primeira, serão comprovados pelo município **CONTRATANTE**, conforme autorizado previamente em documento próprio, através de relatório de serviços com planilha descritiva, contendo os nomes completos dos profissionais médicos, seus respectivos registros no CRM, tipo de serviço, quantitativo e carga horária dos serviços executados pelos profissionais médicos, devidamente assinada pelo Gestor da SMS do **CONTRATANTE**, até o 10º (décimo) dia útil após a prestação dos mesmos (período de prestação dos serviços estabelecido na Autorização de Fornecimento/Serviço).

b.1 - Caso detectada inconsistência (erro, falha ou falta de processamento dos relatórios apresentados) bem como distorções entre o a Autorização de Serviço e o relatório apresentado, serão as respectivas inconsistências apontadas e remetida ao setor competente do município **CONTRATANTE** para correção.

b.2 - O prazo de correção pelo **CONTRATANTE** será de até 2 (dois) dias úteis, ficando pendente a emissão da Nota Fiscal até que as correções sejam promovidas e validadas pelo setor competente da **CONTRATADA**.

b.3 - Enfrentadas as situações previstas neste item e seus subitens, será de responsabilidade do **CONTRATANTE** a não quitação dos prestadores de serviço contratados para atendimento ao município, inclusive as consequências decorrentes do atraso.

c) Após o encaminhamento dos documentos comprobatórios especificados nas letras "a" e "b" a ICISMEP remeterá ao **CONTRATANTE** documentos de cobrança/nota fiscal conforme prazos a seguir:

c.1 - Para os serviços designados no item I, da Cláusula Primeira, até o 5º dia útil do mês subsequente ao da prestação dos serviços;

c.2 - Para os serviços designados no item II, da Cláusula Primeira, até o 2º dia útil subsequente à entrega das informações estabelecidas na letra "b".

d) A emissão por parte da **CONTRATADA** do documento fiscal de cobrança dos serviços descritos no item II, da Cláusula Primeira, está atrelada à apresentação da nota de empenho e relatório de serviços com planilha descritiva de serviços médicos devidamente assinados pelo Gestor Municipal.

e) A Nota fiscal/fatura de apresentação de produção mensal dos serviços constantes no item I, da Cláusula Primeira, constará o caráter ambulatorial ou hospitalar da prestação de serviços, o local de realização dos procedimentos e/ou serviços, com listagem descritiva dos quantitativos e do período (competência) de execução dos mesmos, com nomes e assinaturas de pacientes ou de seus acompanhantes/representantes legais.

f) A remuneração pelos serviços será efetuada de acordo com os valores discriminados na(s) Tabela(s) Oficial(ais) de Serviço(s) de Saúde da Instituição, pelo **CONTRATANTE** à **CONTRATADA,** até o 5º (quinto) dia útil subsequente a apresentação da cobrança/nota fiscal.

g) Quando se tratar de procedimentos cujos recursos financeiros sejam oriundos do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde, obriga-se o **CONTRATANTE** a efetivar a liberação dos recursos à **CONTRATADA** no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis após o seu recebimento.

h) No caso de atraso de pagamento, desde que a **CONTRATADA** não tenha concorrido de alguma forma para tanto, serão devidos pela **CONTRATANTE** os encargos, juros e multa previstos no caput desta Cláusula Oitava.

i) A **CONTRATADA**, na hipótese de atraso superior a 30 (trinta) dias no pagamento devido pelo **CONTRATANTE**, fica livre de qualquer responsabilidade pelo não atendimento do paciente amparado pelo SUS, bem como, atendimento nas unidades do município demandante, ressalvadas as situações de calamidade pública ou grave ameaça da ordem interna ou as situações de urgência e emergência.

CLÁUSULA NONA – DA(S) TABELA(S) OFICIAL(AIS) DE SERVIÇO(S) DE SAÚDE DA ICISMEP:

Os valores referentes aos objetos deste CONTRATO são estipulados por meio de Tabelas Próprias do Consórcio e poderão ser alteradas, inclusive sofrerem reajustamento geral ou pontual, em caso de ocorrência de fatores que abalem o equilíbrio financeiro ou afetem ou possam afetar a regular disponibilização dos serviços aqui contratados, levando em consideração sempre as peculiaridades locais que impactam na obtenção/disponibilização dos serviços e nas características assistenciais da região em que os mesmos são demandados.

Parágrafo único. Sempre que houver alterações nos valores constantes na(s) Tabela(s) Oficial(ais) de Serviço(s) de Saúde da ICISMEP, deve haver comunicação ao **CONTRATANTE**, incorporando-se as mesmas a este instrumento.

CLÁUSULA DÉCIMA – DO CONTROLE, AVALIAÇÃO, VISTORIA E FISCALIZAÇÃO:

A execução do presente CONTRATO será avaliada pelos órgãos competentes, mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste instrumento, e de quaisquer outros dados necessários ao controle e avaliação dos serviços prestados.

§ 1°. Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operacional da **CONTRATADA** poderá ensejar a não prorrogação deste CONTRATO ou a revisão das condições ora estipuladas.

§ 2°. A fiscalização exercida pelo **CONTRATANTE** sobre os serviços ora contratados, não eximirá a **CONTRATADA** da sua plena responsabilidade perante o **CONTRATANTE** ou para com os pacientes e terceiros, decorrentes de culpa ou dolo na execução do CONTRATO.

§ 3°. A **CONTRATADA** facilitará ao **CONTRATANTE** o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que forem solicitados pelos servidores do **CONTRATANTE**, designados para tal fim.

§ 4°. Em qualquer hipótese é assegurado à **CONTRATADA** amplo direito de defesa, utilizando-se, de forma análoga, os termos das normas gerais da Lei Federal de Licitações e Contratos Administrativos.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS PENALIDADES:

As partes, no caso de mora ou inadimplemento de obrigações de pagar e/ou fazer, ficarão sujeitas ao ressarcimento dos danos provocados à outra e/ou penalidades previstas em lei, cuja incidência deverá os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade.

Parágrafo único. Considerando estarmos no âmbito da cooperação interfederativa estabelecida constitucionalmente no art. 241 da Carta Maior, a aplicação de penalidades deve ser precedida de tentativa de ajuste administrativo, uma vez que a **CONTRATADA** é parte da Administração Indireta do **CONTRATANTE** e este, por sua vez, é ente Consorciado da primeira conjuntamente com outros entes federados, sendo que a penalidade, portanto, deve ter sua finalidade apurada e fundamentada em procedimento administrativo próprio, observados os princípios da ampla defesa e do devido processo legal.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA RESCISÃO:

Constituem motivos para rescisão do presente **CONTRATO** o não cumprimento de quaisquer de suas cláusulas e condições, bem como, de forma análoga, os motivos previstos na legislação referente a licitações e contratos administrativos, sem prejuízo da multa prevista na Cláusula anterior.

Parágrafo único. Em caso de rescisão contratual, se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo à população, será observado o prazo de 30 (trinta) dias antes que cesse definitivamente a prestação dos serviços. Neste prazo o **CONTRATANTE** continuará obrigado à efetivação dos pagamentos ora contratados, sob pena de suspensão imediata dos serviços, sem prejuízo de cobrança dos já executados.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO:

A duração do presente CONTRATO será de **12 MESES, contanto a partir da data de sua publicação, retroagindo ao dia 1° de abril de 2026,** conforme disposto no § 1º do art. 94 da Lei nº 14.133/2021. O contrato poderá ser prorrogado sucessivamente, mediante

termo aditivo e desde que haja interesse da Administração e disponibilidade orçamentária, até o limite máximo de 5 (cinco) anos, nos termos dos arts. 106 e 107 da Lei nº 14.133/2021.

Parágrafo único. Em qualquer caso, a duração do Contrato fica adstrita à vigência do respectivo crédito orçamentário.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DAS ALTERAÇÕES:

Qualquer alteração no presente CONTRATO será objeto de Termo Aditivo, excetuando-se o dispositivo da **Cláusula Nona**, que poderá ser processado por apostilamento, desde que o **CONTRATANTE** tenha inequívoca ciência do mesmo.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS:

I - Os ajustes logísticos e operacionais deste CONTRATO são definidos pela **CONTRATADA** através de participação efetiva do **CONTRATANTE** por meio de reuniões periódicas realizadas entre as partes, no âmbito dos municípios consorciados à **CONTRATADA.**

II – Nos termos do Código de Processo Civil (art. 784, II), o presente CONTRATO, como documento público, constitui-se em título executivo extrajudicial.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DO FORO:

As partes elegem o Foro da Comarca de Igarapé/MG, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir questões oriundas do presente CONTRATO que não puderem ser resolvidas pelas partes e pela Assembleia Geral/Conselho de Prefeitos.

E, por estarem as partes justas e contratadas, firmam o presente CONTRATO em três (03) vias de igual teor e forma para um único efeito.

Itabirito/MG, 06 de maio de 2026.

Eustáquio da Abadia Amaral
Consórcio Público Instituição de Cooperação Intermunicipal do Médio Paraopeba – ICISMEP
Contratada

Cleusa de Lourdes Claudino
Secretária Municipal de Saúde
Contratante

Rozangela Ponciano Pereira Braga
Gestor do Contrato

Andreia Elifas Marques Ferreira
Fiscal suplente do Contrato – CEM

Leita Nunes da Silva
Fiscal do Contrato – UPA

Dara Luiza Reis
Fiscal suplente do Contrato – VGS

Katia Margareth dos Reis
Gestora Suplente do Contrato

Kátia Pacheco Araújo
Fiscal suplente do Contrato – VGS

Francisca Cristina Barbosa Soares Firmo
Fiscal Suplente do Contrato – UPA

Silvana Caroline Mendanha
Fiscal do Contrato – CAPS

Ana Claudia Teixeira Ribeiro
Fiscal do Contrato – CEAE

Alisson de Castro Santana
Fiscal suplente do Contrato – CAPS

Ana Flavia Carvalho Vaz
Fiscal suplente do Contrato – CEAE

Marcia Maria de Souza
Fiscal do Contrato –
TECNICO/CLÍNICO/UBS

Solange Maria de Souza Cruz
Fiscal do Contrato– CEM

Lauane Jéssica Leite Braga
Fiscal suplente do Contrato –
TECNICO/CLÍNICO/UBS

ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABIRITO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

1. CONDIÇÕES GERAIS DA CONTRATAÇÃO

1.1. Contratação direta com dispensa de licitação perante o Consórcio Público da Instituição de Cooperação Intermunicipal do Médio Paraopeba – ICISMEP, visando o fornecimento de serviços de saúde, a saber:

1.1.1 **Procedimentos ambulatoriais e hospitalares eletivos** que não estejam contemplados pela cota mensal do município estabelecida pela ICISMEP, nem pela cota do município através de repasses do SUS e, também, que não estejam contempladas em eventuais repasses de convênios firmados com o Estado e/ou outros entes da Federação.
a) Os procedimentos ambulatoriais e hospitalares serão executados no Centro de Especialidades do Hospital ICISMEP – '272 Joias';
b) Quando constatada inviabilidade da utilização do Centro de Especialidades do Hospital ICISMEP – '272 Joias', de modo justificado e após anuência do contratante, os procedimentos serão executados nas demais unidades da ICISMEP, em unidades prestadoras de serviço regularmente subcontratadas ou nas unidades de saúde situadas no município contratante;

1.1.2 **Assistência à saúde pública em nível ambulatorial e hospitalar**, incluindo serviços médicos, consultas médicas e plantões médicos, nas unidades de saúde situadas no município contratante Itabirito/MG;

1.1.3 **Procedimentos ambulatoriais e hospitalares inseridos na Programação Pactuada e Integrada do Sistema Único de Saúde - PPI/SUS** e demais projetos e programas especiais estabelecidos pelos governos Estadual e Federal.
1.2. O prazo de vigência da contratação será de 12 (doze) meses, com início em 1º de abril de 2026, produzindo efeitos a partir de sua assinatura e eficácia após a publicação do extrato do contrato, conforme disposto no § 1º do art. 94 da Lei nº 14.133/2021. O contrato poderá ser prorrogado sucessivamente, mediante termo aditivo e desde que haja interesse da Administração e disponibilidade orçamentária, até o limite máximo de 5 (cinco) anos, nos termos dos arts. 106 e 107 da Lei nº 14.133/2021.
1.3. O objeto desta contratação é caracterizado como de prestação continuada, prorrogável conforme justificativa apresentada no Estudo Técnico Preliminar – ETP.
1.4. O objeto desta contratação foi detalhado na TABELA OFICIAL DA ICISMEP DE SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS EM SAÚDE EXECUTADOS NAS UNIDADES DO ICISMEP E TABELA DE SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO, anexo a este processo.
1.5. Encerrado o procedimento de contratação, a versão final do pacto negocial será publicada no Portal Nacional de Contratações Públicas - PNCP, após devidamente assinada pelos respectivos representantes legais dos contratantes, na forma e prazos determinados pelo artigo 94, II, da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021.
1.6. Durante o prazo de vigência, os preços referentes ao objeto do contrato poderão sofrer reajustamento geral ou pontual sempre que houver alterações nos valores constantes na(s) Tabela(s) Oficial(ais) de Saúde da ICISMEP.
1.7. Os efeitos financeiros retroagem até a data da efetiva comunicação ao contratante, pela contratada, das alterações nos valores constantes na (s) Tabela(s) Oficial(ais) de Serviço(s) da ICISMEP.
1.8. O contrato oferecerá maior detalhamento das regras vigentes durante a consumação do avença estabelecida entre as partes.

2. DOS LOTES

2.1. Do agrupamento de itens em lotes:

2.1.1 Na presente contratação não haverá agrupamento de item distintos em lotes.

2.2. Em conformidade com o disposto no art. 40 e seguintes da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021, em observância aos princípios da padronização e do parcelamento, previstos no art. 47 do mesmo diploma legal, e considerando que:

c) A melhor solução apontada consiste na contratação/renovação contratual com o Consórcio Público da ICISMEP, cujo objeto é a prestação dos serviços de saúde descritos no item 1.1 do presente termo, e já efetivamente consignados pela fornecedora;

d) Os eventuais benefícios do parcelamento não compensariam o aumento dos custos relativos à gestão contratual de múltiplos fornecedores;

e) Os eventuais benefícios do parcelamento não compensariam o aumento das dificuldades administrativas relativas à gestão contratual de múltiplos fornecedores;

2.3. Conclui-se, então, pelo não parcelamento da contratação como modelo mais adequado à presente contratação, conforme "justificativa para o parcelamento", melhor detalhada em tópico específico no Estudo Técnico Preliminar – ETP, anexo a este documento.

3. FUNDAMENTAÇÃO E DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO

3.1. A contratação que se pretende visa a continuidade de fornecimento dos serviços descritos no item 1.1 do presente Termo de Referência, e é justificada pela iminente necessidade de ampliar/garantir o rol de préstimos médicos ofertados através do sistema gratuito de saúde.

3.2. Visando preencher lacunas em seu múnus público, o Município de Itabirito aderiu ao Consórcio Público da ICISMEP, nos termos da Lei Municipal nº 3.184, de 30 de junho de 2016. O contrato de adesão, atualmente em vigor, expirará em maio de 2026.

3.3. A população de Itabirito de acordo com dados oficiais mais recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

a). População atual estimada de Itabirito:

- Conforme estimativas populacionais intercensitárias do IBGE com data de referência em 1º de julho de 2025, a população residente do município é estimada em 56.369 (cinquenta e seis mil, trezentos e sessenta e nove) habitantes.

3.4. Para atendimento à demanda assistencial decorrente de sua população, o Município mantém, no âmbito de seu Sistema Público de Saúde, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), de caráter centralizado, destinada à prestação de serviços de urgência e emergência, bem como diversas Unidades Básicas de Saúde (UBS), distribuídas estrategicamente nos bairros do território municipal, responsáveis pela execução das ações de Atenção Primária à Saúde, incluindo atividades de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, acompanhamento e reabilitação.

3.5. O conjunto de equipamentos urbanos mencionados no item 3.4 não está habilitado ao fornecimento de cuidados médicos de alta e média complexidade, havendo diversos procedimentos eletivos cuja oferta inexiste no município.

3.6. O quadro municipal de servidores não conta com médicos suficientes ao cumprimento da demanda de consultas regulares e de atendimentos de plantão gerada pelo contingente populacional descrito no item 3.3.

3.7. A contratação referida no item 3.1 garantirá a manutenção da oferta de serviços médicos fornecidos pela ICISMEP, com baixos custos financeiros e administrativos para o erário público.

3.8. A descrição completa da necessidade e os fundamentos técnicos e financeiros para a contratação encontram-se melhor detalhados em tópico específico no Estudo Técnico Preliminar – ETP.

3.9. O objeto da contratação está previsto no Plano de Contratações Anual de 2026, conforme detalhamento a seguir:

ID PCA no PNCP: em trâmite
Data de publicação no PNCP: em trâmite
Identificador da Futura Contratação: prestação continuada.

02.029.001 – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
10.302.1002.6127 - MANUTENÇÃO DAS ESPECIALIDADES MÉDICAS
3.3.93.39.00.00 – OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS – PESSOA JURÍDICA
FONTE: 1500
FICHA: 1490
VALOR R$17.806.784,13 **– Item 1.1.2 do Termo de Referência**

02.029.001 – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
10.302.1002.6127 – MANUTENÇÃO DAS ESPECIALIDADES MÉDICAS
3.3.93.34.00.00 - OUTRAS DESPESAS DE PESSOAL DECORRENTES DE CONTRATOS DE TERCEIRIZAÇÃO
FONTE: 1500
FICHA: 592 (CAPS)
VALOR R$1.920.000,00 **– Item 1.1.2 do Termo de Referência**

02.029.001 – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
10.304.1004.6129 – MANUTENÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE
3.3.93.34.00.00 - OUTRAS DESPESAS DE PESSOAL DECORRENTES DE CONTRATOS DE TERCEIRIZAÇÃO
FONTE: 1500
FICHA: 665 (VG)
R$456.000,00 - **Item 1.1.2 do Termo de Referência**

02.029.001 – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
10.301.1001.6126 – MANUTENÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA
3.3.93.34.00.00 - OUTRAS DESPESAS DE PESSOAL DECORRENTES DE CONTRATOS DE TERCEIRIZAÇÃO
FONTE: 1500
FICHA: 531 (ATB)
VALOR R$4.728.024,00 - **Item 1.1.2 do Termo de Referência**

02.029.001 – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
10.302.1002.6127 – MANUTENÇÃO DAS ESPECIALIDADES MÉDICAS
3.3.90.39.00.00 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURIDICA
FONTE:1635
FICHA: 1205 (CONTROLE)
VALOR R$300.000,00 **– Item 1.1.3 do Termo de Referência**

02.029.001 – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
10.302.1002.6127 - MANUTENÇÃO ATIVIDADE ESPECIALIDADES MÉDICAS
3.3.90.39.00.00 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURIDICA
FONTE:1635
FICHA:1205 (CONTROLE)
VALOR R$1.700.000,00 **-** Item **1.1.1 do Termo de Referência**

4. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO CONSIDERADO O CICLO DE VIDA DO OBJETO

4.1. A adesão do Município de Itabirito ao Consórcio Público da ICISMEP, nos termos da Lei Municipal nº 3.184, de 30 de junho de 2016, permite ofertar extensa gama de procedimentos ambulatoriais e hospitalares que, de outra forma, estariam indisponíveis na rede pública de saúde e cujo custeio na rede privada constata-se deveras oneroso.

4.2. A adesão ao Consórcio Público da ICISMEP garante, também, acesso a numeroso rol de profissionais das mais diversas especialidades médicas que permanecem disponíveis à população Itabiritense.

4.3. O contrato de adesão ao Consórcio Público da ICISMEP possui vigência próxima de seu fim, que ocorrerá em maio de 2026. Caso o encerramento do vínculo se confirme sem a conseguinte adoção de medida alternativa, instaurar-se-á significativo desafio de saúde pública para o município.

4.4. O Município de Itabirito carece de centros hospitalares com estrutura material adequada à realização dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares descritos no item 1.1.1 do presente Termo de Referência;

4.5. O quadro municipal de servidores de Itabirito não conta com médicos suficientes para cumprimento da demanda de consultas regulares e atendimentos de plantão descritos nos itens 1.1.2 e 1.1.3 do presente Termo de Referência.

4.6. É iminente a necessidade de garantir suficiente rol de profissionais, serviços e procedimentos médicos gratuitos à população de Itabirito, conforme regramento constitucional atinente ao direito de acesso à saúde.

4.7. A contratação ora apontada constitui-se em mera renovação de vínculo negocial, garantindo a continuação dos serviços de saúde já regularmente prestados desde 2016.

4.8. A contratação direta com o Consórcio Público da ICISMEP permitirá a dispensa de exaustivo processo licitatório, nos termos da legislação de regência, o que torna desnecessária a adoção de quaisquer outras providências para sua imediata implementação.

5. REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

5.1. Da participação de consórcios

O presente Termo de Referência visa possibilitar a renovação da avença anteriormente ajustada com o Consórcio Público da ICISMEP. Objetiva-se a prestação dos serviços médicos descritos no item 1.1 e seus sub-itens, mencionados neste documento e detalhados pela TABELA OFICIAL DA ICISMEP DE SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS EM SAÚDE EXECUTADOS NAS UNIDADES DO ICISMEP E TABELA SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ITABIRITO/MG. Dessa forma, como consectário lógico, a participação do consórcio é condição essencial para a referida contratação.

5.2. **Da Sustentabilidade**

Além dos critérios de sustentabilidade eventualmente inseridos na descrição do objeto, devem ser atendidos os seguintes requisitos, que se baseiam no Guia Nacional de Contratações Sustentáveis:(https://www.gov.br/agu/pt-br/composicao/cgu/cgu/guias/GUIANACIONALDECONTRATACOESSUSTENTAVEIS2024.pdf)

5.2.1. O tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde devem estar de acordo com as disposições da Resolução Conama nº 358, de 29 de abril de 2005;

5.2.2. Os resíduos de serviços de saúde devem ser acondicionados atendendo às exigências legais referentes ao meio ambiente, à saúde e à limpeza urbana, e às normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT, ou, na sua ausência, às normas e critérios internacionalmente aceitos;
5.2.3. Os veículos utilizados para coleta e transporte externo dos resíduos de serviços de saúde devem atender às exigências legais e às normas da ABNT;
5.2.4. Os efluentes líquidos provenientes dos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde, para serem lançados na rede pública de esgoto ou em corpo receptor, devem atender às diretrizes estabelecidas pelos órgãos ambientais, gestores de recursos hídricos e de saneamento competentes;
5.2.5. É obrigatória a segregação dos resíduos na fonte e no momento da geração, de acordo com suas características, para fins de redução do volume dos resíduos a serem tratados e dispostos, garantindo a proteção da saúde e do meio ambiente.

5.3. Indicação de Marcas ou Modelos
Em virtude da natureza do objeto, não serão exigidas marcas ou modelos para a contratação.

5.4. Da vedação de utilização de marca/produto na execução do serviço
Em virtude da natureza do objeto, não haverá vedação de marca/modelo na presente contratação.

5.5. Da exigência de carta de solidariedade
Em virtude da natureza do objeto, não será exigida a apresentação de carta de solidariedade na presente contratação.

5.6. Da Subcontratação
5.6.1. Será admitida a subcontratação parcial do objeto, nos termos do art. 261, do Decreto Municipal nº 14.757, de 2023, nas seguintes condições:
a). O contrato firmado não poderá ser objeto de cessão, transferência ou subcontratação sem prévia autorização, por escrito, do contratante, sob pena de aplicação das sanções legais e contratuais atinentes. O reiterado descumprimento das disposições previstas neste item poderá ensejar a rescisão unilateral do pacto;
b). A (s) subcontratada (s) deve(m) possuir atestada capacidade técnica para execução dos serviços objetificados na avença, além de cumprir as mesmas condições de habilitação jurídica, fiscal e trabalhista exigidas da contratada;
c). A contratada deverá comunicar ao contratante, por escrito, no prazo de 30 (trinta) dias, a ocorrência de alteração no rol de subcontratadas que executem os serviços objeto da avença. Nesta hipótese, a contratada deverá, também, encaminhar a respectiva documentação atinente aos requisitos de habilitação da(s) nova(s) subcontratada(s);
d). A contratada será corresponsável pelos serviços prestados por empresa ou instituição por ela subcontratada, respondendo de forma solidária por qualquer ato ou fato lesivo ao erário público ou a paciente encaminhado pelo contratante;
e). A subcontratação não ensejará quitação, em favor da contratada, das responsabilidades legais e contratuais por ela assumidas no que tange ao objeto consignado no item 1.1 e seguintes, bem como das demais disposições concernentes do presente Termo de Referência;
f). Sob nenhuma hipótese a subcontratação acarretará vinculo funcional ou empregatício entre o contratante e quaisquer empregados ou colaboradores de eventual empresa ou instituição subcontratada. Outrossim, eventual subcontratação não acarretará responsabilidade solidária ou subsidiária, em desfavor do contratante, decorrente do vínculo entre contratada e subcontratada.
g). O contrato oferecerá maior detalhamento das regras aplicáveis à subcontratação, caso admitida.

5.7. Garantia da contratação

5.7.1. Não haverá exigência das modalidades de garantia da previstas nos artigos 96 e seguintes da Lei nº 14.133, de 2021.

5.8. Da garantia, manutenção e assistência técnica

5.8.1. Em virtude da natureza do objeto, visando o bem-estar dos pacientes que recorrerem aos serviços prestados pela contratada, será aplicada a garantia legal estabelecida na Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 – Código de Defesa do Consumidor.

5.9. Da exigência de amostra, exame de conformidade e prova de conceito

5.9.1. Em virtude da natureza do objeto, não será exigida apresentação de amostra na presente contratação.

5.10. Vistoria

5.10.1 Não há necessidade de realização de avaliação prévia do local de execução dos serviços.

6. MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO

6.1. Condições de execução

6.1.1. A execução do objeto seguirá a seguinte dinâmica:

6.1.2. Modelo de execução relativo aos procedimentos ambulatoriais e hospitalares eletivos

6.1.3. A prestação de serviços de saúde descrita no item 1.1.1 dar-se-á de forma parcelada, mediante solicitação prévia, autorização de fornecimento/serviço e cópia da respectiva nota de empenho devidamente assinada pelo gestor municipal, via correspondência eletrônica (e-mail) ou postal, enviados pela Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA, para o gestor do contrato na ICISMEP;

6.1.4. Os serviços de saúde descritos no item 1.1.1 serão prestados diretamente por profissionais da ICISMEP, salvo hipótese de subcontratação, nos termos do item 5.6 e seguintes, previamente autorizada pelo contratante, sendo considerados, para este fim, profissionais da instituição contratada:

a) O profissional que possua vínculo empregatício com a ICISMEP;

b) O profissional autônomo ou empresa contratada para prestação de serviços à ICISMEP;

c) O profissional ou empresa credenciado (a) pela ICISMEP para execução complementar do objeto contratual;

6.1.5. Os procedimentos e serviços médicos serão executados no Centro de Especialidades do Hospital ICISMEP - '272 Joias', ou em outro local designado pelas partes, conforme sua programação e capacidade de atendimento;

6.1.6. O setor competente da ICISMEP verificará a disponibilidade de atendimento da demanda requerida pela SEMSA, além da existência de empenho prévio e da inexistência de débitos anteriores relativos ao objeto contratual;

6.1.7. Após a verificação referida no item 6.1.6, o responsável pela agenda disponibilizará vagas de atendimentos que deverão ser agendadas pela SEMSA, através do sistema informatizado da ICISMEP, com sítio oficial www.icismep.mg.gov.br, link "Acesso Regulação", ou, na impossibilidade deste, por outro meio a ser indicado pela contratada;

6.1.8. A inclusão ou exclusão de usuários com acesso ao sistema informatizado da ICISMEP será indicada pela Secretária Municipal de Saúde, através de pedido formal, contendo nome completo do responsável, CPF, cargo e nº de matrícula. Aos usuários indicados será fornecido 'login' e senha de acesso;

6.1.9. Após o preenchimento dos itens obrigatórios para a marcação de usuários/pacientes, caberá à SEMSA emitir o respectivo "COMPROVANTE DE MARCAÇÃO", que deverá ser entregue ao paciente que realizará o procedimento em data, horário e local indicado pela ICISMEP;

6.1.10. O comprovante de marcação descriminará informações referentes à data do agendamento, horários, nome do profissional que realizará o atendimento, bem como,

quando forem necessários, os procedimentos de preparação ou orientação para realização do ato médico;
6.1.11. É de responsabilidade da SEMSA a entrega do comprovante de marcação aos respectivos pacientes, bem como, instruir o paciente quando aos preparos necessários para a realização do procedimento médico;
6.1.12. Caso o paciente apresente-se para atendimento sem a efetiva adoção dos procedimentos de preparação indicados no comprovante de marcação, o exame ou procedimento agendado não será realizado;
6.1.13. Caso o paciente não compareça ao local designado para realização do atendimento previamente agendado, na data e horário marcados, o exame ou procedimento será cancelado, após decurso do prazo de tolerância de 15 (quinze) minutos;
6.1.14. Na hipótese de não realização do atendimento previamente agendado por ocasião de ocorrência de alguma das circunstâncias previstas nos itens 6.1.12 e 6.1.13, o paciente deverá retornar ao setor de regulação da SEMSA, que promoverá novo agendamento, conforme disponibilidade da ICISMEP;
6.1.15. Após a realização dos procedimentos agendados, caso seja detectada necessidade de novo procedimento ou execução de cirurgia, cuja solicitação tenha ocorrido pelo profissional que o atendeu, o paciente deverá apresentar-se ao setor de regulação da SEMSA, munido do respectivo formulário de pedido ou requisição médica, para realizar o agendamento;
6.1.16. Na hipótese de ocorrência da circunstância prevista no item 6.1.15, caso detectado que o procedimento ou cirurgia requerido (a) deverá ser realizado (a) com prioridade de Urgência (PU), a ICISMEP reterá o pedido de requisição médica ou guia de cirurgia, emitindo automaticamente o agendamento. O agendamento automático pela ICISMEP dependerá da oferta de vagas em agenda ou saldo disponível para marcação de Urgências no caso de requisição médica ou PPI Cirúrgica para as guias de cirurgia;
6.1.17. Diante da impossibilidade do agendamento de urgência, como descrito no item 6.1.16, a ICISMEP encaminhará o pedido de requisição médica ou guia de cirurgia ao setor responsável da SEMSA. Nesta hipótese, será de responsabilidade do município promover a gestão sobre a intervenção caracterizada como “Prioridade de Urgência” e procedimentos cirúrgicos.

6.2. Modelo de execução relativo à assistência pública em nível ambulatorial e hospitalar (serviços médicos, consultas médicas e plantões médicos).
6.2.1. Os serviços de assistência à saúde previstos no item 1.1.2 (serviços médicos, consultas médicas e plantões médicos) serão executados exclusivamente nas Unidades de Saúde do município contratante (ITABIRITO/MG);

6.2.2. Os serviços de saúde descritos no item 1.1.2 serão prestados diretamente por profissionais da ICISMEP, sendo considerados, para este fim, profissionais da instituição contratada:

6.1.1.1.O profissional que possua vínculo empregatício com a ICISMEP;
6.1.1.2.O profissional autônomo ou empresa contratada para prestação de serviços à ICISMEP;
6.1.1.3.O profissional ou empresa credenciado (a) pela ICISMEP para execução complementar do objeto contatual;

6.2.3. A prestação de serviços descritos no item 1.1.2, dar-se-á de forma parcelada, mediante solicitação prévia, autorização de fornecimento/serviço e cópia da respectiva nota de empenho devidamente assinada pelo Gestor Municipal, enviados pela Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA para o gestor do contrato na ICISMEP;

6.2.4. Caberá ao contratante, através da SEMSA, emitir autorização de serviço ou documento equivalente, com prazo superior a 30 (trinta) dias anteriores ao início da prestação, indicando as atividades que serão executadas, o prazo para execução,

quantidade, valor unitário e valor total e local de prestação de serviço, atentando-se aos valores disponibilizados na (s) Tabela (s) Oficia l(ais) de Saúde da ICISMEP;

6.2.5. A ICISMEP, através de seus profissionais, realizará os serviços conforme autorização de serviço e cópia da respectiva nota de empenho, atentando-se aos quantitativos, prazos, valores estabelecidos e local de prestação de serviço;

6.2.6. A SEMSA fiscalizará a prestação dos serviços, emitindo relatório com planilha descritiva, devidamente assinada pelo gestor municipal, até o 10º dia útil contado da efetiva prestação, constando os nomes dos profissionais médicos e seus respectivos registros no CRM, tipo de serviço, quantitativo e carga horária dos serviços executados pelos profissionais médicos;

6.2.7. As atividades que demandarem carga horária específica, conforme previamente ajustado, segundo a melhor conveniência da Administração Pública, deverão ser executadas em sua plenitude. Na hipótese de não cumprimento integral da carga horária estabelecida, a remuneração relativa aos serviços prestados se dará de modo proporcional às horas executadas.

6.3. Modelo de execução relativo aos procedimentos ambulatoriais e hospitalares inseridos na programação pactuada e integrada do Sistema Único de Saúde – SUS

6.3.1. Na prestação dos serviços transcritos no item 1.1.3, a ICISMEP se obriga a oferecer aos pacientes encaminhados pela SEMSA todo recurso disponível e necessário a seu atendimento eletivo;
6.3.2. A ICISMEP deverá manter atualizado os prontuários médicos dos pacientes e os respectivos arquivos médicos;
6.3.3. A ICISMEP deverá zelar para que não se utilize os pacientes encaminhados pela SEMSA para fins de experimentação, igualmente, não deverá permitir que terceiros o façam;
6.3.4. A ICISMEP deverá atender os pacientes encaminhados pela SEMSA com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo sempre a qualidade em sua prestação de serviços;
6.3.5. A ICISMEP deverá justificar ao paciente, ou a seu responsável, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato previsto no contrato

6.4. Procedimentos de Transição e Finalização do Contrato

6.4.1 Em virtude do objeto, não serão necessários procedimentos de transição e finalização do contrato.

7. MODELO DE GESTÃO DO CONTRATO

7.1. Rotinas de Fiscalização

7.1.1. O contrato deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas avençadas, as normas da Lei nº 14.133, de 2021, e dos Decretos Municipais nº 14201, de 2022, e nº 14757, de 2023, e cada parte responderá pelas consequências de sua inexecução total ou parcial.
7.1.2. As atividades de gestão e fiscalização serão regulamentadas pelo disposto no Decreto Municipal nº 14.201, de 03 de fevereiro de 2022, e as disposições previstas neste Termo de Referência não excluem o disposto no referido decreto.
7.1.3. A fiscalização de que trata esta cláusula não exclui nem reduz a responsabilidade da Contratada, inclusive perante terceiros, por qualquer irregularidade, ainda que resultante de imperfeições técnicas, vícios redibitórios, ou emprego de material inadequado ou de qualidade inferior e, na ocorrência desta, não implica corresponsabilidade da Contratante ou de seus agentes, gestores e fiscais, de conformidade.
7.1.4. A execução do contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada por 1 (um) ou mais gestores e fiscais do contrato, representantes da Administração especialmente designados conforme requisitos estabelecidos no art. 7º da Lei 14.133, de 2021, ou pelos respectivos substitutos, conforme art. 117, da Lei nº 14.133, de 2021.

7.1.5. As comunicações entre o órgão ou entidade e a contratada devem ser realizadas por escrito sempre que o ato exigir tal formalidade, admitindo-se o uso de mensagem eletrônica para esse fim.
7.1.6. Em caso de impedimento, ordem de paralisação ou suspensão do contrato, o cronograma de execução será prorrogado automaticamente pelo tempo correspondente, anotadas tais circunstâncias mediante simples apostila.
7.1.7. Após a assinatura do contrato ou instrumento equivalente, o órgão ou entidade poderá convocar o representante da empresa contratada para reunião inicial para apresentação do plano de fiscalização, que conterá informações acerca das obrigações contratuais, dos mecanismos de fiscalização, das estratégias para execução do objeto, do plano complementar de execução da contratada, quando houver, do método de aferição dos resultados e das sanções aplicáveis, dentre outros.
7.1.8. A Contratada designará formalmente o preposto da empresa, antes do início da prestação dos serviços, indicando no instrumento os poderes e deveres em relação à execução do objeto contratado.
7.1.9. A Contratante poderá recusar, desde que justificadamente, a indicação ou a manutenção do preposto da empresa, hipótese em que a Contratada designará outro para o exercício da atividade.
7.1.10. O órgão ou entidade poderá convocar o preposto da empresa para adoção de providências que devam ser cumpridas de imediato.

7.2. Obrigações do Fiscal do Contrato
7.2.1. Conforme art.117 da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021, bem como do art. 22 e seguintes do Decreto Municipal nº 14.201, de 03 de fevereiro de 2023, a execução do contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada pelo (s) fiscal(is) do contrato, ou pelos respectivos substitutos regulamento designado.
7.2.2. Acompanhar a execução do contrato, para que sejam cumpridas todas as condições estabelecidas no contrato, de modo a assegurar os melhores resultados para a Administração, nos termos do disposto nos artigos 22 e 25 do Decreto Municipal nº 14.201, de 2022.
7.2.3. Conhecer o termo de contrato e todos os seus Anexos, especialmente o presente Termo de Referência.
7.2.4. Registrar, em meio físico ou informatizado, as ocorrências relacionadas à execução do contrato, bem como as faltas verificadas, com a descrição das providências exigidas, as recomendações efetuadas e as soluções adotadas pela contratadas. (art. 22, inc. II e III, do Decreto Municipal nº 14.201, de 2022)
7.2.5. Abrir processo administrativo para acompanhamento e fiscalização da execução do objeto do contrato. (art. 22, inc. IV, do Decreto Municipal nº 14.201, de 2022)
7.2.6. Certificar que o preposto da empresa contratada está ciente das obrigações assumidas pela contratada. (art. 22, inc. VI, do Decreto Municipal nº 14.201, de 2022)
7.2.7. Certificar que a contratada está cumprindo todas as obrigações previstas no Edital, no Instrumento de Contrato e nos respetivos Anexos;
7.2.8. Certificar que a contratada mantém, durante toda a execução do contrato, as condições de habilitação e qualificação exigida na licitação e/ou na contratação, solicitando os documentos necessários para esta constatação;
7.2.9. Verificar se estão sendo atendidas as especificações contidas nos planos, projetos, planilhas, memoriais descritivos, especificações técnicas, projeto básico, termo de referência, assim como os prazos de execução e de conclusão, devendo solicitar ao preposto da contratada a correção de eventuais imperfeições e/ou irregularidades detectadas;
7.2.10. Comunicar à contratada, quando o fornecimento seja de sua obrigação, a escassez de material cuja falta esteja dificultando a execução dos serviços;
7.2.11. Esclarecer as dúvidas da contratada que estiverem sob sua alçada, encaminhando, às áreas competentes, os fatos que extrapolarem a sua competência;
7.2.12. Fazer-se presente no local da execução do contrato;
7.2.13. Antecipar-se a solucionar problemas que possam afetar a relação contratual;

7.2.14. Identificada qualquer inexatidão ou irregularidade, o fiscal do contrato emitirá notificações para a correção da execução do contrato, determinando prazo para a correção.
7.2.15. Proceder as medições e o recebimento provisório mediante termo circunstanciado assinado pelas partes contratantes;
7.2.16. Receber e conferir a nota fiscal emitida pela contratada, atestar a efetiva realização do objeto contratado, na quantidade e qualidade contratadas, para fins de pagamento das faturas correspondentes;
7.2.17. Confrontar os preços e quantidades constantes da nota fiscal com os estabelecidos no contrato;
7.2.18. Indicar ao gestor do contrato, quando for o caso, sobre eventuais glosas, emitindo relatório circunstanciado com a devida justificativa e o cálculo do valor a ser descontado;
7.2.19. Recusar serviço ou fornecimento irregular ou em desacordo com as condições previstas no Edital, na proposta, no Instrumento de Contrato e nos respectivos Anexos;
7.2.20. Constatar se a execução do objeto contratado está sendo prestada no local e horário estipulado no contrato e com a correta utilização dos materiais e equipamentos contratados pela Administração Pública;
7.2.21. Certificar a ausência de cessão, transferência ou subcontratações fora das hipóteses e procedimentos legais e contratuais;
7.2.22. Receber reclamações relacionadas à qualidade do serviço prestado ou do material entregue, adotando as providências cabíveis;
7.2.23. Assegurar que o número de funcionários alocados pela contratada é suficiente para o bom desempenho dos serviços e conclusão no prazo previsto no contrato;
7.2.24. Certificar o cumprimento das normas trabalhistas por parte da contratada, inclusive no que se refere à utilização dos equipamentos de proteção individual – EPI – exigidos pela legislação pertinente, a fim de evitar acidentes com agentes administrativos, terceiros e funcionários da contratada e, na hipótese de descumprimento adotar as providências cabíveis;
7.2.25. Verificar se a contratada procedendo os corretos cálculos e recolhimentos das obrigações tributárias, trabalhistas e previdenciárias decorrentes do contrato, buscando, caso necessários, auxílio junto ao setor de contabilidade ou outros setores da Administração para conferência;
7.2.26. Assegurar que a contratada mantém um responsável técnico acompanhando as obras e serviços, quando assim determinar o contrato;
7.2.27. Exigir a contratada a utilização de crachá e de uniforme pelos funcionários, bem como conduta compatível com o serviço público, pautado pela ética e urbanidade;
7.2.28. Comunicar, por escrito, à contratada os danos porventura causados por seus empregados, requerendo as providências reparadoras;
7.2.29. Solicitar ao preposto da contratada a imediata retirada do local, bem como a situação de empregado da contratada que embaraçar ou dificultar a sua fiscalização, ou cuja permanência na área da instituição reputar, justificadamente, inconveniente;
7.2.30. Receber todos os documentos necessários, contratualmente estabelecidos, para a liquidação da despesa e encaminhá-los, juntamente com a nota fiscal e, após conferência, encaminhá-los ao gestor do contrato para adoção das medidas cabíveis para pagamento;
7.2.31. Informar o gestor do contrato, em tempo hábil, situações que demandar decisão ou adoção de medidas que ultrapassem sua competência, para que adote as medidas necessárias e saneadoras, se for o caso.
7.2.32. Comunicar, por escrito, ao gestor do contrato qualquer falta cometida pela contratada, formando dossiê das providências adotadas para fins de materialização dos fatos que poderão levar a aplicação de sanção ou à rescisão contratual, a ser juntado no processo administrativo.
7.2.33. Comunicar ao gestor do contrato, em tempo hábil, a necessidade de se realizar acréscimo ou supressões no objeto do contrato, com vista à economicidade e à eficiência na execução contratual, bem como quanto ao término do contrato sob sua responsabilidade, com vistas à tempestiva renovação ou à prorrogação contratual.
7.2.34. No caso de ocorrências que possam inviabilizar a execução do contrato nas datas aprazadas, o fiscal do contrato comunicará o fato imediatamente ao gestor do contrato.

7.2.35. Apresentar ao gestor de contratos, ao término do contrato ou quando solicitado, relatório acerca da execução do objeto do contrato; ou sempre que lhe for solicitado;
7.2.36. Comunicar ao gestor do contrato, formalmente e com antecedência mínima de 10 (dez) dias, o seu afastamento das atividades de fiscalização para que, caso necessário, seja designado um substituto;

7.3. Atribuições do Gestor do Contrato

7.3.1. Caberá ao gestor os controles administrativos/financeiros necessários ao pleno cumprimento do contrato, bem como as atividades gerenciais, técnicas e operacionais que compõem o processo de contratação, conforme previsto no art. 17 do Decreto Municipal nº 14.201, de 2022.
7.3.2. Acompanhar a celebração dos contratos e termos aditivos, com a coleta das assinaturas, providenciando, posteriormente, a juntada dos comprovantes de publicação do extrato e encaminhamento da via ao Tribunal de Contas do Estado, quando for o caso;
7.3.3. O gestor deverá manter controle individualizado de cada contrato;
7.3.4. Deflagrar os procedimentos de fiscalização ao adimplemento do objeto contratado a serem executados pelo fiscal do contrato.
7.3.5. Acompanhar os registros realizados pelos fiscais do contrato, de todas as ocorrências relacionadas à execução do contrato e as medidas adotadas, informando, se for o caso, à autoridade superior àquelas que ultrapassarem a sua competência, mantendo um controle individualizado de cada contrato.
7.3.6. Coordenar a atualização do processo de acompanhamento e fiscalização do contrato contendo todos os registros formais da execução no histórico de gerenciamento do contrato, a exemplo da ordem de serviço, do registro de ocorrências, das alterações e das prorrogações contratuais, elaborando relatório com vistas à verificação da necessidade de adequações do contrato para fins de atendimento da finalidade da administração.
7.3.7. Verificar e acompanhar a validade da garantia prestada no momento da assinatura, examinando, se for necessário, a possibilidade da sua substituição nos casos em que for permitido.
7.3.8. Propor, formalmente, à autoridade competente, a liberação da garantia contratual em favor da contratada nos prazos regulamentares;
7.3.9. Controlar os prazos de vencimentos dos contratos, comunicando, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do término da vigência, à autoridade competente, a proximidade do término do prazo do contrato, instruído o processo, quando admitida a prorrogação, com os documentos constantes do inciso IX do art. 17, do Decreto Municipal nº 14.201, de 2022.
7.3.10. Controlar os prazos de vencimentos dos contratos dos serviços de caráter continuado, sugerindo à autoridade superior o aditamento do ajuste ou a abertura de nova licitação, após a oitiva do fiscal, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do término da vigência;
7.3.11. Comunicar à autoridade competente e aos setores de interesse os eventuais atrasos e os pedidos de prorrogação dos prazos de entrega e de execução do objeto;
7.3.12. Elaborar ou solicitar justificativa técnica, quando couber, com vistas à alteração unilateral do contrato pela Administração;
7.3.13. Encaminhar o requerimento da contratada de prorrogação do prazo de execução do objeto ou da vigência do contrato à autoridade competente, instruindo o processo com manifestação conclusiva e dados que comprovem o impedimento do cumprimento do prazo pela contratada;
7.3.14. Analisar ou formular os pedidos de reequilíbrio econômico-financeiro, conforme o caso, instruindo o processo com as informações e dados necessários, submetendo-os à autoridade superior;
7.3.15. Analisar os casos de necessidade de acréscimos ou supressões do objeto, controlando os respectivos limites e encaminhar à autoridade competente para decisão;
7.3.16. Realizar pesquisa de mercado, quando for o caso, para analisa a vantajosidade da prorrogação e de aditivo, tendo por base o Projeto Básico ou o Termo de Referência relativo ao contrato em vigor.

7.3.17. Cuidar para que qualquer alteração contratual seja promovida por Termo Aditivo ou por Termo de Apostilamento, conforme o caso, solicitando quaisquer documentos comprobatórios pertinentes, caso necessário;
7.3.18. Receber as notas fiscais atestadas pelos fiscais do contrato, adotando as providências cabíveis para liquidação e pagamento.
7.3.19. Encaminhar ao setor competente a documentação pertinente para a formalização dos procedimentos de liquidação e pagamento, no valor dimensionado pela fiscalização e gestão nos termos do contrato.
7.3.20. Acompanhar os empenhos, os pagamentos, as glosas e a disponibilidade orçamentária inerente ao contrato;
7.3.21. Manter controle atualizado dos pagamentos efetuados, em ordem cronológica;
7.3.22. Anotar os problemas que obstem o fluxo normal da liquidação e do pagamento da despesa no relatório de riscos eventuais.
7.3.23. Supervisionar o fiscal na realização das atividades necessárias à liquidação da despesa, especialmente no tocante ao cumprimento dos prazos;
7.3.24. Deliberar sobre o pedido de substituição do responsável técnico, desde que este detenha experiência e qualificação equivalente ou superior ao substituído, a ser verificada de acordo com as regras do edital da licitação que deu origem à contratação;
7.3.25. Emitir documento comprobatório da avaliação realizada pelos fiscais quanto ao cumprimento de obrigações assumidas pelo contratado, com menção ao seu desempenho na execução contratual, baseado nos indicadores objetivamente definidos e aferidos, e a eventuais penalidades aplicadas, devendo constar do cadastro de atesto de cumprimento de obrigações.
7.3.26. Adotar as providências cabíveis para a formalização de processo administrativo de responsabilização para fins de aplicação de sanções, a ser conduzido pela comissão de que trata o art. 158 da Lei nº 14.133, de 2021, ou pelo agente ou pelo setor com competência para tal, conforme o caso (art. 17, incisos XXIII e XXIV, do Decreto Municipal nº 14.201/22).
7.3.27. Elaborar relatório final com informações sobre a consecução dos objetivos que tenham justificado a contratação e eventuais condutas a serem adotadas para o aprimoramento das atividades da Administração. (art. 19 do Decreto Municipal nº 14.201/22).
7.3.28. Sem prejuízo das atribuições do (s) fiscal (is) do contrato, notificar à contratada, estabelecendo prazo para o fiel cumprimento das obrigações contratuais ou para que dê início à correção dos defeitos ou desconformidades com o objeto da contratação, constatados durante a sua execução ou após o recebimento provisório, bem como informar à autoridade competente as ocorrências que possam gerar dificuldades à conclusão do objeto;
7.3.29. Constatada a ocorrência de descumprimento total ou parcial do contrato, deverão ser observadas as disposições dos art. 155 a 163 da Lei nº 14.133/21, a fim de apurar a responsabilidade da contratada e a aplicabilidade das sanções legais e/ou contratuais.

8. CRITÉRIOS DE MEDIÇÃO E PAGAMENTO

8.1. Da Medição

A avaliação da execução do objeto utilizará **Instrumento de Medição de Resultado** (IMR), que conterá os seguintes parâmetros, sujeitos à conferência e fiscalização pelo contratante:

8.1.1. Plantões, consultas, serviços médicos e procedimentos hospitalares e ambulatoriais realizados em estrito cumprimento das normas regimentais previstas na Resolução nº 2.217, de 27 de setembro de 2018 – Código de Ética Médica;

8.1.2. Plantões, consultas, serviços médicos e procedimentos hospitalares e ambulatoriais realizados por profissionais habilitados para o exercício de suas funções;

8.1.3. Plantões, consultas, serviços médicos e procedimentos hospitalares e ambulatoriais realizados por profissionais regularmente inscritos perante os conselhos de classe ou respectivas entidades profissionais

8.1.4. Consultas, serviços médicos e procedimentos hospitalares e ambulatoriais integralmente realizados, conforme agendamento prévio;

8.1.5. Consultas, serviços médicos e procedimentos hospitalares e ambulatoriais realizados pontualmente, conforme agendamento prévio;

8.1.6. Procedimentos hospitalares e ambulatoriais realizados em instalações adequadas às suas especificidades;

8.1.7. Utilização de equipamentos, utensílios, materiais e insumos adequados às especificidades do atendimento;

8.1.8. Utilização de equipamentos, utensílios, materiais e insumos em quantidade e qualidade adequados ao atendimento;

8.1.9. Eficiente comunicação com a Secretaria Municipal de Saúde nas hipóteses previstas neste Termo de Referência

8.2. No caso de descumprimento dos requisitos previstos no IMR, conforme item 8.1, poderá ser indicada, à critério do contratante, a retenção ou glosa no pagamento, proporcional à(s) irregularidade(s) verificada(s), em quota parte equivalente à **0,2% (dois décimos por cento)** por infração constatada e devidamente comunicada, por escrito, à contratada. O dispositivo penal será aplicado até o limite de **10% (dez por cento)** dos valores devidos à contratada.

8.3. O reiterado e contumaz descumprimento dos requisitos previstos no IMR ensejará, conforme critério do contratante, a aplicação do que dispõe o item 8.4 do presente Termo de Referência.

8.4. Será indicada a retenção ou glosa no pagamento, proporcional à irregularidade verificada, sem prejuízo das sanções cabíveis, na hipótese de a contratada não produzir os resultados acordados, deixar de executar ou executar as atividades contratadas sem a qualidade exigida pelos padrões sanitários de regência, deixar de utilizar os materiais e recursos humanos exigidos para a consecução do serviço, ou utilizá-los com qualidade ou quantidade inferior à demandada.

8.5. A utilização do IMR não impede a aplicação concomitante de outros mecanismos para a avaliação da prestação dos serviços.

8.6. A Contratada deverá emitir a medição dos serviços prestados e encaminhá-la para a Secretaria Municipal de Saúde até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente ao dos atos médicos praticados.

8.7. A medição do serviço deve ser entregue em via original, impressa em papel com timbre/logomarca da contratada e conter:
a)O número do processo licitatório, o número do contrato, o número da Dispensa na hipótese de contratação direta com dispensa de licitação;
b) O objeto da contratação;
c) A razão social da contratada ou seu nome de fantasia, bem como seu CNPJ, endereço da sede, telefone e e-mail para contato;
d) Data da execução do serviço;
e) Detalhamento do serviço executado;
f) Data de emissão do relatório de medição dos serviços;
g) Assinatura do responsável legal da contratada.

8.8. Do recebimento

8.8.1. Os serviços serão recebidos provisoriamente, no prazo de 05 (cinco) dias, pelos fiscais técnico e administrativo, mediante termos detalhados, quando verificado o cumprimento das exigências de caráter técnico e administrativo. (Art. 140, I, a , da Lei nº 14.133 e Art. 39, § 1º, do Decreto Municipal nº 14.201, de 2022).

8.8.2. O prazo descrito no item 8.8.1 será contado do recebimento de comunicação de cobrança oriunda do contratado com a comprovação da prestação dos serviços a que se referem a parcela a ser paga.

8.8.3 O fiscal do contrato realizará o recebimento provisório do objeto do contrato mediante termo detalhado que comprove o cumprimento das exigências de caráter técnico e administrativo.

8.8.4 Para efeito de recebimento provisório, ao final de cada período de faturamento, o fiscal técnico do contrato irá apurar o resultado das avaliações da execução do objeto e, se for o caso, a análise do desempenho e qualidade da prestação dos serviços realizados em consonância com os indicadores previstos, que poderá resultar no redimensionamento de valores a serem pagos à contratada, registrando em relatório a ser encaminhado ao gestor do contrato.

8.8.5 Será considerado como ocorrido o recebimento provisório com a entrega do termo detalhado ou, em havendo mais de um a ser feito, com a entrega do último.

8.8.6 A Contratada fica obrigado a reparar, corrigir, remover, reconstruir ou substituir, às suas expensas, no todo ou em parte, o objeto em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução ou materiais empregados, cabendo à fiscalização não atestar a última e/ou única medição de serviços até que sejam sanadas todas as eventuais pendências que possam vir a ser apontadas no Recebimento Provisório. O prazo de correção pelo SEMSA será até 02 (dois) dias úteis, ficando pendente a emissão da nota fiscal até que as correções promovidas e validadas pelo competente da ICISMEP.

8.8.7 A fiscalização não efetuará o ateste da última e/ou única medição de serviços até que sejam sanadas todas as eventuais pendências que possam vir a ser apontadas no Recebimento Provisório. (Art. 119 c/c art. 140 da Lei nº 14133, de 2021).

8.8.8 Os serviços poderão ser rejeitados, no todo ou em parte, quando em desacordo com as especificações constantes neste Termo de Referência e na proposta, sem prejuízo da aplicação das penalidades.

8.8.9 Quando a fiscalização for exercida por um único servidor, o Termo Detalhado deverá conter o registro, a análise e a conclusão acerca das ocorrências na execução do contrato, em relação à fiscalização técnica e administrativa e demais documentos que julgar necessários, devendo encaminhá-los ao gestor do contrato para recebimento definitivo.

8.8.10 Os serviços serão recebidos definitivamente no prazo de 05 (cinco) dias, contados do recebimento provisório, pelo gestor do contrato designada, após a verificação da qualidade e quantidade do serviço e consequente aceitação mediante termo detalhado, obedecendo os seguintes procedimentos, conforme disposto no § 2º do Art. 39, do Decreto Municipal nº 14.201, de 2022, o gestor do contrato deverá:

a) Emitir documento comprobatório da avaliação realizada pelos fiscais, quando houver, no cumprimento de obrigações assumidas pelo contratado, com menção ao seu desempenho na execução contratual, baseado em indicadores objetivamente definidos e aferidos, e a eventuais penalidades aplicadas, devendo constar do cadastro de atesto de cumprimento de obrigações.
b) Realizar a análise dos relatórios e de toda a documentação apresentada pela fiscalização e, caso haja irregularidades que impeçam a liquidação e o pagamento da despesa, indicar

as cláusulas contratuais pertinentes, solicitando à CONTRATADA, por escrito, as respectivas correções;
c) Emitir Termo Circunstanciado para efeito de recebimento definitivo dos serviços prestados, com base nos relatórios e documentações apresentadas; e
d) Comunicar a empresa para que emita a Nota Fiscal ou Fatura, com o valor exato dimensionado pela fiscalização.
e) Enviar a documentação pertinente ao setor de contratos para a formalização dos procedimentos de liquidação e pagamento, no valor dimensionado pela fiscalização e gestão.

8.8.11 No caso de controvérsia sobre a execução do objeto, quanto à dimensão, qualidade e quantidade, deverá ser observado o teor do art. 143 da Lei nº 14.133, de 2021, comunicando-se à empresa para emissão de Nota Fiscal no que tange à parcela incontroversa da execução do objeto, para efeito de liquidação e pagamento.

8.8.12 Nenhum prazo de recebimento ocorrerá enquanto pendente a solução, pelo contratado, de inconsistências verificadas na execução do objeto ou no instrumento de cobrança.

8.8.13 O recebimento provisório ou definitivo não excluirá a responsabilidade civil pela solidez e pela segurança do serviço nem a responsabilidade ético-profissional pela perfeita execução do contrato.

8.9 Liquidação
8.9.1. Recebida a Nota Fiscal ou documento de cobrança equivalente, correrá o prazo até 5º (quinto) dia úteis para fins de liquidação, na forma desta seção, prorrogáveis por igual período, **nos termos do artigo 7°, § 2° da Instrução Normativa SEGES/ME n° 77/2022**.
8.9.2. O prazo de que trata o item anterior será reduzido à metade, mantendo-se a possibilidade de prorrogação, nos casos de contratações decorrentes de despesas cujos valores não ultrapassem o limite de que trata o inciso II do art. 75 da Lei nº 14.133, de 2021
8.9.3. Para fins de liquidação, o setor competente deve verificar se a Nota Fiscal ou Fatura apresentada expressa os elementos necessários e essenciais do documento, tais como:
a) O prazo de validade;
b) A compatibilidade da natureza da operação;
c) A data da emissão;
d) Os dados do contrato e do órgão contratante;
e) O período respectivo de execução do contrato;
f) O valor a pagar;
g) Eventual destaque do valor de retenções tributárias cabíveis;
h) Emissão de declaração de Simples nacional para efeito de concessão de benefícios fiscais antes da emissão do documento fiscal (https://www8.receita.fazenda.gov.br/simplesnacional/aplicacoes.aspx?id=21).
8.9.4. Havendo erro na apresentação da Nota Fiscal/Fatura, ou circunstância que impeça a liquidação da despesa, esta ficará sobrestada até que o contratado providencie as medidas saneadoras, reiniciando-se o prazo após a comprovação da regularização da situação, sem ônus à contratante;
8.9.5. A Nota Fiscal ou Fatura deverá ser obrigatoriamente acompanhada da comprovação da regularidade fiscal, constatada por meio de consulta on-line ao SICAF ou, na impossibilidade de acesso ao referido Sistema, mediante consulta aos sítios eletrônicos oficiais ou à documentação mencionada no art. 68 da Lei nº 14.133/2021.
8.9.6. A Administração deverá realizar consulta ao SICAF para: a) verificar a manutenção das condições de habilitação exigidas no edital; b) identificar possível razão que impeça a participação em licitação, no âmbito do órgão ou entidade, proibição de contratar com o Poder Público, bem como ocorrências impeditivas indiretas (Instrução Normativa nº 3, de 26 de abril de 2018).

8.9.7. Constatando-se, junto ao SICAF, a situação de irregularidade do contratado, será providenciada sua notificação, por escrito, para que, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, regularize sua situação ou, no mesmo prazo, apresente sua defesa. O prazo poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, a critério do contratante.
8.9.8. Não havendo regularização ou sendo a defesa considerada improcedente, o contratante deverá comunicar aos órgãos responsáveis pela fiscalização da regularidade fiscal quanto à inadimplência do contratado, bem como quanto à existência de pagamento a ser efetuado, para que sejam acionados os meios pertinentes e necessários para garantir o recebimento de seus créditos.
8.9.9. Persistindo a irregularidade, o contratante deverá adotar as medidas necessárias à rescisão contratual nos autos do processo administrativo correspondente, assegurada ao contratado a ampla defesa.
8.9.10. Havendo a efetiva execução do objeto, os pagamentos serão realizados normalmente, até que se decida pela rescisão do contrato, caso o contratado não regularize sua situação junto ao SICAF.

8.10. Prazo de pagamento
8.10.1. O pagamento será efetuado no prazo de até 05º (quinto) dia útil, contados da finalização da liquidação da despesa, observadas a disponibilidade de caixa e fonte de recurso conforme seção anterior, nos termos da Instrução normativa SEGES/ME n° 77, de 2022.

8.10.2. Incidirá correção monetária sobre o débito vencido adotando o IPCA que é o índice oficial de inflação salvo em caso fortuito ou motivo de força maior que decorrerá publicação da postergação dos vencimentos na forma da Lei e comunicação ao Controle Interno da Instituição Pública bem como para o Tribunal de Contas do Estado.

8.11. Forma de pagamento
8.11.1. O pagamento será realizado através de ordem bancária, para crédito em banco, agência e conta corrente indicados pelo contratado.
8.11.2. Será considerada data do pagamento o dia em que constar como emitida a ordem bancária para pagamento.
8.11.3. Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável.
8.11.4. Independentemente do percentual de tributo inserido na planilha, quando houver, serão retidos na fonte, quando da realização do pagamento, os percentuais estabelecidos na legislação vigente.
8.11.5. O contratado regularmente optante pelo Simples Nacional, nos termos da Lei Complementar nº 123, de 2006, não sofrerá a retenção tributária quanto aos impostos e contribuições abrangidos por aquele regime. No entanto, o pagamento ficará condicionado à apresentação de comprovação, por meio de documento oficial, de que faz jus ao tratamento tributário favorecido previsto na referida Lei Complementar no ato da entrega da documentação para liquidação à Secretaria Municipal de Fazenda.

8.12. Antecipação de pagamento
8.12.1. Não será permitido pagamento antecipado (parcial/total), conforme as regras previstas no presente tópico e artigo 145 da lei federal 14.133, de 2021.

8.13. Cessão de crédito
8.13.1. É admitida a cessão fiduciária de direitos creditícios com instituição financeira, nos termos e de acordo com os procedimentos previstos na Instrução Normativa SEGES/ME nº 53, de 8 de julho de 2020, conforme as regras deste presente tópico.

8.13.2. As cessões de crédito não fiduciárias não abrangidas pela Instrução Normativa SEGES/ME nº 53, de 8 de julho de 2020, dependerão de prévia aprovação do contratante;

8.13.3. A eficácia da cessão de crédito não abrangidas pela Instrução Normativa SEGES/ME nº 53, de 8 de julho de 2020, em relação à Administração, está condicionada à celebração de termo aditivo ao contrato administrativo;

8.13.4. Sem prejuízo do regular atendimento da obrigação contratual de cumprimento de todas as condições de habilitação por parte do contratado (cedente), a celebração do aditamento de cessão de crédito e a realização dos pagamentos respectivos também se condicionam à regularidade fiscal e trabalhista do cessionário, bem como à certificação de que o cessionário não se encontra impedido de licitar e contratar com o Poder Público, conforme a legislação em vigor, ou de receber benefícios ou incentivos fiscais ou creditícios, direta ou indiretamente, conforme o art. 12 da Lei nº 8.429, de 1992, tudo nos termos do Parecer JL-01, de 18 de maio de 2020.

8.13.5. O crédito a ser pago à cessionária é exatamente aquele que seria destinado à cedente (contratado) pela execução do objeto contratual, restando absolutamente incólumes todas as defesas e exceções ao pagamento e todas as demais cláusulas exorbitantes ao direito comum aplicáveis no regime jurídico de direito público incidente sobre os contratos administrativos, incluindo a possibilidade de pagamento em conta vinculada ou de pagamento pela efetiva comprovação do fato gerador, quando for o caso, e o desconto de multas, glosas e prejuízos causados à Administração (Instrução Normativa n° 53, de 8 de julho de 2020 e anexos).

8.13.6. A cessão de crédito não afetará a execução do objeto contratado, que continuará sob a integral responsabilidade do contratado.

9. FORMA E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR

9.1. Forma de seleção e critério de julgamento da proposta

Em virtude da natureza específica do objeto e de condições particulares presentes neste procedimento, ocorrerá CONTRATAÇÃO DIRETA com DISPENSA DE LICITAÇÃO do Consórcio Público da Instituição de Cooperação Intermunicipal do Médio Paraopeba – ICISMEP, conforme devidamente justificado na “descrição da solução como um todo”, detalhada em tópico específico no Estudo Técnico Preliminar – ETP.
Por essa razão, não será aplicada nenhuma forma de seleção de fornecedores ou julgamento de propostas.

9.1.1. O contratado será selecionado por meio da realização de procedimento de dispensa de licitação, com fundamento na hipótese do art. 75, inciso. XI da Lei n° 14.133/2021.
“CONTRATAÇÃO DIRETA SERVIÇOS SEM REGIME DEDICAÇÃO EXCLUSIVA MÃO DE OBRA - DISPENSA”

9.2. Regime de Execução

O regime de execução do contrato será:

Em observância ao princípio da padronização, considerando que os benefícios do parcelamento não compensam o aumento dos custos e das dificuldades administrativas relativas à gestão contratual do objeto em epígrafe através de fornecedores diversos, o regime de execução do contrato não será de forma parcelada, conforme “justificativa para o parcelamento”, pormenorizada em tópico específico no Estudo Técnico Preliminar – ETP.

9.3. Exigências de habilitação

9.3.1. Para fins de habilitação, deverá o licitante comprovar os seguintes requisitos:

I. Habilitação Jurídica (art. 131, do Decreto Municipal nº 14.754, de 2023). Tratando –se da contratação de consórcio público, pessoa jurídica de direito público com natureza jurídica de contrato interfederativo em atenção à determinação legal supracitada, para a devida habilitação jurídica, exige-se:

a). Ata de fundação e estatuto social, com a ata da assembleia que o tenha aprovado, devidamente inscrita no Registro Civil das Pessoas Jurídicas da comarca da respectiva sede;

b) Disposição ou alterações estatutárias que constituam o(a) representante legal do Consórcio, devidamente transcritas no estatuto social e no Registro Civil das Pessoas Jurídicas da comarca da respectiva sede;

c) Cédula de Identidade ou outro documento de identificação oficial com foto do(a) representante legalmente constituído(a) do Consórcio;

d) Ato de registro e autorização para funcionamento das respectivas autoridades competentes;

e) Os documentos apresentados deverão estar acompanhados de todas as alterações ou da consolidação respectiva dos atos registrais.

9.3.2. **Habilitação fiscal, social e trabalhista** (art. 132, do Decreto Municipal nº 14.754/23). Para a habilitação, exige-se:

a) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);

b) Prova de regularidade fiscal perante a Fazenda Nacional, mediante apresentação de certidão expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN), referente a todos os créditos tributários federais e à Dívida Ativa da União (DAU) por elas administrados, inclusive aqueles relativos à Seguridade Social, nos termos da Portaria Conjunta nº 1.751, de 02 de outubro de 2014, do Secretário da Receita Federal do Brasil e da Procuradora-Geral da Fazenda Nacional.

c) Prova de regularidade fiscal perante o Estado de domicílio ou sede do licitante em dívida ativa (inciso III, do art. 132, do Decreto Municipal 14.754/2023).

d) Prova de regularidade fiscal perante o Município de domicílio ou sede do licitante, inclusive quando a débitos inscritos em dívida ativa (inciso IV, do art. 132, do Decreto Municipal 14.754/2023).

e) Prova de regularidade com o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS);

f) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa ou positiva com efeito de negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943;

g) Caso o fornecedor seja considerado isento dos tributos Estadual/Distrital ou [Municipal relacionados ao objeto contratual, deverá comprovar tal condição mediante a apresentação de declaração da Fazenda respectiva do seu domicílio ou sede, ou outra equivalente, na forma da lei.

9.3.3. **Qualificação técnica**. O(a) fornecedor(a) deverá apresentar atestado de qualificação técnica.

9.3.4 O(a) fornecedor(a) disponibilizará todas as informações necessárias à comprovação da legitimidade dos atestados, apresentando, quando solicitado pela Administração, cópia do contrato que deu suporte à contratação, endereço atual da contratante e local em que foi executado o objeto contratado, dentre outros documentos.

9.3.5. **Conforme determinado pelo art. 135 do Decreto Municipal nº 14.754/23, serão exigidas as seguintes declarações do contratante:**

a) De que tomou ciência acerca das informações e condições locais e eventuais peculiaridades envolvidas na execução do objeto e cumprimento das obrigações da contratação;

b) De que atende plenamente os requisitos de habilitação exigidos no processo de contratação, sob pena de aplicação das sanções aplicáveis;

c) De que cumpre as exigências de reserva de cargos para pessoas com deficiência e para reabilitado da Previdência Social, previstas em lei e em outras normas específicas;

d) De que as propostas econômicas compreendem a integralidade dos custos para atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na Constituição Federal, na legislação trabalhista, nas normas infralegais, nas convenções coletivas de trabalho e nos termos de ajustamento de conduta vigentes na data da assinatura do instrumento contratual;
e) De que não possui em seu quadro pessoal e societário servidor público do Poder Executivo Municipal nas funções de gerência ou administração, ou servidor do órgão ou entidade contratante em qualquer função, conforme o art. 9º, § 1º, da Lei Federal nº 14.133/2021
f) De que não há sanções vigentes que legalmente o impeçam de contratar com o Município;
9.3.6. O(a) fornecedor(a) disponibilizará todas as informações necessárias à comprovação da legitimidade dos atestados, apresentando, quando solicitado pela Administração, cópia do contrato que deu suporte à contratação, endereço atual da contratante e local em que foi executado o objeto contratado, dentre outros documentos.

10. OBRIGAÇÕES ESPECÍFICAS DAS PARTES (art. 42, XIV, do Decreto Municipal 14.754, 2023)

10.1. Do Contratante:
O contratante deverá adimplir as obrigações constantes neste Termo de Referência, assim como aquelas consignadas no instrumento contratual e seus anexos, respeitando prazos e condições pactuadas, efetuando os pagamentos e atos administrativos que lhe competem, observando, ainda, as disposições a seguir:
10.1.1. O contratante deverá, na execução do termo pactuado, observar os deveres de probidade, lealdade e transparência determinados pelo princípio da boa-fé objetiva, conforme art. 422 do Código Civil Brasileiro – Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002;
10.1.2. O contratante receberá o objeto no prazo e condições estabelecidas no Termo de Referência;
10.1.3. O contratante notificará a contratada, por escrito, sobre vícios, defeitos ou incorreções verificadas no objeto fornecido, para que seja substituído, reparado ou corrigido, no total ou em parte, às expensas desta;
10.1.4. O contratante acompanhará e fiscalizará a execução do contrato, bem como atestará nas notas fiscais/faturas o efetivo adimplemento do objeto deste Termo de Referência;
10.1.5. O contratante rejeitará, no todo ou em parte, os serviços prestados quando em desacordo com as especificações constantes na nota de empenho, no Termo de Referência, no contrato e/ou na proposta comercial da contratada;
10.1.6. O contratante comunicará a contratada para emissão de nota fiscal pertinente à parcela incontroversa da execução do objeto, para efeito de liquidação e pagamento, quando houver controvérsia parcial sobre a execução contratual, quanto à dimensão, qualidade e quantidade, conforme o art. 143 da Lei nº 14.133/21.
10.1.7. O contratante solicitará o reparo, a correção, a remoção ou a substituição dos materiais em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções;
10.1.8. O contratante efetuará o pagamento à contratada do valor correspondente à prestação dos serviços previstos no item 1.1, no prazo, forma e condições estabelecidas no presente instrumento;
10.1.9. O contratante aplicará as sanções previstas em face da contratada na eventual hipótese de descumprimento dos termos presentes no pacto contratual ou no regramento legal aplicável;
10.1.10. O contratante exigirá o cumprimento das obrigações tributárias, trabalhistas e previdenciários, cujo recolhimento deverá ser comprovado por meio de documentação hábil;
10.1.11. O contratante efetivará, com exclusividade, o controle e distribuição da utilização dos serviços contratados, dentro dos valores estabelecidos no contrato;
10.1.12. O contratante efetivará, para o atendimento dos pacientes e usuários dos serviços elencados no item 1.1.1, a devida marcação no(s) sistema(s) disponibilizado(s) pela contratada, com a antecedência adequada ao pleno cumprimento do ato médico;

10.1.13. O contratante utilizará o sistema informatizado da contratada em observância ao determinado pela Lei 13.709, de 14 de agosto de 2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, mantendo sigilo das informações disponibilizadas, exceto em documentos que, por sua própria natureza, não exijam sigilo;
10.1.14. O contratante demandará a execução dos serviços médicos elencados nos itens 1.1.2, e 1.1.3, indicando a unidade de saúde em que o mesmo deverá ser prestado;
10.1.15. O contratante informará à contratada sobre a ocorrência de falha ou vício na prestação dos serviços;
10.1.16. O contratante acompanhará a execução física e financeira dos termos avençados, controlando, avaliando, monitorando e auditando a conformidade da execução do objeto contratado em termos quantitativos e qualitativos;
10.1.17. A Secretaria Municipal de Saúde acompanhará a execução dos serviços contratados, bem como prestará conferência das notas fiscais emitidas pela contratada, emitindo o "ateste" para fins de pagamento, no caso de efetivo cumprimento das obrigações elencadas no pacto contratual;
10.1.18. Sem prejuízo do dever de acompanhamento da fiscalização e da normatividade suplementar exercidos sobre a execução do objeto, o contratante reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS, decorrente da Legislação Federal da Saúde;
10.1.19. Compete à Secretaria Municipal de saúde acompanhar a execução do contratado, bem como conferir a execução dos serviços e as notas fiscais emitidas pela contratada e atestar formalmente a conformidade de execução com o "de acordo" para fins de pagamento.

10.2. Do Contratado:
O Contratado deve cumprir todas as obrigações constantes deste instrumento e seus anexos, nas quantidades, prazos e condições pactuadas, assumindo exclusivamente seus os riscos e as despesas decorrentes da boa e perfeita execução do objeto, observando, ainda, as obrigações a seguir dispostas:
10.2.1 A contratada deverá, na execução do termo pactuado, observar os deveres de probidade, lealdade e transparência determinados pelo princípio da boa-fé objetiva, conforme art. 422 do Código Civil Brasileiro – Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002;
10.2.2. Recairá sobre a contratada a responsabilização objetiva por fato do serviço, prevista no art. 14 do Código de Defesa do Consumidor – Lei nº 8.078, 11 de setembro de 1990;
10.2.3. A contratada responsabilizar-se-á pelos danos decorrentes de erro médico ou demais defeitos relativos à execução dos serviços prestados por seus profissionais – **definidos pelo item 6.1.2 do presente Termo de Referência**, nos termos da Lei nº 8.078/90, ocasionados à administração pública ou a terceiros, sendo-lhe assegurada, em qualquer dos casos, a ampla defesa e o contraditório;
10.2.4. Na ocorrência das hipóteses descritas nos itens 10.2.2 e 10.2.3, a fiscalização ou o acompanhamento da execução contratual pelo contratante não eximirá a contratada de suas responsabilidades legais;
10.2.5. Na ocorrência das hipóteses descritas nos itens 10.2.2 e 10.2.3, o contratante poderá, conforme seu melhor julgamento e após rigorosa apuração dos fatos correlatos, descontar dos pagamentos devidos à contratada ou da garantia, caso exigida, o valor correspondente aos danos sofridos pelo erário público;
10.2.6. A contratada garantirá o integral cumprimento das obrigações avençadas perante a Administração, com vistas à consecução dos serviços médicos descritos no item 1.1, garantindo, também, a compatibilidade, continuidade e integração do objeto contratual ao serviço já existente;
10.2.7. A contratada comprometer-se-á com a regularidade, continuidade, eficiência, segurança, atualização e aperfeiçoamento do serviço, sujeitando-se às modificações quantitativas e qualitativas no objeto contratual determinadas pela SEMSA, que tenham como objetivo ampliar, reduzir ou alterar de qualquer forma a capacidade e especificação do serviço nos termos do contrato e da legislação vigente;
10.2.8. A contratada informará ao contratante, com antecedência mínima de 36 (trinta e seis) horas, a contar das datas previamente agendadas dos procedimentos e atos médicos, a

ocorrência de qualquer motivo que impossibilite o efetivo atendimento aos pacientes e usuários dos serviços elencados no item 1.1;
10.2.9. A contratada atenderá as determinações emitidas pelo fiscal ou gestor do contrato, ou autoridade superior, conforme o art. 137, II da Lei n.º 14.133/21, e prestará os devidos esclarecimentos ou informações por eles solicitados;
10.2.10. Os equipamentos, ferramentas, utensílios e demais insumos necessários à efetiva prestação dos serviços médicos apontados no item 1.1 do presente Termo de Referência serão fornecidos em quantidade e estado de conservação adequados ao perfeito cumprimento das obrigações estipuladas neste documento, conforme recomendações de boa técnica e determinações da legislação de regência;
10.2.11. A contratada deverá reparar, corrigir, remover ou substituir, às suas próprias expensas, os equipamentos ou utensílios indispensáveis à execução dos procedimentos elencados no item 1.1., quando se verificarem vícios, defeitos ou incorreções que interferiram na qualidade ou efetividade dos serviços prestados;
10.2.12. A contratada emitirá faturas conforme os serviços efetivamente prestados, nos termos descritos neste Termo de Referência, apresentando-as à Secretaria Municipal de Saúde para “ateste” e efetivo pagamento;
10.2.13. A contratada responsabilizar-se-á pela garantia dos serviços prestados, bem como pela qualidade dos insumos empregados e dos equipamentos utilizados, adequando-os aos padrões de segurança médico-hospitalar previstos nas normas técnicas atinentes ao tema, na forma exigida neste Termo de Referência;
10.2.14. A contratada manterá, durante toda a execução contratual, as condições de habilitação e qualificação previstas no item 9.3 do presente Termo de Referência, devendo comunicar, de imediato, qualquer alteração que possa comprometer a manutenção do contrato;
10.2.15. A contratada responsabilizar-se-á pelo integral cumprimento das obrigações trabalhistas, previdenciárias, fiscais, comerciais ou quaisquer outras decorrentes do exercício de suas atividades relativas à prestação de serviços descritas neste Termo de Referência. O contratante não será subsidiariamente ou solidariamente responsável, pelo adimplemento de obrigação de qualquer natureza assumida pela contratada;
10.2.16. A contratada informará ao fiscal do contrato, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, qualquer acidente ou ocorrência extraordinária que se verifique no curso da execução do objeto contratual;
10.2.17. A contratada cumprirá, durante a execução do contrato, nos termos da lei, a reserva de cargos para pessoas com deficiência, para reabilitados da Previdência Social ou para aprendizes, bem como as reservas de cargos previstas em outras normas específicas, conforme art. 116 da Lei nº 14.133/21;
10.2.18. Sempre que solicitado pelo fiscal do contrato, a contratada exibirá documentação hábil à comprovação da reserva de cargos a que se refere o item 10.2.13, com a indicação dos empregados que preencheram as referidas vagas, conforme parágrafo único do art. 116 da Lei nº 14.133/21;
10.2.19. A contratada observará o recíproco dever de sigilo relativo às informações obtidas em decorrência do cumprimento do contrato;
10.2.20. A contratada alocará os recursos financeiros, materiais, administrativos e de pessoal necessários à plena consumação dos termos avençados no pacto contratual;
10.2.21. Os empregados, os profissionais contratados, e demais colaboradores da contratada, desde que atuem na efetiva prestação dos serviços médicos apontados no item 1.1 do presente Termo de Referência, deverão possuir habilitação profissional e conhecimento adequados ao perfeito cumprimento das obrigações estipuladas neste documento, conforme recomendações de boa técnica e determinações da legislação de regência;
10.2.22. A contratada conduzirá seus trabalhos em estrita observância das normas sanitárias previstas na legislação de regência;
10.2.23 . A contratada submeterá ao contratante, de modo prévio e por escrito, qualquer alteração nos métodos executivos da presente contratação, que sejam alheios às especificações constantes do item 7 deste Termo de Referência;

10.2.24. Em caso de ocorrência da hipótese prevista no item 10.2.23, o contratante poderá se opor às mudanças consignadas e exigir a manutenção do cumprimento dos expedientes previstos no item 7 deste Termo de Referência, até a regular conclusão do contrato;
10.2.25. Em atenção ao que dispõe a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente, a contratada não se utilizará ou permitirá, por seus contratados, a utilização de trabalho infantil, considerando, para os devidos fins, o vínculo empregatício com pessoa menor de 16 (dezesseis) anos, exceto na condição de aprendiz para os maiores de 14 (quatorze) anos;
10.2.26. Em atenção ao que dispõe a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente, a contratada não exporá ou permitirá, por seus contratados, a exposição do menor de 18 (dezoito) anos ao trabalho em regime noturno, nem em condições de insalubridade ou periculosidade;
10.2.27. A contratada cumprirá as imposições previstas na Lei nº 14.133/21 – Lei de Licitações e Contratos Administrativos;
10.2.28. A contratada cumprirá as imposições previstas na Lei n 13.709/18 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais;
10.2.29. A contratada orientará seus empregados, os profissionais por ela contratados e seus demais colaboradores sobre os deveres previstos na Lei nº 13.709/18, adotando medidas eficazes para proteção dos dados pessoais a que tenha acesso em virtude da execução do contrato;
10.2.30. É vedada a cobrança ao paciente ou seu acompanhante, pela contratada, de qualquer complementação dos valores pagos pelos serviços prestados nos termos da presente contratação;
10.2.31. A contratada responsabilizar-se-á por qualquer cobrança indevida, feita ao paciente ou seu acompanhante, por profissional empregado, preposto, contratado ou credenciado, em razão da execução do objeto contratual;
10.2.32. É de responsabilidade da contratada a utilização de seus empregados, profissionais contratados ou demais colaboradores para a execução do objeto da contratação, incluída toda forma de responsabilização pelos encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais, comerciais ou de qualquer outra natureza que lhe sejam decorrentes;
10.2.33. A contratada realizará apenas os serviços constantes na autorização de fornecimento/serviço e cópia da nota de empenho, encaminhadas pela SEMSA, atentando-se aos quantitativos, prazos, valores estabelecidos e local de prestação de serviço;
10.2.34. A contratara realizará os procedimentos e/ou serviços, respeitando-se os critérios, normatizações e protocolos de regulação médica, com análise classificatória de risco e de prioridades;
10.2.35. Tratando-se de atividades realizadas em unidades prestadoras de serviço regularmente subcontratadas, caberá à contratada fiscalizar e acompanhar os serviços, procedendo com a averiguação da qualidade e providências necessárias caso os serviços não estejam sendo realizados a contento;
10.2.36. A contratada responsabilizar-se-á pela contratação de todo e qualquer profissional necessário à prestação dos serviços delineados neste Termo de Referência;
10.2.37. A contratada notificará o contratante acerca de quaisquer ocorrências relevantes que envolvam a execução do objeto contratual previsto neste Termo de Referência;
10.2.38. A contratada executará os procedimentos médicos previstos no item 1.1 do presente Termo de Referência conforme parâmetros de qualidade, integralidade e continuidade da assistência durante a vigência do contrato;
10.2.39. A contratada aceitará as condições de remuneração constantes nas Tabela(s) Oficial(is) de Serviços de Saúde da ICISMEP, com vedação expressa da cobrança de qualquer taxa ou diferença ao usuário.

11. SANÇÕES ADMINISTRATIVAS (art. 42, XV, do Decreto Municipal 14.754, 2023)

11.1. O Contratado que cometer qualquer das infrações, previstas na Lei nº 14.133, de 2021, ficará sujeita, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal, às sanções dispostas no seu art. 156, sendo observados ainda, quando couber, o disposto nos arts. 157 a 163 da mesma Lei.

11.2. A aplicação de qualquer das penalidades previstas realizar-se-á em processo administrativo incidental ao processo de contratação ou ao processo de execução contratual que assegurará o contraditório e a ampla defesa ao Contratado.
11.3. A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a natureza e a gravidade da conduta do infrator, as peculiaridades do caso concreto, as circunstâncias agravantes ou atenuantes, bem como o dano causado à Administração, observado o princípio da proporcionalidade.
11.4. Não serão aplicadas sanções administrativas na ocorrência de casos fortuitos, força maior ou razões de interesse público, devidamente comprovados.
11.5. A aplicação de sanções administrativas não reduz nem isenta a obrigação do Contratado de indenizar integralmente eventuais danos causados a Administração ou a terceiros, que poderão ser apurados no mesmo processo administrativo sancionatório.
11.6. Durante o processo de aplicação de penalidade, se houver indícios de prática de infração administrativa tipificada pela Lei Federal nº 12.846, de 2013, e pelo Decreto Estadual nº 46.782, de 2015, como ato lesivo à administração pública nacional ou estrangeira, cópias do processo administrativo necessárias à apuração da responsabilidade do Contratado deverão ser remetidas à Controladoria-Geral do Estado, com despacho fundamentado, para ciência e decisão sobre a eventual instauração de investigação preliminar ou Processo Administrativo de Responsabilização – PAR, observadas ainda as disposições contidas no art. 159 da Lei nº 14.133, de 2021.

12. ESTIMATIVAS DO VALOR DA CONTRATAÇÃO

12.1. O custo estimado total da contratação perfaz o montante de R$ **26.910.808,13** (vinte e seis milhões novecentos e dez mil oitocentos e oito reais e treze centavos), sendo este o "teto financeiro" anual, a ser manejado e distribuído mensalmente através de solicitações e agendamentos prévios, de acordo com a capacidade operacional da contratada e a demanda do contratante, conforme descrição do item 6 deste Termo de Referência.

12.2. O valor da contratação cobre os custos necessários ao pagamento dos serviços contratados e foi determinado após minuciosa avaliação da equipe técnica da SEMSA, através da análise de contratos semelhantes pelo Município de Itabirito, baseando-se, inclusive, em contratações anteriores perante a ICISMEP.

12.3. Os valores de cada serviço apresentado são aprovados nas tabelas oficiais de serviços de saúde da ICISMEP e serão discriminados nos documentos de cobrança.

13. ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

13.1. As despesas decorrentes da presente contratação correrão à conta de recursos específicos consignados no Orçamento Geral do Município.
13.2. A contratação será atendida pelas seguintes dotações:
02.029.001 – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
10.302.1002.6127 - MANUTENÇÃO DAS ESPECIALIDADES MÉDICAS
3.3.93.39.00.00 – OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS – PESSOA JURÍDICA
FONTE: 1500
FICHA:1490
VALOR R$17.806.784,13 **– Item 1.1.2 do Termo de Referência**

02.029.001 – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
10.302.1002.6127 – MANUTENÇÃO DAS ESPECIALIDADES MÉDICAS
3.3.93.34.00.00 - OUTRAS DESPESAS DE PESSOAL DECORRENTES DE CONTRATOS DE TERCEIRIZAÇÃO
FONTE: 1500
FICHA: 592 (CAPS)
VALOR R$1.920.000,00 **– Item 1.1.2 do Termo de Referência**

02.029.001 – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
10.304.1004.6129 – MANUTENÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE
3.3.93.34.00.00 - OUTRAS DESPESAS DE PESSOAL DECORRENTES DE CONTRATOS DE TERCEIRIZAÇÃO
FONTE: 1500
FICHA: 665 (VG)
R$456.000,00 - **Item 1.1.2 do Termo de Referência**

02.029.001 – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
10.301.1001.6126 – MANUTENÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA
3.3.93.34.00.00 - OUTRAS DESPESAS DE PESSOAL DECORRENTES DE CONTRATOS DE TERCEIRIZAÇÃO
FONTE: 1500
FICHA: 531 (ATB)
VALOR R$4.728.024,00 - **Item 1.1.2 do Termo de Referência**

02.029.001 – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
10.302.1002.6127 – MANUTENÇÃO DAS ESPECIALIDADES MÉDICAS
3.3.90.39.00.00 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURIDICA
FONTE:1635
FICHA:1205 (CONTROLE)
VALOR R$300.000,00 **– Item 1.1.3 do Termo de Referência**

02.029.001 – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
10.302.1002.6127 - MANUTENÇÃO ATIVIDADE ESPECIALIDADES MÉDICAS
3.3.90.39.00.00 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURIDICA
FONTE: 1635
FICHA:1205 (CONTROLE)
VALOR FR$1.700.000,00**-** Item **1.1.1 do Termo de Referência**

13.3. A dotação relativa aos exercícios financeiros subsequentes será indicada após aprovação na Lei Orçamentária Anual e liberação dos créditos correspondentes mediante apostilamento.

ANEXO II – TABELAS OFICIAIS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

INSTITUIÇÃO DE COOPERAÇÃO INTERMUNICIPAL DO MÉDIO PARAOPEBA – ICISMEP

TABELA DE SERVIÇOS MÉDICOS NOS MUNICÍPIOS/ENTES NÃO CONSORCIADOS EM SAÚDE DA ICISMEP

Atualização na Tabela de Serviços Médicos nos Municípios/Entes Não Consorciados em Saúde da ICISMEP, realizada em fevereiro de 2026, com publicação em fevereiro de 2026, para vigência a partir da competência de fevereiro de 2026.

Tabela 1

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO ICISMEP

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	NÃO SE APLICA	HORA	R$ 131,63
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$ 156,00
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$ 175,50
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO ESPECIALIZADO	NÃO SE APLICA	HORA	R$ 146,25
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTOR	NÃO SE APLICA	HORA	R$ 195,00
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTONISTA	NÃO SE APLICA	12 HORAS	R$ 1.359,15
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESPONSÁVEL TÉCNICO	NÃO SE APLICA	MÊS/16H SEMANAIS	R$ 20.809,25

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES ASSISTENCIAIS DA FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS - FHEMIG

CÓDIGO	UNIDADE	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP
1	HOSPITAL BARBACENA	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COORDENADOR DE CIRURGIA GERAL	NÃO SE APLICA	MÊS	R$ 8.323,70
2	HOSPITAL BARBACENA	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COORDENADOR DE ANESTESIA	NÃO SE APLICA	MÊS	R$ 8.323,70
3	HOSPITAL BARBACENA	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COORDENADOR DE NEUROCIRURGIA	NÃO SE APLICA	MÊS	R$ 8.323,70
4	HOSPITAL BARBACENA	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COORDENADOR DE CIRURGIA VASCULAR	NÃO SE APLICA	MÊS	R$ 10.404,63
5	HOSPITAL BARBACENA	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COORDENADOR DE CIRURGIA PLÁSTICA	NÃO SE APLICA	MÊS	R$ 10.404,63
6	HOSPITAL BARBACENA	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COORDENADOR DE TERAPIA INTENSIVA	NÃO SE APLICA	MÊS	R$ 8.208,49
7	HOSPITAL BARBACENA	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COORDENADOR ORTOPEDISTA	NÃO SE APLICA	MÊS	R$ 8.092,49
8	HOSPITAL BARBACENA	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COORDENADOR DE RADIOLOGIA	NÃO SE APLICA	MÊS	R$ 8.323,70
9	HOSPITAL JOÃO PENIDO	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COORDENADOR ANESTESIOLOGIA	NÃO SE APLICA	MÊS	R$ 6.473,99
10	HOSPITAL ALBERTO CAVALCANTI	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COORDENADOR DE ANESTESIOLOGIA	NÃO SE APLICA	MÊS	R$ 9.248,56
11	MART.ODETE VALADARES /HOS. ALBERTO CAVALVANTE/JK	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COORDENADOR NEONATOLOGIA	NÃO SE APLICA	MÊS	R$ 17.341,04
12	HOSPITAL JOÃO XXIII	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COORDENADOR CIRURGIA PLÁSTICA	NÃO SE APLICA	MÊS	R$ 10.982,66
13	HOSPITAL JOÃO XXIII	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COORDENADOR CLÍNICA MÉDICA	NÃO SE APLICA	MÊS	R$ 18.497,11
14	HOSPITAL JOÃO XXIII	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COORDENADOR DE NEUROCIRURGIA	NÃO SE APLICA	MÊS	R$ 5.780,35
15	HOSPITAL JOÃO XXIII	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COORDENADOR ORTOPEDIA	NÃO SE APLICA	MÊS	R$ 5.780,35
16	HOSPITAL JOÃO PAULO II	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COORDENADOR PEDIATRIA/NEONATOLOGIA	NÃO SE APLICA	MÊS	R$ 9.248,56
17	MATERNIDADE ODETE VALADARES	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COORDENADOR PEDIATRIA/NEONATOLOGIA	NÃO SE APLICA	MÊS	R$ 5.780,35
18	MART.ODETE VALADARES / HOS. ALBERTO CAVALVANTE/ JK	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COORDENADOR PORTA/HORIZONTAL	NÃO SE APLICA	MÊS	R$ 28.901,74
19	HOSPITAL JOÃO XXIII	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COORDENADOR DE ANESTESIOLOGIA	NÃO SE APLICA	MÊS	R$ 28.901,74

Tabela 2

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ARCOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CARDIOLOGIA (CONSULTAS AMBULATORIAIS E RISCO CIRÚRGICO)	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 113,82
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PNEUMOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 113,82
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OTORRINOLARINGOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 113,82
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM DERMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 113,82
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROPEDIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 196,00
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFISTA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 85,00
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPIROMETRIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 123,70
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTONISTA	NÃO SE APLICA	12 HORAS	R$ 1.772,59
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$ 147,71
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 124,75
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 113,82
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ENDOCRINOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 113,82
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 148,00
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COLONOSCOPIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 800,00
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 290,00
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 204,86
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR TÉCNICO	NÃO SE APLICA	MÊS	R$ 10.549,28
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR CLÍNICO	NÃO SE APLICA	MÊS	R$ 10.549,28
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTONISTA EM PEDIATRIA	NÃO SE APLICA	PLANTÃO	R$ 2.890,17
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE URGÊNCIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 237,36
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REGULADOR	NÃO SE APLICA	MÊS	R$ 3.699,42
22	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SALA VERMELHA/HORIZONTAL	NÃO SE APLICA	HORA	R$ 163,13
23		NÃO SE APLICA	PLANTÃO	R$ 1.927,59
24		FERIADOS ESPECIAIS	PLANTÃO	R$ 2.891,38
25	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTONISTA	FERIADOS ESPECIAIS	PLANTÃO	R$ 2.658,88
26	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OFTALMOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 92,49
27	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM HEMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 138,73
28	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 138,73
29	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ANGIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 138,73
30	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ECOCARDIOGRAMA COM STRESS FARMACOLÓGICO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$ 670,52
31	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ELETROENCEFALOGRAMA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$ 80,92
32	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENÇÃO BÁSICA	NÃO SE APLICA	MÊS	R$ 21.985,14
33	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESPONSÁVEL PELO BANCO DE SANGUE	NÃO SE APLICA	MÊS	R$ 2.496,58
34	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSOM MORFOLÓGICO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 258,82
35	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ECODOPLER FETAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 588,24
36	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ARTERIOGRAFIA CEREBRAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 1.849,71
37	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ARTERIOGRAFIA DE MEMBROS INFERIORES	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 1.849,71
38	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ARTERIOGRAFIA DE AORTA ILÍACA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 1.849,71
39	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSOM OBSTÉTRICO TRANSNUCAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 258,82
40	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSOM DOPPLER DO SEGMENTO ILÍACO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 156,07
41	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSOM DOPPLER HEPÁTICO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 156,07
42	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSOM DOPPLER DE ABDÔMEN TOTAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 156,07
43	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CANTOPLASTIA (CIRURGIA DE UNHA)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$ 169,06
44	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXÉRESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$ 169,06
45	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA/PUNÇÃO DE TUMOR SUPERFICIAL DE PELE	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$ 169,06
46	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$ 169,06

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 06/04/2026 17:33 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/pb1bbb139408d6

47	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÃO CUTÂNEA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	169,06
48	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOPLASTIA CORONARIANA COM IMPLANTE DE STENT	NÃO SE APLICA	PACOTE	R$	10.679,77
49	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CATERISMO COM STENT FARMACOLÓGICO EXTRA	NÃO SE APLICA	PACOTE	R$	2.352,02
50	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CATETERISMO COM CATETER BALÃO EXTRA	NÃO SE APLICA	PACOTE	R$	578,03
51	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ARTERIOGRAFIA SELETIVA DE CARÓTIDA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	1.849,71
52	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ARTERIOGRAFIA MEMBRO SUPERIOR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	1.849,71
53	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ARTERIOGRAFIA ARTÉRIA ÍLIACA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	1.849,71
54	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CATETERISMO CARDÍACO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	1.560,69

Tabela 3

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE BARBACENA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTONISTA	SALA CRÍTICA SEMANAL	PLANTÃO	R$	1.871,10
2		SALA CRÍTICA/SEMANAL DIURNO	HORA	R$	155,93
3		SALA CRÍTICA/FINAIS DE SEMANA E FERIADOS	PLANTÃO	R$	2.058,21
4		SALA CRÍTICA/FINAIS DE SEMANA E FERIADOS	HORA	R$	171,52
5		SALA CRÍTICA/FERIADOS ESPECIAIS	PLANTÃO	R$	2.459,16
6		SALA CRÍTICA/FERIADOS ESPECIAIS	HORA	R$	204,93
7		PORTA/SEMANAL DIURNO	PLANTÃO	R$	1.603,80
8		PORTA/SEMANAL DIURNO	HORA	R$	133,65
9		PORTA/FINAIS DE SEMANA E FERIADOS	PLANTÃO	R$	1.764,18
10		PORTA/FINAIS DE SEMANA E FERIADOS	HORA	R$	147,02
11		PORTA/FERIADOS ESPECIAIS	PLANTÃO	R$	2.117,01
12		PORTA/FERIADOS ESPECIAIS	HORA	R$	176,42
13		HORIZONTAL/ SEMANAL	PLANTÃO/6H	R$	801,90
14		HORIZONTAL/ SEMANAL	HORA	R$	133,65
15		HORIZONTAL/FINAIS DE SEMANA E FERIADOS	PLANTÃO/6H	R$	882,09
16		HORIZONTAL/FINAIS DE SEMANA E FERIADOS	HORA	R$	147,02
17		HORIZONTAL/ FERIADOS ESPECIAIS	PLANTÃO/6H	R$	1.058,51
18		HORIZONTAL/ FERIADOS ESPECIAIS	HORA	R$	176,42
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CIRURGIA GERAL/ORTOPEDIA	SALA CRÍTICA SEMANAL	PLANTÃO	R$	1.871,10
20		SALA CRÍTICA/SEMANAL DIURNO	HORA	R$	155,93
21		SALA CRÍTICA/FINAIS DE SEMANA E FERIADOS	PLANTÃO	R$	2.058,21
22		SALA CRÍTICA/FINAIS DE SEMANA E FERIADOS	HORA	R$	171,52
23		SALA CRÍTICA/FERIADOS ESPECIAIS	PLANTÃO	R$	2.459,16
24		SALA CRÍTICA/FERIADOS ESPECIAIS	HORA	R$	204,93
25	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COORDENADOR	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	18.497,11

Tabela 4

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE BELA VISTA DE MINAS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM DERMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	78,00
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	NÃO SE APLICA	PLANTÃO 8 HORAS	R$	1.348,00
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA	NÃO SE APLICA	PLANTÃO 4 HORAS	R$	1.347,98

Tabela 5

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE BOM DESPACHO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	223,74
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	85,65
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CIRURGIA	NÃO SE APLICA	12 HORAS	R$	1.652,09
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ESCLEROTERAPIA COM APLICAÇÃO DE ESPUMA (INCLUSOS MATERIAIS E MEDICAMENTO)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	234,05
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM REUMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	157,27
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROPEDIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	157,27
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	104,84
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ANGIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	85,65
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CARDIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	85,65
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CIRURGIA GERAL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	85,65

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 06/04/2026 17:33 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/pb1bbb139408d6

11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM DERMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	74,44
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GINECOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	85,65
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ENDOCRINOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	85,65
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM MASTOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	107,38
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEFROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	155,17
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OFTALMOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	85,65
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ORTOPEDIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	85,65
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OTORRINOLARINGOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	85,65
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PNEUMOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	95,46
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PNEUMOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA DOMICILIAR	R$	155,17
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPIROMETRIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	83,56
22	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM UROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	85,65
23	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEQUENAS CIRURGIAS	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	85,65
24	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REGULADOR	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	10.738,89
25	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	136,30
26	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA FLUXO OBSTÉTRICO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	125,81
27	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO/VESÍCULA/VIAS BILIARES)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	78,63
28	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA ABDÔMEN TOTAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	78,63
29	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA APARELHO URINÁRIO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	78,63
30	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA ARTICULAÇÃO UNILATERAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	78,63
31	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA BOLSA ESCROTAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	78,63
32	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	78,63
33	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	78,63
34	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA PRÓSTATA (VIA TRANSRETAL)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	78,63
35	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA TIREÓIDE	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	78,63
36	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA (VIA ABDOMINAL E TRANSVAGINAL)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	78,63
37	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	125,81
38	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	78,63
39	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	90,59
40	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	78,63
41	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA PAREDE ABDOMINAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	78,63
42	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA TRANSNUSCÊNCIA NUCAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	90,59
43	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	239,04
44	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA TIREÓIDE COM DOPPLER	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	125,81
45	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	125,81
46	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO A PACIENTES COM SINTOMAS E COM EXAMES POSITIVOS PARA DENGUE, CHIKUNGUNYA E ZIKA	NÃO SE APLICA	12 HORAS	R$	1.593,63
47	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN (2 MEMBROS)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	241,90
48	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COLPOSCOPIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	141,70
49	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXCISÃO TIPO 1 DO COLO UTERINO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	173,01
50	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXCISÃO TIPO 2 DO COLO UTERINO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	173,01
51	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CRIOCAUTERIZAÇÃO/ELETROCOAGULAÇÃO DE COLO DE ÚTERO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	247,59
52	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CORE BIOPSY GUIADA POR ULTRASSOM	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	453,42
53	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PUNÇÃO POR AGULHA FINA (PAAF)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	150,73

Tabela 6

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE BONFIM

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DATAS EXCEPCIONAIS (FESTIVIDADES, GRANDES FERIADOS, ENTRE OUTROS)	DIAS ÚTEIS	12 HORAS	R$	1.885,01
2		FINAL DE SEMANA/FERIADO	12 HORAS	R$	1.885,01
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRABALHO EXCEPCIONAL (TRANSFERÊNCIAS PARA OUTRO MUNICÍPIO)	DIAS ÚTEIS	12 HORAS	R$	1.413,75
4		FINAL DE SEMANA/FERIADO	12 HORAS	R$	1.413,75
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	DIAS ÚTEIS	12 HORAS	R$	1.218,75
6		FINAL DE SEMANA/FERIADO	12 HORAS	R$	1.218,75
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO ESPECIALIZADO	DIAS ÚTEIS	12 HORAS	R$	754,00
8		FINAL DE SEMANA/FERIADO	12 HORAS	R$	754,00
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	DIAS ÚTEIS	HORA	R$	117,98
10		FINAL DE SEMANA/FERIADO	HORA	R$	117,98
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ATENDIMENTO EM GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA	DIAS ÚTEIS	HORA	R$	129,68
12		FINAL DE SEMANA/FERIADO	HORA	R$	129,68
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ATENDIMENTO EM CIRURGIA GERAL	DIAS ÚTEIS	HORA	R$	176,72
14		FINAL DE SEMANA/FERIADO	HORA	R$	176,72
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ATENDIMENTO EM ORTOPEDIA	DIAS ÚTEIS	HORA	R$	156,98
16		FINAL DE SEMANA/FERIADO	HORA	R$	156,98
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ATENDIMENTO EM UROLOGIA	DIAS ÚTEIS	HORA	R$	117,98
18		FINAL DE SEMANA/FERIADO	HORA	R$	117,98
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ATENDIMENTO EM DERMATOLOGIA	DIAS ÚTEIS	HORA	R$	117,98
20		FINAL DE SEMANA/FERIADO	HORA	R$	117,98
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ATENDIMENTO EM CARDIOLOGIA	DIAS ÚTEIS	HORA	R$	94,58
22		FINAL DE SEMANA/FERIADO	HORA	R$	94,58
23	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ULTRASSONOGRAFIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	88,00
24	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CISTOSCOPIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	2.935,00
25	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - MORFOLÓGICO 2° TRIMESTRE	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	227,75
26	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA VESICO-VAGINAL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	6.276,12

Tabela 7

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE BRUMADINHO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GENERALISTA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	76,19
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROPEDIATRIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	200,38
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MEDICO - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	120,00
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	168,57
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ATENDIMENTO EM CLÍNICA GERAL	NÃO SE APLICA	HORA	R$	135,98
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SAD (SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR)	NÃO SE APLICA	HORA	R$	84,44
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRANSFERÊNCIA INTERMUNICIPAL DE PACIENTES	NÃO SE APLICA	PLANTÃO	R$	590,91
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTONISTA HOSPITAL	PLANTÃO	12 HORAS	R$	1.444,33
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR TÉCNICO DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	11.000,00
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR TÉCNICO DO HOSPITAL MUNICIPAL	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	17.072,00

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 06/04/2026 17:33 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/pb1bbb139408d6

11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RADIOLOGISTA REFERÊNCIA TÉCNICA	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	3.500,00
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REFERÊNCIA TÉCNICA EM HEMATOLOGIA (AGÊNCIA TRANSFUSIONAL)	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	6.565,13
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RADIOLOGISTA (LAUDO TOMOGRAFIA EM ATÉ 24H)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	65,66
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RADIOLOGISTA (LAUDO TOMOGRAFIA ELETIVA)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	52,52
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RADIOLOGISTA (LAUDO MAMOGRAFIA)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	26,26
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HOLTER 24 HORAS (3 CANAIS)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	122,11
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MAPA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	131,30
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PAAF MAMA (PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	180,00
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES + AVALIAÇÃO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	603,99
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN (ATÉ 3 VASOS)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	122,11
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - VARICECTOMIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	919,12
22	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO EXERESE DE PTERÍGIO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	411,76
23	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MEDICO - MAPEAMENTO DE RETINA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	65,65
24	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO BLEFAROPLASTIA UNILATERAL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	330,00
25	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO ANTIOGÊNICO RELACIONADO A RETINOGRAFIA DIABÉTICA (INJEÇÃO INTRAVÍTREA)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	428,80
26	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.700,00
27	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HERNIOPLASTIA INCISIONAL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.900,00
28	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	2.300,00
29	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HERNIOPLASTIA INGUINAL CRUCAL (UNILATERAL)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.850,00
30	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.999,80
31	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HERNIOPLASTIA UMBILICAL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.660,00
32	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEURÓLISE NÃO FUNCIONAL DE NERVOS PERIFÉRICOS	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	393,91
33	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - FIBRONASOLARINGOSCOPIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	216,00
34	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ANESTESIOLOGIA	NÃO SE APLICA	PLANTÃO	R$	2.200,00
35	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COORDENADOR DE ANESTESISTA	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	5.000,00
36	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - FOTOCOAGULAÇÃO A LASER	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	147,25
37	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TESTE ERGOMÉTRICO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	120,00
38	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA UPA (SALA VERMELHA)	NÃO SE APLICA	PLANTÃO	R$	2.000,00
39	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA UPA	NÃO SE APLICA	PLANTÃO	R$	1.600,00
40	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA DE CONJUNTIVA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	206,99
41	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA DE PÁLPEBRA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	206,99
42	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	162,50
43	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EPILAÇÃO A LASER BILATERAL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	152,50
44	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - XANTELASMA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	304,00
45	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	273,50
46	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CALÁZIO UNILATERAL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	148,26
47	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AMIDELECTOMIA + ADENOIDECTOMIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	2.359,90
48	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AMIDELECTOMIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.359,98
49	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ADENOIDECTOMIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.789,00
50	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TIMPANODECTOMIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	700,00
51	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TURBINECTOMIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.289,00
52	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA/CIRURGIA DE HISTERECTOMIA TOTAL E CONSULTAS PÓS-OPERATÓRIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.131,56
53	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - VASECTOMIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	834,00
54	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - POSTECTOMIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	912,00
55	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REFERÊNCIA TÉCNICA MÉDICA EM INFECTOLOGIA	NÃO SE APLICA	MENSAL	R$	9.528,91
56	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA/CIRURGIA DE LAQUEADURA E CONSULTAS PÓS-OPERATÓRIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	833,78
57	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HEMORROIDECTOMIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	2.200,00
58	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSECÇÃO SIMPLES DE TUMOR ÓSSEO/PARTES MOLES	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	476,45
59	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TENORRAFIA ÚNICA EM TUNEL OSTEO FIBROSO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	476,45
60	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SÍNDROME COMPRESSIVA EM TUNEL ÓSTEO FIBROSO AO NÍVEL DO CARPO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	2.250,00
61	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - POLISSONOGRAFIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	238,22
62	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPIROMETRIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	133,90
63	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BLEFAROPLASTIA BILATERAL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	893,34
64	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SINUSOTOMIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.429,34
65	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SEPTOPLASTIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.429,34
66	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COLECISTECTOMIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.191,11
67	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MEMBRO TITULAR DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA	NÃO SE APLICA	MÊS/20HRS MENSAIS	R$	10.588,24
68	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - LAUDO DE EEG	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	41,67
69	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE JOELHO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	431,78
70	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PÉ	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	431,78
71	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	431,78
72	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE QUADRIL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	431,78
73	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	431,78
74	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	431,78
75	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBOSSACRA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	431,78
76	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE OMBRO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	431,78
77	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MÃO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	431,78
78	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TORNOZELO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	431,78
79	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SEDAÇÃO PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	587,22
80	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO PSF DIÁRIA	NÃO SE APLICA	DIÁRIA 8H	R$	941,18
81	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CLÍNICA GERAL (PORTA UPA)	NÃO SE APLICA	PLANTÃO	R$	2.117,65
82	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CLÍNICA GERAL (SALA VERMELHA UPA)	NÃO SE APLICA	PLANTÃO	R$	2.294,12
83	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ORTOPEDIA (PORTA UPA)	DIAS DE SEMANA	PLANTÃO	R$	1.876,47
84		FINAIS DE SEMANA		R$	2.110,59
85	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OBSTETRÍCIA (COMPLEXO HOSPITALAR)	DIAS DE SEMANA	PLANTÃO	R$	1.876,47
86		FINAIS DE SEMANA		R$	2.110,59
87	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CLÍNICA GERAL (PORTA UPA PEDIATRIA)	DIAS DE SEMANA	PLANTÃO	R$	2.340,00
88		FINAIS DE SEMANA		R$	2.543,53
89	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CLÍNICA GERAL (COMPLEXO HOSPITALAR ENFERMARIA)	NÃO SE APLICA	PLANTÃO	R$	1.941,18
90	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ANESTESIA (CIRURGIA ELETIVA/COMPLEXO HOSPITALAR)	NÃO SE APLICA	PLANTÃO	R$	3.353,29
91	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD)	NÃO SE APLICA	MÊS/40H SEMANAIS	R$	19.176,47
92	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROPEDIATRIA	NÃO SE APLICA	MÊS/20H SEMANAIS	R$	19.653,18
93	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO ESPECIALIZADO (GERIATRIA, REUMATOLOGIA, INFECTOLOGIA, HEMATOLOGIA, GASTROENTEROLOGIA, ANGIOLOGIA, PNEUMOLOGIA, OFTALMOLOGIA, ENDOCRINOLOGIA, NEUROCIRURGIA, CARDIOLOGIA, NEFROLOGIA, NEUROLOGIA, MASTOLOGIA, ULTRASONOGRAFIA, OTORRINOLARINGOLOGIA, UROLOGIA, DERMATOLOGIA, ANESTESIOLOGIA, CIRURGIA GERAL, ENDOSCOPISTA, PEDIATRIA, NEUROPEDIATRIA, ORTOPEDIA, CLÍNICA GERAL, PSIQUIATRIA)	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	100,24
94			INTERCONSULTA	R$	125,99
95	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTÃO	DIAS DE SEMANA	HORA	R$	340,00
96	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CIRURGIA GERAL (HORIZONTAL COMPLEXO HOSPITALAR)	DIAS DE SEMANA	PLANTÃO	R$	1.876,47
97		FINAIS DE SEMANA		R$	2.110,59
98	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ASSISTENTE PERICIAL MÉDICO	NÃO SE APLICA	PLANTÃO	R$	6.586,83
99	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR TÉCNICO DO COMPLEXO HOSPITALAR	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	22.941,18
100	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COORDENADOR PSF	NÃO SE APLICA	MÊS/40H SEMANAIS	R$	22.941,18

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 06/04/2026 17:33 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/pb1bbb139408d6

101	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESPONSÁVEL TÉCNICO CIRURGIÃO GERAL	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	7.647,06
102	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESPONSÁVEL TÉCNICO ANESTESISTA	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	7.647,06
103	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MAMOGRAFIA DIAGNÓSTICA OU DE AVALIAÇÃO PERIÓDICA BILATERAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	49,00
104	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MAMOGRAFIA DIAGNÓSTICA OU DE AVALIAÇÃO PERIÓDICA UNILATERAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	29,00
105	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	49,00
106	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA GROSSA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	280,00
107	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DOPLLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 03 VASOS) DUPLEX SCAN DE MEMBRO INFERIOR, MEMBRO SUPERIOR, DE CARÓTIDA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	150,00
108	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DOPLLER DE FLUXO OBSTÉTRICO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	190,00
109	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (FÍGADO VESÍCULA, VIAS BILIARES)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	120,00
110	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	144,00
111	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	120,00
112	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO (UNILATERAL)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	120,00
113	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	120,00
114	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	130,00
115	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA TRANSRETAL)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	130,00
116	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA VIA ABDOMINAL/PÉLVICA MASCULINA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	120,00
117	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	130,00
118	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA (VIA ABDOMINAL OU VIA TRANSVAGINAL)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	120,00
119	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPLLER COLORIDO E PULSADO ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA) (PÉLVICA FEMININA)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	200,00
120	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	120,00
121	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL (ENDOVAGINAL)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	120,00
122	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	120,00
123	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE + DOPLLER	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	190,00
124	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL) + DOPLLER	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	190,00
125	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DOPLLER COLORIDO DE AORTA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	190,00
126	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DOPLLER COLORIDO DE ARTÉRIAS RENAIS	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	190,00
127	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DOPLLER COLORIDO DE ARTÉRIAS ILÍACAS	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	190,00
128	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DOPLLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	190,00
129	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DOPLLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	190,00
130	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DOPLLER COLORIDO DE ARTÉRIAS MESENTÉRICAS	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	190,00
131	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DOPLLER COLORIDO DE TRONCO CELÍACO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	190,00
132	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DOPLLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS VENOSOS BILATERAL (SUBCLÁVIAS E JUGULARES)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	190,00
133	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DOPPLER DE VEIA CAVA SUPERIOR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	190,00
134	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DOPPLER DE VEIA CAVA INFERIOR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	190,00
135	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DOPPLER DE FÍSTULA ARTÉRIO - VENOSA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	190,00
136	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DOPLLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS ARTERIAS BILATERAL CARÓTIDAS E VERTEBRAIS)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	190,00
137	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DOPLLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO INFERIOR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	190,00
138	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DOPLLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	190,00
139	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - LARINGOSCOPIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	216,00
140	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA/PUNÇÃO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE E PARTES MOLES	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	99,98
141	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA DE PELE E PARTES MOLES	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	79,56
142	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE PEQUENAS LESÕES	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	9,89
143	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÃO CUTÂNEA (ATÉ 5 LESÕES, BPA INDIVIDUALIZADO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	78,98
144	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXCISÃO DE LESÃO E / OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE, ANEXOS E MUCOSA (CANTOPLASTIA UNGUEAL)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	89,45
145	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXÉRESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS/CISTO SEBÁCEO /LIPOMA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	125,90
146	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO (CIRURGIA GERAL)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	89,90
147	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OFTALMOLOGIA - PACOTE MIGUILIM	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	61,66
148	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO - PACOTE MIGUILIM	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	33,41
149	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TESTE DE VISÃO DE CORES - PACOTE MIGUILIM	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	6,68
150	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TESTE ORTÓPTICO - PACOTE MIGUILIM	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	20,05
151	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TONOMETRIA - PACOTE MIGUILIM	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	4,62
152	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETIRADA DE CORPO ESTRANHA NA CÓRNEA - PACOTE MIGUILIM	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	83,63
153	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AVALIAÇÃO DE CATARATA (ESPECIALISTA EM CATARATA, BIOMETRIA ULTRASSONICA MONOCULAR (ECO A), MAPEAMENTO DE RETINA, TONOMETRIA, ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR/ ÓRBITA(MONOCULAR) - ECO B (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO), ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1))	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	176,45
154	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIAGNÓSTICO/REAVALIAÇÃO DE GLAUCOMA (ESPECIALISTA EM GLAUCOMA, TONOMETRIA (QUANTIDADE 1), FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1), CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (SE NECESSARIO SERÁ REALIZADO), GONIOSCOPIA (QUANTIDADE 1), PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR (QUANTIDADE 2), TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO), ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1))	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	188,27
155	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CÓRNEA (ESPECIALISTA EM CÓRNEA, ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1), CERATOSCOPIA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO), PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR (QUANTIDADE 2) (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	89,92
156	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE ESTRABISMO (ESPECIALISTA EM ESTRABISMO (QUANTIDADE 1), TESTE ORTÓPTICO (QUANTIDADE 1)	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	89,92
157	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE PLÁSTICA OCULAR (ESPECIALISTA EM PLÁSTICA OCULAR)	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	77,46
158	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA (ESPECIALISTA EM RETINA, ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1), TONOMETRIA (2), MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (2), RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR)	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	189,89
159	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AVALIAÇÃO RETINA PÓS INJEÇÃO INTRAVITREA (ESPECIALISTA EM RETINA, TOMOGRAFIA DE COERENCIA OPTICA (SE HOUVER NECESSIDADE), MAPAEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1), ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	157,28
160	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OFTALMOLOGIA (TONOMETRIA E BIOMICROSCOPIA)	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	88,40
161	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OFTALMOLOGIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	194,31
162	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	40,46
163	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR/ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	59,96
164	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA - MONOCULAR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	59,96
165	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIOMETRIA ULTRASSONICA MONOCULAR (ECO A)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	40,46
166	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	23,12
167	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (MONOCULAR)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	69,82
168	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CERATOMETRIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	7,46
169	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CURVA DIARIA DE PRESSÃO OCULAR - CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	26,45
170	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - FUNDOSCOPIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	7,65
171	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GONIOSCOPIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	28,90
172	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	45,50
173	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	122,47
174	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETINOGRAFIA COLORIDA - MONOCULAR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	43,65
175	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TESTE DE SCHIRMER	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	9,98
176	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TESTE DE VISÃO DE CORES	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	9,98

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 06/04/2026 17:33 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/pb1bbb139408d6

177	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TESTE ORTÓPTICO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	33,20
178	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TONOMETRIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	6,50
179	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA (OCT) - MONOCULAR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	133,45
180	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÓRNEA (CERATOSCOPIA) - MONOCULAR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	63,66
181	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PACOTE MIGUILIM (ATENDIMENTO EM OFTALMOLOGIA COM LENTES CORRETIVAS)	NÃO SE APLICA	PACOTE	R$	343,76
182	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RECONSTITUIÇÃO DE CANAL LACRIMAL (UNILATERAL)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	922,18
183	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CAPSULOTOMIA A YAG LASER	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	158,84
184	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - INJEÇÃO INTRA-VITREO COM AVASTIM	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	635,29
185	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CORREÇÃO CIRURGICA ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MUSCULOS)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	2.987,25
186	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO ESPECIALIZADO (GASTROENTEROLOGIA, ANGIOLOGIA, PNEUMOLOGIA, OFTALMOLOGIA, ENDOCRINOLOGIA, CARDIOLOGIA, NEFROLOGIA, NEUROLOGIA, MASTOLOGIA, ULTRASONOGRAFIA, OTORRINOLARINGOLOGIA, UROLOGIA, DERMATOLOGIA, ANESTESIOLOGIA, CIRURGIA GERAL, ENDOSCOPISTA/COLONOSCOPISTA, PEDIATRIA, NEUROPEDIATRIA, ORTOPEDIA, CLÍNICA GERAL)	NÃO SE APLICA	PACOTE 60 CONSULTAS	R$	6.120,00
187	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GERIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	180,25
188	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM REUMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	230,15
189	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM INFECTOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	198,11
190	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM HEMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	180,20
191	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	215,53
192	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROCIRURGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	151,43
193	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CLÍNICA GERAL EM PEDIATRIA	DIAS ÚTEIS	PLANTÃO	R$	2.543,53
194		FINAIS DE SEMANA		R$	3.240,00
195	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RTU PRÓSTATA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	3.485,00
196	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - URETEROLITOTRIPSIA (UTL) FLEXÍVEL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	3.370,00
197	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - INSTALAÇÃO ENDOSCÓPICA DE CATETER DUPLO J	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.850,00
198	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIDROCELE	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.150,00
199	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARICOCELE	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.815,00
200	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - LAQUEADURA TUBÁRIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	2.789,00
201	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PARTO CESÁREA ÚNICO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	4.490,00
202	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA - ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	4.789,00
203	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	3.500,00
204	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - LAPAROTOMIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	3.659,00
205	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	589,77
206	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	180,00
207	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TESTE DE ESFORÇO/TESTE ERGOMÉTRICO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	178,00
208	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ECG DE ALTA RESOLUÇÃO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	45,00
209	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO COM MAPEAMENTO (EEG)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	98,00
210	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA TRANSLUCÊNCIA NUCAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	120,00
211	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DENSITOMETRIA ÓSSEA - ROTINA: COLUNA E FÊMUR (OU DOIS SEGMENTOS)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	137,00
212	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	150,00
213	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	150,00
214	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	150,00
215	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE/SEIOS DA FACE/ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	150,00
216	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	150,00
217	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TÚRCICA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	150,00
218	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	150,00
219	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTÓIDES/OUVIDOS	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	150,00
220	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	150,00
221	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA E PÉ)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	150,00
222	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	150,00
223	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOMOGRAFIA DE HEMITÓRAX/MEDIASTINO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	150,00
224	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES (ESTERNO/CLAVÍCULA/OMBRO/COTOVELO)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	150,00
225	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN SUPERIOR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	150,00
226	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	150,00
227	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE/BACIA/ABDÔMEN INFERIOR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	290,00
228	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN TOTAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	480,00
229	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (ENDOSCOPIA)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	209,00
230	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETOSSIGMOIDOSCOPIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	87,00
231	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR TÉCNICO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E UAI PIEDADE	NÃO SE APLICA	MÊS/50H MENSAIS	R$	11.000,00
232	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR DOBRÁVEL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.445,09
233	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (1ª LINHA)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	18,66
234	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (2ª LINHA)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	79,38
235	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (3ª LINHA)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	127,98
236	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (1ª LINHA)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	12,44
237	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (2ª LINHA)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	52,92
238	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (3ª LINHA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	85,33
239	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - MONOCULAR	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	65,36
240	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - BINOCULAR	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	98,04
241	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	97,77
242	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO PACIENTE GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	146,64
243	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	138,25
244	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO — TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	207,36
245	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	150,69

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 06/04/2026 17:33 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/pb1bbb139408d6

246	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	226,02
247	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SIMBLEFAROPLASTIA - UNILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	363,95
248	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DACRIOCISTORRINOSTOMIA (UNILATERAL)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.666,66
249	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL (BILATERAL)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	236,99
250	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CORREÇÃO CIRÚRGICA DE LAGOFTALMO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	380,90
251	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ENUCLEAÇÃO DO GLOBO OCULAR	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	485,55
252	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EVISCERAÇÃO DE GLOBO OCULAR	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	682,08
253	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRABECULECTOMIA (CIRURGIA FISTULIZANTE ANTIGLAUCOMATOSA)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.269,68
254	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - URETEROLITOTRIPSIA (UTL) RÍGIDA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	3.490,00
255	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MIOMECTOMIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	3.000,00
256	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	5.060,00
257	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXAME DE MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24H (3 CANAIS) COM LAUDO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	154,90
258	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXAME DE MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL (M.A.P.A)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	154,90
259	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - POLISSONOGRAFIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	990,00
260	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	280,00
261	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA TORÁCICA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	350,00
262	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	350,00
263	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE CRÂNIO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	350,00
264	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE CRÂNIO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	350,00
265	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE PESCOÇO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	350,00
266	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE PESCOÇO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	350,00
267	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE TÓRAX	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	350,00
268	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE TÓRAX	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	350,00
269	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE ABDOME SUPERIOR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	350,00
270	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TC ANGIO VENOSA DE ABDOME SUPERIOR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	350,00
271	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE PELVE	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	350,00
272	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE PELVE	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	350,00
273	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL PULMONAR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	350,00
274	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA PULMONAR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	350,00
275	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	350,00
276	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE MEMBRO INFERIOR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	350,00
277	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	350,00
278	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE MEMBRO SUPERIOR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	350,00
279	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COLONOSCOPIA DIAGNÓSTICA COM ANESTESISTA (INCLUI POLIPECTOMIA, SE NECESSÁRIO)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	700,00
280	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COLONOSCOPIA SIMPLES (INCLUI POLIPECTOMIA, SE NECESSÁRIO)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	600,00
281	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO ESCLEROSANTE DE VARIZES ESOFÁGICAS	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	659,00
282	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE ACETAZOLAMIDA MONOCULAR OU BINOCULAR	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	93,10
283	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA MONOCULAR	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	8,93
284	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA BINOCULAR	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	13,39
285	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BLEFAROCALASE - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.325,25
286	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ENTRÓPIO E ECTRÓPIO (BILATERAL)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	307,40
287	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CORREÇÃO CIRÚRGICA DE EPICANTO E TELECANTO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	374,22
288	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RECONSTITUIÇÃO PARCIAL DA PÁLPEBRA COM TARSORRAFIA (BILATERAL)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	538,12
289	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO DE PTOSE PALBEBRAL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	786,13
290	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	253,93
291	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR LIO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	982,66
292	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.572,25
293	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - IMPLANTE INTRAESTROMAL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.704,03
294	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO -RETIRADA DE CATETER DUPLO J	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	670,00
295	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - INJEÇÃO SUBCONJUTIVAL/SUBTENONIANA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	25,43
296	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.277,46
297	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CISTOLITOTOMIA E/OU RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA BEXIGA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.920,00
298	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HISTERECTOMIA TOTAL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	4.990,00
299	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REPARO DE ROTURADO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	2.945,00
300	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL/TOTAL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	3.268,00
301	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	2.199,00
302	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONTRASTE PARA TOMOGRAFIA (CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	45,50
303	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONTRASTE PARA ANGIOTOMOGRAFIA (USO CONFORME NECESSIDADE AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	45,50
304	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRAQUEOSTOMIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	929,00
305	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO/FARINGE/LARINGE/NARIZ	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	429,00
306	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ECOENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	2.297,00
307	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ECOENDOSCOPIA TERAPÊUTICA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	4.399,00
308	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA COM ANESTESISTA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	309,00
309	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SUTURA DE PÁLPEBRAS (BILATERAL)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	283,40
310	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - IMPLANTE DE PRÓTESE ANTI-GLAUCOMATOSA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	935,55
311	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRAOCULAR	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	614,79
312	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CORREÇÃO CIRÚRGICA ESTRABISMO (ATÉ 2 MUSCULOS)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	2.010,47
313	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - FACOEMULSIFICAÇÃO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR RÍGIDA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.572,25
314	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - IMPLANTE SECUNDÁRIO DE LENTE INTRAOCULAR LIO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.572,25
315	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PARTO NORMAL ÚNICO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	3.489,00
316	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (BILATERAL)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	2.873,00
317	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DENSITOMETRIA ÓSSEA (UM SEGMENTO)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	130,00
318	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DENSITOMETRIA ÓSSEA - CORPO INTEIRO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	199,00
319	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SEDAÇÃO PARA TOMOGRAFIA (CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	190,00
320	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA (INCLUI SCORE DE CÁLCIO)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	1.500,00
321	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MUCOSECTOMIA (COM ATÉ 2 CLIPES)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	3.199,00
322	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA COM ANESTESISTA E PASSAGEM DE SONDA NASOENTÉRICA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	409,00
323	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETIRADA DE PÓLIPO DO TRATO DIGESTIVO VIA ENDOSCOPIA OU COLONOSCOPIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	45,00
324	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - INJEÇÃO INTRA-VITREO COM ANTIBIÓTICO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	115,61

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 06/04/2026 17:33 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/pb1bbb139408d6

325	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXTIRPAÇÃO DE GLÂNDULA LACRIMAL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$ 668,24
326	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HISTERECTOMIA SUBTOTAL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$ 4.400,00
327	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CURETAGEM SEMIÓTICA C/OU S/ DILATAÇÃO DO COLO UTERINO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$ 1.690,00
328	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HISTERECTOMIA POR VIA VAGINAL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$ 4.497,00
329	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DO TORNOZELO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$ 2.790,00
330	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$ 2.290,50
331	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO ESÔFAGO, ESTÔMAGO OU DUODENO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$ 87,00
332	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PARTO NORMAL GEMELAR	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$ 4.490,00
333	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HISTERECTOMIA CIRÚRGICA C/RESSECTOSCOPIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$ 2.490,00
334	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HISTERECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$ 4.990,00
335	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PARTO CESÁREA GEMELAR	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$ 5.459,00
336	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO MICROCIRÚRGICO DE TUMOR DE NERVO PERIFÉRICO/NEUROMA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$ 2.291,40
337	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSECÇÃO SIMPLES DE TUMOR ÓSSEO/PARTES MOLES	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$ 1.800,00
338	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SEDAÇÃO PARA ANGIOTOMOGRAFIA (USO CONFORME NECESSIDADE AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$ 190,00
339	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PACOTE DE URETEROLITOTRIPSIA - HONORÁRIO CIRURGIÃO + OPME	NÃO SE APLICA	PACOTE	R$ 8.997,09
340	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PACOTE DE URETEROLITOTRIPSIA + IMPLANTE DE DUPLO J - HONORÁRIO CIRURGIÃO + OPME	NÃO SE APLICA	PACOTE	R$ 9.401,71
341	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PACOTE DE IMPLANTE DE CATETER DUPLO J - HONORÁRIO CIRURGIÃO + OPME	NÃO SE APLICA	PACOTE	R$ 1.475,62
342	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PACOTE DE RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DA PRÓSTATA - HONORÁRIO CIRURGIÃO + OPME	NÃO SE APLICA	PACOTE	R$ 5.742,44
343	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PACOTE DE CISTOLITOTRIPSIA - HONORÁRIO CIRURGIÃO + OPME	NÃO SE APLICA	PACOTE	R$ 6.404,28
344	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PACOTE DE CISTOSCOPIA - HONORÁRIO CIRURGIÃO + OPME	NÃO SE APLICA	PACOTE	R$ 1.079,62
345	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PACOTE DE NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA - HONORÁRIO CIRURGIÃO + OPME	NÃO SE APLICA	PACOTE	R$ 8.586,68
346	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PACOTE DE ELETRO PULVERIZAÇÃO DA PRÓSTATA - HONORÁRIO CIRURGIÃO + OPME	NÃO SE APLICA	PACOTE	R$ 5.742,44

Tabela 8

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAMACHO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA (COM APARELHO DO PROFISSIONAL)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 123,53
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ORTOPEDIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 111,76
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM UROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 129,41
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ENDOCRINOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 129,41
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 152,94
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROPEDIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 200,00
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ANGIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 123,53
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OTORRINOLARINGOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 123,53
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM REUMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 141,18
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 141,18
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEFROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 141,18
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GERIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 141,18
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 152,94
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 138,73

Tabela 9

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAMPO BELO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 73,12
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOPOGRAFIA DE CÓRNEA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 75,34
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 62,00
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETINOGRAFIA COLORIDA BILATERAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 85,76
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BILATERAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 115,71
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - LARINGOSCOPIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 82,00
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AÉREA/OSSÉA) E LOGOAUDIOMETRIA (LVD/IRF/LRF)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 335,26
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - IMPEDANCIOMETRIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 335,26

Tabela 10

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CARMO DO CAJURU

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CARDIOLOGIA ADULTO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 92,49
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ANGIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 109,83
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CARDIOLOGIA INFANTIL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 150,29
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CIRURGIA PEDIÁTRICA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 161,85
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PROCTOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 98,27
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM COLOPROCTOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 98,27
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM DERMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 104,05
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ENDOCRINOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 98,27
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GASTROENTEROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 92,49
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEFROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 115,61
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROCIRURGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 121,39
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROLOGIA ADULTO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 127,17
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROLOGIA INFANTIL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 184,97
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OFTALMOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 92,49
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ORTOPEDIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 92,49
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OTORRINOLARINGOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 104,05
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PNEUMOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 115,61
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM REUMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 127,17
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM UROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 109,83
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CIRURGIA GERAL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 92,49
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GINECOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 98,27
22	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 03 VASOS) = DUPLEX SCAN DE MEMBRO INFERIOR, MEMBRO SUPERIOR, DE CARÓTIDAS	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 121,39
23	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DOPLLER DE FLUXO OBSTÉTRICO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 121,39
24	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 86,71
25	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 86,71
26	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 86,71
27	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO (UMA ARTICULAÇÃO/UNILATERAL)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 86,71
28	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 86,71
29	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 86,71
30	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL) (PÉLVICA MASCULINA)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 86,71

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 06/04/2026 17:33 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/pb1bbb139408d6

31	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 86,71
32	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 86,71
33	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA (VIA ABDOMINAL OU VIA TRANSVAGINAL)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 86,71
34	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 127,17
35	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA) (PÉLVICA FEMININA)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 86,71
36	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 98,27
37	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL (ENDOVAGINAL)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 86,71
38	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 86,71
39	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA TRANSLUCÊNCIA NUCAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 98,27
40	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 242,77
41	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE + DOPPLER	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 121,39
42	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL) + DOPPLER	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 121,39
43	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - FIBRONASOLARINGOSCOPIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 109,83
44	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - VIDEONASOLARINGOSCOPIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 109,83
45	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 109,83
46	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEQUENAS CIRURGIAS	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$ 173,41

Tabela 11

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CARMÓPOLIS DE MINAS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSOM	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 90,00
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSOM COM DOPPLER	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 105,00
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 150,00

Tabela 12

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CATAS ALTAS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$ 263,00
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 115,61
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM SAÚDE DA FAMÍLIA	NÃO SE APLICA	MÊS/40 HRS SEMANAIS	R$ 20.810,00
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEQUENAS CIRURGIAS	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTOS	R$ 231,30
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CIRURGIA GERAL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 104,10
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 228,91

Tabela 13

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CLÁUDIO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CIRURGIA GERAL	NÃO SE APLICA	MÊS/24HORAS	R$ 9.000,00
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM DERMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 115,00
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 140,00
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROPEDIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 175,00
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM REUMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 175,00
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PNEUMOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 138,73
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM HEMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 208,10
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - LAUDOS SAÚDE OCUPACIONAL	NÃO SE APLICA	ANUAL	R$ 56.640,00
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SAÚDE OCUPACIONAL EXECUÇÃO E ACOMPANHAMENTO ESPECIALIZADO	NÃO SE APLICA	MENSAL	R$ 3.930,64
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ADMISSIONAL, PERIÓDICO E DEMISSIONAL)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 75,14
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CAPACITAÇÃO SAÚDE E SEGURANÇA OCUPACIONAL PARA OPERADORES DE MÁQUINAS PESADAS CONFORME NORMAS REGULAMENTADORAS 5. 11 E 12	NÃO SE APLICA	EXECUÇÃO	R$ 260,12
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPIROMETRIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 138,73
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM UROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 127,17
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OTORRINOLARINGOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 127,17

Tabela 14

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CONCEIÇÃO DO PARÁ

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 120,00
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGISTA/OBSTETRA (INSERÇÃO E RETIRADA DE DIU, CAUTERIZAÇÃO DE LESÃO, BIÓPSIAS E RETIRADA DE PÓLIPOS)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$ 240,00
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CLÍNICA GERAL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 138,73
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CLÍNICO GERAL (ÉXERESE DE VERRUGA, ÉXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS/CISTO SEBÁCEO/LIPOMA, BIÓPSIA DE PELE REGIÕES DIVERSAS, CAUTERIZAÇÃO QUELÓIDE, CANTOPLASTIA E EXÉRESE UNGUEAL, LOBULOPLASTIA, DRENAGEM DE ABCESSOS E DEMAIS PROCEDIMENTOS SIMILARES)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$ 289,10

Tabela 15

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CONTAGEM

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	NÃO SE APLICA	HORA	R$ 97,50
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	PLANTÃO	12 HORAS	R$ 1.313,33
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES HOSPITALARES	DIAS ÚTEIS	12 HORAS	R$ 1.181,70
4		FINAL DE SEMANA/FERIADO	12 HORAS	R$ 1.313,33
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES HOSPITALARES	DIAS ÚTEIS	12 HORAS	R$ 1.181,70
6		FINAL DE	12 HORAS	R$ 1.772,55
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTONISTA HORIZONTAL	NÃO SE APLICA	12 HORAS	R$ 1.313,33
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REGULADOR DO COMPLEXO HOSPITALAR	NÃO SE APLICA	12 HORAS	R$ 1.641,90
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO ESPECIALIZADO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 59,09
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO ESPECIALIZADO FORA DO AMBIENTE HOSPITALAR	NÃO SE APLICA	12 HORAS	R$ 1.575,76
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PARA ATENDIMENTO DE EXAME E LAUDO DE ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 97,50
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	NÃO SE APLICA	MÊS	R$ 18.383,84
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CLÍNICA GERAL	NÃO SE APLICA	HORA	R$ 114,89
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$ 175,50
15		PLANTÃO	12 HORAS	R$ 1.772,55
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GINECOLOGIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$ 157,95
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$ 165,75
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CLÍNICA GERAL PARA VIGILÂNCIA EM SAÚDE	NÃO SE APLICA	HORA	R$ 166,50
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM INFECTOLOGIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$ 166,50
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM HEMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$ 166,50
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MÉDICO AVALIADOR	NÃO SE APLICA	HORA	R$ 130,00

Tabela 16

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CÓRREGO FUNDO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 06/04/2026 17:33 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/pbt1bbb139408d6

1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ANGIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	147,96
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	124,75
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OFTAMOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	85,35
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ENDOCRINOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	141,15
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ORTOPEDIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	141,15
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM DERMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	85,35
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CARDIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	147,96
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OTORRINOLARINGOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	85,35
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEFROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	132,65
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PNEUMOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	131,31
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM HEMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	150,00
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM UROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	162,82
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROPEDIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	196,00
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MAMOGRAFIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	110,36
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA COM RQE	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	168,82
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	161,61
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CLÍNICA GERAL	NÃO SE APLICA	HORA	R$	189,68
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GERIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	204,86
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM BIÓPSIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	398,33
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEQUENAS CIRURGIAS	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	171,00
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS MEMBROS INFERIORES	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	251,00
22	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX VENOSO E DE CARÓTIDAS AMBOS OS MEMBROS	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	289,10
23	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX ARTERIAL AMBOS OS MEMBROS	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	346,90
24	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REGULADOR	NÃO SE APLICA	HORA	R$	208,10
25	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTONISTA	DIAS ÚTEIS	HORA	R$	125,00
26		FINAIS DE SEMANA		R$	135,00
27		FERIADOS		R$	172,50
28	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONTRASTE (CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	115,80
29	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SEDAÇÃO (CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	221,47
30	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	445,09
31	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	508,67
32	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	508,67
33	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	508,67
34	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	508,67
35	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TÚRCICA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	445,09
36	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	445,09
37	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	469,25
38	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ABDOMEN SUPERIOR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	508,67
39	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA BACIA/PELVE	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	445,09
40	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	445,09
41	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	445,09
42	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULAÇÃO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	445,09

Tabela 17

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CRUCILÂNDIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	NÃO SE APLICA	12 HORAS	R$	1.313,03
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ORTOPEDIA	NÃO SE APLICA	PACOTE DE 40 CONSULTAS	R$	4.553,00
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	NÃO SE APLICA	PACOTE DE 60 CONSULTAS	R$	7.739,00
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSOM	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	97,00
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - LAUDOS SAÚDE OCUPACIONAL	NÃO SE APLICA	ANUAL	R$	12.393,06
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SAÚDE OCUPACIONAL EXECUÇÃO E ACOMPANHAMENTO ESPECIALIZADO	NÃO SE APLICA	MENSAL	R$	924,86
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ADMISSIONAL, PERIÓDICO E DEMISSIONAL)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	75,14
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CAPACITAÇÃO SAÚDE E SEGURANÇA OCUPACIONAL PARA OPERADORES DE MÁQUINAS PESADAS CONFORME NORMAS REGULAMENTADORAS 5, 11 E 12	NÃO SE APLICA	EXECUÇÃO	R$	260,12

Tabela 18

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ESMERALDAS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	NÃO SE APLICA	PLANTÃO	R$	1.500,00
2		NÃO SE APLICA	HORA	R$	125,00
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO ESPECIALIZADO (ORTOPEDIA, OBSTETRÍCIA, ANESTESIOLOGIA, CIRURGIA GERAL)	NÃO SE APLICA	HORA	R$	125,00
4		NÃO SE APLICA	PLANTÃO	R$	1.734,11
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO ESPECIALIZADO (ORTOPEDIA, OBSTETRÍCIA, CIRURGIA GERAL)	FINAL DE SEMANA/FERIADO	PLANTÃO	R$	1.600,00
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	NÃO SE APLICA	PLANTÃO	R$	1.707,13
7		NÃO SE APLICA	HORA	R$	142,00
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA (AVALIAÇÃO PEDIÁTRICA NA SALA DE PARTO)	NÃO SE APLICA	AVALIAÇÃO	R$	100,00
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MÉDICO HORIZONTAL (AVALIAÇÃO PACIENTE INTERNADO)	NÃO SE APLICA	AVALIAÇÃO	R$	40,00
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSF	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	22.400,00
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CLÍNICA GERAL	NÃO SE APLICA	PACOTE 20 CONSULTAS	R$	548,00
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SALA VERMELHA	NÃO SE APLICA	PLANTÃO	R$	1.734,11
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ANESTESIOLOGIA	FINAL DE SEMANA/FERIADO	PLANTÃO	R$	2.080,00
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COODENAÇÃO NA ÁREA DE ANESTESIOLOGIA/ PEDIATRIA/GINECOLOGIA E OBSTETRÍCA/ CLÍNICA GERAL/ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	2.250,00

Tabela 19

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES ASSISTENCIAIS DA FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS - FHEMIG

SERVIÇOS MÉDICOS NO COMPLEXO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	234,585
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANESTESIOLOGIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	234,585
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIVERSAS ÁREAS DA SAÚDE	NÃO SE APLICA	HORA	R$	234,585
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIA PLÁSTICA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	234,585
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	234,585
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	234,585

SERVIÇOS MÉDICOS NA MATERNIDADE ODETE VALADARES

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 06/04/2026 17:33 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/pb1bbb139408d6

1	SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE TERAPIA INTENSIVA: SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE TERAPIA INTENSIVA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO CUJOS MÉDICOS POSSUAM RQE NO CRM-MG OU QUE COMPROVE O CUMPRIMENTO DE, PELO MENOS, 75% DA RESIDÊNCIA NA ESPECIALIDADE DE TERAPIA INTENSIVA, CLÍNICA MÉDICA, MEDICINA DE URGÊNCIA, CARDIOLOGIA OU CIRURGIA GERAL (PARA ATUAÇÃO NO CTI ADULTO)	NÃO SE APLICA	HORA	R$	179,32
2	SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE ANESTESIOLOGIA: SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE ANESTESIOLOGIA EM BLOCO CIRÚRGICO E BLOCO OBSTÉTRICO, CUJOS MÉDICOS POSSUAM REGISTRO DE QUALIFICAÇÃO DE ESPECIALIDADE (RQE) OU QUE COMPROVE O CUMPRIMENTO, DE PELO MENOS, 75% DA RESIDÊNCIA OU DA ESPECIALIZAÇÃO EM ANESTESIOLOGIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	225,00
3	SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE PEDIATRIA: SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE PEDIATRIA EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO, UNIDADE DE CUIDADOS PROGRESSIVOS NEONATAIS E BLOCO OBSTÉTRICO, CUJOS MÉDICOS POSSUAM REGISTRO DE QUALIFICAÇÃO DE ESPECIALIDADE (RQE) OU QUE COMPROVE O CUMPRIMENTO DE, PELO MENOS, 75% DA RESIDÊNCIA OU DA ESPECIALIZAÇÃO EM PEDIATRIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	213,26
	SERVIÇOS MÉDICOS NO HOSPITAL ALBERTO CAVALCANTI				
1	SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE ANESTESIOLOGIA: SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE ANESTESIOLOGIA EM BLOCO CIRÚRGICO E BLOCO OBSTÉTRICO, UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO, UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA, MATERNIDADE E UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E COLONOSCOPIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	237,50
2	SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE CLÍNICA MÉDICA: SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE CLÍNICA GERAL EM ENFERMARIA, PRONTO-ATENDIMENTO (SALA DE EMERGÊNCIA), PLANTÕES INTERNOS E UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO	NÃO SE APLICA	HORA	R$	183,00
3	SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE TERAPIA INTENSIVA: SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE TERAPIA INTENSIVA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO	NÃO SE APLICA	HORA	R$	185,99
4	SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE ONCOLOGIA: SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA ONCOLOGIA CLÍNICA, EM AMBULATÓRIO E ENFERMARIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	212,84
5	SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE RADIOLOGIA: SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA IMAGEM, ECOCARDIOGRAMA, TOMOGRAFIAS, ULTRASSONOGRAFISTAS NA ÁREA DE RADIOLOGIA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO, UNIDADE CIRURGICA, UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA E UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	232,82
	SERVIÇOS MÉDICOS NO HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHEK				
1	SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE ANESTESIOLOGIA: SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE ANESTESIOLOGIA EM BLOCO CIRÚRGICO E BLOCO OBSTÉTRICO, UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO, UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA, MATERNIDADE E UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E COLONOSCOPIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	237,50
2	SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE CLÍNICA MÉDICA: SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE CLÍNICA GERAL EM ENFERMARIA, PRONTO-ATENDIMENTO (SALA DE EMERGÊNCIA), PLANTÕES INTERNOS E UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO	NÃO SE APLICA	HORA	R$	183,00
3	SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE TERAPIA INTENSIVA: SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE TERAPIA INTENSIVA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO	NÃO SE APLICA	HORA	R$	185,99
4	SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE PEDIATRIA/NEONATOLOGIA: SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE PEDIATRIA/NEONATOLOGIA, EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL, UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL, ENFERMARIA (ALOJAMENTO CONJUNTO), PORTA ABERTA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, PORTA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA MATERNIDADE E BLOCO OBSTÉTRICO/SALA DE PARTO	NÃO SE APLICA	HORA	R$	198,62
5	SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA: SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	224,31
6	SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE CIRURGIA PEDIÁTRICA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA/NEONATAL, UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL, ENFERMARIA (ALOJAMENTO CONJUNTO) E PORTA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA MATERNIDADE	NÃO SE APLICA	HORA	R$	213,26
	SERVIÇOS MÉDICOS NO COMPLEXO HOSPITALAR DE BARBACENA				
1	SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE ANESTESIOLOGIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	225,00
2	SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE TERAPIA INTENSIVA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	180,00
3	SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE CIRURGIA GERAL	NÃO SE APLICA	HORA	R$	180,00
4	SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE CIRURGIA PLÁSTICA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	216,67
5	SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE CIRURGIA VASCULAR	NÃO SE APLICA	HORA	R$	219,17
6	SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE NEUROCIRURGIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	216,67
7	SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	180,00
8	SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE PSIQUIATRIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	200,00
9	SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE RADIOLOGIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	200,00
10	SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE NEUROLOGIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	225,00
11	SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE CIRURGIA TORÁCICA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	212,00
12	SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE CARDIOLOGIA COM ESPECIALIZAÇÃO EM ECOCARDIOGRAFIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	233,75
	SERVIÇOS MÉDICOS NO HOSPITAL REGIONAL JOÃO PENIDO				
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO NA ÁREA DE ANESTESIOLOGIA: SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE ANESTESIOLOGIA EM BLOCO CIRÚRGICO E/OU MATERNIDADE	NÃO SE APLICA	HORA	R$	229,16
	SERVIÇOS MÉDICOS DO MG TRANSPLANTES				
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SERVIÇO DE REALIZAÇÃO DE EXAME COMPLEMENTAR PARA MORTE ENCEFÁLICA COM EMISSÃO DE LAUDO MÉDICO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	600,00

Tabela 20

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FLORESTAL

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	NÃO SE APLICA	PLANTÃO	R$	1.365,00
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTOR (DIRETOR CLÍNICO)	NÃO SE APLICA	HORA	R$	114,90
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO ESPECIALIZADO (CARDIOLOGIA, OFTALMOLOGIA, NEUROLOGIA E CIRURGIA GERAL)	DIAS ÚTEIS	HORA	R$	386,90
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MÉDICO REGULADOR	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	2.437,50
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM UROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	93,00
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	85,00
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GINECOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	96,89
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA COM EQUIPAMENTO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	108,25
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	18.500,00

Tabela 21

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORMIGA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	PLANTÃO	12 HORAS	R$	2.626,10
2		NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	124,75
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OTORRINOLARINGOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	112,07
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	85,35
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ANGIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	131,31
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	124,75
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ATENDIMENTO EM ENDOCRINOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	85,35
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ATENDIMENTO EM OFTALMOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	85,35
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ATENDIMENTO EM GASTROENTEROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	85,35
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ATENDIMENTO EM INFECTOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	85,35
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ATENDIMENTO EM ORTOPEDIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	85,35
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ATENDIMENTO EM DERMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	85,35
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ATENDIMENTO EM CARDIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	85,35
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ATENDIMENTO EM GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	85,35
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM UROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	117,98
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CLÍNICA MÉDICA	PLANTÃO	12 HORAS	R$	1.772,59
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - FERIADOS ESPECIAIS (NATAL E ANO NOVO)	PLANTÃO	12 HORAS	R$	2.607,15
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESPONSÁVEL TÉCNICO - RAIO X	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	3.000,00
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HORIZONTAL	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	7.878,78
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR TÉCNICO	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	22.446,69
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR CLÍNICO	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	10.136,56
22	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ULTRASSONOGRAFIA - ULTRASSOM MORFOLÓGICO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	198,01
23	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ULTRASSONOGRAFIA - ULTRASSOM DOPLLER	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	232,44
24	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ULTRASSONOGRAFIA - DUPLEX SCAN	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	144,45

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 06/04/2026 17:33 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.jpm.com.br/pbt1bbb139408d6

25	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA (ABDOMINAL SUPERIOR/ABDOMINAL TOTAL/BOLSA ESCROTAL/ENDOVAGINAL/OBSTÉTRICO SIMPLES/PAREDE ABDOMINAL/PARTES MOLES/RINS E VIAS URINÁRIAS/TIREÓIDE/MAMAS/AXILAS)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	99,00
26	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO RADIOLOGISTA/ULTRASSONOGRAFISTA - PUNÇÃO ASPIRATIVA POR AGULHA FINA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	296,32
27	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO RADIOLOGISTA/ULTRASSONOGRAFISTA - CORE BIOPSY	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	630,30
28	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXERESE DE NÓDULO MAMA BENIGNO - CORE BIOPSY (NÃO INCLUSO MATERIAL)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	99,80
29	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN COM DISPONIBILIDADE DE APARELHO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	183,82
30	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA COM DISPONIBILIDADE DE APARELHO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	109,00
31	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ECOCARDIOGRAMA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	246,00
32	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ECOCARDIOGRAMA PEDIÁTRICO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	246,00
33	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HOLTER	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	200,00
34	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - M.A.P.A	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	168,00
35	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	844,36
36	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXÉRESE DE CISTO SACRO-COCCÍGEO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	477,56
37	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXTIRPAÇÃO E SUPRESÃO DE LESÃO DE PELE	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	167,10
38	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	86,26
39	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE PEQUENAS LESÕES	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	6,57
40	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXÉRESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	148,80
41	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DRENAGEM ABSCESSO OU CISTO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	144,45
42	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MAMOGRAFIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	86,00
43	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA SOB SEDAÇÃO COM TESTE DE UREASE	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	341,40
44	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COLONOSCOPIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	968,00
45	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - VASECTOMIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	533,13
46	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - POSTECTOMIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	533,13
47	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEFROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	132,65
48	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA DE VULVA, VAGINA E COLO UTERINO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	89,29
49	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AVALIAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA	NÃO SE APLICA	AVALIAÇÃO	R$	85,35
50	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESCLEROSANTE/LIGADURA ELÁSTICA DE LESÃO HEMORRÁGICA DO APARELHO DIGESTIVO ALTO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.140,35
51	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TELECONSULTORIA EM OFTALMOLOGIA	NÃO SE APLICA	TELECONSULTORIA	R$	78,80
52	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÓRNEA OU CONJUNTIVA COM EQUIPAMENTO DO MÉDICO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	205,00
53	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERRAME OCULAR	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	205,00
54	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AVALIAÇÃO DE FUNDO OCULAR COM EQUIPAMENTO DO MÉDICO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	205,00
55	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIOMETRIA ÓPTICA POR OLHO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	56,91
56	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MÉDICO REGULADOR (REGULAÇÃO DE SOLICITAÇÕES MÉDICAS)	NÃO SE APLICA	20 HORAS TRABALHADAS	R$	7.967,00
57	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CANTOPLASTIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	110,90
58	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CLÍNICA MÉDICA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	131,31
59	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROPEDIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	196,00
60	SERVIÇOS / ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COORDENADOR (PRÉ-NATAL E CRIANÇA DE ALTO RISCO/CÂNCER DE MAMA E COLO UTERINO/HIPERTENSÃO (HAS) E DIABETES (DM) DE ALTO RISCO DA MICRO REGIÃO)	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	5.252,11
61	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CAUTERIZAÇÃO COM ELETROCAUTÉRIO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	169,00
62	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COLPOSCOPIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	112,13
63	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - INSERÇÃO DE DIU	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	112,13
64	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETIRADA DE DIU	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	60,00
65	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OFTALMOLOGIA COM DISPONIBILIZAÇÃO DE ÓCULOS	NÃO SE APLICA	PACOTE	R$	429,11
66	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ELETROENCEFALOGRAMA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	243,00
67	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEQUENAS CIRURGIAS COM PROCEDIMENTOS MÚLTIPLOS	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	250,00
68	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RT EM PSIQUIATRIA	NÃO SE APLICA	MENSAL/ 48H	R$	7.090,36
69	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM BASE DE CRÂNIO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	790,75
70	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM CRÂNIO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	790,75
71	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIO TC ARTERIAL DE PELVE	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	735,83
72	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM PRÓSTATA VIA ABDOMINAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	856,65
73	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM COLANGIO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	790,75
74	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM COTOVELO DIREITO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	790,75
75	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM COTOVELO ESQUERDO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	790,75
76	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM ABDÔMEN SUPERIOR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	877,51
77	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM ANTEBRAÇO DIREITO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	790,75
78	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM ANTEBRAÇO ESQUERDO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	790,75
79	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM ATM BILATERAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	790,75
80	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM BRAÇO DIREITO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	790,75
81	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM BRAÇO ESQUERDO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	790,75
82	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM PELVE FEMININO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	790,75
83	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM PELVE MASCULINO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	790,75
84	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM PELVE	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	653,46
85	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM COLUNA CERVICAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	790,75
86	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM COLUNA DORSAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	790,75
87	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM COLUNA LOMBAR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	790,75
88	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM CORAÇAO MORFOLÓGICO E FUNCIONAL PERFUSAO E VIABILIDADE	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	1.087,28
89	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM CORACAO MORFOLÓGICO E FUNCIONAL + PERFUSAO + ESTRESSE	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	1.087,28
90	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM CORAÇAO MORFOLÓGICO E FUNCIONAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	1.087,28
91	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM COXA DIREITA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	790,75
92	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM COXA ESQUERDA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	790,75
93	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM COXO FEMURAL DIREITO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	790,75
94	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM COXO FEMURAL ESQUERDO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	790,75
95	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM BOLSA ESCROTAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	790,75
96	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM ESPECTROSCOPIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	790,75
97	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM FACE INCLUI SEIOS DA FACE	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	790,75
98	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM FETAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	790,75
99	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM JOELHO DIREITO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	790,75
100	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM JOELHO ESQUERDO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	790,75
101	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM MAMAS	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	1.153,18
102	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM MÃO DIREITO NÃO INCLUI PUNHO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	790,75
103	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM MÃO ESQUERDO NÃO INCLUI PUNHO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	790,75
104	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM MASTOIDES	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	713,87
105	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM OMBRO DIREITO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	790,75
106	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM OMBRO ESQUERDO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	790,75
107	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM ÓRBITA BILATERAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	790,75
108	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM OSSOS TEMPORAIS	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	790,75
109	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM OUVIDOS	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	647,97
110	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM PÊNIS	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	790,75
111	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM PERFUSÃO CEREBRAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	790,75
112	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM PERNA DIREITA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	790,75
113	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM PERNA ESQUERDA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	790,75
114	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM PLEXO BRAQUIAL DIREITO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	790,75
115	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM PLEXO BRAQUIAL ESQUERDO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	790,75
116	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM PUNHO DIREITO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	790,75

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 06/04/2026 17:33 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/pb1bbb139408d6

117	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM PUNHO ESQUERDO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	790,75
118	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM ARTICULACAO SACROCOCCÍGEA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	713,87
119	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM BACIA (ARTICULAÇÕES SACROILÍACAS)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	790,75
120	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM SELA TURCICA HIPÓFISE	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	790,75
121	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM PÉ ESQUERDO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	790,75
122	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM PÉ DIREITO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	790,75
123	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM TÓRAX	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	790,75
124	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM TORNOZELO DIREITO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	790,75
125	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM TORNOZELO ESQUERDO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	790,75
126	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM ENTEROGRAFIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	1.043,35
127	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM PELVE DEFECOGRAFIA/DEFECORRESSONÂNCIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	1.010,40
128	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM FLUXO LIQUÓRICO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	790,75
129	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM PESCOÇO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	790,75
130	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RM URO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	1.197,11
131	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIO RM AORTA TORÁCICA ARCO AÓRTICO OU PULMONARES	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	971,97
132	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIO RM VENOSA PULMONAR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	971,97
133	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIO RM ARTERIAL PULMONAR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	971,97
134	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIO RM AORTA ABDOMINAL TOTAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	971,97
135	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIO RM VENOSA DE CRÂNIO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	971,97
136	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIO RM ARTERIAL DE CRÂNIO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	971,97
137	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIO RM ARTERIAL DE ABDÔMEN SUPERIOR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	971,97
138	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIO RM VENOSA DE ABDÔMEN SUPERIOR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	971,97
139	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIO RM ARTERIAL DE PELVE	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	971,97
140	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIO RM VENOSA DE PELVE	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	971,97
141	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIO RM ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR DIREITO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	971,97
142	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIO RM ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	971,97
143	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIO RM ARTERIAL DE PESCOÇO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	971,97
144	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIO RM VENOSA DE PESCOÇO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	971,97
145	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIO TC ARTERIAL DE PELVE	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	735,84
146	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIO TC VENOSA DE PELVE	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	735,84
147	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIO TC ARTERIAL DE PESCOÇO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	735,84
148	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIO TC VENOSA DE PESCOÇO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	735,84
149	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIO TC CORONARIAS COM ESCORE DE CÁLCIO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	1.306,94
150	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIO TC AORTA ABDOMINAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	735,84
151	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIO TC ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR DIREITO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	735,84
152	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIO TC ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	735,84
153	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIO TC ARTERIAL PULMONAR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	735,84
154	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIO TC VENOSA PULMONAR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	735,84
155	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIO TC AORTA TORÁCICA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	735,84
156	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIO TC VENOSA DE ABDÔMEN SUPERIOR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	735,84
157	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIO TC ARTERIAL DE ABDÔMEN SUPERIOR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	735,84
158	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIO TC ARTERIAL DE CRÂNIO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	735,84
159	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIO TC VENOSA DE CRÂNIO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	735,84
160	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIO TC VENOSA DE TÓRAX	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	735,84
161	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIO TC ARTERIAL TÓRAX	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	735,84
162	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ARTRO RM QUADRIL DIREITO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	977,46
163	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ARTRO RM QUADRIL ESQUERDO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	977,46
164	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ARTRO RM JOELHO DIREITO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	977,46
165	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ARTRO RM JOELHO ESQUERDO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	977,46
166	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ARTRO RM COTOVELO DIREITO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	977,46
167	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ARTRO RM COTOVELO ESQUERDO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	977,46
168	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ARTROCENTESE PUNCAO ESTR CAV PUNCAO ARTRORM	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	136,18
169	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ARTRO RM PUNHO DIREITO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	977,46
170	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ARTRO RM PUNHO ESQUERDO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	977,46
171	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ARTRO RM TORNOZELO DIREITO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	977,46
172	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ARTRO RM TORNOZELO ESQUERDO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	977,46
173	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ARTRO RM OMBRO ESQUERDO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	977,46
174	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ARTRO TC JOELHO DIREITO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	620,52
175	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ARTRO TC JOELHO ESQUERDO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	620,52
176	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ARTRO TC COTOVELO DIREITO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	620,52
177	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ARTRO TC COTOVELO ESQUERDO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	620,52
178	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ARTRO TC COXOFEMORAL DIREITO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	620,52
179	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ARTRO TC COXOFEMORAL ESQUERDO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	620,52
180	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ARTRO TC QUADRIL DIREITO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	620,52
181	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ARTRO TC QUADRIL ESQUERDO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	620,52
182	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ARTRO TC OMBRO DIREITO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	620,52
183	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ARTRO TC OMBRO ESQUERDO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	620,52
184	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ARTRO TC PUNHO DIREITO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	620,52
185	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ARTRO TC PUNHO ESQUERDO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	620,52
186	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ARTRO TC TORNOZELO DIREITO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	620,52
187	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ARTRO TC TORNOZELO ESQUERDO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	620,52
188	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ARTRO TC MÃO DIREITO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	620,52
189	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ARTRO TC MÃO ESQUERDO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	620,52
190	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ARTRO TC PÉ DIREITO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	620,52
191	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ARTRO TC PÉ ESQUERDO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	620,52
192	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TC ANTEBRAÇO DIREITO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	417,34
193	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TC ANTEBRAÇO ESQUERDO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	417,34
194	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TC FACE	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	417,34
195	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TC SEIOS DA FACE	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	417,34
196	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TC COXO FEMORAL DIREITO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	417,34
197	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TC COXO FEMORAL ESQUERDO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	417,34
198	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TC COXA DIREITA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	417,34
199	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TC COXA ESQUERDA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	417,34
200	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TC ABDÔMEN TOTAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	694,10
201	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TC ABDÔMEN SUPERIOR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	417,34
202	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TC BACIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	417,34
203	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TC BRAÇO DIREITO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	417,34
204	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TC BRAÇO ESQUERDO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	417,34
205	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TC COLUNA CERVICAL ATÉ 3 SEGMENTOS	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	417,34
206	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TC COLUNA DORSAL ATÉ 3 SEGMENTOS	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	417,34
207	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TC COLUNA LOMBAR ATÉ 3 SEGMENTOS	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	417,34
208	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TC COLUNA CADA SEGMENTO (CERVICAL, DORSAL OU LOMBAR)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	351,45
209	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TC COTOVELO DIREITO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	417,34
210	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TC COTOVELO ESQUERDO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	417,34
211	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TC CRÂNIO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	417,34
212	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TC ARTICULAÇÃO (ESTERNOCLAVICULAR, OMBRO, COTOVELO, PUNHO, SACROILÍACAS, COXOFEMORAL) UNILATERAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	417,34
213	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TC JOELHO DIREITO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	417,34
214	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TC JOELHO ESQUERDO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	417,34
215	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TC ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULARES	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	417,34
216	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TC MANDÍBULA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	417,34

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 06/04/2026 17:33 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/pb1bbb139408d6

217	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TC MÃO DIREITA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	417,34
218	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TC MÃO ESQUERDA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	417,34
219	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TC MASTOIDES OU OUVIDOS	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	417,34
220	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TC MAXILA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	417,34
221	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TC OMBRO DIREITO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	417,34
222	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TC OMBRO ESQUERDO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	417,34
223	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TC ÓRBITAS	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	417,34
224	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TC OSSOS TEMPORAIS	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	417,34
225	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TC PÉ DIREITO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	417,34
226	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TC PÉ ESQUERDO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	417,34
227	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TC PELVE	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	417,34
228	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TC PERNA DIREITA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	417,34
229	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TC PERNA ESQUERDA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	417,34
230	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TC PESCOÇO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	318,50
231	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TC PUNHO DIREITO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	417,34
232	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TC PUNHO ESQUERDO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	417,34
233	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TC SACROILÍACA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	417,34
234	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TC SELA TÚRCICA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	417,34
235	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TC TÓRAX	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	417,34
236	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TC TORNOZELO ESQUERDO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	417,34
237	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TC TORNOZELO DIREITO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	417,34
238	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COORDENADOR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	10.136,56

Tabela 22

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE IBIRITÉ

CÓGIDO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM REUMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	175,00
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CARDIOLOGIA ADULTO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	150,00
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CARDIOLOGIA PEDIÁTRICO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	187,78
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PNEUMOLOGIA ADULTO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	175,00
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	175,00
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEFROLOGIA PEDIÁTRICO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	190,00
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROLOGIA ADULTO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	150,00
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROLOGIA PEDIÁTRICO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	175,00
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	227,62
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM UROLOGIA ADULTO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	113,82
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ORTOPEDIA COLUNA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	227,62
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ORTOPEDIA QUADRIL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	227,62
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ORTOPEDIA MÃO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	250,38
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ORTOPEDIA OMBRO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	227,62
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ORTOPEDIA PÉ	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	227,62
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GERIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	250,38
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM HEMATOLOGIA INFANTIL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	284,53
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ALERGOLOGIA ADULTO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	250,38
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ALERGOLOGIA INFANTIL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	250,38
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CIRURGIA TORÁCICA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	284,53
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CIRURGIA CARDIOVASCULAR	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	284,53
22	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CIRURGIA PEDIÁTRICA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	330,05
23	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CIRURGIA PLÁSTICA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	284,53
24	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CIRURGIA AMBULATORIAL ADULTO E INFANTIL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	227,62
25	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROCIRURGIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	342,00
26	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AUDITOR AUTORIZADOR	NÃO SE APLICA	MENSAL/12H SEMANAIS	R$	8.979,18
27	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PROCTOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	125,00
28	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM INFECTOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	126,66
29	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO NA ÁREA DE PSIQUIATRIA	NÃO SE APLICA	PLANTÃO	R$	1.620,10
30	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA	NÃO SE APLICA	PLANTÃO	R$	1.871,10
31	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OFTALMOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	75,14
32	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO NA ÁREA DE PSIQUIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	66,85
33	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA RQE	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	86,90

SERVIÇOS MEDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAUDE DO MUNICIPIO DE IBIRITE - MUTIRAO

CÓGIDO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OFTALMOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	65,61
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CARDIOLOGIA ADULTO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	85,76
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CARDIOLOGIA PEDIÁTRICO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	119,11
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROLOGIA ADULTO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	119,11
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROLOGIA PEDIÁTRICO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	154,84
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PNEUMOLOGIA ADULTO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	119,11
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ANGIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	83,38
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM UROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	95,29
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM DERMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	83,38
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CIRURGIA AMBULATORIAL (PEQUENAS CIRURGIAS)	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	190,58
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PROCTOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	95,29
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM REUMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	119,11
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OTORRINOLARINGOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	77,42
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GASTROENTEROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	77,42
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM INFERTILIDADE	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	166,76
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEFROLOGIA PEDIÁTRICO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	166,76
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	107,20
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ORTOPEDIA COLUNA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	119,11
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	77,42
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ORTOPEDIA MÃO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	119,11
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ORTOPEDIA PÉ	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	119,11
22	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ORTOPEDIA JOELHO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	77,42
23	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ORTOPEDIA OMBRO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	77,42
24	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ORTOPEDIA QUADRIL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	119,11
25	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM HEMATOLOGIA PEDIÁTRICO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	273,96
26	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	119,11
27	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROCIRURGIA ADULTO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	98,86
28	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROCIRURGIA PEDIÁTRICA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	142,93
29	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ALERGOLOGIA ADULTO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	244,18
30	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ALERGOLOGIA PEDIÁTRICA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	244,18
31	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CIRURGIA PLÁSTICA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	214,40
32	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GERIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	119,11
33	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CIRURGIA CARDIOVASCULAR	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	154,84
34	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GENÉTICA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	166,76
35	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CIRURGIA TORÁCICA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	297,78
36	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM INFECTOLOGIA ADULTO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	113,16
37	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CLÍNICA DA DOR	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	142,93
38	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CIRURGIA GERAL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	83,38

Tabela 23

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE IGARAPÉ

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 06/04/2026 17:33 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/pb1bbb139408d6

1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTONISTA	SEMANAL DIURNO	12 HORAS	R$	1.588,77
2			HORA	R$	132,40
3		SEMANAL NOTURNO	12 HORAS	R$	1.641,29
4			HORA	R$	136,77
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTONISTA	FINAL DE SEMANA DIURNO	12 HORAS	R$	1.706,94
6			HORA	R$	142,25
7		FINAL DE SEMANA NOTURNO	12 HORAS	R$	1.772,59
8			HORA	R$	147,72
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ORTOPEDIA EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	SEMANAL DIURNO	12 HORAS	R$	1.851,36
10			HORA	R$	154,28
11		FINAL DE SEMANA DIURNO	12 HORAS	R$	1.969,53
12			HORA	R$	164,13
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HORIZONTAL	NÃO SE APLICA	HORA	R$	198,59
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CLÍNICA MÉDICA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	161,16
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEFROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	119,74
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	110,00
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	89,90
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA II	NÃO SE APLICA	CONSULTA/EXAME	R$	151,00
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CARDIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	88,23
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM UROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	59,09
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM UROLOGIA II	NÃO SE APLICA	CONSULTA/EXAME	R$	86,65
22	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM DERMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	55,14
23	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM DERMATOLOGIA II	NÃO SE APLICA	CONSULTA/EXAME	R$	77,20
24	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ORTOPEDIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	70,90
25	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CIRURGIA GERAL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	72,22
26	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ENDOCRINOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	157,57
27	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM REUMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	183,82
28	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROLOGIA ADULTO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	131,00
29	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROPEDIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	144,46
30	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA INFANTIL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	157,57
31	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CLINÍCA MÉDICA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	45,95
32	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - RETIRADAS DE LIPOMAS/CISTO/VERRUGA/CORPO ESTRANHO/RETIRADA DE UNHA ENCRAVADA/COLETA DE MATERIAL PARA BIÓPSIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	118,17
33	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REFERÊNCIA TÉCNICA	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	3.282,83
34	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR CLÍNICO PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	9.741,67
35	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ECOCARDIOGRAMA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	131,31
36	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN/CARÓTIDAS E VÉRTEBRAS	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	106,88
37	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ULTRASONOGRAFIA (ENDOVAGINAL/OBSTÉTRICO/APARELHO URINÁRIO/DE MAMAS E AXILAS/CERVICAL/TIREOIDE/ARTICULAÇÃO/ PRÓSTATA TRASNRETAL E ABDOMINAL/ABDOMEN TOTAL/PAREDE ABDOMINAL/REGIÃO INGUINAL/BOLSA ESCROTAL OU TESTICULAR)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	78,79
38	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ELETROENCEFALOGRAMA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	78,79
39	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM HEMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	119,74
40	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REGULAÇÃO/AVALIAÇÃO/AUDITORIA E CONTROLE	NÃO SE APLICA	MENSAL	R$	4.236,36
41	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM MEDICINA DO TRABALHO	NÃO SE APLICA	60 CONSULTAS	R$	7.735,68
42	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)	NÃO SE APLICA	MENSAL	R$	21.100,00
43	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)	NÃO SE APLICA	HORA	R$	109,41
44	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA INFANTIL	NÃO SE APLICA	MENSAL	R$	15.757,00
45	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA ADULTO	NÃO SE APLICA	8 HORAS	R$	1.575,63
46	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA ADULTO	NÃO SE APLICA	HORA	R$	196,95
47	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM MEDICINA DO TRABALHO	NÃO SE APLICA	MÊS/4H SEMANAIS	R$	7.881,81

Tabela 24

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE IGARATINGA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	NÃO SE APLICA	PLANTÃO	R$	1.585,61
2		FERIADOS ESPECIAIS	12 HORAS	R$	2.785,44
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR TÉCNICO	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	7.878,79
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM MEDICINA DO TRABALHO (EXAMES OCUPACIONAIS)	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	102,43
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	90,60
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ENDOCRINOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	90,60
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CARDIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	90,60
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM UROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	90,60
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CIRURGIA GERAL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	90,60
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ORTOPEDIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	90,60
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	90,60
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	90,60

Tabela 25

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE IGUATAMA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTÃO PRONTO SOCORRO	NÃO SE APLICA	PLANTÃO	R$	1.422,76
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTÃO FERIADOS ESPECIAIS	NÃO SE APLICA	PLANTÃO	R$	2.276,41
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETORIA TÉCNICA	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	5.000,00
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETORIA CLÍNICA	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	5.000,00
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO ESPECIALIZADO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	39,59
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIA DE UNHA (CANTOPLASTIA)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	169,06
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXÉRESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS/	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	169,06
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA/PUNÇÃO DE TUMOR SUPERFICIAL DE PELE	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	169,06
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	169,06
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÃO CUTÂNEA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	169,06
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENÇÃO BÁSICA	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	17.071,26
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CLÍNICA GERAL	NÃO SE APLICA	HORA	R$	167,88
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GINECOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	113,80
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	NÃO SE APLICA	MÊS/7H SEMANAIS	R$	8.195,00
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COLONOSCOPIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	1.138,03
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ENDOSCOPIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	455,23
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ECOCARDIOGRAMA COM STRESS FARMACOLÓGICO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	988,24
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSOM (ENDOVAGINAL/INGUINAL/BOLSA ESCROTAL/ABDÔMEN TOTAL/ARTICULAÇÃO/MAMAS/AXILAS/TIREÓIDE/OBSTÉTRICO COM DOPPLER/OBSTÉTRICO/PERFIL BIOFÍSICO FETAL/OBSTÉTRICO MORFOLÓGICO COM DOPPLER/PAREDE ABDOMINAL/PÉLVICO TRANSABDOMINAL MASCULINO E FEMININO/RINS E VIAS URINÁRIAS/PARTES MOLES/CERVICAL)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	140,00
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ANGIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	131,31
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROPEDIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	152,94
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ECODOPPLER FETAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	588,24
22	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETIRADA DE CORPO ESTRANHO POR EDA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	900,00
23	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HORIZONTAL	NÃO SE APLICA	PLANTÃO	R$	455,29
24	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ACOMPANHAMENTO PARA TRANSFERÊNCIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	167,88
25	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSOM COM DOPPLER	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	500,00
26	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSOM MORFOLÓGICO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	400,00

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 06/04/2026 17:33 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/pbt1bbb139408d6

27	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSOM TRANSNUCÊNCIA NUCAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 400,00

Tabela 26

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ITABIRA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSF	NÃO SE APLICA	MÊS	R$ 21.785,32
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GINECOLOGIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$ 205,00
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$ 205,00
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA ADULTO	NÃO SE APLICA	HORA	R$ 205,00
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA INFANTIL	NÃO SE APLICA	HORA	R$ 237,00
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CLÍNICA GERAL	NÃO SE APLICA	20H SEMANAIS/MÊS	R$ 14.160,05

Tabela 27

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ITABIRITO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	DIAS ÚTEIS DIURNO/NOTURNO	PLANTÃO	R$ 2.251,43
2			HORA	R$ 187,62
3		FINAL DE SEMANA/FERIADO	PLANTÃO	R$ 2.532,34
4			HORA	R$ 211,03
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPIROMETRIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 147,81
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ELETROENCEFRALOGRAMA INFANTIL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 143,17
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ALERGOLOGIA INFANTIL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 417,57
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ENDOCRINOLOGIA INFANTIL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 477,22
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GASTROENTEROLOGIA INFANTIL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 357,92
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PNEUMOLOGIA INFANTIL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 209,66
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEFROLOGIA INFANTIL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 477,22
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 135,00
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENÇÃO BÁSICA	NÃO SE APLICA	HORA	R$ 187,62
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (PSIQUIATRIA)	NÃO SE APLICA	HORA	R$ 250,16
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ANESTESIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$ 281,43
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO -ATENDIMENTO EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CARDIOLOGIA, ORTOPEDIA, MASTOLOGIA, NEUROLOGIA, DERMATOLOGIA, OFTALMOLOGIA, ULTRASSONOGRAFIA, GASTROENTEROLOGIA, OTORRRINOLARINGOLOGIA, REUMATOLOGIA, PEQUENAS CIRURGIAS, ENDOCRINOLOGIA)	NÃO SE APLICA	HORA	R$ 281,43
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR TÉCNICO/CLÍNICO	NÃO SE APLICA	MÊS	R$ 33.545,60
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM INFECTOLOGIA	NÃO SE APLICA	MÊS	R$ 38.000,00
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ECOCARDIOGRAMA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 145,00
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO A SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 161,85
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROPEDIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 161,85
22	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GENÉTICA INFANTIL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 470,00

Tabela 28

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ITAGUARA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CIRURGIA GERAL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 160,38
2		NÃO SE APLICA	MÊS	R$ 9.913,34
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 133,65
4		NÃO SE APLICA	MÊS	R$ 26.462,63
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 187,11
6		NÃO SE APLICA	MÊS	R$ 15.756,30
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEQUENAS CIRURGIAS	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$ 240,57
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CARDIOLOGIA	NÃO SE APLICA	8 HORAS	R$ 2.626,05
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA	NÃO SE APLICA	MÊS	R$ 16.083,40
10		NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 133,65
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COLPOSCOPIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$ 267,30
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COLETA DE CITOLOGIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$ 160,38
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CAF	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$ 801,90
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COLETA DE BIÓPSIA (COLO DE ÚTERO E VULVA)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$ 267,30
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSOM	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 133,65
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ORTOPEDIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 133,65
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM REUMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 267,30
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM UROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 160,38
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CARDIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 334,12

Tabela 29

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ITAMBÉ DO MATO DENTRO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ANGIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 154,84
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CARDIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 148,89
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 369,25
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 190,58
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OFTALMOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 144,68

Tabela 30

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ITAPECERICA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ENDOSCOPIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 303,41
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ORTOPEDIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 138,73
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ANGIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 103,63
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CARDIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 92,11
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM DERMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 103,63
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OTORRINOLARINGOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 103,63
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 115,14
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROPEDIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 149,68
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 86,22
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 86,22
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 86,22
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE RINS E VIAS URINÁRIAS	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 86,22
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 86,22
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE PELVE MASCULINA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 86,22
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE PELVE FEMININA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 86,22
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA VIA ABDOMINAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 86,22
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 86,22
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE MAMAS E AXILAS	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 138,17
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM UROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 173,41
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CIRURGIA GERAL/PEQUENAS CIRURGIAS	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO/ CONSULTA	R$ 346,83
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PNEUMOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 126,66
22	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ENDOCRINOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 92,11

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 06/04/2026 17:33 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/pb1bbb139408d6

23	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM HEMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	149,68
24	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM REUMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	138,17
25	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OFTALMOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	80,60
26	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA JOELHO/PÉ	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	86,22
27	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA TIREÓIDE	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	86,22
28	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA PRÓSTATA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	86,22
29	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA PESCOÇO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	86,22
30	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA OMBRO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	86,22
31	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA BEXIGA E PRÓSTATA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	109,38
32	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA PRÓSTATA VIA TRANSRETAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	86,22
33	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA VIAS BILIARES	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	86,22
34	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA PERNA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	86,22
35	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA TORNOZELO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	126,66
36	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA BRAÇO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	92,11
37	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA COTOVELO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	149,68
38	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA BOLSA ESCROTAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	86,22
39	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	144,51
40	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	138,73
41	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA COM RQE	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	208,09
42	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETAGUARDA PARA REALIZAÇÃO DE ATÉ 10 PARTOS	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	18.497,11
43	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CIRURGIA GERAL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	173,41
44	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEQUENAS CIRURGIAS	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	173,41
45	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ANESTESIA	NÃO SE APLICA	PLANTÃO	R$	1.734,10

Tabela 31

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ITATIAIUÇU

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	DIAS ÚTEIS	12 HORAS	R$	2.026,88
2		FINAL DE SEMANA/FERIADO DIURNO E NOTURNO	12 HORAS	R$	2.200,61
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - APOIO	NÃO SE APLICA	HORA	R$	129,15
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - APOIO II	NÃO SE APLICA	HORA	R$	117,03
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO ESPECIALIZADO	NÃO SE APLICA	HORA	R$	309,94
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA I - CIRURGIA UROLÓGICA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	516,59
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA II - PEQUENAS CIRURGIAS	NÃO SE APLICA	HORA	R$	387,43
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	20.591,85
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ALERGOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	298,00
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TESTE DE CONTATO BATERIA PADRÃO ATÉ 30 SUBSTÂNCIAS	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	536,00
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TESTE DE CONTATO BATERIA DE COSMÉTICOS	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	358,00
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TESTE DE CONTATO BATERIA DE UNHAS	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	358,00
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TESTE DE CONTATO BATERIA DE MEDICAMENTOS	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	358,00
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TESTE CUTÂNEO ALÉRGICOS PARA ALIMENTOS OU INALANTES	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	358,00
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TERAPIA IMUNOBIOLÓGICA SUBCUTÂNEA (POR SESSÃO AMBULATORIAL)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.311,00

Tabela 32

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ITAÚNA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSOM ABDÔMEN TOTAL/APARELHO URINÁRIO/TRANSVAGINAL (ENDOVAGINAL)/PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL)/PÉLVICA MASCULINA/BOLSA ESCROTAL (BILATERAL)/MAMAS (BILATERAL)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	82,81
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PNEUMOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	113,09
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM HEMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	150,00
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ANGIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	97,87
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CARDIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	136,57
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PROCTOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	115,20
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSF	NÃO SE APLICA	MÊS/30H SEMANAIS	R$	16.770,46
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REGULADOR	NÃO SE APLICA	MÊS/20H SEMANAIS	R$	14.392,65
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	97,87
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CIRURGIA GERAL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	97,87
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ENDOCRINOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	84,99
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GASTROENTEROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	97,87
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM REUMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	138,17
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	80,60
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ORTOPEDIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	84,99
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GINECOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	97,87
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM DERMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	126,66
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM UROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	109,38
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CABEÇA E PESCOÇO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	109,38
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CLÍNICA GERAL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	80,60
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - NEUROLOGIA (LAUDISTA DE EEG)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	41,67
22	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GINECOLOGIA (US TRANSNUSCÊNCIA NUCAL, DOPLLER E PBF)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	109,38
23	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEFROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	109,38
24	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OTORRINOLARINGOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	84,99
25	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETOSSIGMOIDOSCOPIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	103,63
26	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOLOGIA (LAUDO DE ECG)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	17,87

Tabela 33

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JABOTICATUBAS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTONISTA	NÃO SE APLICA	PLANTÃO	R$	1.350,00
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM MEDICINA DA FAMÍLIA	NÃO SE APLICA	MÊS/40HRS SEMANAIS	R$	17.696,47
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	73,33
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	128,50
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM UROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	105,88
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CARDIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	88,24
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ORTOPEDIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	88,24
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GINECOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	76,50
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	97,65
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	135,00
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESPONSÁVEL TÉCNICO EM RADIOLOGIA	NÃO SE APLICA	MÊS/20H SEMANAIS	R$	2.810,98
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	117,92
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	138,73
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	117,92
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE/SEIOS DA FACE/ARTICULAÇÕES TEMPORO- MANDIBULARES	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	117,92
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	117,92
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TÚRCICA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	132,95
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	158,38
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MASTÓIDES/OUVIDOS	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	117,92

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 06/04/2026 17:33 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/pb1bbb139408d6

20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	117,92
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA E PÉ)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	117,92
22	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	188,44
23	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOMOGRAFIA DE HEMITÓRAX/MEDIASTINO (POR PLANO)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	188,44
24	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES (ESTERNO/CLAVÍCULA/OMBRO/COTOVELO)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	127,17
25	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN SUPERIOR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	191,91
26	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	117,92
27	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE/BACIA/ABDÔMEN INFERIOR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	290,17
28	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	670,52
29	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SEDAÇÃO (CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	647,40
30	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	543,35
31	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	543,35
32	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO- SACRA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	543,35
33	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	543,35
34	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	543,35
35	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TÚRCICA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	543,35
36	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	543,35
37	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	543,35
38	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDÔMEN SUPERIOR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	757,23
39	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA/PELVE	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	543,35
40	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	543,35
41	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	543,35

Tabela 34

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JUATUBA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	DIAS ÚTEIS	12 HORAS	R$ 1.181,82
2		FINAL DE	12 HORAS	R$ 1.323,64
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	DIAS ÚTEIS	12 HORAS	R$ 1.181,82
4		FINAL DE SEMANA/FERIADO	12 HORAS	R$ 1.323,64
5		FERIADOS ESPECIAIS	12 HORAS	R$ 1.985,46
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	DIAS ÚTEIS	12 HORAS	R$ 1.750,00
7		FINAL DE	12 HORAS	R$ 1.323,64
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CLÍNICA GERAL	NÃO SE APLICA	HORA	R$ 164,14
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO ESPECIALIZADO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 59,09
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OFTALMOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 59,09
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEQUENAS CIRURGIAS	NÃO SE APLICA	HORA	R$ 227,70
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CARDIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 70,00
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROPEDIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 132,00
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ORTOPEDIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 59,09
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CLÍNICA GERAL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 59,09
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM RADIOLOGIA	NÃO SE APLICA	LAUDO	R$ 59,09
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REGULADOR	NÃO SE APLICA	HORA	R$ 240,00
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM MEDICINA DO TRABALHO	NÃO SE APLICA	HORA	R$ 265,00
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GINECOLOGIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$ 175,96
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ANGIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 59,09
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 90,00
22		NÃO SE APLICA	HORA	R$ 175,96
23	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 118,73
24	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSOM COM APARELHO DO PROFISSIONAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 69,09
25	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 59,09
26	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 132,00
27	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OTORRINOLARINGOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 67,96
28	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ENDOCRINOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 118,73
29	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$ 175,96
30	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CARDIOLOGIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$ 136,50
31	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ORTOPEDIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$ 136,50
32	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CLÍNICA GERAL PARA ATENÇÃO BASICA	NÃO SE APLICA	MÊS	R$ 19.316,39
33	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN COM O APARELHO DO PROFISSIONAL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$ 130,00
40	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PNEUMOLOGIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$ 125,00
41		NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 92,00
42	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPIROMETRIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$ 166,00
43	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM UROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 80,00
44	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEFROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 102,48
45	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM REUMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 146,23
46	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HORIZONTAL	DIAS UTEIS DIURNO	PLANTÃO	R$ 139,14
47		FINAIS DE SEMANA E FERIADOS DIURNO		R$ 104,05
48	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA (ATENDIMENTO, BIÓPSIA)	NÃO SE APLICA	CONSULTA/ PROCEDIMENTO	R$ 118,73
49	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA (DIU)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$ 173,41
50	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM DERMATOLOGIA (ATENDIMENTO, BIÓPSIA, SESSÃO DE CRIOTERAPIA)	NÃO SE APLICA	CONSULTA/ PROCEDIMENTO	R$ 118,73

SERVIÇOS MÉDICOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA/PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL DE JUATUBA - CNES 2108828

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP
34	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	DIAS ÚTEIS DIURNO	12 HORAS	R$ 1.444,33
35		DIAS ÚTEIS NOTURNO	12 HORAS	R$ 1.509,98
36		FINAL DE SEMANA/FERIADO	12 HORAS	R$ 1.575,63
37		FINAL DE SEMANA/FERIADO	12 HORAS	R$ 1.575,63
38	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTOR (DIRETOR CLÍNICO)	NÃO SE APLICA	HORA	R$ 188,50
39	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTOR (DIRETOR/RESPONSÁVEL TÉCNICO)	NÃO SE APLICA	HORA	R$ 188,50

Tabela 35

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE LAGOA DA PRATA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO ESPECIALIZADO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 99,00
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 118,50
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS - PEQUENAS CIRURGIAS	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$ 214,50
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$ 158,93
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ELETROENCEFALOGRAMA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$ 106,92
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COLONOSCOPIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 500,00
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PRÉ-COLONOSCOPIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 55,00
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEFROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 150,00

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 06/04/2026 17:33 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/pb1bbb139408d6

9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COLONOSCOPIA DIAGNOSTICA COM ANESTESISTA (COM POLIPECTOMIA SE NECESSÁRIO)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	700,00
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MUCOSECTOMIA (COM ATÉ 02 CLIPES)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	3.108,81

Tabela 36

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE LAGOA SANTA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROPEDIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	148,00
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	142,00
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OFTALMOLOGIA (ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR PACIENTE/BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO/TONOMETRIA/MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO SE NECESSÁRIO)	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	101,00
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CARDIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	82,50
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PROCTOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	129,83
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GASTROENTEROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	70,00
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM HEMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	142,93
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM DERMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	82,50
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PSF	NÃO SE APLICA	DIA	R$	929,50
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA	NÃO SE APLICA	PLANTÃO 8H	R$	2.081,00
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RADIOGRAFIA ABDOMEN (AP + LATERAL/LOCALIZADA)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	18,61
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RADIOGRAFIA ABDOMEN SIMPLES (AP)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	12,44
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RADIOGRAFIA ANTEBRAÇO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	11,13
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RADIOGRAFIA ARCADA ZIGMÁTICO - MALAR (AP + OBLÍQUAS)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	12,07
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RADIOGRAFIA ARTICULAÇÃO COXO - FEMURAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	13,48
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RADIOGRAFIA ARTICULAÇÃO ESCÁPULO - UMERAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	12,83
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RADIOGRAFIA ARTICULAÇÃO ESTERNO CLAVICULAR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	12,83
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RADIOGRAFIA ARTICULAÇÃO SACRO - ILÍACA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	13,48
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RADIOGRAFIA ARTICULAÇÃO TEMPORO - MANDIBULAR (BILATERAL)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	14,53
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RADIOGRAFIA ARTICULAÇÃO TÍBIO - TÁRSICA (TORNOZELO)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	11,27
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RADIOGRAFIA BACIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	13,48
22	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RADIOGRAFIA BRAÇO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	13,48
23	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RADIOGRAFIA CALCÂNEO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	11,27
24	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RADIOGRAFIA CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	11,93
25	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RADIOGRAFIA CLAVÍCULA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	12,83
26	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RADIOGRAFIA COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLÍQUAS)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	14,45
27	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RADIOGRAFIA COLUNA LOMBO SACRA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	19,01
28	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RADIOGRAFIA COLUNA LOMBO SACRA (C/ OBLÍQUAS)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	25,84
29	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RADIOGRAFIA COLUNA TORÁCICA (AP + LATERAL)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	15,88
30	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RADIOGRAFIA CORAÇÃO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL + OBLÍQUA)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	24,83
31	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RADIOGRAFIA COSTELAS (POR HEMITÓRAX)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	14,52
32	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RADIOGRAFIA COTOVELO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	10,23
33	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RADIOGRAFIA COXA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	15,50
34	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RADIOGRAFIA CRÂNIO (PA + LATERAL)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	13,04
35	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RADIOGRAFIA DEDOS DA MÃO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	9,75
36	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RADIOGRAFIA ESCANOMETRIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	13,48
37	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RADIOGRAFIA ESTERNO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	13,84
38	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RADIOGRAFIA JOELHO (AP+ LATERAL)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	11,76
39	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RADIOGRAFIA JOELHO OU PATELA (AP+LATERAL + AXIAL)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	12,42
40	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RADIOGRAFIA MÃO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	10,92
41	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RADIOGRAFIA MÃO E PUNHO (P/DETERMINAÇÃO DE IDADE ÓSSEA)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	10,40
42	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RADIOGRAFIA MAXILAR (PA+ OBLÍQUA)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	12,49
43	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RADIOGRAFIA OMOPLATA / OMBRO (TRÊS POSIÇÕES)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	13,84
44	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RADIOGRAFIA OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	14,53
45	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RADIOGRAFIA PÉ/ DEDOS DO PÉ	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	11,76
46	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RADIOGRAFIA PERNA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	15,50
47	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RADIOGRAFIA PUNHO (AP + LATERAL + OBLÍQUA)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	11,99
48	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RADIOGRAFIA REGIÃO ORBITÁRIA (LOCALIZAÇÃO DE CORPO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	13,84
49	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RADIOGRAFIA SACRO - COCCIGEA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	13,53
50	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RADIOGRAFIA SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	12,69
51	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RADIOGRAFIA SELA TÚRCICA (PA + LATERAL + BRETTON)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	12,49
52	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RADIOGRAFIA TORAX (PA)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	11,93
53	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - RADIOGRAFIA TORAX (PA E PERFIL)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	16,47
54	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MAMOGRAFIA BILATERAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	52,04
55	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MAMOGRAFIA UNILATERAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	26,02
56	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DENSITOMETRIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	63,70
57	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROLOGIA COM EMISSÃO DE LAUDO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	138,73
58	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA	NÃO SE APLICA	PLANTÃO 6H	R$	1.560,75
59	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CLÍNICA GERAL	NÃO SE APLICA	PLANTÃO 6H	R$	697,13
60		NÃO SE APLICA	PLANTÃO 8H	R$	929,50

Tabela 37

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MANHUAÇU

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM INFECTOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	89,71
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ANESTESIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	68,29
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	68,29
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PNEUMOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	115,61
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM HEMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	68,29
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM DERMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	68,29
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CARDIOLOGIA/RISCO CIRÚRGICO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	68,29
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GASTROENTEROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	68,29
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	102,43
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ANGIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	68,29
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ORTOPEDIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	115,61
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CIRURGIA GERAL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	68,29
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM UROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	115,61
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OTORRINOLARINGOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	68,29
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CIRURGIA PLÁSTICA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	68,29
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ENDOCRINOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	68,29
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEFROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	115,61
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GERIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	68,29
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM REUMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	98,30
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	68,29
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GINECOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	68,29
22	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CLÍNICA GERAL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	68,29
23	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM MASTOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	68,29
24	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEQUENAS CIRURGIAS	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	68,29
25	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - INFILTRAÇÃO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	89,71
26	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA DO COLO UTERINO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	112,13
27	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COLETA DE MATERIAL DO COLO UTERINO PARA CITOLOGIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	112,13
28	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COLPOSCOPIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	112,13
29	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - INSERÇÃO DO DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	112,13

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 06/04/2026 17:33 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/pbt1bbb139408d6

30	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETIRADA DO DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	112,13
31	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXCISÃO TIPO I DO COLO UTERINO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	112,13
32	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXCISÃO TIPO II DO COLO UTERINO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	112,13
33	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PUNÇÃO DE MAMA POR AGULHA GROSSA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	112,13
34	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	112,13
35	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESVAZIAMENTO PERCUTÂNEO DE CISTO MAMÁRIO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	112,13
36	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ECOCARDIOGRAMA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	89,71
37	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	68,29
38	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	113,81
39	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CARDIOTOCOGRAFIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	68,29
40	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MAMOGRAFA UNILATERAL DIAGNÓSTICA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	22,50
41	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MAMOGRAFIA BILATERAL DE RASTREAMENTO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	45,00
42	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA CEAE (CENTRO ESTADUAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA)	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	136,57
43	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA	NÃO SE APLICA	PLANTÃO 4 HORAS	R$	1.610,50
44			PLANTÃO 8 HORAS	R$	3.221,00
45	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CLÍNICA GERAL	NÃO SE APLICA	PLANTÃO 4 HORAS	R$	877,00
46			PLANTÃO 8 HORAS	R$	1.754,00
47	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA COM COLETA DE BIÓPSIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	2.162,36
48	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RX PANORÂMICO DA COLUNA LOMBAR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	120,00
49	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESPONSÁVEL TÉCNICO (UNIDADE DE ATENDIMENTO INTERMEDIÁRIO)	NÃO SE APLICA	10 HORAS	R$	1.800,00
50	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - VIDEOLARINGOSCOPIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	227,62
51	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - LARINGOSCOPIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	204,86
52	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	341,43
53	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	341,43
54	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	341,43
55	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM MEDICINA DO TRABALHO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	68,29
56	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CORAÇÃO (ANGIORESSÔNÂNCIA DE CORAÇÃO)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	1.935,00
57	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CISTOSCOPIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	668,24
58	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - POSTECTOMIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	801,90
59	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - VASECTOMIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	801,90
60	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CATETERISMO URETRAL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	200,47
61	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DILATAÇÃO URETRAL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	240,57
62	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROFLUXOMETRIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	334,13
63	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM MEDICINA DO TRABALHO PARA CANDIDATOS AMPLA CONCORRÊNCIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	120,00
64	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM MEDICINA DO TRABALHO PARA CANDIDATOS PCD	NÃO SE APLICA	HORA	R$	150,00
65	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EMISSÃO E INTERPRETAÇÃO DE LAUDO DE RAIO-X	NÃO SE APLICA	LAUDO	R$	11,56
66	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EMISSÃO E INTERPRETAÇÃO DE LAUDO DE MAMOGRAFIA	NÃO SE APLICA	LAUDO	R$	11,56
67	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GENERALISTA (SAÚDE DA FAMÍLIA)	NÃO SE APLICA	MÊS/40H SEMANAIS	R$	21.103,46
68		NÃO SE APLICA	MÊS/30H SEMANAIS	R$	15.827,60
69		NÃO SE APLICA	MÊS/20H SEMANAIS	R$	10.551,72
70	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA TRANSRETAL COM DISPARADOR GUIADA POR USG/BIÓPSIA SISTEMÁTICA DE	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.213,87

Tabela 38

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MANHUMIRIM

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM SAÚDE DA FAMÍLIA	NÃO SE APLICA	MENSAL	R$	15.933,18
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM SAÚDE DA FAMÍLIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	90,00
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MÉDICO REGULADOR	NÃO SE APLICA	MENSAL/12H SEMANAIS	R$	6.565,13

Tabela 39

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MARIANA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	SEG A SEX	PLANTÃO	R$	1.783,78
2		FINAIS DE SEMANA		R$	2.006,76
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SALA VERMELHA	SEG A SEX	PLANTÃO	R$	2.158,37
4		FINAIS DE SEMANA		R$	2.428,16
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	SEG A SEX	PLANTÃO	R$	2.158,37
6		FINAIS DE SEMANA		R$	2.428,16
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OFTALMOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	150,00
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM SAÚDE DA FAMÍLIA	NÃO SE APLICA	MÊS/40H SEMANAIS	R$	22.078,83
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM DERMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	300,00
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROPEDIATRIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	300,00
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OTORRINOLARINGOLOGIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	300,00
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OFTALMOLOGIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	300,00
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ENDOCRINOLOGIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	300,00
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM RADIOLOGIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	300,00
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	300,00
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ANGIOLOGIA/CIRURGIÃO VASCULAR	NÃO SE APLICA	HORA	R$	300,00
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	300,00
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM MEDICINA DA FAMÍLIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	175,00
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - POLISSONOGRAFIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	858,00
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPIROMETRIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	115,00
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CIRURGIA GERAL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	120,00
22	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM REUMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	300,00
23	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	100,00
24	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROCIRURGIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	300,00
25	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR CLÍNICO DA UPA	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	16.800,00
26	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR TÉCNICO DA UPA	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	15.000,00
27	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REFERÊNCIA TÉCNICA EM PEDIATRIA	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	10.000,00
28	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TESTE ERGOMÉTRICO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	182,00
29	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ELETROENCEFALOGRAMA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	161,85
30	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE ESTRESSE (MÍNIMO DE 3 POSIÇÕES)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	613,97
31	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE REPOUSO (MÍNIMO DE 3 POSIÇÕES)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	598,83
32	SERIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ LOCALIZAÇÃO DE NECROSE	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	250,18
33	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CINTILOGRAFIA P/AVALIAÇÃO DO FLUXO SANGUÍNEO DE EXTREMIDADES	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	171,36
34	SERVIÇOSS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CINTILOGRAFIA DE GLÂNDULAS SALIVARES C/OU S/ESTÍMULO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	132,09
35	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CINTILOGRAFIA P/PESQUISA DE REFLUXO GASTROESOFÁGICO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	203,46
36	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESTUDO RENAL DINÂMICO C/ OU S/ DIURÉTICO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	248,34
37	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CINTILOGRAFIA DE CORAÇÃO C/ GÁLIO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	687,65
38	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CINTILOGRAFIA DE RIM COM GÁLIO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	687,65
39	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO ÓSSEO C/ GÁLIO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	687,65
40	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CINTILOGRAFIA DE PULMÃO C/ GÁLIO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	687,65
41	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GÁLIO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	1.362,82

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 06/04/2026 17:33 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/pb1bbb139408d6

42	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CÂMARAS CARDÍACAS EM SITUAÇÃO DE REPOUSO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	265,60
43	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CINTILOGRAFIA DE FÍGADO E BAÇO (MÍNIMO DE 5 IMAGENS)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	200,28
44	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CINTILOGRAFIA P/ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFÁGICO (LÍQUIDO)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	203,46
45	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CINTILOGRAFIA P/ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFÁGICO (SEMI - SÓLIDO)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	203,46
46	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CINTILOGRAFIA P/PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	172,62
47	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CINTILOGRAFIA DAS PARATIREÓIDES	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	487,75
48	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CINTILOGRAFIA DE TIRÓIDE C/OU S/CAPTAÇÃO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	116,14
49	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVO E QUANTITATIVO)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	199,93
50	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	184,81
51	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	217,17
52	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR INALAÇÃO (MÍNIMO DE 2 PROJECÕES)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	192,55
53	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - LINFOCINTILOGRAFIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	212,40
54	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GLÂNDULA LACRIMAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	99,54
55	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	434,98
56	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTEIRO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	509,03
57	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CINTILOGRAFIA P/ESTUDO DE TRÂNSITO GÁSTRICO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	216,75
58	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CINTILOGRAFIA DE TESTÍCULO E BOLSA ESCROTAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	163,72
59	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CINTILOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES E/ OU OSSO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	271,01
60	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE C/ TESTE DE SUPRESSÃO/ ESTÍMULO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	161,26
61	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO DE HIPETIROIDISMO (PLUMMER - ATÉ 30 MCI)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	666,83
62	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CÂMARAS CARDÍACAS EM SITUAÇÃO DE ESFORÇO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	322,90
63	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CINTILOGRAFIA DE FÍGADO E VIAS BILIARES	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	282,44
64	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CINTILOGRAFIA P/PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	236,30
65	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CINTILOGRAFIA P/PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NÃO - ATIVA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	467,13
66	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DETERMINAÇÃO DA FILTRAÇÃO GLOMERULAR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	95,02
67	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DETERMINAÇÃO DO FLUXO PLASMÁTICO RENAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	95,02
68	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CINTILOGRAFIA DE OSSOS C/ OU S/ FLUXO SANGUÍNEO (CORPO INTEIRO)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	404,62
69	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CINTILOGRAFIA DE PULMÃO PARA PESQUISA DA ASPIRAÇÃO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	191,63
70	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CINTILOGRAFIA PULMÃO POR PERFUSÃO (MÍNIMO DE 4 PROJEÇÕES)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	196,13
71	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO DE HIPETIROIDISMO (GRAVES)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	540,59
72	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROPEDIATRIA	NÃO SE APLICA	PACOTE 18 CONSULTAS	R$	5.203,00
73	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEFROLOGIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	347,00
74	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PAQUIMETRIA - MONOCULAR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	60,62
75	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CERATOSCOPIA/TOPOGRAFIA - MONOCULAR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	72,58
76	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETINOGRAFIA SIMPLES - BINOCULAR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	72,74
77	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO - MONOCULAR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	61,62
78	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GONIOSCOPIA - MONOCULAR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	34,69
79	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CAMPIMETRIA MONOCULAR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	48,49
80	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TONOMETRIA - MONOCULAR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	20,81
81	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OCT MONOCULAR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	200,00
82	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AVALIAÇÃO DE ESTRABISMO - MONOCULAR	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	57,81
83	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TESTE ORTÓPTICO - MONOCULAR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	52,03
84	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CAPSULOTOMIA - MONOCULAR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	289,02
85	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - IRIDOTOMIA - MONOCULAR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	289,02
86	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MICROSCOPIA ESPECULAR - MONOCULAR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	139,43
87	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - INJEÇÃO AVASTIN - MONOCULAR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	1.212,37
88	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - FOTOCOAGULAÇÃO MONOCULAR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	303,10
89	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PANFOTOCOAGULAÇÃO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	545,57
90	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ECO B MONOCULAR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	242,48
91	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIOGRAFIA MONOCULAR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	250,00
92	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - IMPLANTE DE ANEL INTRACORNEANO (ANEL DE FERRARA)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	5.549,13
93	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CROSSLINK DE CÓRNEA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	4.624,28
94	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BLEFAROPLASTIA SUPERIOR	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	5.549,13
95	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BLEFAROPLASTIA INFERIOR	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	5.549,13
96	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CORREÇÃO DE ENTRÓPIO/ECTRÓPIO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.098,27
97	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CANTOPLASTIA LATERAL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.098,27
98	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CANTOPLASTIA MEDIAL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.098,27
99	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXÉRESE DE CALÁZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PÁLPEBRA E SUPERCÍLIOS	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	693,64
100	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXÉRESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	693,64
101	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXÉRESE DE TUMOR DE PÁLPEBRA - RESSECÇÃO DE TUMOR PALPEBRAL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	693,64
102	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RECONSTITUIÇÃO PARCIAL DE PÁLPEBRA COM TARSORRAFIA OU BLEFARORRAFIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	2.890,17
103	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RECONSTITUIÇÃO TOTAL DE PÁLPEBRA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	5.202,31
104	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	404,62
105	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO - EXERESE DE PTERÍGIO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	693,64
106	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CORREÇÃO CIRÚRGICA DE LAGOFTALMO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	4.046,24

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 06/04/2026 17:33 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/pb1bbb139408d6

Tabela 40

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MÁRIO CAMPOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESPONSÁVEL TÉCNICO	NÃO SE APLICA	HORA	R$ 196,97
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REGULAÇÃO/AVALIAÇÃO/AUDITORIA E CONTROLE	NÃO SE APLICA	HORA	R$ 157,58
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM SAÚDE DA FAMÍLIA PARA ATENDIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA	NÃO SE APLICA	MÊS	R$ 15.756,30
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REFERÊNCIA TÉCNICA	NÃO SE APLICA	MÊS	R$ 6.827,75
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	FERIADOS ESPECIAIS	PLANTÃO	R$ 2.009,16
6			HORA	R$ 167,43
7		NÃO SE APLICA	PLANTÃO	R$ 1.339,44
8			HORA	R$ 111,62
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ORTOPEDIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 98,50
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CARDIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 98,50
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROLOGIA ADULTO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 98,50
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROPEDIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 138,50
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM UROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 98,50
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETOSSIGMOIDOSCOPIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 157,60
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PROCTOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 98,50
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM DERMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 103,88
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ANGIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 65,70
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN POR MEMBRO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 98,50
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 98,50
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ENDOCRINOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 59,10
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CIRURGIA GERAL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 78,80
22	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEQUENAS CIRURGIAS	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$ 240,57
23	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM MEDICINA DO TRABALHO	NÃO SE APLICA	MENSAL/ 3H SEMANAIS	R$ 3.939,10

24	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 98,50
25	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GERIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 98,50
26	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PNEUMOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 118,18
27	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA ADULTO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 83,10
28	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA INFANTIL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 103,88
29	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OBSTETRÍCIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 73,20
30	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GINECOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 73,20
31	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM REUMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 118,20
32	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DENSITOMETRIA ÓSSEA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 131,81
33	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HOLTER	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 170,70
34	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEFROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 118,20
35	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPIROMETRIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 131,81
36	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REGULADOR	NÃO SE APLICA	MÊS/2H SEMANAIS	R$ 2.626,05
37	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ANGIOLOGIA	NÃO SE APLICA	PACOTE COM 40 CONSULTAS	R$ 1.667,34
38	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CARDIOLOGIA	NÃO SE APLICA	PACOTE COM 40 CONSULTAS	R$ 4.001,62
39	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CARDIOLOGIA (RISCO CIRÚRGICO)	NÃO SE APLICA	PACOTE COM 40 CONSULTAS	R$ 4.001,62
40	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CIRURGIA GERAL	NÃO SE APLICA	PACOTE COM 10 CONSULTAS	R$ 800,32
41	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ENDOCRINOLOGIA	NÃO SE APLICA	PACOTE COM 20 CONSULTAS	R$ 1.200,49
42	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GERIATRIA	NÃO SE APLICA	PACOTE COM 20 CONSULTAS	R$ 2.000,81
43	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GINECOLOGIA	NÃO SE APLICA	PACOTE COM 35 CONSULTAS	R$ 2.601,06
44	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEFROLOGIA	NÃO SE APLICA	PACOTE COM 20 CONSULTAS	R$ 2.400,97
45	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROLOGIA ADULTO	NÃO SE APLICA	PACOTE COM 35 CONSULTAS	R$ 3.501,42
46	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROLOGIA ADULTO E INFANTIL	NÃO SE APLICA	PACOTE COM 15 CONSULTAS	R$ 2.000,81
47	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OBSTETRÍCIA	NÃO SE APLICA	PACOTE COM 20 CONSULTAS	R$ 1.487,27
48	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ORTOPEDIA	NÃO SE APLICA	PACOTE COM 25 CONSULTAS	R$ 2.501,02
49	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	NÃO SE APLICA	PACOTE COM 20 CONSULTAS	R$ 2.000,81
50	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PNEUMOLOGIA	NÃO SE APLICA	PACOTE COM 10 CONSULTAS	R$ 1.200,49
51	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA	NÃO SE APLICA	PACOTE COM 10 CONSULTAS	R$ 800,32
52	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA INFANTIL E ADULTO	NÃO SE APLICA	PACOTE COM 15 CONSULTAS	R$ 1.600,65
53	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM UROLOGIA	NÃO SE APLICA	PACOTE COM 40 CONSULTAS	R$ 4.001,62
54	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OTORRINOLARINGOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 98,27
55	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - FIBRONASOLARINGOSCOPIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$ 96,23
56	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CLÍNICA GERAL (RISCO CIRÚRGICO)	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 82,35
57	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ECOCARDIOGRAMA INFANTIL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 219,65
58	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CITOPATOLÓGICO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 19,21
59	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COORDENAÇÃO DA PEDIATRIA (PRONTO ATENDIMENTO 24HRS)	NÃO SE APLICA	MÊS	R$ 2.672,99
60	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - INSERÇÃO DE IMPLANON + MATERIAL (DISPOSITIVO)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$ 1.871,10
61	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - INSERÇÃO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO HORMONAL MIRENA + MATERIAL (DISPOSITIVO)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$ 2.138,40
62	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DENSITOMETRIA AVALIAÇÃO CORPORAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 226,00

CÓDIGO	ULTRASSONOGRAFIAS	VALOR ICISMEP (EXAME)	VALOR ICISMEP + EQUIPAMENTO (EXAME)	VALOR ICISMEP + EQUIPAMENTO + DIGITADORA (EXAME)
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 03 VASOS) = DUPLEX SCAN DE MEMBROS INFERIORES, SUPERIORES, CARÓTIDAS E VERTEBRAIS	R$ -	R$ 130,00	R$ -
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO	R$ 120,00	R$ 131,76	R$ 132,92
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)	R$ 75,00	R$ 86,76	R$ 87,92
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	R$ 75,00	R$ 86,76	R$ 87,92
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	R$ 75,00	R$ 86,76	R$ 87,92
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO (UMA ARTICULAÇÃO/UNILATERAL)	R$ 75,00	R$ 86,76	R$ 87,92
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL)	R$ 75,00	R$ 86,76	R$ 87,92
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 75,00	R$ 86,76	R$ 87,92
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL) (PÉLVICA MASCULINA)	R$ 75,00	R$ 86,76	R$ 87,92
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA TRANSRETAL)	R$ 75,00	R$ 86,76	R$ 87,92
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE	R$ 75,00	R$ 86,76	R$ 87,92
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA (VIA ABDOMINAL OU VIA TRANSVAGINAL)	R$ 75,00	R$ 86,76	R$ 87,92
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R$ 120,00	R$ 131,76	R$ 132,92
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA) (PÉLVICA FEMININA)	R$ 75,00	R$ 86,76	R$ 87,92
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	R$ 86,40	R$ 98,16	R$ 99,32
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL (ENDOVAGINAL)	R$ 75,00	R$ 86,76	R$ 87,92
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	R$ 75,00	R$ 86,76	R$ 87,92
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA TRANSLUCÊNCIA NUCAL	R$ 86,40	R$ 98,16	R$ 99,32
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA	R$ 228,00	R$ 239,76	R$ 240,92
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE + DOPPLER	R$ 120,00	R$ 131,76	R$ 132,92
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL) + DOPPLER	R$ 120,00	R$ 131,76	R$ 132,92
22	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA POR NÓDULO	R$ 464,00	R$ -	R$ -
23	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA GROSSA POR NÓDULO	R$ 630,30	R$ -	R$ -
24	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DE MAMA POR NÓDULO	R$ 112,13	R$ -	R$ -
25	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA PARTES MOLES	R$ 75,00	R$ 86,76	R$ 87,92
26	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE AXILAS BILATERAL	R$ 75,00	R$ 86,76	R$ 87,92
27	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA INGUINAL BILATERAL	R$ 75,00	R$ 86,76	R$ 87,92
28	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA CERVICAL COM DOPPLER	R$ 120,00	R$ 131,76	R$ 132,92

Tabela 41

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MARTINHO CAMPOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CARDIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 156,07
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OFTAMOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 80,00
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PROCTOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 140,00
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GASTROENTEROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 120,00

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 06/04/2026 17:33 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/pb1bbb139408d6

5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CIRURGIA GERAL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	110,00
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	150,29
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROPEDIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	155,00
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ORTOPEDIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	142,26
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ANGIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	120,00
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ENDOCRINOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	140,00
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM UROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	113,81
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM MEDICINA DO TRABALHO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	55,00
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OTORRINOLARINGOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	120,00
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM REUMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	159,33
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ALERGOLOGIA (AMBULATÓRIO)	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	103,41
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM DERMATOLOGIA (URGÊNCIA)	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	113,81
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM DERMATOLOGIA (AMBULATÓRIO)	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	113,81
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM HEMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	94,95
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM MASTOLOGIA (CAMPANHA)	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	196,97
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM HEPATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	118,18
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROLOGIA (URGÊNCIA)	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	198,00
22	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROLOGIA (AMBULATÓRIO)	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	142,25
23	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEFROLOGIA (URGÊNCIA)	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	205,00
24	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEFROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	154,00
25	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PNEUMOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	146,25
26	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIAS AMBULATORIAIS TIPO I (EXCISÃO DE LESÃO E/ OU SUTURA DE FERIMENTOS DE PELE, INCISÃO E DRENAGEM DE ABSCESSO, EXERESE DE UNHA OU CANTOPLASTIA, BIÓPSIA DE CÂNCER DE PELE, ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÕES SUPERFICIAIS DE PELE)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	103,51
27	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIAS AMBULATORIAIS TIPO II (EXCISÃO OU CAUTERIZAÇÃO DE MÍNIMAS/MINÚSCULAS LESÕES DE PELE)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	103,51
28	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIAS AMBULATORIAIS TIPO III (EXCISÃO DE LESÃO E/ OU SUTURA DE FERIMENTOS DE PELE, BIÓPSIA DE CÂNCER DE PELE COM REALIZAÇÃO DE SUTURA DE PLANO INTERNO E EXTERNO)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	206,99
29	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSOM GINECOLÓGICO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	150,29
30	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSOM COM DISPONIBILIDADE DO APARELHO E IMPRESSORA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	110,00
31	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSOM MORFOLÓGICO COM DISPONIBILIDADE DO APARELHO E IMPRESSORA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	140,00
32	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	150,00
33	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ECOCARDIOGRAMA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	284,52
34	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL - ATENDIMENTO EM MEDICINA DO TRABALHO (VALIDAÇÃO DE ATESTADO MÉDICO)	NÃO SE APLICA	AVALIAÇÃO	R$	172,00
35	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HOLTER 24 HORAS	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	250,38
36	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MAPA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	227,62
37	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MAMOGRAFIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	113,81
38	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA (AMBULATÓRIO)	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	200,00
39	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	142,26
40	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM SAÚDE DA FAMÍLIA	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	18.999,70

Tabela 42

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MATEUS LEME

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	DIAS ÚTEIS DIURNO	HORA	R$	87,54
2		DIAS ÚTEIS NOTURNO	HORA	R$	89,18
3		FINAL DE	HORA	R$	95,75
4		FERIADOS ESPECIAIS	HORA	R$	196,97
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	DIAS ÚTEIS	HORA	R$	98,48
6		FINAL DE SEMANA/FERIADO	HORA	R$	109,42
7		FERIADOS ESPECIAIS	HORA	R$	164,13
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA I	DIAS ÚTEIS	HORA	R$	97,62
9		FINAL DE	HORA	R$	110,42
10		FERIADOS ESPECIAIS	HORA	R$	209,23
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA II (PSIQUIATRIA)	DIAS ÚTEIS	HORA	R$	195,00
12		FINAL DE	HORA	R$	167,37
13		FERIADOS ESPECIAIS	HORA	R$	301,29
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AMBULATORIAL I - ORTOPEDIA/PNEUMOLOGIA/OTORRINOLAGIRINGOLOGIA/NEUROLOGIA/MASTOLOGIA/PEDIATRIA/CLÍNICA MÉDICA/ANGIOLOGIA/CIRURGIA GERAL I/DERMATOLOGIA I/GINECOLOGIA/GASTROENTEROLOGIA/PROCTOLOGIA/UROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	62,00
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AMBULATORIAL II - ORTOPEDIA/PNEUMOLOGIA/OTORRINOLAGIRINGOLOGIA/NEUROLOGIA/MASTOLOGIA/PEDIATRIA/CLÍNICA MÉDICA/ANGIOLOGIA/CIRURGIA GERAL II/DERMATOLOGIA II/GINECOLOGIA/GASTROENTEROLOGIA/PROCTOLOGIA/UROLOGIA II	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	77,00
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - VASECTOMIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	402,44
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - POSTECTOMIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	287,73
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	112,00
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN (AMBOS OS MEMBROS)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	200,00
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA/PUNÇÃO/EXÉRESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS/CISTOS SEBÁCEO/LIPOMA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	73,13
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REFERÊNCIA TÉCNICA	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	3.500,00
22	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AUDITOR/REGULADOR MAC	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	7.800,00
23	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENÇÃO DOMICILIAR	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	87,75
24	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM MEDICINA DO TRABALHO	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	12.000,00
25	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESCLEROTERAPIA COM APLICAÇÃO DE ESPUMA (INCLUSOS MATERIAIS E MEDICAMENTOS)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	495,00
26	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA COM LAUDO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	195,00
27	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HOLTER 24H	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	175,00
28	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - M.A.P.A	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	175,00
29	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PNEUMOLOGIA (ESPIROMETRIA COM INSUMOS/CONSULTAS COM VISITAS DOMICILIARES)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO + CONSULTA	R$	147,00
30	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TESTE ERGOMÉTRICO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	142,00
31	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESTUDO RENAL DINÂMICO COM OU SEM DIURÉTICO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	410,00
32	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	168,00
33	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ATENÇÃO BÁSICA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	108,06
34	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROPEDIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	129,00
35	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA INFANTIL	NÃO SE APLICA	HORA	R$	155,00
36	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CARDIOLOGIA INFANTIL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	110,00
37	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COORDENADOR	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	10.000,00

Tabela 43

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MATOZINHOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CLÍNICA GERAL PARA ATENDIMENTO DE PORTA	DIURNO	PLANTÃO	R$	1.935,29
2		NOTURNO		R$	2.150,32
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HORIZONTAL	NÃO SE APLICA	PLANTÃO 6H	R$	1.075,16
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ORTOPEDIA	DIURNO	PLANTÃO	R$	1.935,29
5		NOTURNO		R$	2.150,32

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 06/04/2026 17:33 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/pb1bbb139408d6

6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESPONSÁVEL TÉCNICO	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	11.976,05
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REGULADOR	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	16.766,47
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	DIURNO	PLANTÃO	R$	2.225,58
9		NOTURNO		R$	2.472,87

Tabela 44

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE NOVA ERA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM SAÚDE DA FAMÍLIA PSF	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	20.506,83
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	131,39
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	115,37
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ORTOPEDIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	115,37
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CARDIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	115,37
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROPEDIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	155,48
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GERIATRIA EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	108,13
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GERIATRIA DOMICILIAR	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	216,24
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CIRURGIA GERAL	NÃO SE APLICA	HORA	R$	341,43
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OTORRINOLARINGOLOGIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	227,62
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CLÍNICA GERAL	NÃO SE APLICA	HORA	R$	170,72
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REGULADOR	NÃO SE APLICA	MÊS/80 HORAS	R$	7.000,00

Tabela 45

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE NOVA LIMA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	DIAS ÚTEIS DIURNO	12 HORAS	R$	1.707,13
2		DIAS ÚTEIS NOTURNO	12 HORAS	R$	1.707,13
3		FINAIS DE SEMANA/FERIADO DIURNO	12 HORAS	R$	1.934,74
4		FINAIS DE SEMANA/FERIADO NOTURNO	12 HORAS	R$	1.934,74
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESPONSÁVEL TÉCNICO	NÃO SE APLICA	HORA	R$	196,97
6		NÃO SE APLICA	MÊS	R$	18.095,53
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	NÃO SE APLICA	12 HORAS	R$	2.185,12
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	NÃO SE APLICA	MÊS/20HR	R$	12.518,92
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CIRURGIA GERAL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	108,12
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PNEUMOLOGIA ADULTO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	99,00
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PNEUMOLOGIA INFANTIL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	130,42
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM DERMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	113,70
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEFROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	113,70
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ENDOCRINOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	113,70
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM UROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	98,20
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM REUMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	113,70
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CARDIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	113,70
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ANGIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	98,19
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OBSTETRÍCIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	113,70
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ORTOPEDIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	90,34
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OTORRINOLARINGOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	113,70
22	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OFTALMOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	86,82
23	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	98,20
24	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ATENDIMENTO EM GASTROENTEROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	113,70
25	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GERIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	124,02
26	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM MASTOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	207,70
27	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM SAÚDE DA FAMÍLIA PSF	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	18.550,76
28	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GINECOLOGIA	NÃO SE APLICA	MÊS/20HR	R$	12.518,92
29	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA	NÃO SE APLICA	MÊS/20HR	R$	12.518,92
30	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROPEDIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	113,82
31	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROPEDIATRIA	NÃO SE APLICA	PACOTE DE 15 CONSULTAS	R$	2.845,20
32	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM RADIOLOGIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	222,60
33		PLANTÃO 6 HORAS	PLANTÃO	R$	1.335,60
34	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TESTE ERGOMÉTRICO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	136,57
35	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HOLTER 24 HRS	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	136,57
36	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MAPA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	127,47
37	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - INFILTRAÇÃO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	160,00
38	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CIRURGIA PLÁSTICA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	170,72
39	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA ABDOMEN TOTAL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	136,57
40	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA ABDOMEN SUPERIOR	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	136,57
41	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	113,81
42	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA ENDOVAGINAL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	106,98
43	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA FEMININA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	106,98
44	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA PRÓSTATA VIA ABDOMINAL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	113,81
45	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA TRANSNUCÊNCIA NUCAL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	113,81
46	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA RINS E VIAS URINÁRIAS	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	136,57
47	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM HOMEOPATIA	NÃO SE APLICA	MÊS/20HR SEMANAIS	R$	12.518,92
48	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM MEDICINA DO TRABALHO	NÃO SE APLICA	MÊS/40HR SEMANAIS	R$	18.550,76
49	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COORDENADOR DE REGULAÇÃO	NÃO SE APLICA	MÊS/20HR SEMANAIS	R$	14.795,04
50	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AUDITOR	NÃO SE APLICA	MÊS/20HR SEMANAIS	R$	12.651,00
51	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REFERÊNCIA TÉCNICA SAMU E MELHOR EM CASA	NÃO SE APLICA	MÊS/20HRS SEMANAIS	R$	10.318,00
52	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GASTROENTEROLOGIA INFANTIL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	129,00
53	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	26,46
54	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR/ÓRBITA (MONOCULAR)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	43,24
55	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	43,31
56	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	22,05
57	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRÁFICO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	71,47
58	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CERATOMETRIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	6,02
59	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO OCULAR CDPO (MINÍMO 3 MEDIDAS)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	18,06
60	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - FUNDOSCOPIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	6,02
61	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GONIOSCOPIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	12,04
62	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MAPEAMENTO DE RETINA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	43,31
63	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MICROSCOPIA ESPECULAR DE CÓRNEA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	43,31
64	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	6,02
65	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - POTENCIAL VISUAL EVOCADO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	43,31
66	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETINOGAFIA COLORIDA BINOCULAR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	44,10

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 06/04/2026 17:33 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/pb1bbb139408d6

67	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	114,35
68	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO -TESTE DE SCHIRMER	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	6,02
69	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TESTE DE VISÃO DE CORES	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	6,02
70	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TESTE ORTÓPTICO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	22,05
71	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TONOMETRIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	6,02
72	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOPOGRAFFIA COMPUTADORIZADA DE CÓRNEA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	43,31
73	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	85,76
74	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO ESPECIALIZADO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	17,87
75	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAVALIAÇÃO DE GLAUCOMA (TONOMETRIA/FUNDOSCOPIA/CAMPIMETRIA)	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	113,16
76	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA COM OBSERVAÇÃO ATÉ 24H EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	22,28
77	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	19,65
78	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DE GLAUCOMA POR FUNDOSCOPIA E TONOMETRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	31,70
79	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ENTRÓPIO E ECTRÓPIO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	364,02
80	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXERESE DE CALÁSIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DE PÁLPEBRA E SUPERCÍLIOS	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	140,70
81	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - FOTOCOAGULAÇÃO À LASER	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	192,26
82	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - INJEÇÃO INTRA-VÍTREO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	147,01
83	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE NEOPLASIA DE ESCLERA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	463,11
84	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REMOÇÃO DE ÓLEO DE SILICONE	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	837,23
85	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO DE PTOSE PÁLPEBRAL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	803,00
86	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - FACECTOMIA COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	949,79
87	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.378,60
88	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AVALIAÇÃO DE ESTRABISMO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	357,33
89	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROCIRURGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	138,17
90	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	127,17
91	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	208,10
92	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA DE CONJUNTIVA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	55,57
93	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EPILAÇÃO À LASER	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	80,40
94	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EPILAÇÃO DE CÍLIOS	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	40,97
95	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RECONSTITUIÇÃO TOTAL DE PÁLPEBRA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	2.034,41
96	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	40,97
97	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MÚSCULOS)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	2.969,02
98	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEISCÊNCIA DE SUTURA DE ESCLERA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	284,74
99	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - VITRECTOMIA ANTERIOR	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	680,86
100	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO/ ENDOLASER	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	7.473,86
101	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXPLANTE DE LENTE INTRA OCULAR	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.511,86
102	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE XANTELASMA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	208,00
103	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	803,00
104	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - FACECTOMIA COM IMPLANTE DE LENTE INTRA - OCULAR	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	949,79
105	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - FACECTOMIA SEM IMPLANTE DE LENTE INTRA - OCULAR	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	864,03
106	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - FOTOTRABECULOPLASTIA À LASER	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	80,40
107	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - IMPLANTE SECUNDÁRIO DE LENTE INTRA-OCULAR - LIO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.988,26
108	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA ANTERIOR DO OLHO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	599,82
109	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SUBSTITUIÇÃO DE LENTE INTRA-OCULAR	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	973,52
110	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRABECULECTOMIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.605,06
111	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO PTERÍGIO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	374,40
112	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) + REFERÊNCIA TÉCNICA	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	22.260,91
113	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	156,80
114	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CAPSULOTOMIA YAG LASER	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	201,48

Tabela 46

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE NOVA SERRANA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSOM COM EQUIPAMENTOS DO PROFISSIONAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	105,15
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DUPLEX SCAN COM O APARELHO DO PROFISSIONAL (ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	128,69
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM SAÚDE DA FAMÍLIA	NÃO SE APLICA	MÊS/20HRS SEMANAIS	R$	10.000,00
4		NÃO SE APLICA	MÊS/40HRS SEMANAIS	R$	20.000,00
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HORIZONTAL	NÃO SE APLICA	PLANTÃO (6HORAS)	R$	787,87
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HORIZONTAL PEDIÁTRICO	NÃO SE APLICA	PLANTÃO (6HORAS)	R$	787,00
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CARDIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	65,66
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CLÍNICA GERAL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	50,00
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CABEÇA E PESCOÇO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	94,94
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ORTOPEDIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	72,50
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	72,50
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	82,31
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	71,30
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OFTALMOLOGIA (SEM EQUIPAMENTO)	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	46,80
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OFTALMOLOGIA (COM EQUIPAMENTO)	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	72,50
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CIRURGIA GERAL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	65,66
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OTORRINOLARINGOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	65,66
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM REUMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	95,90
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ANGIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	65,66
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OBSTETRÍCIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	65,66
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ENDOCRINOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	65,66
22	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GINECOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	104,05
23	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM DERMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	65,66
24	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEFROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	95,00
25	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM UROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	65,66
26	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROCIRURGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	97,26
27	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GASTROENTEROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	65,66
28	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROPEDIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	110,00
29	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM RISCO CIRÚRGICO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	65,66
30	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM MASTOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	80,00
31	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PNEUMOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	82,31
32	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PROCTOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	82,31
33	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ENDOCRINOLOGIA INFANTOJUVENIL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	75,00
34	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CARDIOLOGIA INFANTIL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	82,31
35	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	72,50
36	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MAPA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	109,52
37	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HOLTER	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	109,52
38	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GENERALISTA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	123,80
39	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	NÃO SE APLICA	PLANTÃO	R$	1.575,75
40	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA	NÃO SE APLICA	PLANTÃO	R$	1.575,75
41	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTOR	NÃO SE APLICA	PLANTÃO	R$	1.313,13

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 06/04/2026 17:33 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/pb1bbb139408d6

42	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CABEÇA E PESCOÇO	NÃO SE APLICA	PLANTÃO	R$	1.313,13
43	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPIROMETRIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	147,70
44	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESCLEROTERAPIA COM MATERIAL DO PROFISSIONAL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	512,85
45	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	177,27
46	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - VASECTOMIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	639,50
47	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - POSTECTOMIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	637,52
48	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	50,00
49	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	128,69
50	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA E VIAS BILIARES)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	50,00
51	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA ABDOMEN TOTAL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	70,00
52	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	55,00
53	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO UNILATERAL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	60,00
54	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA BOLSA ESCROTAL BILATERAL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	50,00
55	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL BPA INDIVIDUALIZADO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	80,00
56	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA PRÓSTA (VIA ABDOMINAL PÉLVICA MASCULINA)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	50,00
57	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA PRÓSTATA (VIA TRANSRETAL)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	50,00
58	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA TIREÓIDE	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	50,00
59	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA (VIA ABDOMINAL OU TRANSVAGINAL)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	55,00
60	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO PULSADO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	74,80
61	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA E PÉLVICA FEMININA)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	55,00
62	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL (ENDOVAGINAL)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	60,00
63	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	50,00
64	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA TRANSLUSCÊNCIA NUCAL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	72,00
65	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	218,35
66	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE COM DOPPLER	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	128,69
67	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA BOLSA ESCROTAL BILATERAL COM DOPPLER	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	128,69
68	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA DE PRÓSTATA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	300,00
69	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA DE TIREÓIDE	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	90,00
70	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA DE MAMA COM AGULHA GROSSA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	105,04
71	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA DE MAMA COM AGULHA FINA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	105,04
72	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA DE MAMA COM AGULHA GROSSA (COM EQUIPAMENTO)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	330,00
73	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA DE MAMA COM AGULHA FINA (COM EQUIPAMENTO)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	296,00
74	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIAS AMBULATORIAIS/PEQUENAS CIRURGIAS TIPO I (EXCISÃO DE LESÃO E/OU SUTURA DE FERIMENTOS DE PELE, INSIÇÃO DE ABSCESSO E ÉXERESE DE UNHA OU CANTOPLASTIA, BIÓPSIA DE CÂNCER DE PELE, ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÕES SUPERFICIAIS DE PELE)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	110,00
75	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COLPOSCOPIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	89,29
76	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MAMOGRAFIA DIAGNÓSTICA DE AVALIAÇÃO PERIÓDICA BILATERAL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	45,00
77	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MAMOGRAFIA DIAGNÓSTICA OU DE AVALIAÇÃO PERIÓDICA UNILATERAL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	22,50
78	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	45,00
79	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HISTERECTOMIA (CONSULTAS PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS E CIRURGIA)	NÃO SE APLICA	PACOTE	R$	656,57
80	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - LAQUEADURA (CONSULTAS PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS E CIRURGIA)	NÃO SE APLICA	PACOTE	R$	656,57
81	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CURETAGEM (CONSULTAS PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS E CIRURGIA)	NÃO SE APLICA	PACOTE	R$	656,57
82	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSOM TRANSFONTANELA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	150,00
83	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA DE VULVA, VAGINA E COLO UTERINO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	112,13
84	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR TÉCNICO	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	13.000,00
85	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - VIDEONASOLARINGOSCOPIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	277,46
86	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM HEMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	260,00
87	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ASSISTENTE PERICIAL	NÃO SE APLICA	HORA	R$	220,00

Tabela 47

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ONÇA DE PITANGUI

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	NÃO SE APLICA	HORA	R$	95,75
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	95,75
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	95,75
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO ESPECIALIZADO	NÃO SE APLICA	HORA	R$	95,75
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CLÍNICA MÉDICA I	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	6.678,75
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CLÍNICA MÉDICA II	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	15.757,57
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PERITO DO TRABALHO	NÃO SE APLICA	20 HORAS MENSAIS	R$	3.939,10
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	NÃO SE APLICA	PACOTE DE 15 CONSULTAS	R$	1.575,75
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM UROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	220,00
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CARDIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	136,57
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	125,19
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CARDIOLOGIA INFANTIL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	208,09
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROLOGIA INFANTIL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	254,34
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PNEUMOLOGIA INFANTIL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	208,09
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	150,30

Tabela 48

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE OURO BRANCO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	DIAS ÚTEIS	PLANTÃO	R$	1.809,13
2		FINAIS DE SEMANA E FERIADOS	PLANTÃO	R$	1.954,89
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	SEMANAIS	PLANTÃO	R$	2.120,64
4		FINAIS DE SEMANA E FERIADOS	PLANTÃO	R$	2.270,40
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REGULADOR	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	4.719,78
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COORDENADOR	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	6.293,06
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HORIZONTAL	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	12.586,10
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AMBULATORIAL	NÃO SE APLICA	PERÍODO DE 5 HORAS	R$	904,63
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CIRURGIA	NÃO SE APLICA	20HR/MÊS	R$	9.091,18
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ORTOPEDIA	NÃO SE APLICA	PLANTÃO	R$	3.615,00

Tabela 49

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE OURO PRETO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	DIAS ÚTEIS - DIURNO	12 HORAS	R$	1.735,14
2			HORA	R$	144,60
3		DIAS ÚTEIS - NOTURNO	12 HORAS	R$	1.805,98
4			HORA	R$	150,49
5		FINAL DE SEMANA/FERIADO -	12 HORAS	R$	1.947,64
6			HORA	R$	162,31
7		FINAL DE SEMANA/FERIADO -	12 HORAS	R$	2.018,46
8			HORA	R$	168,21

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 06/04/2026 17:33 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/pb1bbb139408d6

9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MEDICO - ESPECIALISTA I (ACUPUNTURA, ANGIOLOGIA, CARDIOLOGIA, CIRURGIA GERAL, CIRURGIA VASCULAR, DERMATOLOGIA, ENDOCRINOLOGIA, GINECOLOGIA, HEMATOLOGIA, INFECTOLOGIA, MASTOLOGIA, NEFROLOGIA, NEUROLOGIA, NEUROPEDIATRIA, OFTALMOLOGIA, ORTOPEDIA, OTORRINOLARINGOLOGIA, PEDIATRIA, PNEUMOLOGIA, PSIQUIATRIA, RADIOLOGIA, REUMATOLOGIA E UROLOGIA)	NÃO SE APLICA	HORA	R$	310,53
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTONISTA PARA ATENDIMENTO EM UNIDADES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA - HOSPITAL DE CAMPANHA	DIAS ÚTEIS - DIURNO	12 HORAS	R$	1.700,14
11		DIAS ÚTEIS - NOTURNO	12 HORAS	R$	1.783,86
12		FINAL DE SEMANA/FERIADO - DIURNO	12 HORAS	R$	1.951,27
13		FINAL DE SEMANA/FERIADO - NOTURNO	12 HORAS	R$	2.034,96
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REGULADOR	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	15.000,00
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR TÉCNICO	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	17.705,63
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ECOCARDIOGRAMA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	150,70
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ECOCARDIOGRAMA FETAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	460,90
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ELETRONEUROMIOGRAFIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	537,00
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TELE-ELETROENCEFALOGRAMA CLÍNICO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	42,60
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TELE-ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO COM MAPEAMENTO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	85,60
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TELE-ELETROCARDIOGRAMA COM LAUDO EM 30 MINUTOS	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	15,95
22	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CLÍNICA GERAL	NÃO SE APLICA	40H SEMANAIS/MÊS	R$	25.000,00
23	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CRIOTERAPIA ATÉ 5 LESÕES	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	71,52
	PACOTE BÁSICO DA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA INFANTIL				
24	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OFTALMOLOGIA INFANTIL (CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA (QUANTIDADE 1), ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR PACIENTE (QUANTIDADE 1), BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1), TONOMETRIA (QUANTIDADE 1), MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO), RETINOSCOPIA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	NÃO SE APLICA	PACOTE	R$	190,75
	PACOTE MIGUILIM				
25	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OFTALMOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	43,50
26	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	28,73
27	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TESTE DE VISAO DE CORES	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	5,74
28	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TESTE ORTÓPTICO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	17,24
29	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TONOMETRIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	3,97
30	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETIRADA DE CORPO ESTRANHO NA CÓRNEA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	73,38
	AVALIAÇÃO DE CATARATA				
31	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AVALIAÇÃO DE CATARATA (CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CATARATA (QUANTIDADE 1), BIOMETRIA ULTRASSONICA MONOCULAR (ECO A) (R$ 24,24 QUANTIDADE 2), MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1), TONOMETRIA (QUANTIDADE 1), ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR/ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO), ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	170,46
	CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAVALIAÇÃO DE GLAUCOMA				
32	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAVALIAÇÃO DE GLAUCOMA (CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1), TONOMETRIA (QUANTIDADE 1, FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1), CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO), GONIOSCOPIA (QUANTIDADE 1), PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR (QUANTIDADE 2), TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO), ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1))	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	180,58
	DESCRIÇÃO DOS TRATAMENTOS MEDICAMENTOSOS DE GLAUCOMA				
33	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (1ª LINHA)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	18,66
34	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (2ª LINHA)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	79,38
35	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (3ª LINHA)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	127,98
36	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (1ª LINHA)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	12,44
37	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (2ª LINHA)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	52,92
38	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (3ª LINHA)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	85,33
39	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE ACETAZOLAMIDA MONOCULAR OU BINOCULAR	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	93,10
40	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA MONOCULAR	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	8,93
41	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA BINOCULAR	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	13,39
42	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - MONOCULAR	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	65,36
43	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - BINOCULAR	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	98,04
44	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	97,77
45	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO PACIENTE GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	146,64
46	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	138,25
47	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	207,36
48	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	150,69
49	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	226,02
	AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CÓRNEA				
50	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CÓRNEA (CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CÓRNEA (QUANTIDADE 1), ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1), TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÓRNEA-CERATOSCOPIA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO), PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR (QUANTIDADE 2) (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO))	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	139,88
	AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE ESTRABISMO				
51	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE ESTRABISMO (CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM ESTRABISMO (QUANTIDADE 1), TESTE ORTÓPTICO (QUANTIDADE 1))	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	139,88
	AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE PLÁSTICA OCULAR				
52	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE PLÁSTICA OCULAR (CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM PLÁSTICA OCULAR (QUANTIDADE 1))	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	139,88
	AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA				
53	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA (CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM RETINA, ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1), TONOMETRIA (2), MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (2), RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR)	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	177,47
	EXAMES OFTALMOLOGIA				
54	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	19,78
55	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR/ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	60,24
56	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MICROSCOPIA ESPECULAR DE CÓRNEA - MONOCULAR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	60,24

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 06/04/2026 17:33 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/pb1bbb139408d6

57	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIOMETRIA ULTRASSÔNICA MONOCULAR (ECO A)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	31,79
58	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	14,45
59	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (BINOCULAR)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	73,50
60	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CERATOMETRIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	5,34
61	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO OCULAR - CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	19,65
62	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - FUNDOSCOPIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	4,62
63	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GONIOSCOPIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	19,65
64	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	33,41
65	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	112,80
66	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	33,41
67	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TESTE DE SCHIRMER	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	6,68
68	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TESTE DE VISÃO DE CORES	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	6,68
69	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TESTE ORTÓPTICO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	20,05
70	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TONOMETRIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	4,62
71	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA (OCT) - BINOCULAR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	124,08
72	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÓRNEA (CERATOSCOPIA) - BINOCULAR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	58,81
	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS				
73	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SIMBLEFAROPLASTIA - UNILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	46,24
74	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BLEFAROCALASE - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.290,77
75	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - INJEÇÃO INTRA-VÍTREO COM ANTIBIÓTICO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	115,61
76	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO DO XANTELASMA (BPA INDIVIDUALIZADO)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	149,13
77	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - INJEÇÃO SUBCONJUNTIVAL/SUBTENONIANA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	25,43
78	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	445,08
79	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXÉRESE DE CALÁZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PÁLPEBRA E SUPERCÍLIOS (UNILATERAL)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	133,65
80	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ENTRÓPIO E ECTRÓPIO (BILATERAL)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	307,40
81	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CORREÇÃO CIRÚRGICA DE EPICANTO E TELECANTO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	374,22
82	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DACRIOCISTORRINOSTOMIA (UNILATERAL)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	922,18
83	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXTIRPAÇÃO DE GLÂNDULA LACRIMAL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	668,24
84	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RECONSTITUIÇÃO DE CANAL LACRIMAL (UNILATERAL)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	922,18
85	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RECONSTITUIÇÃO PARCIAL DA PÁLPEBRA COM TARSORRAFIA (BILATERAL)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	481,13
86	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL (BILATERAL)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	236,99
87	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - SUTURA DE PÁLPEBRAS (BILATERAL)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	213,84
88	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CAPSULOTOMIA A YAG LASER	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	130,20
89	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - IRIDOTOMIA A LASER	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	130,20
90	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - FOTOCOAGULAÇÃO A LASER	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	124,25
91	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - INJEÇÃO INTRA-VÍTREO COM AVASTIM	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	559,08
92	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CORREÇÃO CIRÚRGICA DE LAGOFTALMO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	380,90
93	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ENUCLEAÇÃO DO GLOBO OCULAR	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	485,55
94	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EVISCERAÇÃO DE GLOBO OCULAR	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	682,08
95	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO DE PTOSE PALBEBRAL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	654,88
96	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - IMPLANTE DE PRÓTESE ANTI-GLAUCOMATOSA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	935,55
97	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	253,93
98	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRABECULECTOMIA (CIRURGIA FISTULIZANTE ANTIGLAUCOMATOSA)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.269,68
99	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TUBO DE DRENAGEM PARA GLAUCOMA (PROCED. ESPECIAL)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.470,15
100	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR LIO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	982,66
101	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRA-OCULAR	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	614,79
102	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.572,25
103	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.277,46
104	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - FACOEMULSIFICAÇÃO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR RÍGIDA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.572,25
105	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - IMPLANTE INTRAESTROMAL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.704,03
106	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - IMPLANTE SECUNDÁRIO DE LENTE INTRA-OCULAR LIO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.572,25
107	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - FACOEMULSIFICACAO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.445,09
	EXAMES EM OTORRINOLARINGOLOGIA				
108	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - LARINGOSCOPIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	79,76
109	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - VIDEOLARINGOSCOPIA (FIBRONASOLARINGOSCOPIA)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	113,10
	ANGIOLOGIA				
110	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ANGIOLOGIA (TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	550,00

Tabela 50

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PARÁ DE MINAS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	NÃO SE APLICA	PLANTÃO	R$	1.693,93
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HORIZONTAL	NÃO SE APLICA	06 HORAS	R$	846,96
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA	NÃO SE APLICA	PLANTÃO	R$	1.313,13
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTOR (RESPONSÁVEL TÉCNICO - RAIO X)	NÃO SE APLICA	PLANTÃO	R$	1.313,13
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CARDIOLOGIA	NÃO SE APLICA	PLANTÃO	R$	1.313,13
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CARDIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	65,66
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CLÍNICA GERAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	NÃO SE APLICA	PLANTÃO	R$	1.313,13
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CLÍNICA GERAL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	32,83
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	94,94
10		NÃO SE APLICA	PLANTÃO	R$	1.313,13
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ORTOPEDIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	72,50
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	61,65
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	82,31
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	71,30
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ACUPUNTURA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	78,79
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OFTALMOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	46,80
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CIRURGIA GERAL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	52,52
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OTORRINOLARINGOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	64,35
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM REUMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	95,90
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ANGIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	64,35
21		NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	394,97
22	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ENDOCRINOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	65,66
23	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	86,71
24	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM DERMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	45,96
25	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEFROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	95,00
26	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM HEMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	100,00
27		NÃO SE APLICA	12 HORAS	R$	1.313,13
28	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM UROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	65,66
29	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROCIRURGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	97,26
30	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GASTROENTEROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	66,32
31	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROPEDIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	94,94
32	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GENERALISTA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	123,80
33	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM RISCO CIRÚRGICO (ANESTESIA)	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	75,00
34	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPIROMETRIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	147,70
35	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ANGIOLOGISTA - ESCLEROTERAPIA (MATERIAL DO PROFISSIONAL)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	512,85
36	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO CARDIOLOGISTA - ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	177,27

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 06/04/2026 17:33 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/pbt1bbb139408d6

37	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO UROLOGISTA - VASECTOMIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	639,50
38	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO UROLOGISTA - POSTECTOMIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	637,52
39	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COLANGIOPANCREATOGRAFIA CPRE	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	6.695,99
40	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTA PRÉ-OPERATORIA, CIRURGIA DE HISTERECTOMIA E CONSULTA PÓS-OPERATÓRIA	NÃO SE APLICA	PACOTE	R$	656,57
41	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTA PRÉ-OPERATORIA, CIRURGIA DE LAQUEADURA E CONSULTA PÓS-OPERATÓRIA	NÃO SE APLICA	PACOTE	R$	656,57
42	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTA PRÉ-OPERATORIA, CIRURGIA DE CURETAGEM E CONSULTA PÓS-OPERATÓRIA	NÃO SE APLICA	PACOTE	R$	656,57
43	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR CLÍNICO	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	3.939,39
44	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR TÉCNICO	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	15.000,00
45	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CORREÇÃO CIRÚRGICA DO ESTRABISMO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.859,06
46	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OFTALMOLOGIA (AVALIAÇÃO E TESTE ORTÓPTICO/PRÉ - OPERATÓRIO)	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	180,32
47	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIA GLAUCOMA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.876,80
48	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OFTALMOGIA (AVALIAÇÃO E RETINOGRAFIA/PRÉ -OPERATÓRIO VITRECTOMIA)	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	187,38
49	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIA DE VITRECTOMIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	4.215,15
50	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OFTALMOLOGIA (AVALIAÇÃO E RETINOGRAFIA/PRÉ-OPERATÓRIO PTERÍGIO)	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	195,97
51	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIA DE PTERÍGIO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	887,40
52	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OFTALMOLOGIA (CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIO DE ANEL INTRAESTROMAL)	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	87,72
53	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - IMPLANTE DE ANEL INTRAESTROMAL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	2.181,14
54	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OFTALMOLOGIA (AVALIAÇÃO E TOMOGRAFIA DA CÓRNEA)	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	283,76
55	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CATARATA (QUANTIDADE 1)	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	257,17
56	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIOMETRIA ULTRASSÔNICA MONOCULAR (ECO A) (R$ 24,24 QUANTIDADE 2)				
57	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)				
58	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)				
59	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)				
60	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - FONOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.670,84
61	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	47,73
62	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	128,69
63	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	50,00
64	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	40,00
65	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	70,00
66	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	55,00
67	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO (UNILATERAL)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	60,00
68	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA BOLSA ESCROTAL (BILATERAL)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	40,00
69	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	70,00
70	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL) (PÉLVICA MASCULINA)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	50,00
71	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA TRANSRETAL)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	34,00
72	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	50,00
73	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA (VIA ABDOMINAL OU VIA TRANSVAGINAL)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	50,00
74	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	74,80
75	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA) (PÉLVICA FEMININA)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	50,00
76	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	50,00
77	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL (ENDOVAGINAL)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	60,00
78	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	50,00
79	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA TRANSLUCÊNCIA NUCAL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	72,00
80	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	218,35
81	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE + DOPPLER	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	143,35
82	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL) + DOPPLER	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	143,35
83	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (ENDOSCOPIA)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	223,00
84	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA DE PRÓSTATA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	300,00
85	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PROCTOLOGISTA (COLONOSCOPIA)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	300,00
86	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANESTESISTA (COLONOSCOPIA)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	223,00
87	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA DE TIREÓIDE	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	90,00
88	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM SAÚDE DA FAMÍLIA	NÃO SE APLICA	40H SEMANAIS/MÊS	R$	18.500,00
89	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MAPA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	97,52
90	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HOLTER	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	109,52
91	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TESTE ERGOMÉTRICO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	128,79
92	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HORIZONTAL PEDIÁTRICO	NÃO SE APLICA	6 HORAS	R$	1.000,00
93	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM MASTOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	80,00
94	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA DE MAMA POR AGULHA GROSSA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	105,04
95	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA DE MAMA POR AGULHA FINA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	105,04
96	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PNEUMOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	82,31
97	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CIRURGIAS AMBULATORIAIS TIPO I (EXCISÃO DE LESÃO E/OU SUTURA DE FERIMENTOS DE PELE, INSISÃO E DRENAGEM DE ABSCESSO, EXERESE DE UNHA OU CANTOPLASTIA, BIÓPSIA DE CÂNCER DE PELE, ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÕES SUPERFICIAIS DE PELE)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	103,51
98	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CORE BIOPSY	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	99,80
99	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COLPOSCOPIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	89,29
100	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA DE VULVA, VAGINA E COLO UTERINO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	112,13
101	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO DE SAFENAS COM TERMOABLAÇÃO EM ATÉ DUAS SAFENAS (POR PACIENTE)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	6.000,00
102	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PROCTOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	82,31
103	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ENDOCRINOLOGIA INFANTOJUVENIL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	75,00
104	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CARDIOLOGIA INFANTIL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	82,31
105	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	72,50

Tabela 51

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PASSA TEMPO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	80,00
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	120,00
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	120,00

Tabela 52

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PERDIGÃO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	Unidade de Medida	VALOR ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA MAMA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	135,30
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	245,10

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 06/04/2026 17:33 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/pb1bbb139408d6

3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE RINS	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	138,80
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	182,70
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA GLÂNDULAS SALIVARES	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	156,10
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICO COM DOPPLER	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	208,10
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA ABDÔMEN TOTAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	156,10

Tabela 53

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PIRACEMA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	Unidade de Medida	VALOR ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 131,31

Tabela 54

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PITANGUI

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	NÃO SE APLICA	HORA	R$ 110,64
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM HEMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 117,00
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GASTROENTEROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 117,00
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CARDIOLOGIA (AVALIAÇÃO DE MARCAPASSO)	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 115,65
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM DERMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 150,28
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM MASTOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 113,81
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PNEUMOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 150,00
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM UROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 79,67
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CIRURGIA VASCULAR	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 150,00
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM INFECTOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 56,90
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEFROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 120,00
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ORTOPEDIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 150,00
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROCIRURGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 142,26
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GINECOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 120,00
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CIRURGIA GERAL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 79,67
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEQUENAS CIRURGIAS	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$ 136,57
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CLÍNICA DA DOR	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 79,67
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 152,94
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OFTALMOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 120,00
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 220,81
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROLOGIA INFANTIL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 154,87

Tabela 55

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE RAPOSOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	NÃO SE APLICA	PLANTÃO	R$ 1.385,00
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CARDIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 69,25
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM UROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 69,25
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ANGIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 69,25
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ORTOPEDIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 69,25
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OTORRINOLARINGOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 69,25
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GERIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 69,25
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 69,25
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 69,25
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 69,25
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROLOGIA ADULTO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 117,92
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROLOGIA INFANTIL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 161,90
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ENDOCRINOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 69,25
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OFTALMOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 69,25
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEFROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 69,25
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM DERMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 69,25
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM MEDICINA DA FAMÍLIA	NÃO SE APLICA	MÊS	R$ 17.355,00
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REFERÊNCIA TÉCNICA (RT)	NÃO SE APLICA	MÊS	R$ 13.850,00
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CLÍNICA GERAL	NÃO SE APLICA	MÊS/40H SEMANAIS	R$ 17.500,00

Tabela 56

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE RIO ACIMA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GERIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 140,00
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM DERMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 78,78
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROLOGIA ADULTO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 78,78
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OTORRINOLARINGOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 78,78
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CARDIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 105,30
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ORTOPEDIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 61,05
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROLOGIA INFANTIL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 78,78
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM UROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 105,30
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ANGIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 105,30
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ENDOCRINOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 126,75
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GASTROENTEROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 117,00
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEFROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 126,75
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PNEUMOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 117,00
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM REUMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 126,75
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PROCTOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 126,75
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 78,79
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CIRURGIA GERAL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 87,75
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM HEMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 128,70
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA (ENDOVAGINAL, OBSTÉTRICO SIMPLES, ABDOMINAL TOTAL E	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$ 79,58
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA (ENDOVAGINAL, OBSTÉTRICO SIMPLES, ABDOMINAL TOTAL E	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$ 106,00
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL - MÉDICO REGULADOR	NÃO SE APLICA	MÊS	R$ 6.828,50
22	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL - PLANTONISTA	PLANTÃO SEMANAL	PLANTÃO	R$ 1.524,21
23		PLANTÃO FINAL DE		R$ 1.657,84
24	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 107,25
25	VENOSO)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 130,00
26	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DOPLER COLORIDO DE VASOS (POR PERNA ARTERIAL E/OU	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 135,00
27	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL COM DOPLER	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 125,00
28	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL COM DOPLER APARELHO DO PROFISSIONAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 135,00
29	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DOPLER COLORIDO DE VASOS CARÓTIDAS/VERTEBRAIS	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 130,00
30	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DOPLER COLORIDO DE VASOS CARÓTIDAS/VERTEBRAIS COM	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 135,00
31	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA COM DOPLER	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 241,00
32	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA COM DOPLER APARELHO DO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 250,50
33	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE COM DOPLER	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 125,00
34	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE COM DOPLER APARELHO DO PROFISSIONAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 135,00
35	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ECOCARDIOGRAMA FETAL COM DOPPLER	NÃO SE APLICA	EXAME	R$ 284,54

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 06/04/2026 17:33 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/pb1bbb139408d6

36	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COM APARELHO DO MUNICÍPIO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	130,00
37	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COM APARELHO DO PROFISSIONAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	140,00
38	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PUNÇÃO ASPIRATIVA DE TIREÓIDE GUIADA POR ULTRASSOM (COM APARELHO DO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	284,52
39	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PUNÇÃO ASPIRATIVA DE TIREÓIDE GUIADA POR ULTRASSOM (COM APARELHO DO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	318,66
40	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA ADULTO	NÃO SE APLICA	PLANTÃO (8 HORAS)	R$	1.550,00
41	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RAIO-X 2 INCIDÊNCIAS (TÓRAX, CRÂNIO, JOELHO, OMBRO, MÃO, PUNHO, COLUNA CERVICAL, COLUNA TORÁCICA, COLUNA LOMBOSSACRA, BACIA, ARTICULAÇÃO COXOFEMURAL, CALCÂNEO, MEMBROS SUPERIORES, MEMBROS INFERIORES)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	96,74
42	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RAIO-X PANORÂMICO (MEMBROS INFERIORES E COLUNA TOTAL)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	96,74
43	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA INFANTIL	NÃO SE APLICA	PLANTÃO (8 HORAS)	R$	1.764,03
44	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENÇÃO BÁSICA (PSF)	NÃO SE APLICA	MÊS/40H SEMANAIS	R$	18.266,24

Tabela 57

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE RIO MANSO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	DIAS NORMAIS	12 HORAS	R$	1.312,00
2		DATAS EXCEPCIONAIS	12 HORAS	R$	1.945,50
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	NÃO SE APLICA	12 HORAS	R$	975,00
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	NÃO SE APLICA	12 HORAS	R$	1.654,55
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	82,00
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ORTOPEDIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	81,00
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM UROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	100,00
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CARDIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	103,00
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	101,00
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	101,00
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM DERMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	82,00
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	95,00
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CLÍNICA GERAL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	82,00
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	103,00
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO COMO MÉDICO PSF	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	18.000,00
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROPEDIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	133,00
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ENDOCRINOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	100,00
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM MEDICINA DO TRABALHO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	81,00

Tabela 58

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SABARÁ

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ANESTESIOLOGIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	236,25

Tabela 59

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SABINÓPOLIS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM REUMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	148,00
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROPEDIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	161,20
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CABEÇA E PESCOÇO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	115,14
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEFROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	149,68
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROCIRURGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	115,14
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	189,98
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ORQUIDOPEXIA (TRATAMENTO PARA CRIPTORQUIDIA)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	2.206,14
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSECÇÃO TRANSURETRAL DA PRÓSTATA COM OPME	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	4.992,53
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA INFANTIL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	211,76
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO INFANTIL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	1.036,27

Tabela 60

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SANTA BÁRBARA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	113,81
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM DERMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	113,81
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CARDIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	113,81
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ENDOCRINOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	113,81
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEFROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	113,81
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM HEMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	113,81
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	NÃO SE APLICA	HORA	R$	115,00
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PNEUMOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	113,81
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA INFANTOJUVENIL	NÃO SE APLICA	PACOTE DE 30 CONSULTAS	R$	11.267,10
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REGULADOR	NÃO SE APLICA	HORA	R$	115,00
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA ADULTO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	113,81
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CLÍNICA GERAL	NÃO SE APLICA	PACOTE DE 30 CONSULTAS	R$	1.850,00

Tabela 61

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO DOMINGOS DO PRATA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM SAÚDE DA FAMÍLIA	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	21.010,35
2			HORA	R$	131,31
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EMISSÃO DE EXAME MÉDICO ADMISSIONAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	72,00
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	182,10
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	150,00
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE FLUXO OBSTÉTRICO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	120,00
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO/VESÍCULA/VIAS BILIARES)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	75,00
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	75,00
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DO APARELHO URINÁRIO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	75,00
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA ARTICULAÇÃO UNILATERAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	75,00
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA BOLSA ESCROTAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	75,00
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	75,00
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	75,00
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA PRÓSTATA (VIA TRANSRETAL)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	75,00
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA TIREÓIDE	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	75,00
16	OSERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA (VIA ABDOMINAL OU TRANSVAGINAL)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	75,00
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	120,00
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	75,00
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	86,40

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 06/04/2026 17:33 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/pbt1bbb139408d6

20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	75,00
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA PAREDE ABDOMINAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	75,00
22	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA TRANSNUSCÊNCIA NUCAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	86,40
23	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	228,00
24	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ENDOCRINOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	86,00
25	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CARDIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	115,61
26		NÃO SE APLICA	PLANTÃO	R$	1.347,97
27	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	86,71

Tabela 62

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO GONÇALO DO PARÁ

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	DIURNO	12 HORAS	R$	1.721,02
2		NOTURNO	12 HORAS	R$	2.126,00
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ORTOPEDIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	78,79
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CARDIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	78,79
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	78,79
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CIRURGIA GERAL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	78,79
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM DERMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	79,00
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXÉRESE DE LESÕES CUTÂNEAS (RETIRADA DE PINTAS)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	100,00
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COLETA DE BIÓPSIA DE PELE	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	100,00
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ANGIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	115,61
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DOPPLER VENOSO DE MEMBROS INFERIORES	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	150,29

Tabela 63

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO GONÇALO DO RIO ABAIXO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEFROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	138,73
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	138,73
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	138,73
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM HEMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	138,73
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ENDOCRINOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	138,73
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OTORRINOLARINGOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	138,73
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM DERMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	138,73
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PROCTOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	138,17
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETOSSIGMOIDOSCOPIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	113,81
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROLOGIA PEDIÁTRICO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	182,09
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CIRURGIA VASCULAR (CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA, DUPLEX DE	NÃO SE APLICA	PACOTE	R$	5.430,35
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTONISTA	NÃO SE APLICA	12 HORAS	R$	1.849,72
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PNEUMOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	138,73
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM MASTOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	138,73
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CARDIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	138,73
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	138,73
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ORTOPEDIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	138,73
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	138,73
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OFTALMOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	138,73
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MAPA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	119,08
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - HOLTER	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	119,08
22	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPIROMETRIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	138,73
23	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEQUENAS CIRURGIAS I (EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS, CISTO SEBÁCEO,	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	219,65
24	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANESTESISTA PARA COLOCAÇÃO DE FÍSTULA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	867,06
25	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GASTROENTEROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	138,17
26	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA	NÃO SE APLICA	PLANTÃO	R$	1.965,32
27	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM SAÚDE DA FAMÍLIA	NÃO SE APLICA	MÊS/24H SEMANAIS	R$	16.184,98
28	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM SAÚDE DA FAMÍLIA	NÃO SE APLICA	MÊS/40H SEMANAIS	R$	23.930,31
29	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	237,00
30	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESPONSÁVEL TÉCNICO	NÃO SE APLICA	MÊS/8H SEMANAIS	R$	10.751,45
31	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM MEDICINA DO TRABALHO	NÃO SE APLICA	PLANTÃO	R$	1.965,32
32	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO ESPECIALIZADO (ANGIOLOGIA, CARDIOLOGIA , DERMATOLOGIA,	NÃO SE APLICA	HORA	R$	237,00

Tabela 64

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO JOAQUIM DE BICAS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	DIAS ÚTEIS DIURNO	12 HORAS	R$	1.510,00
2		DIAS ÚTEIS NOTURNO	12 HORAS	R$	1.575,75
3		FINAL DE SEMANA/FERIADO	12 HORAS	R$	1.575,75
4		FERIADOS ESPECIAIS	HORA	R$	208,67
5			12 HORAS	R$	2.504,00
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CLÍNICA GERAL	NÃO SE APLICA	12 HORAS	R$	50,00
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA I (ENDOCRINOLOGIA/ANGIOLOGIA/PNEUMOLOGIA/CLÍNICA DA DOR/ORTOPEDIA/DERMATOLOGIA/GINECOLOGIA I, ULTRASSONOGRAFIA)	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	75,00
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA II (NEUROLOGIA ADULTO/UROLOGIA/CIRURGIA GERAL/PSIQUIATRIA ADULTO/ORTOPEDIA DE COLUNA/MEDICINA DO TRABALHO/GINECOLOGIA II/PEDIATRIA/CARDIOLOGIA/GERIATRIA/ GASTROENTEROLOGIA/OFTALMOLOGIA/OTORRINOLARINGOLOGIA)	NÃO SE APLICA	CONSULTA/ PROCEDIMENTO/EXAME	R$	100,00
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA III (HEMATOLOGIA/NEFROLOGIA/NEUROLOGIA INFANTIL/PSIQUIATRIA INFANTIL/REUMATOLOGIA/DUPLEX/ESPIROMETRIA/CARDIOLOGIA INFANTIL/INFILTRAÇÃO/PROCTOLOGIA/ECOCARDIOGRAMA/HOLTER 24H/MAPA)	NÃO SE APLICA	CONSULTA/ PROCEDIMENTO/EXAME	R$	150,00
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AUDITOR	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	3.282,56
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REGULADOR	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	19.000,00
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REFERÊNCIA TÉCNICA (URGÊNCIA E EMERGÊNCIA)	NÃO SE APLICA	HORA	R$	302,00
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM SAÚDE DA FAMÍLIA/PSF	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	17.725,84
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTONISTA SISTEMA PRISIONAL	PLANTÃO	10HR	R$	1.378,79
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - VASECTOMIA/POSTECTOMIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	480,00
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	NÃO SE APLICA	PLANTÃO 8 HORAS	R$	2.163,75
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	NÃO SE APLICA	HORA	R$	200,00
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO SUPERIOR (AVALIAÇÃO CIRÚRGICA PRÉ E PÓS OPERATÓRIA, ABORDAGEM CIRÚRGICA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE AO PACIENTE E FAMILIARES)	NÃO SE APLICA	PACOTE	R$	2.300,00
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BLEFAROPLASTIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	750,00
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM MEDICINA DO TRABALHO	NÃO SE APLICA	MÊS/8H SEMANAIS	R$	8.580,00

Tabela 65

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DA VARGINHA

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 06/04/2026 17:33 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/pb1bbb139408d6

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	DIURNO/NOTURNO	PLANTÃO 6 HORAS	R$ 933,72
2			PLANTÃO 12 HORAS	R$ 1.867,43
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM SAÚDE DA FAMÍLIA	NÃO SE APLICA	MÊS/40H SEMANAIS	R$ 17.341,04
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	NÃO SE APLICA	PACOTE 15 CONSULTAS	R$ 1.735,00
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ORTOPEDIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 103,95
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CIRURGIA GERAL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 134,99
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ACUPUNTURA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 109,38
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ANGIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 102,48
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CARDIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 89,81
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CIRURGIA VASCULAR	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 102,48
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM DERMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 89,81
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ENDOCRINOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 115,14
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GASTROENTEROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 97,87
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GERIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 115,14
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM GINECOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 89,81
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM HEMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 214,00
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM INFECTOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 138,17
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM MASTOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 103,63
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEFROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 103,63
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 138,17
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OFTALMOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 69,08
22	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROPEDIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 161,20
23	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OTORRINOLARINGOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 103,63
24	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 103,63
25	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PNEUMOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 115,14
26	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 115,14
27	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM REUMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 138,17
28	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM UROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 103,63
29	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OFTALMOLOGIA COM EQUIPAMENTO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 82,00

Tabela 66

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO SEBASTIÃO DO OESTE

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	DIURNO	12 HORAS	R$ 1.969,70
2		NOTURNO	12 HORAS	R$ 1.969,70
3		FERIADOS ESPECIAIS	12 HORAS	R$ 2.068,18
4		FERIADOS ESPECIAIS	12 HORAS	R$ 2.166,66
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESPONSÁVEL TÉCNICO	NÃO SE APLICA	HORA	R$ 256,04
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ULTRASSONOGRAFIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$ 106,00
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ATENDIMENTO EM CIRURGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 85,35
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ATENDIMENTO EM GINECOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 105,05
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 131,31
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 97,17
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ATENDIMENTO EM CARDIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 90,21
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	NÃO SE APLICA	12 HORAS	R$ 1.575,76
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - REGULADOR	NÃO SE APLICA	GUIA AUDITADA	R$ 21,01
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ATENDIMENTO EM CLÍNICA MÉDICA	NÃO SE APLICA	MÊS	R$ 20.000,00
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ATENDIMENTO EM ANGIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 86,20
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ATENDIMENTO EM NEUROLOGIA INFANTIL	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 200,47
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ATENDIMENTO EM NEUROLOGIA ADULTO	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 120,28
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ATENDIMENTO EM OFTALMOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 120,28
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ATENDIMENTO EM OTORRINOLARINGOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 92,89
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ATENDIMENTO EM ORTOPEDIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 96,23
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ATENDIMENTO EM UROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 120,28
22	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ATENDIMENTO EM ENDOCRINOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 89,55
23	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ATENDIMENTO EM NEFROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 120,28
24	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ATENDIMENTO EM PROCTOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 120,28
25	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ATENDIMENTO EM REUMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 120,28
26	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ATENDIMENTO EM DERMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 106,25
27	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ATENDIMENTO EM GASTROENTEROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 80,19
28	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ATENDIMENTO EM PNEUMOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 120,28
29	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ATENDIMENTO EM MASTOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 120,28
30	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ATENDIMENTO EM OBSTETRÍCIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 100,24

Tabela 67

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SARZEDO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTOR	NÃO SE APLICA	HORA	R$ 188,50
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA I (ORTOPEDIA, ANGIOLOGIA, CIRURGIA GERAL,	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 65,66
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA II (NEUROLOGIA, GINECOLOGIA/PROCEDÊNCIA DO COLO,	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 78,79
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA III (NEUROCIRURGIA, GASTROENTEROLOGIA, MASTOLOGIA,	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 118,18
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPECIALISTA IV (NEFROLOGIA, REUMATOLOGIA, GERIATRIA, NEUROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$ 148,00
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	NÃO SE APLICA	PLANTÃO	R$ 1.313,13
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	PLANTÃO	12 HORAS	R$ 1.969,54
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - REGULADOR	NÃO SE APLICA	MÊS	R$ 5.252,53
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM MEDICINA DO TRABALHO	NÃO SE APLICA	4 HORAS	R$ 787,82
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PLANTONISTA HORIZONTAL	NÃO SE APLICA	6 HORAS	R$ 656,57
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (UPA 24 HORAS)	NÃO SE APLICA	PLANTÃO	R$ 1.642,07
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEQUENAS CIRURGIAS	NÃO SE APLICA	4 HORAS	R$ 1.050,50
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - VASECTOMIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$ 402,43
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - POSTECTOMIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$ 287,73
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESCLEROTERAPIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$ 525,25
16	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CLÍNICA GERAL	NÃO SE APLICA	HORA	R$ 131,31
17	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM NEUROLOGIA (URGÊNCIA)	NÃO SE APLICA	4 HORAS	R$ 1.077,44
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSOM TRANSVAGINAL COM DOPPLER	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$ 143,36
19	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSOM PARTES MOLES COM DOPPLER	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$ 143,36
20	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSOM TESTÍCULOS COM DOPPLER	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$ 143,36
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSOM TIREÓIDE COM DOPPLER	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$ 143,36
22	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSOM CERVICAL COM DOPPLER	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$ 143,36

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 06/04/2026 17:33 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/pb1bbb139408d6

23	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSOM PAREDE ABDOMINAL COM DOPPLER	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	143,36
24	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSOM REGIÃO INGUINAL COM DOPPLER	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	143,36
25	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSOM MORFOLÓGICO GESTACIONAL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	218,35
26	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSOM OBSTÉTRICO COM DOPPLER	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	191,00
27	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSOM OBSTÉTRICO PBF (PERFIL BIOFÍSICO FETAL)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	143,36
28	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFISTA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	65,66
29	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESPIROMETRIA COM LAUDO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	131,40
30	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETOSSIGMOIDOSCOPIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	84,80
31	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COORDENADOR CLÍNICO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (UPA 24 HORAS)	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	13.364,96
32	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DIRETOR TÉCNICO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (UPA 24 HORAS)	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	13.364,96
33	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSOM DE ARTICULAÇÕES COM DOPPLER	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	143,36
34	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - POLISSONOGRAFIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	262,61
35	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	144,07
36	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PUNÇÃO DE MAMA POR AGULHA GROSSA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	330,00
37	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA/EXÉRESE DE NÓDULO DE MAMA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	215,52
38	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO COM MAPEAMENTO (EEG)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	80,00
39	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AVALIAÇÃO URODINÂMICA COMPLETA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	321,63
40	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - INFILTRAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS EM CAVIDADE SINOVIAL (ARTICULAÇÕES, BAINHA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	65,66
41	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	180,00
42	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 3 VASOS)/DUPLEX SCAN DE	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	140,00
43	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ECODOPPLER DE ARTÉRIAS DE MEMBROS INFERIORES E SUPERIORES	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	140,00
44	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - VIDEOLARINGOSCOPIA/FIBRONASOLARINGOSCOPIA COM EQUIPAMENTO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	216,24
45	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSOM RENAL COM DOPPLER	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	135,00
46	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	293,81
47	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MANOMETRIA ANORRETAL DIAGNÓSTICA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	435,00
48	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PACOTE DE OFTALMOLOGIA INFANTIL (CONSULTA ESPECIALIZADA EM	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	118,18
49	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PACOTE MIGUILLIM (CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	118,18
50	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PACOTE AVALIAÇÃO DE CATARATA (CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	147,95
51	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PACOTE DE DIAGNÓSTICO/REAVALIAÇÃO DE GLAUCOMA (CONSULTA MÉDICA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	159,33
52	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PACOTE DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DE GLAUCOMA (CONSULTA MÉDICA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	113,81
53	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PACOTE DE AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CÓRNEA (CONSULTA MÉDICA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	113,81
54	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PACOTE DE AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE ESTRABISMO (CONSULTA MÉDICA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	108,12
55	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PACOTE DE AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE PLÁSTICA OCULAR (CONSULTA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	102,43
56	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PACOTE AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA (CONSULTA MÉDICA COM	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	159,33
57	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA MONOCULAR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	21,62
58	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR/ÓRBITA (MONOCULAR) ECO B	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	62,56
59	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MICROSCOPIA ESPECULAR DE CÓRNEA - MONOCULAR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	62,56
60	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIOMETRIA ULTRASSÔNICA MONOCULAR ECO A	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	36,72
61	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	19,95
62	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (BINOCULAR)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	76,82
63	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CERATOMETRIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	12,32
64	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO OCULAR - CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	27,65
65	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - FUNDOSCOPIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	11,62
66	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GONIOSCOPIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	27,62
67	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	42,65
68	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	142,36
69	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	42,43
70	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TESTE DE SHIRMER	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	12,23
71	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TESTE DE VISÃO DE CORES	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	12,23
72	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TESTE ORTÓPTICO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	32,10
73	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TONOMETRIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	11,38
74	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA OCT - BINOCULAR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	132,56
75	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÓRNEA (CERATOSCOPIA) - BINOCULAR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	56,56
76	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA COM PASSAGEM DE SONDA NASOENTÉRICA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	420,00
77	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MANOMETRIA ESOFÁGICA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	355,00
78	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PHMETRIA ESOFÁGICA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	350,00
79	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO ESÔFAGO/ESTÔMAGO/DUODENO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	116,52
80	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETIRADA DE PÓLIPO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA OU COLONOSCOPIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	58,28
81	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TATUAGEM POR COLONOSCOPIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	831,01
82	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO ESCLEROSANTE DE VARIZES ESOFÁGICAS	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	731,01
83	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - LIGADURA ELÁSTICA DE LESÃO HEMORRÁGICA DO APARELHO DIGESTIVO ALTO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.516,14
84	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GASTROSTOMIA PERCUTÂNEA ENDOSCÓPICA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	488,52
85	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - LAUDO DE ESPIROMETRIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	86,95
86	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - LAUDO DE ELETROENCEFALOGRAMA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	81,40
87	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RADIOLOGISTA REFERÊNCIA TÉCNICA	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	3.939,08
89	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - GENERALISTA PARA EDUCAÇÃO CONTINUADA/EDUCAÇÃO PERMANENTE	NÃO SE APLICA	HORA	R$	402,99
90	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESPONSÁVEL TÉCNICO DE REGULAÇÃO	NÃO SE APLICA	MÊS	R$	13.364,97
91	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSOM TRANSLUCÊNCIA NUCAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	143,36
92	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UROFLUXOMETRIA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	170,71
93	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE CÓRNEA OU CONJUNTIVA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	17,27
94	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - APOIO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	179,09
95	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - LÍDER DE SALA VERMELHA EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	NÃO SE APLICA	PLANTÃO	R$	2.004,74
96		FINAL DE SEMANA E FERIADOS ESPECIAIS	PLANTÃO	R$	2.272,04
97	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PORTA EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	NÃO SE APLICA	PLANTÃO	R$	1.670,62

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 06/04/2026 17:33 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/pb1bbb139408d6

98	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - UNIDADE DE DECISÃO CLÍNICA (UDC) EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	NÃO SE APLICA	PLANTÃO	R$	1.670,62
99	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PORTA EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	NÃO SE APLICA	PLANTÃO 6H	R$	868,72
100	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PORTA EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	140,33
101	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ORTOPEDIA (URGÊNCIA/EMERGÊNCIA)	NÃO SE APLICA	PLANTÃO	R$	1.804,27
102	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ORTOPEDIA (URGÊNCIA/EMERGÊNCIA)	NÃO SE APLICA	PLANTÃO 6H	R$	1.069,20
103	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRA EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (COM RQE)	NÃO SE APLICA	PLANTÃO	R$	2.272,04
104	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (SEM RQE)	NÃO SE APLICA	PLANTÃO	R$	2.004,74
105	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - APOIO À PEDIATRIA EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	NÃO SE APLICA	PLANTÃO	R$	2.004,74

Tabela 68

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SENADOR FIRMINO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ORTOPEDIA	NÃO SE APLICA	PACOTE ATÉ 30 CONSULTAS	R$	6.358,40

Tabela 69

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE TAQUARAÇU DE MINAS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO	FERIADOS ESPECIAIS	12 HORAS	R$	3.150,00
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	NÃO SE APLICA	12 HORAS	R$	1.935,00
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OFTALMOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	136,57
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OTORRINOLARINGOLOGIA	NÃO SE APLICA	PACOTE 20 CONSULTAS	R$	1.934,74

Tabela 70

SERVIÇOS MÉDICOS EXECUTADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE UBÁ

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	TIPO DE SERVIÇO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR ICISMEP	
1	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA	NÃO SE APLICA	HORA	R$	113,81
2	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CLÍNICA GERAL	NÃO SE APLICA	HORA	R$	108,12
3	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM DERMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	69,00
4	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ORTOPEDIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	69,00
5	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEQUENAS CIRURGIAS	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	103,00
6	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - AUTORIZADOR/SUPERVISOR	NÃO SE APLICA	HORA	R$	114,00
7	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM INFECTOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	70,09
8	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OTORRINOLARINGOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	70,09
9	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PSIQUIATRIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	70,09
10	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CIRURGIA PLÁSTICA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	70,09
11	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM OFTALMOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	70,09
12	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM CARDIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	70,09
13	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM UROLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	70,09
14	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ANGIOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	70,09
15	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM PEDIATRIA	SEGUNDA A SEXTA,	PLANTÃO	R$	2.158,90
16		SEGUNDA A SEXTA, NOTURNO		R$	2.224,31
17		SÁBADO, DOMINGO E FERIADO		R$	2.355,16
18	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - PEDIATRIA COM RQE	SEGUNDA A SEXTA, DIURNO		R$	2.658,90
19		SEGUNDA A SEXTA, NOTURNO		R$	2.724,30
20		SÁBADO, DOMINGO E FERIADO		R$	2.855,16
21	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA INCISIONAL NO CORPO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	90,00
22	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA INCISIONAL EM FACE E PESCOÇO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	120,00
23	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXÉRESE SIMPLES DE TUMORES DE PELE NO CORPO (UMA LESÃO) - LIPOMA, NEVO,	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	90,00
24	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXÉRESE SIMPLES DE TUMORES DE PELE EM FACE E PESCOÇO (UMA LESÃO) - LIPOMA,	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	120,00
25	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXÉRESE MÚLTIPLAS DE TUMORES DE PELE NO CORPO (ATÉ TRÊS LESÕES) - LIPO,	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	225,00
26	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - EXÉRESE MÚLTIPLAS DE TUMORES DE PELE EM FACE E PESCOÇO (ATÉ TRÊS LESÕES) -	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	275,00
27	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - FULGURAÇÃO, CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA E FÍSICA DE LESÕES NO CORPO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	90,00
28	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - FULGURAÇÃO, CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA E FÍSICA DE LESÕES EM FACE E PESCOÇO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	120,00
29	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DRENAGEM DE SEROMA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	120,00
30	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CANTOPLATIA (UNHA ENCRAVADA)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	120,00
31	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA LESÃO GENITAL MASCULINA OU FEMININA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	120,00
32	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BLEFAROPLASTIA SUPERIOR	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.190,00
33	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BIÓPSIA DE LÍNGUA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	120,00
34	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RECONSTRUÇÃO DE MAMA PÓS MASTECTOMIA COM EXPANSOR OU PRÓTESE	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	13.500,00
35	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - MAMOPLASTIA REDUTORA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	9.800,00
36	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BLEFAROPLASTIA SUPERIOR E INFERIOR	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	3.200,00
37	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ÉXERESE DE XANTELASMA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	490,00
38	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RINOPLASTIA REPARADORA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	6.000,00
39	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - OTOPLASTIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	3.200,00
40	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA TRANSRETAL COM BIÓPSIA DE PRÓSTATA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	1.383,66
41	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - BRONCOSCOPIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.753,91
42	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - COLONOSCOPIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	952,60
43	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DENSITOMETRIA ÓSSEA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	121,39
44	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO DE VASOS DE MEMBROS INFERIORES	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	411,56
45	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ECOCARDIOGRAMA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	190,75
46	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (ENDOSCOPIA)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	357,23
47	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TESTE ERGOMÉTRICO (TESTE DE ESTEIRA)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	160,75
48	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	346,82
49	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - VIDEOLARINGOSCOPIA/ FIBRONASOLARINGOSCOPIA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	297,69
50	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CATETERISMO CARDÍACO	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.710,35
51	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	100,30
52	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	116,88
53	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	100,30
54	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE/SEIOS DE FACE/ARTICULAÇÕES	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	100,29
55	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	100,29
56	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TÚRCICA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	112,65
57	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	112,65
58	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	100,29
59	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO,	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	100,29

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 06/04/2026 17:33 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/pbt/bbb139408d6

60	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	157,70
61	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN SUPERIOR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	160,27
62	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	100,29
63	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE/BACIA/ABDÔMEN INFERIOR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	160,27
64	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - APLICAÇÃO DE CONTRASTE PARA REALIZAÇÃO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	138,73
65	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ANGIORRESSÔNANCIA CEREBRAL	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	310,69
66	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	310,69
67	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	310,69
68	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	310,69
69	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	310,69
70	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	310,69
71	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TÚRCICA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	310,69
72	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	310,69
73	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	310,69
74	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MAMA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	833,53
75	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDÔMEN SUPERIOR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	310,69
76	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA/PELVE/ABDÔMEN INFERIOR	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	310,69
77	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	310,69
78	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA DA PRÓSTATA	NÃO SE APLICA	EXAME	R$	310,69
79	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM HEMATOLOGIA	NÃO SE APLICA	CONSULTA	R$	138,73
80	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - ATENDIMENTO EM ANGIOLOGIA COM REALIZAÇÃO DE ULTRASSONOGRAFIA COLORIDA COM DOPPLER EM MEMBROS INFERIORES (2 MEMBROS)	NÃO SE APLICA	PACOTE	R$	520,23
81	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CORREÇÃO DE ECTRÓPIO UNILATERAL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.260,00
82	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CORREÇÃO DE TRIQUÍASE (ENTRÓPIO)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.540,00
83	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CORREÇÃO DE PTOSE PALPEBRAL ADQUIRIDA UNILATERAL (SENIL, TRAUMA)	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	1.260,00
84	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CORREÇÃO DE PTOSE PALPEBRAL CONGÊNITA UNILATERAL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	2.400,00
85	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - RECONSTRUÇÃO LÓBULO ORELHA	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	824,00
86	SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - DERMOLIPECTOMIA ABDOMINAL PARA CORREÇÃO DE ABDOME EM AVENTAL	NÃO SE APLICA	PROCEDIMENTO	R$	9.800,00

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 06/04/2026 17:33 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/pb1bbb139408d6

Assinado eletronicamente por:
IARA MARIA DOS SANTOS RIBEIRO
***.924.786-**
Assinatura digital avançada.

TABELA DE SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS EM SAÚDE DO ICISMEP (TSPS)

Atualização na Tabela de Serviços e Procedimentos em Saúde da ICISMEP, realizada em janeiro de 2026, com publicação em janeiro de 2026, para vigência a partir da competência de janeiro de 2026.

TABELA DE SERVIÇOS DE SAÚDE EXECUTADOS NAS UNIDADES ICISMEP

Tabela 01 - OFTALMOLOGIA

CATARATA ZERO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.05.05.037-2	FACOEMULSIFICACAO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL	R$ 541,11

PACOTE BÁSICO DA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA (QUANTIDADE 1)	R$ 52,73
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR PACIENTE (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
TOTAL DO PACOTE		

PACOTE BÁSICO DA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA INFANTIL

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA (QUANTIDADE 1)	R$ 62,56
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR PACIENTE (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
SEM CÓDIGO SUS	RETINOSCOPIA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
TOTAL DO PACOTE		

ATENDIMENTO EM CONSULTÓRIO ITINERANTE

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA (QUANTIDADE 1)	R$ 65,00
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR PACIENTE (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 2)	
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
TOTAL DO PACOTE		

CONSULTA EM OFTALMOLOGIA EM UNIDADE MÓVEL

Modelo	Quantidade mínima de consultas	VALOR DA DIÁRIA			
		Serviço de oftalmologia	Serviço de oftalmologia + hospedagem	Serviço de oftalmologia + alimentação	Serviço de oftalmologia + hospedagem + alimentação
FAIXA 1	120 consultas	R$ 10.284,00	R$ 11.215,20	R$ 10.982,40	R$ 11.913,60
FAIXA 2	240 consultas	R$ 9.118,80	R$ 9.817,20	R$ 9.643,20	R$ 10.341,60
FAIXA 3	360 consultas	R$ 8.731,20	R$ 9.351,60	R$ 9.196,80	R$ 9.817,20
FAIXA 4	480 consultas	R$ 8.536,80	R$ 9.118,80	R$ 8.973,60	R$ 9.555,60
FAIXA 5	600 consultas	R$ 8.420,40	R$ 8.979,60	R$ 8.839,20	R$ 9.398,40
FAIXA 6	720 consultas	R$ 8.342,40	R$ 8.886,00	R$ 8.750,40	R$ 9.294,00
FAIXA 7	840 consultas	R$ 8.287,20	R$ 8.820,00	R$ 8.686,80	R$ 9.218,40
FAIXA 8	960 conultas	R$ 8.246,40	R$ 8.769,60	R$ 8.638,80	R$ 9.163,20
FAIXA 9	1080 consultas	R$ 8.214,00	R$ 8.731,20	R$ 8.601,60	R$ 9.118,80
FAIXA 10	1200 consultas	R$ 8.187,60	R$ 8.700,00	R$ 8.571,60	R$ 9.084,00

VALOR POR CONSULTA EM OFTALMOLOGIA EM UNIDADE MÓVEL / ITINERANTE

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	UNIDADE	VALOR ICISMEP
PACOTE BÁSICO DA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - CONSULTÓRIO ITINERANTE	CONSULTA	R$ 75,[illegible]
PACOTE BÁSICO DA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - CONSULTÓRIO ITINERANTE REDE ESCOLAR	CONSULTA	R$ 75,[illegible]

SERVIÇOS COMPLEMENTARES EM OFTALMOLOGIA - UNIDADE MÓVEL

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
-	ARMAÇAO PARA ÓCULOS ALTO INDICE GRAU FORTE MODELO ADULTO FEMININO E MASCULINO - MATERIAL EM METAL OU ACETATO COM ARO TOTAL, ARO QUADRADO OU REDONDO	R$ 87,00
-	ARMAÇAO PARA ÓCULOS ALTO INDICE GRAU FORTE MODELO INFANTIL FEMININO E MASCULINO - MATERIAL EM METAL OU ACETATO COM ARO TOTAL, ARO QUADRADO OU REDONDO	R$ 87,00
-	ARMAÇAO PARA OCULOS MODELO ADULTO FEMININO E MASCULINO - MATERIAL EM METAL OU ACETATO COM ARO TOTAL, ARO QUADRADO OU REDONDO	R$ 87,00
-	ARMAÇAO PARA OCULOS MODELO INFANTIL FEMININO E MASCULINO - MATERIAL EM METAL OU ACETATO COM ARO TOTAL, ARO QUADRADO OU REDONDO	R$ 86,00
-	LENTES OFTALMICAS MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO INDICE DE -10.00 A + 9.50 ESFÉRICO E CILINDRO ATE -6.00; CONFORME RECEITUARIO MÉDICO	R$ 39,00
-	LENTES OFTALMICAS MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO ÍNDICE DE -8.00 A +6.00 ESFÉRICO E CILINDRO ATE -4,00; CONFORME RECEITUARIO MEDICO	R$ 39,00
-	LENTES OFTALMICAS MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO INDICE GRAU FORTE, ALTA DIOPITRIA DE -12.50 A -23.00 ESFERICO E CILINDRO ATE -9.00; CONFORME RECEITUARIO MEDICO	R$ 45,00
-	LENTES OFTALMICAS MONOFOCAIS VISAO SIMPLES ANTI-REFLEXO DE PLANO -4.00 A + 4.00 ESFERICO, CILINDRO ATE -2.00; CONFORME RECEITUARIO MEDICO	R$ 61,00
-	LENTES OFTALMICAS MONOFOCAIS VISAO SIMPLES ANTI REFLEXO DE PLANO -6.00 A +6.00 ESFERICO, CILINDRO ATE -4.00; CONFORME RECEITUARIO MEDICO	R$ 58,00
-	LENTES OFTALMICAS MULTIFOCAIS ALTO INDICE DE -10.00 A + 6.00 ESFERICO E CILINDRO ATE - 6.00; ADICAO DE +1.00 A +3.50 ALTURA MINIMA DE 22MM	R$ 59,00
-	LENTES OFTALMICAS MULTIFOCAIS VISAO SIMPLES DE -4.00 A +7.00 ESFERICO E CILINDRO ATE - 4.00; ADICAO DE +1.00 A +3.00 ALTURA MINIMA DE 22MM	R$ 74,90

PACOTE MIGUILIM - OFTALMOLOGIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA	R$ 43,50
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO	R$ 28,73
02.11.06.022-4	TESTE DE VISAO DE CORES	R$ 5,74
02.11.06.023-2	TESTE ORTÓPTICO	R$ 17,24
02.11.06.025-9	TONOMETRIA	R$ 3,97
04.05.05.025-9	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO NA CÓRNEA	R$ 73,38

PACOTE MIGUILIM - ÓCULOS COM LENTES CORRETIVAS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP

ESTE DOCUMENTO FOI GERADO EM: 06/04/2026 17:34 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p/26891405848e

07.01.04.005-0	ÓCULOS COM LENTES CORRETIVAS IGUAIS/fevereiroRES QUE 0,5 DIOPTRIAS	R$ 343,76
AVALIAÇÃO DE CATARATA		
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CATARATA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.001-1	BIOMETRIA ULTRASSONICA MONOCULAR (ECO A) (R$ 24,24 QUANTIDADE 2)	
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	**R$ 89,76**
02.05.02.008-9	ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
TOTAL DO PACOTE		
CONTROLE ANTECIPADO DE GLAUCOMA - CONSULTA		
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 2)	
02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA (QUANTIDADE 1)	
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - **MONOCULAR** (R$ 14,81 QUANTIDADE 2)	**R$ 82,37**
02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
TOTAL DO PACOTE		
CONTROLE DE GLAUCOMA 30 A 60 DIAS - ACOMPANHAMENTO		
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (3,37 QUANTIDADE 2)	
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1)	**R$ 20,29**
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
TOTAL DO PACOTE		
AVALIAÇÃO CIRÚRGICA DE GLAUCOMA		
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA	**R$ 55,82**
02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
TOTAL DO PACOTE		
CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAVALIAÇÃO DE GLAUCOMA		
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**
03.01.01.010-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)	
	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
	FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1)	
	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA (QUANTIDADE 1)	**R$ 57,74**
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - **MONOCULAR** (R$ 14,81 QUANTIDADE 2)	
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
TOTAL DO PACOTE		
ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DE GLAUCOMA		
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**
03.03.05.001-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)	
	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
	FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1)	**R$ 17,74**
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
TOTAL DO PACOTE		
DESCRIÇÃO DOS TRATAMENTOS MEDICAMENTOSOS DE GLAUCOMA		
Tabela 8	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**
03.03.05.003-9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (1ª LINHA)	R$ 18,[illegible]
03.03.05.004-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (2ª LINHA)	R$ 79,[illegible]
03.03.05.005-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (3ª LINHA)	R$ 127,[illegible]
03.03.05.006-3	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (1ª LINHA)	R$ 12,44
03.03.05.007-1	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (2ª LINHA)	R$ 52,92
03.03.05.008-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (3ª LINHA)	R$ 85,33
03.03.05.009-8	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE ACETAZOLAMIDA MONOCULAR OU BINOCULAR	R$ 93,10
03.03.05.010-1	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA MONOCULAR	R$ 8,93
03.03.05.011-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA BINOCULAR	R$ 13,39
03.03.05.015-2	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - MONOCULAR	R$ 65,36
03.03.05.016-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - BINOCULAR	R$ 98,04
03.03.05.017-9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR	R$ 97,77
03.03.05.018-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO PACIENTE GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR	R$ 146,64
03.03.05.019-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR	R$ 138,25
03.03.05.020-9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR	R$ 207,36
03.03.05.021-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS	R$ 150,69
03.03.05.022-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS	R$ 226,02
CONSULTA PARA CONTROLE PÓS-OPERATÓRIO DE GLAUCOMA		
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)	R$ 52,73
CISMEP-61	LISE DE SUTURA DE LASER PÓS TRABECULECTOMIA	R$ 52,73
AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CÓRNEA		
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTAEM CÓRNEA (QUANTIDADE 1)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.026-7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÓRNEA-CERATOSCOPIA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	**R$ 62,10**
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - **MONOCULAR** (R$ 14,81 QUANTIDADE 2) (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
TOTAL DO PACOTE		
AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE ESTRABISMO		

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM 06/04/2026 17:34 03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/pd/26891405848

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM ESTRABISMO (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.023-2	TESTE ORTÓPTICO (QUANTIDADE 1)	R$ 74,51
	TOTAL DO PACOTE	

AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE PLÁSTICA OCULAR

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM PLÁSTICA OCULAR (QUANTIDADE 1)	R$ 55,88
	TOTAL DO PACOTE	

AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM RETINA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	R$ 126,15
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.018-6	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
	TOTAL DO PACOTE	

AVALIAÇÃO EM RETINOPATIA DE PREMATURIDADE

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA (QUANTIDADE 1)	R$ 252,75
	TOTAL DO PACOTE	

AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CIRURGIAS RETINIANAS - AVAL. DEPARTAMENTO DE VITRECTOMIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CIRURGIAS RETINIANAS (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)	
02.05.02.008-9	ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA **(MONOCULAR)** - ECO B- (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	R$ 100,05
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
	TOTAL DO PACOTE	

AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA - CONTROLE DE VITRECTOMIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CIRURGIAS RETINIANAS (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
02.05.02.008-9	ECO-B ULTRA-SOM DE GLOBO OCULAR/ÓRBITA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	R$ 50,13
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
	TOTAL DO PACOTE	

AVALIAÇÃO DE RETINA PÓS INJEÇÃO INTRA-VITREO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM RETINA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)	R$ 88,62
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
	TOTAL DO PACOTE	

EXAMES EM OFTALMOLOGIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - **MONOCULAR**	R$ 15,44
02.05.02.008-9	ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA **(MONOCULAR)** - ECO B	R$ 35,80
02.11.06.001-1	BIOMETRIA ULTRASSONICA **MONOCULAR** (ECO A)	R$ 25,20
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO	R$ 12,87
02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA	R$ 41,75
02.11.06.005-4	CERATOMETRIA	R$ 3,51
02.11.06.006-2	CURVA DIARIA DE PRESSÃO OCULAR - CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS)	R$ 17,90
02.11.06.010-0	FUNDOSCOPIA	R$ 3,51
02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA	R$ 17,90
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO	R$ 25,[illegible]
02.11.06.015-1	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL	R$ 7,[illegible]
02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	R$ 25,[illegible]
02.11.06.018-6	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	R$ 66,73
02.11.06.021-6	TESTE DE SCHIRMER	R$ 3,51
02.11.06.022-4	TESTE DE VISAO DE CORES	R$ 3,51
02.11.06.023-2	TESTE ORTÓPTICO	R$ 12,87
02.11.06.025-9	TONOMETRIA	R$ 3,51
02.11.06.026-7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÓRNEA (CERATOSCOPIA)	R$ 31,28
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA (OCT)	R$ 62,56
CISMEP-12	TRATAMENTO MEDICAMENTOSOS DE BLEFAROESPASMO COM TOXINA BOTULÍNICA	R$ 88,62
03.03.05.023-3	TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DA DOENÇA DA RETINA	R$ 88,33

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO AMBULATORIAL - S.A.

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.01.01.009-7	BIÓPSIA DE CONJUNTIVA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 103,96
02.01.01.011-9	BIÓPSIA DE CÓRNEA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 101,92
02.01.01.018-6	BIÓPSIA DE ESCLERA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 101,92
02.01.01.035-6	BIÓPSIA DE PÁLPEBRA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 110,86
04.05.01.004-4	DRENAGEM DE ABSCESSO DE PÁLPEBRA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 31,86
04.05.01.005-2	EPILAÇÃO A LASER - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 115,02
04.05.01.006-0	EPILACAO DE CILIOS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 45,21
04.05.01.010-9	OCLUSAO DE PONTO LACRIMAL (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 26,62
04.05.01.014-1	SIMBLEFAROPLASTIA - UNILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 398,35
04.05.01.016-8	SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 91,75
04.05.01.017-6	SUTURA DE PÁLPEBRAS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 295,47
04.05.01.018-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BLEFAROCALASE - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 811,19
04.05.01.019-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TRIQUÍASE COM OU SEM ENXERTO (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 513,70
04.05.01.020-6	PUNCTOPLASTIA - UNILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 137,45
04.05.03.003-7	CRIOTERAPIA OCULAR	R$ 161,32

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 03/04/2026 17:34 -03:00 03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p/26891405848e

04.05.03.004-5	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER (APAC)	R$	112,19
04.05.03.005-3	INJEÇÃO INTRA-VITREO (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$	275,14
CISMEP-13	INJEÇÃO INTRA-VITREO COM ANTIBIÓTICO	R$	90,62
04.05.03.009-6	SUTURA DE ESCLERA (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$	224,08
04.05.03.010-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEISCÊNCIA DE SUTURA DE ESCLERA	R$	236,12
04.05.03.011-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MIÍASE PALPEBRAL (BILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$	32,26
04.05.03.012-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE NEOPLASIA DE ESCLERA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$	426,40
04.05.03.015-0	VITRIÓLISE A YAG LASER (BPA CONSOLIDADO)	R$	74,20
04.05.03.019-3	PAN-FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA A LASER CORRESPONDE A 4 PROCEDIMENTOSDE FOTOCOAGULAÇÃO A LASER. (APAC)	R$	448,80
04.05.03.021-5	RETINOPEXIA PNEUMÁTICA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$	550,96
04.05.03.022-3	REMOÇÃO DE ÓLEO DE SILICONE (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$	664,14
04.05.04.013-0	INJEÇÃO RETROBULBAR/ PERIBULBAR	R$	34,35
04.05.04.019-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO XANTELASMA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$	323,21
04.05.05.002-0	CAPSULOTOMIA A YAG LASER (APAC)	R$	117,57
04.05.05.003-8	CAUTERIZAÇÃO DE CÓRNEA	R$	26,92
04.05.05.006-2	CORREÇÃO DE ASTIGMATISMO SECUNDÁRIO	R$	26,92
04.05.05.007-0	CORRECAO CIRURGICA DE HERNIA DE IRIS	R$	414,11
04.05.05.008-9	EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA	R$	277,73
04.05.05.012-7	FOTOTRABECULOPLASTIA A LASER (APAC)	R$	46,92
04.05.05.016-0	INJEÇÃO SUBCONJUNTIVAL/SUBTENONIANA	R$	13,90
04.05.05.017-8	IRIDECTOMIA CIRÚRGICA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$	407,47
04.05.05.019-4	IRIDOTOMIA A LASER (APAC)	R$	82,10
04.05.05.020-8	PARACENTESE DE CÂMARA ANTERIOR	R$	114,43
04.05.05.021-6	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$	209,77
04.05.05.024-0	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA ANTERIOR DO OLHO (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$	476,28
04.05.05.025-9	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO NA CÓRNEA	R$	30,17
04.05.05.026-7	SINEQUIÓLISE A YAG LASER (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$	46,92
04.05.05.029-1	SUTURA DE CONJUNTIVA	R$	120,39
04.05.05.030-5	SUTURA DE CÓRNEA	R$	235,36
04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO	R$	339,44
CISMEP-11	CROSSLINKING	R$	437,89
04.05.05.028-3	SUBSTITUIÇÃO DE LENTE INTRA-OCULAR	R$	902,28

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H.

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
02.01.01.011-9	BIÓPSIA DE CÓRNEA	R$	109,76
02.01.01.024-0	BIÓPSIA DE ÍRIS, CORPO CILIAR, RETINA, CORÓIDE E VÍTREO	R$	274,59
03.08.04.001-5	TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS OU CLÍNICOS	R$	318,21
04.05.01.001-0	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ENTRÓPIO E ECTRÓPIO (BILATERAL)	R$	463,08
04.05.01.007-9	EXERESE DE CALÁZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PÁLPEBRA E SUPERCÍLIOS (UNILATERAL)	R$	213,99
04.05.01.002-8	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE EPICANTO E TELECANTO	R$	328,22
04.05.01.003-6	DACRIOCISTORRINOSTOMIA (UNILATERAL)	R$	1.961,38
04.05.01.008-7	EXTIRPAÇÃO DE GLÂNDULA LACRIMAL	R$	926,74
04.05.01.011-7	RECONSTITUIÇÃO DE CANAL LACRIMAL (UNILATERAL)	R$	811,61
04.05.01.012-5	RECONSTITUIÇÃO PARCIAL DA PÁLPEBRA COM TARSORRAFIA (BILATERAL)	R$	633,26
04.05.01.013-3	RECONSTITUIÇÃO TOTAL DE PÁLPEBRA	R$	1.700,80
04.05.01.015-0	SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL (BILATERAL)	R$	239,75
04.05.01.017-6	SUTURA DE PÁLPEBRAS (BILATERAL)	R$	179,36
04.05.02.001-5	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MÚSCULOS HIPERTROPIAS)	R$	2.770,78
04.05.02.002-3	CORREÇÃO CIRÚRGICA DO ESTRABISMO (ATÉ 2 MÚSCULOS)	R$	1.781,91
04.05.03.002-9	BIÓPSIA DE TUMOR INTRA-OCULAR	R$	113,10
04.05.03.007-0	RETINOPEXIA COM INTROFLEXÃO ESCLERAL	R$	1.659,71
04.05.03.009-6	SUTURA DE ESCLERA	R$	290,66
04.05.03.013-4	VITRECTOMIA ANTERIOR	R$	564,60
04.05.03.014-2	VITRECTOMIA POSTERIOR	R$	2.577,86
04.05.03.016-9	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER	R$	3.437,75
04.05.03.017-7	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO, ÓLEO DE SILICONE E ENDOLASER	R$	3.977,71
CISMEP-03	MEMBRANECTOMIA	R$	399,[illegible]
CISMEP-04	TROCA FLUIDO GASOSA	R$	240,[illegible]
CISMEP-05	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA POSTERIOR DO OLHO	R$	400,[illegible]
04.05.03.020-7	DRENAGEM DE HEMORRAGIA DE CORÓIDE	R$	533,81
04.05.04.001-6	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE LAGOFTALMO	R$	471,54
04.05.04.007-5	EVISCERAÇÃO DE GLOBO OCULAR	R$	1.218,50
04.05.04.018-0	TRANSPLANTE DE PERIÓSTEO EM ESCLEROMALÁCIA	R$	1.409,82
04.05.04.020-2	TRATAMENTO DE PTOSE PALBEBRAL	R$	777,37
04.05.05.001-1	CAPSULECTOMIA POSTERIOR CIRÚRGICA	R$	354,44
04.05.05.004-6	CICLOCRIOCOAGULAÇÃO/DIATERMIA	R$	691,40
04.05.05.005-4	CICLODIÁLISE	R$	533,59
04.05.05.013-5	IMPLANTE DE PRÓTESE ANTI-GLAUCOMATOSA	R$	2.042,24
04.05.05.021-6	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL	R$	220,30
04.05.05.022-4	RECONSTITUIÇÃO DE FÓRNIX CONJUNTIVAL	R$	729,61
04.05.05.032-1	TRABECULECTOMIA (CIRURGIA FISTULIZANTE ANTIGLAUCOMATOSA)	R$	1.673,59
04.05.05.035-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE GLAUCOMA CONGÊNITO	R$	1.455,45
04.05.05.039-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEISCÊNCIA DE SUTURA DE CÓRNEA	R$	283,43
07.02.07.004-1	ESFERA DE MULER (PROCED. ESPECIAL)	R$	91,79
07.02.07.005-0	TUBO DE DRENAGEM PARA GLAUCOMA (PROCED. ESPECIAL)	R$	1.223,91
04.05.04.010-5	EXPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR LIO	R$	995,83
04.05.04.021-0	REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRA- OCULAR	R$	533,82
04.05.05.009-7	FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR	R$	1.038,89
04.05.05.010-0	FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR	R$	779,04
04.05.05.011-9	FACOEMULSIFICAÇÃO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR RÍGIDA	R$	1.038,89
04.05.05.014-3	IMPLANTE INTRAESTROMAL	R$	2.285,22
04.05.05.015-1	IMPLANTE SECUNDÁRIO DE LENTE INTRA- OCULAR LIO	R$	1.320,41
04.05.05.037-2	FACOEMULSIFICACAO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL	R$	1.038,89
04.05.05.038-0	CIRURGIA DE CATARATA CONGÊNITA	R$	1.053,46

Este documento foi gerado pelo usuário [illegible] em 04/12/2025 13:03:[illegible] - PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p/26891405848e

OFTALMOLOGIA OURO PRETO

PACOTE BÁSICO DA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA INFANTIL - OURO PRETO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA (QUANTIDADE 1)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR PACIENTE (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	R$ 190,75
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
SEM CÓDIGO SUS	RETINOSCOPIA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
	TOTAL DO PACOTE	

PACOTE MIGUILIM - UNIDADE OURO PRETO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA	R$ 43,50
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO	R$ 28,73
02.11.06.022-4	TESTE DE VISAO DE CORES	R$ 5,74
02.11.06.023-2	TESTE ORTÓPTICO	R$ 17,24
02.11.06.025-9	TONOMETRIA	R$ 3,97
04.05.05.025-9	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO NA CÓRNEA	R$ 73,38

PACOTE MIGUILIM - ÓCULOS COM LENTES CORRETIVAS - UNIDADE OURO PRETO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
07.01.04.005-0	ARMAÇAO PARA ÓCULOS ALTO INDICE GRAU FORTE MODELO INFANTIL FEMININO E MASCULINO - MATERIAL EM METAL OU ACETATO COM ARO TOTAL, ARO	R$ 87,00
07.01.04.005-0	ARMAÇAO PARA OCULOS MODELO INFANTIL FEMININO E MASCULINO - MATERIAL EM METAL OU ACETATO COM ARO TOTAL, ARO QUADRADO OU REDONDO	R$ 86,00
07.01.04.005-0	LENTES OFTALMICAS MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO INDICE DE -10.00 A + 9.50 ESFÉRICO E CILINDRO ATE -6.00; CONFORME RECEITUARIO MÉDICO	R$ 39,00
07.01.04.005-0	LENTES OFTALMICAS MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO ÍNDICE DE -8.00 A +6.00 ESFÉRICO E CILINDRO ATE -4,00; CONFORME RECEITUARIO MEDICO	R$ 39,00
07.01.04.005-0	LENTES OFTALMICAS MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO INDICE GRAU FORTE, ALTA DIOPITRIA DE -12.50 A -23.00 ESFERICO E CILINDRO ATE -9.00; CONFORME	R$ 45,00
07.01.04.005-0	LENTES OFTALMICAS MONOFOCAIS VISAO SIMPLES ANTI-REFLEXO DE PLANO -4.00 A + 4.00 ESFERICO, CILINDRO ATE -2.00; CONFORME RECEITUARIO MEDICO	R$ 61,00
07.01.04.005-0	LENTES OFTALMICAS MONOFOCAIS VISAO SIMPLES ANTI REFLEXO DE PLANO -6.00 A +6.00 ESFERICO, CILINDRO ATE -4.00; CONFORME RECEITUARIO MEDICO	R$ 58,00
07.01.04.005-0	LENTES OFTALMICAS MULTIFOCAIS ALTO INDICE DE -10.00 A + 6.00 ESFERICO E CILINDRO ATE - 6.00; ADICAO DE +1.00 A +3.50 ALTURA MINIMA DE 22MM	R$ 59,00
07.01.04.005-0	LENTES OFTALMICAS MULTIFOCAIS VISAO SIMPLES DE -4.00 A +7.00 ESFERICO E CILINDRO ATE - 4.00; ADICAO DE +1.00 A +3.00 ALTURA MINIMA DE 22MM	R$ 74,90

AVALIAÇÃO DE CATARATA - UNIDADE OURO PRETO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CATARATA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.001-1	BIOMETRIA ULTRASSONICA MONOCULAR (ECO A) (R$ 24,24 QUANTIDADE 2)	
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	R$ 170,46
02.05.02.008-9	ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	

CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAVALIAÇÃO DE GLAUCOMA - OURO PRETO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.010-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.010-0	FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA (QUANTIDADE 1)	R$ 180,58
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR (QUANTIDADE 2)	
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	

DESCRIÇÃO DOS TRATAMENTOS MEDICAMENTOSOS DE GLAUCOMA - OURO PRETO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.03.05.003-9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (1ª LINHA)	R$ 18,66
03.03.05.004-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (2ª LINHA)	R$ 79,3[illegible]
03.03.05.005-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (3ª LINHA)	R$ 127,98
03.03.05.006-3	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (1ª LINHA)	R$ 12,44
03.03.05.007-1	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (2ª LINHA)	R$ 52,9[illegible]
03.03.05.008-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (3ª LINHA)	R$ 85,3[illegible]
03.03.05.009-8	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE ACETAZOLAMIDA MONOCULAR OU BINOCULAR	R$ 93,[illegible]
03.03.05.010-1	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA MONOCULAR	R$ 8,[illegible]
03.03.05.011-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA BINOCULAR	R$ 13,[illegible]
03.03.05.015-2	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - MONOCULAR	R$ 65,36
03.03.05.016-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - BINOCULAR	R$ 98,04
03.03.05.017-9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR	R$ 97,77
03.03.05.018-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO PACIENTE GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR	R$ 146,64
03.03.05.019-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR	R$ 138,25
03.03.05.020-9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR	R$ 207,36
03.03.05.021-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS	R$ 150,69
03.03.05.022-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS	R$ 226,02

AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CÓRNEA - OURO PRETO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CÓRNEA (QUANTIDADE 1)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.026-7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÓRNEA-CERATOSCOPIA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	R$ 139,88
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR (QUANTIDADE 2) (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	

AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE ESTRABISMO - OURO PRETO

Tabela 19	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM ESTRABISMO (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.023-2	TESTE ORTÓPTICO (QUANTIDADE 1)	R$ 139,88

AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE PLÁSTICA OCULAR - OURO PRETO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM PLÁSTICA OCULAR (QUANTIDADE 1)	R$ 139,88

AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA - OURO PRETO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM RETINA	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (2)	R$ 177,47

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 06/04/2026 17:34 -03:00 03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p/26891405848e

02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (2)	
02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	

EXAMES OFTALMOLOGIA - OURO PRETO		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR	R$ 19,78
02.05.02.008-9	ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B	R$ 60,24
02.11.06.014-3	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA - MONOCULAR	R$ 60,24
02.11.06.001-1	BIOMETRIA ULTRASSONICA MONOCULAR (ECO A)	R$ 31,79
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO	R$ 14,45
02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (BINOCULAR)	R$ 73,50
02.11.06.005-4	CERATOMETRIA	R$ 5,34
02.11.06.006-2	CURVA DIARIA DE PRESSÃO OCULAR - CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS)	R$ 19,65
02.11.06.010-0	FUNDOSCOPIA	R$ 4,62
02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA	R$ 19,65
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO	R$ 33,41
02.11.06.018-6	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	R$ 112,80
02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	R$ 33,41
02.11.06.021-6	TESTE DE SCHIRMER	R$ 6,68
02.11.06.022-4	TESTE DE VISAO DE CORES	R$ 6,68
02.11.06.023-2	TESTE ORTÓPTICO	R$ 20,05
02.11.06.025-9	TONOMETRIA	R$ 4,62
02.11.06.028-4	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA (OCT) - BINOCULAR	R$ 124,08
02.11.06.026-7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÓRNEA (CERATOSCOPIA) - BINOCULAR	R$ 58,81

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS - UNIDADE OURO PRETO		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.05.01.014-1	SIMBLEFAROPLASTIA - UNILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 46,24
04.05.01.018-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BLEFAROCALASE - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 1.290,77
CISMEP-13	INJEÇÃO INTRA-VITREO COM ANTIBIÓTICO	R$ 115,61
04.05.04.019-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO XANTELASMA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 149,13
04.05.05.016-0	INJEÇÃO SUBCONJUNTIVAL/SUBTENONIANA	R$ 25,43
04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO	R$ 445,08
04.05.01.007-9	EXERESE DE CALÁZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PÁLPEBRA E SUPERCÍLIOS (UNILATERAL)	R$ 133,65
04.05.01.001-0	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ENTRÓPIO E ECTRÓPIO (BILATERAL)	R$ 307,40
04.05.01.002-8	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE EPICANTO E TELECANTO	R$ 374,22
04.05.01.003-6	DACRIOCISTORRINOSTOMIA (UNILATERAL)	R$ 922,18
04.05.01.008-7	EXTIRPAÇÃO DE GLÂNDULA LACRIMAL	R$ 668,24
04.05.01.011-7	RECONSTITUIÇÃO DE CANAL LACRIMAL (UNILATERAL)	R$ 922,18
04.05.01.012-5	RECONSTITUIÇÃO PARCIAL DA PÁLPEBRA COM TARSORRAFIA (BILATERAL)	R$ 481,13
04.05.01.015-0	SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL (BILATERAL)	R$ 236,99
04.05.01.017-6	SUTURA DE PÁLPEBRAS (BILATERAL)	R$ 213,84
04.05.05.002-0	CAPSULOTOMIA A YAG LASER	R$ 130,20
04.05.05.019-4	IRIDOTOMIA A LASER	R$ 130,20
04.05.03.004-5	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER	R$ 124,25
04.05.03.005-3	INJEÇÃO INTRA-VITREO COM AVASTIM	R$ 559,08
04.05.04.001-6	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE LAGOFTALMO	R$ 380,90
04.05.04.006-7	ENUCLEAÇÃO DO GLOBO OCULAR	R$ 485,55
04.05.04.007-5	EVISCERAÇÃO DE GLOBO OCULAR	R$ 682,01
04.05.04.020-2	TRATAMENTO DE PTOSE PALBEBRAL	R$ 654,88
04.05.05.013-5	IMPLANTE DE PRÓTESE ANTI-GLAUCOMATOSA	R$ 935,55
04.05.05.021-6	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL	R$ 253,99
04.05.05.032-1	TRABECULECTOMIA (CIRURGIA FISTULIZANTE ANTIGLAUCOMATOSA)	R$ 1.269,68
04.15.01.001-2	TUBO DE DRENAGEM PARA GLAUCOMA (PROCED. ESPECIAL)	R$ 1.470,15
04.05.04.010-5	EXPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR LIO	R$ 982,66
04.05.04.021-0	REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRA- OCULAR	R$ 614,79
04.05.05.009-7	FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR	R$ 1.572,25
04.05.05.010-0	FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR	R$ 1.277,48
04.05.05.011-9	FACOEMULSIFICAÇÃO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR RÍGIDA	R$ 1.572,25
04.05.05.014-3	IMPLANTE INTRAESTROMAL	R$ 1.704,73
04.05.05.015-1	IMPLANTE SECUNDÁRIO DE LENTE INTRA- OCULAR LIO	R$ 1.572,25
04.05.05.037-2	FACOEMULSIFICACAO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL	R$ 1.445,09

ESTE DOCUMENTO É CÓPIA DO ORIGINAL, ASSINADO DIGITALMENTE POR 1 e Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais em 06/04/2023 às 13:41:38
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.tjmg.com.br/p/26891405848e

OFTALMOLOGIA UNIDADES EXTERNAS

PACOTE BÁSICO DA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - UNIDADES EXTERNAS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA (QUANTIDADE 1)	R$ 69,36
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR PACIENTE (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	

AVALIAÇÃO DE CATARATA - UNIDADES EXTERNAS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CATARATA (QUANTIDADE 1)	R$ 122,54
02.11.06.001-1	BIOMETRIA ULTRASSONICA MONOCULAR (ECO A)	
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
02.05.02.008-9	ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	

AVALIAÇÃO CIRÚRGICA DE GLAUCOMA - UNIDADES EXTERNAS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)	R$ 92,88
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA	
02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	

03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	

CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAVALIAÇÃO DE GLAUCOMA - UNIDADES EXTERNAS		
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**
03.01.01.010-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)	R$ 149,73
	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
	FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1)	
	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA (QUANTIDADE 1)	
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - **MONOCULAR**	
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
02.11.06.006-2	CURVA DIARIA DE PRESSAO (CDP - 3 MEDIDAS)	
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO	
02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	

ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DE GLAUCOMA - UNIDADES EXTERNAS		
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**
03.03.05.001-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)	R$ 46,24
	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
	FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	

DESCRIÇÃO DOS TRATAMENTOS MEDICAMENTOSOS DE GLAUCOMA - UNIDADES EXTERNAS		
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**
03.03.05.003-9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (1ª LINHA)	R$ 18,66
03.03.05.004-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (2ª LINHA)	R$ 79,38
03.03.05.005-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (3ª LINHA)	R$ 127,98
03.03.05.006-3	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (1ª LINHA)	R$ 12,44
03.03.05.007-1	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (2ª LINHA)	R$ 52,92
03.03.05.008-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (3ª LINHA)	R$ 85,33
03.03.05.009-8	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE ACETAZOLAMIDA MONOCULAR OU BINOCULAR	R$ 93,10
03.03.05.010-1	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA MONOCULAR	R$ 8,93
03.03.05.011-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA BINOCULAR	R$ 13,39
03.03.05.015-2	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - MONOCULAR	R$ 65,36
03.03.05.016-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - BINOCULAR	R$ 98,04
03.03.05.017-9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR	R$ 97,77
03.03.05.018-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO PACIENTE GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR	R$ 146,64
03.03.05.019-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR	R$ 138,25
03.03.05.020-9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA -2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR	R$ 207,36
03.03.05.021-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS	R$ 150,65
03.03.05.022-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS	R$ 226,02

AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CÓRNEA - UNIDADES EXTERNAS		
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTAEM CÓRNEA (QUANTIDADE 1)	R$ 74,55
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.026-7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÓRNEA-CERATOSCOPIA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) (24.24)	
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - **MONOCULAR** (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	

AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE ESTRABISMO - UNIDADES EXTERNAS		
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM ESTRABISMO (QUANTIDADE 1)	R$ 95,29
02.11.06.023-2	TESTE ORTÓPTICO (QUANTIDADE 1)	

AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE PLÁSTICA OCULAR - UNIDADES EXTERNAS		
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM PLÁSTICA OCULAR (QUANTIDADE 1)	R$ 69,38

AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA - UNIDADES EXTERNAS		
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM RETINA (QUANTIDADE 1)	R$ 196,53
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.028-4	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.018-6	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	

AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CIRURGIAS RETINIANAS - AVAL. DEPARTAMENTO DE VITRECTOMIA - UNIDADES EXTERNAS		
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CIRURGIAS RETINIANAS (QUANTIDADE 1)	R$ 196,53
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)	
02.05.02.008-9	ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA **(MONOCULAR)** - ECO B- (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO	
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	

AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA - CONTROLE DE VITRECTOMIA - UNIDADES EXTERNAS		
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CIRURGIAS RETINIANAS (QUANTIDADE 1)	R$ 138,73
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
02.05.02.008-9	ECO-B ULTRA-SOM DE GLOBO OCULAR/ÓRBITA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	

AVALIAÇÃO DE RETINA PÓS INJEÇÃO INTRA-VITREO - UNIDADES EXTERNAS		
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM RETINA (QUANTIDADE 1)	R$ 138,73
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	

EXAMES EM OFTALMOLOGIA - UNIDADES EXTERNAS		
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR	R$ 40,46

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 06/04/2026 07:41:30 (GMT-03:00)
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p/26881405848e

02.05.02.008-9	ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B	R$	57,80
02.11.06.001-1	BIOMETRIA ULTRASSONICA MONOCULAR (ECO A)	R$	40,46
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO	R$	23,12
02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA	R$	52,02
02.11.06.006-2	CURVA DIARIA DE PRESSÃO OCULAR - CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS)	R$	28,90
02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA	R$	28,90
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (MONOCULAR)	R$	40,46
02.11.06.015-1	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL	R$	52,02
02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	R$	86,71
02.11.06.018-6	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	R$	115,61
02.11.06.025-9	TONOMETRIA	R$	5,78
02.11.06.026-7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÓRNEA (CERATOSCOPIA)	R$	69,36
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA (OCT)	R$	69,36
CISMEP-12	TRATAMENTO MEDICAMENTOSOS DE BLEFAROESPASMO COM TOXINA BOTULÍNICA (SEM A TOXINA, TOXINA FORNECIDA PELO ESTADO)	R$	98,27

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO AMBULATORIAL - S.A. - UNIDADES EXTERNAS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
02.01.01.009-7	BIÓPSIA DE CONJUNTIVA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$	158,14
02.01.01.018-6	BIÓPSIA DE ESCLERA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$	113,02
02.01.01.035-6	BIÓPSIA DE PÁLPEBRA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$	148,08
04.05.01.004-4	DRENAGEM DE ABSCESSO DE PÁLPEBRA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$	150,29
04.05.01.005-2	EPILAÇÃO A LASER - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$	333,51
04.05.01.006-0	EPILACAO DE CILIOS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$	40,40
04.05.01.014-1	SIMBLEFAROPLASTIA - UNILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$	303,95
04.05.01.016-8	SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$	238,22
04.05.01.017-6	SUTURA DE PÁLPEBRAS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$	263,58
04.05.01.018-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BLEFAROCALASE - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$	1.028,13
04.05.01.019-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TRIQUÍASE COM OU SEM ENXERTO (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$	361,85
04.05.03.004-5	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER secao (APAC)	R$	86,88
04.05.03.005-3	INJEÇÃO INTRA-VITREO (BPA INDIVIDUALIZADO) (com Avastim)	R$	430,06
CISMEP-13	INJEÇÃO INTRA-VITREO COM ANTIBIÓTICO (dexametasona e/ou ceftriaxona e/ou vancomicina)	R$	208,09
04.05.03.009-6	SUTURA DE ESCLERA (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$	248,46
04.05.03.015-0	VITRIÓLISE A YAG LASER (BPA CONSOLIDADO)	R$	78,61
04.05.03.019-3	PAN-FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA A LASER CORRESPONDE A 4 PROCEDIMENTOSDE FOTOCOAGULAÇÃO A LASER. (APAC)	R$	208,09
04.05.03.021-5	RETINOPEXIA PNEUMÁTICA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$	610,92
04.05.03.022-3	REMOÇÃO DE ÓLEO DE SILICONE (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$	736,42
04.05.04.019-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO XANTELASMA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$	301,04
04.05.05.002-0	CAPSULOTOMIA A YAG LASER (APAC)	R$	119,11
04.05.05.003-8	CAUTERIZAÇÃO DE CÓRNEA	R$	29,89
04.05.05.008-9	EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA	R$	213,64
04.05.05.012-7	FOTOTRABECULOPLASTIA A LASER (APAC)	R$	52,02
04.05.05.016-0	INJEÇÃO SUBCONJUNTIVAL/SUBTENONIANA	R$	15,41
04.05.05.017-8	IRIDECTOMIA CIRÚRGICA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$	451,83
04.05.05.019-4	IRIDOTOMIA A LASER (APAC)	R$	119,11
04.05.05.020-8	PARACENTESE DE CÂMARA ANTERIOR	R$	126,88
04.05.05.021-6	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$	221,53
04.05.05.024-0	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA ANTERIOR DO OLHO (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$	528,12
04.05.05.025-9	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO NA CÓRNEA	R$	33,46
04.05.05.026-7	SINEQUIÓLISE A YAG LASER (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$	78,61
04.05.05.029-1	SUTURA DE CONJUNTIVA	R$	133,46
04.05.05.030-5	SUTURA DE CÓRNEA	R$	260,93
04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO	R$	411,76
CISMEP	CROSSLINKING	R$	1.168,05

PROCEDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H. - UNIDADES EXTERNAS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
02.01.01.024-0	BIÓPSIA DE ÍRIS, CORPO CILIAR, RETINA, CORÓIDE E VÍTREO	R$	283,26
04.05.01.001-0	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ENTRÓPIO E ECTRÓPIO (BILATERAL)	R$	289,02
04.05.01.007-9	EXERESE DE CALÁZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PÁLPEBRA E SUPERCÍLIOS (UNILATERAL)	R$	113,46
04.05.01.002-8	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE EPICANTO E TELECANTO	R$	322,70
04.05.01.003-6	DACRIOCISTORRINOSTOMIA (UNILATERAL)	R$	936,00
04.05.01.011-7	RECONSTITUIÇÃO DE CANAL LACRIMAL (UNILATERAL)	R$	867,05
04.05.01.012-5	RECONSTITUIÇÃO PARCIAL DA PÁLPEBRA COM TARSORRAFIA (BILATERAL)	R$	439,31
04.05.01.015-0	SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL (BILATERAL)	R$	289,02
04.05.01.017-6	SUTURA DE PÁLPEBRAS (BILATERAL)	R$	208,09
04.05.02.001-5	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MÚSCULOS HIPERTROPIAS)	R$	1.572,25
04.05.02.002-3	CORREÇÃO CIRÚRGICA DO ESTRABISMO (ATÉ 2 MÚSCULOS)	R$	1.132,95
04.05.03.007-0	RETINOPEXIA COM INTROFLEXÃO ESCLERAL	R$	1.005,43
04.05.03.009-6	SUTURA DE ESCLERA	R$	285,55
04.05.03.013-4	VITRECTOMIA ANTERIOR	R$	554,64
04.05.03.014-2	VITRECTOMIA POSTERIOR	R$	2.532,37
04.05.03.016-9	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER	R$	3.377,08
04.05.03.017-7	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO, ÓLEO DE SILICONE E ENDOLASER	R$	3.907,51
CISMEP-03	MEMBRANECTOMIA	R$	392,25
CISMEP-04	TROCA FLUIDO GASOSA	R$	235,95
CISMEP-05	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA POSTERIOR DO OLHO	R$	393,76
04.05.04.001-6	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE LAGOFTALMO	R$	439,31
04.05.04.006-7	ENUCLEAÇÃO DO GLOBO OCULAR	R$	751,45
04.05.04.007-5	EVISCERAÇÃO DE GLOBO OCULAR	R$	832,37
04.05.04.018-0	TRANSPLANTE DE PERIÓSTEO EM ESCLEROMALÁCIA	R$	1.384,95
04.05.04.020-2	TRATAMENTO DE PTOSE PALBEBRAL	R$	786,13
04.05.05.001-1	CAPSULECTOMIA POSTERIOR CIRÚRGICA	R$	439,31
04.05.05.004-6	CICLOCRIOCOAGULAÇÃO/DIATERMIA	R$	679,20
04.05.05.021-6	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL	R$	254,34
04.05.05.022-4	RECONSTITUIÇÃO DE FÓRNIX CONJUNTIVAL	R$	533,53
04.05.05.032-1	TRABECULECTOMIA (CIRURGIA FISTULIZANTE ANTIGLAUCOMATOSA)	R$	1.208,98

ESTE DOCUMENTO FOI GERADO PELO USUÁRIO 06047202470 EM 04/12/2024 17:06:03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/pd26891405848e

04.05.05.035-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE GLAUCOMA CONGÊNITO	R$	1.429,77
04.05.05.039-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEISCÊNCIA DE SUTURA DE CÓRNEA	R$	278,43
04.05.04.010-5	EXPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR LIO	R$	978,25
04.05.04.021-0	REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRA- OCULAR	R$	524,40
04.05.05.009-7	FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR	R$	998,80
04.05.05.010-0	FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR	R$	988,15
04.05.05.011-9	FACOEMULSIFICAÇÃO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR RÍGIDA	R$	1.149,00
04.05.05.014-3	IMPLANTE INTRAESTROMAL	R$	2.312,14
04.05.05.015-1	IMPLANTE SECUNDÁRIO DE LENTE INTRA- OCULAR LIO	R$	1.445,09
04.05.05.037-2	FACOEMULSIFICACAO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL	R$	1.149,00
PROCEDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS ESPECIAIS - UNIDADES EXTERNAS			
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**	
CISMEP-45	PENTACAM (TOMOGRAFIA DE CORNEA)	R$	289,02
CISMEP-46	SEDACAO PARA PLASTICA OCULAR	R$	161,85
CISMEP-47	INJECAO INTRA-VITREA DE EYLIA (AFLIBICERPT) COM OCT 30 DIAS APOS GRUPOS DE 3 APLICACAÇÕES	R$	1.965,32
CISMEP-48	INJECAO INTRA-VITREA DE LUCENTIS (RANIZUBIMABE) COM OCT 30 DIAS APOS GRUPOS DE 3 APLICACAÇÕES	R$	2.977,79
CISMEP-49	CIRURGIA DE PRK - REFRATIVA A LASER BINOCULAR	R$	2.509,50
CISMEP-50	CIRURGIA DE PRK - REFRATIVA A LASER MONOCULAR	R$	1.098,27
CISMEP-51	AVALIACAO DE CIRURGIA REFRATIVA A LASER - INCLUI PENTACAM	R$	404,62

TABELA 02 - OTORRINOLARINGOLOGIA

CONSULTA EM OTORRINOLARINGOLOGIA			
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**	
03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA (OTORRINOLARINGOLOGIA)	R$	66,92
03.01.01.007-2	AVAL. NO DEPART. DE MICROCIRURGIA DE LARINGE	R$	69,22
03.01.01.007-2	AVAL. NO DEPART.CIRUR. DE SINUSITES E POLIPOS NASAIS	R$	69,22
03.01.01.007-2	AVAL. NO DEPART. DE AMIGDALAS E ADENOIDES	R$	69,22
03.01.01.007-2	AVAL. NO DEPART. DE CIRUR. DE OUVIDO - OTORRINO	R$	69,22
03.01.01.007-2	AVAL. NO DEPART. DE CIRURGIA DE SEPTO NASAL E CORNETOS	R$	69,22
EXAMES EM OTORRINOLARINGOLOGIA			
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**	
02.09.04.002-5	LARINGOSCOPIA	R$	69,22
02.09.04.004-1	VIDEOLARINGOSCOPIA (FIBRONASOLARINGOSCOPIA)	R$	98,71
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO AMBULATORIAL - S.A.			
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**	
02.01.01.008-9	BIÓPSIA DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO	R$	33,39
02.01.01.019-4	BIÓPSIA DE FARINGE (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$	33,39
02.01.01.036-4	BIÓPSIA DE PAVILHAO AURICULAR	R$	25,44
02.01.01.039-9	BIÓPSIA DE PIRAMIDE NASAL	R$	33,39
02.01.01.044-5	BIÓPSIA DE SEIO PARANASAL	R$	33,39
02.01.01.052-6	BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA	R$	36,56
04.04.01.007-5	DRENAGEM DE FURÚNCULO NO CONDUTO AUDITIVO EXTERNO	R$	30,29
04.04.01.015-6	INFILTRAÇÃO MEDICAMENTOSA EM CORNETO INFERIOR	R$	20,66
04.04.01.024-5	MIRINGOTOMIA	R$	20,66
04.04.01.025-3	PARACENTESE DO TÍMPANO	R$	25,44
04.04.01.026-1	PUNÇÃO TRANSMEÁTICA DO SEIO MAXILAR (UNILATERAL)	R$	20,66
04.04.01.027-0	REMOCAO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO UNILATERAL/BILATERAL	R$	34,61
04.04.01.029-6	RESSECCAO DE SINÉQUIAS	R$	66,80
04.04.01.031-8	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO, FARINGE, LARINGE, NARIZ	R$	64,61
04.04.01.034-2	TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR E/OU POSTERIOR	R$	30,30
04.04.01.036-9	TIMPANOTOMIA PARA TUBO DE VENTILAÇÃO	R$	496,35
04.04.01.039-3	TRATAMENTO CIRURGICO DE PERICONDRITE DE PAVILHÃO	R$	66,78
04.04.01.044-0	ANTROSTOMIA MAXILAR INTRA-NASAL	R$	79,45
04.04.02.005-4	DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS	R$	25,44
04.04.02.010-0	EXCISÃO EM CUNHA DE LÁBIO (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$	63,59
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H.			
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**	
02.01.01.026-7	BIOSPIA DE LESÃO DE PARTES MOLES POR AGULHA / CÉU ABERTO) - EXCLUSIVO PARA CASOS EM LARINGE REALIZADOS EM AMBIENTE HOSPITALAR (BLOCO	R$	695,00
03.08.04.001-5	TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS OU CLÍNICOS	R$	360,16
04.01.02.015-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO SINUS PRE-AURICULAR	R$	813,25
04.04.01.001-6	ADENOIDECTOMIA	R$	1.718,91
04.04.01.002-4	AMIGDALECTOMIA	R$	1.155,71
04.04.01.003-2	AMIGDALECTOMIA COM ADENOIDECTOMIA	R$	2.233,19
04.04.01.004-0	ANTROTOMIA DA MASTÓIDE (DRENAGEM DE OTITE NO LACTENTE)	R$	503,67
04.04.01.005-9	DRENAGEM DE ABSCESSO FARÍNGEO	R$	442,40
04.04.01.006-7	DRENAGEM DE ABSCESSO PERIAMIGDALIANO	R$	442,40
04.04.01.008-3	DRENAGEM DO SACO ENDO-LINFÁTICO (SHUNT) COM AUDIÇÃO VIA TRANSMASTÓIDEA (IDADE MÍNIMA DE 12 ANOS)	R$	1.387,24
04.04.01.010-5	ESTAPEDECTOMIA	R$	2.652,82
04.04.01.011-3	EXÉRESE DE PAPILOMA EM LARINGE	R$	1.830,33
04.04.01.012-1	EXÉRESE DE TUMOR DE VIAS AÉREAS SUPERIORES, FACE E PESCOÇO	R$	1.418,66
04.04.01.013-0	EXTIRPAÇÃO DO TUMOR DO CAVUM E FARINGE	R$	427,89
04.04.01.016-4	LABIRINTECTOMIA MEMBRANOSA/ÓSSEA COM OU SEM AUDIÇÃO	R$	1.395,31
04.04.01.021-0	MASTOIDECTOMIA RADICAL	R$	3.310,14
04.04.01.022-9	MASTOIDECTOMIA SUBTOTAL	R$	2.398,93
04.04.01.023-7	MICROCIRURGIA OTOLOGICA	R$	1.168,19
04.04.01.028-8	RESSECÇÃO DO GLOMO TIMPÂNICO	R$	1.459,55
04.04.01.031-8	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO/ FARINGE/LARINGE/NARIZ	R$	427,89
04.04.01.032-6	SINUSOTOMIA BILATERAL	R$	2.006,06
04.04.01.033-4	SINUSOTOMIA ESFENOIDAL	R$	2.176,89
04.04.01.035-0	TIMPANOPLASTIA (UNI/BILATERAL)	R$	1.916,69
04.04.01.037-7	TRAQUEOSTOMIA	R$	955,13
04.04.01.038-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ESTENOSE DO CONDUTO AUDITIVO	R$	1.001,89
04.04.01.040-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RINITE CRÔNICA (OZENA)	R$	576,23

PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/pa268814056838

04.04.01.041-5	TURBINECTOMIA (IDADE MÍNIMA DE 12 ANOS)	R$	1.306,43
CISMEP-06	ELETROCOAGULAÇÃO DE MUCOSA DE CORNETOS NASAIS EM PACIENTES COM IDADE ABAIXO DE 12 ANOS EM CIRURGIAS DE A + A	R$	186,04
04.04.01.048-2	SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	R$	1.403,62
04.04.01.049-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE IMPERFURAÇÃO COANAL (UNILATERAL/BILATERAL)	R$	543,98
04.04.01.050-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PERFURAÇÃO DO SEPTO NASAL	R$	543,98
04.04.01.051-2	SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR	R$	1.143,00
04.04.01.052-0	SEPTOPLASTIA REPARADORA NÃO ESTÉTICA	R$	395,65
04.04.01.053-9	RESSECÇÃO DE TUMOR DO ACÚSTICO (PELA FOSSA MÉDIA)	R$	992,22
04.04.01.055-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RINOFIMA	R$	589,13
04.04.02.001-1	ALONGAMENTO DE COLUMELA	R$	363,40
04.04.02.003-8	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORO-NASAL/ORO-SINUSAL	R$	734,24
04.04.02.004-6	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA SALIVAR COM RETALHO	R$	347,28
04.04.02.027-5	RESSECÇÃO DE LESÃO MALIGNA E BENIGNA DA REGIÃO CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL (IDADE MÍNIMA DE 10 ANOS)	R$	1.959,63
04.04.02.032-1	RINOPLASTIA PARA DEFEITOS PÓS-TRAUMÁTICOS	R$	1.479,67
04.04.02.034-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ATRESIA NARINÁRIA	R$	508,51
04.04.02.035-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA E CISTOS ORO-MAXILARES	R$	669,75
04.04.02.077-1	RESSECÇÃO DE LESÃO DA BOCA	R$	605,25
04.04.03.008-4	ALVEOLOPLASTIA COM ENXERTO ÓSSEO EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIOFACIAL	R$	1.754,86
04.13.04.023-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO NÃO ESTÉTICO DA ORELHA	R$	681,03
04.13.04.023-2	CIRURGIA DE OTOPLASTIA (CORRECAO DE ORELHA DE ABANO) - BILATERAL	R$	2.508,11

EXAMES EM OTORRINOLARINGOLOGIA - OURO PRETO			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO		VALOR ICISMEP
02.09.04.002-5	LARINGOSCOPIA	R$	79,76
02.09.04.004-1	VIDEOLARINGOSCOPIA (FIBRONASOLARINGOSCOPIA)	R$	113,10

PACOTE MIGUILIM - OTORRINOLARINGOLOGIA			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO		VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OTORRINOLARINGOLOGIA	R$	50,00

TABELA 03 - FONOAUDIOLOGIA

AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL (pacote)			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO		VALOR ICISMEP
02.11.07.004-1	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR - VIA AÉREA/ÓSSEA		
02.11.07.021-1	LOGOAUDIOMETRIA (AUDIOMETRIA VOCAL)		
02.11.07.032-7	TESTES ACUMÉTRICOS (DIAPASÃO)	R$	51,35
TOTAL DO PACOTE			

AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL + IMITÂNCIOMETRIA (pacote)			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO		VALOR ICISMEP
02.11.07.004-1	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR - VIA AÉREA/ÓSSEA		
02.11.07.021-1	LOGOAUDIOMETRIA (AUDIOMETRIA VOCAL)		
02.11.07.032-7	TESTES ACUMÉTRICOS (DIAPASÃO)		
02.11.07.020-3	IMITÂNCIOMETRIA (IMPEDÂNCIOMETRIA)	R$	75,33
TOTAL DO PACOTE			

ESTUDO DE OTOEMISSÕES ACÚSTICAS EVOCADAS TRANSITÓRIAS E POR PRODUTO DE DISTORÇÃO (EOA)			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO		VALOR ICISMEP
02.11.07.005-0	AVALIAÇÃO AUDITIVA COMPORTAMENTAL		
02.11.07.015-7	ESTUDO DE OTOEMISSÕES ACÚSTICAS EVOCADAS TRANSITÓRIAS E POR PRODUTO DE DISTORÇÃO - EOA	R$	67,64
TOTAL DO PACOTE			

AUDIOMETRIA DE REFORÇO VISUAL + IMITANCIOMETRIA			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO		VALOR ICISMEP
02.11.07.002-5	AUDIOMETRIA DE REFORÇO VISUAL (VIA AEREA / OSSEA)		
02.11.07.020-3	IMITÂNCIOMETRIA (IMPEDÂNCIOMETRIA)	R$	126,68
TOTAL DO PACOTE			

EXAMES			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO		VALOR ICISMEP
02.11.07.020-3	IMITANCIOMETRIA = IMPEDÂNCIOMETRIA	R$	49,[illegible]
02.11.07.035-1	TESTES VESTIBULARES/OTONEUROLÓGICOS	R$	77,[illegible]
02.11.07.034-3	TESTES DE PROCESSAMENTO AUDITIVO	R$	233,[illegible]
02.11.07.002-5	AUDIOMETRIA DE REFORÇO VISUAL (VIA AEREA / OSSEA)	R$	112,45
02.11.07.003-3	AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE	R$	89,61

POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA, MÉDIA E LONGA LATÊNCIA - BERA			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO		VALOR ICISMEP
02.11.07.026-2	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA, MÉDIA E LONGA LATÊNCIA (BERA) - SEM SEDAÇÃO ADULTO	R$	277,54
02.11.07.026-2	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA, MÉDIA E LONGA LATÊNCIA (BERA) - COM SEDAÇÃO ADULTO	R$	802,80
02.11.07.026-2	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA, MÉDIA E LONGA LATÊNCIA (BERA) - SEM SEDAÇÃO INFANTIL	R$	286,72
02.11.07.026-2	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA, MÉDIA E LONGA LATÊNCIA (BERA) - COM SEDAÇÃO INFANTIL	R$	1.089,52

FONOAUDIOLOGIA - OURO PRETO			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO		VALOR ICISMEP
02.11.07.004-1	AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL + IMITÂNCIOMETRIA (pacote)	R$	124,24
02.11.07.004-1	AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL (PACOTE)	R$	63,84
02.11.07.035-1	TESTES VESTIBULARES/OTONEUROLÓGICOS	R$	82,87

PACOTE MIGUILIM - FONOAUDIOLOGIA			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO		VALOR ICISMEP
02.11.07.002-5	AUDIOMETRIA DE REFORÇO VISUAL COM IMITANCIOMETRIA	R$	121,50

TABELA 04 - GASTROENTEROLOGIA

CONSULTA EM GASTROENTEROLOGIA			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO		VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (GASTROENTEROLOGIA)	R$	56,50
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CONSULTA PRÉ- COLONOSCOPIA)	R$	46,00
PROCEDIMENTOS - SERVIÇO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL - SA/SH			

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 08/04/2024 17:34 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p/268914056838

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.09.01.001-0	COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA (VIA ENDOSCÓPICA)	R$ 10.700,00
02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA) DIAGNÓSTICA COM ANESTESISTA (COM POLIPECTOMIA SE NECESSÁRIO)	R$ 700,00
02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA) SIMPLES (COM POLIPECTOMIA SE NECESSÁRIO)	R$ 450,00
CISMEP-65	MUCOSECTOMIA (COM ATÉ 02 CLIPES)	R$ 3.108,81
CISMEP-66	CLIPE HEMOSTÁTICO PARA MUCOSECTOMIA	R$ 952,89
CISMEP-64	RETIRADA DE POLIPO COM ALÇA DE POLIPECTOMIA	R$ 263,34
CISMEP-43	ECOENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA	R$ 2.250,00
CISMEP-44	ECOENDOSCOPIA TERAPEUTICA	R$ 4.375,00
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (ENDOSCOPIA)	R$ 207,25
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (ENDOSCOPIA) COM ANESTESISTA	R$ 303,41
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (ENDOSCOPIA) COM ANESTESISTA COM PASSAGEM DE SONDA NASOENTÉRICA	R$ 403,45
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (ENDOSCOPIA) DIAGNÓSTICA PEDIÁTRICA COM ANESTESISTA	R$ 1.318,35
CISMEP-58	MANOMETRIA ANORRETAL	R$ 315,72
CISMEP-59	MANOMETRIA ESOFÁGICA	R$ 390,74
CISMEP-60	PHMETRIA ESOFÁGICA	R$ 317,80
03.03.07.005-6	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO ESÔFAGO/ESTÔMAGO/DUODENO	R$ 84,80
04.07.01.025-4	RETIRADA DE PÓLIPO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA OU COLONOSCOPIA	R$ 42,40
02.09.01.005-3	RETOSSIGMÓIDOSCOPIA	R$ 84,80
CISMEP-52	TATUAGEM POR COLONOSCOPIA	R$ 713,56
04.07.01.031-9	TRATAMENTO ESCLEROSANTE DE VARIZES ESOFÁGICAS	R$ 636,00
CISMEP-61	DILATAÇÃO ESOFÁGICA POR BALÃO (ACALASIA)	R$ 3.374,62
CISMEP-62	DILATAÇÃO ESOFÁGICA POR VELAS (SAVARY GILLIARD)	R$ 1.587,94
CISMEP-63	LIGADURA ELÁSTICA DE LESÃO HEMORRÁGICA DO APARELHO DIGESTIVO ALTO	R$ 1.516,14

GASTROENTEROLOGIA - UNIDADE MARIANA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	R$ 180,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (GASTROENTEROLOGIA)	R$ 46,00

TABELA 05 - ANGIOLOGIA

CONSULTA EM ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (ANGIOLOGIA - COM CIRURGIÃO)	R$ 62,49
CISMEP-14	AVALIAÇÃO TRATAMENTO ESCLEROSANTE/ESPUMA	R$ 49,00
PROCEDIMENTOS - SERVIÇO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL - SA/SH		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.06.02.009-4	DISSECÇÃO DE VEIA/ARTÉRIA	R$ 15,83
04.06.02.013-2	EXCISAO E SUTURA DE HEMANGIOMA	R$ 102,74
04.06.02.014-0	EXCISAO E SUTURA DE LINFANGIOMA / NEVUS	R$ 102,74
03.09.07.001-5	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)*	R$ 217,08

* Valor coberto por FAEC

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H.		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.06.02.056-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL)	R$ 1.911,77
04.06.02.057-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	R$ 1.443,33

ANGIOLOGIA - OURO PRETO		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.09.07.001-5	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	R$ 550,00

ANGIOLOGIA UNIDADES EXTERNAS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.09.07.001-5	AVALIACAO TRATAMENTO ESCLEROSANTE + TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	R$ 577,20

TABELA 06 - ULTRASSONOGRAFIA

EXAMES		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.01.01.041-0	BIOPSIA DE PROSTATA	R$ 554,00
02.01.01.047-0	BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE - PAAF	R$ 150,21
02.01.01.058-5	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA	R$ 150,21
02.01.01.060-7	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA GROSSA	R$ 296,49
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 03 VASOS) = DUPLEX SCAN DE MEMBRO INFERIOR, MEMBRO SUPERIOR, DE CARÓTIDAS E ARTÉRIAS VERTEBRAIS.	R$ 125,11
02.05.01.005-9	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO	R$ 99,05
02.05.02.003-8	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)	R$ 68,81
02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	R$ 78,20
02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	R$ 68,81
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO (UMA ARTICULAÇÃO / UNILATERAL)	R$ 68,81
02.05.02.007-0	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL)	R$ 68,81
02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 86,54
02.05.02.010-0	ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL) (PÉLVICA MASCULINA)	R$ 68,81
02.05.02.011-9	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R$ 68,81
02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE	R$ 68,81
02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA (VIA ABDOMINAL OU VIA TRANSVAGINAL)	R$ 68,81
02.05.02.015-1	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R$ 99,05
02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA) (PÉLVICA FEMININA)	R$ 68,81
02.05.02.017-8	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	R$ 82,37
02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL (ENDOVAGINAL)	R$ 68,81
CISMEP-07	ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	R$ 68,81
CISMEP-16	ULTRASSONOGRAFIA TRANSLUCÊNCIA NUCAL	R$ 82,37
CISMEP-23	ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA	R$ 237,71
CISMEP-25	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE + DOPPLER	R$ 132,41
CISMEP-26	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL) + DOPPLER	R$ 132,41
CISMEP-30	SEDAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS CONFORME NECESSIDADE CLÍNICA	R$ 34,41

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO DIGITALMENTE POR 1 PESSOA EM: 06/04/2024 17:03:30
PARA CONFERÊNCIA ACESSE O SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p/26891405848e

UNIDADE MARIANA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL (ENDOVAGINAL)	R$ 65,73
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO (UMA ARTICULAÇÃO / UNILATERAL)	R$ 65,73
02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	R$ 65,73

ULTRASSONOGRAFIA UNIDADES EXTERNAS				
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	VALOR ICISMEP + EQTO *	VALOR ICISMEP + EQTO + DIGITADORA **
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 03 VASOS) = DUPLEX SCAN DE MEMBRO	R$ -	R$ 130,00	R$ -
02.05.01.005-9	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO	R$ 120,00	R$ 131,76	R$ 132,92
02.05.02.003-8	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)	R$ 75,00	R$ 86,76	R$ 87,92
02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	R$ 75,00	R$ 86,76	R$ 87,92
02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	R$ 75,00	R$ 86,76	R$ 87,92
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO (UMA ARTICULAÇÃO / UNILATERAL)	R$ 75,00	R$ 86,76	R$ 87,92
02.05.02.007-0	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL)	R$ 75,00	R$ 86,76	R$ 87,92
02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 75,00	R$ 86,76	R$ 87,92
02.05.02.010-0	ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL) (PÉLVICA MASCULINA)	R$ 75,00	R$ 86,76	R$ 87,92
02.05.02.011-9	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R$ 75,00	R$ 86,76	R$ 87,92
02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE	R$ 75,00	R$ 86,76	R$ 87,92
02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA (VIA ABDOMINAL OU VIA TRANSVAGINAL)	R$ 75,00	R$ 86,76	R$ 87,92
02.05.02.015-1	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R$ 120,00	R$ 131,76	R$ 132,92
02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA) (PÉLVICA FEMININA)	R$ 75,00	R$ 86,76	R$ 87,92
02.05.02.017-8	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	R$ 86,40	R$ 98,16	R$ 99,32
02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL (ENDOVAGINAL)	R$ 75,00	R$ 86,76	R$ 87,92
CISMEP-07	ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	R$ 75,00	R$ 86,76	R$ 87,92
CISMEP-16	ULTRASSONOGRAFIA TRANSLUCÊNCIA NUCAL	R$ 86,40	R$ 98,16	R$ 99,32
CISMEP-23	ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA	R$ 228,00	R$ 239,76	R$ 240,92
CISMEP-25	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE + DOPPLER	R$ 120,00	R$ 131,76	R$ 132,92
CISMEP-26	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL) + DOPPLER	R$ 120,00	R$ 131,76	R$ 132,92
02.01.01.058-5	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA POR NÓDULO	R$ 464,00	-	-
02.01.01.060-7	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA GROSSA POR NÓDULO	R$ 630,30	-	-
CISMEP-18	EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DE MAMA POR NÓDULO	R$ 112,13	-	-

O valor ICISMEP + EQPTO envolve os custos com o serviço do profissional e locação do aparelho de ultrassonografia (por exame)

TABELA 07 - CARDIOLOGIA

EXAMES		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA	R$ 140,79
02.11.02.006-0	TESTE ESFORÇO/TESTE ERGOMÉTRICO	R$ 135,57
02.11.02.004-4	EXAME DE MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS) COM LAUDO	R$ 117,21
02.11.02.005-2	EXAME DE MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (M.A.P.A)	R$ 109,36
02.11.02.001-0	CATETERISMO CARDIACO	R$ 1.985,94

EXAMES - UNIDADE MARIANA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA	R$ 160,06
02.11.02.006-0	TESTE ESFORÇO/TESTE ERGOMÉTRICO	R$ 135,05
02.11.02.004-4	EXAME DE MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS) COM LAUDO	R$ 97,97
02.11.02.005-2	EXAME DE MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (M.A.P.A)	R$ 105,12

EXAMES - UNIDADE OURO PRETO		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA	R$ 130,08
02.11.02.006-0	TESTE ESFORÇO/TESTE ERGOMÉTRICO	R$ 94,00

TABELA 08 - DERMATOLOGIA

CONSULTA EM DERMATOLOGIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (DERMATOLOGIA)	
CISMEP-10	DERMATOSCOPIA (POR LESÃO)	**R$ 87,58**
	TOTAL DO PACOTE	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO AMBULATORIAL - S.A.		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.01.01.002-0	BIÓPSIA/PUNÇÃO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE	R$ 103,61
02.01.01.037-2	BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES	R$ 204,01
03.03.08.001-9	CAUTERIZAÇÃO QUIMICA DE PEQUENAS LESÕES	R$ 184,58
CISMEP-02	CRIOTERAPIA ATÉ 5 LESÕES	R$ 74,57
04.01.01.004-0	ELETROCOAGULACAO DE LESAO CUTANEA ATÉ 05 LESÕES (BPA INDIVIDUALIZADO)	R$ 214,21
04.01.01.005-8	EXCISÃO DE LESÃO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA **(CANTOPLASTIA UNGUEAL)**	R$ 89,09
04.01.01.007-4	EXÉRESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS/CISTO SEBÁCEO/LIPOMA	R$ 337,63
04.01.01.011-2	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO (CIRURGIA GERAL)	R$ 141,86
04.01.02.015-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO SINUS PRÉ-AURICULAR	R$ 354,48
04.01.01.010-4	INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO	R$ 172,97
04.01.02.004-5	EXCISÃO E ENXERTO DE PELE (HEMANGIOMA, NEVUS OU TUMOR)	R$ 283,69
04.01.01.006-6	EXCISÃO E/OU SUTURA SIMPLES DE PEQUENAS LESÕES / FERIMENTOS DE PELE / ANEXOS E MUCOSA	R$ 260,12
04.01.02.017-7	CIRURGIA DE UNHA (CANTOPLASTIA)	R$ 203,47
04.13.04.017-8	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA	R$ 485,47
04.01.02.010-0	EXTIRPAÇÃO E SUPRESSÃO DE LESÃO DE PELE E DE TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO	R$ 119,89

TABELA 09 - CIRURGIA GERAL

CONSULTA EM CIRURGIA GERAL		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CIRURGIA GERAL)	R$ 62,49

ESTE DOCUMENTO FOI GERADO EM: 06/08/2024 - 08:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/pdf/268914056848e

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H.		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	R$ 1.231,54
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	R$ 1.739,81
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	R$ 1.077,35
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	R$ 1.395,40
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDVANTE	R$ 1.522,48
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	R$ 1.232,02
04.09.06.018-6	LAQUEADURA TUBÁRIA	R$ 1.469,12
04.07.03.003-4	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA SEM COLANGIOGRAFIA	R$ 3.631,89
04.07.04.016-1	LAPAROTOMIA EXPLORADORA	R$ 3.631,89
CISMEP-69	EXAME ANATOMOPATOLOGICO PARA CIRURGIA DE COLECISTECTOMIA (POR PECA)	R$ 80,72

TABELA 10 - NEUROLOGIA

CONSULTA EM NEUROLOGIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (NEUROLOGIA)	R$ 132,59
DIAGNÓSTICO POR ELETRONEUROMIOGRAMA (BILATERAL)		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.11.05.008-3	ELETRONEUROMIOGRAMA DOS MEMBROS INFERIORES (MMII/BILATERAL) OU DOS MEMBROS SUPERIORES (MMSS/BILATERAL)	R$ 329,46
	TOTAL DO PACOTE	
AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE ELETRONEUROMIOGRAMA (4 MEMBROS)		
Código	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.11.05.008-3	ELETRONEUROMIOGRAMA DOS MEMBROS INFERIORES (MMII/BILATERAL)	R$ 444,15
	ELETRONEUROMIOGRAMA DOS MEMBROS SUPERIORES (MMSS/BILATERAL)	
	TOTAL DO PACOTE	
ELETROENCEFALOGRAMA (EEG)		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.11.05.005-9	ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO C/ MAPEAMENTO (EEG)	R$ 83,41

TABELA 11 - CABEÇA E PESCOÇO

CONSULTA EM CABEÇA E PESCOÇO		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CABEÇA E PESCOÇO)	R$ 98,98
	TOTAL DO PACOTE	
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H.		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.04.01.011-3	EXERESE DE PAPILOMA EM LARINGE	R$ 1.830,33
04.01.02.015-0	TRATAMENTO CIRURGICO DO SINUS PRE-AURICULAR	R$ 813,70
04.04.01.012-1	EXÉRESE DE TUMOR DE VIAS AEREAS SUPERIORES, FACE E PESCOÇO	R$ 1.418,65
04.04.02.007-0	RESSECÇÃO DE GLÂNDULA SALIVAR	R$ 1.281,48
04.01.02.010-0	EXTIRPAÇÃO E SUPRESSÃO DE LESÃO DE PELE E DE TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO	R$ 885,27
04.01.02.009-6	EXERESE DE CISTO TIREOGLOSSO	R$ 1.442,86

TABELA 12 - MAMOGRAFIA

EXAMES DE MAMOGRAFIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIAÇÃO PERIODICA BILATERAL (AME)	R$ 70,07
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIAÇÃO PERIODICA UNILATERAL (AME)	R$ 52,55
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO (AME)	R$ 70,07
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIAÇÃO PERIODICA BILATERAL - BICAS	R$ 70,07
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIAÇÃO PERIODICA UNILATERAL - BICAS	R$ 52,55
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO - BICAS	R$ 70,07
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA EM UNIDADE MÓVEL (DIÁRIA)	R$ 6.129,20
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA EM UNIDADE MÓVEL (DIÁRIA - INCLUI ALIMENTAÇÃO E HOSPEDAGEM)	R$ 6.824,40

TABELA 13 - TABELA DE VALORES PARA SERVIÇOS DE SAÚDE EM UNIDADE MÓVEL

VALOR DA DIÁRIA - POR SERVIÇO		
DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	QUANTIDADE	VALOR DA DIÁRIA** ICISMEP
CONSULTA BÁSICA EM OFTALMOLOGIA EM UNIDADE MÓVEL	120 CONSULTAS	R$ 19.550,40
SERVIÇO DE ÓTICA (PARA FORNECIMENTO DE ÓCULOS) EM UNIDADE MÓVEL*	ESTRUTURA DIÁRIA	R$ 300,00
SERVIÇO DE ULTRASSONOGRAFIA EM UNIDADE MÓVEL	120 EXAMES	R$ 19.550,40
SERVIÇO DE MAMOGRAFIA EM UNIDADE MÓVEL	90 EXAMES	R$ 12.640,45
	TOTAL ESTIMADO DA DIÁRIA	R$ 52.041,25

* O VALOR DOS ÓCULOS POR UNIDADE SEGUIRÁ A TABELA 01 - OFTALMOLOGIA, SERVIÇOS COMPLEMENTARES EM UNIDADE MÓVEL

** O VALOR DA DIÁRIA COMPREENDE, ALÉM DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E DE ÓTICA, O CUSTO DOS ITENS: TENDAS 6X6M PARA RECEPÇÃO; CADEIRAS PARA OS PACIENTES; MESAS PARA RECEPÇÃO; BANHEIROS QUÍMICOS (MASCULINO, FEMININO E PCD); ÁGUA POTÁVEL PARA PACIENTES E PROFISSIONAIS; COMPUTADORES E IMPRESSORAS; ELETRICISTA PARA LIGAÇÃO ELÉTRICA DA UNIDADE; BOMBEIRO HIDRÁULICO; PROFISSIONAIS ADMINISTRATIVOS; AUXILIAR DE LIMPEZA; VIGIA.

VALOR POR SERVIÇO EXCEDENTE À QUANTIDADE MÍNIMA VARIÁVEL		
DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	UNIDADE	VALOR ICISMEP
CONSULTA BÁSICA EM OFTALMOLOGIA EM UNIDADE MÓVEL	EXCEDENTE	R$ 162,92
SERVIÇO DE ULTRASSONOGRAFIA EM UNIDADE MÓVEL	EXCEDENTE	R$ 162,92
SERVIÇO DE MAMOGRAFIA EM UNIDADE MÓVEL	EXCEDENTE	R$ 140,45

* ACIMA DE 50% DO NÚMERO DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS, SERÁ COBRADO O VALOR INTEGRAL DA DIÁRIA;

* ABAIXO DE 50% DO NÚMERO DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS, SERÁ COBRADO O VALOR UNITÁRIO DO SERVIÇO;

TABELA 14 - SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR MÉDICOS

SERVIÇO/ATIVIDADES		
DESCRIÇÃO		VALOR ICISMEP
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO (POR HORA DE TRABALHO)		R$ 135,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (POR HORA DE TRABALHO)		R$ 160,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO EM PEDIATRIA (POR HORA DE TRABALHO)		R$ 180,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA (POR HORA DE TRABALHO)		R$ 150,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO CONSULTOR (POR HORA DE TRABALHO)		R$ 200,00

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 08/04/2025 07:43:03 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p/268914b5848e

SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA (PLANTÃO DE 12 HORAS)	R$	1.394,00

TABELA 15 - SERVIÇOS/ATIVIDADES ESPECIAIS - CEC CONTAGEM

CONSULTAS EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CEC CONTAGEM		
DESCRIÇÃO		VALOR ICISMEP
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGISTA ADULTO	R$	122,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - NEUROCIRURGIÃO	R$	165,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - DERMATOLOGISTA	R$	68,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - NEUROLOGISTA ADULTO	R$	167,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - OFTALMOLOGISTA	R$	55,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ORTOPEDISTA	R$	55,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - OTORRINO	R$	88,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - UROLOGISTA	R$	81,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ENDOCRINOLOGISTA	R$	95,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - REUMATOLOGISTA	R$	190,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - NEUROLOGISTA INFANTIL	R$	167,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGISTA INFANTIL	R$	120,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CIRURGIAO PEDIÁTRICO	R$	95,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - NEFROLOGISTA	R$	95,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PNEUMOLOGISTA	R$	190,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - GASTROENTEROLOGISTA INFANTIL	R$	142,95
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - COLOPROCTOLOGISTA	R$	119,15
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO AVALIADOR (POR HORA DE TRABALHO)	R$	130,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTA DE RISCO CIRÚRGICO COM ECG	R$	130,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTA DE RISCO CIRÚRGICO SEM ECG	R$	120,00
EXAMES - CEC CONTAGEM		
DESCRIÇÃO		VALOR ICISMEP
FIBRONASOLARINGOSCOPIA	R$	215,00
VIDEONASOLARINGOSCOPIA	R$	215,00
MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	R$	200,00
TESTES VESTIBULARES / OTONEUROLOGICOS	R$	238,25
ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MEMBROS SUPERIORES OU INFERIORES	R$	391,30
ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES	R$	733,45
ELETRONEUROMIOGRAFIA FACE TOTAL	R$	459,90
ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR	R$	123,70
TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	R$	500,00
ECOCARDIOGRAMA INFANTIL (ABAIXO DE 10 ANOS)	R$	226,31
ULTRASSONOGRAFIA - CEC CONTAGEM		
DESCRIÇÃO		VALOR ICISMEP
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (DUPLEX SCAN VENOSO)	R$	130,00
ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	R$	75,00
ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	R$	75,00
ULTRASSONOGRAFIA DE MAMAS E AXILAS	R$	75,00
ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL) (PÉLVICA MASCULINA)	R$	75,00
ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE	R$	75,00
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA (VIA ABDOMINAL)	R$	75,00
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA (VIA TRANSVAGINAL)	R$	75,00
ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL (OU ENDOVAGINAL)	R$	75,00
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R$	120,00
ULTRASSONOGRAFIA TRANSLUCÊNCIA NUCAL	R$	86,40
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA	R$	228,00

TABELA 16 - EXAMES EM UNIDADES EXTERNAS

EXAMES EXTERNOS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.11.05.010-5	POLISSONOGRAFIA	R$ 667,00
02.11.09.001-8	ESTUDO URODINAMICO	R$ 623,15
02.11.02.006-0	TESTE ERGOMÉTRICO	R$ 137,00
02.04.05.017-0	URETROCISTOSCOPIA (URETROCISTOGRAFIA)	R$ 990,00
02.05.01.002-4	ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGICA	R$ 631,15
02.04.06.002-8	DENSITOMETRIA OSSEA - ROTINA: COLUNA E FEMUR (OU DOIS SEGMENTOS)	R$ 126,00
CISMEP-67	DENSITOMETRIA OSSEA - CORPO INTEIRO	R$ 191,00
CISMEP-68	DENSITOMETRIA OSSEA (UM SEGMENTO)	R$ 120,00
02.06.01.009-5	TOMOGRAFIA POR EMISSÃO DE PÓSITRONS (PET-CT / PET SCAN)	R$ 4.470,58

TABELA 17 - TOMOGRAFIAS

PROCEDIMENTOS TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEM CONTRASTE - UNIDADE ICISMEP		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.06.01.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL	R$ 105,81
02.06.01.002-8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R$ 123,30
02.06.01.003-6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA	R$ 105,81
02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE/ SEIOS DA FACE/ ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES	R$ 105,80
02.06.01.005-2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO	R$ 105,80
02.06.01.006-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TÚRCICA	R$ 118,84
02.06.01.007-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	R$ 140,09
CISMEP-53	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MASTÓIDES/ OUVIDOS	R$ 105,80
02.06.02.001-5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR	R$ 105,80
02.06.02.002-3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO,ANTEBRAÇO,MÃO,COXA,PERNA E PÉ)	R$ 105,80
02.06.02.003-1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	R$ 166,37
02.06.02.004-0	TOMOGRAFIA DE HEMITORAX/ MEDIASTINO (POR PLANO)	R$ 166,37
CISMEP-54	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES (ESTERNO/ CLAVÍCULA/ OMBRO/ COTOVELO)	R$ 113,29
02.06.03.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	R$ 169,07
02.06.03.002-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR	R$ 105,80
02.06.03.003-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR	R$ 254,45
CISMEP-55	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN TOTAL	R$ 423,52

ESTE DOCUMENTO É CÓPIA DO ORIGINAL, ASSINADO DIGITALMENTE POR 4 - 03161 - 08
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.tjm.com.br/p/26891405848e

PROCEDIMENTOS TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - UNIDADES EXTERNAS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
CISMEP-70	ANGIOTOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	R$ 875,46
02.06.01.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL	R$ 209,74
02.06.01.002-8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R$ 181,83
02.06.01.003-6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA	R$ 196,56
02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE/ SEIOS DA FACE/ ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES	R$ 182,19
02.06.01.005-2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO	R$ 186,72
02.06.01.006-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TÚRCICA	R$ 211,71
02.06.01.007-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	R$ 194,58
CISMEP-53	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MASTÓIDES/ OUVIDOS	R$ 336,30
02.06.02.001-5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR	R$ 182,18
02.06.02.002-3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO,ANTEBRAÇO,MÃO,COXA,PERNA E PÉ)	R$ 269,80
02.06.02.003-1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	R$ 286,46
02.06.02.004-0	TOMOGRAFIA DE HEMITORAX/ MEDIASTINO (POR PLANO)	R$ 322,04
CISMEP-54	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES (ESTERNO/ CLAVÍCULA/ OMBRO/ COTOVELO)	R$ 237,38
02.06.03.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	R$ 291,12
02.06.03.002-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR	R$ 182,18
02.06.03.003-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR	R$ 292,56
CISMEP-55	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN TOTAL	R$ 591,36
CISMEP-56	CONTRASTE (PARA USO NOS ITENS ACIMA DISCRIMINADOS, CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	R$ 89,25
04.17.01.006-0	SEDAÇÃO (PARA USO NOS ITENS ACIMA DISCRIMINADOS, CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	R$ 210,00
02.07.03.005-7	SEGMENTOS ADICIONAIS PARA TOMOGRAFIA DE COLUNA	R$ 160,07

TABELA 18 - RESSONÂNCIAS

PROCEDIMENTOS RESSONÂNCIA MAGNÉTICA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.07.01.001-3	ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL	R$ 435,99
CISMEP-57	CONTRASTE (CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	R$ 105,00
04.17.01.006-0	SEDAÇÃO (CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	R$ 315,00
02.07.01.002-1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	R$ 452,97
02.07.01.003-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL	R$ 451,09
02.07.01.004-8	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R$ 450,90
02.07.01.005-6	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA	R$ 468,15
02.07.01.006-4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRANIO	R$ 474,06
02.07.01.007-2	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TÚRCICA	R$ 440,44
02.07.02.002-7	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R$ 426,48
02.07.02.003-5	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TORAX	R$ 485,74
02.07.03.001-4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN SUPERIOR	R$ 430,50
02.07.03.002-2	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA/PELVE	R$ 496,65
02.07.03.003-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R$ 416,06
02.07.03.005-7 RESSONÂNCIA	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PRÓSTATA	R$ 466,42
02.07.03.004-9	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES	R$ 442,84

TABELA 19 - CINTILOGRAFIAS

PROCEDIMENTOS CINTILOGRAFIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.08.03.002-6	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE COM OU SEM CAPTAÇÃO	R$ 168,38
02.08.01.001-7	CINTILOGRAFIA DE CORAÇÃO C/ GÁLIO 67	R$ 496,49
02.08.09.001-0	CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GÁLIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS	R$ 1.111,13
02.08.02.001-2	CINTILOGRAFIA DE FÍGADO E BAÇO (MÍNIMO 5 IMAGENS)	R$ 162,77
02.08.02.002-0	CINTILOGRAFIA DE FÍGADO E VIAS BILIARES	R$ 224,83
02.08.09.002-9	CINTILOGRAFIA DE GLÂNDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA)	R$ 71,86
02.08.02.003-9	CINTILOGRAFIA DE GLÂNDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTÍMULO	R$ 122,33
02.08.09.003-7	CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)	R$ 465,39
02.08.01.002-5	CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE ESTRESSE (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)	R$ 656,11
02.08.01.003-3	CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE REPOUSO (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)	R$ 679,38
02.08.01.004-1	CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ LOCALIZAÇÃO DE NECROSE (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)	R$ 504,00
02.08.05.003-5	CINTILOGRAFIA DE OSSOS C/ OU S/ FLUXO SANGUÍNEO (CORPO INTEIRO)	R$ 222,[illegible]
02.08.03.001-8	CINTILOGRAFIA DE PARATIREÓIDES	R$ 711,[illegible]
02.08.06.001-4	CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL C/ TÁLIO (SPCTO)	R$ 536,[illegible]
02.08.07.001-0	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO C/ GÁLIO 67	R$ 551,70
02.08.07.002-8	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO P/ PESQUISA DE ASPIRAÇÃO	R$ 154,02
02.08.07.003-6	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR INALAÇÃO (MÍNIMO 2 PROJEÇÕES)	R$ 262,83
02.08.07.004-4	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR PERFUSÃO (MÍNIMO 4 PROJEÇÕES)	R$ 286,90
02.08.04.002-1	CINTILOGRAFIA DE RIM C/ GÁLIO 67	R$ 552,99
02.08.05.004-3	CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO ÓSSEO COM GÁLIO 67	R$ 560,93
02.08.04.003-0	CINTILOGRAFIA DE TESTÍCULO E BOLSA ESCROTAL	R$ 175,01
02.08.03.002-6	CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE C/ OU S/ CAPTAÇÃO	R$ 143,85
02.08.01.005-0	CINTILOGRAFIA P/ AVALIAÇÃO DE FLUXO SANGUÍNEO DE EXTREMIDADES	R$ 134,65
02.08.02.005-5	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFÁGICO (LÍQUIDO)	R$ 192,84
02.08.02.006-3	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFÁGICO (SEMI-SÓLIDO)	R$ 190,39
02.08.02.007-1	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRÂNSITO GÁSTRICO	R$ 214,82
02.08.02.008-0	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL	R$ 155,86
02.08.02.009-8	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA	R$ 242,87
02.08.02.010-1	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NÃO ATIVA	R$ 348,22
02.08.02.011-0	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO	R$ 150,26
02.08.03.004-2	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTERNO	R$ 373,42
02.08.04.005-6	CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVAS E/OU QUANTITATIVA)	R$ 557,37
02.08.01.008-4	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CÂMARAS CARDÍACAS EM SITUAÇÃO DE REPOUSO (VENTRICULOGRAFIA)	R$ 206,89
02.08.06.002-2	CISTERNOCINTILOGRAFIA (INCLUINDO PESQUISA E/OU AVALIAÇÃO DO TRÂNSITO LIQUÓRICO)	R$ 353,45
02.08.04.006-4	CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA	R$ 381,15
02.08.04.007-2	CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA	R$ 343,88
02.08.04.010-2	ESTUDO RENAL DINÂMICO C/ OU S/ DIURÉTICO	R$ 391,15
02.08.08.004-0	LINFOCINTILOGRAFIA	R$ 329,50

TABELA 20 - ANÁLISE DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICOS

PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p/26881405848e

TABELA 20 - ANÁLISE DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICOS

PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICOS POR FRASCO		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
CISMEP-17	SERVIÇOS DE ANÁLISE DE EXAME ANATOPATOLÓGICOS DE FRAGMENTOS NOS RETIRADOS NO EXAME DE ENDOSCOPIA E COLONOSCOPIA	R$ 88,26
CISMEP-18	SERVIÇOS DE ANÁLISE DE EXAME ANATOPATOLÓGICOS OU CITOLÓGICOS DE FRAGMENTOS RETIRADOS NA PUNÇÃO DE MAMA	R$ 78,68
CISMEP-19	SERVIÇOS DE ANÁLISE DE EXAME ANATOPATOLÓGICOS DE FRAGMENTOS RETIRADOS NA PUNÇÃO DE PRÓSTATA	R$ 85,48
CISMEP-20	SERVIÇOS DE ANÁLISE DE EXAME ANATOPATOLÓGICOS DE FRAGMENTOS RETIRADOS PUNÇÃO DE TIREÓIDE	R$ 78,68
CISMEP-71	IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS	R$ 252,40

TABELA 21 - TELEMEDICINA

SERVIÇOS DE TELEMEDICINA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
CISMEP-40	TELEMONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	R$ 88,62
CISMEP-41	TELEMONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (M.A.P.A)	R$ 93,83

TABELA 22 - MEDICINA HIPERBÁRICA

SERVIÇOS DE MEDICINA HIPERBÁRICA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
CISMEP-42	SESSÃO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA (POR SESSÃO DE ATÉ 02 HORAS)	R$ 300,00

TABELA 23 - CIRURGIAS EM PRESTADORES EXTERNOS

CIRURGIA ORTOPÉDICA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.08.04.008-4	ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL	R$ 8.946,25
04.08.05.006-3	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO JOELHO	R$ 7.650,55
04.08.05.016-0	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	R$ 5.621,52
04.08.05.017-9	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR)	R$ 5.959,24
04.08.01.014-2	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTO DESCOMPRESSIVOS)	R$ 3.467,08
04.08.05.089-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	R$ 3.886,08
04.03.02.012-3	TRATAMENTO CIRURGICO DE SINDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEO-FIBROSO AO NIVEL DO CARPO	R$ 2.677,52
04.08.04.007-6	ATROPLASTIA DE REVISÃO OU RECONSTRUÇÃO DO QUADRIL	R$ 10.123,91
04.08.05.005-5	ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO - REVISÃO / RECONSTRUÇÃO	R$ 9.923,24
04.08.06.015-8	MANIPULACAO ARTICULAR SOB ANESTESIA GERAL	R$ 1.648,06

CIRURGIA GERAL		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.07.03.003-4	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R$ 3.983,22
04.07.02.034-9	PROCTOPEXIA ABDOMINAL POR PROCIDENCIA DO RETO	R$ 2.121,84
04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA	R$ 2.480,76
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	R$ 1.842,67
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	R$ 2.271,46
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	R$ 2.596,74
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	R$ 2.075,76
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	R$ 2.349,01
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	R$ 1.772,34
04.06.02.057-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	R$ 2.578,34
04.06.02.056-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL)	R$ 3.201,82

CIRURGIA GINECOLÓGICA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.09.06.012-7	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	R$ 4.319,83
04.09.06.013-5	HISTERECTOMIA TOTAL	R$ 4.944,06
04.09.06.017-8	HISTEROSCOPIA CIRURGICA C/ RESSECTOSCOPIO	R$ 2.912,58
04.09.06.019-4	MIOMECTOMIA	R$ 3.540,00
04.09.06.021-6	OOFORECTOMIA/OOFOROPLASTIA	R$ 3.148,24
09.09.06.004-6	CURETAGEM SEMIÓTICA C/ OU S/ DILATAÇÃO DO COLO UTERINO	R$ 1.888,01
04.07.04.016-1	LAPAROTOMIA EXPLORADORA	R$ 3.556,[illegible]
04.09.06.018-6	LAQUEADURA TUBÁRIA	R$ 2.735,[illegible]

CIRURGIA UROLÓGICA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.09.01.017-0	INSTALACAO ENDOSCÓPICA DE CATETER DUPLO J	R$ 1.930,69
CISMEP-37	RETIRADA DE CATETER DUPLO J	R$ 612,28
04.09.04.013-4	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	R$ 2.260,92
04.09.03.002-3	PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA	R$ 5.310,93
04.09.03.004-0	RESSECÇÃO ENDOSCOPICA DE PROSTATA (RTU)	R$ 4.118,21
04.09.04.023-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARICOCELE	R$ 2.024,59
04.09.01.059-6	URETEROLITOTRIPSIA FLEXIVEL	R$ 3.980,14
04.09.01.059-6	URETEROLITOTRIPSIA RÍGIDA A LASER	R$ 4.110,53
04.09.01.023-5	NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA	R$ 5.611,90
04.09.01.006-5	CISTOLITOTOMIA E/OU RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA BEXIGA	R$ 2.271,88
04.09.01.036-7	RESSECÇÃO DO COLOVESICAL	R$ 3.263,69

CIRURGIA OTORRINOLARINGOLOGIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.01.01.044-5	BOPSIA DE SEIO NASAL / PARANASAL	R$ 946,22
04.04.01.050-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE PERFURAÇÃO SEPTO NASAL	R$ 2.995,88
04.04.01.001-6	ADENOIDECTOMIA	R$ 2.204,43
04.04.01.002-4	AMIGDALECTOMIA	R$ 2.077,94
04.04.01.003-2	AMIGDALECTOMIA COM ADENOIDECTOMIA	R$ 3.923,98
04.04.01.010-5	ESTAPEDECTOMIA	R$ 3.774,51
04.04.01.021-0	MASTOIDECTOMIA RADICAL	R$ 4.437,13
04.04.01.022-9	MASTOIDECTOMIA SUBTOTAL	R$ 3.881,62
04.04.01.023-7	MICROCIRURGIA OTOLOGICA	R$ 3.324,60
04.04.01.032-6	SINUSOTOMIA	R$ 2.702,65
04.04.01.033-4	SINUSOTOMIA ESFENOIDAL	R$ 3.052,38

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO DIGITALMENTE POR 2 PESSOAS: 04.[illegible]
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/pd/26891405848e

04.04.01.035-0	TIMPANOPLASTIA (UNI / BILATERAL)	R$	3.615,43
04.04.01.041-5	TURBINECTOMIA	R$	1.794,96
04.04.01.048-2	SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	R$	2.962,21
04.04.01.052-0	SEPTOPLASTIA REPARADORA NÃO ESTÉTICA	R$	2.790,16
04.04.01.051-2	SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR	R$	2.688,79

CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
04.02.01.002-7	PARATIREOIDECTOMIA	R$	4.999,80
04.04.01.046-6	PAROTIDECTOMIA PARCIAL OU SUBTOTAL	R$	3.612,99
04.04.02.007-0	RESSECÇÃO DE GLANDULA SALIVAR	R$	2.734,95
04.01.02.009-6	EXERESE DE CISTO TIREOGLOSSO	R$	2.880,00
04.02.01.004-3	TIREOIDECTOMIA TOTAL	R$	3.636,60
04.02.01.003-5	TIREOIDECTOMIA PARCIAL	R$	3.515,38

CIRURGIA CARDIOLÓGICA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	
04.06.03.002-2	ANGIOPLASTIA CORONARIANA C/ IMPLANTE DE UM STENT (PACOTE) Incluindo os seguintes materiais: 01 Diária de CTI ou Enfermaria; Honorários médicos CTI; Stent; Balão Intraporto; Fio Guia; Introdutor; Cateter Guia; Seringa Insufladora; Taxa de Sala Hemodinâmica; Honorários Médicos Hemodinâmica	R$	13.896,23
04.06.03.005-7	ANGIOPLASTIA PERIFERICA C/ IMPLANTE DE UM STENT (PACOTE) Incluindo os seguintes materiais: 01 Diária de CTI ou Enfermaria; Honorários médicos CTI; Stent; Balão Intraporto; Fio Guia; Introdutor; Cateter Guia; Seringa Insufladora; Taxa de Sala Hemodinâmica; Honorários Médicos Hemodinâmica	R$	14.058,82

OPME's

OPME CIRURGIA ORTOPÉDICA

CIRURGIA	OPME	VALOR ICISMEP	
PROTESE DE QUADRIL CIMENTADA PRIMARIA / NACIONAL	COMPONENTE FEMORAL CIMENTADO (HASTE ALPHA PRIMARIA)	R$	3.415,68
	RESTRITOR DE CIMENTO	R$	158,98
	CABEÇA INTERCAMBIÁVEL	R$	1.186,91
	COMPONENTE ACETABULAR CIMENTADO (DELTA)	R$	1.273,70
	CIMENTO ORTOPÉDICO	R$	200,68
	LAMINA SERRA	R$	387,74
PROTESE DE QUADRIL NÃOCIMENTADA PRIMARIA / NACIONAL	COMPONENTE FEMORAL NÃO CIMENTADO (HASTE LOGICAL PRIMARIA)	R$	3.041,31
	CABEÇA INTERCAMBIÁVEL	R$	1.186,91
	COMPONENTE ACETABULAR METALICO (A-LOCK)	R$	2.645,67
	COMPONENTE ACETABULAR POLIETILENO PARA COMPONENTE METALICO	R$	1.491,86
	PARAFUSO ACETABULAR	R$	330,36
	LAMINA SERRA	R$	387,74
PROTESE DE QUADRIL HIBRIDA PRIMARIA / NACIONAL	COMPONENTE FEMORAL CIMENTADO (HASTE ALPHA PRIMARIA)	R$	3.415,68
	RESTRITOR DE CIMENTO	R$	158,98
	CABEÇA INTERCAMBIÁVEL	R$	1.186,91
	COMPONENTE ACETABULAR METALICO (A-LOCK)	R$	2.645,67
	COMPONENTE ACETABULAR POLIETILENO PARA COMPONENTE METALICO	R$	1.491,86
	PARAFUSO ACETABULAR	R$	330,36
	CIMENTO ORTOPÉDICO	R$	200,68
	LAMINA SERRA	R$	387,74
PROTESE DE QUADRIL BIPOLAR	COMPONENTE FEMORAL CIMENTADO (HASTE ALPHA PRIMARIA)	R$	3.415,68
	RESTRITOR DE CIMENTO	R$	158,98
	CABEÇA INTERCAMBIÁVEL	R$	1.186,91
	COMPONENTE BIPOLAR (CABEÇA BIPOLAR)	R$	2.770,21
	CIMENTO ORTOPÉDICO	R$	200,68
	LAMINA SERRA	R$	387,74
PROTESE DE JOELHO CIMENTADA PRIMARIA / NACIONAL	COMPONENTE FEMORAL	R$	3.712,79
	COMPONENTE BASE TIBIAL	R$	2.146,79
	COMPONENTE PLATEAU TIBIAL	R$	1.591,48
	COMPONENTE PATELAR	R$	518,19
	CIMENTO ORTOPÉDICO - JOELHO	R$	218,[illegible]
	LAMINA SERRA - JOELHO	R$	423,[illegible]
PROTESE DE QUADRIL CIMENTADA - REVISÃO	COMPONENTE FEMORAL CIMENTADO PARA REVISÃO (ALPHA)	R$	4.904,[illegible]
	RESTRITOR DE CIMENTO	R$	158,98
	CABEÇA INTERCAMBIÁVEL	R$	1.186,91
	COMPONENTE ACETABULAR CIMENTADO (DELTA)	R$	1.273,70
	ACETATO CONSTRITO (MULLER) NACIONAL	R$	1.491,86
	PLACA RETA PARA CERCLAGEM	R$	614,97
	CABO DE CERCLAGEM PARA AMARRILHO	R$	603,75
	TELA DE REFORÇO ACETABULAR NACIONAL	R$	978,75
	ANEL DE REFORÇO ACETABULAR NACIONAL	R$	978,75
	CIMENTO ORTOPÉDICO	R$	200,68
	LAMINA SERRA - QUADRIL	R$	390,44
PROTESE DE QUADRIL NÃO CIMENTADA - REVISÃO	COMPONENTE FEMORAL NÃO CIMENTADO BEGA (TIPO WAGNER) NACIONAL	R$	4.875,93
	CABEÇA INTERCAMBIÁVEL	R$	1.186,91
	COMPONENTE ACETABULAR METALICO (A-LOCK)	R$	2.645,67
	COMPONENTE ACETABULAR POLIETILENO PARA COMPONENTE METALICO	R$	1.491,86
	PARAFUSO ACETABULAR	R$	330,36
	PLACA RETA PARA CERCLAGEM - QUADRIL NÃO CIMENTADA	R$	629,02
	CABO DE CERCLAGEM PARA AMARRILHO	R$	603,75
	TELA DE REFORÇO ACETABULAR NACIONAL	R$	978,75
	ANEL DE REFORÇO ACETABULAR NACIONAL	R$	978,75
	LAMINA SERRA	R$	387,74
ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO - REVISÃO / RECONSTRUÇÃO	COMPONENTE FEMORAL MODULAR REVISÃO	R$	4.801,39
	BASE TIBIAL MODULAR REVISÃO (COMPONENTE TIBIAL)	R$	2.433,48
	PLATÔ TIBIAL MODULAR REVISÃO (COMPONENTE PLATEAU TIBIAL)	R$	1.709,84
	PATELA TRIPLA FIXAÇÃO (COMPONENTE PATELAR)	R$	466,69
	PINO EXTENSOR ANGULAR MODULAR REVISÃO (HASTE FEMORAL)	R$	3.271,27
	PINO EXTENSOR ANGULAR MODULAR REVISÃO (HASTE TIBIAL)	R$	1.502,04
	CALÇO FEMORAL MODULAR (CUNHA FEMORAL)	R$	1.911,73

Este documento foi assinado digitalmente por [illegible]
Para verificar as assinaturas vá ao site https://c.jpm.com.br/p/26891405848e e utilize o código 26891405848e

	CALÇO TIBIAL MODULAR (CUNHA TIBIAL)	R$	1.911,73
	CIMENTO ORTOPÉDICO (01 UND.)	R$	196,45
	LÂMINA DE SERRA	R$	328,44
RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	LAMINA DE SHAVER	R$	808,59
	EQUIPO C/ SENSOR	R$	669,97
	PARAFUSO DE INTERFERENCIA EM TITANIO	R$	930,88
RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR)	LAMINA DE SHAVER	R$	808,59
	EQUIPO C/ SENSOR	R$	669,97
	PARAFUSO DE INTERFERENCIA EM TITANIO	R$	930,88
REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTO DESCOMPRESSIVOS)	LAMINA DE SHAVER	R$	808,59
	EQUIPO C/ SENSOR	R$	669,97
	CANULA DESCARTAVEL	R$	397,37
	ANCORA MONTADA EM TITANIO	R$	1.031,93
	PONTEIRA FREQUENCIA	R$	984,84
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	LAMINA DE SHAVER	R$	808,59
	EQUIPO C/ SENSOR	R$	669,97
	PARAFUSO DE INTERFERENCIA EM TITANIO	R$	930,88
	FAST-FIX 360 RETO OU CURVO AGULHADO	R$	3.369,15
	EMPURRADOR DE NO/CORTADOR DE SUTURA E CANULA	R$	673,83

OPME CIRURGIA UROLÓGICA			
CIRURGIA	**OPME**		**VALOR ICISMEP**
INSTALACAO ENDOSCÓPICA DE CATETER DUPLO J	CATETER DUPLO J	R$	396,00
RESSECÇÃO ENDOSCOPICA DE PROSTATA (RTU)	ALÇA DE RTU	R$	396,00
	EQUIPO DE IRRIGAÇÃO DE 3 VIAS	R$	400,00
URETEROLITOTRIPSIA FLEXIVEL	CATETER DUPLO J	R$	396,00
	FIO GUIA HIDROFILICO	R$	675,00
	CATETER BASKET PARA RETIRADA DE CÁLCULO	R$	1.521,00
	BALÃO URETERAL	R$	1.860,00
	FIBRA LASER	R$	3.100,00
URETEROLITOTRIPSIA RÍGIDA A LASER	BALÃO URETERAL	R$	1.860,00
	EXTRATOR DE CÁLCULO 3Fr	R$	1.521,00
	CATETER DUPLO J	R$	396,00
	FIO GUIA HIDROFILICO	R$	675,00
	FIBRA LASER	R$	3.100,00
NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA	AMPLATZ	R$	1.860,00
	CONJUNTO DE NEFROSTOMIA	R$	1.240,00
	EQUIPO DE IRRIGAÇÃO	R$	279,00
	EXTRATOR DE CÁLCULO PERCUTÂNEA	R$	1.521,00
	CATETER DUPLO J	R$	396,00
	FIO GUIA HIDROFILICO	R$	675,00
	CATETER URETRAL	R$	170,54

OPME CIRURGIA GERAL			
CIRURGIA	**OPME**		**VALOR ICISMEP**
HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	TELA DE MARLEX M (15cm X 15cm)	R$	475,00
	TELA DE MARLEX P (7,5cm X 7,5cm)	R$	416,00
HERNIOPLASTIA INGUINAL/CRURAL	TELA DE MARLEX M (15cm X 15cm)	R$	475,00
	TELA DE MARLEX P (7,5cm X 7,5cm)	R$	416,00

OPME CIRURGIA CARDIOLÓGICA			
CIRURGIA	**OPME**		**VALOR ICISMEP**
ANGIOPLASTIAS	STENT PARA ARTÉRIA CORONÁRIA (FARMACOLÓGICO)	R$	3.944,50
	STENT PARA ARTÉRIA PERIFÉRICA (NÃO FARMACOLÓGICO)	R$	2.339,80
	CATETER BALÃO PARA ANGIOPLASTIA	R$	937,71

OUTROS SERVIÇOS RELACIONADOS ÀS CIRURGIAS			
CONSULTA MÉDICA PARA AVALIAÇÕES CIRURGICAS		R$	90,00
CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (RISCO CIRÚRGICO)		R$	80,00
RAIO X TÓRAX (ATÉ 2 INCIDÊNCIAS)		R$	42,00
RAIO X TÓRAX (3 INCIDÊNCIAS)		R$	77,50
CURATIVO ESPECIAL (SEM HIDROCOLOIDE - fevereiroR EXTENSÃO)		R$	85,80
CURATIVO SIMPLES		R$	65,95
LEITO DE CTI (DIÁRIA)		R$	2.512,63
LEITO DE ENFERMARIA (DIÁRIA)		R$	882,60
DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO DE FERIDAS OU EXTREMIDADES		R$	1.133,21
ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO		R$	6.110,10
INTRODUTOR FEMORAL PARA ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO - OPME		R$	600,00
PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM FRAGMENTOS MULTIPLO DE BIOPSIAS DE MESMO ÓRGÃO OU TOPOGRAFIA, ACONDICIONADAS E UM MESMO FRASCO		R$	97,90
PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM PEÇA ANATÔMICA OU CIRÚRGICA SIMPLES		R$	173,00

TABELA 24 - CIRURGIAS REGIÃO ALTO CAPARAÓ

CIRURGIA ORTOPÉDICA - REGIÃO ALTO CAPARAÓ			
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**		**VALOR ICISMEP**
04.08.05.016-0	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	R$	5.391,25
04.08.05.017-9	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR)	R$	5.391,25
04.08.01.014-2	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTO DESCOMPRESSIVOS)	R$	4.407,30
04.08.05.089-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	R$	3.168,00
04.03.02.012-3	TRATAMENTO CIRURGICO DE SINDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEO-FIBROSO AO NIVEL DO CARPO	R$	2.281,35
04.08.05.065-9	TRATAMENTO CIRURGICO DE HALUX VALGUS COM OSTEOTOMIA DO PRIMEIrO OSSO METATARSIANO	R$	5.391,25
04.08.05.090-0	TRATAMENTO CIRURGICO DO HALUX RIGIDUS	R$	5.391,25
04.08.05.014-4	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DO TORNOZELO	R$	2.724,00
04.08.05.003-9	ARTRODESE DE MEDIAS/GRANDES ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR	R$	5.391,25
04.08.06.021-2	RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL	R$	2.281,35
04.03.02.013-1	TRATAMENTO MICROCIRÚRGICO DE TUMOR DE NERVO PERIFÉRICO/NEUROMA	R$	2.281,35

ESTE DOCUMENTO FOI GERADO EM: 06/04/2026 07:39:09 - PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p026891405848e

CIRURGIA GERAL - REGIÃO ALTO CAPARAÓ		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.07.03.003-4	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R$ 2.336,40
04.07.02.027-6	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	R$ 2.340,00
04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA	R$ 2.336,40
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	R$ 2.310,00
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	R$ 2.244,00
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	R$ 2.244,00

CIRURGIA GINECOLÓGICA - REGIÃO ALTO CAPARAÓ		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.09.06.012-7	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	R$ 5.016,00
04.09.06.013-5	HISTERECTOMIA TOTAL	R$ 5.016,00
04.09.06.017-8	HISTERECTOMIA POR VIA VAGINAL	R$ 4.408,80
04.09.06.019-4	MIOMECTOMIA	R$ 2.772,00
04.09.06.021-6	OOFORECTOMIA/OOFOROPLASTIA	R$ 2.310,00
09.09.06.004-6	CURETAGEM SEMIÓTICA C/ OU S/ DILATAÇÃO DO COLO UTERINO	R$ 1.056,00

CIRURGIA UROLÓGICA - REGIÃO ALTO CAPARAÓ		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.09.01.017-0	INSTALACAO ENDOSCÓPICA DE CATETER DUPLO J	R$ 1.857,06
CISMEP-37	RETIRADA DE CATETER DUPLO J	R$ 588,93
04.09.04.013-4	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	R$ 1.857,06
04.09.03.002-3	PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA	R$ 4.153,17
04.09.03.004-0	RESSECÇÃO ENDOSCOPICA DE PROSTATA (RTU)	R$ 3.961,16
04.09.04.023-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARICOCELE	R$ 1.947,38
04.09.01.059-6	URETEROLITOTRIPSIA FLEXIVEL	R$ 3.828,36
04.09.01.059-6	URETEROLITOTRIPSIA RÍGIDA A LASER	R$ 3.953,21
04.09.01.023-5	NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA	R$ 3.978,47

CIRURGIA OFTALMOLÓGICA - REGIÃO ALTO CAPARAÓ		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.05.05.037-2	FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL	R$ 771,60

OPME's - REGIÃO ALTO CAPARAÓ

OPME CIRURGIA ORTOPÉDICA - REGIÃO ALTO CAPARAÓ

CIRURGIA	OPME	VALOR ICISMEP
RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	LAMINA DE SHAVER	R$ 680,40
	EQUIPO C/ SENSOR	R$ 563,76
	PARAFUSO DE INTERFERENCIA EM TITANIO	R$ 787,79
RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR)	LAMINA DE SHAVER	R$ 680,40
	EQUIPO C/ SENSOR	R$ 563,76
	PARAFUSO DE INTERFERENCIA EM TITANIO	R$ 787,79
REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTO DESCOMPRESSIVOS)	LAMINA DE SHAVER	R$ 680,40
	EQUIPO C/ SENSOR	R$ 563,76
	CANULA DESCARTAVEL	R$ 334,31
	ANCORA MONTADA EM TITANIO	R$ 868,32
	PONTEIRA FREQUENCIA	R$ 858,48
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	LAMINA DE SHAVER	R$ 680,40
	EQUIPO C/ SENSOR	R$ 563,76
	PARAFUSO DE INTERFERENCIA EM TITANIO	R$ 787,79
	FAST-FIX 360 RETO OU CURVO AGULHADO	R$ 2.835,00
	EMPURRADOR DE NO/CORTADOR DE SUTURA E CANULA	R$ 567,00

OPME CIRURGIA UROLÓGICA - REGIÃO ALTO CAPARAÓ

CIRURGIA	OPME	VALOR ICISMEP
INSTALACAO ENDOSCOPICA DE CATETER DUPLO J	CATETER DUPLO J	R$ 396,00
RESSECÇÃO ENDOSCOPICA DE PROSTATA (RTU)	ALÇA DE RTU	R$ 396,00
	EQUIPO DE IRRIGAÇÃO DE 3 VIAS	R$ 400,00
URETEROLITOTRIPSIA FLEXIVEL	CATETER DUPLO J	R$ 396,00
	FIO GUIA HIDROFILICO	R$ 675,00
	CATETER BASKET PARA RETIRADA DE CÁLCULO	R$ 1.521,00
	BALÃO URETERAL	R$ 1.860,00
	FIBRA LASER	R$ 3.100,00
URETEROLITOTRIPSIA RÍGIDA A LASER	BALÃO URETERAL	R$ 1.860,00
	EXTRATOR DE CÁLCULO 3Fr	R$ 1.521,00
	CATETER DUPLO J	R$ 396,00
	FIO GUIA HIDROFILICO	R$ 675,00
	FIBRA LASER	R$ 3.100,00
NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA	AMPLATZ	R$ 1.860,00
	CONJUNTO DE NEFROSTOMIA	R$ 1.240,00
	EQUIPO DE IRRIGAÇÃO	R$ 279,00
	EXTRATOR DE CÁLCULO PERCUTÂNEA	R$ 1.521,00
	CATETER DUPLO J	R$ 396,00
	FIO GUIA HIDROFILICO	R$ 675,00
	CATETER URETRAL	R$ 170,50

OPME CIRURGIA GERAL - REGIÃO ALTO CAPARAÓ

CIRURGIA	OPME	VALOR ICISMEP
HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	TELA DE MARLEX M (15cm X 15cm)	R$ 475,00
	TELA DE MARLEX P (7,5cm X 7,5cm)	R$ 416,00
HERNIOPLASTIA INGUINAL/CRURAL	TELA DE MARLEX M (15cm X 15cm)	R$ 475,00
	TELA DE MARLEX P (7,5cm X 7,5cm)	R$ 416,00

OUTROS SERVIÇOS RELACIONADOS ÀS CIRURGIAS - REGIÃO ALTO CAPARAÓ	
CONSULTA MÉDICA PARA AVALIAÇÕES CIRURGICAS	R$ 90,00
CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (RISCO CIRÚRGICO)	R$ 80,00
RAIO X TÓRAX (ATÉ 2 INCIDÊNCIAS)	R$ 42,00

ESTE DOCUMENTO É CÓPIA DO ORIGINAL, ASSINADO DIGITALMENTE por 1 e Tribunal de Contas do Estado do Espírito Santo em 03/10/2025 às 09:10:03
Acesse em: https://etcm.tce.es.gov.br/20251003-e0268914b5e48e
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.tcm.com.br/p/26891 4b5e48e

RAIO X TÓRAX (3 INCIDÊNCIAS)	R$	77,50
CURATIVO ESPECIAL (SEM HIDROCOLOIDE - fevereiroR EXTENSÃO)	R$	85,80
CURATIVO SIMPLES	R$	65,95
LEITO DE CTI (DIÁRIA)	R$	2.512,63
LEITO DE ENFERMARIA (DIÁRIA)	R$	882,60
DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO DE FERIDAS OU EXTREMIDADES	R$	1.133,21

TABELA 25 - CIRURGIAS REGIÃO ZONA DA MATA

CIRURGIA ORTOPÉDICA - REGIÃO ZONA DA MATA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.08.04.004-1	ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL	R$ 7.541,25
04.08.01.014-2	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTO DESCOMPRESSIVOS)	R$ 5.475,32

CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO - REGIÃO ZONA DA MATA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.02.01.004-3	TIREOIDECTOMIA TOTAL	R$ 3.651,08
04.02.01.003-5	TIREOIDECTOMIA PARCIAL	R$ 2.621,56

CIRURGIA UROLÓGICA - REGIÃO ZONA DA MATA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.09.01.017-0	INSTALACAO ENDOSCÓPICA DE CATETER DUPLO J	R$ 2.662,67
CISMEP-37	RETIRADA DE CATETER DUPLO J	R$ 524,72
04.09.01.031-6	PIELOLITOTOMIA	R$ 2.845,76
04.09.01.056-1	URETEROLITOTOMIA	R$ 8.074,01
04.09.03.004-0	RESSECÇÃO ENDOSCOPICA DE PROSTATA (RTU)	R$ 4.651,95
04.09.01.023-5	NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA	R$ 9.206,19

OPME's - REGIÃO ZONA DA MATA

OPME CIRURGIA ORTOPÉDICA - REGIÃO ZONA DA MATA

CIRURGIA	OPME	VALOR ICISMEP
ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL	COMPONENTE FEMORAL CIMENTADO (HASTE)	R$ 1.204,34
	RESTRITOR/PLUG DE CIMENTO	R$ 32,36
	CABEÇA INTERCAMBIÁVEL	R$ 682,25
	COMPONENTE ACETABULAR CIMENTADO	R$ 337,08
	CIMENTO ORTOPÉDICO	R$ 134,83
	LAMINA SERRA	R$ 185,90
	COMPONENTE FEMORAL NÃO CIMENTADO	R$ 3.028,05
	COMPONENTE ACETABULAR METALICO	R$ 1.154,25
	COMPONENTE ACETABULAR POLIETILENO PARA COMPONENTE METALICO	R$ 134,[illegible]
	PARAFUSO ACETABULAR	R$ 210,[illegible]
	COMPONENTE BIPOLAR (CABEÇA BIPOLAR)	R$ 1.132,[illegible]
REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTO DESCOMPRESSIVOS)	LAMINA DE SHAVER	R$ 493,26
	EQUIPO C/ SENSOR	R$ 404,49
	CANULA DESCARTAVEL	R$ 256,18
	ANCORA MONTADA EM TITANIO	R$ 839,55
	PONTEIRA FREQUENCIA	R$ 625,62

Assinado eletronicamente por:
IARA MARIA DOS SANTOS RIBEIRO
***.924.786-**
Assinatura digital avançada.

PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p/26891405848

TABELA DE COTAÇÃO DE PREÇOS PARA SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS EM SAÚDE

PREFEITURA ITABIRITO

Tabela 01 - OFTALMOLOGIA

CATARATA ZERO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	VALOR	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO
04.05.05.03	FACOEMULSIFICACAO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-	541,11	1.157,40	771,60	1.013,40	1.540,00	

PACOTE BÁSICO DA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO
03.01.01.00	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM	52,73	114,46	160,00	121,00		
03.01.10.00	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO						
02.11.06.00	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1)						
02.11.06.02	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)						
02.11.06.01	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (SE NECESSÁRIO						
	TOTAL DO PACOTE						

PACOTE BÁSICO DA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA INFANTIL

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO
03.01.01.00	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM	62,56	122,00	180,00	160,00	160,00	
03.01.10.00	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO						
02.11.06.00	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1)						
02.11.06.02	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)						
02.11.06.01	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (SE NECESSÁRIO						
SEM	RETINOSCOPIA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)						
	TOTAL DO PACOTE						

PACOTE BÁSICO DA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - UNIDADE MÓVEL

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO
03.01.01.00	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM	65,00	170,00	162,55	150,00	160,00	
03.01.10.00	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO						
02.11.06.00	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1)						
02.11.06.02	TONOMETRIA (QUANTIDADE 2)						
02.11.06.01	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (SE NECESSÁRIO						
	TOTAL DO PACOTE						

CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - UNIDADE MÓVEL (PACOTES)

Modelo	Quantidade mínima de consultas	VALOR DA DIÁRIA				cotação dos serviços de forma desmembrada											
		Serviço de oftalm	Serviço de oftal	Serviço de oftalmologia +	Serviço de oftalmologia +	Serviço de oftalmologia	Serviço de oftalmologia	Serviço de oftalmologia	Serviço de oftalmologia	Serviço de hospedagem	Serviço de hospedagem	Serviço de hospedagem	Serviço de hospedagem	Serviço de alimentação	Serviço de alimentação	Serviço de alimentação	
FAIXA 1	120					150,00	170,00	162,55	140,00	232,00	193,33	169,00	200,50	130,00	80,00	130,00	
FAIXA 2	240 con					FORAM ENCONTRADAS EM MINAS GERAIS POUCOS SERVIÇOS SEMELHANTES DENTRO DO PERIODO, DESSA FORMA FOI COTADO ISOLADAMENTE CADA ITEM DO PACOTE E NÃO FOI ENCONTRADO SERVIÇO DE VALORES DECRESCENTE COM RELAÇÃO A QUANTIDADE.											
FAIXA 3	360 con																
FAIXA 4	480																
FAIXA 5	600																
FAIXA 6	720																
FAIXA 7	840																

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 02/04/2026 14:04 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p68c7ab679fbe1

FAIXA 8	960				
FAIXA 9	1080				
FAIXA 10	1200				

SERVIÇOS COMPLEMENTARES EM OFTALMOLOGIA - UNIDADE MÓVEL							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR**	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO
-	ARMAÇAO PARA ÓCULOS ALTO INDICE GRAU FORTE MODELO ADULTO FEMININO E MASCULINO - MATERIAL EM METAL OU	87,00	206,22	100,00	203,61		
-	ARMAÇAO PARA ÓCULOS ALTO INDICE GRAU FORTE MODELO	87,00	105,84	139,89	120,00		
-	ARMAÇAO PARA OCULOS MODELO ADULTO FEMININO E	87,00	89,50	87,42	118,05		
-	ARMAÇAO PARA OCULOS MODELO INFANTIL FEMININO E	86,00	105,84	139,89	120,00		
-	LENTES OFTALMICAS MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO	39,00	325,24	180,90	291,12		
-	LENTES OFTALMICAS MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO	39,00	325,24	180,90	291,12		
-	LENTES OFTAŁMICAS MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO	45,00	325,24	180,90	291,12		
-	LENTES OFTALMICAS MONOFOCAIS VISAO SIMPLES ANTI-	61,00	167,48	50,53	77,77		
-	LENTES OFTALMICAS MONOFOCAIS VISAO SIMPLES ANTI	58,00	167,48	50,53	131,58		
-	LENTES OFTALMICAS MULTIFOCAIS ALTO INDICE DE -10.00 A +	59,00	325,24	180,90	291,12		
-	LENTES OFTALMICAS MULTIFOCAIS VISAO SIMPLES DE -4.00 A	74,90	104,90	128,01	493,20		
PACOTE MIGUILIM - OFTALMOLOGIA							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR**	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO
03.01.01.00	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM	43,50	130,00	75,00	136,67		
02.11.06.01	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO	28,73	20,80	24,24	24,20	33,16	
02.11.06.02	TESTE DE VISAO DE CORES	5,74	3,58	3,37	6,63		
02.11.06.02	TESTE ORTÓPTICO	17,24	150,00	162,50	160,00		
02.11.06.02	TONOMETRIA	3,97	59,00	19,86	50,00		
04.05.05.02	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO NA CÓRNEA	73,38	149,51	33,88	62,70		
PACOTE MIGUILIM - ÓCULOS COM LENTES CORRETIVAS							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR**	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO
07.01.04.00	ÓCULOS COM LENTES CORRETIVAS IGUAIS/fevereiroRES QUE	343,76	120,00	343,76	291,07	177,00	
AVALIAÇÃO DE CATARATA							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR**	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO
03.01.01.00	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CATARATA	89,76	119,00	105,00	108,96		
02.11.06.00	BIOMETRIA ULTRASSONICA MONOCULAR (ECO A) (R$ 24,24						
02.11.06.01	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)						
02.11.06.02	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)						
02.05.02.00	ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA						
03.01.10.00	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)						
TOTAL DO PACOTE							
CONTROLE ANTECIPADO DE GLAUCOMA - CONSULTA							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR**	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 02/04/2026 14:04 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p68c7ab679fbe1

03.01.01.00	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA						
02.11.06.02	TONOMETRIA (QUANTIDADE 2)						
02.11.06.01	GONIOSCOPIA (QUANTIDADE 1)						
02.05.02.00	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - **MONOCULAR** (R$ 14,81	82,37	105,00	122,02	108,96		
02.11.06.00	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (QUANTIDADE 1)						
02.11.06.02	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO						
03.01.10.00	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)						
TOTAL DO PACOTE							
CONTROLE DE GLAUCOMA 30 A 60 DIAS - ACOMPANHAMENTO							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR**	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO
03.01.01.00	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA						
02.11.06.02	TONOMETRIA (3,37 QUANTIDADE 2)						
02.11.06.00	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1)	20,29	17,74	17,74	17,74		
03.01.10.00	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)						
TOTAL DO PACOTE							
AVALIAÇÃO CIRÚRGICA DE GLAUCOMA							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR**	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO
03.01.01.00	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA						
02.11.06.02	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)						
02.11.06.00	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1)						
02.11.06.00	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA	55,82	105,00	122,02	108,96		
02.11.06.01	RETINOGRAFIA COLORIDA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)						
03.01.10.00	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)						
TOTAL DO PACOTE							
CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAVALIAÇÃO DE GLAUCOMA							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR**	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO
03.01.01.010-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA						
	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)						
	FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1)						
	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (SE NECESSÁRIO SERÁ						
02.11.06.01	GONIOSCOPIA (QUANTIDADE 1)	57,74	128,87	153,82	57,74	57,74	
02.05.02.00	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - **MONOCULAR** (R$ 14,81						
02.11.06.02	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO						
03.01.10.00	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)						
TOTAL DO PACOTE							
ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DE GLAUCOMA							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR**	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO
03.03.05.001	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA						

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 02/04/2026 14:04 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p68c7ab679fbe1

5.001-2	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	17,74	17,74	17,74	17,74	58,87	
	FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1)						
03.01.10.00	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)						
TOTAL DO PACOTE							
DESCRIÇÃO DOS TRATAMENTOS MEDICAMENTOSOS DE GLAUCOMA							
Tabela 8	**DESCRIÇÃO**	**VALOR**	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO
03.03.05.00	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM	18,66	18,66	18,67	18,68		
03.03.05.00	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM	79,38	79,38	79,38	79,38	79,39	
03.03.05.00	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM	127,98	127,98	127,98	127,98		
03.03.05.00	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM	12,44	12,44	12,44	12,44		
03.03.05.00	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM	52,92	52,92	52,92	52,92		
03.03.05.00	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM	85,33	85,33	101	85,33		
03.03.05.00	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM	93,10	93,10	93,10	93,10		
03.03.05.01	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM	8,93	8,93	8,93	8,93		
03.03.05.01	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM	13,39	13,39	13,39	13,39		
03.03.05.01	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM	65,36	65,36	65,36	65,36		
03.03.05.01	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM	98,04	98,05	98,06	98,07	98,08	
03.03.05.01	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM	97,77	97,77	97,77	97,77		
03.03.05.01	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO PACIENTE GLAUCOMA - 1ª	146,64	146,64	146,64	146,64	146,64	
03.03.05.01	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM	138,25	138,26	138,27	138,28		
03.03.05.02	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM	207,36	207,37	207,38	207,39		
03.03.05.02	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM	150,69	150,69	150,69	150,69		
03.03.05.02	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM	226,02	226,02	226,02	226,02	226,02	
CONSULTA PARA CONTROLE PÓS-OPERATÓRIO DE GLAUCOMA							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR**	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO
03.01.01.00	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA	52,73	122,02	105,00	108,96		
CISMEP-61	LISE DE SUTURA DE LASER PÓS TRABECULECTOMIA	52,73					
AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CÓRNEA							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR**	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO
03.01.01.00	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTAEM CÓRNEA	62,10	122,02	105,00	108,96		
03.01.10.00	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)						
02.11.06.02	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÓRNEA-						
02.05.02.00	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - **MONOCULAR** (R$ 14,81						
TOTAL DO PACOTE							
AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE ESTRABISMO							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR**	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO
03.01.01.00	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM ESTRABISMO	74,51	122,02	105,00	108,96		
02.11.06.02	TESTE ORTÓPTICO (QUANTIDADE 1)						

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 02/04/2026 14:04 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p68c7ab679fbe1

TOTAL DO PACOTE							
AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE PLÁSTICA OCULAR							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR**	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO
03.01.01.00	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM PLÁSTICA OCULAR	55,88	122,02	105,00	108,96		
TOTAL DO PACOTE							
AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM RETINA (QUANTIDADE 1)	126,15	300,00	198,60	198,50		
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)						
02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA (QUANTIDADE 1)						
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)						
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)						
02.11.06.018-6	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)						
TOTAL DO PACOTE							
AVALIAÇÃO EM RETINOPATIA DE PREMATURIDADE							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA (QUANTIDADE 1)	252,75	300,00	198,60	198,50		
TOTAL DO PACOTE							
AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CIRURGIAS RETINIANAS - AVAL. DEPARTAMENTO DE VITRECTOMIA							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CIRURGIAS RETINIANAS (QUANTIDADE 1)	100,05	300,00	198,60	198,50		
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)						
02.05.02.008-9	ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA **(MONOCULAR)** - ECO B- (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)						
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)						
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)						
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)						
TOTAL DO PACOTE							
AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA - CONTROLE DE VITRECTOMIA							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CIRURGIAS RETINIANAS (QUANTIDADE 1)	50,13	300,00	198,60	198,50		
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)						
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)						
02.05.02.008-9	ECO-B ULTRA-SOM DE GLOBO OCULAR/ÓRBITA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)						
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)						
TOTAL DO PACOTE							
AVALIAÇÃO DE RETINA PÓS INJEÇÃO INTRA-VITREO							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM RETINA (QUANTIDADE 1)						

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 02/04/2026 14:04 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p68c7ab679fbe1

02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	88,62	300,00	198,60	198,50		
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)						
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)						
TOTAL DO PACOTE							
EXAMES EM OFTALMOLOGIA							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - **MONOCULAR**	15,44	74,68	63,62	52,86		
02.05.02.008-9	ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA **(MONOCULAR)** - ECO B	35,80	157,91	81,00	100,00		
02.11.06.001-1	BIOMETRIA ULTRASSONICA **MONOCULAR** (ECO A)	25,27	85,00	94,30	100,00		
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO	12,87	51,78	49,65	50,00		
02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA	41,70	70,00	89,21	116,65		
02.11.06.005-4	CERATOMETRIA	3,51	60,00	40,00	58,77		
02.11.06.006-2	CURVA DIARIA DE PRESSÃO OCULAR - CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS)	17,90	120,00	97,72	90,00		
02.11.06.010-0	FUNDOSCOPIA	3,51	90,00	60,00	30,00		
02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA	17,90	36,64	90,00	60,00		
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO	25,27	33,16	24,24	24,20		
02.11.06.015-1	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL	7,30	73,33	50,00	90,20		
02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	25,73	80,00	150,00	122,50		
02.11.06.018-6	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	66,73	333,33	266,00	250,00		
02.11.06.021-6	TESTE DE SCHIRMER	3,51	30,00	60,00	86,67		
02.11.06.022-4	TESTE DE VISAO DE CORES	3,51	3,58	3,37	3,37		
02.11.06.023-2	TESTE ORTÓPTICO	12,87	12,34	12,34	12,34		
02.11.06.025-9	TONOMETRIA	3,51	59,00	19,86	50,00		
02.11.06.026-7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÓRNEA (CERATOSCOPIA)	31,28	270,00	186,00	140,00		
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA (OCT)	62,56	182,82	192,28	323,50		
CISMEP-12	TRATAMENTO MEDICAMENTOSOS DE BLEFAROESPASMO COM TOXINA BOTULÍNICA	88,62	754,67	1.018,00	1.200,00	1.140,00	
03.03.05.023-3	TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DA DOENÇA DA RETINA	88,33	1.000,00	630,50	627,28		
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO AMBULATORIAL - S.A.							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO
02.01.01.009-7	BIÓPSIA DE CONJUNTIVA (BPA INDIVIDUALIZADO)	103,96	130,00	130,00	250,00		
02.01.01.011-9	BIÓPSIA DE CÓRNEA (BPA INDIVIDUALIZADO)	101,92	175,97	133,33	232,35		
02.01.01.018-6	BIÓPSIA DE ESCLERA (BPA INDIVIDUALIZADO)	101,92	450,00	285,13	232,35		
02.01.01.035-6	BIÓPSIA DE PÁLPEBRA (BPA INDIVIDUALIZADO)	110,86	200,00	280,00	232,35		
04.05.01.004-4	DRENAGEM DE ABSCESSO DE PÁLPEBRA (BPA INDIVIDUALIZADO)	31,86	57,51	45,00	110,00		
04.05.01.005-2	EPILAÇÃO A LASER - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	115,02	85,00	112,14	300,00		
04.05.01.006-0	EPILACAO DE CILIOS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	45,21	183,38	120,00	40,00		
04.05.01.010-9	OCLUSAO DE PONTO LACRIMAL (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO)	26,62	49,75	76,56	251,33		
04.05.01.014-1	SIMBLEFAROPLASTIA - UNILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	398,35	284,14	296,37	405,00		

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 02/04/2026 14:04 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p68c7ab679fbe1

04.05.01.016-8	SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	91,75	78,82	180,00	45,00		
04.05.01.017-6	SUTURA DE PÁLPEBRAS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	295,47	143,99	143,99	209,45		
04.05.01.018-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BLEFAROCALASE - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	811,19	95,42	443,08	408,51		
04.05.01.019-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TRIQUÍASE COM OU SEM ENXERTO (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO)	513,70	309,02	278,90	126,50		
04.05.01.020-6	PUNCTOPLASTIA - UNILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	137,45	19,14	19,14	19,14		
04.05.03.003-7	CRIOTERAPIA OCULAR	161,32	150,00	100,00	117,00		
04.05.03.004-5	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER (APAC)	112,19	250,00	270,00	245,00		
04.05.03.005-3	INJEÇÃO INTRA-VITREO (BPA INDIVIDUALIZADO)	275,14	937,75	1.200,00	1.400,00		
CISMEP-13	INJEÇÃO INTRA-VITREO COM ANTIBIÓTICO	90,62	937,75	82,28	82,28		
04.05.03.009-6	SUTURA DE ESCLERA (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO)	224,08	320,00	161,19	423,00		
04.05.03.010-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEISCÊNCIA DE SUTURA DE ESCLERA	236,12	295,22	159,37	315		
04.05.03.011-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MIÍASE PALPEBRAL (BILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO)	32,26	46,11	44,00	22,93		
04.05.03.012-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE NEOPLASIA DE ESCLERA (BPA INDIVIDUALIZADO)	426,40	608,89	518,00	259,20	272,63	
04.05.03.015-0	VITRIÓLISE A YAG LASER (BPA CONSOLIDADO)	74,20	54,00	47,33	54		
04.05.03.019-3	PAN-FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA A LASER CORRESPONDE A 4 PROCEDIMENTOSDE FOTOCOAGULAÇÃO A LASER. (APAC)	448,80	1.000,00	1.080,00	980,00		
04.05.03.021-5	RETINOPEXIA PNEUMÁTICA (BPA INDIVIDUALIZADO)	550,96	361,25	977,22	1.558,56		
04.05.03.022-3	REMOÇÃO DE ÓLEO DE SILICONE (BPA INDIVIDUALIZADO)	664,14	803,68	1.175,25	1.874,40		
04.05.04.013-0	INJEÇÃO RETROBULBAR/ PERIBULBAR	34,35	22,93	22,93	59,60		
04.05.04.019-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO XANTELASMA (BPA INDIVIDUALIZADO)	323,21	284,14	116,42	302,62		
04.05.05.002-0	CAPSULOTOMIA A YAG LASER (APAC)	117,57	354,38	227,23	218,99		
04.05.05.003-8	CAUTERIZAÇÃO DE CÓRNEA	26,92	38,00	49,75	19,14		
04.05.05.006-2	CORREÇÃO DE ASTIGMATISMO SECUNDÁRIO	26,92	38,00	1.112,83	2250,00		
04.05.05.007-0	CORRECAO CIRURGICA DE HERNIA DE IRIS	414,11	673,76	525,75	518,00		
04.05.05.008-9	EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA	277,73	287,44	319,20	213,88		
04.05.05.012-7	FOTOTRABECULOPLASTIA A LASER (APAC)	46,92	537,85	450,00	112,86		
04.05.05.016-0	INJEÇÃO SUBCONJUNTIVAL/SUBTENONIANA	13,90	8,24	8,24	8,24		
04.05.05.017-8	IRIDECTOMIA CIRÚRGICA (BPA INDIVIDUALIZADO)	407,47	743,51	746,03	594,00		
04.05.05.019-4	IRIDOTOMIA A LASER (APAC)	82,10	145,83	89,00	184,50		
04.05.05.020-8	PARACENTESE DE CÂMARA ANTERIOR	114,43	166,70	213,88	164,00		
04.05.05.021-6	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	209,77	258,40	250,59	344,00		
04.05.05.024-0	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA ANTERIOR DO OLHO (BPA INDIVIDUALIZADO)	476,28	619,95	841,98	670,00		
04.05.05.025-9	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO NA CÓRNEA	30,17	149,51	33,88	62,70		
04.05.05.026-7	SINEQUIÓLISE A YAG LASER (BPA INDIVIDUALIZADO)	46,92	112,86	112,77	45,00		
04.05.05.029-1	SUTURA DE CONJUNTIVA	120,39	82,28	191,88	213,88		
04.05.05.030-5	SUTURA DE CÓRNEA	235,36	181,06	164,08	423,00		
04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO	339,44	209,55	306,50	209,55		
CISMEP-11	CROSSLINKING	437,89	1.814,19	2.434,00	2700		
04.05.05.028-3	SUBSTITUIÇÃO DE LENTE INTRA-OCULAR	902,28	544,88	1.366,56	544,88		

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 02/04/2026 14:04 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p68c7ab679fbe1

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H.							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO
02.01.01.011-9	BIÓPSIA DE CÓRNEA	109,79	101,92	175,97	133,33	232,35	
02.01.01.024-0	BIÓPSIA DE ÍRIS, CORPO CILIAR, RETINA, CORÓIDE E VÍTREO	274,57	369,02	199,21	199,21		
03.08.04.001-5	TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS OU CLÍNICOS	318,21	199,33				
04.05.01.001-0	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ENTRÓPIO E ECTRÓPIO (BILATERAL)	463,08	1.058,00	1.000,00	405,00		
04.05.01.007-9	EXERESE DE CALÁZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PÁLPEBRA E SUPERCÍLIOS (UNILATERAL)	213,99	624,03	529,00	600,00		
04.05.01.002-8	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE EPICANTO E TELECANTO	328,22	278,90	555,00	278,90		
04.05.01.003-6	DACRIOCISTORRINOSTOMIA (UNILATERAL)	1.961,38	1.380,35	1.350,00	991,88		
04.05.01.008-7	EXTIRPAÇÃO DE GLÂNDULA LACRIMAL	926,74	1.150,00	577,44	577,44		
04.05.01.011-7	RECONSTITUIÇÃO DE CANAL LACRIMAL (UNILATERAL)	811,61	871,65	1.003,21	1.370,00		
04.05.01.012-5	RECONSTITUIÇÃO PARCIAL DA PÁLPEBRA COM TARSORRAFIA (BILATERAL)	633,28	311,04	620,00	545,00		
04.05.01.013-3	RECONSTITUIÇÃO TOTAL DE PÁLPEBRA	1.700,89	5.123,97	2.250,00	1.656,34		
04.05.01.015-0	SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL (BILATERAL)	239,76	1.106,00	295,53	203,73		
04.05.01.017-6	SUTURA DE PÁLPEBRAS (BILATERAL)	179,33	143,99	143,99	209,45		
04.05.02.001-5	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MÚSCULOS HIPERTROPIAS)	2.770,78	5.222,03	2.300,00	1.827,70		
04.05.02.002-3	CORREÇÃO CIRÚRGICA DO ESTRABISMO (ATÉ 2 MÚSCULOS)	1.781,97	2.335,64	1.167,82	1.284,43		
04.05.03.002-9	BIÓPSIA DE TUMOR INTRA-OCULAR	113,10	96,11	199,21	199,21		
04.05.03.007-0	RETINOPEXIA COM INTROFLEXÃO ESCLERAL	1005,43	1.559,17	1.074,86	1.131,05		
04.05.03.009-6	SUTURA DE ESCLERA	290,68	320,00	161,19	423,00		
04.05.03.013-4	VITRECTOMIA ANTERIOR	564,60	762,16	937,98	760,00		
04.05.03.014-2	VITRECTOMIA POSTERIOR	2577,86	4.655,00	2.933,63	2.667,29		
04.05.03.016-9	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER	3437,73	5.478,42	5.717,34	10.457,80		
04.05.03.017-7	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO, ÓLEO DE SILICONE E ENDOLASER	3977,71	8.418,43	9.403,68	6.341,18		
CISMEP-03	MEMBRANECTOMIA	399,29	508	480	501,90		
CISMEP-04	TROCA FLUIDO GASOSA	240,19	1.016,00	236,25	268,89		
CISMEP-05	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA POSTERIOR DO OLHO	400,83	335,72	335,72	501,90		
04.05.03.020-7	DRENAGEM DE HEMORRAGIA DE CORÓIDE	533,81	1.814,00	453,60	1360,80		
04.05.04.001-6	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE LAGOFTALMO	471,54	282,09	282,09	369,28		
04.05.04.007-5	EVISCERAÇÃO DE GLOBO OCULAR	1218,50	815,81	587,52	854,63		
04.05.04.018-0	TRANSPLANTE DE PERIÓSTEO EM ESCLEROMALÁCIA	1409,82	965,45	233,28			
04.05.04.020-2	TRATAMENTO DE PTOSE PALBEBRAL	777,37	990,00	2674,16	1050,00		
04.05.05.001-1	CAPSULECTOMIA POSTERIOR CIRÚRGICA	354,44	498,00	180,45	499,70		
04.05.05.004-6	CICLOCRIOCOAGULAÇÃO/DIATERMIA	691,40	1175,02	587,51	1175,02		
04.05.05.005-4	CICLODIÁLISE	533,59	453,41	906,82	453,41	905,00	
04.05.05.013-5	IMPLANTE DE PRÓTESE ANTI-GLAUCOMATOSA	2042,24	3.610,45	873,61	1271,36		
04.05.05.021-6	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL	220,30	258,40	250,59	344,00		
04.05.05.022-4	RECONSTITUIÇÃO DE FÓRNIX CONJUNTIVAL	729,61	647,28	436,44	872,00		

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 02/04/2026 14:04 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p68c7ab679fbe1

04.05.05.032-1	TRABECULECTOMIA (CIRURGIA FISTULIZANTE ANTIGLAUCOMATOSA)	1673,59	898,35	2.520,00	1.303,13	898,50	
04.05.05.035-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE GLAUCOMA CONGÊNITO	1455,45	1.236,75	1.236,76	443,54		
04.05.05.039-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEISCÊNCIA DE SUTURA DE CÓRNEA	283,43	423,65	172,12	50,41		
07.02.07.004-1	ESFERA DE MULER (PROCED. ESPECIAL)	91,79	60,00				
07.02.07.005-0	TUBO DE DRENAGEM PARA GLAUCOMA (PROCED. ESPECIAL)	1223,91	9670,00	10590,00	7677,84		
04.05.04.010-5	EXPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR LIO	995,83	3.173,22	1.227,46	1.690,00		
04.05.04.021-0	REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRA- OCULAR	533,82	453,60	658,00	660,13		
04.05.05.009-7	FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR	1038,89	2.392,20	2.418,36	1.050,00		
04.05.05.010-0	FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR	779,04	703,46	955,00	483,60		
04.05.05.011-9	FACOEMULSIFICAÇÃO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR RÍGIDA	1038,89	906,02	927,26	1.300,00		
04.05.05.014-3	IMPLANTE INTRAESTROMAL	2285,22	5.027,82	2.099,00	8.677,16		
04.05.05.015-1	IMPLANTE SECUNDÁRIO DE LENTE INTRA- OCULAR LIO	1320,41	3.000,00	1.112,83	1.618,77		
04.05.05.037-2	FACOEMULSIFICACAO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL	1038,89	1.157,40	771,60	1.013,40	1.540,00	
04.05.05.038-0	CIRURGIA DE CATARATA CONGÊNITA	1053,46	1.286,00	2.685,48	895,16		
PACOTE MIGUILIM - ÓCULOS COM LENTES CORRETIVAS - UNIDADE OURO PRETO							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO
07.01.04.005-0	ARMAÇAO PARA ÓCULOS ALTO INDICE GRAU FORTE MODELO INFANTIL FEMININO E MASCULINO - MATERIAL EM METAL OU ACETATO COM ARO TOTAL,	87,00	89,50	87,42	118,05		
07.01.04.005-0	ARMAÇAO PARA OCULOS MODELO INFANTIL FEMININO E MASCULINO - MATERIAL EM METAL OU ACETATO COM ARO TOTAL, ARO QUADRADO OU	86,00	105,84	139,89	120,00		
07.01.04.005-0	LENTES OFTALMICAS MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO INDICE DE -10.00 A + 9.50 ESFÉRICO E CILINDRO ATE -6.00; CONFORME RECEITUARIO MÉDICO	39,00	325,24	180,90	291,12		
07.01.04.005-0	LENTES OFTALMICAS MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO ÍNDICE DE -8.00 A +6.00 ESFÉRICO E CILINDRO ATE -4,00; CONFORME RECEITUARIO MEDICO	39,00	325,24	180,90	291,12		
07.01.04.005-0	LENTES OFTALMICAS MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO INDICE GRAU FORTE, ALTA DIOPITRIA DE -12.50 A -23.00 ESFERICO E CILINDRO ATE -9.00;	45,00	325,24	180,90	291,12		
07.01.04.005-0	LENTES OFTALMICAS MONOFOCAIS VISAO SIMPLES ANTI-REFLEXO DE PLANO -4.00 A + 4.00 ESFERICO, CILINDRO ATE -2.00; CONFORME RECEITUARIO	61,00	167,48	50,53	77,77		
07.01.04.005-0	LENTES OFTALMICAS MONOFOCAIS VISAO SIMPLES ANTI REFLEXO DE PLANO -6.00 A +6.00 ESFERICO, CILINDRO ATE -4.00; CONFORME RECEITUARIO	58,00	167,48	50,53	131,58		
07.01.04.005-0	LENTES OFTALMICAS MULTIFOCAIS ALTO INDICE DE -10.00 A + 6.00 ESFERICO E CILINDRO ATE - 6.00; ADICAO DE +1.00 A +3.50 ALTURA MINIMA DE 22MM	59,00	325,24	180,90	291,12		
07.01.04.005-0	LENTES OFTALMICAS MULTIFOCAIS VISAO SIMPLES DE -4.00 A +7.00 ESFERICO E CILINDRO ATE - 4.00; ADICAO DE +1.00 A +3.00 ALTURA MINIMA DE 22MM	74,90	104,90	128,01	493,20		
PROCEDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS ESPECIAIS - UNIDADES EXTERNAS							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO	COTAÇÃO
CISMEP-45	PENTACAM (TOMOGRAFIA DE CORNEA)	289,02	600,00	520,00	310,00		
CISMEP-46	SEDACAO PARA PLASTICA OCULAR	161,85	332,40	200	150,62		
CISMEP-47	INJECAO INTRA-VITREA DE EYLIA (AFLIBICERPT) COM OCT 30 DIAS APOS GRUPOS DE 3 APLICACAÇÕES	1.965,32	4.228,00	5767,68	4037,98		
CISMEP-48	INJECAO INTRA-VITREA DE LUCENTIS (RANIZUBIMABE) COM OCT 30 DIAS APOS GRUPOS DE 3 APLICACAÇÕES	2.977,79	3.657,00	6590,00	5270,00		
CISMEP-49	CIRURGIA DE PRK - REFRATIVA A LASER BINOCULAR	2.509,50	6000	8000			
CISMEP-50	CIRURGIA DE PRK - REFRATIVA A LASER MONOCULAR	1.098,27	2250	4000			
CISMEP-51	AVALIACAO DE CIRURGIA REFRATIVA A LASER - INCLUI PENTACAM	404,62	510	440	325		
TABELA 02 - OTORRINOLARINGOLOGIA							
CONSULTA EM OTORRINOLARINGOLOGIA							

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 02/04/2026 14:04 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p68c7ab679fbe1

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	COT 01	COT 02	COT 03	COT 04	CONS. CISLAGOS
03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA (OTORRINOLARINGOLOGIA)	66,92	R$ 150,00	R$ 300,00	R$ 320,00	R$ 179,00	R$ 59,00
03.01.01.007-2	AVAL. NO DEPART. DE MICROCIRURGIA DE LARINGE	69,22	R$ 150,00	R$ 300,00	R$ 320,00	R$ 179,00	R$ 59,00
03.01.01.007-2	AVAL. NO DEPART.CIRUR. DE SINUSITES E POLIPOS NASAIS	69,22	R$ 150,00	R$ 300,00	R$ 320,00	R$ 179,00	R$ 59,00
03.01.01.007-2	AVAL. NO DEPART. DE AMIGDALAS E ADENOIDES	69,22	R$ 150,00	R$ 300,00	R$ 320,00	R$ 179,00	R$ 59,00
03.01.01.007-2	AVAL. NO DEPART. DE CIRUR. DE OUVIDO - OTORRINO	69,22	R$ 150,00	R$ 300,00	R$ 320,00	R$ 179,00	R$ 59,00
03.01.01.007-2	AVAL. NO DEPART. DE CIRURGIA DE SEPTO NASAL E CORNETOS	69,22	R$ 150,00	R$ 300,00	R$ 320,00	R$ 179,00	R$ 59,00
EXAMES EM OTORRINOLARINGOLOGIA							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**	**COT 01**	**COT 02**	**COT 03**	**COT 04**	**CONS CISLAGOS**
02.09.04.002-5	LARINGOSCOPIA	69,22	R$ 200,01	R$ 250,00	R$ 297,00	R$ 193,00	
02.09.04.004-1	VIDEOLARINGOSCOPIA (FIBRONASOLARINGOSCOPIA)	98,71	R$ 150,00	R$ 250,00	R$ 297,00	R$ 193,00	R$ 106,00
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO AMBULATORIAL - S.A.							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**	**COT 01**	**COT 02**	**COT 03**	**COT 04**	**CONS CISLAGOS**
02.01.01.008-9	BIÓPSIA DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO	**33,39**	R$ 53,00	50,00	48,25		
02.01.01.019-4	BIÓPSIA DE FARINGE (BPA INDIVIDUALIZADO)	**33,39**	R$ 88,96	562,08	76,24	50,00	
02.01.01.036-4	BIÓPSIA DE PAVILHAO AURICULAR	**25,44**	R$ 88,98	61,04	54,44		
02.01.01.039-9	BIÓPSIA DE PIRAMIDE NASAL	**33,39**	R$ 130,00	73,32	50,00		
02.01.01.044-5	BIÓPSIA DE SEIO PARANASAL	**33,39**	R$ 183,86	73,32	68,07		
02.01.01.052-6	BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA	**36,56**	R$ 88,98	R$ 130,90	R$ 67,82	50,00	$ 60.00
04.04.01.007-5	DRENAGEM DE FURÚNCULO NO CONDUTO AUDITIVO EXTERNO	**30,29**	R$ 22,56	68,07	61,04		
04.04.01.015-6	INFILTRAÇÃO MEDICAMENTOSA EM CORNETO INFERIOR	**20,66**	R$ 47,49	34,03	61,04		
04.04.01.024-5	MIRINGOTOMIA	**20,66**	68,07	45,21	67,50		
04.04.01.025-3	PARACENTESE DO TÍMPANO	**25,44**	R$ 14,66	250,65	172,94		
04.04.01.026-1	PUNÇÃO TRANSMEÁTICA DO SEIO MAXILAR (UNILATERAL)	**20,66**	126,59	120,95	183,86		
04.04.01.027-0	REMOCAO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO UNILATERAL/BILATERAL	**34,61**	22,50	33,74	20,43		
04.04.01.029-6	RESSECCAO DE SINÉQUIAS	**66,80**	38,37	83,31	88,98		
04.04.01.031-8	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO, FARINGE, LARINGE, NARIZ	**64,61**	183,86	120,95	172,94		
04.04.01.034-2	TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR E/OU POSTERIOR	**30,30**	$ 68.00	$ 55.00			
04.04.01.036-9	TIMPANOTOMIA PARA TUBO DE VENTILAÇÃO	**496,39**	$ 2,300.00	$ 219.00	711,88		
04.04.01.039-3	TRATAMENTO CIRURGICO DE PERICONDRITE DE PAVILHÃO	**66,78**	248,67	612,39	219,00		
04.04.01.044-0	ANTROSTOMIA MAXILAR INTRA-NASAL	**79,49**	752,36	288,23			
04.04.02.005-4	DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS	**25,44**	$ 108.00	27,38	72,24		
04.04.02.010-0	EXCISÃO EM CUNHA DE LÁBIO (BPA INDIVIDUALIZADO)	**63,59**	144,46	52,82			
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H.							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**	**COT 01**	**COT 02**	**COT 03**	**COT 04**	**CONS CISLAGOS**
02.01.01.026-7	BIOSPIA DE LESAO DE PARTES MOLES POR AGULHA / CEU ABERTO) - EXCLUSIVO PARA CASOS EM LARINGE REALIZADOS EM AMBIENTE HOSPITALAR (BLOCO	695,18	R$ 382,90	$ 280.00	217,42	$ 150.00	
03.08.04.001-5	TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS OU CLÍNICOS	360,16					
04.01.02.015-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO SINUS PRE-AURICULAR	813,25	290,40	588,90	824,69		
04.04.01.001-6	ADENOIDECTOMIA	1.718,91	1079,10	R$ 2.300,00	1044,54	882,49	R$ 1.290,00
04.04.01.002-4	AMIGDALECTOMIA	1.155,71	R$ 778,48	R$ 2.300,00	$ 1,073.00	1379,57	803,99
04.04.01.003-2	AMIGDALECTOMIA COM ADENOIDECTOMIA	2.233,19	R$ 1.013,70	R$ 2.300,00	1183,81	1011,66	R$ 1.482,00
04.04.01.004-0	ANTROTOMIA DA MASTÓIDE (DRENAGEM DE OTITE NO LACTENTE)	503,67					
04.04.01.005-9	DRENAGEM DE ABSCESSO FARÍNGEO	442,40	R$ 382,90				

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 02/04/2026 14:04 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p68c7ab679fbe1

04.04.01.006-7	DRENAGEM DE ABSCESSO PERIAMIGDALIANO	442,40	R$ 382,90				
04.04.01.008-3	DRENAGEM DO SACO ENDO-LINFATICO (SHUNT) COM AUDIÇÃO VIA TRANSMASTÓIDEA (IDADE MÍNIMA DE 12 ANOS)	1.387,24					
04.04.01.010-5	ESTAPEDECTOMIA	2.652,82					
04.04.01.011-3	EXÉRESE DE PAPILOMA EM LARINGE	1.830,33	R$ 851,74				
04.04.01.012-1	EXÉRESE DE TUMOR DE VIAS AÉREAS SUPERIORES, FACE E PESCOÇO	1.418,66					
04.04.01.013-0	EXTIRPAÇÃO DO TUMOR DO CAVUM E FARINGE	427,89	R$ 2.300,00				
04.04.01.016-4	LABIRINTECTOMIA MEMBRANOSA/ÓSSEA COM OU SEM AUDIÇÃO	1.395,31					
04.04.01.021-0	MASTOIDECTOMIA RADICAL	3.310,14					
04.04.01.022-9	MASTOIDECTOMIA SUBTOTAL	2.398,93					
04.04.01.023-7	MICROCIRURGIA OTOLOGICA	1.168,19	941,87	1507,00			
04.04.01.028-8	RESSECÇÃO DO GLOMO TIMPÂNICO	1.459,55					
04.04.01.031-8	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO/ FARINGE/LARINGE/NARIZ	427,89	149,42	112,50	166,45		
04.04.01.032-6	SINUSOTOMIA BILATERAL	2.006,06	R$ 1.205,45	1047,72			
04.04.01.033-4	SINUSOTOMIA ESFENOIDAL	2.176,89	R$ 1.205,45	1288,53			
04.04.01.035-0	TIMPANOPLASTIA (UNI/BILATERAL)	1.916,69					
04.04.01.037-7	TRAQUEOSTOMIA	955,13	R$ 567,29				
04.04.01.038-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ESTENOSE DO CONDUTO AUDITIVO	1.001,89					
04.04.01.040-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RINITE CRÔNICA (OZENA)	576,23					
04.04.01.041-5	TURBINECTOMIA (IDADE MÍNIMA DE 12 ANOS)	1.306,43	R$ 2.300,00	1073,21	946,95	1420,35	
CISMEP-06	ELETROCOAGULAÇÃO DE MUCOSA DE CORNETOS NASAIS EM PACIENTES COM IDADE ABAIXO DE 12 ANOS EM CIRURGIAS DE A + A	186,04					
04.04.01.048-2	SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	1.403,62	R$ 1.353,02	R$ 2.300,00			R$ 2.910,00
04.04.01.049-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE IMPERFURAÇÃO COANAL (UNILATERAL/BILATERAL)	543,98					
04.04.01.050-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PERFURAÇÃO DO SEPTO NASAL	543,98					
04.04.01.051-2	SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR	1.143,00	R$ 1.205,45				
04.04.01.052-0	SEPTOPLASTIA REPARADORA NÃO ESTÉTICA	395,65	R$ 1.353,02	$ 855.00			
04.04.01.053-9	RESSECÇÃO DE TUMOR DO ACÚSTICO (PELA FOSSA MÉDIA)	992,22					
04.04.01.055-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RINOFIMA	589,13	R$ 778,48				
04.04.02.001-1	ALONGAMENTO DE COLUMELA	363,40					
04.04.02.003-8	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORO-NASAL/ORO-SINUSAL	734,24					
04.04.02.004-6	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA SALIVAR COM RETALHO	347,28					
04.04.02.027-5	RESSECÇÃO DE LESÃO MALIGNA E BENIGNA DA REGIÃO CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL (IDADE MÍNIMA DE 10 ANOS)	1.959,63					
04.04.02.032-1	RINOPLASTIA PARA DEFEITOS PÓS-TRAUMÁTICOS	1;479,67	R$ 1.501,33	1776,80			
04.04.02.034-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ATRESIA NARINÁRIA	508,51					
04.04.02.035-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA E CISTOS ORO-MAXILARES	669,75					
04.04.02.077-1	RESSECÇÃO DE LESÃO DA BOCA	605,25					
04.04.03.008-4	ALVEOLOPLASTIA COM ENXERTO ÓSSEO EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIOFACIAL	1.754,86					
04.13.04.023-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO NÃO ESTÉTICO DA ORELHA	681,03	R$ 679,10				
04.13.04.023-2	CIRURGIA DE OTOPLASTIA (CORRECAO DE ORELHA DE ABANO) - BILATERAL	2,508,11					

EXAMES EM OTORRINOLARINGOLOGIA - OURO PRETO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	COT 01	COT 02	COT 03	COT 04	CONS CISLAGOS
02.09.04.002-5	LARINGOSCOPIA	79,76	R$ 200,01	R$ 250,00	R$ 297,00	R$ 193,00	
02.09.04.004-1	VIDEOLARINGOSCOPIA (FIBRONASOLARINGOSCOPIA)	113,10	R$ 150,00	R$ 250,00	R$ 297,00	R$ 193,00	R$ 106,00

PACOTE MIGUILIM – OTORRINOLARINGOLOGIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	COT 01	COT 02	COT 03	COT 04	CONS CISLAGOS

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 02/04/2026 14:04 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p68c7ab679fbe1

03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OTORRINOLARINGOLOGIA	50,00	R$ 90,00	R$ 70,00	59,00	350,00	R$ 70,00
TABELA 03 - FONOAUDIOLOGIA							
AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL (pacote)							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**	**COT 01**	**COT 02**	**COT 03**	**COT 04**	**CONS. CISLAGOS**
02.11.07.004-1	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR - VIA AÉREA/ÓSSEA	51,35	R$ 75,00	R$ 168,00	R$ 121,50	R$ 95,00	R$ 90,00
02.11.07.021-1	LOGOAUDIOMETRIA (AUDIOMETRIA VOCAL)						
02.11.07.032-7	TESTES ACUMÉTRICOS (DIAPASÃO)						
TOTAL DO PACOTE							
AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL + IMITÂNCIOMETRIA (pacote)							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**	**COT 01**	**COT 02**	**COT 03 - CONS. CISALP**	**COT 04**	**CONS. CISLAGOS**
02.11.07.004-1	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR - VIA AÉREA/ÓSSEA	75,33	R$ 120,00	168,00	R$ 140,00	95,00	R$ 90,00
02.11.07.021-1	LOGOAUDIOMETRIA (AUDIOMETRIA VOCAL)						
02.11.07.032-7	TESTES ACUMÉTRICOS (DIAPASÃO)						
02.11.07.020-3	IMITÂNCIOMETRIA (IMPEDÂNCIOMETRIA)						
TOTAL DO PACOTE							
ESTUDO DE OTOEMISSÕES ACÚSTICAS EVOCADAS TRANSITÓRIAS E POR PRODUTO DE DISTORÇÃO (EOA)							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR**	**COT 01**	**COT 02**	**COT 03**	**COT 04**	**CONS. CISLAGOS**
02.11.07.005-0	AVALIAÇÃO AUDITIVA COMPORTAMENTAL	67,64					R$ 57,00
02.11.07.015-7	ESTUDO DE OTOEMISSÕES ACÚSTICAS EVOCADAS TRANSITÓRIAS E POR PRODUTO						
TOTAL DO PACOTE							
AUDIOMETRIA DE REFORÇO VISUAL + IMITANCIOMETRIA							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR**	**COT 01**	**COT 02**	**COT 03**	**COT 04**	**CONS. CISLAGOS**
02.11.07.002-5	AUDIOMETRIA DE REFORÇO VISUAL (VIA AEREA / OSSEA)	126,68	R$ 120,00	R$ 120,00	121,50	95,00	R$ 64,00
02.11.07.020-3	IMITÂNCIOMETRIA (IMPEDÂNCIOMETRIA)						
TOTAL DO PACOTE							
EXAMES							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**	**COT 01**	**COT 02**	**COT 03**	**COT 04**	**CONS. CISLAGOS**
02.11.07.020-3	IMITANCIOMETRIA = IMPEDÂNCIOMETRIA	49,00	26,25				R$ 35,00
02.11.07.035-1	TESTES VESTIBULARES/OTONEUROLÓGICOS	77,15	120,00				
02.11.07.034-3	TESTES DE PROCESSAMENTO AUDITIVO	233,52	300,00				
02.11.07.002-5	AUDIOMETRIA DE REFORÇO VISUAL (VIA AEREA / OSSEA)	112,45	120,00	120,00	121,50	95,00	64,00
02.11.07.003-3	AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE	89,61	120,00	120,00	121,50	95,00	64,00
POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA, MÉDIA E LONGA LATÊNCIA - BERA							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR**	**COT 01**	**COT 02**	**COT 03**	**COT 04**	
02.11.07.026-2	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA, MÉDIA E LONGA LATÊNCIA (BERA) -	277,54	770,00	513,00	200,00		
02.11.07.026-2	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA, MÉDIA E LONGA LATÊNCIA (BERA) -	802,80	770,00	513,00	200,00		
02.11.07.026-2	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA, MÉDIA E LONGA LATÊNCIA (BERA) -	286,72	250,00	513,00	200,00		
02.11.07.026-2	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA, MÉDIA E LONGA LATÊNCIA (BERA) -	1.089,52	600,00	513,00	200,0		
IMPLANTE DE LENTE ESCLERAL PINTADA							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR**	**COT 01**	**COT 02**	**COT 03**	**COT 04**	
CISMEP-24	IMPLANTE DE LENTE ESCLERAL PINTADA: CONFECCIONADA INDIVIDUALMENTE						
FONOAUDIOLOGIA - OURO PRETO							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR**	**COT 01**	**COT 02**	**COT 03**	**COT 04**	**CONS. CISLAGOS**
02.11.07.004-1	AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL + IMITÂNCIOMETRIA (pacote)	124,24	75,00	168,00	121,50	95,00	R$ 92,00
02.11.07.004-1	AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL (PACOTE)	63,84	75,00	168,00	121,50	95,00	R$ 28,00
02.11.07.035-1	TESTES VESTIBULARES/OTONEUROLÓGICOS	82,87	75,00	168,00	121,50	95,00	R$ 35,00
PACOTE MIGUILIM - FONOAUDIOLOGIA							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR**	**COT 01**	**COT 02**	**COT 03**	**COT 04**	**CONS. CISLAGOS**
02.11.07.002-5	AUDIOMETRIA DE REFORÇO VISUAL COM IMITANCIOMETRIA	121,50	75,00	168,00	121,50	95,00	R$ 92,00
TABELA 04 - GASTROENTEROLOGIA							
CONSULTA EM GASTROENTEROLOGIA							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR ICISMEP**	**COT 01 CONS**	**COT 02**	**COT 03**	**COT 04**	**CONS.**
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (GASTROENTEROLOGIA)	56,50	R$ 50,00	R$ 158,25	195,00	60,00	R$ 59,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CONSULTA PRÉ-	46,00	R$ 50,00	158,25	195,00	60,00	R$ 59,00
PROCEDIMENTOS - SERVIÇO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL - SA/SH							

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 02/04/2026 14:04 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p68c7ab679fbe1

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	COT 01 CONS CISOP	COT 02	COT 03	COT 04	CONS.
02.09.01.001-0	COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA (VIA ENDOSCÓPICA)	10.700,00	R$ 4.040,94				R$ 8.252,00
02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA) DIAGNÓSTICA COM ANESTESISTA (COM POLIPECTOMIA SE NECESSÁRIO)	700,00	R$ 420,00	R$ 630,13	R$ 558,88	R$ 666,00	210,00
02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA) SIMPLES (COM POLIPECTOMIA SE NECESSÁRIO)	450,00	R$ 420,00	R$ 630,13	R$ 558,88	R$ 666,00	R$ 345,00
CISMEP-65	MUCOSECTOMIA (COM ATÉ 02 CLIPES)	3.108,81	R$ 2.500,00	R$ 1.286,40	R$ 4.200,00	R$ 2.677,17	R$ 1.365,00
CISMEP-66	CLIPE HEMOSTÁTICO PARA MUCOSECTOMIA	952,89					
CISMEP-64	RETIRADA DE POLIPO COM ALÇA DE POLIPECTOMIA	263,34	R$ 766,12				
CISMEP-43	ECOENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA	2.250,00	R$ 3.530,00	R$ 3.750,00	R$ 5.800,00	R$ 5.000,00	
CISMEP-44	ECOENDOSCOPIA TERAPEUTICA	4.375,000					
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (ENDOSCOPIA)	207,25	R$ 406,72	R$ 172,00			R$ 172,00
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (ENDOSCOPIA) COM ANESTESISTA	303,41	R$ 406,72	250,0			R$ 172,00
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (ENDOSCOPIA) COM ANESTESISTA COM PASSAGEM DE SONDA NASOENTÉRICA	403,45	R$ 406,72	250,0			R$ 172,00
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (ENDOSCOPIA) DIAGNÓSTICA PEDIÁTRICA COM ANESTESISTA	1.318,32	600,00				R$ 172,00
CISMEP-58	MANOMETRIA ANORRETAL	315,72	R$ 850,00	R$ 550,00	R$ 715,00	R$ 449,00	
CISMEP-59	MANOMETRIA ESOFÁGICA	390,47	R$ 860,00	R$ 449,00	R$ 450,00		
CISMEP-60	PHMETRIA ESOFÁGICA	317,80					
03.03.07.005-6	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO ESÔFAGO/ESTÔMAGO/DUODENO	84,80					
04.07.01.025-4	RETIRADA DE PÓLIPO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA OU COLONOSCOPIA	42,40	R$ -				
02.09.01.005-3	RETOSSIGMÓIDOSCOPIA	84,80	200,00	177,67	138,18		
CISMEP-52	TATUAGEM POR COLONOSCOPIA	713,56	1265.00	1110,70			
04.07.01.031-9	TRATAMENTO ESCLEROSANTE DE VARIZES ESOFÁGICAS	636,00	883,06				
CISMEP-61	DILATAÇÃO ESOFÁGICA POR BALÃO (ACALASIA)	3.374,62	1700.00				R$ 529,00
CISMEP-62	DILATAÇÃO ESOFÁGICA POR VELAS (SAVARY GILLIARD)	1.587,94	1700.00				R$ 529,00
CISMEP-63	LIGADURA ELÁSTICA DE LESÃO HEMORRÁGICA DO APARELHO DIGESTIVO ALTO	1.516,14	2200,00	3829,76	2790,04		
GASTROENTEROLOGIA - UNIDADE MARIANA							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR**	**COT 01**	**COT 02**	**COT 03**	**COT 04**	**CONS. CISLAGOS**
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	180,00	406,72	386,50	380,30	883,00	R$ 172,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (GASTROENTEROLOGIA)	46,00	R$ 50,00		250,00		R$ 59,00
GASTROENTEROLOGIA - UNIDADE OURO PRETO							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR**	**COT 01**	**COT 02**	**COT 03**	**COT 04**	**CONS. CISLAGOS**
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA		406,72	386,50	380,30	883,00	R$ 172,00
02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA) COM ANESTESIA		R$ 420,00	R$ 630,13	R$ 558,88	R$ 666,00	R$ 345,00
TABELA 05 - ANGIOLOGIA							
CONSULTA EM ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR**	**COT 01**	**COT 02**	**COT 03**	**COT 04**	
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (ANGIOLOGIA - COM CIRURGIÃO)	62,49	400,00	450	284		
CISMEP-14	AVALIAÇÃO TRATAMENTO ESCLEROSANTE/ESPUMA	49,00	400,00	450	284		
PROCEDIMENTOS - SERVIÇO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL - SA/SH							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR**	**COT 01**	**COT 02**	**COT 03**	**COT 04**	
04.06.02.009-4	DISSECÇÃO DE VEIA/ARTÉRIA	15,81	35,90				
04.06.02.013-2	EXCISÃO E SUTURA DE HEMANGIOMA	102,73					
04.06.02.014-0	EXCISÃO E SUTURA DE LINFANGIOMA / NEVUS	102,73	129,93				
03.09.07.001-5	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS	217,08	600	751,95	580,09		
* Valor coberto por FAEC							
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H.							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR**	**COT 01**	**COT 02**	**COT 03**	**COT 04**	
04.06.02.056-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL)	1.911,77	3333,92	3333,92	3333,92		
04.06.02.057-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	1.443,35	2.175,17	1.730,48	2.768,76		
ANGIOLOGIA - OURO PRETO							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR**	**COT 01**	**COT 02**	**COT 03**	**COT 04**	
03.09.07.001-5	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS	550,00	600	751,95	580,09		
ANGIOLOGIA UNIDADES EXTERNAS							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR**	**COT 01**	**COT 02**	**COT 03**	**COT 04**	
03.09.07.001-5	AVALIACAO TRATAMENTO ESCLEROSANTE + TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO	577,20	600	751,95	580,09		
TABELA 06 - ULTRASSONOGRAFIA							
EXAMES							

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 02/04/2026 14:04 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p68c7ab679fbe1

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	COT 01	COT 02	COT 03	COT 04	
02.01.01.041-0	BIOPSIA DE PROSTATA	554,61	R$ 960,00	R$ 528,75	R$ 527,02	350,00	
02.01.01.047-0	BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE - PAAF	150,21	R$ 380,30	R$ 366,62	200		
02.01.01.058-5	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA	150,21	R$ 195,00	R$ 200,00	250,00		
02.01.01.060-7	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA GROSSA	296,49	R$ 195,00	R$ 277,00	300,00		
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 03 VASOS) = DUPLEX	125,11	R$ 252,28	R$ 293,92	R$ 189,00	R$ 222,50	
02.05.01.005-9	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO	99,05	R$ 352,00	R$ 160,00	R$ 239,14	60,00	
02.05.02.003-8	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)	68,81	R$ 130,00	R$ 181,28	R$ 114,57	R$ 176,03	
02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	78,20	R$ 260,00	R$ 130,00	R$ 198,72	R$ 139,00	
02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	68,81	R$ 130,00	R$ 198,88	R$ 114,57	R$ 100,37	
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO (UMA ARTICULAÇÃO / UNILATERAL)	68,81	R$ 149,00	R$ 114,57	R$ 78,78	50,00	
02.05.02.007-0	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL)	68,81	R$ 130,00	R$ 141,68	R$ 114,57	R$ 74,10	
02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	86,54	R$ 160,00	R$ 146,64	R$ 137,49	50,00	
02.05.02.010-0	ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL) (PÉLVICA MASCULINA)	68,81	R$ 130,00	R$ 136,40	R$ 114,57	50,00	
02.05.02.011-9	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	68,81	R$ 130,00	R$ 227,92	R$ 137,49	50,00	
02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE	68,81	R$ 130,00	R$ 128,48	R$ 99,00	R$ 126,02	
02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA (VIA ABDOMINAL OU VIA TRANSVAGINAL)	68,81	R$ 130,00	R$ 203,83	118,13		
02.05.02.015-1	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO	99,05	R$ 260,00	R$ 351,12	160,00		
02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA) (PÉLVICA FEMININA)	68,81	130,00	168,96	114,57		
02.05.02.017-8	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	82,37	149,60	130,78	99,22		
02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL (ENDOVAGINAL)	68,81	130,00	229,90	148,94	81,84	
CISMEP-07	ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	68,81	130,00	229,90	153,51		
CISMEP-16	ULTRASSONOGRAFIA TRANSLUCÊNCIA NUCAL	82,37	469,04	278,96	199,00	220,0	
CISMEP-23	ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA	237,71	260,00	316,03	189,00	239,14	
CISMEP-25	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE + DOPPLER	132,41	260,00	245,72	149,00	209,64	
CISMEP-26	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL) + DOPPLER	132,41	260,00	141,68	166,62		
CISMEP-30	SEDAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS CONFORME NECESSIDADE CLÍNICA	34,41	60,00	100,00	220,80		
TABELA 07 - CARDIOLOGIA							
EXAMES							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR**	**COT 01**	**COT 02**	**COT 03**	**COT 04**	
02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA	140,75	231,62	262,46	297,94		
02.11.02.006-0	TESTE ESFORÇO/TESTE ERGOMÉTRICO	135,54	128,00	157,25	172,07		
02.11.02.004-4	EXAME DE MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS) COM	117,27	100,00	130,00	300,00		
02.11.02.005-2	EXAME DE MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (M.A.P.A)	109,30	140,00	151,00	170,00		
02.11.02.001-0	CATETERISMO CARDIACO	1.985,94	1.095,06	1.750,00	1.800,00		
EXAMES - UNIDADE MARIANA							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR**	**COT 01**	**COT 02**	**COT 03**	**COT 04**	
02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA	160,00	231,62	262,46	297,94		
02.11.02.006-0	TESTE ESFORÇO/TESTE ERGOMÉTRICO	135,00	128,00	157,25	172,07		
02.11.02.004-4	EXAME DE MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS) COM	97,97	100,00	130,00	300,00		
02.11.02.005-2	EXAME DE MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (M.A.P.A)	105,12	140,00	151,00	170,00		
EXAMES - UNIDADE OURO PRETO							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR**	**COT 01**	**COT 02**	**COT 03**	**COT 04**	
02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA	130,00	231,62	262,46	297,94		
02.11.02.006-0	TESTE ESFORÇO/TESTE ERGOMÉTRICO	94,00	128,00	157,25	172,07		
TABELA 08 - CIRURGIA GERAL							
CONSULTA EM CIRURGIA GERAL							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR**	**COT 01**	**COT 02**	**COT 03**	**COT 04**	
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CIRURGIA GERAL)	62,49	75,00	90,00	150,00		
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H.							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR**	**COT 01**	**COT 02**	**COT 03**	**COT 04**	
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	1.231,54	1.135,56	1.873,28	2.045,19		
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	1.739,81	1.135,56	1.220,12	1.830,18		
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	1.077,35	1.085,28	1.619,75	1.781,73		
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	1.395,40	1.275,94	1.913,91	1.977,70		
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDVANTE	1.522,48	1.135,56	1.192,66	1.788,99		
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	1.232,02	1.135,56	1.304,97	1.507,31		
04.09.06.018-6	LAQUEADURA TUBÁRIA	1.469,12	1.135,56	1.456,44	1.525,59		
04.07.03.003-4	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA SEM COLANGIOGRAFIA	3.631,89	2.977,35	3.526,48	4.158,30		
04.07.04.016-1	LAPAROTOMIA EXPLORADORA	3.631,89	1.274,38	1.686,97	1.911,57		
CISMEP-69	EXAME ANATOMOPATOLOGICO PARA CIRURGIA DE COLECISTECTOMIA (POR PECA)	80,72					

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 02/04/2026 14:04 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p68c7ab679fbe1

TABELA 09 - NEUROLOGIA							
CONSULTA EM NEUROLOGIA							
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR	COT 01	COT 02	COT 03	COT 04	
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (NEUROLOGIA)	132,59	105,00	120,00	150,00		
DIAGNÓSTICO POR ELETRONEUROMIOGRAMA (BILATERAL)							
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR	COT 01	COT 02	COT 03	COT 04	
02.11.05.008-3	ELETRONEUROMIOGRAMA DOS MEMBROS INFERIORES (MMII/BILATERAL) OU DOS	329,46	245,00	921,84	327,65		
TOTAL DO PACOTE							
AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE ELETRONEUROMIOGRAMA (4 MEMBROS)							
Código	DESCRIÇÃO	VALOR	COT 01	COT 02	COT 03	COT 04	
02.11.05.	ELETRONEUROMIOGRAMA DOS MEMBROS INFERIORES (MMII/BILATERAL)	444,15	245,00	921,84	327,65		
008-3	ELETRONEUROMIOGRAMA DOS MEMBROS SUPERIORES (MMSS/BILATERAL)		245,00	921,84	327,65		
TOTAL DO PACOTE							
ELETROENCEFALOGRAMA (EEG)							
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR	COT 01	COT 02	COT 03	COT 04	
02.11.05.005-9	ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO C/ MAPEAMENTO (EEG)	83,41	130,00	265,00	223,76		
TABELA 10 - CABEÇA E PESCOÇO							
CONSULTA EM CABEÇA E PESCOÇO							
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VAL	COT 01	COT 02	COT 03	COT 04	
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CABEÇA E PESCOÇO)	98,98	50,00	63,05	76,40		
TOTAL DO PACOTE							
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H.							
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR	COT 01	COT 02	COT 03	COT 04	
04.04.01.011-3	EXERESE DE PAPILOMA EM LARINGE	1.830,33	419,00	489,50	999,42		
04.01.02.015-0	TRATAMENTO CIRURGICO DO SINUS PRE-AURICULAR	813,25	211,56	56,88	343,62		
04.04.01.012-1	EXÉRESE DE TUMOR DE VIAS AEREAS SUPERIORES, FACE E PESCOÇO	1.418,66	1.434,32	36,97	358,58		
04.04.02.007-0	RESSECÇÃO DE GLÂNDULA SALIVAR	1.281,43	202,88	791,49	88,00		
04.01.02.010-0	EXTIRPAÇÃO E SUPRESSÃO DE LESÃO DE PELE E DE TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO	885,27	1.080,47	906,55	948,66		
04.04.01.017-2	LARINGECTOMIA PARCIAL		4.292,08	1.073,02	3.934,41		
04.01.02.009-6	EXERESE DE CISTO TIREOGLOSSO	1.442,86	960,12	2.469,57	2.072,06		
TABELA 11 - MAMOGRAFIA							
EXAMES DE MAMOGRAFIA							
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VAL	COT 01	COT 02	COT 03	HOSPEDAGEM 1	HOSPEDAGEM 2
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIAÇÃO PERIODICA BILATERAL	70,07	65,00	110,00	116,66		
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIAÇÃO PERIODICA UNILATERAL	52,50	116,25	115,00	151,00		
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	70,07	50,00	57,33	89,80		
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIAÇÃO PERIODICA BILATERAL - BICAS	70,07	65,00	110,00	116,66		
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIAÇÃO PERIODICA UNILATERAL - BICAS	52,50	116,25	115,00	151,00		
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO - BICAS	70,07	50,00	57,33	89,90		
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIAÇÃO PERIODICA UNILATERAL -		116,25	115,00	151,00		
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO - MARIANA		50,00	57,33	89,90		
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA EM UNIDADE MÓVEL (DIÁRIA)	6.219,20	110,00	116,66	70,00		
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA EM UNIDADE MÓVEL (DIÁRIA - INCLUI ALIMENTAÇÃO E	6.824,40	110,00	116,66	70,00	232,00	193,33
TABELA 12 - DERMATOLOGIA							
CONSULTA EM DERMATOLOGIA							
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VAL	COT 01	COT 02	COT 03	COT 04	
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (DERMATOLOGIA)	87,58	75,00	90,00	94,71		
CISMEP-10	DERMATOSCOPIA (POR LESÃO)		6,00	12,05			
TOTAL DO PACOTE							
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO AMBULATORIAL - S.A.							
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VAL	COT 01	COT 02	COT 03	COT 04	
02.01.01.002-0	BIÓPSIA/PUNÇÃO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE	103,61	108,60	130,00	142,52		
02.01.01.037-2	BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES	204,01	129,15	142,52	240,00		
03.03.08.001-9	CAUTERIZAÇÃO QUIMICA DE PEQUENAS LESÕES	184,58	435,00	550,00	67,05		
CISMEP-02	CRIOTERAPIA ATÉ 5 LESÕES	74,57	81,00	100,00	200,00		
04.01.01.004-0	ELETROCOAGULACAO DE LESAO CUTANEA ATÉ 05 LESÕES (BPA INDIVIDUALIZADO)	214,21	152,50	163,00	240,00		
04.01.01.005-8	EXCISÃO DE LESÃO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA	89,09	77,23	64,00	295,00		
04.01.01.007-4	EXÉRESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS/CISTO SEBÁCEO/LIPOMA	337,63	100,00	142,52	180,00		
04.01.01.011-2	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO (CIRURGIA GERAL)	141,86	24,31	64,00	11,84		
04.01.01.010-4	INCISÃO E DRENAGEM DE ABCSESSO	172,97	72,67	150,00	56,00		
04.01.02.004-5	EXCISÃO E ENXERTO DE PELE (HEMANGIOMA, NEVUS OU TUMOR)	283,69	356,81	727,89	859,50		
04.01.01.006-6	EXCISÃO E/OU SUTURA SIMPLES DE PEQUENAS LESÕES/ FERIMENTOS DE PELE/	260,12	435,00	23,16	45,00		
04.01.02.017-7	CIRURGIA DE UNHA (CANTOPLASTIA)	203,47	290,00	489,00	715,98		
04.13.04.017-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTÂNCIA	485,47	4.500,62	5.364,03	741,69		
04.01.02.010-0	EXTIRPAÇÃO E SUPRESSÃO DE LESÃO DE PELE E DE TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO	119,89	906,55	948,66	316,22		
TABELA 13 - TABELA DE VALORES PARA SERVIÇOS DE SAÚDE EM UNIDADE MÓVEL							
VALOR DA DIÁRIA - POR SERVIÇO							

HOSPEDAGEM3	ALIMENTAÇÃO1	ALIMENTAÇÃO2	ALIMENTAÇÃO3
169,00	130,00	130,00	80,00

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 02/04/2026 14:04 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p68c7ab679fbe1

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	QUANTIDAD	VALOR DA	COT 01	COT 02	COT 03	COT 04	
CONSULTA BÁSICA EM OFTALMOLOGIA EM UNIDADE MÓVEL	120	19.550,40	170,68	140,00	150,00		
SERVIÇO DE ÓTICA (PARA FORNECIMENTO DE ÓCULOS) EM UNIDADE MÓVEL*	ESTRUTURA	300,00	206,22	100,00	203,61		
SERVIÇO DE ULTRASSONOGRAFIA EM UNIDADE MÓVEL	120 EXAMES	19.550,40	34.200,00	80.150,00	350,00		
SERVIÇO DE MAMOGRAFIA EM UNIDADE MÓVEL	90 EXAMES	12.640,45	110,00	116,66	70,00		
TOTAL ESTIMADO DA DIÁRIA		52.041,25					
* O VALOR DOS ÓCULOS POR UNIDADE SEGUIRÁ A TABELA 01 - OFTALMOLOGIA, SERVIÇOS COMPLEMENTARES EM UNIDADE MÓVEL							
VALOR POR SERVIÇO EXCEDENTE À QUANTIDADE MÍNIMA VARIÁVEL							
DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	**UNIDADE**	**VAL**	**COT 01**	**COT 02**	**COT 03**	**COT 04**	
CONSULTA BÁSICA EM OFTALMOLOGIA EM UNIDADE MÓVEL	EXCEDENTE	162,92	170,68	140,00	150,00		
SERVIÇO DE ULTRASSONOGRAFIA EM UNIDADE MÓVEL	EXCEDENTE	162,92	350,00	80.150,00	34,200,00		
SERVIÇO DE MAMOGRAFIA EM UNIDADE MÓVEL	EXCEDENTE	140,45	110,00	116,66	70,00		
* ACIMA DE 50% DO NÚMERO DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS, SERÁ COBRADO O VALOR INTEGRAL DA DIÁRIA;							
SERVIÇO/ATIVIDADES							
DESCRIÇÃO		**VAL**	**COT 01**	**COT 02**	**COT 03**	**COT 04**	
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO (POR HORA DE TRABALHO)		135,00	130,00	130	130,00		
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PARA ATENDIMENTO EM		160,00	163,30	163,30	163,30		
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO EM PEDIATRIA (POR HORA DE		180,00	216,67	225,00	238,00		
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA (POR HORA DE		150,00					
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO CONSULTOR (POR HORA DE		200,00					
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO PLANTONISTA (PLANTÃO DE 12		1.394,00	2125,00	1500,00	1500,00	1100,00	
TABELA 15 - SERVIÇOS/ATIVIDADES ESPECIAIS - CEC CONTAGEM							
CONSULTAS EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CEC CONTAGEM							
DESCRIÇÃO		**VAL**	**COT 01**	**COT 02**	**COT 03**	**COT 04**	
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGISTA		122,00	140,00	178,20	186,00	189,00	
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - NEUROCIRURGIÃO		165,00	100,00	495,01	500,00	300,00	
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - DERMATOLOGISTA		68,00	183,45	187,60	195,00	216,67	
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - NEUROLOGISTA		167,00	190,17	240,00	250,00		
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - OFTALMOLOGISTA		55,00	137,00	170,78	217,78		
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ORTOPEDISTA		55,00	159,69	175,00	178,20	200,00	
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - OTORRINO		88,00	126,19	131,37	157,27	216,19	
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - UROLOGISTA		81,00	190,00	200,00	216,00	253,38	
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - ENDOCRINOLOGISTA		95,00	150,00	159,95	183,79	250,0	
		190,00					
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - REUMATOLOGISTA		167,00	155,95	200,00	216,06	250,00	
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - NEUROLOGISTA		120,00	240	275,00	281,17	344,25	
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CARDIOLOGISTA		95,00	270,00	199,00	270,00	139,58	
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - CIRURGIAO		95,00	400,00	550,00	115,00		
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - NEFROLOGISTA		190,00	181,36	216,43	229,60	275,00	
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA - PNEUMOLOGISTA		142,95	225,06	250,00	279,75	300,00	
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA -		119,15	600,00	125,00	270,00		
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA -		130,00	140,00	145,03	200,00		
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO AVALIADOR (POR HORA DE		130,00					
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO - CONSULTA DE RISCO CIRÚRGICO		120,00	130,00	130,67	234,20	256,57	
EXAMES - CEC CONTAGEM							
DESCRIÇÃO		**VALOR**	**COT 01**	**COT 02**	**COT 03**	**COT 04**	
FIBRONASOLARINGOSCOPIA		215,00	237,50	297,00	327,80		
VIDEONASOLARINGOSCOPIA		215,00	297,00	327,80	237,50		
MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)		200,00	170,81	271,18	300,00	342,25	
TESTES VESTIBULARES / OTONEUROLOGICOS		238,25	250,00	456,00	460		
ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MEMBROS SUPERIORES OU INFERIORES		391,30	400,00	542,92	597,88	600,00	
ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES		733,45	750,00	1107,50	1415,50		
ELETRONEUROMIOGRAFIA FACE TOTAL		459,90	437,26	457,63	816,00		
ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR		123,70	710,50	729,32	750,00		
TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)		500,00					
ECOCARDIOGRAMA INFANTIL (ABAIXO DE 10 ANOS)		226,31	294,20	300,00	317,86		
ULTRASSONOGRAFIA - CEC CONTAGEM							
DESCRIÇÃO		**VALOR**	**COT 01**	**COT 02**	**COT 03**	**COT 04**	
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (DUPLEX SCAN VENOSO)		130,00	220,00	239,14	318,80	386,07	
ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL		75,00	130,00	149,00	180,00	268,00	
ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO		75,00	114,57	130,00	198,30		
ULTRASSONOGRAFIA DE MAMAS E AXILAS		75,00	132,68	199,00	210,03	170,00	
ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL) (PÉLVICA MASCULINA)		75,00	114,57	130,00	130,00		

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 02/04/2026 14:04 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p68c7ab679fbe1

ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE		75,00	120,00	126,02	160,00		
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA (VIA ABDOMINAL)		75,00	108,44	126,73	145,20	266,39	
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA (VIA TRANSVAGINAL)		75,00	142,00	149,19	161,26		
ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL (OU ENDOVAGINAL)		75,00	142,00	149,19	161,26		
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO		120,00	148,58	160,00	239,14		
ULTRASSONOGRAFIA TRANSLUCÊNCIA NUCAL		86,40	167,90	190,00	484,00		
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA		228,00	354,81	230,38	289,87		
TABELA 16 - EXAMES EM UNIDADES EXTERNAS							
EXAMES - UNIDADE CONTAGEM							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR**	**COT 01**	**COT 02**	**COT 03**	**COT 04**	
02.11.05.010-5	POLISSONOGRAFIA	667,00	900,00	929,33	929,33	1000,00	
02.11.09.001-8	ESTUDO URODINAMICO	623,15	749,00	750,00	900,00	1000,00	
02.11.02.006-0	TESTE ERGOMÉTRICO	137,00	119,00	180,00			
02.04.05.017-0	URETROCISTOSCOPIA (URETROCISTOGRAFIA)	990,00	945,00	950,78	1000,00		
02.05.01.002-4	ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGICA	631,30	850,00	1060,00	1123,00	1200,00	
02.04.06.002-8	DENSITOMETRIA OSSEA - ROTINA: COLUNA E FEMUR (OU DOIS SEGMENTOS)	126,00	227,70	210,00	214,99	264,00	
CISMEP-67	DENSITOMETRIA OSSEA - CORPO INTEIRO	191,00	180,56	226,50	264,00	276,00	
CISMEP-68	DENSITOMETRIA OSSEA (UM SEGMENTO)	120,00	168,00	180,00	204,70	200,00	
TABELA 17 - TOMOGRAFIAS							
PROCEDIMENTOS TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEM CONTRASTE - UNIDADE ICISMEP							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR**	**COT 01**	**COT 02**	**COT 03**	**COT 04**	
02.06.01.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL	105,81	430,00	500,00	561,06	676,33	
02.06.01.002-8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA	123,30	424,00	455,39	500,00	554,78	
02.06.01.003-6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA	105,81	435,00	554,78	630,00		
02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE/ SEIOS DA FACE/ ARTICULAÇÕES	105,80	410,50	429,00	554,78	650,74	
02.06.01.005-2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO	105,80	299,50	344,77	550,00		
02.06.01.006-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TÚRCICA	118,84	218,03	232,00	275,4	301,01	
02.06.01.007-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	140,09	218,03	350,68	437,29		
CISMEP-53	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MASTÓIDES/ OUVIDOS	105,80	232,00	310,00	373,64		
02.06.02.001-5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR	105,80	139,95	173,50	194,88		
02.06.02.002-3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES	105,80	269,52	299,00	330,17	340,60	
02.06.02.003-1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	166,37	207,49	272,82	305,23		
02.06.02.004-0	TOMOGRAFIA DE HEMITORAX/ MEDIASTINO (POR PLANO)	166,37	331,49	354,49	400,00		
CISMEP-54	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES (ESTERNO/ CLAVÍCULA/	113,29	139,95	173,50	194,88		
02.06.03.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	169,07	250,00	260,00	299,00		
02.06.03.002-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR	105,80	298,98	299,00	330,17		
02.06.03.003-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR	254,45	310,19	320,00	365,00		
CISMEP-55	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN TOTAL	423,52	260,00	360,00	480,00		
TABELA 18 - RESSONÂNCIAS							
PROCEDIMENTOS RESSONÂNCIA MAGNÉTICA							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR**	**COT 01**	**COT 02**	**COT 03**	**COT 04**	
02.07.01.001-3	ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL	435,99	537,50	550,74	565,09		
CISMEP-57	CONTRASTE (CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	105,00	118,01	260,00	125,00		
04.17.01.006-0	SEDAÇÃO (CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	315,00	362,00	362,00	541,88		
02.07.01.002-1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR	452,97	268,75	400,00	537,50		
02.07.01.003-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL	451,09	520,00	580,00	698,70		
02.07.01.004-8	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	450,90	537,50	565,09	654,80		
02.07.01.005-6	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA	468,15	600,00	654,80	710,00		
02.07.01.006-4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRANIO	474,06	517,00	537,50	593,00		
02.07.01.007-2	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TÚRCICA	440,44	400,00	561,91	671,81		
02.07.02.002-7	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	426,49	400,00	489,10	537,50		
02.07.02.003-5	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TORAX	485,71	543,00	600,00	671,81		
02.07.03.001-4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN SUPERIOR	430,50	450,00	500,00	537,50		
02.07.03.002-2	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA/PELVE	496,65	400,00	543,33	560,00		
02.07.03.003-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	416,06	400,00	483,00	671,81		
02.07.03.004-9	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES	442,84	400,00	537,50	639,00		
TABELA 19 - CINTILOGRAFIAS							
PROCEDIMENTOS CINTILOGRAFIA							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR**	**COT 01**	**COT 02**	**COT 03**	**COT 04**	
02.08.03.002-6	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE COM OU SEM CAPTAÇÃO	168,38	374,55	468,00	618,24		
02.08.01.001-7	CINTILOGRAFIA DE CORAÇÃO C/ GÁLIO 67	496,48	549,06	845,23	915,10		
02.08.09.001-0	CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GÁLIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS	1.111,12	1089,00	1590,20	1340,00		
02.08.02.001-2	CINTILOGRAFIA DE FÍGADO E BAÇO (MÍNIMO 5 IMAGENS)	162,77	511,00	550,00	600,00		
02.08.02.002-0	CINTILOGRAFIA DE FÍGADO E VIAS BILIARES	224,83	375,89	600,00	608,75		
02.08.09.002-9	CINTILOGRAFIA DE GLÂNDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA)	71,86	239,95	279,10	529,84		
02.08.02.003-9	CINTILOGRAFIA DE GLÂNDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTÍMULO	122,34	306,86	329,67	419,00		
02.08.09.003-7	CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)	465,39	394,21	413,00	631,00		
02.08.01.002-5	CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE	656,18	791,59	817,14	1200,00		
02.08.01.003-3	CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE	679,38	879,00	905,00	1084,00		
02.08.01.004-1	CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ LOCALIZAÇÃO DE NECROSE (MÍNIMO 3	504,00	477,00	649,00	1500,00		
02.08.05.003-5	CINTILOGRAFIA DE OSSOS C/ OU S/ FLUXO SANGUÍNEO (CORPO INTEIRO)	222,76	693,00	414,54	518,13		

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 02/04/2026 14:04 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p88c7ab679fbe1

02.08.03.001-8	CINTILOGRAFIA DE PARATIREÓIDES	711,38	1680,00				
02.08.06.001-4	CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL C/ TÁLIO (SPCTO)	536,51	624,00	919,10	1304,49		
02.08.07.001-0	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO C/ GÁLIO 67	551,70	1500,00	994,00			
02.08.07.002-8	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO P/ PESQUISA DE ASPIRAÇÃO	154,02	1020,08	1500,00	238,45		
02.08.07.003-6	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR INALAÇÃO (MÍNIMO 2 PROJEÇÕES)	262,83	1200,00	319,95	1024,96		
02.08.07.004-4	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR PERFUSÃO (MÍNIMO 4 PROJEÇÕES)	286,90	489,98	506,77	1044,00		
02.08.04.002-1	CINTILOGRAFIA DE RIM C/ GÁLIO 67	552,99	499,00	586,00	680,00		
02.08.05.004-3	CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO ÓSSEO COM GÁLIO 67	560,93	915,10	972,16	1200,00		
02.08.04.003-0	CINTILOGRAFIA DE TESTÍCULO E BOLSA ESCROTAL	175,01	871,52	390,00	215,71		
02.08.03.002-6	CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE C/ OU S/ CAPTAÇÃO	143,85	374,55	468,00	618,24		
02.08.01.005-0	CINTILOGRAFIA P/ AVALIAÇÃO DE FLUXO SANGUÍNEO DE EXTREMIDADES	134,65	173,45	228,04			
02.08.02.005-5	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFÁGICO (LÍQUIDO)	192,84	279,03	135,30	193,00		
02.08.02.006-3	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFÁGICO (SEMI-SÓLIDO)	190,39	279,03	248,56	193,00		
02.08.02.007-1	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRÂNSITO GÁSTRICO	214,82					
02.08.02.008-0	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL	155,86	163,95	164,00	155,00		
02.08.02.009-8	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA	242,87	314,46	322,31	430,00		
02.08.02.010-1	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NÃO ATIVA	348,22	621,64	423,38	443,00		
02.08.02.011-0	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO	150,26	279,03	398,00	312,34		
02.08.03.004-2	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTERNO	373,42	1089,00	1340,00	1590,20		
02.08.04.005-6	CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVAS E/OU QUANTITATIVA)	557,37	563,00	586,00	574,50		
02.08.01.008-4	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CÂMARAS CARDÍACAS EM SITUAÇÃO DE	206,89	353,44	214,85	960,75		
02.08.06.002-2	CISTERNOCINTILOGRAFIA (INCLUINDO PESQUISA E/OU AVALIAÇÃO DO TRÂNSITO	353,45	1642,72				
02.08.04.006-4	CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA	318,15	983,76	198,00			
02.08.04.007-2	CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA	343,88	1156,00	144,50			
02.08.04.010-2	ESTUDO RENAL DINÂMICO C/ OU S/ DIURÉTICO	391,15	429,00	438,00	700,00		
02.08.08.004-0	LINFOCINTILOGRAFIA	329,50	325,01	384,61	585,00		
TABELA 20 - ANÁLISE DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICOS							
PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICOS POR FRASCO							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR**	**COT 01**	**COT 02**	**COT 03**	**COT 04**	
CISMEP-17	SERVIÇOS DE ANÁLISE DE EXAME ANATOPATOLÓGICOS DE FRAGMENTOS NOS	88,26	93,93	130,00	302,94		
CISMEP-18	SERVIÇOS DE ANÁLISE DE EXAME ANATOPATOLÓGICOS OU CITOLÓGICOS DE	78,68	130,00	302,94			
CISMEP-19	SERVIÇOS DE ANÁLISE DE EXAME ANATOPATOLÓGICOS DE FRAGMENTOS	85,48	130,00	302,94			
CISMEP-20	SERVIÇOS DE ANÁLISE DE EXAME ANATOPATOLÓGICOS DE FRAGMENTOS	78,68	130,0	302,94			
SERVIÇOS DE TELEMEDICINA							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR**	**COT 01**	**COT 02**	**COT 03**	**COT 04**	
CISMEP-36	TELE-INTERCONSULTA EM MULTIESPECIALIDADES COM INFRAESTRUTURA		116,74	100,00			
CISMEP-37	TELEDERMATOSCOPIA						
CISMEP-38	TELE-ELETROCARDIOGRAMA						
CISMEP-39	TELE-ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO C/ MAPEAMENTO (EEG)						
CISMEP-40	TELEMONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	88,62					
CISMEP-41	TELEMONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (M.A.P.A)	93,83					
TABELA 22 - MEDICINA HIPERBÁRICA							
SERVIÇOS DE MEDICINA HIPERBÁRICA							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR**	**COT 01**	**COT 02**	**COT 03**	**COT 04**	
CISMEP-42	SESSÃO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA (POR SESSÃO DE ATÉ 02 HORAS)	300,00	300	345	386,67		
TABELA 23 - CIRURGIAS EM PRESTADORES EXTERNOS							
CIRURGIA ORTOPÉDICA							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR**	**COT 01**	**COT 02**	**COT 03**	**COT 04**	
04.08.04.004-1	ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL	8.946,25	9082,65	12774,24			
04.08.05.006-3	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO JOELHO	7.650,55					
04.08.05.016-0	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO	5.621,52	6.882,96	3.291,20			
04.08.05.017-9	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO	5.959,24	4.806,54	3.204,36			
04.08.01.014-2	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTO	3.467,08	8.033,23	8.033,23	8.033,23		
04.08.05.089-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA	3.886,08	8.174,00	6.858,28	2.379,00		
04.03.02.012-3	TRATAMENTO CIRURGICO DE SINDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEO-FIBROSO	2.677,52	5.149,49	2.195,72	5.861,84		
04.08.04.007-6	ATROPLASTIA DE REVISÃO OU RECONSTRUÇÃO DO QUADRIL	10.123,91	9.630,60	9.245,50	17.645,63		
CIRURGIA GERAL							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR**	**COT 01**	**COT 02**	**COT 03**	**COT 04**	
04.07.03.003-4	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	3.983,22	4.158,30	3.969,80	4.484,90		

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 02/04/2026 14:04 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p68c7ab6795be1

04.07.02.034-9	PROCTOPEXIA ABDOMINAL POR PROCIDENCIA DO RETO	1.121,84					
04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA	2.480,76	4423,16	5090,00	4744,33		
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	1.842,64	2.405,19	2.519,42	4.810,38		
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	2.271,46	4.859,28	5.489,64	4.500,00		
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	2.596,77	5.490,54	3.660,30	2.962,96		
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	2.075,71	4.784,78	2.463,49	3.238,27		
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	2.349,01	1192,66	1788,99	1135,56		
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	1.772,34	1570,31	1957,46	1475,41		
04.06.02.057-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	2.578,34	2175,17	1730,48	2768,76		
04.06.02.056-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL)	3.201,87	3333,92	3333,92	3333,92		
CIRURGIA GINECOLÓGICA							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR**	**COT 01**	**COT 02**	**COT 03**	**COT 04**	
04.09.06.012-7	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	4.319,88	2099,71	2879,90	2345,79		
04.09.06.013-5	HISTERECTOMIA TOTAL	4.944,00	6355,51	5489,64	7000,00		
04.09.06.017-8	HISTEROSCOPIA CIRURGICA C/ RESSECTOSCOPIO	2.912,50	3.733,00	3.500,00	3.188,63		
04.09.06.019-4	MIOMECTOMIA	3.540,00	5289,40	5249,52	9400,00		
04.09.06.021-6	OOFORECTOMIA/OOFOROPLASTIA	3.148,24	4078,88	5.419,85	4.547,45		
09.09.06.004-6	CURETAGEM SEMIÓTICA C/ OU S/ DILATAÇÃO DO COLO UTERINO	1.888,00	753,39	1.171,94	837,10		
04.07.04.016-1	LAPAROTOMIA EXPLORADORA	3.556,52	5.097,52	5.569,00	5.695,00		
04.09.06.018-6	LAQUEADURA TUBÁRIA	2.735,00	6.500,00	4.177,70	3.505,24		
CIRURGIA UROLÓGICA							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR**	**COT 01**	**COT 02**	**COT 03**	**COT 04**	
04.09.01.017-0	INSTALACAO ENDOSCÓPICA DE CATETER DUPLO J	1.930,69	R$3547,50	R$4473,30	R$2874,72		
CISMEP-37	RETIRADA DE CATETER DUPLO J	612,28	R$1702,76	R$1811,05			
04.09.04.013-4	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	2.260,92	1620,32	1440,28	1440,28		
04.09.03.002-3	PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA	5.310,93	R$3005,13	R$4006,84	R$6871,86		
04.09.03.004-0	RESSECÇÃO ENDOSCOPICA DE PROSTATA (RTU)	4.118,21	5007,43				
04.09.04.023-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARICOCELE	2.024,59	4023,74	3376,06	2500,00		
04.09.01.059-6	URETEROLITOTRIPSIA FLEXIVEL	3.980,14	10335,00	R$11000,00	R$11050,00		
04.09.01.059-6	URETEROLITOTRIPSIA RÍGIDA A LASER	4.110,53	7387,00	10598,00			
04.09.01.023-5	NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA	5.611,90	6395,00				
04.09.01.006-5	CISTOLITOTOMIA E/OU RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA BEXIGA	2.271,88	5210,50	6000,00	6198,88		
04.09.01.036-7	RESSECÇÃO DO COLOVESICAL	3.263,69					
CIRURGIA OTORRINOLARINGOLOGIA							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR**	**COT 01**	**COT 02**	**COT 03**	**COT 04**	
02.01.01.044-5	BIOPSIA DE SEIO NASAL/ PARANASAL	946,22					
04.04.01.050-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PERFURAÇÃO SEPTO NASAL	2.2995,88					
04.04.01.001-6	ADENOIDECTOMIA	2.204.43	4.307,20	3.021,48	5.000,00		
04.04.01.002-4	AMIGDALECTOMIA	2.077,94	4.385,04	5.142,96	3.004,40		
04.04.01.003-2	AMIGDALECTOMIA COM ADENOIDECTOMIA	3.923,98	4.143,34	5.750,00	5.106,05		
04.04.01.010-5	ESTAPEDECTOMIA	3.774,51					
04.04.01.021-0	MASTOIDECTOMIA RADICAL	4.437,13	12.367,10	10.000,00	12.367,10		
04.04.01.022-9	MASTOIDECTOMIA SUBTOTAL	3.887,62	11.562,22	11.562,22	10.000,00		
04.04.01.023-7	MICROCIRURGIA OTOLOGIA	3.324,60					
04.04.01.032-6	SINUSOTOMIA	2.702,65	5.749,12	4.617,80	4.982,48		
04.04.01.033-4	SINUSOTOMIA ESFENOIDAL	3.052,38	4.617,80	1.288,53	4.617,80		
CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR**	**COT 01**	**COT 02**	**COT 03**	**COT 04**	
04.02.01.002-7	PARATIREOIDECTOMIA	4.999,80	1.666,60				
04.04.01.046-6	PAROTIDECTOMIA PARCIAL OU SUBTOTAL	3.612,99	1.050,43	1.050,43			
04.04.02.007-0	RESSECÇÃO DE GLANDULA SALIVAR	2.734,95					
04.01.02.009-6	EXERESE DE CISTO TIREOGLOSSO	2.880,00	2.469,57	2.072,06			
04.02.01.004-3	TIREOIDECTOMIA TOTAL	3.636,60					
04.02.01.003-5	TIREOIDECTOMIA PARCIAL	3.515,38					
CIRURGIA CARDIOLÓGICA							

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 02/04/2026 14:04 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p68c7ab679fbe1

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR	COT 01	COT 02	COT 03	COT 04	
04.06.03.002-2	ANGIOPLASTIA CORONARIANA C/ IMPLANTE DE UM STENT (PACOTE)	13.896,23	8.150,00	15.119,80	21.000,00		
04.06.03.005-7	ANGIOPLASTIA PERIFERICA C/ IMPLANTE DE UM STENT (PACOTE)	14.058,82	8.150,00	6.500,00	10.622,00		
OPME's							
OPME CIRURGIA ORTOPÉDICA							
CIRURGIA		**VALOR**	**COT 01**	**COT 02**	**COT 03**	**COT 04**	
ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL	COMPONENTE FEMORAL CIMENTADO (HASTE)	3.415,68	2.435,05	2.428,00	6.200,00	3.600,00	
	RESTRITOR/PLUG DE CIMENTO	158,98	290,50	793,17	325,00		
	CABEÇA INTERCAMBIÁVEL	1.186,91	4.439,04	2.278,45	3.830,00		
	COMPONENTE ACETABULAR CIMENTADO	1.273,70	3.600,00	3.220,00	2.100,00		
	CIMENTO ORTOPÉDICO	200.68	600,00	485,00	370,00		
	LAMINA SERRA	387,74	700,00	500,00	750,00		
	COMPONENTE FEMORAL NÃO CIMENTADO	3.041,31	3.712,70	5.300,00			
	COMPONENTE ACETABULAR METALICO	1.186,91	1.800,00	5.244,00	2.300,00		
	COMPONENTE ACETABULAR POLIETILENO PARA COMPONENTE METALICO	2.645,67	3.280,00	5.244,00	3.180,00		
	PARAFUSO ACETABULAR	1.491,86					
	COMPONENTE BIPOLAR (CABEÇA BIPOLAR)	330,36					
ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO JOELHO	COMPONENTE FEMURAL	387,74					
	COMPONENTE BASE TIBIAL	3.415,68					
	COMPONENTE PLATEAU TIBIAL	158,98					
	COMPONENTE PATELAR	1.186,91					
	CIMENTO ORTOPÉDICO	2.645,67					
	LAMINA SERRA	1.491,86					
ARTROPLASTIA DE REVISÃO OU RECONSTRUÇÃO DO QUADRIL	PLACA RETA DE CERCLAGEM	330,36					
	CABO DE CERCLAGEM	200,68					
	TELA DE REFORÇO ACETABULAR NACIONAL	387,74					
	ANEL DE REFORÇO ACETABULAR NACIONAL	3.712,70					
RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-	LAMINA DE SHAVER	2.146,79	700,00	1825,00			
	EQUIPO C/ SENSOR	1.591,49					
	PARAFUSO DE INTERFERENCIA EM TITANIO	518,19	680,81	509,43			
RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-	LAMINA DE SHAVER	218,13					
	EQUIPO C/ SENSOR	123,55					
	PARAFUSO DE INTERFERENCIA EM TITANIO	8,98					
REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI	LAMINA DE SHAVER	1.186,91	700,00	1825,00			
	EQUIPO C/ SENSOR	1.273,70					
	CANULA DESCARTAVEL	1.491,86					
	ANCORA MONTADA EM TITANIO	614,97					
	PONTEIRA FREQUENCIA	603,75					
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMI	LAMINA DE SHAVER	978,75	700,00	1825,00			
	EQUIPO C/ SENSOR	978,75					
	PARAFUSO DE INTERFERENCIA EM TITANIO	387,74	680,81	509,43			
	FAST-FIX 360 RETO OU CURVO AGULHADO	4.801,39					
	EMPURRADOR DE NO/CORTADOR DE SUTURA E CANULA	2.433,48					
		1.709,84					
OPME CIRURGIA UROLÓGICA							
CIRURGIA		**VALOR**	**COT 01**	**COT 02**	**COT 03**	**COT 04**	
INSTALACAO	CATETER DUPLO J	396,00					
RESSECÇÃO ENDOSCOPICA	ALÇA DE RTU	396,00					
	EQUIPO DE IRRIGAÇÃO DE 3 VIAS	400,00					
URETEROLITOTRIPSIA FLEXIVEL	CATETER DUPLO J	396,00					
	FIO GUIA HIDROFILICO	675,00					
	CATETER BASKET PARA RETIRADA DE CÁLCULO	1.521,00					
	BALÃO URETERAL	1.860,00					
	FIBRA LASER	3.100,00					
URETEROLITOTRIPSIA RÍGIDA A LASER	BALÃO URETERAL	1.860,00					
	EXTRATOR DE CÁLCULO 3Fr	1.521,00					
	CATETER DUPLO J	396,00					
	FIO GUIA HIDROFILICO	675,00					
	FIBRA LASER	3.100,00					
	AMPLATZ	1.860,00					

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 02/04/2026 14:04 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p68c7ab679fbe1

NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA	CONJUNTO DE NEFROSTOMIA	1.240,00					
	EQUIPO DE IRRIGAÇÃO	279,00					
	EXTRATOR DE CÁLCULO PERCUTÂNEA	1.521,00					
	CATETER DUPLO J	396,00					
	FIO GUIA HIDROFILICO	675,00					
	CATETER URETRAL	170,50					
OPME CIRURGIA GERAL							
CIRURGIA		**VALOR**	**COT 01**	**COT 02**	**COT 03**	**COT 04**	
HERNIOPLASTIA	TELA DE MARLEX M (15cm X 15cm)	475,00					
	TELA DE MARLEX P (7,5cm X 7,5cm)	416,00					
HERNIOPLASTIA	TELA DE MARLEX M (15cm X 15cm)	475,00					
	TELA DE MARLEX P (7,5cm X 7,5cm)	416,00					
OPME CIRURGIA CARDIOLÓGICA							
CIRURGIA		**VALOR**	**COT 01**	**COT 02**	**COT 03**	**COT 04**	
ANGIOPLASTIAS	STENT PARA ARTÉRIA CORONÁRIA (FARMACOLÓGICO)	3.944,50	3.450,00	2.096,10	5.840,00		
	STENT PARA ARTÉRIA PERIFÉRICA (NÃO FARMACOLÓGICO)	2.339,84	3.200,00	3.750,76	5.500,00	3.549,50	
	CATETER BALÃO PARA ANGIOPLASTIA	937,73	1.499,49	1.900,00	1200,00	1.138,94	
OUTROS SERVIÇOS RELACIONADOS ÀS CIRURGIAS							
		VALOR	**COT 01**	**COT 02**	**COT 03**	**COT 04**	
CONSULTA MÉDICA PARA AVALIAÇÕES CIRURGICAS		90,00	78,33				
CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (RISCO CIRÚRGICO)		80,00	130,00	130,00	82,28		
RAIO X TÓRAX (ATÉ 2 INCIDÊNCIAS)		42,00	109,78	120,00	146,13	96,50	
RAIO X TÓRAX (3 INCIDÊNCIAS)		77,50	109,78	120,00	146,13	96,50	
CURATIVO ESPECIAL (SEM HIDROCOLOIDE - fevereiroR EXTENSÃO)		85,80	149,90	101,92	180,00	100	
CURATIVO SIMPLES		65,95	106,83	54,90	52,43		
LEITO DE CTI (DIÁRIA)		2.512,63					
LEITO DE ENFERMARIA (DIÁRIA)		882,60					
DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO DE FERIDAS OU EXTREMIDADES		1.133,21	2.283,33				
ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO		6.110,10	3.689,00	3.105,32	3.837,45		
INTRODUTOR FEMORAL PARA ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO - OPME		600,00	500,00	325,00			
TABELA 26 - CIRURGIAS REGIÃO ALTO CAPARAÓ							
CIRURGIA ORTOPÉDICA - REGIÃO ALTO CAPARAÓ							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR**	**COT 01**	**COT 02**	**COT 03**	**COT 04**	
04.08.05.065-9	TRATAMENTO CIRURGICO DE HALUX VALGUS COM OSTEOTOMIA DO PRIMEIrO	5.391,25	1.142,15	1.067,43	1.423,24		
04.08.05.090-0	TRATAMENTO CIRURGICO DO HALUX RIGIDUS	5.391,25					
04.08.05.014-4	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DO TORNOZELO	4.407,30	2.048,43	6.931,85	5.816,08		
04.08.05.003-9	ARTRODESE DE MEDIAS/GRANDES ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR	3.168,00	1.759,18	1.484,48	1.484,48		
04.08.06.021-2	RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL	2.281,35	3.349,62	2.810,45	4.900,00		
04.03.02.013-1	TRATAMENTO MICROCIRÚRGICO DE TUMOR DE NERVO PERIFÉRICO/NEUROMA	5.391,25					
CIRURGIA GERAL - REGIÃO ALTO CAPARAÓ							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR**	**COT 01**	**COT 02**	**COT 03**	**COT 04**	
04.07.02.027-6	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	2.340,00	2.938,24	1.950,00	1.455,60		
CIRURGIA GINECOLÓGICA - REGIÃO ALTO CAPARAÓ							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**		**COT 01**	**COT 02**	**COT 03**	**COT 04**	
04.09.06.017-8	HISTERECTOMIA POR VIA VAGINAL	4.408,80	5.929,47	5.396,59	4.527,95		
TABELA 27 - CIRURGIAS REGIÃO ZONA DA MATA							
CIRURGIA UROLÓGICA - REGIÃO ZONA DA MATA							
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR**	**COT 01**	**COT 02**	**COT 03**	**COT 04**	
04.09.01.031-6	PIELOLITOTOMIA	2.845,76	2.954,22	4.98	6.928,34		
04.09.01.056-1	URETEROLITOTOMIA	8.074,01	7.551,68	8.9	10.388,28		

Assinado eletronicamente por: NATALIA CRISTINA BARRETO ***.451.766-**
Assinatura digital avançada.

Assinado eletronicamente por:
LIVIA CRISTINA CAMPIDELI ***.300.676-**
Assinatura digital avançada.

Assinado eletronicamente por:
NATALIA CRISTINA BARRETO ***.451.766-**
Assinatura digital avançada.

Assinado eletronicamente por:
NELIA PAULA GALO ***.030.766-**
Assinatura digital avançada.

Assinado eletronicamente por:
SOPHIA LAUREANO SIMOES ***.901.826-**
Assinatura digital avançada.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 02/04/2026 14:04 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p68c7ab679fbe1