

DECRETO Nº 20.128, DE 13 DE DEZEMBRO DE 2010.



REGULAMENTA A LEI Nº 3.145, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2005, QUE AUTORIZA O CHEFE DO PODER EXECUTIVO A PROCEDER AO CREDENCIAMENTO DE TODOS OS PRESTADORES DE SERVIÇO NA ÁREA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU.

O Prefeito Municipal de Foz do Iguaçu, Estado do Paraná, no uso das atribuições legais que lhe são conferidas pela alínea "a", inciso I, do art. 86 da **Lei Orgânica** do Município, na forma do disposto na Lei nº 3.145, de 14 de dezembro de 2005 e no Memorando Interno nº 637/10, de 2 de dezembro de 2010, da Secretaria Municipal da Saúde, DECRETA:

Art. 1º Fica aprovada, na forma discriminada no Anexo I deste Decreto, a Instrução Normativa para Credenciamento de Prestadores de Serviço na Área de Saúde no Município de Foz do Iguaçu, pessoas jurídicas.

§ 1º O credenciamento de que trata este Decreto possibilita a participação de todas as pessoas jurídicas que detenham competência, habilitação e capacitação, na prestação de serviços assistenciais do Sistema Único de Saúde de Foz do Iguaçu, de forma complementar à capacidade da gestão municipal.

§ 2º O credenciamento inclui as etapas de cadastramento, habilitação e celebração dos respectivos instrumentos legais de obrigações das partes (contratos, convênios e termos afins), conforme a natureza jurídica do prestador.

§ 3º O cadastramento de prestadores, etapa inicial e obrigatória do credenciamento, será feito junto ao Departamento de Compras da Secretaria Municipal da Administração, situada na Praça Getúlio Vargas, nº 280, Centro.

Art. 2º A remuneração dos serviços credenciados será estabelecida com base nas tabelas vigentes dos Sistemas de Informações Ambulatorial e Hospitalar do Sistema Único de Saúde, publicadas pelo Ministério da Saúde, com exceção dos procedimentos indicados no Anexo II deste Decreto, que serão remunerados conforme valores específicos nele indicados.

Parágrafo Único. O credenciamento independe de prévio procedimento licitatório, posto que a remuneração dos serviços será feita com base nas Tabelas indicadas no caput deste artigo, inviabilizando a competição, o que torna inexistente o certame, a teor do que reza o art. 25 da Lei Federal nº 8.666/93.

Art. 3º O estabelecimento de cotas, procedimentos e fluxo de encaminhamento de usuários, para cada prestador credenciado, ficará a critério do Gestor Municipal da Saúde, em consonância com as Diretrizes do Sistema de Auditoria da Secretaria Municipal da Saúde e a demanda diagnosticada de serviços, sendo vedado o atendimento de usuários por procura espontânea.

Art. 4º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º Revogam-se as disposições em contrário.

Gabinete do Prefeito Municipal de Foz do Iguaçu, Estado do Paraná, em 13 de dezembro de 2010.

Paulo Mac Donald Ghisi
Prefeito Municipal

Lincoln Barros de Sousa
Secretário Municipal da Administração

Francisco Lacerda Brasileiro

Secretário Municipal da Saúde

ANEXO I

INSTRUÇÃO NORMATIVA PARA CREDENCIAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇO NA ÁREA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU

I - DA FINALIDADE

Art. 1º Esta Instrução Normativa estabelece normas, requisitos e obrigatoriedades para o credenciamento de pessoas jurídicas interessadas em participar, de forma complementar, dos serviços assistenciais do Sistema Único de Saúde de Foz do Iguaçu. Abrange as assistências hospitalar e ambulatorial, compreendendo consultas médicas, exames e diagnósticos complementares, terapias, internações, inclusive urgenciais e emergenciais, tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos e especiais.

II - DA DIVULGAÇÃO

Art. 2º Será publicado no Diário Oficial do Município, Edital de Convocação Pública para o cadastramento de pessoas jurídicas interessadas em participar, de forma complementar, dos serviços assistenciais do Sistema Único de Saúde de Foz do Iguaçu.

III - DO CADASTRAMENTO

Art. 3º O cadastramento tem por finalidade manter o registro de dados de pessoas jurídicas interessadas em participar dos serviços já referidos e não gera direito à contratação, que será procedida de acordo com a necessidade e o interesse do Sistema Único de Saúde de Foz do Iguaçu. A celebração de instrumentos legais de obrigação das partes (contratos, convênios e afins) far-se-á oportuna e subsequentemente, conforme necessidade diagnosticada pela Secretaria Municipal da Saúde e observados o Plano Municipal de Saúde, a Programação Pactuada e Integrada e a respectiva dotação orçamentária do ano fiscal em exercício.

Art. 4º O cadastramento de prestadores será feito junto ao Departamento de Compras da Secretaria Municipal da Administração, situada na Praça Getúlio Vargas, nº 280, Centro.

Art. 5º Apresentação de documentos obrigatórios para o cadastramento dos prestadores, observados os prazos de validade, onde couberem:

- a) Certificado de Registro Cadastral emitido pela Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu (Departamento de Compras, da Secretaria Municipal da Administração);
- b) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES - atualizado pela Divisão de Programação e Controle, da Secretaria Municipal da Saúde;
- c) prova de regularidade do profissional e/ou serviço no órgão de classe respectivo;
- d) Licença Sanitária atualizada expedida pelo Departamento de Vigilância em Saúde, da Secretaria Municipal da Saúde ou Termo de Ajuste de Conduta;
- e) relação da equipe técnica, com a indicação do responsável técnico e a prova de inscrição junto aos respectivos Conselhos de Classe e a prova de título(s) de especialista(s), quando for o caso;
- f) especificação do aparelhamento técnico;
- g) prova de vínculo empregatício ou declaração de emprego por profissional cadastrado ou contrato de prestação de serviços por terceiros;
- h) autorização de funcionamento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - para empresas fornecedoras de órteses e próteses, nos casos por ela regulados; e
- i) cópia do documento de constituição da empresa e de suas alterações.

§ 1º Para os prestadores ou profissionais de saúde que prestarem serviços exclusivamente nas Unidades de Saúde do Município, não será necessária a apresentação dos documentos indicados nas letras "b", "d", "f" e "h".

§ 2º O cadastrado deverá manter permanentemente atualizados, junto à Secretaria Municipal da Saúde, os documentos obrigatórios indicados no caput, bem como seus dados cadastrais informados ao CNES.

Art. 6º Dos documentos indicados no art. 5º deste Decreto, poderão ser apresentados os originais, cópias autenticadas em cartório ou cópias simples, neste caso acompanhadas dos originais, para conferência do setor responsável pelo cadastramento.

Art. 7º Para a continuidade do processo de credenciamento será considerada cadastrada apenas a pessoa jurídica que apresentar toda a documentação indicada no art. 5º deste Decreto.

IV - DA HABILITAÇÃO

Art. 8º A habilitação consiste na verificação do cumprimento dos requisitos cadastrais e da capacidade qualitativa e quantitativa de atender à demanda de serviços, e será executada por Comissão Especial nomeada para tal fim.

V - DA CELEBRAÇÃO DE INSTRUMENTOS LEGAIS DE OBRIGAÇÃO DAS PARTES

Art. 9º Esta etapa do credenciamento consiste na celebração de contratos, convênios e termos afins, dependendo da natureza jurídica do cadastrado.

Art. 10. A contratação, em qualquer modalidade, considerará, em atendimento às diretrizes do SUS, conforme art. 25 da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a preferência às entidades filantrópicas e às entidades sem fins lucrativos.

Art. 11. Dos instrumentos referidos constarão, obrigatoriamente, no mínimo, as seguintes disposições:

- a) o objeto do instrumento;
- b) as condições de execução dos serviços;
- c) os valores dos serviços a executar;
- d) a forma de faturamento e as condições de pagamento ou do repasse de verbas;
- e) a dotação orçamentária que cobrirá as despesas;
- f) os casos de rescisão;
- g) as penalidades decorrentes da inexecução ou rescisão do instrumento;
- h) o reconhecimento dos direitos da Secretaria Municipal da Saúde com relação ao instrumento;
- i) a vigência e a validade do instrumento; e
- j) o foro competente.

VI - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 12. O credenciamento de um serviço poderá ser, a qualquer tempo, alterado, suspenso ou cancelado, se o credenciado deixar de satisfazer as exigências desta Instrução Normativa ou das normas do Sistema Único de Saúde.

Art. 13. Não poderão ser credenciadas pessoas jurídicas de cuja direção façam parte servidores públicos municipais.

ANEXO II

CRITÉRIOS E DIRETRIZES PARA A REMUNERAÇÃO DIFERENCIADA DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS NO ÂMBITO MUNICIPAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM FOZ DO IGUAÇU

(Conforme Portarias GM/MS nº 2.564, de 4 de maio de 1998, que habilita o Município de Foz do Iguaçu à condição de Gestão Plena do Sistema Municipal; GM/MS nº 1.606, de 11 de setembro de 2001, que estabelece a prerrogativa do Gestor Municipal alterar os valores da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS com recursos próprios, após apreciação e aprovação prévia do Conselho Municipal de Saúde).

- 1-) Tabela Municipal de Exames/Procedimentos de Média e Alta Complexidade/Gusto-
1.1) Quando realizados pelo Prestador em seu estabelecimento:

ITEM	CÓDIGO SUS	EXAME/PROCEDIMENTO REALIZADO PELO PRESTADOR EM SEU ESTABELECIMENTO	TABELA SUS (R\$)	MULTIPLI CADOR	TABELA LOCAL (R\$)
1	020301001-9	EXAME CITOPATOLÓGICO CÉRVICO-VAGINAL E MICROFLORA	6,64	1,21	8,06
2	020301002-7	EXAME CITOPATOLÓGICO HORMONAL SERIADO (MÍNIMO 3 COLETAS)	10,65	1,30	13,89
3	020301003-5	EXAME DE CITOLOGIA ONCÓTICA (EXCETO CÉRVICO-VAGINAL)	10,65	1,30	13,89
4	020302001-4	DETERMINAÇÃO DE RECEPTORES TUMORAIS HORMONAIS	65,55	1,30	85,50
5	020302003-0	EX. ANATOMOPATOLÓGICO PARA BIÓPSIA OU BIÓPSIA ASPIRAT. PEÇA CIRURG	24,00	1,30	31,31
6	020302003-0	EX. ANATOMOPATOLÓGICO PRÉ OPERAT. (CONGELAÇÃO) PEÇA CIRÚRGICA	24,00	1,30	31,31
7	020302003-0	EX. ANATOMOPATOLÓGICO DE PEÇA CIRÚRGICA CONVENCIONAL	24,00	1,30	31,31
8	020302004-9	IMUNOHISTOQUÍMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	92,00	1,30	120,00
9	020401006-3	RX DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	6,88	1,58	10,88
10	020401014-4	RX DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	7,32	1,67	12,21
11	020402004-2	RX COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO/FLEXÃO)	8,19	1,60	13,10
12	020402006-9	RX DE COLUNA LOMBO-SACRA	10,96	1,60	17,54
13	020402009-3	RX DE COLUNA TORÁCICA (DORSAL) (AP + LATERAL)	9,16	1,60	14,66
14	020402010-7	RX DE COLUNA TORACO-LOMBAR (DORSO LOMBAR)	9,73	1,71	16,61
15	020403003-0	MAMOGRAFIA UNILATERAL	22,50	1,09	24,50
16	020403015-3	RX DE TÓRAX (PA + PF)	9,50	2,00	19,00
17	020403017-0	RX DE TÓRAX (PA)	6,88	1,60	11,01
18	020403018-8	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	45,00	1,09	49,00
19	020405001-4	CLISTER OPACO COM DUPLO CONTRASTE (ENEMA OPACO)	47,76	2,30	110,00
20	020405005-7	FISTULOGRAFIA	45,34	2,43	110,00
21	020405006-5	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	45,34	2,43	110,00

ITEM	CÓDIGO SUS	EXAME/PROCEDIMENTO REALIZADO PELO PRESTADOR EM SEU ESTABELECIMENTO	TABELA SUS (R\$)	MULTIPLI CADOR	TABELA LOCAL (R\$)

22	020405013-8	RX-ABDÔMEN SIMPLES (AP)	7,17	1,60	11,47
23	020405014-6	SEGD-SERIOGRAFIA/EED (ESÔFAGO, HIATO, ESTÔMAGO E DUODENO)	35,22	3,12	110,00
24	020405015-4	TRÂNSITO INTESTINAL (TRÂNSITO E MORFOLOGIA DO DELGADO)	47,59	2,31	110,00
25	020405017-0	URETROCISTOGRAFIA	52,11	2,11	110,00
26	020405018-9	UROGRAFIA VENOSA (EXCRETORA)	57,40	1,92	110,00
27	020406003-6	ESCANOMETRIA	7,77	1,60	12,43
28	020501001-6	ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE	165,00	1,33	220,00
29	020501003-2	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA (bi dimensional c/ ou s/ doppler)	39,94	1,50	60,00
30	020501004-0	ECODOPPLER DE CARÓTIDAS	39,60	2,27	90,00
31	020501004-0	ECODOPPLER VENOSO OU ARTERIAL ATÉ 3 VASOS	39,60	3,03	120,00
32	020501005-9	ECOGRAFIA DOPPLER FLUXO OBSTÉTRICO (PERFIL BIOLÓGICO FETAL)	42,90	1,54	66,00
33	020501005-9	ECOGRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA	42,90	1,54	66,00
34	020502003-8	ECOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)	24,20	1,45	35,00
35	020502004-6	ECOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL (SUPERIOR + Pelve)	37,95	1,45	55,00
36	020502005-4	ECOGRAFIA DO APARELHO URINÁRIO	24,20	1,45	35,00
37	020502006-2	ECOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO (JOELHO, OMBRO, PUNHO, ETC.)	24,20	1,45	35,00
38	020502007-0	ECOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	24,20	1,45	35,00
39	020502008-9	ECOGRAFIA GLOBO OCULAR/ÓRBITA (MONOCULAR)	24,20	1,45	35,00
40	020502009-7	ECOGRAFIA DE MAMAS (BILATERAL)	24,20	1,45	35,00
41	020502010-0	ECOGRAFIA DE PRÓSTATA VIA ABDOMINAL (PRÓSTATA + BEXIGA)	24,20	1,03	25,00
42	020502012-7	ECOGRAFIA DE TIREÓIDE	24,20	1,45	35,00
43	020502014-3	ECOGRAFIA OBSTÉTRICA	24,20	1,03	25,00
44	020502015-1	ECOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO (FETAL)	39,60	1,67	66,00
45	020502016-0	ECOGRAFIA PÉLVICA FEMININA VIA ABDOMINAL	24,20	1,03	25,00
46	020502017-8	ECOGRAFIA TRANSFONTANELAR	24,20	1,24	30,00
47	020502018-6	ECOGRAFIA PÉLVICA FEMININA VIA TRANSVAGINAL	24,20	1,45	35,00
48		ECOGRAFIA DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS CERVICAIS, MÚSCULOS, TENDÕES, GLÂNDULAS, ETC.			35,00
49	020601001-0	TC DE COLUNA CERVICAL COM CONTRASTE	86,76	2,59	225,00
50	020601001-0	TC DE COLUNA CERVICAL SEM CONTRASTE	86,76	1,67	145,00
51	020601002-8	TC DE COLUNA LOMBO-SÁCRA COM CONTRASTE	101,10	2,23	225,00
52	020601002-8	TC DE COLUNA LOMBO-SÁCRA SEM CONTRASTE	101,10	1,43	145,00
53	020601003-6	TC DE COLUNA TORÁCICA COM CONTRASTE	86,76	2,59	225,00

54	020601003-6	TC DE COLUNA TORÁCICA SEM CONTRASTE	86,76	1,67	145,00
55	020601004-4	TC DE FACE OU SEIOS DA FACE COM CONTRASTE	86,75	2,59	225,00
56	020601004-4	TC DE FACE OU SEIOS DA FACE SEM CONTRASTE	86,75	1,67	145,00
57	020601004-4	TC DE MASTÓIDES OU OUVIDOS COM CONTRASTE	86,75	2,59	225,00
58	020601004-4	TC DE MASTÓIDES OU OUVIDOS SEM CONTRASTE	86,75	1,67	145,00
59	020601005-2	TC DE PESCOÇO (PARTES MOLES, LARINGE) COM CONTRASTE	86,75	3,00	260,25
60	020601005-2	TC DE PESCOÇO (PARTES MOLES, LARINGE) SEM CONTRASTE	86,75	2,25	195,00
61	020601006-0	TC DE SELA TURCICA COM CONTRASTE	97,44	2,31	225,00

ITEM	CÓDIGO SUS	EXAME/PROCEDIMENTO REALIZADO PELO PRESTADOR EM SEU ESTABELECIMENTO	TABELA SUS (R\$)	MULTIPLICADOR	TABELA LOCAL (R\$)
62	020601006-0	TC DE SELA TURCICA SEM CONTRASTE	97,44	1,49	145,00
63	020601007-9	TC CRÂNIO COM CONTRASTE	97,44	2,31	225,00
64	020601007-9	TC CRÂNIO SEM CONTRASTE	97,44	1,49	145,00
65	020602001-5	TC DAS ARTICULAÇÕES COTOVELOSO COM CONTRASTE	86,75	3,00	260,25
66	020602001-5	TC DAS ARTICULAÇÕES COTOVELOSO SEM CONTRASTE	86,75	2,25	195,00
67	020602001-5	TC DAS ARTICULAÇÕES EXTERNO-CLAVICULARES COM CONTRASTE	86,75	3,00	260,25
68	020602001-5	TC DAS ARTICULAÇÕES EXTERNO-CLAVICULARES SEM CONTRASTE	86,75	2,25	195,00
69	020602001-5	TC DAS ARTICULAÇÕES OMBROS COM CONTRASTE	86,75	3,00	260,25
70	020602001-5	TC DAS ARTICULAÇÕES OMBROS SEM CONTRASTE	86,75	2,25	195,00
71	020602001-5	TC DAS ARTICULAÇÕES PUNHOS COM CONTRASTE	86,75	3,00	260,25
72	020602001-5	TC DAS ARTICULAÇÕES PUNHOS SEM CONTRASTE	86,75	2,25	195,00
73	020602002-3	TC DOS SEGMENTOS APENDICULARES COM CONTRASTE	86,75	3,00	260,25
74	020602002-3	TC DOS SEGMENTOS APENDICULARES SEM CONTRASTE	86,75	2,25	195,00
75	020602003-1	TC DE TÓRAX SEM CONTRASTE	136,41	1,43	195,00
76	020602003-1	TC DE TÓRAX COM CONTRASTE	136,41	2,09	285,00
77	020603001-0	TC DE ABDÔMEN SUPERIOR COM CONTRASTE	138,63	2,13	295,00
78	020603001-0	TC DE ABDÔMEN SUPERIOR SEM CONTRASTE	138,63	1,41	195,00

79	020603001-0	TC DE ABDÔMEN TOTAL (SUPERIOR+PELVE) COM CONTRASTE	138,63	3,25	450,00
80	020603001-0	TC DE ABDÔMEN TOTAL (SUPERIOR+PELVE) SEM CONTRASTE	138,63	2,52	350,00
81	020603002-9	TC DAS ARTICULAÇÕES COXO-FEMURAIS COM CONTRASTE	86,75	3,00	260,25
82	020603002-9	TC DAS ARTICULAÇÕES COXO-FEMURAIS SEM CONTRASTE	86,75	2,25	195,00
83	020603002-9	TC DAS ARTICULAÇÕES JOELHOS COM CONTRASTE	86,75	3,00	260,25
84	020603002-9	TC DAS ARTICULAÇÕES JOELHOS SEM CONTRASTE	86,75	2,25	195,00
85	020603002-9	TC DAS ARTICULAÇÕES SACRO-ILIACO COM CONTRASTE	86,75	3,00	260,25
86	020603002-9	TC DAS ARTICULAÇÕES SACRO-ILIACO SEM CONTRASTE	86,75	2,25	195,00
87	020603003-7	TC DA PELVE OU BACIA COM CONTRASTE	138,63	2,13	295,00
88	020603003-7	TC DA PELVE OU BACIA SEM CONTRASTE	138,63	1,41	195,00
89	020701001-3	ANGIORRESSONÂNCIA DE CRÂNIO	268,75	1,71	460,00
90	020701001-3	ANGIORRESSONÂNCIA DE TÓRAX, ABDÔMEN E MEMBROS	268,75	2,23	600,00
91	020701001-3	ANGIOTOMOGRAFIA DE TÓRAX, ABDÔMEN POR SEGMENTO	268,75	1,41	380,00
92	020701003-0	RMN DA COLUNA CERVICAL COM CONTRASTE	268,75	2,20	590,00
93	020701003-0	RMN DA COLUNA CERVICAL SEM CONTRASTE	268,75	1,71	460,00
94	020701004-8	RMN DA COLUNA LOMBO-SACRA COM CONTRASTE	268,75	2,20	590,00
95	020701004-8	RMN DA COLUNA LOMBO-SACRA SEM CONTRASTE	268,75	1,71	460,00
96	020701005-6	RMN DA COLUNA TORÁCICA COM CONTRASTE	268,75	2,20	590,00
97	020701005-6	RMN DA COLUNA TORÁCICA SEM CONTRASTE	268,75	1,71	460,00
98	020701006-4	RMN DE CRÂNIO INCLUI ÓRBITA COM CONTRASTE	268,75	2,20	590,00
99	020701006-4	RMN DE CRÂNIO INCLUI ÓRBITA SEM CONTRASTE	268,75	1,71	460,00
100	020701007-2	RMN DE SELA TURCICA COM CONTRASTE	268,75	2,20	590,00
101	020701007-2	RMN DE SELA TURCICA SEM CONTRASTE	268,75	1,71	460,00
102	020702002-7	RMN DE COTOVELO/PUNHO (UNILATERAL) COM CONTRASTE	268,75	2,20	590,00

ITEM	CÓDIGO SUS	EXAME/PROCEDIMENTO REALIZADO PELO PRESTADOR EM SEU ESTABELECIMENTO	TABELA SUS (R\$)	MULTIPLICADOR	TABELA LOCAL (R\$)
103	020702002-7	RMN DE COTOVELO/ PUNHO (UNILATERAL) SEM CONTRASTE	268,75	1,71	460,00

104	020702002-7	RMN DE OMBRO (UNILATERAL) COM CONTRASTE	268,75	2,20	590,00
105	020702002-7	RMN DE OMBRO (UNILATERAL) SEM CONTRASTE	268,75	1,71	460,00
106	020702002-7	RMN DE SEGMENTO APENDICULAR (UNILATERAL) COM CONTRASTE	268,75	2,20	590,00
107	020702002-7	RMN DE SEGMENTO APENDICULAR (UNILATERAL) SEM CONTRASTE	268,75	1,71	460,00
108	020702003-5	RMN DO TÓRAX COM CONTRASTE	268,75	2,20	590,00
109	020702003-5	RMN DO TÓRAX SEM CONTRASTE	268,75	1,71	460,00
110	020703001-4	RMN DO ABDÔMENN SUPERIOR COM CONTRASTE	268,75	2,20	590,00
111	020703001-4	URORRESSONÂNCIA	268,75	3,00	806,25
112	020703001-4	RMN DO ABDÔMENN SUPERIOR SEM CONTRASTE	268,75	1,71	460,00
113	020703002-2	RMN DE BACIA OU PELVIS SEM CONTRASTE	268,75	1,71	460,00
114	020703002-2	RMN DE BACIA OU PELVIS COM CONTRASTE	268,75	2,20	590,00
115	020703003-0	ARTRORRESSONÂNCIA	268,75	2,20	590,00
116	020703003-0	RMN DA ARTIC. COXO-FEMURAL (UNILATERAL) COM CONTRASTE	268,75	2,20	590,00
117	020703003-0	RMN DA ARTIC. COXO-FEMURAL (UNILATERAL) SEM CONTRASTE	268,75	1,71	460,00
118	020703003-0	RMN DO JOELHO (UNILATERAL) COM CONTRASTE	268,75	2,20	590,00
119	020703003-0	RMN DO TORNOZELO OU PÉ (UNILATERAL) COM CONTRASTE	268,75	2,20	590,00
120	020703003-0	RMN DO TORNOZELO OU PÉ (UNILATERAL) SEM CONTRASTE	268,75	1,71	460,00
121	020703003-0	RMN DO JOELHO (UNILATERAL) SEM CONTRASTE	268,75	1,71	460,00
122	020703004-9	RMN DE VIAS BILIARES (COLANGIORRESSONÂNCIA)	268,75	2,20	590,00
123		ANESTESIA PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA			150,00
124		ANESTESIA PARA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA			115,00
125	020901002-9	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	112,66	1,95	220,00
126	020901002-9	POLIPECTOMIA DE COLON	112,66	1,24	140,00
127	020901003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	48,16	1,66	80,00
128	020901005-3	RETOSIGMOIDOSCOPIA	23,13	2,81	65,00
129		ESOFAGOMANOMETRIA			250,00
130		DILATAÇÃO DE ESÔFAGO			250,00
131		pHMETRIA + MANOMETRIA			350,00
132		pHMETRIA ESOFÁGICA			230,00
133	020904004-1	VIDEOLARINGOSCOPIA	45,50	1,14	52,00
134	021102004-4	HOLTER	30,00	2,50	75,00
135	021102006-0	TESTE DE ESFORÇO/ERGOMÉTRICO	30,00	1,98	59,40
136	021109001-8	URODINÂMICA COMPLETA	7,62	19,69	150,00

137	030903012-9	LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA	172,00	4,07	700,00
138	040503004-5	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER POR APLICAÇÃO	45,00	1,87	84,00
139	040505002-0	CAPSULOTOMIA A YAG LASER	45,00	1,87	84,00
140	040701025-4	RETIRADA DE POLIPO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA	29,84	1,61	48,00
141	040702039-0	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO/POLIPOS RETO/COLO SIGMOIDE	13,63	3,52	48,00
142	070104005-0	ÓCULOS COM LENTES CORRET. IGUAL OU MAIOR QUE 0,5 DIOPTRIO	28,00	1,50	42,00
143		AC. ALFA 2 LACTO GLOBULINA			34,32

ITEM	CÓDIGO SUS	EXAME/PROCEDIMENTO REALIZADO PELO PRESTADOR EM SEU ESTABELECIMENTO	TABELA SUS (R\$)	MULTIPLICADOR	TABELA LOCAL (R\$)
144		AC. ANTICENTROMERO			14,70
145		ANTIENDOMISIO			26,70
146		CA 125			17,00
147		COMPLEMENTO C2			17,16
148		DOSAGEM DE ECA			59,80
149		FATOR DE VON WILLENBRADD			85,00
150		FATOR V DE LEIDEN			130,50
151		HLBA27			47,82
152		HOMOCISTEÍNA			35,00
153		METANEFRIAS URINÁRIAS			17,40
154		MUTAÇÃO PROTROMBÍNICA			180,00
155		P ANCA/ C ANCA			33,50
156		PROTEÍNA C ANTIGÊNICA			40,00
157		PROTEÍNA S ANTIGÊNICA			40,00
158		SUBCLASSE Igg			38,00
159		TRAB-AC. ANTIRECEPTOR DE TSH			26,00
160		VITAMINA E			38,00

Observações:

a) Os prestadores que se disponham a contratar os exames/procedimentos descritos nos itens 89, 90 e 91 devem atender às qualificações exigidas pelas portarias ministeriais pertinentes e aos critérios e necessidades estabelecidas pelo Gestor Municipal do SUS:

1) Tabela Municipal de Exames/Procedimentos de Média e Alta Complexidade/Custo:

1.1) Quando realizados pelo Prestador em seu estabelecimento:

ITEM	CÓDIGO SUS	EXAME/PROCEDIMENTO REALIZADO PELO PRESTADOR EM SEU ESTABELECIMENTO	TABELA SUS (R\$)	MULTIPLICADOR	TABELA LOCAL (R\$)
1	020301001-9	EXAME CITOPATOLÓGICO CÉRVICO-VAGINAL E MICROFLORA	6,64	1,21	8,06
2	020301002-7	EXAME CITOPATOLÓGICO HORMONAL SERIADO (MÍNIMO 3 COLETAS)	10,65	1,30	13,89
3	020301003-5	EXAME DE CITOLOGIA ONCÓTICA (EXCETO CÉRVICO-VAGINAL)	10,65	1,30	13,89
4	020302001-4	DETERMINAÇÃO DE RECEPTORES TUMORAIS HORMONAIS	65,55	1,30	85,50
5	020302003-0	EX. ANATOMOPATOLÓGICO PARA BIÓPSIA OU BIÓPSIA ASPIRAT. PEÇA CIRURG	24,00	1,30	31,31
6	020302003-0	EX. ANATOMOPATOLÓGICO PRÉ OPERAT. (CONGELAÇÃO) PEÇA CIRÚRGICA	24,00	1,30	31,31
7	020302003-0	EX. ANATOMOPATOLÓGICO DE PEÇA CIRÚRGICA CONVENCIONAL	24,00	1,30	31,31
8	020302004-9	IMUNOHISTOQUÍMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	92,00	1,30	120,00
9	020401006-3	RX DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	6,88	1,58	10,88
10	020401014-4	RX DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	7,32	1,67	12,21
11	020402004-2	RX COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO/FLEXÃO)	8,19	1,60	13,10
12	020402006-9	RX DE COLUNA LOMBO-SACRA	10,96	1,60	17,54
13	020402009-3	RX DE COLUNA TORÁCICA (DORSAL) (AP + LATERAL)	9,16	1,60	14,66
14	020402010-7	RX DE COLUNA TORACO-LOMBAR (DORSO LOMBAR)	9,73	1,71	16,61

15	020403003-0	MAMOGRAFIA UNILATERAL	22,50	1,09	24,50	
16	020403015-3	RX DE TÓRAX (PA + PF)	9,50	2,00	19,00	
17	020403017-0	RX DE TÓRAX (PA)	6,88	1,60	11,01	
18	020403018-8	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	45,00	1,00	45,00	*
19	020405001-4	CLISTER OPACO COM DUPLO CONTRASTE (ENEMA OPACO)	47,76	2,30	110,00	
20	020405005-7	FISTULOGRAFIA	45,34	2,43	110,00	
21	020405006-5	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	45,34	2,43	110,00	
22	020405013-8	RX ABDÔMEN SIMPLES (AP)	7,17	1,60	11,47	
23	020405014-6	SEGD SERIOGRAFIA/EED (ESÔFAGO, HIATO, ESTÔMAGO E DUODENO)	35,22	3,12	110,00	
24	020405015-4	TRNSITO INTESTINAL (TRNSITO E MORFOLOGIA DO DELGADO)	47,59	2,31	110,00	
25	020405017-0	URETROCISTOGRAFIA	52,11	2,11	110,00	
26	020405018-9	UROGRAFIA VENOSA (EXCRETORA)	57,40	1,92	110,00	
27	020406003-6	ESCANOMETRIA	7,77	1,60	12,43	
28	020501001-6	ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE	165,00	2,00	330,00	*
29	020501003-2	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA (bi dimensional c/ ou s/ doppler)	39,94	3,00	120,00	*
ITEM	CÓDIGO SUS	EXAME/PROCEDIMENTO REALIZADO PELO PRESTADOR EM SEU ESTABELECIMENTO	TABELA SUS (R\$)	MULTIPLICADOR	TABELA LOCAL (R\$)	
30	020501004-0	ECODOPPLER DE CARÓTIDAS	39,60	2,79	150,00	*
31	020501004-0	ECODOPPLER VENOSO OU ARTERIAL ATÉ 3 VASOS	39,60	3,79	150,00	*
32	020501005-9	ECOGRAFIA DOPPLER FLUXO OBSTÉTRICO (PERFIL BIOLÓGICO FETAL)	42,90	1,54	66,00	
33	020501005-9	ECOGRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA	42,90	1,54	66,00	
34	020502003-8	ECOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)	24,20	2,07	50,00	*
35	020502004-6	ECOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL (SUPERIOR + Pelve)	37,95	2,11	80,00	*
36	020502005-4	ECOGRAFIA DO APARELHO URINÁRIO	24,20	2,07	50,00	*
37	020502006-2	ECOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO (JOELHO, OMBRO, PUNHO, ETC.)	24,20	2,89	70,00	*
38	020502007-0	ECOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	24,20	2,89	70,00	*
39	020502008-9	ECOGRAFIA GLOBO OCULAR/ÓRBITA (MONOCULAR)	24,20	2,07	50,00	*

40	020502009-7	ECOGRAFIA DE MAMAS (BILATERAL)	24,20	2,07	50,00	*
41	020502010-0	ECOGRAFIA DE PRÓSTATA VIA ABDOMINAL (PRÓSTATA + BEXIGA)	24,20	2,89	70,00	*
42	020502012-7	ECOGRAFIA DE TIREÓIDE	24,20	2,89	70,00	*
43	020502014-3	ECOGRAFIA OBSTÉTRICA	24,20	2,07	50,00	*
44	020502015-1	ECOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO (FETAL)	39,60	3,79	150,00	*
45	020502016-0	ECOGRAFIA PÉLVICA FEMININA VIA ABDOMINAL	24,20	2,07	50,00	*
46	020502017-8	ECOGRAFIA TRANSFONTANELAR	24,20	3,31	80,00	*
47	020502018-6	ECOGRAFIA PÉLVICA FEMININA VIA TRANSVAGINAL	24,20	2,89	70,00	*
48		ECOGRAFIA DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS CERVICAIS, MÚSCULOS, TENDÕES, GLNDULAS, ETC.			35,00	
49	020601001-0	TC DE COLUNA CERVICAL COM CONTRASTE	86,76	2,59	225,00	
50	020601001-0	TC DE COLUNA CERVICAL SEM CONTRASTE	86,76	1,67	145,00	
51	020601002-8	TC DE COLUNA LOMBO-SACRA COM CONTRASTE	101,10	2,23	225,00	
52	020601002-8	TC DE COLUNA LOMBO-SACRA SEM CONTRASTE	101,10	1,43	145,00	
53	020601003-6	TC DE COLUNA TORÁCICA COM CONTRASTE	86,76	2,59	225,00	
54	020601003-6	TC DE COLUNA TORÁCICA SEM CONTRASTE	86,76	1,67	145,00	
55	020601004-4	TC DE FACE OU SEIOS DA FACE COM CONTRASTE	86,75	2,59	225,00	
56	020601004-4	TC DE FACE OU SEIOS DA FACE SEM CONTRASTE	86,75	1,67	145,00	
57	020601004-4	TC DE MASTÓIDES OU OUVIDOS COM CONTRASTE	86,75	2,59	225,00	
58	020601004-4	TC DE MASTÓIDES OU OUVIDOS SEM CONTRASTE	86,75	1,67	145,00	
59	020601005-2	TC DE PESCOÇO (PARTES MOLES, LARINGE) COM CONTRASTE	86,75	3,00	260,25	
60	020601005-2	TC DE PESCOÇO (PARTES MOLES, LARINGE) SEM CONTRASTE	86,75	2,25	195,00	
61	020601006-0	TC DE SELA TURCICA COM CONTRASTE	97,44	2,31	225,00	
62	020601006-0	TC DE SELA TURCICA SEM CONTRASTE	97,44	1,49	145,00	
63	020601007-9	TC CRNIO COM CONTRASTE	97,44	2,31	225,00	
64	020601007-9	TC CRNIO SEM CONTRASTE	97,44	1,49	145,00	

65	020602001-5	TC DAS ARTICULAÇÕES COTOVELOS COM CONTRASTE	86,75	3,00	260,25
66	020602001-5	TC DAS ARTICULAÇÕES COTOVELOS SEM CONTRASTE	86,75	2,25	195,00
ITEM	CÓDIGO-SUS	EXAME/PROCEDIMENTO REALIZADO PELO PRESTADOR EM SEU ESTABELECIMENTO	TABELA-SUS (R\$)	MULTIPLICADOR	TABELA LOCAL (R\$)
67	020602001-5	TC DAS ARTICULAÇÕES EXTERNO-CLAVICULARES COM CONTRASTE	86,75	3,00	260,25
68	020602001-5	TC DAS ARTICULAÇÕES EXTERNO-CLAVICULARES SEM CONTRASTE	86,75	2,25	195,00
69	020602001-5	TC DAS ARTICULAÇÕES OMBROS COM CONTRASTE	86,75	3,00	260,25
70	020602001-5	TC DAS ARTICULAÇÕES OMBROS SEM CONTRASTE	86,75	2,25	195,00
71	020602001-5	TC DAS ARTICULAÇÕES PUNHOS COM CONTRASTE	86,75	3,00	260,25
72	020602001-5	TC DAS ARTICULAÇÕES PUNHOS SEM CONTRASTE	86,75	2,25	195,00
73	020602002-3	TC DOS SEGMENTOS APENDICULARES COM CONTRASTE	86,75	3,00	260,25
74	020602002-3	TC DOS SEGMENTOS APENDICULARES SEM CONTRASTE	86,75	2,25	195,00
75	020602003-1	TC DE TÓRAX SEM CONTRASTE	136,41	1,43	195,00
76	020602003-1	TC DE TÓRAX COM CONTRASTE	136,41	2,09	285,00
77	020603001-0	TC DE ABDÔMEN SUPERIOR COM CONTRASTE	138,63	2,13	295,00
78	020603001-0	TC DE ABDÔMEN SUPERIOR SEM CONTRASTE	138,63	1,41	195,00
79	020603001-0	TC DE ABDÔMEN TOTAL (SUPERIOR+PELVE) COM CONTRASTE	138,63	3,25	450,00
80	020603001-0	TC DE ABDÔMEN TOTAL (SUPERIOR+PELVE) SEM CONTRASTE	138,63	2,52	350,00
81	020603002-9	TC DAS ARTICULAÇÕES COXO FEMURAIS COM CONTRASTE	86,75	3,00	260,25
82	020603002-9	TC DAS ARTICULAÇÕES COXO FEMURAIS SEM CONTRASTE	86,75	2,25	195,00
83	020603002-9	TC DAS ARTICULAÇÕES JOELHOS COM CONTRASTE	86,75	3,00	260,25
84	020603002-9	TC DAS ARTICULAÇÕES JOELHOS SEM CONTRASTE	86,75	2,25	195,00
85	020603002-9	TC DAS ARTICULAÇÕES SACRO-ILIACO COM CONTRASTE	86,75	3,00	260,25

86	020603002-9	TC DAS ARTICULAÇÕES SACRO-ILIACO SEM CONTRASTE	86,75	2,25	195,00
87	020603003-7	TC DA PELVE OU BACIA COM CONTRASTE	138,63	2,13	295,00
88	020603003-7	TC DA PELVE OU BACIA SEM CONTRASTE	138,63	1,41	195,00
89	020701001-3	ANGIORRESSONNCIA DE CRNIO	268,75	1,71	460,00
90	020701001-3	ANGIORRESSONNCIA DE TÓRAX, ABDÔMEN E MEMBROS	268,75	2,23	600,00
91	020701001-3	ANGIOTOMOGRAFIA DE TÓRAX, ABDÔMEN POR SEGMENTO	268,75	1,41	380,00
92	020701003-0	RMN DA COLUNA CERVICAL COM CONTRASTE	268,75	2,20	590,00
93	020701003-0	RMN DA COLUNA CERVICAL SEM CONTRASTE	268,75	1,71	460,00
94	020701004-8	RMN DA COLUNA LOMBO-SACRA COM CONTRASTE	268,75	2,20	590,00
95	020701004-8	RMN DA COLUNA LOMBO-SACRA SEM CONTRASTE	268,75	1,71	460,00
96	020701005-6	RMN DA COLUNA TORÁCICA COM CONTRASTE	268,75	2,20	590,00
97	020701005-6	RMN DA COLUNA TORÁCICA SEM CONTRASTE	268,75	1,71	460,00
98	020701006-4	RMN DE CRNIO INCLUI ÓRBITA COM CONTRASTE	268,75	2,20	590,00
99	020701006-4	RMN DE CRNIO INCLUI ÓRBITA SEM CONTRASTE	268,75	1,71	460,00
100	020701007-2	RMN DE SELA TURCICA COM CONTRASTE	268,75	2,20	590,00
101	020701007-2	RMN DE SELA TURCICA SEM CONTRASTE	268,75	1,71	460,00
102	020702002-7	RMN DE COTOVELO/PUNHO (UNILATERAL) COM CONTRASTE	268,75	2,20	590,00
103	020702002-7	RMN DE COTOVELO/ PUNHO (UNILATERAL) SEM CONTRASTE	268,75	1,71	460,00
ITEM	CÓDIGO SUS	EXAME/PROCEDIMENTO REALIZADO PELO PRESTADOR EM SEU ESTABELECIMENTO	TABELA SUS (R\$)	MULTIPLICADOR	TABELA LOCAL (R\$)
104	020702002-7	RMN DE OMBRO (UNILATERAL) COM CONTRASTE	268,75	2,20	590,00
105	020702002-7	RMN DE OMBRO (UNILATERAL) SEM CONTRASTE	268,75	1,71	460,00
106	020702002-7	RMN DE SEGMENTO APENDICULAR (UNILATERAL) COM CONTRASTE	268,75	2,20	590,00
107	020702002-7	RMN DE SEGMENTO APENDICULAR (UNILATERAL) SEM CONTRASTE	268,75	1,71	460,00

108	020702003-5	RMN DO TÓRAX COM CONTRASTE	268,75	2,20	590,00
109	020702003-5	RMN DO TÓRAX SEM CONTRASTE	268,75	1,71	460,00
110	020703001-4	RMN DO ABDÔMENN SUPERIOR COM CONTRASTE	268,75	2,20	590,00
111	020703001-4	URORRESSONNCIA	268,75	3,00	806,25
112	020703001-4	RMN DO ABDÔMENN SUPERIOR SEM CONTRASTE	268,75	1,71	460,00
113	020703002-2	RMN DE BACIA OU PELVIS SEM CONTRASTE	268,75	1,71	460,00
114	020703002-2	RMN DE BACIA OU PELVIS COM CONTRASTE	268,75	2,20	590,00
115	020703003-0	ARTRORRESSONNCIA	268,75	2,20	590,00
116	020703003-0	RMN DA ARTIC. COXO-FEMURAL (UNILATERAL) COM CONTRASTE	268,75	2,20	590,00
117	020703003-0	RMN DA ARTIC. COXO-FEMURAL (UNILATERAL) SEM CONTRASTE	268,75	1,71	460,00
118	020703003-0	RMN DO JOELHO (UNILATERAL) COM CONTRASTE	268,75	2,20	590,00
119	020703003-0	RMN DO TORNOZELO OU PÉ (UNILATERAL) COM CONTRASTE	268,75	2,20	590,00
120	020703003-0	RMN DO TORNOZELO OU PÉ (UNILATERAL) SEM CONTRASTE	268,75	1,71	460,00
121	020703003-0	RMN DO JOELHO (UNILATERAL) SEM CONTRASTE	268,75	1,71	460,00
122	020703004-9	RMN DE VIAS BILIARES (COLANGIORRESSONNCIA)	268,75	2,20	590,00
123		ANESTESIA PARA RESSONNCIA MAGNÉTICA			150,00
124		ANESTESIA PARA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA			115,00
125	020901002-9	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	112,66	1,95	220,00
126	020901002-9	POLIPECTOMIA DE COLON	112,66	1,24	140,00
127	020901003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	48,16	2,07	100,00**
128	020901005-3	RETOSSIGMOIDOSCOPIA	23,13	2,81	65,00
129		ESOFAGOMANOMETRIA			250,00
130		DILATAÇÃO DE ESÔFAGO			250,00
131		pHMETRIA + MANOMETRIA			350,00
132		pHMETRIA ESOFÁGICA			230,00
133	020904004-1	VIDEOLARINGOSCOPIA	45,50	1,14	52,00
134	021102004-4	HOLTER	30,00	2,50	75,00

135	021102006-0	TESTE DE ESFORÇO/ERGOMÉTRICO	30,00	1,98	59,40	
136	021109001-8	URODINMICA COMPLETA	7,62	26,65	203,10	*
137	030903012-9	LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA	172,00	4,65	800,00	*
138	040503004-5	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER POR APLICAÇÃO	45,00	1,87	84,00	
139	040505002-0	CAPSULOTOMIA A YAG LASER	45,00	1,87	84,00	
140	040701025-4	RETIRADA DE POLIPO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA	29,84	1,61	48,00	
141	040702039-0	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO/POLIPOS RETO/COLO SIGMOIDE	13,63	3,52	48,00	
142	070104005-0	ÓCULOS COM LENTES CORRET. IGUAL OU MAIOR QUE 0,5 DIOPTRIO	28,00	1,50	42,00	
ITEM	CÓDIGO SUS	EXAME/PROCEDIMENTO REALIZADO PELO PRESTADOR EM SEU ESTABELECIMENTO	TABELA SUS (R\$)	MULTIPLICADOR	TABELA LOCAL (R\$)	
143		AC. ALFA 2 LACTO GLOBULINA			34,32	
144		AC. ANTICENTROMERO			14,70	
145		ANTIENDOMISIO			26,70	
146		CA 125			17,00	
147		COMPLEMENTO C2			17,16	
148		DOSAGEM DE ECA			59,80	
149		FATOR DE VON WILLENBRADD			85,00	
150		FATOR V DE LEIDEN			130,50	
151		HLBA27			47,82	
152		HOMOCISTEÍNA			35,00	
153		METANEFRIAS URINÁRIAS			17,40	
154		MUTAÇÃO PROTROMBÍNICA			180,00	
155		P ANCA/ C ANCA			33,50	
156		PROTEÍNA C ANTIGÊNICA			40,00	
157		PROTEÍNA S ANTIGÊNICA			40,00	
158		SUBCLASSE IgG			38,00	
159		TRAB-AC. ANTIRECEPTOR DE TSH			26,00	
160		VITAMINA E			38,00	
161	020406002-8	DENITOMETRIA ÓSSES DUO ENERGÉTICA DE COLUNA	55,10	1,63	90,00	***
162	021001006-1	ARTERIOGRAFIA CERVICO TORACICA	201,01	1,80	361,82	***

163	021001007-0	ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO ESTUDO ARTERIOGRÁFICO DE MEMBRO SUPERIOR OU INFERIOR	179,46	1,80	323,03	***
164	021001008-8	ARTERIOGRAFIA DIGITAL (POR VIA VENOSA)	200,01	1,80	360,02	***
165	021001009-6	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGAÇÃO DE DOENÇA ARTER. AORTO-ILIACA E DISTAL	504,33	1,80	907,79	***
166	021001010-0	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGAÇÃO DE HEMORRAGIA CEREBRAL	504,43	1,80	907,97	***
167	021001011-8	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGAÇÃO DE ISQUEMIA CEREBRAL	504,43	1,80	907,97	***
168	021001012-6	ARTERIOGRAFIA PÉLVICA ESTUDO ANGIOGRÁFICO DAS ARTÉRIAS ILÍACAS COMUNS	170,44	1,80	306,79	***
169	021001013-4	ARTERIOGRAFIA SELETIVA DA CARÓTIDA	190,31	1,80	342,56	***
170	021001014-2	ARTERIOGRAFIA SELETIVA POR CATETER (POR VASO)	201,51	1,80	362,72	***
171	021001015-0	ARTERIOGRAFIA SELETIVA VERTEBRAL	201,01	1,80	361,82	***
172	021001002-9	ANGIOGRAFIA DE ARCO AÓRTICO	137,01	1,80	246,62	***
*	Majorados após apreciação e aprovação prévia do Conselho Municipal de Saúde - Resolução nº 008/2012.					
**	Majorado após apreciação e aprovação prévia do Conselho Municipal de Saúde - Resolução nº 007/2012.					
***	Majorados e incluídos após apreciação e aprovação prévia do Conselho Municipal de Saúde - Resolução nº 008/2012.					

(Redação dada pelo Decreto nº 21377/2012)

4) Tabela Municipal de Exames/Procedimentos de Média e Alta Complexidade/Custo:

4.1) Quando realizados pelo Prestador em seu estabelecimento:

ITEM	CÓDIGO SUS	EXAME/PROCEDIMENTO REALIZADO PELO PRESTADOR EM SEU ESTABELECIMENTO	TABELA SUS (R\$)	MULTIPLICADOR	TABELA LOCAL (R\$)
1	020301001-9	EXAME CITOPATOLÓGICO CÉRVICO VAGINAL E MICROFLORA	6,97	1,21	8,06
2	020301002-7	EXAME CITOLOGIA HORMONAL SERIADO (MÍNIMO 3 COLETAS)	10,65	1,30	13,89
3	020301003-5	EXAME DE CITOPATOLOGIA ONCÓTICA (EXCETO CÉRVICO-VAGINAL)	10,65	1,30	13,89

4	020302001-4	DETERMINAÇÃO DE RECEPTORES TUMORAIS HORMONAIS	65,55	1,30	85,50	
5	02302003-0	EX. ANATOMOPATOLÓGICO PARA BIÓPSIA OU BIÓPSIA ASPIRAT. PEÇA CIRÚRGICA	24,00	1,30	31,31	
6	020302003-0	EX. ANATOMOPATOLÓGICO PRÉ OPERAT. (CONGELAÇÃO) PEÇA CIRÚRGICA	24,00	1,30	31,31	
7	020302003-0	EX. ANATOMOPATOLÓGICO DE PEÇA CIRÚRGICA CONVENCIONAL	24,00	1,30	31,31	
8	020302004-9	IMUNOHISTOQUÍMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	92,00	1,30	120,00	
9	02401006-3	RX DE CAVUM (LATERAL + HERTZ)	6,88	1,58	10,88	
10	020401014-4	RX DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HERTZ)	7,32	1,67	12,21	
11	020402004-2	RX DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO/FLEXAO)	8,19	1,60	13,10	
12	020402006-9	RX DE COLUNA LOMBO SACRA	10,96	1,60	17,54	
13	020402009-3	RX DE COLUNA TORÁCICA (DORSAL) (AP + LATERAL)	9,16	1,60	14,66	
14	020402010-7	RX DE COLUNA TÓRACO LOMBAR (DORSO LOMBAR)	9,73	1,71	16,61	
15	020403003-0	MAMOGRAFIA UNILATERAL	22,50	1,09	24,50	
16	020403015-3	RX DE TÓRAX (PA + PF)	9,50	2,00	19,00	
17	020403017-0	RX DE TÓRAX (PA)	6,88	1,60	11,01	
18	020403018-8	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	45,00	1,00	45,00	
****	19	020405001-4	CLISTER OPACO COM DUPLO CONTRASTE (ENEMA OPACO)	47,76	3,77	180,00
****	20	020405005-7	FISTULOGRAFIA	45,34	3,31	150,00
****	21	020405006-5	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	45,34	3,31	260,00
	22	020405013-8	RX ABDÔMEN SIMPLES (AP)	7,17	1,60	11,47
****	23	020405014-6	SEGD SERIOGRAFIA/EED (ESÔFAGO, HIATO, ESTÔMAGO E DUODENO)	35,22	3,97	140,00
****	24	020405015-4	TRÂNSITO INTESTINAL (TRÂNSITO E ORFOLOGIA DO DELGADO)	47,59	2,52	120,00
****	25	020405017-0	URETROCISTOGRAFIA	52,11	3,45	180,00
*****	26	020405018-9	UROGRAFIA VENOSA (EXCRETORA)	57,40	2,61	150,00
	27	020406003-6	ESCANOMETRIA	7,77	1,60	12,43
	28	020501001-6	ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE	165,00	2,00	330,00
	29	020501003-2	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA (BIDIMENCIONAL C/ OU S/ DOPPLER)	39,94	3,00	120,00

30	020501004-0	ECODOPPLER DE CARÓTIDAS	39,60	2,79	150,00
31	020501004-0	ECODOPPLER VENOSO OU ARTERIAL ATÉ 3 VASOS	39,60	3,79	150,00
32	020501005-9	ECOGRAFIA DOPPLER FLUXO OBSTÉTRICO (PERFIL BIOLÓGICO-FETAL)	42,90	1,54	66,00
33	020501005-9	ECOGRAFIA MORFOLÓGICA OBSTÉTRICA	42,90	1,54	66,00
34	020502003-8	ECOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	24,20	2,07	50,00
35	020502004-6	ECOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL (SUPERIOR + Pelve)	37,95	2,11	80,00
36	020502005-4	ECOGRAFIA DO APARELHO URINÁRIO	24,20	2,07	50,00
37	020502006-2	ECOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO (JOELHO, OMBRO, PUNHO, ETC.)	24,20	2,89	70,00
38	020502007-0	ECOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	24,20	2,89	70,00
39	020502008-9	ECOGRAFIA GLOBO OCULAR/ÓRBITA (MONOCULAR)	24,20	2,07	50,00
40	020502009-7	ECOGRAFIA DAS MAMAS (BILATERAL)	24,20	2,07	50,00
41	020502010-0	ECOGRAFIA DE PRÓSTATA VIA ABDOMINAL (PRÓSTATA + BEXIGA)	24,20	2,89	70,00
42	020502012-7	ECOGRAFIA DE TIREÓIDE	24,20	2,89	70,00
43	020502014-3	ECOGRAFIA OBSTÉTRICA	24,20	2,07	50,00
44	020502015-1	ECOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO (FETAL)	39,60	3,79	150,00
45	020502016-0	ECOGRAFIA PÉLVICA FEMININA VIA ABDOMINAL	24,20	2,07	50,00
46	020502017-8	ECOGRAFIA TRANSFONTANELAR	24,20	3,31	80,00
47	020502018-6	ECOGRAFIA PÉLVICA FEMININA VIA TRANSVAGINAL	24,20	2,89	70,00
48		ECOGRAFIA DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS CERVICAIS, MÚSCULOS, TENDÕES, GLÂNDULAS, ETC.			35,00
49	020601001-0	TC DE COLUNA CERVICAL COM CONTRASTE	86,76	2,59	225,00
50	020601001-0	TC DE COLUNA CERVICAL SEM CONTRASTE	86,76	1,67	145,00
51	020601002-8	TC DE COLUNA LOMBO SACRA COM CONTRASTE	101,10	2,23	225,00
52	020601002-8	TC DE COLUNA LOMBO SACRA SEM CONTRASTE	101,10	1,43	145,00
53	020601003-6	TC DE COLUNA TORÁCICA COM CONTRASTE	86,75	2,59	225,00
54	020601003-6	TC DE COLUNA TORÁCICA SEM CONTRASTE	86,75	1,67	145,00
55	020601004-4	TC DE FACE OU SEIOS DA FACE COM CONTRASTE	86,75	2,59	225,00

56	020601004-4	TC DE FACE OU SEIOS DA FACE SEM CONTRASTE	86,75	1,67	145,00
57	020601004-4	TC DE MASTÓIDES OU OUVIDOS COM CONTRASTE	86,75	2,59	225,00
58	020601004-4	TC DE MASTÓIDES OU OUVIDOS SEM CONTRASTE	86,75	1,67	145,00
59	020601005-2	TC DE PESCOÇO (PARTES MOLES, LARINGE) COM CONTRASTE	86,75	3,00	260,25
60	020601005-2	TC DE PESCOÇO (PARTES MOLES, LARINGE) SEM CONTRASTE	86,75	2,25	195,00
61	020601006-0	TC DE SELA TURCICA COM CONTRASTE	97,44	2,31	225,00
62	020601006-0	TC DE SELA TURCICA SEM CONTRASTE	97,44	1,49	145,00
63	020601007-9	TC DE CRÂNIO COM CONTRASTE	97,44	2,31	225,00
64	020601007-9	TC DE CRÂNIO SEM CONTRASTE	97,44	1,49	145,00
65	020602001-5	TC DAS ARTICULAÇÕES COTOVELO COM CONTRASTE	86,75	3,00	260,25
66	020602001-5	TC DAS ARTICULAÇÕES COTOVELO SEM CONTRASTE	86,75	2,25	195,00
67	020602001-5	TC DAS ARTICULAÇÕES EXTERNO CLAVICULARES COM CONTRASTE	86,75	3,00	260,25
68	020602001-5	TC DE ARTICULAÇÕES EXTERNO CLAVICULARES SEM CONTRASTE	86,75	2,25	195,00
69	020602001-5	TC DAS ARTICULAÇÕES OMBROS COM CONTRASTE	86,75	3,00	260,25
70	020602001-5	TC DAS ARTICULAÇÕES OMBROS SEM CONTRASTE	86,75	2,25	195,00
71	020602001-5	TC DAS ARTICULAÇÕES PUNHOS COM CONTRASTE	86,75	3,00	260,25
72	020602001-5	TC DAS ARTICULAÇÕES PUNHOS SEM CONTRASTE	86,75	2,25	195,00
73	020602002-3	TC DOS SEGMENTOS APENDICULARES COM CONTRASTE	86,75	3,00	260,25
74	020602002-3	TC DOS SEGMENTOS APENDICULARES SEM CONTRASTE	86,75	2,25	195,00
75	020602003-1	TC DE TÓRAX SEM CONTRASTE	136,41	1,43	195,00
76	020602003-1	TC DE TÓRAX COM CONTRASTE	136,41	2,09	285,00
77	020603001-0	TC DE ABDÔMEN SUPERIOR COM CONTRASTE	138,63	2,13	295,00
78	020603001-0	TC DE ABDÔMEN SUPERIOR SEM CONTRASTE	138,63	1,41	195,00
79	020603001-0	TC DE ABDÔMEN TOTAL (SUPERIOR + PELVE) COM CONTRASTE	138,63	3,25	450,00

80	020603001-0	TC DE ABDÔMEN TOTAL (SUPERIOR + Pelve) SEM CONTRASTE	138,63	2,52	350,00
81	020603002-9	TC DAS ARTICULAÇÕES COXO FEMURAIS COM CONTRASTE	86,75	3,00	260,25
82	020603002-9	TC DAS ARTICULAÇÕES COXO FEMURAIS SEM CONTRASTE	86,75	2,25	195,00
83	020603002-9	TC DAS ARTICULAÇÕES JOELHOS COM CONTRASTE	86,75	3,00	260,25
84	020603002-9	TC DAS ARTICULAÇÕES JOELHOS SEM CONTRASTE	86,75	2,25	195,00
85	020603002-9	TC DAS ARTICULAÇÕES SACRO ILÍACO COM CONTRASTE	86,75	3,00	260,25
86	020603002-9	TC DAS ARTICULAÇÕES SACRO ILÍACO SEM CONTRASTE	86,75	2,25	195,00
87	020603003-7	TC DA Pelve OU BACIA COM CONTRASTE	138,63	2,13	295,00
88	020603003-7	TC DA Pelve OU BACIA SEM CONTRASTE	138,63	1,41	195,00
89	020701001-3	ANGIORRESSONÂNCIA DE CRÂNIO	268,75	1,71	460,00
90	020701001-3	ANGIORRESSONÂNCIA DE TÓRAX, ABDÔMEN E MEMBROS	268,75	2,23	600,00
91	020701001-3	ANGIORRESSONÂNCIA DE TÓRAX, ABDÔMEN POR SEGMENTO	268,75	1,41	380,00
92	020701003-0	RMN DA COLUNA CERVICAL COM CONTRASTE	268,75	2,20	590,00
93	020701003-0	RMN DA COLUNA CERVICAL SEM CONTRASTE	268,75	1,71	460,00
94	020701004-8	RMN DA COLUNA LOMBO SACRA COM CONTRASTE	268,75	2,20	590,00
95	020701004-8	RMN DA COLUNA LOMBO SACRA SEM CONTRASTE	268,75	1,71	460,00
96	020701005-6	RMN DA COLUNA TORÁCICA COM CONTRASTE	268,75	2,20	590,00
97	020701005-6	RMN DA COLUNA TORÁCICA SEM CONTRASTE	268,75	1,71	460,00
98	020701006-4	RMN DE CRÂNIO INCLUI ÓRBITA COM CONTRASTE	268,75	2,20	590,00
99	020701006-4	RMN DE CRÂNIO INCLUI ÓRBITA SEM CONTRASTE	268,75	1,71	460,00
100	020701007-2	RMN DE SELA TURCICA COM CONTRASTE	268,75	2,20	590,00
101	020701007-2	RMN DE SELA TURCICA SEM CONTRASTE	268,75	1,71	460,00
102	020702002-7	RMN DE COTOVELO/PUNHO (UNILATERAL) COM CONTRASTE	268,75	2,20	590,00
103	020702002-7	RMN DE COTOVELO/PUNHO (UNILATERAL) SEM CONTRASTE	268,75	1,71	460,00
104	020702002-7	RMN DE OMBRO (UNILATERAL) COM CONTRASTE	268,75	2,20	590,00

105	020702002-7	RMN DE OMBRO (UNILATERAL) SEM CONTRASTE	268,75	1,71	460,00
106	020702002-7	RMN DE SEGMENTO APENDICULAR (UNILATERAL) COM CONTRASTE	268,75	2,20	590,00
107	020702002-7	RMN DE SEGMENTO APENDICULAR (UNILATERAL) SEM CONTRASTE	268,75	1,71	460,00
108	020702003-5	RMN DE TÓRAX COM CONTRASTE	268,75	2,20	590,00
109	020702003-5	RMN DE TÓRAX SEM CONTRASTE	268,75	1,71	460,00
110	020703001-4	RMN DO ABDÔMEN SUPERIOR COM CONTRASTE	268,75	2,20	590,00
111	020703001-4	URORRESSONÂNCIA	268,75	3,00	806,25
112	020703001-4	RMN DO ABDÔMEN SUPERIOR SEM CONTRASTE	268,75	1,71	460,00
113	020703002-2	RMN DE BACIA OU PELVIS SEM CONTRASTE	268,75	1,71	460,00
114	020703002-2	RMN DE BACIA OU PELVIS COM CONTRASTE	268,75	2,20	590,00
115	020703003-0	ARTORRESSONÂNCIA	268,75	2,20	590,00
116	020703003-0	RMN DA ARTIC. COXO FEMURAL (UNILATERAL) COM CONTRASTE	268,75	2,20	590,00
117	020703003-0	RMN DA ARTIC. COXO FEMURAL (UNILATERAL SEM CONTRASTE)	268,75	1,71	460,00
118	020703003-0	RMN DO JOELHO (UNILATERAL) COM CONTRASTE	268,75	2,20	590,00
119	020703003-0	RMN DO TORNOZELO OU PÉ (UNILATERAL) COM CONTRASTE	268,75	2,20	590,00
120	020703003-0	RMN DO TORNOZELO OU PÉ (UNILATERAL) SEM CONTRASTE	268,75	1,71	460,00
121	020703003-0	RMN DO JOELHO (UNILATERAL) SEM CONTRASTE	268,75	1,71	460,00
122	020703004-9	RMN DE VIAS BILIARES (COLAGIORRESSONÂNCIA)	268,75	2,20	590,00
123		ANESTESIA PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA			150,00
124		ANESTESIA PARA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA			115,00
125	020901002-9	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	112,66	1,95	220,00
126	020901002-9	POLIPECTOMIA DE COLON	112,66	1,24	140,00
127	020901003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	48,16	2,07	100,00
128	020901005-3	RETOSSIGMOIDOSCOPIA	23,13	2,81	65,00
129		ESOFAGOMANOMETRIA			250,00
130		DILATAÇÃO DE ESÔFAGO			250,00
131		PHMETRIA + MANOMETRIA			350,00

132		PHMETRIA ESOFÁGICA			230,00
133	020904004-1	VIDEOLARINGOSCOPIA	45,50	1,14	52,00
134	021102004-4	HOLTER	30,00	2,50	75,00
135	021102006-0	TESTE DE ESFORÇO/ERGOMÉTRICO	30,00	1,98	59,40
136	021109001-8	URODINÂMICA COMPLETA	7,62	26,65	203,10
137	030903012-9	LITOTRIPSIA EXTRACOPÓREA	172,00	4,65	800,00
138	040503004-5	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER - POR APLICAÇÃO	45,00	1,87	84,00
139	040505002-0	CAPSULOTOMIA A YAG LASER	45,00	1,87	84,00
140	040701025-4	RETIRADA DE PÓLIPO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA	29,84	1,61	48,00
141	040702039-0	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO/PÓLIPOS RETO/COLO SIGMÓIDE	13,63	3,52	48,00
142	070104005-0	ÓCULOS COM LENTES CORRET. IGUAL OU MAIOR QUE 0,5 DIOPTRIO	28,00	1,50	42,00
143		AC . ALFA 2 LACTO GLOBULINA			34,32
144		AC . ANTICENTROMERO			14,70
145		ANTIENDOMISIO			26,70
146		CA 125			17,00
147		COMPLEMENTO C 2			17,16
148		DOSAGEM DE ECA			59,80
149		FATOR DE VON WILLENBRAND			85,00
150		FATOR V DE LEIDEN			130,50
151		HLBA 27			47,82
152		HOMOCISTEÍNA			35,00
153		METANEFRIAS URINÁRIAS			17,40
154		MUTAÇÃO PROTROMBÍNICA			180,00
155		P ANCA/ C ANCA			33,50
156		PROTEÍNA C ANTIGÊNICA			40,00
157		PROTEÍNA S ANTIGÊNICA			40,00
158		SUBCLASSE IgG			38,00
159		TRAB - AC. ANTIRECEPTOR DE TSH			26,00
160		VITAMINA E			38,00
161	020406002-8	DENITOMETRIA ÓSSEAS DUO - ENERGÉTICA DE COLUNA	55,10	1,63	90,00

162	021001006-1	ARTERIOGRAFIA CÉRVICO TORÁCICA	201,01	1,80	361,82	
163	021001007-0	ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO ESTUDO ARTERIOGRÁFICO DE MEMBRO SUPERIOR OU INFERIOR	179,46	1,80	323,03	
164	021001008-8	ARTERIOGRAFIA DIGITAL (POR VIA VENOSA)	200,01	1,80	360,02	
165	021001009-6	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGAÇÃO DE DOENÇA ARTER. AORTO - ILÍACA E DISTAL	504,33	1,80	907,79	
166	021001010-0	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGAÇÃO DE HEMORRAGIA CEREBRAL	504,43	1,80	907,97	
167	021001011-8	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGAÇÃO DE ISQUEMIA CEREBRAL	504,43	1,80	907,97	
168	021001012-6	ARTERIOGRAFIA PÉLVICA ESTUDO ANGIOGRÁFICO DAS ARTÉRIAS ILÍACAS COMUNS	170,44	1,80	306,79	
169	021001013-4	ARTERIOGRAFIA SELETIVA DA CARÓTIDA	190,31	1,80	342,56	
170	021001014-2	ARTERIOGRAFIA SELETIVA POR CATETER (POR VASO)	201,51	1,80	362,72	
171	021001015-0	ARTERIOGRAFIA SELETIVA VERTEBRAL	201,01	1,80	361,82	
172	021001002-9	ANGIOGRAFIA DE ARCO AÓRTICO	137,01	1,80	246,62	
*****	173	220405002-2	COLANGIOGRAFIA	32,61	3,68	120,00

*	MAJORADOS APÓS APRECIÇÃO PRÉVIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE - RESOLUÇÃO Nº 008/2012
**	MAJORADO APÓS APRECIÇÃO E APROVAÇÃO PRÉVIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE - RESOLUÇÃO Nº 007/2012
***	MAJORADOS E INCLUIDOS APÓS APRECIÇÃO E APROVAÇÃO PRÉVIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE - RESOLUÇÃO Nº 008/2012
****	MAJORADOS APÓS APRECIÇÃO E APROVAÇÃO PRÉVIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE - RESOLUÇÃO Nº 018/2014
*****	MAJORADOS E INCLUIDOS APÓS APRECIÇÃO E APROVAÇÃO PRÉVIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE - RESOLUÇÃO Nº 018/2014

(Redação dada pelo Decreto nº 23310/2014)

1) Tabela Municipal de Exames/Procedimentos de Média e Alta Complexidade/Custo-
1.1) Quando realizados pelo Prestador em seu estabelecimento:

ITEM	CÓDIGO SUS	EXAME/PROCEDIMENTO REALIZADO PELO PRESTADO EM SEU ESTABELICIMENTO	TABELA SUS (R\$)	MULTIPLICADOR	TABELA LOCAL (R\$)
1	020301001-9	EXAME CITOPATOLÓGICO CÉRVICO-VAGINAL E MICROFLORA	6,97	1,21	8,43
2	020301002-7	EXAME CITOLOGIA HORMONAL SERIADO (MÍNIMO 3 COLETAS)	10,65	1,3	13,85
3	020301003-5	EXAME DE CITOPATOLOGIA ONCÓTICA (EXCETO CÉRVICO-VAGINAL)	10,65	1,3	13,85
4	020302001-4	DETERMINAÇÃO DE RECEPTORES TUMORAIS HORMONAIS	65,55	1,3	85,22
5	02302003-0	EX. ANATOMOPATOLÓGICO PARA BIÓPSIA OU BIÓPSIA ASPIRAT. PEÇA CIRÚRGICA	24	1,3	31,2
6	020302003-0	EX. ANATOMOPATOLÓGICO PRÉ OPERAT. (CONGELAÇÃO) PEÇA CIRÚRGICA	24	1,3	31,2
7	020302003-0	EX. ANATOMOPATOLÓGICO DE PEÇA CIRÚRGICA CONVENCIONAL	24	1,3	31,2
8	020302004-9	IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	92	1,3	119,6
9	02401006-3	RX DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	6,88	1,58	10,87
10	020401014-4	RX DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	7,32	1,67	12,22
11	020402004-2	RX DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO/FLEXÃO)	8,19	1,6	13,1
13	020402009-3	RX DE COLUNA TORÁCICA (DORSAL) (AP + LATERAL)	9,16	1,6	14,66
14	020402010-7	RX DE COLUNA TORACO LOMBAR (DORSO LOMBAR)	9,73	1,71	16,64
15	020403003-0	MAMOGRAFIA UNILATERAL	22,5	1,09	24,53
16	020403015-3	RX DE TÓRAX (PA + PF)	9,5	2	19
17	020403017-0	RX DE TÓRAX (PA)	6,88	1,6	11,01
18	020403018-8	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	45	1	45
**** 19	020405001-4	CLISTER OPACO COM DUPLO CONTRASTE (ENEMA OPACO)	47,76	3,77	180,06

****20	020405005-7	FISTULOGRAFIA	45,34	3,31	150,08
****21	020405006-5	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	45,34	3,31	150,08
	22 020405013-8	RX ABDOMÊN SIMPLES (AP)	7,17	1,6	11,47
****23	020405014-6	SEGD SERIOGRAFIA/EED (ESÔFAGO, HIATO, ESTÔMAGO E DUODENO)	35,22	3,97	139,82
****24	020405015-4	TRÂNSITO INTESTINAL (TRÂNSITO E MORFOLOGIA DO DELGADO)	47,59	2,52	119,93
*****26	020405018-9	UROGRAFIA VENOSA (EXCRETORA)	57,4	2,61	149,81
	27 020406003-6	ESCANOMETRIA	7,77	1,6	12,43
	28 020501001-6	ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE	165	2	330
	29 020501003-2	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA (BIDIMENCIONAL C/ OU S/ DOPPLER)	39,94	3	119,82
	30 020501004-0	ECODOPPLER DE CARÓTIDAS	39,6	2,79	110,48
	31 020501004-0	ECODOPPLER VENOSO OU ARTERIAL ATÉ 3 VASOS	39,6	3,79	150,08
	32 020501005-9	ECOGRAFIA DOPPLER FLUXO OBSTÉTRICO (PERFIL BIOLÓGICO FETAL)	42,9	1,54	66,07
	33 020501005-9	ECOGRAFIA MORFOLÓGICA OBSTÉTRICA	42,9	1,54	66,07
	34 020502003-8	ECOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	24,2	2,07	50,09
	35 020502004-6	ECOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL (SUPERIOR + Pelve)	37,95	2,11	80,07
	36 020502005-4	ECOGRAFIA DO APARELHO URINÁRIO	24,2	2,07	50,09
	37 020502006-2	ECOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO (JOELHO, OMBRO, PUNHO, ETC.)	24,2	2,89	69,94
	38 020502007-0	ECOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	24,2	2,89	69,94
	40 020502009-7	ECOGRAFIA DAS MAMAS (BILATERAL)	24,2	2,07	50,09
	41 020502010-0	ECOGRAFIA DE PRÓSTATA VIA ABDOMINAL (PRÓSTATA + BEXIGA)	24,2	2,89	69,94
	42 020502012-7	ECOGRAFIA DE TIREOIDE	24,2	2,89	69,94

43	020502014-3	ECOGRAFIA OBSTÉTRICA	24,2	2,07	50,09
44	020502015-1	ECOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO (FETAL)	39,6	3,79	150,08
45	020502016-0	ECOGRAFIA PÉLVICA FEMININA-VIA ABDOMINAL	24,2	2,07	50,09
46	020502017-8	ECOGRAFIA TRANSFONTANELAR	24,2	3,31	80,1
47	020502018-6	ECOGRAFIA PÉLVICA FEMININA-VIA TRANSVAGINAL	24,2	2,89	69,94
48		ECOGRAFIA DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS, CERVICAIS, MÚSCULOS, TENDÕES, GLÂNDULAS, ETC.			35
49	020601001-0	TC DE COLUNA CERVICAL COM CONTRASTE	86,76	2,59	224,71
50	020601001-0	TC DE COLUNA CERVICAL SEM CONTRASTE	86,76	1,67	144,89
51	020601002-8	TC DE COLUNA LOMBO SACRA COM CONTRASTE	101,1	2,23	225,45
52	020601002-8	TC DE COLUNA LOMBO SACRA SEM CONTRASTE	101,1	1,43	144,57
53	020601003-6	TC DE COLUNA TORÁCICA COM CONTRASTE	86,75	2,59	224,68
54	020601003-6	TC DE COLUNA TORÁCICA SEM CONTRASTE	86,75	1,67	144,87
55	020601004-4	TC DE FACE OU SEIOS DA FACE COM CONTRASTE	86,75	2,59	224,68
56	020601004-4	TC DE FACE OU SEIOS DA FACE SEM CONTRASTE	86,75	1,67	144,87
57	020601004-4	TC DE MASTÓIDES OU OUVIDOS COM CONTRASTE	86,75	2,59	224,68
58	020601004-4	TC DE MASTÓIDES OU OUVIDOS SEM CONTRASTE	86,75	1,67	144,87
59	020601005-2	TC DE PESCOÇO (PARTES MOLES, LARINGE) COM CONTRASTE	86,75	3	260,25
60	020601005-2	TC DE PESCOÇO (PARTES MOLES, LARINGE) SEM CONTRASTE	86,75	2,25	195,19
61	020601006-0	TC DE SELA TURCICA COM CONTRASTE	97,44	2,31	225,09
62	020601006-0	TC DE SELA TURCICA SEM CONTRASTE	97,44	1,49	145,19
63	020601007-9	TC DE CRÂNIO COM CONTRASTE	97,44	2,31	225,09

64	020601007-9	TC DE CRÂNIO SEM CONTRASTE	97,44	1,49	145,19
65	020602001-5	TC DAS ARTICULAÇÕES COTOVELOS COM CONTRASTE	86,75	3	260,25
66	020602001-5	TC DAS ARTICULAÇÕES COTOVELOS SEM CONTRASTE	86,75	2,25	195,19
67	020602001-5	TC DAS ARTICULAÇÕES EXTERNO - CLAVICULARES COM CONTRASTE	86,75	3	260,25
68	020602001-5	TC DE ARTICULAÇÕES EXTERNO - CLAVICULARES SEM CONTRASTE	86,75	2,25	195,19
69	020602001-5	TC DAS ARTICULAÇÕES OMBROS COM CONTRASTE	86,75	3	260,25
70	020602001-5	TC DAS ARTICULAÇÕES OMBROS SEM CONTRASTE	86,75	2,25	195,19
71	020602001-5	TC DAS ARTICULAÇÕES PUNHOS COM CONTRASTE	86,75	3	260,25
72	020602001-5	TC DAS ARTICULAÇÕES PUNHOS SEM CONTRASTE	86,75	2,25	195,19
73	020602002-3	TC DOS SEGMENTOS APENDICULARES COM CONTRASTE	86,75	3	260,25
74	020602002-3	TC DOS SEGMENTOS APENDICULARES SEM CONTRASTE	86,75	2,25	195,19
75	020602003-1	TC DE TÓRAX SEM CONTRASTE	136,41	1,43	195,07
76	020602003-1	TC DE TÓRAX COM CONTRASTE	136,41	2,09	285,1
77	020603001-0	TC DE ABDÔMEN SUPERIOR COM CONTRASTE	138,63	2,13	295,28
78	020603001-0	TC DE ABDÔMEN SUPERIOR SEM CONTRASTE	138,63	1,41	195,47
79	020603001-0	TC DE ABDÔMEN TOTAL (SUPERIOR + PELVE) COM CONTRASTE	138,63	3,25	450,55
80	020603001-0	TC DE ABDÔMEN TOTAL (SUPERIOR + PELVE) SEM CONTRASTE	138,63	2,52	349,35
81	020603002-9	TC DAS ARTICULAÇÕES COXO FEMURAIS COM CONTRASTE	86,75	3	260,25
82	020603002-9	TC DAS ARTICULAÇÕES COXO FEMURAIS SEM CONTRASTE	86,75	2,25	195,19
83	020603002-9	TC DAS ARTICULAÇÕES JOELHOS COM CONTRASTE	86,75	3	260,25
84	020603002-9	TC DAS ARTICULAÇÕES JOELHOS SEM CONTRASTE	86,75	2,25	195,19

85	020603002-9	TC DAS ARTICULAÇÕES SACRO ILÍACO COM CONTRASTE	86,75	3	260,25
86	020603002-9	TC DAS ARTICULAÇÕES SACRO ILÍACO SEM CONTRASTE	86,75	2,25	195,19
87	020603003-7	TC DA PELVE OU BACIA COM CONTRASTE	138,63	2,13	295,28
88	020603003-7	TC DA PELVE OU BACIA SEM CONTRASTE	138,63	1,41	195,47
89	020701001-3	ANGIORRESSONÂNCIA DE CRÂNIO	268,75	1,71	459,56
90	020701001-3	ANGIORRESSONÂNCIA DE TÓRAX, ABDÔMEN E MEMBROS	268,75	2,23	599,31
91	020701001-3	ANGIORRESSONÂNCIA DE TÓRAX, ABDÔMEN POR SEGMENTO	268,75	1,41	378,94
92	020701003-0	RMN DA COLUNA CERVICAL COM CONTRASTE	268,75	2,2	591,25
93	020701003-0	RMN DA COLUNA CERVICAL SEM CONTRASTE	268,75	1,71	459,56
94	020701004-8	RMN DA COLUNA LOMBO SACRA COM CONTRASTE	268,75	2,2	591,25
95	020701004-8	RMN DA COLUNA LOMBO SACRA SEM CONTRASTE	268,75	1,71	459,56
96	020701005-6	RMN DA COLUNA TORÁCICA COM CONTRASTE	268,75	2,2	591,25
97	020701005-6	RMN DA COLUNA TORÁCICA SEM CONTRASTE	268,75	1,71	459,56
98	020701006-4	RMN DE CRÂNIO INCLUI ÓRBITA COM CONTRASTE	268,75	2,2	591,25
99	020701006-4	RMN DE CRÂNIO INCLUI ÓRBITA SEM CONTRASTE	268,75	1,71	459,56
100	020701007-2	RMN DE SELA TURCICA COM CONTRASTE	268,75	2,2	591,25
101	020701007-2	RMN DE SELA TURCICA SEM CONTRASTE	268,75	1,71	459,56
102	020702002-7	RMN DE COTOVELO/PUNHO (UNILATERAL) COM CONTRASTE	268,75	2,2	591,25
103	020702002-7	RMN DE COTOVELO/PUNHO (UNILATERAL) SEM CONTRASTE	268,75	1,71	459,56
104	020702002-7	RMN DE OMBRO (UNILATERAL) COM CONTRASTE	268,75	2,2	591,25
105	020702002-7	RMN DE OMBRO (UNILATERAL) SEM CONTRASTE	268,75	1,71	459,56

106	020702002-7	RMN DE SEGMENTO APENDICULAR (UNILATERAL) COM CONTRASTE	268,75	2,2	591,25
107	020702002-7	RMN DE SEGMENTO APENDICULAR (UNILATERAL) SEM CONTRASTE	268,75	1,71	459,56
108	020702003-5	RMN DE TÓRAX COM CONTRASTE	268,75	2,2	591,25
109	020702003-5	RMN DE TÓRAX SEM CONTRASTE	268,75	1,71	459,56
110	020703001-4	RMN DO ABDÔMEN SUPERIOR COM CONTRASTE	268,75	2,2	591,25
111	020703001-4	URORRESSONÂNCIA	268,75	3	806,25
112	020703001-4	RMN DO ABDÔMEN SUPERIOR SEM CONTRASTE	268,75	1,71	459,56
113	020703002-2	RMN DE BACIA OU PELVIS SEM CONTRASTE	268,75	1,71	459,56
114	020703002-2	RMN DE BACIA OU PELVIS COM CONTRASTE	268,75	2,2	591,25
115	020703003-0	ARTORRESSONÂNCIA	268,75	2,2	591,25
116	020703003-0	RMN DA ARTIC. COXO FEMURAL (UNILATERAL) COM CONTRASTE	268,75	2,2	591,25
117	020703003-0	RMN DA ARTIC. COXO FEMURAL (UNILATERAL) SEM CONTRASTE	268,75	1,71	459,56
118	020703003-0	RMN DO JOELHO (UNILATERAL) COM CONTRASTE	268,75	2,2	591,25
119	020703003-0	RMN DO TORNOZELO OU PÉ (UNILATERAL) COM CONTRASTE	268,75	2,2	591,25
120	020703003-0	RMN DO TORNOZELO OU PÉ (UNILATERAL) SEM CONTRASTE	268,75	1,71	459,56
121	020703003-0	RMN DO JOELHO (UNILATERAL) SEM CONTRASTE	268,75	1,71	459,56
122	020703004-9	RMN DE VIAS BILIARES (COLAGIORRESSONÂNCIA)	268,75	2,2	591,25
123		ANESTESIA PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA			150
124		ANESTESIA PARA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA			115
125	020901002-9	COLONOSCOPIA (COLONOSCOPIA)	112,66	1,95	219,69
126	020901002-9	POLIPECTOMIA DE COLON	112,66	1,24	139,7
127	020901003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	48,16	2,07	99,69
128	020901005-3	RETOSSIGMOIDOSCOPIA	23,13	2,81	65

129		ESOFAGOMANOMETRIA			250
130		DILATAÇÃO DE ESÔFAGO			250
131		PHMETRIA + MANOMETRIA			350
132		PHMETRIA ESOFÁGICA			230
133	020904004-1	VIDEOLARINGOSCOPIA	45,5	1,14	51,87
134	021102004-4	HOLTER	30	2,5	75
135	021102006-0	TESTE DE ESFORÇO / ERGOMÉTRICO	30	1,98	59,4
136	021109001-8	URODINAMICA COMPLETA	7,62	26,65	203,07
137	030903012-9	LITOTRIPSIA EXTRACOPÓREA	172	4,65	799,8
138	040503004-5	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER POR APLICAÇÃO	45	1,87	84,15
139	040505002-0	CAPSULOTOMIA A YAG LASER	45	1,87	84,15
140	040701025-4	RETIRADA DE PÓLIPO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA	29,84	1,61	48,04
141	040702039-0	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO/PÓLIPOS RETO /COLO SIGMÓIDE	13,63	3,52	47,98
142	070104005-0	ÓCULOS COM LENTES CORRET. IGUAL OU MAIOR QUE 0,5 DIOPTRIO	28	1,5	42
142	070104005-0	ÓCULOS COM LENTES CORRET. IGUAL OU MAIOR QUE 0,5 DIOPTRIO	28	2,1428	60 (Redação dada pelo Decreto nº 26.304/2018)
143		AC . ALFA 2 LACTO GLOBULINA			34,32
144		AC. ANTICENTROMERO			14,7
145		ANTIENDOMISIO			26,7
146		CA 125			17
147		COMPLEMENTO C 2			17,16
148		DOSAGEM DE ECA			59,8
149		FATOR DE VON WILLENBRAND			85
150		FATOR V DE LEIDEN			130,5
151		HLBA 27			47,82
152		HOMOCISTEÍNA			35
153		METANEFRENAS URINÁRIAS			17,5
154		MUTAÇÃO PROTROMBÍNICA			180

155		P ANCA / C ANCA			33,5	
156		PROTEÍNA C ANTIGÊNICA			40	
157		PROTEÍNA S ANTIGÊNICA			40	
158		SUBCLASSE IgG			38	
159		TRAB - AC. ANTIRECEPTOR DE TSH			26	
160		VILTAMINA E			38	
161	020406002-8	DENITOMETRIA ÓSSEAS DUO ENERGÉTICA DE COLUNA	55,1	1,63	89,81	
162	021001006-1	ARTERIOGRAFIA CERVICO TORACICA	201,01	1,8	361,82	
163	021001007-0	ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO ESTUDO ARTERIOGRÁFICO DE MEMBRO SUPERIOR OU INFERIOR	179,46	1,8	323,03	
164	021001008-8	ARTERIOGRAFIA DIGITAL (POR VIA VENOSA)	200,01	1,8	360,02	
165	021001009-6	ARTERIOGRAFIA P / INVESTIGAÇÃO DE DOENÇA ARTER. AORTO ILÍACA E DISTAL	504,33	1,8	907,79	
166	021001010-0	ARTERIOGRAFIA P / INVESTIGAÇÃO DE HEMORRAGIA CEREBRAL	504,43	1,8	907,97	
167	021001011-8	ARTERIOGRAFIA P / INVESTIGAÇÃO DE ISQUEMIA CEREBRAL	504,43	1,8	907,97	
168	021001012-6	ARTERIOGRAFIA PÉLVICA ESTUDO ANGIOGRÁFICO DAS ARTÉRIAS ILÍACAS COMUNS	170,44	1,8	306,79	
169	021001013-4	ARTERIOGRAFIA SELETIVA DA CARÓTIDA	190,31	1,8	342,56	
170	021001014-2	ARTERIOGRAFIA SELETIVA POR CATETER (POR VASO)	201,51	1,8	362,72	
171	021001015-0	ARTERIOGRAFIA SELETIVA VERTEBRAL	201,01	1,8	361,82	
172	021001002-9	ANGIOGRAFIA DE ARCO AÓRTICO	137,01	1,8	246,62	
****	173	220405002-2	COLANGIOGRAFIA	32,61	3,68	120
174	03.09.07.001-5	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	300,78	1,9948	600,00	
*		MAJORADOS APÓS APRECIÇÃO PRÉVIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE - RESOLUÇÃO Nº 008/2012				

(Redação acrescida pelo Decreto nº 26.304/2018)

**	MAJORADO APÓS APRECIÇÃO E APROVAÇÃO PRÉVIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE - RESOLUÇÃO Nº 007/2012	
***	MAJORADOS E INCLUÍDOS APÓS APRECIÇÃO E APROVAÇÃO PRÉVIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE - RESOLUÇÃO Nº 008/2012	
****	MAJORADOS APÓS APRECIÇÃO E APROVAÇÃO PRÉVIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE - RESOLUÇÃO Nº 018/2014	
*****	MAJORADOS E INCLUÍDOS APÓS APRECIÇÃO E APROVAÇÃO PRÉVIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE - RESOLUÇÃO Nº 018/2014	
*****	MAJORADO APÓS APRECIÇÃO E APROVAÇÃO PRÉVIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE - RESOLUÇÃO Nº 052/2017.	(Redação acrescida pelo Decreto nº 26.304/2018)
*****	MAJORADO APÓS APRECIÇÃO E APROVAÇÃO PRÉVIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE - RESOLUÇÃO Nº 042/2017.	(Redação acrescida pelo Decreto nº 26.304/2018)

(Redação dada pelo Decreto nº 23.705/2015)-

- 1. Tabela Municipal de Exames/Procedimentos de Média e Alta Complexidade/Custo-
- 1.1 Quando realizados pelo Prestador em seu estabelecimento

Item	Obs.	Código SUS	Procedimento	Valor Unitário
1		02.03.01.001 9	EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA	R\$ 8,43
2		02.03.01.002 7	EXAME CITOPATOLOGICO HORMONAL SERIADO (MINIMO 3 COLETAS)	R\$ 13,85
3		02.03.01.003 5	EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CERVICO-VAGINAL)	R\$ 13,85
4		02.03.02.001 4	DETERMINACAO DE RECEPTORES TUMORAIS HORMONAIS	R\$ 85,22
5	*	02.03.02.003 0	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA BIÓPSIA OU BIÓPSIA ASPIRAT. PEÇA CIRÚRGICA	R\$ 45,00
6	*	02.03.02.003 0	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PRÉ-OPERAT. (CONGELAÇÃO) PEÇA CIRÚRGICA OU POR BIÓPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA)	R\$ 45,00
7	*	02.03.02.003 0	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO DE PEÇA CIRURGICA	R\$ 45,00
8		02.03.02.004 9	IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R\$ 119,60
9	*	02.04.01.006 3	RX DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	R\$ 25,00
10	*	02.04.01.014 4	RX DE SEIOS DA FACE (FN + MN)	R\$ 27,00

			LATERAL HIRTZ)	
11	*	02.04.02.004	2 RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	R\$ 30,00
12	*	02.04.02.009	3 RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	R\$ 33,00
13	*	02.04.02.010	7 RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO LOMBAR (DORSO LOMBAR)	R\$ 36,00
14	*	02.04.03.003	0 MAMOGRAFIA UNILATERAL	R\$ 41,00
15	*	02.04.03.015	3 RX DE TÓRAX (PA + PF)	R\$ 38,00
16	*	02.04.03.017	0 RX DE TÓRAX (PA)	R\$ 25,00
17	*	02.04.03.018	8 MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	R\$ 83,00
18	*	02.04.05.001	4 CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE (ENEMA OPACO)	R\$ 250,00
19	*	02.04.05.002	2 COLANGIOGRAFIA	R\$ 120,00
20	*	02.04.05.005	7 FISTULOGRAFIA	R\$ 240,00
21	*	02.04.05.006	5 HISTEROSSALPINGOGRAFIA	R\$ 550,00
22	*	02.04.05.013	8 RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	R\$ 25,00
23	*	02.04.05.014	6 RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO	R\$ 210,00
24	*	02.04.05.015	4 RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO)	R\$ 215,00
25	*	02.04.05.017	0 URETROCISTOGRAFIA	R\$ 250,00
26	*	02.04.05.018	9 UROGRAFIA VENOSA	R\$ 250,00
27	*	02.04.06.002	8 DENSITOMETRIA ÓSSEA DUO ENERGÉTICA DE COLUNA	R\$ 140,00
28	*	02.04.06.003	6 ESCANOMETRIA	R\$ 28,00
29	*	02.05.01.001	6 ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE	R\$ 340,00
30	*	02.05.01.002	4 ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA	R\$ 330,00
31	*	02.05.01.003	2 ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA (BIDIMENSIONAL C/ OU S/ DOPPLER)	R\$ 150,00
32	*	02.05.01.004	0 ECODOPPLER DE CARÓTIDAS	R\$ 180,00

33	*	02.05.01.004 0	ECODOPPLER VENOSO OU ARTERIAL ATÉ 3 VASOS	R\$ 180,00
34	*	02.05.01.004 0	ECODOPPLER VENOSO E ARTERIAL P/ AVALIAÇÃO DE FÍSTULA POR MEMBRO	R\$ 300,00
35	*	02.05.01.004 0	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS RENAIS	R\$ 180,00
36	*	02.05.01.005 9	ECOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO (PERFIL BIOLÓGICO FETAL)	R\$ 150,00
37	*	02.05.01.005 9	ECOGRAFIA MORFOLÓGICA OBSTETRICA	R\$ 150,00
38	*	02.05.02.003 8	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 92,00
39	*	02.05.02.004 6	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 147,00
40	*	02.05.02.005 4	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO	R\$ 92,00
41	*	02.05.02.006 2	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULACAO	R\$ 118,00
42	*	02.05.02.007 0	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 118,00
43	*	02.05.02.009 7	ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	R\$ 92,00
44	*	02.05.02.010 0	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL (PRÓSTATA BEXIGA)	R\$ 118,00
45	*	02.05.02.011 9	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 108,00
46	*	02.05.02.012 7	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE	R\$ 118,00
47	*	02.05.02.013 5	ULTRASSONOGRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	R\$ 116,00
48	*	02.05.02.014 3	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	R\$ 92,00
49	*	02.05.02.015 1	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R\$ 158,00
50	*	02.05.02.015 1	ULTRASSONOGRAFIA PERFIL BIOFÍSICO FETAL	R\$ 158,00
51	*	02.05.02.016 0	ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	R\$ 92,00
52	*	02.05.02.017 8	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELAR	R\$ 80,10
53	*	02.05.02.018 6	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	R\$ 130,00

54	*		ULTRASSONOGRAFIA DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS, CERVICAIS, MÚSCULOS, TENDÕES, GLÂNDULAS, ETC.	R\$ 70,00
55	02.06.01.001	0	TC DE COLUNA CERVICAL COM CONTRASTE	R\$ 224,71
56	02.06.01.001	0	TC DE COLUNA CERVICAL SEM CONTRASTE	R\$ 144,89
57	02.06.01.002	8	TC DE COLUNA LOMBO-SACRA COM CONTRASTE	R\$ 225,45
58	02.06.01.002	8	TC DE COLUNA LOMBO-SACRA SEM CONTRASTE	R\$ 144,57
59	02.06.01.003	6	TC DE COLUNA TORACICA COM CONTRASTE	R\$ 224,68
60	02.06.01.003	6	TC DE COLUNA TORACICA SEM CONTRASTE	R\$ 144,87
61	02.06.01.004	4	TC DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES COM CONTRASTE	R\$ 224,68
62	02.06.01.004	4	TC DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES SEM CONTRASTE	R\$ 144,87
63	02.06.01.004	4	TC DE MASTÓIDES OU OUVIDOS COM CONTRASTE	R\$ 224,68
64	02.06.01.004	4	TC DE MASTÓIDES OU OUVIDOS SEM CONTRASTE	R\$ 144,87
65	02.06.01.005	2	TC DO PESCOCO (PARTES MOLES, LARINGE) COM CONTRASTE	R\$ 260,25
66	02.06.01.005	2	TC DO PESCOCO (PARTES MOLES, LARINGE) SEM CONTRASTE	R\$ 195,19
67	02.06.01.006	0	TC DE SELA TURCICA COM CONTRASTE	R\$ 225,09
68	02.06.01.006	0	TC DE SELA TURCICA SEM CONTRASTE	R\$ 145,19
69	02.06.01.007	9	TC DO CRANIO COM CONTRASTE	R\$ 225,09
70	02.06.01.007	9	TC DO CRANIO SEM CONTRASTE	R\$ 145,19
71	02.06.02.001	5	TC DE ARTICULACOES COTOVELO COM CONTRASTE	R\$ 260,25
72	02.06.02.001	5	TC DE ARTICULACOES COTOVELO SEM CONTRASTE	R\$ 195,19
73	02.06.02.001	5	TC DE ARTICULACOES	R\$

			EXTERO-CLAVICULARES COM CONTRASTE	260,25
74	02.06.02.001	5	TC DE ARTICULACOES EXTERO-CLAVICULARES SEM CONTRASTE	R\$ 195,19
75	02.06.02.001	5	TC DE ARTICULACOES OMBROS COM CONTRASTE	R\$ 260,25
76	02.06.02.001	5	TC DE ARTICULACOES OMBROS SEM CONTRASTE	R\$ 195,19
77	02.06.02.001	5	TC DE ARTICULACOES PUNHOS COM CONTRASTE	R\$ 260,25
78	02.06.02.001	5	TC DE ARTICULACOES PUNHOS SEM CONTRASTE	R\$ 195,19
79	02.06.02.002	3	TC DE SEGMENTOS APENDICULARES COM CONTRASTE (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)	R\$ 260,25
80	02.06.02.002	3	TC DE SEGMENTOS APENDICULARES SEM CONTRASTE (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)	R\$ 195,19
81	02.06.02.003	1	TC DE TORAX SEM CONTRASTE	R\$ 195,07
82	02.06.02.003	1	TC DE TORAX COM CONTRASTE	R\$ 285,10
83	02.06.03.001	0	TC DE ABDOMEN SUPERIOR COM CONTRASTE	R\$ 295,28
84	02.06.03.001	0	TC DE ABDOMEN SUPERIOR SEM CONTRASTE	R\$ 195,47
85	02.06.03.001	0	TC DE ABDOMEN TOTAL (SUPERIOR + PELVE) COM CONTRASTE	R\$ 450,55
86	02.06.03.001	0	TC DE ABDOMEN TOTAL (SUPERIOR + PELVE) SEM CONTRASTE	R\$ 349,35
87	02.06.03.002	9	TC DE ARTICULACOES COXO-FEMURAIS COM CONTRASTE	R\$ 260,25
88	02.06.03.002	9	TC DE ARTICULACOES COXO-FEMURAIS SEM CONTRASTE	R\$ 195,19
89	02.06.03.002	9	TC DE ARTICULACOES JOELHOS COM CONTRASTE	R\$ 260,25
90	02.06.03.002	9	TC DE ARTICULACOES JOELHOS SEM CONTRASTE	R\$ 195,19
91	02.06.03.002	9	TC DE ARTICULACOES SACRO-ILÍACO COM CONTRASTE	R\$ 260,25
92	02.06.03.002	9	TC DE ARTICULACOES SACRO-ILÍACO SEM CONTRASTE	R\$ 195,19

93	02.06.03.003	7	TC DE Pelve / Bacia / Abdômen Inferior com contraste	R\$ 295,28
94	02.06.03.003	7	TC DE Pelve / Bacia / Abdômen Inferior sem contraste	R\$ 195,47
95	02.07.01.001	3	Angiorressonância cerebral	R\$ 459,56
96	02.07.01.001	3	Angiorressonância de tórax, abdômen e membros	R\$ 599,31
97	02.07.01.001	3	Angiorressonância de tórax, abdômen por segmento	R\$ 378,94
98	02.07.01.003	0	RNM de coluna cervical/pescoço com contraste	R\$ 591,25
99	02.07.01.003	0	RNM de coluna cervical/pescoço sem contraste	R\$ 459,56
100	02.07.01.004	8	RNM de coluna lombo-sacra com contraste	R\$ 591,25
101	02.07.01.004	8	RNM de coluna lombo-sacra sem contraste	R\$ 459,56
102	02.07.01.005	6	RNM de coluna torácica com contraste	R\$ 591,25
103	02.07.01.005	6	RNM de coluna torácica sem contraste	R\$ 459,56
104	02.07.01.006	4	RNM de crânio inclui órbita com contraste	R\$ 591,25
105	02.07.01.006	4	RNM de crânio inclui órbita sem contraste	R\$ 459,56
106	02.07.01.007	2	RNM de sela turcica com contraste	R\$ 591,25
107	02.07.01.007	2	RNM de sela turcica sem contraste	R\$ 459,56
108	02.07.02.002	7	RNM de cotovelo/punho com contraste	R\$ 591,25
109	02.07.02.002	7	RNM de cotovelo/punho sem contraste	R\$ 459,56
110	02.07.02.002	7	RNM de ombro (unilateral) com contraste	R\$ 591,25
111	02.07.02.002	7	RNM de ombro (unilateral) sem contraste	R\$ 459,56
112	02.07.02.002	7	RNM de segmento apendicular (unilateral) com contraste	R\$ 591,25
113	02.07.02.002	7	RNM de segmento apendicular (unilateral) sem contraste	R\$ 459,56

114	02.07.02.003	5	RNM DE TORAX COM CONTRASTE	R\$	591,25	
115	02.07.02.003	5	RNM DE TORAX SEM CONTRASTE	R\$	459,56	
116	02.07.03.001	4	RNM DE ABDOMEN SUPERIOR COM CONTRASTE	R\$	591,25	
117	02.07.03.001	4	URORESSONANCIA	R\$	806,25	
118	02.07.03.001	4	RNM DE ABDOMEN SUPERIOR SEM CONTRASTE	R\$	459,56	
119	02.07.03.002	2	RNM DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR SEM CONTRASTE	R\$	459,56	
120	02.07.03.002	2	RNM DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR COM CONTRASTE	R\$	591,25	
121	02.07.03.003	0	ARTRORESSONANCIA	R\$	591,25	
122	02.07.03.003	0	RNM COXO FEMURAL (UNILATERAL) COM CONTRASTE	R\$	591,25	
123	02.07.03.003	0	RNM COXO FEMURAL (UNILATERAL) SEM CONTRASTE	R\$	459,56	
124	02.07.03.003	0	RNM JOELHO (UNILATERAL) COM CONTRASTE	R\$	591,25	
125	02.07.03.003	0	RNM TORNOZELO OU PÉ (UNILATERAL) COM CONTRASTE	R\$	591,25	
126	02.07.03.003	0	RNM TORNOZELO OU PÉ (UNILATERAL) SEM CONTRASTE	R\$	459,56	
127	02.07.03.003	0	RNM JOELHO (UNILATERAL) SEM CONTRASTE	R\$	459,56	
128	02.07.03.004	9	RNM DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA	R\$	591,25	
129			ANESTESIA PARA RESSONANCIA MAGNETICA	R\$	150,00	
130			ANESTESIA PARA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	R\$	150,00	
131	*	02.09.01.002	9	COLONOSCOPIA	R\$	260,00
132	*	04.07.02.039	0	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO/PÓLIPOS RETO/COLO SIGMÓIDE (POLIPECTOMIA DE COLON)	R\$	170,00
133	*	02.09.01.003	7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	R\$	180,00
134	*	04.07.01.025	4	RETIRADA DE PÓLIPO DO TUBO	R\$	

			DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA	140,00
135	*	02.09.01.005	3 RETOSSIGMOIDOSCOPIA	R\$ 95,00
136	*		ESOFAGOMANOMETRIA	R\$ 350,00
137			DILATAÇÃO DE ESÔFAGO	R\$ 250,00
138			PHMETRIA + MANOMETRIA	R\$ 350,00
139	*		PHMETRIA ESOFÁGICA	R\$ 275,00
140	*	02.09.02.001	3 CISTOSCOPIA (E/OU URETEROSCOPIA E/OU URETROSCOPIA)	R\$ 200,00
141	*	02.09.04.001	7 BRONCOSCOPIA (BRONCOFIBROSCOPIA)	R\$ 72,00
142	*	02.09.04.002	5 LARINGOSCOPIA	R\$ 57,00
143	*	02.09.04.004	1 VIDEOLARINGOSCOPIA	R\$ 150,00
144	*	02.10.01.006	1 ARTERIOGRAFIA CERVICO TORACICA	R\$ 371,00
145	*	02.10.01.007	0 ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO	R\$ 331,00
146	*	02.10.01.008	8 ARTERIOGRAFIA DIGITAL (POR VIA VENOSA)	R\$ 369,00
147	*	02.10.01.009	6 ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE DOENCA ARTERIOSCLEROTICA AORTO ILIACA E DISTAL	R\$ 931,00
148	*	02.10.01.010	0 ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE HEMORRAGIA CEREBRAL	R\$ 931,00
149	*	02.10.01.011	8 ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE ISQUEMIA CEREBRAL	R\$ 931,00
150	*	02.10.01.012	6 ARTERIOGRAFIA PELVICA ESTUDO ANGIOGRÁFICO DAS ARTÉRIAS ILÍACAS COMUNS	R\$ 314,00
151	*	02.10.01.013	4 ARTERIOGRAFIA SELETIVA DE CAROTIDA	R\$ 351,00
152	*	02.10.01.014	2 ARTERIOGRAFIA SELETIVA POR CATETER (POR VASO)	R\$ 372,00
153	*	02.10.01.015	0 ARTERIOGRAFIA SELETIVA VERTEBRAL	R\$ 371,00
154	*	02.10.01.002	9 ANGIOGRAFIA DE ARCO AORTICO	R\$ 253,00
155	*	02.11.02.003	6 ELETROCARDIOGRAMA (COM LAUDO)	R\$ 22,00

156	*	02.11.02.004	4	HOLTER	R\$ 90,00
157	*	02.11.02.005	2	MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL	R\$ 76,00
158	*	02.11.02.006	0	TESTE DE ESFORÇO ERGOMÉTRICO	R\$ 80,00
159	*	02.11.05.002	4	ELETRONECEFALOGRAFIA EM VIGILIA C/ OU S/ FOTO ESTIMULO	R\$ 80,00
160	*	02.11.05.003	2	ELETRONECEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG) - COM LAUDO	R\$ 80,00
161	*	02.11.05.008	3	ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG) DE DOIS MEMBROS (INFERIORES OU SUPERIORES)	R\$ 220,00
162	*	02.11.07.035	1	VECTOELETRONISTAGMOGRAFIA (TESTES VESTIBULARES / OTONEUROLÓGICOS)	R\$ 300,00
163	*	02.11.08.002	0	GASOMETRIA	R\$ 9,00
164	*	02.11.08.005	5	PROVA DE FUNCAO PULMONAR SIMPLES OU COMPLETA C/ BRONCODILATADOR (ESPIROMETRIA)	R\$ 61,00
165	*	02.11.09.001	8	URODINÂMICA COMPLETA	R\$ 300,00
166		03.09.03.012	9	LITOTRIPSIA EXTRACOPÓREA	R\$ 799,80
167		03.09.07.001	5	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	R\$ 600,00
168	*	04.05.03.005	3	INJEÇÃO INTRA VÍTREO	R\$ 500,00
169		07.01.04.005	0	ÓCULOS COM LENTES CORRET. IGUAL OU MAIOR QUE 0,5 DIOPTRIO	R\$ 60,00
170				AC . ALFA 2 LACTO GLOBULINA	R\$ 34,32
171				AC. ANTICENTROMERO	R\$ 14,70
172				ANTIENDOMISIO	R\$ 26,70
173				CA 125	R\$ 17,00
174				COMPLEMENTO C 2	R\$ 17,16
175				DOSAGEM DE ECA	R\$ 59,80
176				FATOR DE VON WILLENBRAND	R\$ 85,00
177				FATOR V DE LEIDEN	R\$ 130,50

178	HLBA 27	R\$ 47,82
179	HOMOCISTEÍNA	R\$ 35,00
180	METANEFRINAS URINÁRIAS	R\$ 17,50
181	MUTAÇÃO PROTROMBÍNICA	R\$ 180,00
182	P ANCA / C ANCA	R\$ 33,50
183	PROTEÍNA C ANTIGÊNICA	R\$ 40,00
184	PROTEÍNA S ANTIGÊNICA	R\$ 40,00
185	SUBCLASSE IgG	R\$ 38,00
186	TRAB AC. ANTIRECEPTOR DE TSH	R\$ 26,00
187	VITAMINA E	R\$ 37,00

(*) Os procedimentos assinalados foram inseridos ou tiveram seus valores majorados, conforme proposta da Secretaria Municipal de Saúde submetida à competente análise e deliberação do Conselho Municipal de Saúde, que emitiu parecer favorável na reunião plenária ocorrida em 22 de novembro de 2018 – Resolução COMUS nº 42/2018. Para os demais procedimentos não houve alterações. (Redação dada pelo Decreto nº 26.830/2018)

1. Tabela Municipal de Exames/Procedimentos de Média e Alta Complexidade/Custo.

1. Quando realizados pelo Prestador em seu estabelecimento

3. Procedimentos Cirúrgicos (Redação acrescida pelo Decreto nº 30771/2022)

Item	Obs.	Código SUS	Procedimento	Valor Unitário
1		02.03.01.001-9	EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA	R\$ 8,43
2		02.03.01.002-7	EXAME CITOPATOLOGICO HORMONAL SERIADO (MINIMO 3 COLETAS)	R\$ 13,85
3		02.03.01.003-5	EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CERVICO-VAGINAL)	R\$ 13,85
4		02.03.02.001-4	DETERMINACAO DE RECEPTORES TUMORAIS HORMONAIS	R\$ 85,22
5		02.03.02.003-0	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA BIÓPSIA OU BIÓPSIA ASPIRAT. PEÇA CIRÚRGICA	R\$ 45,00
6		02.03.02.003-0	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PRÉ OPERAT. (CONGELAÇÃO) PEÇA CIRÚRGICA OU POR BIÓPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA)	R\$ 45,00
7		02.03.02.003-0	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO DE PEÇA CIRURGICA	R\$ 45,00
8		02.03.02.004-9	IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R\$ 119,60
9		02.04.01.006-3	RX DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	R\$ 25,00
10		02.04.01.014-4	RX DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 27,00

11		02.04.02.004-2	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	R\$ 30,00
12		02.04.02.009-3	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	R\$ 33,00
13		02.04.02.010-7	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR (DORSO LOMBAR)	R\$ 36,00
14		02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA UNILATERAL	R\$ 41,00
15		02.04.03.015-3	RX DE TÓRAX (PA + PF)	R\$ 38,00
16		02.04.03.017-0	RX DE TÓRAX (PA)	R\$ 25,00
17		02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	R\$ 83,00
18		02.04.05.001-4	CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE (ENEMA OPACO)	R\$ 250,00
19		02.04.05.002-2	COLANGIOGRAFIA	R\$ 120,00
20		02.04.05.005-7	FISTULOGRAFIA	R\$ 240,00
21		02.04.05.006-5	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	R\$ 550,00

Item	Obs.	Código SUS	Procedimento	Valor Unitário
22		02.04.05.013-8	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	R\$ 25,00
23		02.04.05.014-6	RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO	R\$ 210,00
24		02.04.05.015-4	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO)	R\$ 215,00
25		02.04.05.017-0	URETROCISTOGRAFIA	R\$ 250,00
26		02.04.05.018-9	UROGRAFIA VENOSA	R\$ 250,00
27		02.04.06.002-8	DENSITOMETRIA ÓSSEAS DUO ENERGÉTICA DE COLUNA	R\$ 140,00
28		02.04.06.003-6	ESCANOMETRIA	R\$ 28,00
29		02.05.01.001-6	ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE	R\$ 340,00
30		02.05.01.002-4	ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA	R\$ 330,00
31		02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA (BIDIMENSIONAL C/ OU S/ DOPPLER)	R\$ 150,00
32		02.05.01.004-0	ECODOPPLER DE CARÓTIDAS	R\$ 180,00
33		02.05.01.004-0	ECODOPPLER VENOSO OU ARTERIAL ATÉ 3 VASOS	R\$ 180,00
34		02.05.01.004-0	ECODOPPLER VENOSO E ARTERIAL, P/ AVALIAÇÃO DE FÍSTULA - POR MEMBRO	R\$ 300,00
35		02.05.01.004-0	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS RENAIIS	R\$ 180,00
36		02.05.01.005-9	ECOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO (PERFIL BIOLÓGICO FETAL)	R\$ 150,00

37		02.05.01.005-9	ECOGRAFIA MORFOLÓGICA OBSTETRICA	R\$ 150,00
38		02.05.02.003-8	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 92,00
39		02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 147,00
40		02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINARIO	R\$ 92,00
41		02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULACAO	R\$ 118,00
42		02.05.02.007-0	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 118,00
43		02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL	R\$ 92,00
44		02.05.02.010-0	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL (PRÓSTATA + BEXIGA)	R\$ 118,00
45		02.05.02.011-9	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 108,00
46		02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE	R\$ 118,00
47		02.05.02.013-5	ULTRASSONOGRRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	R\$ 116,00

Item	Obs.	Código SUS	Procedimento	Valor Unitário
48		02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA	R\$ 92,00
49		02.05.02.015-1	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R\$ 158,00
50		02.05.02.015-1	ULTRASSONOGRRAFIA PERFIL BIOFÍSICO FETAL	R\$ 158,00
51		02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	R\$ 92,00
52		02.05.02.017-8	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELAR	R\$ 80,10
53		02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL	R\$ 130,00
54		- -	ULTRASSONOGRRAFIA DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS, CERVICAIS, MÚSCULOS, TENDÕES, GLÂNDULAS, ETC.	R\$ 70,00
55		02.06.01.001-0	TC DE COLUNA CERVICAL COM CONTRASTE	R\$ 224,71
56		02.06.01.001-0	TC DE COLUNA CERVICAL SEM CONTRASTE	R\$ 144,89
57		02.06.01.002-8	TC DE COLUNA LOMBO-SACRA COM CONTRASTE	R\$ 225,45
58		02.06.01.002-8	TC DE COLUNA LOMBO-SACRA SEM CONTRASTE	R\$ 144,57
59		02.06.01.003-6	TC DE COLUNA TORACICA COM CONTRASTE	R\$ 224,68
60		02.06.01.003-6	TC DE COLUNA TORACICA SEM CONTRASTE	R\$ 144,87
61		02.06.01.004-4	TC DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES COM CONTRASTE	R\$ 224,68
62		02.06.01.004-4	TC DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES SEM CONTRASTE	R\$ 144,87

63		02.06.01.004-4	TC DE MASTÓIDES OU OUVIDOS COM CONTRASTE	R\$ 224,68
64		02.06.01.004-4	TC DE MASTÓIDES OU OUVIDOS SEM CONTRASTE	R\$ 144,87
65		02.06.01.005-2	TC DO PESCOCO (PARTES MOLES, LARINGE) COM CONTRASTE	R\$ 260,25
66		02.06.01.005-2	TC DO PESCOCO (PARTES MOLES, LARINGE) SEM CONTRASTE	R\$ 195,19
67		02.06.01.006-0	TC DE SELA TURCICA COM CONTRASTE	R\$ 225,09
68		02.06.01.006-0	TC DE SELA TURCICA SEM CONTRASTE	R\$ 145,19
69		02.06.01.007-9	TC DO CRANIO COM CONTRASTE	R\$ 225,09
70		02.06.01.007-9	TC DO CRANIO SEM CONTRASTE	R\$ 145,19
71		02.06.02.001-5	TC DE ARTICULACOES COTOVELOS COM CONTRASTE	R\$ 260,25
72		02.06.02.001-5	TC DE ARTICULACOES COTOVELOS SEM CONTRASTE	R\$ 195,19
73		02.06.02.001-5	TC DE ARTICULACOES EXTERO-CLAVICULARES COM CONTRASTE	R\$ 260,25

Item	Obs.	Código SUS	Procedimento	Valor Unitário
74		02.06.02.001-5	TC DE ARTICULACOES EXTERO-CLAVICULARES SEM CONTRASTE	R\$ 195,19
75		02.06.02.001-5	TC DE ARTICULACOES OMBROS COM CONTRASTE	R\$ 260,25
76		02.06.02.001-5	TC DE ARTICULACOES OMBROS SEM CONTRASTE	R\$ 195,19
77		02.06.02.001-5	TC DE ARTICULACOES PUNHOS COM CONTRASTE	R\$ 260,25
78		02.06.02.001-5	TC DE ARTICULACOES PUNHOS SEM CONTRASTE	R\$ 195,19
79		02.06.02.002-3	TC DE SEGMENTOS APENDICULARES COM CONTRASTE - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)	R\$ 260,25
80		02.06.02.002-3	TC DE SEGMENTOS APENDICULARES SEM CONTRASTE - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)	R\$ 195,19
81		02.06.02.003-1	TC DE TORAX SEM CONTRASTE	R\$ 195,07
82		02.06.02.003-1	TC DE TORAX COM CONTRASTE	R\$ 285,10
83		02.06.03.001-0	TC DE ABDOMEN SUPERIOR COM CONTRASTE	R\$ 295,28
84		02.06.03.001-0	TC DE ABDOMEN SUPERIOR SEM CONTRASTE	R\$ 195,47
85		02.06.03.001-0	TC DE ABDOMEN TOTAL (SUPERIOR + PELVE) COM CONTRASTE	R\$ 450,55
86		02.06.03.001-0	TC DE ABDOMEN TOTAL (SUPERIOR + PELVE) SEM CONTRASTE	R\$ 349,35
87		02.06.03.002-9	TC DE ARTICULACOES COXO-FEMURIS COM CONTRASTE	R\$ 260,25
88		02.06.03.002-9	TC DE ARTICULACOES COXO-FEMURIS SEM CONTRASTE	R\$ 195,19

89		02.06.03.002-9	TC DE ARTICULACOES JOELHOS COM CONTRASTE	R\$ 260,25
90		02.06.03.002-9	TC DE ARTICULACOES JOELHOS SEM CONTRASTE	R\$ 195,19
91		02.06.03.002-9	TC DE ARTICULACOES SACRO-ILÍACO COM CONTRASTE	R\$ 260,25
92		02.06.03.002-9	TC DE ARTICULACOES SACRO-ILÍACO SEM CONTRASTE	R\$ 195,19
93		02.06.03.003-7	TC DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR COM CONTRASTE	R\$ 295,28
94		02.06.03.003-7	TC DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR SEM CONTRASTE	R\$ 195,47
95		02.07.01.001-3	ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	R\$ 459,56
96		02.07.01.001-3	ANGIORRESSONÂNCIA DE TÓRAX, ABDÔMEN E MEMBROS	R\$ 599,31
97		02.07.01.001-3	ANGIORRESSONÂNCIA DE TÓRAX, ABDÔMEN POR SEGMENTO	R\$ 378,94
98		02.07.01.003-0	RNM DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO COM CONTRASTE	R\$ 591,25
99		02.07.01.003-0	RNM DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO SEM CONTRASTE	R\$ 459,56

Item	Obs.	Código SUS	Procedimento	Valor Unitário
100		02.07.01.004-8	RNM DE COLUNA LOMBO-SACRA COM CONTRASTE	R\$ 591,25
101		02.07.01.004-8	RNM DE COLUNA LOMBO-SACRA SEM CONTRASTE	R\$ 459,56
102		02.07.01.005-6	RNM DE COLUNA TORACICA COM CONTRASTE	R\$ 591,25
103		02.07.01.005-6	RNM DE COLUNA TORACICA SEM CONTRASTE	R\$ 459,56
104		02.07.01.006-4	RNM DE CRANIO INCLUI ÓRBITA COM CONTRASTE	R\$ 591,25
105		02.07.01.006-4	RNM DE CRANIO INCLUI ÓRBITA SEM CONTRASTE	R\$ 459,56
106		02.07.01.007-2	RNM DE SELA TURCICA COM CONTRASTE	R\$ 591,25
107		02.07.01.007-2	RNM DE SELA TURCICA SEM CONTRASTE	R\$ 459,56
108		02.07.02.002-7	RNM DE COTOVEL/PUNHO COM CONTRASTE	R\$ 591,25
109		02.07.02.002-7	RNM DE COTOVEL/PUNHO SEM CONTRASTE	R\$ 459,56
110		02.07.02.002-7	RNM DE OMBRO (UNILATERAL) COM CONTRASTE	R\$ 591,25
111		02.07.02.002-7	RNM DE OMBRO (UNILATERAL) SEM CONTRASTE	R\$ 459,56
112		02.07.02.002-7	RNM DE SEGMENTO APENDICULAR (UNILATERAL) COM CONTRASTE	R\$ 591,25
113		02.07.02.002-7	RNM DE SEGMENTO APENDICULAR (UNILATERAL) SEM CONTRASTE	R\$ 459,56
114		02.07.02.003-5	RNM DE TORAX COM CONTRASTE	R\$ 591,25

115		02.07.02.003-5	RNM DE TORAX SEM CONTRASTE	R\$ 459,56
116		02.07.03.001-4	RNM DE ABDOMEN SUPERIOR COM CONTRASTE	R\$ 591,25
117		02.07.03.001-4	URORESSONANCIA	R\$ 806,25
118		02.07.03.001-4	RNM DE ABDOMEN SUPERIOR SEM CONTRASTE	R\$ 459,56
119		02.07.03.002-2	RNM DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR SEM CONTRASTE	R\$ 459,56
120		02.07.03.002-2	RNM DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR COM CONTRASTE	R\$ 591,25
121		02.07.03.003-0	ARTRORESSONANCIA	R\$ 591,25
122		02.07.03.003-0	RNM COXO-FEMURAL (UNILATERAL) COM CONTRASTE	R\$ 591,25
123		02.07.03.003-0	RNM COXO-FEMURAL (UNILATERAL) SEM CONTRASTE	R\$ 459,56
124		02.07.03.003-0	RNM JOELHO (UNILATERAL) COM CONTRASTE	R\$ 591,25
125		02.07.03.003-0	RNM TORNOZELO OU PÉ (UNILATERAL) COM CONTRASTE	R\$ 591,25

Item	Obs.	Código SUS	Procedimento	Valor Unitário
126		02.07.03.003-0	RNM TORNOZELO OU PÉ (UNILATERAL) SEM CONTRASTE	R\$ 459,56
127		02.07.03.003-0	RNM JOELHO (UNILATERAL) SEM CONTRASTE	R\$ 459,56
128		02.07.03.004-9	RNM DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA	R\$ 591,25
129	*	--	ANESTESIA PARA RESSONANCIA MAGNETICA	R\$ 172,00
130	*	--	ANESTESIA PARA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	R\$ 159,00
131		02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA	R\$ 260,00
132		04.07.02.039-0	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO/PÓLIPOS RETO/COLO SIGMÓIDE(POLIPECTOMIA DE COLON)	R\$ 170,00
133		02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	R\$ 180,00
134		04.07.01.025-4	RETIRADA DE PÓLIPO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA	R\$ 140,00
135		02.09.01.005-3	RETOSSIGMOIDOSCOPIA	R\$ 95,00
136	--		ESOFAGOMANOMETRIA	R\$ 350,00
137	--		DILATAÇÃO DE ESÔFAGO	R\$ 250,00
138	--		PHMETRIA + MANOMETRIA	R\$ 350,00
139	--		PHMETRIA ESOFÁGICA	R\$ 275,00
140		02.09.02.001-3	CISTOSCOPIA (E/OU URETEROSCOPIA E/OU URETROSCOPIA)	R\$ 200,00

141		02.09.04.001-7	BRONCOSCOPIA (BRONCOFIBROSCOPIA)	R\$ 72,00
142		02.09.04.002-5	LARINGOSCOPIA	R\$ 57,00
143		02.09.04.004-1	VIDEOLARINGOSCOPIA	R\$ 150,00
144		02.10.01.006-1	ARTERIOGRAFIA CERVICO-TORACICA	R\$ 371,00
145		02.10.01.007-0	ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO	R\$ 331,00
146		02.10.01.008-8	ARTERIOGRAFIA DIGITAL (POR VIA VENOSA)	R\$ 369,00
147		02.10.01.009-6	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE DOENCA ARTERIOSCLEROTICA AORTO-ILIACA E DISTAL	R\$ 931,00
148		02.10.01.010-0	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE HEMORRAGIA CEREBRAL	R\$ 931,00
149		02.10.01.011-8	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE ISQUEMIA CEREBRAL	R\$ 931,00
150		02.10.01.012-6	ARTERIOGRAFIA PELVICA ESTUDO ANGIOGRÁFICO DAS ARTÉRIAS ILÍACAS COMUNS	R\$ 314,00
151		02.10.01.013-4	ARTERIOGRAFIA SELETIVA DE CAROTIDA	R\$ 351,00

Item	Obs.	Código SUS	Procedimento	Valor Unitário	
152		02.10.01.014-2	ARTERIOGRAFIA SELETIVA POR CATETER (POR VASO)	R\$ 372,00	
153		02.10.01.015-0	ARTERIOGRAFIA SELETIVA VERTEBRAL	R\$ 371,00	
154		02.10.01.002-9	ANGIOGRAFIA DE ARCO AORTICO	R\$ 253,00	
155		02.11.02.003-6	ELETROCARDIOGRAMA (COM LAUDO)	R\$ 22,00	
156		02.11.02.004-4	HOLTER	R\$ 90,00	
157		02.11.02.005-2	MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL	R\$ 76,00	
158		02.11.02.006-0	TESTE DE ESFORÇO ERGOMÉTRICO	R\$ 80,00	
159		02.11.05.002-4	ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGILIA C/ OU S/ FOTO-ESTIMULO	R\$ 80,00	
160		02.11.05.003-2	ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG) - COM LAUDO	R\$ 80,00	
161		02.11.05.008-3	ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG) DE DOIS MEMBROS (INFERIORES OU SUPERIORES)	R\$ 220,00	
161	*	02.11.05.008-3	ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG) DE DOIS MEMBROS (INFERIORES OU SUPERIORES)	R\$ 250,00	(Redação dada pelo Decreto nº 32363/2024)
162		02.11.07.035-1	VECTOELETRONISTAGMOGRAFIA (TESTES VESTIBULARES / OTONEUROLÓGICOS)	R\$ 300,00	
163		02.11.08.002-0	GASOMETRIA	R\$ 9,00	
164		02.11.08.005-5	PROVA DE FUNCAO PULMONAR SIMPLES OU COMPLETA C/ BRONCODILATADOR (ESPIROMETRIA)	R\$ 61,00	
165		02.11.09.001-8	URODINÂMICA COMPLETA	R\$ 300,00	

166		03.09.03.012-9	LITOTRIPSIA EXTRACOPÓREA	R\$ 799,80	
167		03.09.07.001-5	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	R\$ 600,00	
168		04.05.03.005-3	INJEÇÃO INTRA-VÍTREO	R\$ 500,00	
169		07.01.04.005-0	ÓCULOS COM LENTES CORRET. IGUAL OU MAIOR QUE 0,5 DIOPTRIO	R\$ 60,00	
169	*	07.01.04.005-0	ÓCULOS COM LENTES CORRET. IGUAL OU MAIOR QUE 0,5 DIOPTRIO	R\$ 95,00	(Redação dada pelo Decreto nº 30687/2022)
170	--		AC . ALFA 2 LACTO GLOBULINA	R\$ 34,32	
171	--		AC. ANTICENTROMERO	R\$ 14,70	
172	--		ANTIENDOMISIO	R\$ 26,70	
173	--		CA 125	R\$ 17,00	
174	--		COMPLEMENTO C 2	R\$ 17,16	
175	--		DOSAGEM DE ECA	R\$ 59,80	
176	--		FATOR DE VON WILLENBRAND	R\$ 85,00	
177	--		FATOR V DE LEIDEN	R\$ 130,50	

Item	Obs.	Código SUS	Procedimento	Valor Unitário	
178	--		HLBA 27	R\$ 47,82	
179	--		HOMOCISTEÍNA	R\$ 35,00	
180	--		METANEFRIAS URINÁRIAS	R\$ 17,50	
181	--		MUTAÇÃO PROTROMBÍNICA	R\$ 180,00	
182	--		P ANCA / C ANCA	R\$ 33,50	
183	--		PROTEÍNA C ANTIGÊNICA	R\$ 40,00	
184	--		PROTEÍNA S ANTIGÊNICA	R\$ 40,00	
185	--		SUBCLASSE IGg	R\$ 38,00	
186	--		TRAB - AC. ANTIRECEPTOR DE TSH	R\$ 26,00	
187	--		VITAMINA E	R\$ 37,00	
188	**	040503004-5	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER (POR APLICAÇÃO)	R\$ 100,00	
189	**	021106018-6	RETINOGRÁFIA FLUORESCENTE (BINOCULAR)	R\$ 120,00	
190	**	070107009-9	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL INFERIOR	R\$ 200,00	

190	**	070107009-9	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL INFERIOR	R\$ 225,00	(Redação dada pelo Decreto nº 33482/2025)
191	**	070107010-2	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL SUPERIOR	R\$ 200,00	
191	**	070107010-2	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL SUPERIOR	R\$ 225,00	(Redação dada pelo Decreto nº 33482/2025)
192	**	070107012-9	PRÓTESE TOTAL MANDIBULAR	R\$ 200,00	
192	**	070107012-9	PRÓTESE TOTAL MANDIBULAR	R\$ 225,00	(Redação dada pelo Decreto nº 33482/2025)
193	**	070107013-7	PRÓTESE TOTAL MAXILAR	R\$ 200,00	
193	**	070107013-7	PRÓTESE TOTAL MAXILAR	R\$ 225,00	(Redação dada pelo Decreto nº 33482/2025)
194	*	07.02.10.004-8	Conjunto de troca p/ DPA (paciente-mês com instalação domiciliar e manutenção da máquina cicladora).	R\$ 2.762,64	(Redação acrescida pelo Decreto nº 29.761/2021)

PROCTOLOGISTA - 04.07.02 - INTESTINO, RETO E ÂNUS				
Item	Código SUS	Procedimento	Valor Tabela SIGTAP	Valor Tabela SIGTAP (3x)
1	04.07.02.006-3	COLECTOMIA PARCIAL (HEMICOLECTOMIA)	1817,45	5.452,35
2	04.07.02.007-1	COLECTOMIA TOTAL	1403,91	4.211,73
3	04.07.02.010-1	COLOSTOMIA	1173,77	3.521,31
4	04.07.02.018-7	ENTEROANASTOMOSE (QUALQUER SEGMENTO)	1174,36	3.523,08
5	04.07.02.019-5	ENTEROPEXIA (QUALQUER SEGMENTO)	629,12	1.887,36
6	04.07.02.020-9	ENTEROTOMIA E/OU ENTERORRAFIA C/ SUTURA / RESSECCAO (QUALQUER SEGMENTO)	788,04	2.364,12
7	04.07.02.022-5	EXCISAO DE LESAO / TUMOR ANU-RETAL	335,35	1.006,05
8	04.07.02.024-1	FECHAMENTO DE ENTEROSTOMIA (QUALQUER SEGMENTO)	650,09	1.950,27
9	04.07.02.026-8	FECHAMENTO DE FISTULA DE RETO	374,14	1.122,42
10	04.07.02.027-6	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	363,9	1.091,70
11	04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA	315,94	947,82
12	04.07.02.031-4	LIGADURA ELASTICA DE HEMORROIDAS (SESSAO). (AMBULATORIAL)	14,77	44,31
13	04.07.02.039-0	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO / POLIPOS DO RETO / COLO SIGMOIDE. (AMBULATORIAL)	13,63	40,89
CIRURGIAS UROLÓGICAS - RIM, URÉTER E BEXIGA				
Item	Código SUS	Procedimento	Valor Tabela SIGTAP	Valor Tabela SIGTAP (3x)
14	04.09.01.006-5	CISTOLITOTOMIA E/OU RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA BEXIGA	549,72	1.649,16
15	04.09.01.009-0	CISTOSTOMIA	604,29	1.812,87

16	04.09.01.015-4	EXTRACAO ENDOSCOPICA DE CORPO ESTRANHO / CALCULO EM URETER (AMBULATORIAL)	29,84	89,52
17	04.09.01.017-0	INSTALACAO ENDOSCOPICA DE CATETER DUPLO J	218,68	656,04

CIRURGIAS UROLÓGICAS - RIM, URÉTER E BEXIGA				
Item	Código SUS	Procedimento	Valor Tabela SIGTAP	Valor Tabela SIGTAP (3x)
18	04.09.01.020-0	NEFRECTOMIA PARCIAL	1205,37	3.616,11
19	04.09.01.021-9	NEFRECTOMIA TOTAL	1222,43	3.667,29
20	04.09.01.022-7	NEFROLITOTOMIA	1171,72	3.515,16
21	04.09.01.023-5	NEFROLITOTOMIA PERCUTANEA	1147,75	3.443,25
22	04.09.01.031-6	PIELOTOTOMIA	658,19	1.974,57
23	04.09.01.032-4	PIELOPLASTIA	652,16	1.956,48
24	04.09.01.043-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE CISTOCELE	372,54	1.117,62
25	04.09.01.044-8	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA VESICO-CUTANEA. (AMBULATORIAL)	34,1	102,30
26	04.09.01.045-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA VESICO-ENTERICA	794,77	2.384,31
27	04.09.01.049-9	TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA VIA ABDOMINAL	386,2	1.158,60
28	04.09.01.050-2	TRATAMENTO CIRURGICO DE REFLUXO VESICO-URETERAL	575,93	1.727,79
29	04.09.01.051-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE URETEROCELE	618,34	1.855,02
30	04.09.01.053-7	URETEROCISTONEOSTOMIA	629,54	1.888,62
31	04.09.01.056-1	URETEROLITOTOMIA	1097,07	3.291,21
32	04.09.07.027-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA POR VIA VAGINAL	372,54	1.117,62
33	04.09.01.057-0	URETEROPLASTIA	628,96	1.886,88
URETRA				
Item	Código SUS	Procedimento	Valor Tabela SIGTAP	Valor Tabela SIGTAP (3x)
34	04.09.02.003-6	EXTRACAO ENDOSCOPICA DE CORPO ESTRANHO/CALCULO NA URETRA C/ CISTOSCOPIA	34,1	102,30
35	04.09.02.007-9	MEATOTOMIA SIMPLES	306,58	919,74
36	04.09.02.008-7	RESSECCAO DE CARUNCULA URETRAL	208,21	624,63
37	04.09.02.010-9	RESSECCAO E FECHAMENTO DE FISTULA URETRAL	372,96	1.118,88
38	04.09.02.011-7	TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA. (AMBULATORIAL)	34,1	102,30

39	04.09.02.012-5	URETROPLASTIA (RESSECCAO DE CORDA)	214,08	642,24
----	----------------	------------------------------------	--------	--------

URETRA				
Item	Código SUS	Procedimento	Valor Tabela SIGTAP	Valor Tabela SIGTAP (3x)
40	04.09.02.013-3	URETROPLASTIA AUTOGENA	469,55	1.408,65
41	04.09.02.014-1	URETROPLASTIA HETEROGENEA	410,75	1.232,25
42	04.09.02.017-6	URETROTOMIA INTERNA	319,92	959,76
PRÓSTATA E VESÍCULA SEMINAL				
Item	Código SUS	Procedimento	Valor Tabela SIGTAP	Valor Tabela SIGTAP (3x)
43	04.09.03.002-3	PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA	1001,71	3.005,13
44	04.09.03.004-0	RESSECCAO ENDOSCOPICA DE PROSTATA	851,58	2.554,74
BOLSA ESCROTAL, TESTÍCULOS E CORDÃO ESPERMÁTICO				
Item	Código SUS	Procedimento	Valor Tabela SIGTAP	Valor Tabela SIGTAP (3x)
45	04.09.04.001-0	DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOLSA ESCROTAL	203,06	609,18
46	04.09.04.005-3	ESPERMATOCELECTOMIA	212,09	636,27
47	04.09.04.006-1	EXERESE DE CISTO DE BOLSA ESCROTAL	12,97	38,91
48	04.09.04.007-0	EXERESE DE CISTO DE EPIDIDIMO	212,09	636,27
49	04.09.04.009-6	EXPLORACAO CIRURGICA DA BOLSA ESCROTAL	225,86	677,58
50	04.09.04.012-6	ORQUIDOPEXIA BILATERAL	385,32	1.155,96
51	04.09.04.013-4	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	360,07	1.080,21
52	04.09.04.016-9	ORQUIECTOMIA UNILATERAL	350,13	1.050,39
53	04.09.04.017-7	PLASTICA DA BOLSA ESCROTAL	178,83	536,49
54	04.09.04.021-5	TRATAMENTO CIRURGICO DE HIDROCELE	256,97	770,91
55	04.09.04.023-1	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARICOCELE	257,56	772,68
56	04.09.04.024-0	VASECTOMIA	438,87	1.316,61
PÊNIS				
Item	Código SUS	Procedimento	Valor Tabela SIGTAP	Valor Tabela SIGTAP (3x)
57	04.09.05.006-7	PLASTICA DE FREIO BALANO-PREPUCIAL. (AMBULATORIAL)	34,1	102,30

58	04.09.05.007-5	PLASTICA TOTAL DO PENIS	505,02	1.515,06
59	04.09.05.008-3	POSTECTOMIA	219,12	657,36

CIRURGIAS ORTOPÉDICAS				
Item	Código	04.08.01 - CINTURA ESCAPULAR		
		Procedimentos	Valor Tabela SIGTAP	Valor Tabela SIGTAP (3X)
60	04.08.01.004-5	ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL PARCIAL	613,35	1.840,05
61	04.08.01.010-0	OSTECTOMIA DA CLAVÍCULA OU DA ESCÁPULA	297,12	891,36
62	04.08.01.011-8	OSTEOTOMIA DA CLAVÍCULA OU DA ESCÁPULA	284,27	852,81
63	04.08.01.013-4	REDUCAO INCRUENTA DE LUXAÇÃO OU FRATURA / LUXAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL	44,28	132,84
64	04.08.01.014-2	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)	423,51	1.270,53
65	04.08.01.015-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA	378,7	1.136,10
66	04.08.01.018-5	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR	377,59	1.132,77
67	04.08.01.020-7	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ESTERNO-CLAVICULAR	452,9	1.358,70
68	04.08.01.021-5	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO RECIDIVANTE / HABITUAL DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	379,15	1.137,45
69	04.08.01.022-3	TRATAMENTO CIRURGICO DE RETARDO DE CONSOLIDACAO DA PSEUDARTROSE DE CLAVICULA / ESCAPULA	284,27	852,81
70	04.08.01.023-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SÍNDROME DO IMPACTO SUB-ACROMIAL	295,75	887,25
04.08.02 - MEMBROS SUPERIORES				
Item	Código SUS	Procedimento	Valor Tabela SIGTAP	Valor Tabela SIGTAP (3x)

71	04.08.02.001-6	AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE MÃO E PUNHO	193,3	579,90
72	04.08.02.002-4	AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE MEMBROS SUPERIORES	359,46	1.078,38
73	04.08.02.003-2	ARTRODESE DE MÉDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR	230,37	691,11
74	04.08.02.004-0	ARTROPLASTIA DE ARTICULAÇÃO DA MÃO	316,48	949,44
75	04.08.02.005-9	ARTROPLASTIA DE CABEÇA DO RÁDIO	282,66	847,98
76	04.08.02.009-1	RESSECÇÃO DO OLECRANO E/OU CABEÇA DO RÁDIO	309,51	928,53
77	04.08.02.010-5	FASCIOTOMIA DE MEMBROS SUPERIORES	200,51	601,53
78	04.08.02.012-1	REALINHAMENTO DE MECANISMO EXTENSOR DOS DEDOS DA MÃO	205,53	616,59
79	04.08.02.013-0	RECONSTRUÇÃO CAPSULO-LIGAMENTAR DE COTOVELO PUNHO	241,43	724,29
80	04.08.02.014-8	RECONSTRUÇÃO DE POLIA TENDINOSA DOS DEDOS DA MÃO	205,53	616,59

04.08.02 - MEMBROS SUPERIORES				
Item	Código SUS	Procedimento	Valor SIGTAP	Valor Tabela SIGTAP (3x)
81	04.08.02.022-9	REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO DO COTOVELO	269,8	809,40
82	04.08.02.030-0	TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO SUPERIOR	194,89	584,67
83	04.08.02.032-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO	241,15	723,45
84	04.08.02.033-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO UMEMO	498,98	1.496,94
85	04.08.02.034-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DAS FALANGES DA MÃO (COM FIXAÇÃO)	192,6	577,80

86	04.08.02.036-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DO CÔNDILO / TRÓCLEA/APOFISE CORONÓIDE DO ULNA / CABEÇA DO RÁDIO	368,64	1.105,92
87	04.08.02.039-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO	364,95	1.094,85
88	04.08.02.040-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	253,8	761,40
89	04.08.02.043-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA ULNA	265,29	795,87
90	04.08.02.048-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO AGUDA CAPSULO-LIGAMENTAR DO MEMBRO SUPERIOR: COTOVELO / PUNHO	241,43	724,29
91	04.08.02.055-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA MÃO	203,12	609,36
92	04.08.02.056-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DO ANTEBRAÇO	471,38	1.414,14
93	04.08.02.057-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DO ÚMERO	377,31	1.131,93
94	04.08.02.058-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE AO NÍVEL DO COTOVELO	444,08	1.332,24
95	04.08.02.060-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDO-RETARDO / CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA AO ÍVEL DO CARPO	229,29	687,87
96	04.08.02.062-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SINDACTILIA DA MÃO (POR ESPACO INTERDIGITAL)	192,6	577,80
04.08.03 - COLUNA VERTEBRAL E CAIXA TORÁCICA				
Item	Código SUS	Procedimento	Valor Tabela SIGTAP	Valor Tabela SIGTAP (3x)
97	04.08.03.039-9	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (UM NÍVEL)	764,71	2.294,13
98	04.08.03.040-2	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (DOIS NÍVEIS)	1005,48	3.016,44
99	04.08.03.053-4	RESSECÇÃO DE ELEMENTO VERTEBRAL POSTERIOR / POSTERO-LATERAL / DISTAL A C2 (MAIS DE 2 SEGMENTOS)	1178,86	3.536,58
04.08.04 - CINTURA PÉLVICA				
Item	Código SUS	Procedimento	Valor Tabela SIGTAP	Valor Tabela SIGTAP (3x)

100	04.08.04.005-0	ARTROPLASTIA PARCIAL DE QUADRIL	1570,66	4.711,98
101	04.08.04.008-4	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO QUADRIL CIMENTADA	2341,71	7.025,13

04.08.04 - CINTURA PÉLVICA				
Item	Código SUS	Procedimento	Valor Tabela SIGTAP	Valor Tabela SIGTAP (3x)
102	04.08.04.014-9	OSTECTOMIA DA PELVE	784,95	2.354,85
103	04.08.04.016-5	RECONSTRUÇÃO OSTEOPLASTICA DO QUADRIL	1602,17	4.806,51
104	04.08.04.018-1	REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO CONGÊNITA COXOFEMORAL	152,21	456,63
105	04.08.04.021-1	RETIRADA DE ENXERTO AUTÓGENO DE ILÍACO	57,61	172,83
106	04.08.04.026-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO / DISJUNÇÃO DO ANEL PÉLVICO ANTERO-POSTERIOR	871,3	2.613,90
04.08.05 - MEMBROS INFERIORES				
Item	Código SUS	Procedimento	Valor Tabela SIGTAP	Valor Tabela SIGTAP (3x)
107	04.08.05.001-2	AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE MEMBROS INFERIORES	892,74	2.678,22
108	04.08.05.003-9	ARTRODESE DE MEDIAS / GRANDES ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	371,12	1.113,36
109	04.08.05.008-0	FASCIOTOMIA DE MEMBROS INFERIORES	337,74	1.013,22
110	04.08.05.011-0	QUADRICEPSPLASTIA	1602,18	4.806,54
111	04.08.05.012-8	REALINHAMENTO DO MECANISMO EXTENSOR DO JOELHO	273,15	819,45
112	04.08.05.013-6	RECONSTRUCAO DE TENDAO PATELAR / TENDAO QUADRICIPITAL	1602,18	4.806,54
113	04.08.05.014-4	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR DO TORNOZELO	432,14	1.296,42
114	04.08.05.015-2	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR DO JOELHO	578,89	1.736,67
115	04.08.05.016-0	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	2294,32	6.882,96
116	04.08.05.017-9	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR C/ OU S/ ANTERIOR)	1602,18	4.806,54
117	04.08.05.033-0	REVISAO CIRURGICA DE COTO DE AMPUTACAO EM MEMBRO INFERIOR (EXCETO DEDOS DO PE)	171,94	515,82
118	04.08.05.034-9	REVISAO CIRURGICA DO PE TORTO CONGENITO	344,52	1.033,56
119	04.08.05.035-7	SINDACTILIA CIRURGICA DOS DEDOS DO PE (PROCEDIMENTO TIPO KELIKIAN)	284,06	852,18
120	04.08.05.037-3	TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO INFERIOR	243,81	731,43

121	04.08.05.039-0	TRANSFERENCIA MUSCULAR / TENDINOSA NO MEMBRO INFERIOR	498,16	1.494,48	
122	04.08.05.049-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOZELO	432,14	1.296,42	
123	04.08.05.050-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA	846,36	2.539,08	
124	04.08.05.052-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXAÇÃO INTERNA	503,67	1.511,01	
125	04.08.05.053-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO CALCÂNEO	268,42	805,26	

04.08.05 - MEMBROS INFERIORES					
Item	Código SUS	Procedimento	Valor SIGTAP	Tabela	Valor Tabela SIGTAP (3x)
126	04.08.05.056-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TALUS	268,42		805,26
127	04.08.05.057-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR	481,49		1.444,47
128	04.08.05.065-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HALUX VALGUS C/ OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO	355,81		1.067,43
129	04.08.05.066-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO AGUDA CAPSULO-LIGAMENTAR MEMBRO INFERIOR (JOELHO / TORNOZELO)	473,88		1.421,64
130	04.08.05.068-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO AO NÍVEL DO JOELHO	397,15		1.191,45
131	04.08.05.069-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METATARSO-FALANGIANA / INTER-FALANGIANA	268,42		805,26
132	04.08.05.071-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO TARSO-METATARSICA	268,42		805,26
133	04.08.05.073-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ CAVO	268,42		805,26
134	04.08.05.074-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ PLANO VALGO	268,42		805,26
135	04.08.05.076-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ TORTO CONGÊNITO	284,06		852,18
136	04.08.05.078-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA AO NÍVEL DO TARSO	298,41		895,23
137	04.08.05.079-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA DIÁFISE DO FÊMUR	759,42		2.278,26

138	04.08.05.080-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA REGIÃO TROCANTERIANA	759,42	2.278,26
139	04.08.05.081-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DO COLO DO FÊMUR	1010,77	3.032,31
140	04.08.05.082-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DO PÉ	268,41	805,23
141	04.08.05.083-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA METÁFISE DISTAL DO FÊMUR	759,42	2.278,26
142	04.08.05.086-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA DIÁFISE TIBIAL	769,41	2.308,23
143	04.08.05.087-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO/ PERDA ÓSSEA DA METÁFISE TIBIAL	598,61	1.795,83
144	04.08.05.088-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DE MENISCO COM SUTURA MENISCAL UNI / BICOMPATIMENTAL	578,89	1.736,67
145	04.08.05.089-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	475,8	1.427,40
146	04.08.05.091-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HALUX VALGUS S/ OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO	336,6	1.009,80
147	04.08.05.092-6	TRATAMENTO DAS LESÕES OSTEO-CONDRAIS POR FIXAÇÃO OU MOSAICOPLASTIA JOELHO/TORNOZELO	1330,37	3.991,11
04.08.06 - GERAIS				
Item	Código SUS	Procedimento	Valor Tabela SIGTAP	Valor Tabela SIGTAP (3x)
148	04.08.06.001-8	ALONGAMENTO / ENCURTAMENTO MIOTENDINOSO	253,93	761,79
149	04.08.06.004-2	AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE DEDO	338,03	1.014,09

04.08.06 - GERAIS				
Item	Código SUS	Procedimento	Valor Tabela SIGTAP	Valor Tabela SIGTAP (3x)
150	04.08.06.005-0	ARTRODESE DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES	213,79	641,37
151	04.08.06.006-9	ARTROPLASTIA DE RESSECÇÃO DE MÉDIA / GRANDE ARTICULAÇÃO	1104,38	3.313,14
152	04.08.06.007-7	ARTROPLASTIA DE RESSECÇÃO DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES	268,41	805,23

153	04.08.06.008-5	BURSECTOMIA	213,63	640,89
154	04.08.06.009-3	DESCOMPRESSÃO C/ ESVAZIAMENTO MEDULAR P/ BROCAGEM / VIA CORTICOTOMIA	705,02	2.115,06
155	04.08.06.011-5	ENCURTAMENTO DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ	283,35	850,05
156	04.08.06.012-3	EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE MÉDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES	283,66	850,98
157	04.08.06.013-1	EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES	142,06	426,18
158	04.08.06.014-0	FASCIECTOMIA	222,95	668,85
159	04.08.06.015-8	MANIPULAÇÃO ARTICULAR	122,01	366,03
160	04.08.06.016-6	OSTECTOMIA DE OSSOS DA MÃO E/OU DO PÉ	258,61	775,83
161	04.08.06.017-4	OSTECTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ	649,74	1.949,22
162	04.08.06.018-2	OSTEOTOMIA DE OSSOS DA MÃO E/OU DO PÉ	327,25	981,75
163	04.08.06.019-0	OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ	645,68	1.937,04
164	04.08.06.020-4	REINSERÇÃO MUSCULAR	203,29	609,87
165	04.08.06.021-2	RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL	91,49	274,47
166	04.08.06.030-1	RESSECÇÃO MUSCULAR	203,29	609,87
167	04.08.06.031-0	RESSECÇÃO SIMPLES DE TUMOR ÓSSEO / DE PARTES MOLES	368,03	1.104,09
168	04.08.06.032-8	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRA-ARTICULAR	139,07	417,21
169	04.08.06.033-6	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRA-ÓSSEO	140,33	420,99
170	04.08.06.034-4	RETIRADA DE ESPAÇADORES / OUTROS MATERIAIS	151,67	455,01
171	04.08.06.035-2	RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-ÓSSEO	151,66	454,98
172	04.08.06.036-0	RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO	151,67	455,01
173	04.08.06.037-9	RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS	225,16	675,48
174	04.08.06.038-7	RETIRADA DE PRÓTESE DE SUBSTITUIÇÃO DE GRANDES ARTICULAÇÕES (OMBRO / COTOVELO / QUADRIL / JOELHO)	759,42	2.278,26
175	04.08.06.039-5	RETIRADA DE PRÓTESE DE SUBSTITUIÇÃO EM PEQUENAS E MÉDIAS ARTICULAÇÕES	379,71	1.139,13

ANEXO AO DECRETO Nº 30.771 - FL. 09/09

04.08.06 - GERAIS				
Item	Código SUS	Procedimento	Valor Tabela SIGTAP	Valor Tabela SIGTAP (3x)

176	04.08.06.041-7	RETRAÇÃO CICATRICIAL DOS DEDOS C/ COMPROMETIMENTO TENDINOSO (POR DEDO)	205,53	616,59
177	04.08.06.042-5	REVISÃO CIRÚRGICA DE COTO DE AMPUTAÇÃO DOS DEDOS	207,02	621,06
178	04.08.06.043-3	TENODESE	204,09	612,27
179	04.08.06.044-1	TENÓLISE	229,4	688,20
180	04.08.06.045-0	TENOMIORRAFIA	205,91	617,73
181	04.08.06.046-8	TENOMIOTOMIA / DESINSERÇÃO	208,94	626,82
182	04.08.06.047-6	TENOPLASTIA OU ENXERTO DE TENDÃO UNICO	680,2	2.040,60
183	04.08.06.048-4	TENORRAFIA ÚNICA EM TÚNEL OSTEO-FIBROSO	421,2	1.263,60
184	04.08.06.053-0	TRANSPOSIÇÃO / TRANSFERÊNCIA MIOTENDINOSA MÚLTIPLA	346,53	1.039,59
185	04.08.06.054-9	TRANSPOSIÇÃO / TRANSFERÊNCIA MIOTENDINOSA ÚNICA	214,21	642,63
186	04.08.06.056-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ARTRITE INFECCIOSA DAS PEQUENAS ARTICULAÇÕES	268,41	805,23
187	04.08.06.057-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM MARTELO / EM GARRA (MÃO E PÉ)	268,41	805,23
188	04.08.06.058-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE ARTICULAR POR RETRACAO TENO-CAPSULO-LIGAMENTAR	377	1.131,00
189	04.08.06.059-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA VICIOSAMENTE CONSOLIDADA DOS OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ	555,83	1.667,49
190	04.08.06.061-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INFECCÃO EM ARTROPLASTIA DAS MÉDIAS / PEQUENAS ARTICULAÇÕES	335,41	1.006,23
191	04.08.06.065-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE POLIDACTILIA NÃO ARTICULADA. (AMBULATORIAL)	28,42	85,26
192	04.08.06.067-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RETRAÇÃO MUSCULAR	394,68	1.184,04

193	04.08.06.068-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RUTURA DO APARELHO EXTENSOR DO DEDO. (AMBULATORIAL)	28,42	85,26	
194	04.08.06.071-9	VIDEOARTROSCOPIA	300	900,00	(Redação acrescida pelo Decreto nº 30771/2022)

Observação: os valores dos atos anestésicos, itens 129 e 130, serão compostos na proporção 100% para o primeiro ato e 70% para os atos subsequentes quando os procedimentos diagnósticos forem realizados pela mesma equipe. (Redação dada pelo Decreto nº 27848/2020)

*Valor unitário do procedimento majorado na ordem de 10% sobre a tabela SUS nacional, conforme Resolução COMUS nº 30/2021, de 18 de novembro de 2021. (Redação acrescida pelo Decreto nº 29.761/2021)

1.2) Quando realizados pelo Prestador em equipamentos/instalações da Secretaria Municipal da Saúde - SMSA:

ITEM	CÓDIGO SUS	EXAME/PROCEDIMENTO REALIZADO PELO PRESTADOR EM EQUIPAMENTOS/INSTALAÇÕES DA SMSA	TABELA SUS (R\$)	MULTIPLICADOR	TABELA LOCAL (R\$)
1		ECOGRAFIA DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS CERVICAIS, MÚSCULOS, TENDÕES, GLÂNDULAS ETC.			26,68
2	020501005-9	ECOGRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA	42,90	1,05	45,00
3	020501001-6	ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE	165,00	1,00	165,00
4	020501003-2	ECOCARDIOGRAFIA BI DIMENSIONAL COM OU SEM DOPPLER	39,94	1,20	48,00
5	020501004-0	ECODOPPLER DE CARÓTIDAS	39,60	1,32	52,08
6	020501004-0	ECODOPPLER VENOSO OU ARTERIAL ATÉ 3 VASOS	39,60	1,32	52,08
7	020501005-9	ECOGRAFIA DOPPLER FLUXO OBSTÉTRICO (PERFIL BIOLÓGICO FETAL)	42,90	1,05	45,00
8	020502003-8	ECOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)	24,20	1,18	28,48
9	020502004-6	ECOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL (SUPERIOR + PELVE)	37,95	1,13	43,06
10	020502005-4	ECOGRAFIA DO APARELHO URINÁRIO	24,20	1,20	28,98
11	020502006-2	ECOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO (JOELHO, OMBRO, PUNHO, ETC.).	24,20	1,20	28,98
12	020502007-0	ECOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	24,20	1,10	26,68
13	020502008-9	ECOGRAFIA GLOBO OCULAR/ÓRBITA (MONOCULAR)	24,20	1,10	26,68
14	020502009-7	ECOGRAFIA DE MAMAS (BILATERAL)	24,20	1,10	26,68

ITEM	CÓDIGO SUS	EXAME/PROCEDIMENTO REALIZADO PELO PRESTADOR EM EQUIPAMENTOS/INSTALAÇÕES DA SMSA	TABELA SUS (R\$)	MULTIPLICADOR	TABELA LOCAL (R\$)
15	020502010-0	ECOGRAFIA DE PRÓSTATA VIA ABDOMINAL (PRÓSTATA + BEXIGA)	24,20	0,93	22,50
16	020502012-7	ECOGRAFIA DE TIREÓIDE	24,20	1,10	26,68
17	020502014-3	ECOGRAFIA OBSTÉTRICA	24,20	0,93	22,50
18	020502015-1	ECOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO (FETAL)	39,60	1,14	45,00
19	020502016-0	ECOGRAFIA PÉLVICA FEMININA-VIA ABDOMINAL	24,20	0,93	22,50
20	020502017-8	ECOGRAFIA TRANSFONTANELAR	24,20	1,10	26,68
21	020502018-6	ECOGRAFIA PÉLVICA FEMININA-VIA TRANSVAGINAL	24,20	1,02	24,78
22	020901003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	48,16	1,16	56,00
23	021102004-4	HOLTER	30,00	1,67	50,00
24	021102006-0	TESTE DE ESFORÇO/ERGOMÉTRICO	30,00	1,33	40,00
25	021105005-9	ELETRONEFALOGRAMA QUANTITATIVO CD/ MAPEAMENTO	25,00	0,60	15,00

2-A prestação de serviços médicos, de forma complementar à capacidade de gestão municipal em unidades não-hospitalares será realizada exclusivamente por prestadores de natureza jurídica, através de profissionais médicos e remunerada conforme valores e critérios discriminados a seguir:

2. A prestação de serviços médicos, de forma complementar a capacidade de gestão municipal em unidades não-hospitalares será realizada exclusivamente por prestadores de natureza jurídica, através de profissionais médicos e remunerada, conforme valores e critérios discriminados a seguir: (Redação dada pelo Decreto nº 33059/2024)

2.1 Em se tratando de prestação de serviços médicos em unidades e programas específicos da atenção básica, a remuneração se dará tendo como referência o seguinte valor:-

a) R\$ 60,00 (sessenta reais) por hora presencial de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde - UBS, nas Unidades de Saúde da Família - USF, nos Centros de Referência da Família - CRF e nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.

2.1 Em se tratando de prestação de serviços médicos em unidades e programas específicos da atenção básica, a remuneração se dará tendo como referência o seguinte valor:

a) R\$ 90,00 (noventa reais) por hora presencial de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde - UBS, nas Unidades de Saúde da Família - USF, nos Centros de Referência da Família - CRF e nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF, para médicos generalistas, conforme Resolução nº 010/2015 do Conselho Municipal de Saúde de Foz de Iguaçu. (Redação dada pelo Decreto nº 23.705/2015)

2.2 Em se tratando de prestação de serviços médicos em unidades de atendimento às urgências e emergências a remuneração se dará conforme valores e condições discriminados a seguir:-

2.2.1 Para prestação de serviços médicos em unidades de atendimento móvel (SAMU):

a) O valor de R\$ 70,00 (setenta reais) por hora presencial de trabalho;

2.2.2 Para prestação de serviços médicos em Unidades de Pronto Atendimento (UPA's):

a) valor de R\$ 70,00 (setenta reais) por hora presencial de trabalho;

b) valor de R\$ 80,00 (oitenta reais) por hora presencial de trabalho para o Coordenador de Escala Médica;

c) valor variável, em se tratando de prestação de serviços em caráter de sobreaviso por especialista, calculado pelo número de avaliações realizadas no mês multiplicado pelo valor unitário de R\$ 50,00 (cinquenta reais) por avaliação;

2.2.3 Qualificação profissional necessária:

ESPECIALIDADE	QUALIFICAÇÃO, COM CERTIFICAÇÃO DE REGISTRO NO CRM/PR
Clinica médica	Médicos devidamente qualificados.
Emergencista	Médicos devidamente qualificados com experiência comprovada de atendimento a emergências e treinamento bianual certificado pelos cursos FCCS(r), ATLS(r) e ACLS(r).
Pediatria	Médicos devidamente qualificados com título de pediatria ou residência, com experiência médica comprovada de atendimento a emergências e treinamento bianual, certificado pelo curso PALS(r).
Intensivista	Médicos devidamente qualificados com experiência médica comprovada de atendimento a emergências ou Terapia Intensiva e com treinamento bianual, certificado pelos cursos FCCS(r) e ACLS(r).
Traumatologia	Médicos devidamente qualificados com título de especialista ou residência médica em ortopedia ou cirurgia geral, com experiência médica comprovada de atendimento a emergências e treinamento bianual, certificado pelo curso ATLS(r).

b) R\$ 100,00 (cem reais) a hora trabalhada, devidamente comprovada e registrada no Sistema de Informação Saúde Foz, por profissionais com formação comprovada nas especialidades: Pediatria, Ginecologia-obstetrícia, Urologia e em Saúde da Família, conforme Resolução COMUS nº 16/2015. (Redação acrescida pelo Decreto nº 24.007/2015)

2.2 Em se tratando de prestação de serviços médicos em unidades de atendimento às urgências e emergências a remuneração se dará conforme valores e condições discriminados a seguir:

2.2.1 Para prestação de serviços médicos em unidades de atendimento móvel (SAMU):

a) O valor de R\$ 100,00 (cem reais) por hora presencial de trabalho, conforme Resolução nº 038/2012 do Conselho Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu.

a) O valor de R\$ 100,00 (cem reais) por hora presencial de trabalho, devidamente comprovada e registrada no Sistema de Informação Saúde Foz, por profissionais com formação comprovada, conforme Resoluções nºs 038/2012 e 016/2015, do Conselho Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu. (Redação dada pelo Decreto nº 24.007/2015)

2.2.2 Para prestação de serviços médicos em Unidades de Pronto Atendimento (UPA's):

2.2.2 Para prestação de serviços médicos em Unidades de Pronto Atendimento 24 horas – UPA 24 horas, PA Morumbi 24 horas e Pronto Atendimento Infantil 24 horas (a ser implantado), conforme Resolução COMUS nº

16/2015: (Redação dada pelo Decreto nº 24.007/2015)

2.2.2 Para prestação de serviços médicos nas Unidades de Pronto Atendimento Municipais 24 horas - Dr Walter Cavalcanti Barbosa e Padre Ítalo Paternoster, conforme Resolução COMUS nº 001/2024; (Redação dada pelo Decreto nº 32229/2024)

a) valor de R\$ 100,00 (cem reais) por hora presencial de trabalho;

a) valor de R\$ 100,00 (cem reais) a hora plantão trabalhada, devidamente comprovada e registrada no Sistema de Informação Saúde Foz, por profissionais médicos com formação e habilitação comprovadas; (Redação dada pelo Decreto nº 24.007/2015)

a) O valor de até R\$ 130,00 (cento e trinta reais), por hora, plantão presencial de trabalho, que serão avaliados por desempenho, e que só serão pagos em sua integralidade caso o profissional atinja todas as metas físicas e metas qualitativas. Caso contrário, serão atribuídos descontos progressivos para esse valor da hora plantão. A glosa poderá vir até 30 (trinta) dias após o pagamento. (Redação dada pelo Decreto nº 32229/2024)

b) valor de R\$ 100,00 (cem reais) por hora presencial de trabalho para o Coordenador de Escala Médica;

c) valor variável, em se tratando de prestação de serviços em caráter de sobreaviso por especialista, calculado pelo número de avaliações realizadas no mês multiplicado pelo valor unitário de R\$ 50,00 (cinquenta reais) por avaliação, conforme Resolução nº 038/2012 do Conselho Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu.

Observação: Será implementado o pagamento de bonificação de 50% (cinquenta por cento) nas escalas especiais de Natal e Ano Novo dos profissionais que atuam nas unidades de urgência e emergência do Município. (Redação acrescida pelo Decreto nº 27843/2020)

2.2.3 Qualificação profissional necessária:

2.2.3 Qualificação profissional necessária:

ESPECIALIDADE	QUALIFICAÇÃO, COM CERTIFICAÇÃO DE REGISTRO NO CRM/PR
Clínica Médica	Médicos devidamente qualificados
Emergencista	Médicos devidamente qualificados com experiência comprovada de atendimento a emergências e treinamento bianual certificado pelos cursos FCCS(r), ATLS(r) e ACLS(r)
Pediatria	Médicos devidamente qualificados com título de pediatria ou residência, com experiência médica comprovada de atendimento a emergências e treinamento bianual, certificado pelo curso PALS(r).
Intensivista	Médicos devidamente qualificados com experiência médica comprovada de atendimento a emergências ou Terapia Intensiva e com treinamento bianual, certificado pelos cursos FCCS(r) e ACLS(r).
Traumatologia	Médicos devidamente qualificados com título de especialista ou residência médica em ortopedia ou cirurgia geral, com experiência médica comprovada de atendimento a emergências e treinamento bianual, certificado pelo curso ATLS(r).
* Intervencionista	Médicos devidamente qualificados com experiência médica comprovada de atendimento a emergências e possuir minimamente um certificado de aprovação válido em um dos cursos: ACLS OU PHTLS OU ATLS OU PALS
* Regulador	Médicos devidamente qualificados com experiência comprovada de atendimento a emergências
* Conforme Resolução nº 010/2015 do Conselho Municipal de Saúde de Foz de Iguaçu	

(Redação dada pelo Decreto nº 23.705/2015)

METAS FÍSICAS - No total somam-se QUATRO metas com um percentual individual de 10% (dez por cento) cada meta, totalizando 40% (quarenta por cento).

METAS QUALITATIVAS - No total somam-se SEIS metas com um percentual individual de 10% (dez por cento) cada meta, totalizando 60% (sessenta por cento).

QUADRO DE PAGAMENTO POR ATENDIMENTO ÀS METAS FÍSICAS E QUALITATIVAS.

PAGAMENTO POR DESEMPENHO (METAS ATINGIDAS)	VALOR PAGO POR HORA PLANTÃO (R\$)
0 a 50% DAS METAS ATINGIDAS	R\$ 90,00
51 a 70% DAS METAS ATINGIDAS	R\$ 100,00
71 a 80% DAS METAS ATINGIDAS	R\$ 110,00

81 a 90% DAS METAS ATINGIDAS	R\$ 120,00
ACIMA DE 91% DAS METAS ATINGIDAS	R\$ 130,00

(Redação acrescida pelo Decreto nº 32229/2024)

METAS FÍSICAS

METAS	PROCEDIMENTOS	DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES	INSTRUMENTO DE MONITORAMENTO	PARÂMETROS	RESULTADOS ESPERADOS
1	Início e encerramento de todos os pacientes atendidos	Monitorado pelo sistema RP Saúde toda a produção do profissional com início e encerramento do atendimento.	Relatórios do sistema de gerenciamento RP Saúde.	Encerramento de todos os atendimentos que não ficarem sob internação, com solicitação de vagas.	100% dos atendimentos encerrados ou solicitados vagas de internação.
2	Classificação de risco de todos os pacientes	Deverá ser realizada classificação de risco de todos os pacientes atendidos e registradas no sistema de gerenciamento RP Saúde.	Relatórios do sistema de gerenciamento RP Saúde.	Todos os pacientes atendidos devem estar classificados, conforme classificação de Manchester.	100% dos atendimentos com registro de classificação de risco.
3	Atendimento total da demanda por plantão	Deverão ter produtividade de pelo menos 4 (quatro) consultas por hora	Relatórios do sistema de gerenciamento RP Saúde. Relatório de demanda (acolhimento na unidade) x produção médica (clínica e pediátrica)	Atendimento mínimo de 24 consultas no plantão de 6 horas. Atendimento mínimo de 48 consultas no plantão de 12 horas.	Mínimo 24 consultas no plantão de 6h; Mínimo 48 consultas no plantão de 12h;
4	Reavaliação de todos os pacientes os quais precisaram de observação/ medicação que ficaram do plantão anterior	Deverão ser reavaliados e dado alta aos pacientes passíveis de alta e/ou solicitação de internação registrada no sistema aos pacientes não passíveis de alta até a finalização do plantão.	Relatórios do sistema de gerenciamento RP Saúde.	Reavaliação de todos os pacientes atendidos pelo profissional no plantão conforme coeficiente de produtividade.	100% dos pacientes do plantão anterior reavaliados até o final do plantão o qual está sob sua responsabilidade.

(Redação acrescida pelo Decreto nº 32229/2024)

METAS QUALITATIVAS

METAS	PROCEDIMENTOS	DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES	INSTRUMENTO DE MONITORAMENTO	PARÂMETROS	RESULTADOS ESPERADOS
1	Evolução no Prontuário Médico	O prontuário deve conter, identificação do paciente; evolução médica diária (no caso de internação); evoluções de enfermagem e de outros profissionais assistentes; exames laboratoriais, radiológicos e outros; raciocínio médico, hipóteses diagnósticas e diagnóstico definitivo; conduta terapêutica.	Prontuários dos atendimentos cadastrados no sistema de gerenciamento RP Saúde.	Prontuários dos atendimentos cadastrados pelo profissional.	100% em conformidade
2	Protocolos instituídos pela SMSA	Atender em 100% os protocolos de atendimento da SMSA	Protocolos e Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) disponíveis na unidade.	Atendimento dos protocolos e POPs instituídos.	100% de atendimentos dos mesmos

3	Participação de todos os treinamentos, reuniões, capacitações, webnários, dentre outros quando convocados pela SMSA ou Direção Técnica da Unidade	Atender em 100% da convocação	Lista de presença e Comprovante de comparecimento a ser entregue no RH da unidade para computar na frequência final do mês.	Participação	Atender em 100% da convocação
4	Assiduidade	Ser assíduo aos plantões conforme previsto no Código de Ética Médica. Tem a ver com dedicação e comprometimento com suas obrigações de forma constante e confiável.	Escala médica mensal	100% de assiduidade nos plantões conforme compromisso na escala, aceito trocas somente com a anuidade do Diretor Técnico.	100% de assiduidade nos plantões

(Redação acrescida pelo Decreto nº 32229/2024)

METAS QUALITATIVAS

METAS	PROCEDIMENTOS	DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES	INSTRUMENTO DE MONITORAMENTO	PARÂMETROS	RESULTADOS ESPERADOS
5	Pontualidade	Ser pontual é chegar no horário, ser preciso, cumprir prazos, respeitar os compromissos e fazer o que foi combinado.	Escala médica x biometria.	Será aceito no mês um atraso total de 60 (sessenta) minutos, computados dia a dia. Não será permitido sair antecipado do plantão, antes de finalizar o horário comprometido.	Atraso máximo de até 60 minutos computados em todas as escalas do mês.
6	Cumprimento do plantão na sua totalidade conforme escalado	O médico deverá cumprir o plantão de sua responsabilidade na totalidade: não podendo chegar atrasado e nem sair antecipadamente.	Biometria	Será aceito no mês um atraso total de 60 (sessenta) minutos, computados dia a dia. Não será permitido sair antecipado do plantão, antes de finalizar o horário comprometido.	100% do atendimento via biometria

Observação: O médico que estiver no plantão na sala vermelha deverá atender a demanda de urgência/emergência e a sala de procedimentos em 100% (cem por cento) da demanda do seu plantão tanto adultos quanto crianças, e será avaliado quanto às metas físicas 1, 2 e 3, bem como as metas qualitativas. (Redação acrescida pelo Decreto nº 32229/2024)

2.2.3 Qualificação profissional necessária:

ESPECIALIDADE	QUALIFICAÇÃO, COM RESIDÊNCIA OU CERTIFICAÇÃO DE REGISTRO NO CRM/PR
Clinica Médica	Médicos devidamente qualificados com título de clínica médica ou residência, com experiência médica comprovada de no mínimo 6 (seis) meses.
Emergencista	Médicos devidamente qualificados com experiência médica comprovada de no mínimo 6 (seis) meses em atendimento a urgências e emergências e treinamento e certificado de aprovação válido pelo curso ACLS(r).
Pediatrica	Médicos devidamente qualificados com título de pediatria ou residência, com experiência médica comprovada de no mínimo 6 (seis) meses em atendimento a urgências e emergências e treinamento e certificado de aprovação válido pelo curso PALS(r).
Intensivista	Médicos devidamente qualificados com experiência médica comprovada de atendimento a emergências ou Terapia Intensiva e com treinamento bianual, certificado pelos cursos FCGS(r) e ACLS(r).
Traumatologia	Médicos devidamente qualificados com título de especialista ou residência médica em ortopedia ou cirurgia geral, com experiência médica comprovada de atendimento a emergências e treinamento bianual, certificado pelo curso ATLS(r).
Intervencionista	Médicos devidamente qualificados com experiência médica comprovada de no mínimo 2 (dois) anos em atendimento a urgências e emergências e possuir um certificado de aprovação válido em um dos cursos: ACLS OU PHTLS OU ATLS OU PALS

Regulador	Médicos devidamente qualificados com experiência médica comprovada de no mínimo 2 (dois) anos em atendimento a urgências e emergências e possuir um certificado da Qualificação Profissional do Curso de Regulação das Urgências - UNA-SUS ou similar, com carga horária mínima de 45 (quarenta e cinco) horas.
-----------	---

(Redação dada pelo Decreto nº 31.230/2023)

2.2.3 Qualificação profissional necessária:

a) Para prestação de serviços médicos em unidades de atendimento móvel (SAMU):

ESPECIALIDADE	QUALIFICAÇÃO, COM RESIDÊNCIA OU CERTIFICAÇÃO DE REGISTRO NO CRM/PR
Intervencionista	Médicos devidamente qualificados com experiência médica comprovada de no mínimo 2 (dois) anos em atendimento a urgências e emergências e possuir um certificado de aprovação válido em um dos cursos: ACLS OU PHTLS OU ATLS OU PALS

(Redação dada pelo Decreto nº 32229/2024)

ESPECIALIDADE	QUALIFICAÇÃO, COM RESIDÊNCIA OU CERTIFICAÇÃO DE REGISTRO NO CRM/PR
Regulador	Médicos devidamente qualificados com experiência médica comprovada de no mínimo 2 (dois) anos em atendimento a urgências e emergências e possuir um certificado da Qualificação Profissional do Curso de Regulação das Urgências - UNA-SUS ou similar, com carga horária mínima de 45 (quarenta e cinco) horas.

(Redação acrescida pelo Decreto nº 32229/2024)

b) Para prestação de serviços médicos na Unidade de Pronto Atendimento Municipal 24 horas - Dr. Walter Cavalcanti Barbosa:

ESPECIALIDADE	QUALIFICAÇÃO, COM RESIDÊNCIA OU CERTIFICAÇÃO DE REGISTRO NO CRM/PR
Emergencista	Médicos devidamente qualificados com experiência médica comprovada de no mínimo 2 (dois) anos em atendimento a urgências e emergências; e habilitação de curso(s) avançado com expedição válida de: ACLS: Suporte Avançado de Vida em Cardiologia.
Pediatria	Médicos devidamente qualificados com título de pediatria ou residência, com experiência médica comprovada de no mínimo 2 (dois) anos em atendimento a urgências e emergências; e habilitação do curso avançado com expedição válida de: PALS: Suporte Avançado de Vida em Pediatria.
Traumatologia	Médicos devidamente qualificados com título de especialista ou residência médica em ortopedia ou cirurgia geral, com experiência médica comprovada de no mínimo 2 (dois) anos em atendimento a emergências; e treinamento bianual, certificado pelo curso ATLS: Suporte Avançado de Vida no Trauma.

(Redação acrescida pelo Decreto nº 32229/2024)

c) Para prestação de serviços médicos na Unidade Básica de Saúde 24 horas Padre Ítalo Paternoster:

ESPECIALIDADE	QUALIFICAÇÃO, COM RESIDÊNCIA OU CERTIFICAÇÃO DE REGISTRO NO CRM/PR
Emergencista	Médicos devidamente qualificados com experiência médica comprovada de no mínimo 6 (seis) meses em atendimento a urgências e emergências; e habilitação de curso(s) avançado com expedição válida de: ACLS: Suporte Avançado de Vida em Cardiologia.

Pediatria	Médicos devidamente qualificados com título de pediatria ou residência, com experiência médica comprovada de no mínimo 2 (dois) anos em atendimento a urgências e emergências; e habilitação do curso avançado com expedição válida de: PALS: Suporte Avançado de Vida em Pediatria.
-----------	--

(Redação acrescida pelo Decreto nº 32229/2024)

2.2.4 Em se tratando de prestação de serviços médicos especialistas o serviço será prestado na própria empresa contratada e/ou em local designado pelo município e a remuneração se dará por consulta: (Redação acrescida pelo Decreto nº 23310/2014)

2.2.4.1 O valor de R\$ 35,00 (trinta e cinco reais) por consulta realizada. (Redação acrescida pelo Decreto nº 23310/2014)

2.2.4.1 O valor de R\$ 40,00 (quarenta reais) por consulta realizada nos estabelecimentos próprios do município e R\$ 50,00 (cinquenta reais) no estabelecimento do prestador. (Redação dada pelo Decreto nº 25.197/2017)

2.2.4.1 O valor de R\$ 60,00 (sessenta reais) por consulta realizada nos estabelecimentos próprios do município e R\$ 70,00 (setenta reais) no estabelecimento do prestador. (Redação dada pelo Decreto nº 30432/2022)

2.2.4.1.1 Os valores de R\$ 120,00 (cento e vinte reais) para as subespecialidades pediátricas/áreas de atuação de: alergologia pediátrica; cardiologia pediátrica; dermatologia pediátrica; endocrinologia pediátrica; gastroenterologia pediátrica; hematologia pediátrica; infectologia pediátrica; neurologia pediátrica; e demais subespecialidades pediátricas que forem necessárias, conforme demanda de oferta apresentada no município. Observação: Deverá ser considerado para realização dos Serviços de Consultas Especializadas nos próprios do Município uma redução de R\$ 10,00 (dez reais) do valor. (Redação acrescida pelo Decreto nº 33059/2024)

2.2.4.2 Qualificação profissional necessária:

CONSULTA MÉDICA	QUALIFICAÇÃO, COM CERTIFICAÇÃO DE REGISTRO NO CRM/PR	TABELA SUS (R\$)	MULTIPLICADOR	TABELA LOCAL (R\$)
ENDOCRINOLOGISTA	Médicos devidamente qualificados	10,00	3,5	35,00
CIRURGIÃO VASCULAR	Médicos devidamente qualificados	10,00	3,5	35,00
REUMATOLOGISTA	Médicos devidamente qualificados	10,00	3,5	35,00
UROLOGISTA	Médicos devidamente qualificados	10,00	3,5	35,00
NEUROLOGISTA	Médicos devidamente qualificados	10,00	3,5	35,00
NEUROLOGISTA PEDIÁTRICO	Médicos devidamente qualificados	10,00	3,5	35,00
GASTROENTEROLOGISTA	Médicos devidamente qualificados	10,00	3,5	35,00
GASTROENTEROLOGISTA PEDIÁTRICO	Médicos devidamente qualificados	10,00	3,5	35,00

(Redação acrescida pelo Decreto nº 23310/2014)

2.2.4.2 Qualificação profissional necessária:

CONSULTA MÉDICA	QUALIFICAÇÃO, COM CERTIFICAÇÃO DE REGISTRO NO CRM/PR	TABELA SUS (R\$)	MULTIPLICADOR	TABELA LOCAL (R\$)
Endocrinologista	Médicos devidamente qualificados	10,00	3,5	35,00
Cirurgião Vascular	Médicos devidamente qualificados	10,00	3,5	35,00
Reumatologista	Médicos devidamente qualificados	10,00	3,5	35,00
Urologista	Médicos devidamente qualificados	10,00	3,5	35,00
Neurologista	Médicos devidamente qualificados	10,00	3,5	35,00
Neurologista Pediátrico	Médicos devidamente qualificados	10,00	3,5	35,00
Gastroenterologista	Médicos devidamente qualificados	10,00	3,5	35,00
Gastroenterologista Pediátrico	Médicos devidamente qualificados	10,00	3,5	35,00
* Proctologista	Médicos devidamente qualificados	10,00	3,5	35,00
* Cardiologista	Médicos devidamente qualificados	10,00	3,5	35,00
* Ortopedista	Médicos devidamente qualificados	10,00	3,5	35,00

a) O valor de R\$ 100,00 (cem reais) por hora presencial de trabalho, conforme Resolução nº 010/2015 do Conselho Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu. (Redação dada pelo Decreto nº **23.705/2015**)

2.2.4.2 Qualificação profissional necessária:

CONSULTA MÉDICA	QUALIFICAÇÃO, COM CERTIFICAÇÃO DE REGISTRO NO CRM/PR	TABELA SUS (R\$)	MULTIPLICADOR	TABELA LOCAL (R\$)
Endocrinologista	Médicos devidamente qualificados	10,00	3,5	35,00
Cirurgião Vascular	Médicos devidamente qualificados	10,00	3,5	35,00
Reumatologista	Médicos devidamente qualificados	10,00	3,5	35,00
Urologista	Médicos devidamente qualificados	10,00	3,5	35,00
Neurologista	Médicos devidamente qualificados	10,00	3,5	35,00
Neurologista Pediátrico	Médicos devidamente qualificados	10,00	3,5	35,00
Gastroenterologista	Médicos devidamente qualificados	10,00	3,5	35,00
Gastroenterologista Pediátrico	Médicos devidamente qualificados	10,00	3,5	35,00
Proctologista	Médicos devidamente qualificados	10,00	3,5	35,00
Cardiologista	Médicos devidamente qualificados	10,00	3,5	35,00
Ortopedista	Médicos devidamente qualificados	10,00	3,5	35,00
Alergologista (*)	Médicos devidamente qualificados	10,00	3,5	35,00
Alergologista Pediátrico (*)	Médicos devidamente qualificados	10,00	3,5	35,00
Cardiologista Pediátrico (*)	Médicos devidamente qualificados	10,00	3,5	35,00
Dermatologista (*)	Médicos devidamente qualificados	10,00	3,5	35,00
Geriatra (*)	Médicos devidamente qualificados	10,00	3,5	35,00
Infectologista (*)	Médicos devidamente qualificados	10,00	3,5	35,00
Oftalmologista (*)	Médicos devidamente qualificados	10,00	3,5	35,00
Otorrinolaringologista (*)	Médicos devidamente qualificados	10,00	3,5	35,00
Pneumologista (*)	Médicos devidamente qualificados	10,00	3,5	35,00

(*) Incluídos conforme Resolução COMUS nº 16/2015. (Redação dada pelo Decreto nº 24.007/2015)

2.2.4.2 Qualificação profissional necessária, conforme Tabela A e Tabela B.

TABELA A - NOS ESTABELECIMENTOS PRÓPRIOS DO MUNICÍPIO

(*) Conforme Resolução nº 08/2017, do Conselho Municipal da Saúde - COMUS.

CONSULTAS MÉDICAS	QUALIFICAÇÃO, COM CERTIFICAÇÃO DE REGISTRO NO CRM/PR	TABELA SUS (R\$)	MULTIPLICADOR	TAB. LOCAL (R\$)
Alergologia Adulto	Médicos devidamente qualificados	10,00	4,0	40,00
Alergologia Pediatria	Médicos devidamente qualificados	10,00	4,0	40,00
Cardiologia	Médicos devidamente qualificados	10,00	4,0	40,00
Cardiologia Pediatria	Médicos devidamente qualificados	10,00	4,0	40,00
Cirurgia Geral	Médicos devidamente qualificados	10,00	4,0	40,00
Cirurgia vascular	Médicos devidamente qualificados	10,00	4,0	40,00
Dermatologia	Médicos devidamente qualificados	10,00	4,0	40,00
Endocrinologia	Médicos devidamente qualificados	10,00	4,0	40,00
Endocrinologia Pediátrica	Médicos devidamente qualificados	10,00	4,0	40,00
Gastroenterologia	Médicos devidamente qualificados	10,00	4,0	40,00
Gastroenterologia Pediátrica	Médicos devidamente qualificados	10,00	4,0	40,00
Geriatria	Médicos devidamente qualificados	10,00	4,0	40,00
Hematologia	Médicos devidamente qualificados	10,00	4,0	40,00
Hematologia Pediátrica	Médicos devidamente qualificados	10,00	4,0	40,00
Infectologia	Médicos devidamente qualificados	10,00	4,0	40,00
Infectologia Pediátrica	Médicos devidamente qualificados	10,00	4,0	40,00
Neonatologia	Médicos devidamente qualificados	10,00	4,0	40,00
Neurologista	Médicos devidamente qualificados	10,00	4,0	40,00

Neurologia Pediátrica	Médicos devidamente qualificados	10,00	4,0	40,00
Oftalmologia	Médicos devidamente qualificados	10,00	4,0	40,00
Ortopedia	Médicos devidamente qualificados	10,00	4,0	40,00
Ortopedia Pediátrica	Médicos devidamente qualificados	10,00	4,0	40,00
Otorrinolaringologia	Médicos devidamente qualificados	10,00	4,0	40,00
Pneumologia	Médicos devidamente qualificados	10,00	4,0	40,00
Pneumologia Pediátrica	Médicos devidamente qualificados	10,00	4,0	40,00
Proctologia	Médicos devidamente qualificados	10,00	4,0	40,00
Reumatologia	Médicos devidamente qualificados	10,00	4,0	40,00
Reumatologia Pediátrica	Médicos devidamente qualificados	10,00	4,0	40,00
Urologia	Médicos devidamente qualificados	10,00	4,0	40,00
Outras especialidades	Médicos devidamente qualificados	10,00	4,0	40,00

TABELA B - NOS ESTABELECIMENTOS DO PRESTADOR

CONSULTAS MÉDICAS	QUALIFICAÇÃO, COM CERTIFICAÇÃO DE REGISTRO NO CRM/PR	TABELA SUS (R\$)	MULTIPLICADOR	TAB. LOCAL (R\$)
Alergologia Adulto	Médicos devidamente qualificados	10,00	5,0	50,00
Alergologia Pediatria	Médicos devidamente qualificados	10,00	5,0	50,00
Cardiologia	Médicos devidamente qualificados	10,00	5,0	50,00

Cardiologia Pediatria	Médicos devidamente qualificados	10,00	5,0	50,00
Cirurgia Geral	Médicos devidamente qualificados	10,00	5,0	50,00
Cirurgia Vasculard	Médicos devidamente qualificados	10,00	5,0	50,00
Dermatologia	Médicos devidamente qualificados	10,00	5,0	50,00
Endocrinologia	Médicos devidamente qualificados	10,00	5,0	50,00
Endocrinologia Pediátrica	Médicos devidamente qualificados	10,00	5,0	50,00
Gastroenterologia	Médicos devidamente qualificados	10,00	5,0	50,00
Gastroenterologia Pediátrica	Médicos devidamente qualificados	10,00	5,0	50,00
Geriatria	Médicos devidamente qualificados	10,00	5,0	50,00
Hematologia	Médicos devidamente qualificados	10,00	5,0	50,00
Hematologia Pediátrica	Médicos devidamente qualificados	10,00	5,0	50,00
Infectologia	Médicos devidamente qualificados	10,00	5,0	50,00
Infectologia Pediátrica	Médicos devidamente qualificados	10,00	5,0	50,00
Neonatologia	Médicos devidamente qualificados	10,00	5,0	50,00
Neurologista	Médicos devidamente qualificados	10,00	5,0	50,00
Neurologia Pediátrica	Médicos devidamente qualificados	10,00	5,0	50,00
Oftalmologia	Médicos devidamente qualificados	10,00	5,0	50,00
Ortopedia	Médicos devidamente qualificados	10,00	5,0	50,00
Ortopedia Pediátrica	Médicos devidamente qualificados	10,00	5,0	50,00
Otorrinolaringologia	Médicos devidamente qualificados	10,00	5,0	50,00
Pneumologia	Médicos devidamente qualificados	10,00	5,0	50,00
Pneumologia Pediátrica	Médicos devidamente qualificados	10,00	5,0	50,00

Proctologia	Médicos devidamente qualificados	10,00	5,0	50,00
Reumatologia	Médicos devidamente qualificados	10,00	5,0	50,00
Reumatologia Pediátrica	Médicos devidamente qualificados	10,00	5,0	50,00
Urologia	Médicos devidamente qualificados	10,00	5,0	50,00
Outras especialidades	Médicos devidamente qualificados	10,00	5,0	50,00

(*) Conforme Resolução nº 08/2017, do Conselho Municipal da Saúde - COMUS. (Redação dada pelo Decreto nº 25.197/2017)

2.3 Em se tratando de prestação de serviços médicos em unidades próprias de atendimento à saúde mental, a remuneração se dará conforme valores e condições discriminados a seguir:

2.3.1 Na especialidade de psiquiatria: o valor de R\$ 53,00 (cinquenta e três reais) por hora presencial de trabalho, acrescido de R\$ 12,50 (doze reais e cinquenta centavos) por consulta efetuada;-

2.3.1 Na especialidade de psiquiatria: o valor de R\$ 60,00 (sessenta reais) por hora presencial de trabalho, acrescido de R\$ 25,00 (vinte e cinco reais) por consulta efetuada, desde que sejam atendidas as metas do Programa de Saúde Mental para atendimentos Médicos; (Redação dada pelo Decreto nº 23310/2014)

2.3.1 Na especialidade de psiquiatria: o valor de R\$ 100,00 (cem reais) por hora presencial de trabalho, acrescido de R\$ 25,00 (vinte e cinco reais) por consulta efetuada no Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) ou no Ambulatório de Saúde Mental (ASM) ou de R\$ 33,75 (trinta e três reais e setenta e cinco centavos) por consulta efetuada no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Nível II (CAPSad II) ou no Centro de Atenção Psicossocial Nível II, desde que sejam atendidas as metas do Programa de Saúde Mental para atendimentos Médicos; (Redação dada pelo Decreto nº 27848/2020)

2.3.2 Na especialidade de clínica médica o valor de R\$ 26,50 (vinte e seis reais e cinquenta centavos) por hora presencial de trabalho, acrescido de R\$ 12,50 (doze reais e cinquenta centavos) por consulta efetuada.

2.3.3 Qualificação profissional necessária:

ESPECIALIDADE	QUALIFICAÇÃO, COM CERTIFICAÇÃO DE REGISTRO NO CRM/PR
Clínica Médica	Médicos devidamente qualificados.
Psiquiatria	Médicos devidamente qualificados.

2.3.3 Nas especialidades Pediatria e Neurologia: o valor de R\$ 100,00 (cem reais) a hora trabalhada, devidamente comprovada e registrada no Sistema de Informação Saúde Foz, por profissionais com formação comprovada. (Redação dada pelo Decreto nº 24.007/2015)

2.3.4 Qualificação profissional necessária:

ORDEM	ESPECIALIDADE	QUALIFICAÇÃO, REGISTRO E SITUAÇÃO REGULAR NO CRM/PR
01	Clínica Médica	Médicos devidamente qualificados
02	Psiquiatria	Médicos devidamente qualificados
03	Pediatria	Médicos devidamente qualificados
04	Neurologia	Médicos devidamente qualificados

(Redação dada pelo Decreto nº 24.007/2015)

2.4 Dos Procedimentos de fisioterapia:

2.4.1 Tabela Municipal de Procedimentos de Fisioterapia:

Descrição	Procedimento	Valor Atual: Tabela SUS	Novo valor: majoração de ½ Tabela SUS
Atendimento fisioterapêutico em paciente no pré/pós cirurgias uroginecológicas	03.02.01.001-7	R\$ 6,35	R\$ 9,53
Atendimento fisioterapêutico em pacientes com disfunções uroginecológicas	03.02.01.002-5	R\$ 4,67	R\$ 7,01
Atendimento fisioterapêutico em paciente neonato	03.02.01.003-3	R\$ 6,35	R\$ 9,53
Atendimento fisioterapêutico de paciente com cuidados paliativos	03.02.02.001-2	R\$ 6,35	R\$ 9,53
Atendimento fisioterapêutico em paciente oncológico clínico	03.02.02.002-0	R\$ 4,67	R\$ 7,01
Atendimento fisioterapêutico em paciente no pré e pós cirurgia oncológica	03.02.02.003-9	R\$ 6,35	R\$ 9,53

Atendimento fisioterapêutico em pacientes com alterações oculomotoras centrais c/ comprometimento sistêmico	03.02.03.001-8	R\$ 6,35	R\$ 9,53
Atendimento fisioterapêutico em paciente com alterações oculomotoras periféricas	03.02.03.002-6	R\$ 4,67	R\$ 7,01
Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtorno respiratório com complicações sistêmicas	03.02.04.001-3	R\$ 6,35	R\$ 9,53
Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtorno respiratório sem complicações sistêmicas	03.02.04.002-1	R\$ 4,67	R\$ 7,01
Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtorno clínico cardiovascular	03.02.04.003-0	R\$ 4,67	R\$ 7,01
Atendimento fisioterapêutico em paciente pré/pós cirurgia cardiovascular	03.02.04.004-8	R\$ 6,35	R\$ 9,53
Atendimento fisioterapêutico nas disfunções vasculares periféricas	03.02.04.005-6	R\$ 4,67	R\$ 7,01
Atendimento fisioterapêutico em pacientes no pré e pós-operatório nas disfunções músculo esqueléticas	03.02.05.001-9	R\$ 6,35	R\$ 9,53
Atendimento fisioterapêutico nas alterações motoras	03.02.05.002-7	R\$ 4,67	R\$ 7,01
Atendimento fisioterapêutico em pacientes no pré e pós-operatório nas disfunções músculo - esqueléticas c/ complicações sistêmicas	03.02.05.003-5	R\$ 6,35	R\$ 9,53
Atendimento fisioterapêutico em pacientes com distúrbios neuro-cinético-funcionais sem complicações sistêmicas	03.02.06.001-4	R\$ 4,67	R\$ 7,01
Atendimento fisioterapêutico em pacientes com distúrbios neuro-cinético-funcionais com complicações sistêmicas	03.02.06.002-2	R\$ 6,35	R\$ 9,53
Atendimento fisioterapêutico nas desordens do desenvolvimento neuro motor	03.02.06.003-0	R\$ 4,67	R\$ 7,01
Atendimento fisioterapêutico em paciente c/ comprometimento cognitivo	03.02.06.004-9	R\$ 6,35	R\$ 9,53
Atendimento fisioterapêutico em paciente no pré/pós-operatório de neurocirurgia	03.02.06.005-7	R\$ 6,35	R\$ 9,53
Atendimento fisioterapêutico em paciente médio queimado	03.02.07.001-0	R\$ 4,67	R\$ 7,01
Atendimento fisioterapêutico em paciente grande queimado	03.02.07.002-8	R\$ 6,35	R\$ 9,53

Atendimento fisioterapêutico em paciente com sequelas por queimaduras (médio e grande queimados)	03.02.07.003-6	R\$ 4,67	R\$ 7,01
--	----------------	----------	----------

(Redação acrescida pelo Decreto nº 23.645/2015)

2.5 Para prestação de serviços médicos nos serviços de saúde.

a) Qualificação necessária:

ESPECIALIDADE	QUALIFICAÇÃO, COM CERTIFICAÇÃO DE REGISTRO NO CRM/PR
Pediatra	Médicos devidamente capacitados
Ginecologista/Obstetrícia	Médicos devidamente capacitados
Urologista	Médicos devidamente capacitados
Gastroenterologista	Médicos devidamente capacitados
Especialista em saúde da Família	Médicos devidamente capacitados
Cardiologista	Médicos devidamente capacitados
Ortopedista	Médicos devidamente capacitados

b) O valor de R\$ 100,00 (cem reais) por hora presencial de trabalho, conforme Resolução nº 010/2015 do Conselho Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu. (Redação acrescida pelo Decreto nº 23.705/2015)

2.5 Para prestação de serviços médicos nos serviços próprios do Município:

a) Qualificação necessária:

ORDEM	ESPECIALIDADE	QUALIFICAÇÃO, REGISTRO E SITUAÇÃO REGULAR NO CRM/PR
01	Alergologia (*)	Médicos devidamente qualificados
02	Alergologia Pediátrica (*)	Médicos devidamente qualificados
03	Cardiologia	Médicos devidamente qualificados
04	Cardiologia Pediátrica (*)	Médicos devidamente qualificados
05	Cirurgia vascular (*)	Médicos devidamente qualificados
06	Dermatologia (*)	Médicos devidamente qualificados
07	Endocrinologia (*)	Médicos devidamente qualificados
08	Especialista em Saúde da Família	Médicos devidamente qualificados
09	Gastroenterologia	Médicos devidamente qualificados
10	Gastropediatria (*)	Médicos devidamente qualificados
11	Geriatria (*)	Médicos devidamente qualificados
12	Gineco-obstetrícia	Médicos devidamente qualificados
13	Infectologia (*)	Médicos devidamente qualificados
14	Neurologia (*)	Médicos devidamente qualificados
15	Neuropediatria (*)	Médicos devidamente qualificados
16	Oftalmologia (*)	Médicos devidamente qualificados
17	Ortopedia	Médicos devidamente qualificados
18	Otorrinolaringologia (*)	Médicos devidamente qualificados
19	Pediatria	Médicos devidamente qualificados
20	Pneumologia (*)	Médicos devidamente qualificados
21	Proctologia (*)	Médicos devidamente qualificados
22	Reumatologia (*)	Médicos devidamente qualificados
23	Urologia	Médicos devidamente qualificados

(*) Incluídos conforme Resoluções COMUS n°s 010/2015 e 016/2015.

b) O valor de R\$ 100,00 (cem reais) por hora de trabalho, devidamente comprovada e registrada no Sistema de Informação Saúde Foz, por profissionais com formação comprovada.

c) O valor de R\$ 90,00 (noventa reais) por hora de trabalho, devidamente comprovada e registrada no Sistema de Informação Saúde Foz, por profissionais com formação comprovada para atendimento de Medicina Generalista em unidade de serviço da Vigilância em Saúde, conforme Resolução nº 16/2015, do Conselho Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu.

d) O valor de R\$ 100,00 (cem reais) por hora de trabalho, devidamente comprovada e registrada no Sistema de Informação Saúde Foz, por profissionais com formação comprovada nas especialidades de Pediatria, Ginecologia-Obstetrícia, Infectologia, Urologia, Medicina Preventiva e Social e Patologia em unidade de serviço da Vigilância em Saúde, conforme Resolução nº 16/2015, do Conselho Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu. (Redação dada pelo Decreto nº 24.007/2015)

e) o valor de R\$ 100,00 (cem reais) por hora presencial de trabalho, acrescidos de R\$ 33,75 (trinta e três reais e setenta e cinco centavos) por consulta efetuada no CER IV, devidamente comprovada e registrada no Sistema de Informação RP Saúde, por profissionais com formação comprovada nas especialidades de Ortopedia, Neurologia e Otorrinolaringologia, conforme Resolução nº 04/2022 do Conselho Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu. Os profissionais (médicos) devem participar de reuniões de equipe, estudos de caso e projeto terapêutico singular aos pacientes. Deverão ser realizados por hora atendimento, no máximo 4 (quatro) consultas por hora. (Redação acrescida pelo Decreto nº 30.089/2022)

2.6 Credenciamento para prestação de serviços de Ortodontia:

a) Tabela de Procedimentos:

Código SUS	Procedimento	TABELA SUS (R\$)	MULTIPLICADOR	TABELA LOCAL (R\$)
030704011-9	Instalação de Aparelho Ortodôntico e Ortopédico Fixo	67,00	1	67,00
070107017-0	Aparelho Ortodôntico Fixo	175,00	1	175,00
0701070161	Aparelho Ortopédico Fixo	175,00	1	175,00
0701070021	Aparelho Ortodôntico e Ortopédico Removível	60,00	1	60,00
0307040127	Manutenção/Conserto de aparelho ortodôntico/ortopédico	34,00	1	34,00
0701070064	Mantenedor de espaço	10,00	1	10,00
0701070013	Aparelho Fixo Bilateral para fechamento de diastema	10,00	1	10,00
Conforme Resolução nº 007/2015 do Conselho Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu				

(Redação acrescida pelo Decreto nº 23.705/2015)

2.6 Credenciamento para prestação de serviços de Odontologia.

a) Tabela de Procedimentos:

ORDEM	CÓDIGO SUS	PROCEDIMENTO	VALOR TAB. SUS	MULTIPLICADOR	VALOR TAB. LOCAL
01	030704011-9	Instalação de Aparelho Ortodôntico e Ortopédico Fixo	67,00	1	67,00
02	070107017-0	Aparelho Ortodôntico Fixo	175,00	1	175,00
03	0701070161	Aparelho Ortopédico Fixo	175,00	1	175,00
04	0701070021	Aparelho Ortodôntico e Ortopédico Removível	60,00	1	60,00
05	0307040127	Manutenção/Conserto de aparelho ortodôntico/ortopédico	34,00	1,5 (*)	51,00
06	0701070064	Mantenedor de espaço	10,00	1	10,00
07	0701070013	Aparelho Fixo Bilateral para fechamento de diastema	10,00	1	10,00

(*) Conforme Resolução nº 007/2015, do Conselho Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu. (Redação dada pelo Decreto nº 24.007/2015)

3 A prestação de serviços odontológicos de forma complementar à capacidade de gestão municipal em unidades não-hospitalares será realizada exclusivamente por prestadores de natureza jurídica, através de profissionais cirurgiões dentistas, e remunerada tendo como referência o valor de R\$ 400,00 (quatrocentos reais) para o plantão de 12 (doze) horas, nos seguintes casos:

3.1 Serviços prestados em unidades de atendimento a urgências e emergências, por profissionais cirurgiões bucomaxilofaciais.

Observação: Em se tratando de avaliações desta especialidade a remuneração se dará pelo número de avaliações realizadas no mês multiplicado pelo valor de R\$ 50,00 (cinquenta reais).

3.2 Serviços prestados no Centro de Especialidades Odontológicas - CEO - por profissionais cirurgiões bucomaxilofaciais e cirurgiões dentistas com especialidade reconhecida pelo Conselho Federal de Odontologia - CFO - e Ministério da Educação.

3.3 Serviços prestados especificamente no Programa Saúde da Família Bucal, por profissionais cirurgiões dentistas.

4 A prestação de serviços de nível superior não-médicos será remunerada, tendo como referência valores discriminados a seguir:

4.1 O valor de R\$ 200,00 (duzentos reais) para o plantão de 12 (doze) horas em unidades não-hospitalares de atendimento a urgências e emergências e em unidades de atenção em saúde mental.

4.2 O valor de R\$ 84,00 (oitenta e quatro reais) por plantão de 4 (quatro) horas diárias, em serviços nas áreas de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, quando prestados nos Programas Saúde da Família (PSF) e nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

5 Para os itens 3 e 4 admite-se em função da natureza do serviço e das necessidades estabelecidas pelo Gestor Municipal do SUS, o fracionamento do período indicado, sendo a remuneração calculada de forma diretamente proporcional.

6 Na eventual impossibilidade do cumprimento da escala de atendimento previamente combinada, a pessoa jurídica titular da escala deverá providenciar a devida substituição, com anuência do responsável pela Unidade.

6.1 A falta do profissional no cumprimento da escala previamente combinada, sem a providência do substituto, implicará aplicação das penalidades constantes do instrumento contratual que vier a ser celebrado.

6.2 Quando apurada, a falta de resolutividade do profissional no atendimento dos pacientes de urgência e emergência, através de uma auditoria específica e/ou revisão de prontuários, implicará aplicação das penalidades constantes do instrumento contratual que vier a ser celebrado.

7. Fornecimento de órteses e próteses e meios auxiliares de locomoção utilizadas para a reabilitação física dos usuários SUS, devidamente encaminhados pelo serviço e incluídas na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. (Redação acrescida pelo Decreto nº 31.557/2023)

7.1 Valor unitário majorado na ordem de uma tabela SUS nacional e meia para os itens denominados cadeira de rodas mecânicas e automatizadas, conforme Resolução nº 010/2023, de 10 de abril de 2023, do Conselho Municipal da Saúde – COMUS e de uma tabela para os demais itens de OPM. (Redação acrescida pelo Decreto nº 31.557/2023)

7.1 Valor unitário majorado na ordem de uma tabela SUS nacional e meia para os itens denominados cadeira de rodas mecânicas e automatizadas, com exceção do item 01.01.01.003 - CADEIRA DE RODAS PARA BANHO COM ASSENTO SANITÁRIO, conforme Resolução nº 010/2023, de 10 de abril de 2023, do Conselho Municipal da Saúde - COMUS e de uma tabela para os demais itens de OPM. (Redação dada pelo Decreto nº 31.629/2023)

7.2 A empresa deverá fornecer órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção e que estejam de acordo com as normas do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. (Redação acrescida pelo Decreto nº 31.557/2023)