



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Prefeitura Municipal de São Pedro da Aldeia
Conselho Municipal de Saúde
São Pedro da Aldeia



PMSPA / SESAU

PROC. N° 110651/21

PAG 30

10

RESOLUÇÃO

ERRATA DA RESOLUÇÃO N° 008 DE 25 DE AGOSTO DE 2021

RESOLUÇÃO N° 008 DE 25 DE AGOSTO DE 2021 REFERENTE A TABELA DIFERENCIADA PARA A CONTRATAÇÃO DE PJ'S MÉDICOS

O Plenário do Conselho Municipal de Saúde de São Pedro da Aldeia, em sua Reunião extraordinária realizada no dia 25 de agosto de 2021, às 14h30min, no auditório da OAB Ordem dos Advogados do Brasil de São Pedro da Aldeia, no uso de suas competências regimentais e atribuições legais conferidas pela Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, pela Lei Federal nº 8.142 de 24 de dezembro de 1990, pela Lei Orgânica do Município de São Pedro de Aldeia de 05 de outubro de 1989.

Resolve:

Considerando o déficit de profissionais médicos em nosso Município, tendo em vista o número de habitantes estimado em 106 mil habitantes.

Considerando 26 Unidades de Saúde em funcionamento e mais 02 (duas) Unidades previstas a inaugurar, além da Policlínica Municipal.

Considerando os processos seletivos realizados desde 2018 e ainda assim a dificuldade para contratação de profissionais médicos.

Considerando o preço pago a maior pelos Municípios vizinhos a estes profissionais médicos, gerando a falta de interesse em presta serviço em nosso município.

Considerando a necessidade de contratação de equipe extra para cobrir férias dos profissionais médicos.

Considerando a contratação emergencial para cobrir o afastamento de suas atividades médicas pelo Covid -19 devido a idade do profissional.

Considerando que foi levantado os preços de consulta de seis fontes de credibilidade do país tendo a media considerada para esta tabela diferenciada.

Considerando alto custo financeiro com férias e 13º salário dos profissionais contratados.

Rua Marques da Cruz, Nº 122
Centro – São Pedro da Aldeia – RJ
Tel. (22) 99933-3043
conselho.municipalspa@gmail.com



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Prefeitura Municipal de São Pedro da Aldeia
Conselho Municipal de Saúde
São Pedro da Aldeia



PMSPA / SESAU
PROC. N° 11063121
39
PAG

Considerando Excluir da Estimativa de Custos a previsão de tributos relativos a IRPJ e CSLL, considerando jurisprudência firmada pelo Tribunal de Contas da União (TCU), Súmula nº 254/2010-TCU-Plenário, onde é estabelecido que tais tributos não devem compor o BDI na elaboração da planilha orçamentária estimada, por serem tributos que não incidem sobre o valor do serviço a ser prestado, bem como pelo Acórdão TCU – Plenário, Nº 325/07 (item 9.1.1), que afirma que tributos de natureza direta, não devem ter seus encargos financeiros transferidos para outra pessoa, ou seja, repassados para a Contratante, devendo ser suportados pela pessoa legalmente obrigada ao seu pagamento.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO GABINETE DA CONSELHEIRA SUBSTITUTA ANDREA SIQUEIRA MARTINS

Considerando a Lei Orgânica do Município de São Pedro de Aldeia. Que sem prejuízo das funções do poder Legislativo, são competências de Conselho Municipal de Saúde: Atuar na formulação e controle da execução da política de saúde.

O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PEDRO DA ALDEIA

Resolve:

Aprovar TABELA DIFERENCIADA PARA A CONTRATAÇÃO DE PJ'S MÉDICOS COM AS SEGUINTE NORMAS E PROCEDIMENTOS

- Atividades médicas ambulatorial restrita a consultas Código de atividade econômica 86-30-5-03
- Fica restrito a contratação de profissional médico com mais de 65 anos para atendimento de consulta médica em atenção primária.
- Fica restrito a contratação de profissional médico com mais de 70 anos para atendimento de consulta médica em atenção especializada.
- A contratação da empresa prestadora de serviços ambulatoriais será através de processo chamamento público.
- Não será renovado os contratos de médicos a vencer por processo seletivo vigente.
- A empresa prestadora de serviços médicos ambulatoriais receberá por consulta médica em atenção primária o valor de R\$ 70,00 (setenta reais).
- A empresa prestadora de serviços médicos ambulatoriais receberá por consulta médica em atenção especializada o valor de R\$ 82,00 (oitenta e dois reais).

Rua Marques da Cruz, Nº 122
Centro – São Pedro da Aldeia – RJ
Tel. (22) 99933-3043
conselho.municipalspa@gmail.com



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Prefeitura Municipal de São Pedro da Aldeia
Conselho Municipal de Saúde
São Pedro da Aldeia



PMSPA / SESAU

DOC. N° 11065121

606

32

03

- A empresa prestadora de serviços médicos ambulatoriais receberá 5% como taxa de administração.
- O Conselho Municipal de Saúde fará parte da comissão que realizará a contratação da prestadora de serviços ambulatoriais.

Tabela de referência (pesquisa de valores).

	SUS	PLANO AMIL	PLANO SULAMERICA	PLANO UNIMED	PLANO BRADESCO	PLANO ASSIM	PLANO CASSI	TABELA AMB	VALOR TOTAL	VALOR APlicado
atenção primária	R\$ 10,00	R\$ 80,00	R\$ 100,00	R\$ 80,00	R\$ 100,00	R\$ 80,00	R\$ 150,00	R\$ 100,00	R\$ 350,00	R\$ 70,00
atenção especializada	R\$ 10,00	R\$ 200,00	R\$ 100,00	R\$ 100,00	R\$ 100,00	=	R\$ 150,00	R\$ 100,00	R\$ 410,00	R\$ 82,00

	VALOR APPLICADO	VALOR APPLICADO TAXA DE 5%	VALOR TOTAL
atenção primária	R\$ 70,00	R\$ 3,50	R\$ 73,50
atenção especializada	R\$ 82,00	R\$ 4,10	R\$ 86,10

José Roberto A. Oliveira
Presidente do Conselho Municipal de Saúde

Rua Marques da Cruz, Nº 122
Centro – São Pedro da Aldeia – RJ
Tel. (22) 99933-3043
conselho.municipalspa@gmail.com

PMSPA / SESAU

卷之三

TABELA MUNICIPAL DIFERENCIADA DE SERVIÇO DE SAÚDE DO SUS

FORMA: CONSULTAS MÉDICAS



RESOLUÇÃO

RESOLUÇÃO N° 008 DE 25 DE AGOSTO DE 2021 REFERENTE A TABELA DIFERENCIADA PARA A CONTRATAÇÃO DE PJ'S MÉDICOS

O Plenário do Conselho Municipal de Saúde de São Pedro da Aldeia, em sua Reunião Extraordinária realizada no dia 25 de agosto de 2021, às 14h30min, no auditório da OAB Ordem dos Advogados do Brasil de São Pedro da Aldeia, no uso de suas competências regimentais e atribuições legais conferidas pela Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, pela Lei Federal nº 8.142 de 24 de dezembro de 1990, pela Lei Orgânica do Município de São Pedro de Aldeia de 05 de outubro de 1989.

Resolve:

Considerando o déficit de profissionais médicos em nosso Município, tendo em vista o número de habitantes estimado em 106 mil habitantes.

Considerando 26 Unidades de Saúde em funcionamento e mais 02 (duas) Unidades previstas a inaugurar, além da Policlínica Municipal.

Considerando os processos seletivos realizados desde 2018 e ainda assim a dificuldade para contratação de profissionais médicos.

Considerando o preço pago a maior pelos Municípios vizinhos a estes profissionais médicos, gerando a falta de interesse em presta serviço em nosso município.

Considerando a necessidade de contratação de equipe extra para cobrir férias dos profissionais médicos

Considerando a contratação emergencial para cobrir o afastamento de suas atividades médicas pelo Covid -19 devido a idade do profissional.

Considerando que foi levantado os preços de consulta de seis fontes de credibilidade do país tendo a media considerada para esta tabela diferenciada

Considerando a Lei Orgânica do Município de São Pedro de Aldeia. Que sem prejuízo das funções do poder Legislativo, são competências de Conselho Municipal de Saúde: Atuar na formulação e controle da execução da política de saúde.





ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Prefeitura Municipal de São Pedro da Aldeia
Conselho Municipal de Saúde
São Pedro da Aldeia



PMSPA / SESAU
PROC. N° 11065/21
PAG 35
P

O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PEDRO DA ALDEIA

Resolve:

Aprovar TABELA DIFERENCIADA PARA A CONTRATAÇÃO DE PJ'S MÉDICOS COM AS SEGUINTE NORMAS E PROCEDIMENTOS

- Atividades médicas ambulatorial restrita a consultas
Código de atividade econômica 86-30-5-03
- Fica restrito a contratação de profissional médico com mais de 65 anos para atendimento de consulta médica em atenção primária.
- Fica restrito a contratação de profissional médico com mais de 70 anos para atendimento de consulta médica em atenção especializada.
- A contratação da empresa prestadora de serviços ambulatoriais será através de processo chamamento publico.
- Não será renovado os contratos de médicos a vencer por processo seletivo vigente.
- A empresa prestadora de serviços médicos ambulatoriais receberá por consulta médica em atenção primária o valor de R\$ 70,00 (setenta reais).
- A empresa prestadora de serviços médicos ambulatoriais receberá por consulta médica em atenção especializada o valor de R\$ 82,00 (oitenta e dois reais).
- A empresa prestadora de serviços médicos ambulatoriais receberá 5% como taxa de administração.
- A empresa prestadora de serviços médicos ambulatoriais receberá 17,5% de imposto lucro presumido.
- A empresa prestadora de serviços médicos ambulatoriais optante pelo SIMPLES NACIONAL deverá apresentar qual o percentual do seu tributo aplicado.
- O Conselho Municipal de Saúde fará parte da comissão que realizará a contratação da prestadora de serviços ambulatoriais.

PMISPA / SESAU
 PROC. N° 110651/21
 PÁG. 36

Tabela de referencia (pesquisa de valores).

	SUS	PLANO AMIL	PLANO SULAMERICA	PLANO UNIMED	PLANO BRADESCO	PLANO ASSIM	PLANO CASSI	TABELA AMB	VALOR TOTAL	VALOR APLICADO
atenção primária	R\$ 10,00	R\$ 80,00	R\$ 100,00	R\$ 80,00	R\$ 100,00	R\$ 80,00	R\$ 150,00	R\$ 100,00	R\$ 350,00	R\$ 70,00
atenção especializada	R\$ 10,00	R\$ 200,00	R\$ 100,00	R\$ 100,00	R\$ 100,00	=	R\$ 150,00	R\$ 100,00	R\$ 410,00	R\$ 82,00



José Roberto A. Oliveira
 Presidente do Conselho Municipal de Saúde



SUS

SUS

MISPA / SESAU
C. N. 11065121

37
④

TABELA MUNICIPAL DIFERENCIADA DE SERVIÇO DE SAÚDE DO SUS

SUB-GRUPO 01 - DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPIATOLÓGICA

FORMA DE ORGANIZAÇÃO : 01 EXAMES CITOPIATOLÓGICO



CÓDIGO	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	COMPLEXIDADE	TAB. SUS. PED.		PREST. (SHIRLEY) (Lúpulas)	PREST. (RÁDIO) AMB	TABELA AMB	VALOR TOTAL	VALOR APLICADO
				V.L.S. AMB. (R\$)	V.L.S. HOSP. (R\$)	V.L.S. (R\$)	V.L.S. (R\$)	V.L.S. (R\$)	V.L.S. (R\$)	V.L.S. (R\$)
02.03.01.001-9	EXAME CITOPIATOLÓGICO GERICOVAGINAL - MICROBIOTA	AMB.	MÉDIA	R\$ 0,97	-	R\$ 30,00	-	-	R\$ 36,97	R\$ 18,49
02.03.01.002-7	EXAME CITOPIATOLÓGICO HERMINAL SERUÍDO - ANÔMICO (COLÉTAS)	AMB.HOSP.	MÉDIA	R\$ 10,65	R\$ 10,55	R\$ 125,00	R\$ 51,75	-	R\$ 140,00	R\$ 202,40
02.03.01.003-5	EXAME DE CITOLOGIA ONCOLOGICA (EXETO CERVICO VAGINAL) - CERVICO VAGINAL	AMB.HOSP.	MÉDIA	R\$ 10,65	R\$ 10,65	R\$ 115,00	R\$ 52,50	-	R\$ 70,00	R\$ 133,15
02.03.01.004-3	EXAME CITOPIATOLÓGICO DE MAMA - DETERMINAÇÃO DE RECEPTORES TUMORÍFICOS (HORMONAS IFOREXAME)	AMB.	MÉDIA	R\$ 35,34	-	R\$ 120,00	R\$ 85,52	-	R\$ 220,00	R\$ 340,95
02.03.02.001-4	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DO COLO UTERINO	AMB.	MÉDIA	R\$ 65,55	-	-	-	-	R\$ 65,65	R\$ 65,65
02.03.02.002-2	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DO COLO UTERINO	AMB.	MÉDIA	R\$ 43,21	R\$ 43,21	R\$ 120,00	R\$ 85,52	-	R\$ 220,00	R\$ 348,73
02.03.02.003-0	EXAME ANATOMOPATOLOGICO CONGELAMENTO / PARAFINA (EXETO COLO UTERINO)	AMB.HOSP.	MÉDIA	R\$ 24,00	R\$ 24,00	R\$ 120,00	R\$ 85,52	-	R\$ 317,00	R\$ 426,92
02.03.02.004-6	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - BIOPSIA	AMB.HOSP.	MÉDIA	R\$ 45,83	-	R\$ 120,00	R\$ 85,52	-	R\$ 220,00	R\$ 351,35
02.03.02.007-3	EXAME CITOPIATOLÓGICO DE MAMA - PEÇA CIRÚRGICA	AMB.HOSP.	MÉDIA	R\$ 43,21	-	R\$ 120,00	R\$ 85,52	-	R\$ 220,00	R\$ 348,73
02.03.02.008-1	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DO COLOUTERINO - BIOPSIA	AMB.HOSP.	MÉDIA	R\$ 24,00	-	R\$ 120,00	R\$ 85,52	-	R\$ 220,00	R\$ 348,73
SI/COD/SUS	HISTOPATOLOGICO DE BIOPSIAS GERAIS	AMB.HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 120,00	R\$ 85,52	-	R\$ 320,00	R\$ 320,00
SI/COD/SUS	DIOPSIA DE TIREOIDE GUÍDA POR ULTRASSOM	AMB.HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 300,00	R\$ 300,00	-	R\$ 300,00	R\$ 300,00
SI/COD/SUS	BIOPSIA DE MAMA BILATERAL GUÍDA POR ULTRASSOM	AMB.HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 500,00	-	-	R\$ 500,00	R\$ 500,00
SI/COD/SUS	DOPSIA DE MAMA UNILATERAL GUÍDA POR ULTRASSOM	AMB.HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 300,00	-	-	R\$ 300,00	R\$ 300,00
02.01.01.41-0	BIOPSIA DE PROSTATA GUÍDA POR ULTRASSOM	AMB.HOSP.	MÉDIA	R\$ 92,30	-	-	-	-	R\$ 450,00	R\$ 542,35
SI/COD/SUS	REVISÃO DE LÂMINAS	AMB.HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 285,00	-	-	R\$ 140,00	R\$ 418,00

1

O procedimento que tem preço da tabela SIGTAP + Prestador + Taxa AMB foi rotulado com valor da tabela SIGTAP + o valor da tabela AMB para fazer a Média

2

Os procedimentos que somente tem o valor do prestador, o médico foi feito com o valor do prestador com menor preço

3

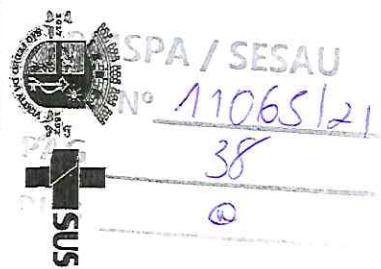
O procedimento que só tem preço da tabela AMB é rotulado a menor taxa com o valor do menor prestador e com o valor da AMB

4

O procedimento que não tem a tabela SIGTAP e não AMB, a menor foi feito com o preço da AMB

5

OS procedimentos referentes às consultas médicas, fizeram o valor das consultas a incidência de 65% da taxa da administração.



**TABELA MUNICIPAL DIFERENCIADA DE SERVIÇO DE SAÚDE
DO SUS**



SUB-GRUPO 02 - DIAGNÓSTICO POR ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA EXAMES ANATOMOPATOLÓGICOS

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	COMPLEXIDADE	TAB. SUS. FED	PREST.	PREST.	TABELA	VALOR	VALOR
				VLS. AMB. (R\$)	VLS. AMB. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)
02.03.02.004-9	IMUNOHISTOQUÍMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS	AMB.	MÉDIA	R\$ 92,00	R\$ 92,00	R\$ 91,00	R\$ 524,99	R\$ 500,00	R\$ 1.116,99
S/COD SUS	IMUNOHISTOQUÍMICA DE MAMA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 92,00	R\$ 92,00	R\$ 910,00	R\$ 579,99	R\$ 500,00	R\$ 671,99
S/COD SUS	IMUNOHISTOQUÍMICA DE PRÓSTATA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 92,00	R\$ 92,00	R\$ 910,00	R\$ 619,20	R\$ 500,00	R\$ 1.111,20
									R\$ 370,40

- 1 Os procedimento que tem preço da tabela SIGTAP + Prestador + Tabela AMB, foi retirado 1(um) valor da Tabela SIGTAP + o menor valor do Prestador + o Valor da tabela AMB para fazer a Média
- 2 OS procedimentos que somente tem o valor de prestador, a média foi feita com o valor do prestador com menor preço
- 3 OS procedimento que só tem preço da Tabela AMB e Prestador , a média foi feita com o valor do menor prestador e com o valor da AMB
- 4 OS procedimento que só tem o valor da tabela SIGTAP e tabela Amb, a média foi feito com o preço de ambos
- 5 OS procedimentos referentes às consultas médicas, terão sobre o valor das consultas a incidência de 5% de taxa de administração.



PMSPA / SESA

PROC. N° 110651-39

AG

(3)

TABELA MUNICIPAL DIFERENCIADA DE SERVIÇO DE SAÚDE DO SUS



SUB-GRUPO 03 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DE DIAGNÓSTICO

FORMA: APARELHO DIGESTIVO

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	COMPLEXIDADE	TAB. SUS. FED		PREST. (SANTA MARIA)	PREST. (RADIO MED)	PREST. (AV/MED)	PREST. (CLINAD)	PREST. (FIGHT - SAÚDE EM FOCO)	TABELA AMB	VALOR TOTAL	VALOR APLICADO
				VLS. AMB. (R\$)	VLS. HOSP. (R\$)								
02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 112,66	R\$ 112,66	R\$ 1.350,00	-	-	-	-	R\$ 650,00	R\$ 2.112,66	R\$ 704,22
	DIAGNÓSTICA COM RETIRADA DE MATERIAL PARA EXAME HISTOPATOLOGICO	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 1.650,00	-	R\$ 1.650,00
	COLONOSCOPIA COM RETOSSIGMOIDOSCOPA (OPA)	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	R\$ 720,00	-	-	R\$ 720,00	R\$ 720,00	R\$ 720,00
	COLONOSCOPIA COM POLIPECTOMIA SEDADAÇÃO PARA COLONOSCOPIA	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	R\$ 200,00	-	-	R\$ 200,00	R\$ 200,00
	POLIPECTOMIA DE ESOFAGO, ESTOMAGO E DUODENO	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	R\$ 450,00	-	-	R\$ 450,00	R\$ 450,00	R\$ 450,00
	POLIPECTOMIA DE COLON	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	R\$ 600,00	-	-	R\$ 600,00	R\$ 600,00	R\$ 600,00
	POLIPECTOMIA DE RETO	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	R\$ 450,00	-	-	R\$ 450,00	R\$ 450,00	R\$ 450,00
	RETOSIGMOIDESCOPIA A FLECHETE	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	R\$ 120,00	-	-	R\$ 120,00	R\$ 120,00	R\$ 120,00
	SEDADAÇÃO PARA RETOSIGMOIDESCOPIA	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	R\$ 150,00	-	-	R\$ 150,00	R\$ 150,00	R\$ 150,00
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA ENDOSCOPICA DIGESTIVA ALTA COM PESQUISA DE H. PYLORI	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 43,16	R\$ 48,16	R\$ 550,00	R\$ 300,00	R\$ 320,00	-	-	R\$ 240,00	R\$ 588,16	R\$ 196,05

PMSPA / SESAU

Nº 11065121

40

(c)

PROC	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA, ESOFAGOGASTRO DUODENOSCOPAY DIAGNOSTICA, COM RETRIBADA DE POUPO DE TUBO DIGESTIVO	AMB/HOSP.	MÉDIA	R\$ 600,00	R\$ 600,00	R\$ 600,00	R\$ 600,00
1	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA/ ESOFAGOGASTRO DUODENOSCOPAY DIAGNOSTICA, COM RETRIBADA DE POUPO DE TUBO DIGESTIVO	AMB/HOSP.	MÉDIA	R\$ 530,00	R\$ 530,00	R\$ 530,00	R\$ 530,00
2	EXAME HISTOPATOLOGICO E TESTE DE URÉSIE	AMB/HOSP.	MÉDIA	R\$ 150,00	R\$ 150,00	R\$ 150,00	R\$ 150,00
3	EXAME SEDAÇÃO PARA ENDOSCOPIA	AMB/HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-
4	EXAME SEDAÇÃO PARA ENDOSCOPIA	AMB/HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-
5	OS procedimentos que tem preço da tabela SIGAP + Prestador + Tabela AMB, foi reajustado (um) valor da Tabela SIGAP + o menor valor do Prestador + o Valor da tabela AMB para fazer a Média						

- 1 Os procedimento que tem preço da tabela SIGAP + Prestador + Tabela AMB, foi reajustado (um) valor da Tabela SIGAP + o menor valor do Prestador + o Valor da tabela AMB para fazer a Média
- 2 OS procedimentos que somente tem o valor do prestador, a média foi feita com o valor do prestador com menor preço
- 3 OS procedimento que só tem o valor da Tabela AMB e Prestador, a média foi feita com o valor do menor prestador e com o valor da AMB
- 4 OS procedimento que só tem o valor da tabela SIGAP e tabela AMB, a média foi feito com o preço de ambos
- 5 OS procedimentos referentes às consultas médicas, teão sobre o valor das consultas a incidência de 5% da taxa de administração.



SUS
SERVIÇO
UNIVERSITÁRIO
DE SAÚDE

PMSPA / SESAU

PROC. N° 11065141

41

TABELA MUNICIPAL DIFERENCIADA DE SERVIÇO DE SAÚDE DO SUS

SUB-GRUPO 04 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA POR IMAGEM

FORMAS EXAMES RADIODIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	COMPLEXIDADE	TAB. SUS. FED		PREST. (DIVA LIMA)	PREST. (RADIO MED)	PREST. (AVMED)	PREST. (OPTALMOC LINICA)	PREST. (S PREST. K IMAGENS)	TABELA AMB	VALOR TOTAL	VALOR APLICADO	
				VLS. AMB. (R\$)	VLS. HOSP. (R\$)									
02.04.06.002-8	DENSITOMETRIA OSSEIA QUALQUER SEGMENTO	AMB/HOSP.	MÉDIA	R\$ 55,10	-	-	-	-	-	-	R\$ 126,00	R\$ 60,00	R\$ 241,10	R\$ 80,37
02.04.01.003-9	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUS + HIRZL)	AMB/HOSP.	MÉDIA	R\$ 8,38	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	R\$ 17,73	R\$ 91,11	R\$ 30,37
02.04.01.004-7	RADIOGRAFIA DE ARCA DA ZIGOMATICO-MALAR (AP + OBLIQUS)	AMB/HOSP.	MÉDIA	R\$ 6,98	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	R\$ 16,93	R\$ 86,69	R\$ 29,63
02.04.01.005-5	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR BILATERAL	AMB/HOSP.	MÉDIA	R\$ 8,38	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	R\$ 17,60	R\$ 80,98	R\$ 30,33
02.04.01.006-3	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRZL)	AMB/HOSP.	MÉDIA	R\$ 6,88	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	R\$ 15,40	R\$ 87,28	R\$ 29,09
02.04.01.007-1	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIGUABRETTO N + HIRZL)	AMB/HOSP.	MÉDIA	R\$ 9,15	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	R\$ 17,60	R\$ 91,76	R\$ 30,58
02.04.01.008-0	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	AMB/HOSP.	MÉDIA	R\$ 7,52	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	R\$ 15,40	R\$ 87,92	R\$ 29,31

PMSPA / SESAU

CC. N° 1106512
41

④

	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 9,03	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	R\$ 26,40	R\$ 100,43	R\$ 33,48
02.04.01.010-1	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBliqua)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 7,20	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	R\$ 15,40	R\$ 87,60	R\$ 29,20
02.04.01.011-0	RADIOGRAFIA DE OSOS DA FACE (INN + LATERAL + HRTZ)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 8,38	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	R\$ 17,60	R\$ 90,98	R\$ 30,33
02.04.01.012-3	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FV + MN + LATERAL + HRTZ)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 7,32	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	R\$ 15,40	R\$ 87,72	R\$ 29,24
02.04.01.014-4	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETON)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 8,33	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	R\$ 15,40	R\$ 88,73	R\$ 29,58
02.04.01.015-2	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TOJ FLEXÃO)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 8,19	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	R\$ 17,60	R\$ 90,79	R\$ 30,26
02.04.02.004-2	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TOJ FLEXÃO)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 8,19	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	R\$ 17,60	R\$ 90,79	R\$ 30,26
02.04.02.003-4	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + OBliquas)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 8,19	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	R\$ 17,60	R\$ 90,79	R\$ 30,26
02.04.02.005-0	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL/DINA MÉDIA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 10,29			R\$ 65,00	R\$ 70,00			R\$ 17,60	R\$ 93,15	R\$ 31,05
02.04.02.006-9	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO- SACRA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 10,98	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	R\$ 17,60	R\$ 93,56	R\$ 31,19
02.04.02.007-7	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO- SACRA (C/ OBliquas)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 14,90	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	R\$ 17,60	R\$ 97,50	R\$ 32,50
02.04.02.008-5	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO- SACRA FUNCIONAL/DINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 16,89	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	R\$ 20,62	R\$ 102,50	R\$ 34,47
02.04.02.008-3	RADIOGRAFIA DE COLUNA TOPÁGICA (AP + LATERAL)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 9,16	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	R\$ 17,60	R\$ 91,76	R\$ 30,59

PMSPA / SESAU

Nº 11065121
43

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	UNIDADE	VALOR MÉDIO	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO	VALOR MÉDIO	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO	VALOR MÉDIO	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO
02.04.02.010-7	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 9,73	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	-	RS 74,73 R\$ 37,37
02.04.02.011-5	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 15,58	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	R\$ 18,21	R\$ 98,18 R\$ 32,93
02.04.02.012-3	RADIOGRAFIA DE REGIÃO SACRO-COCÍGEO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 15,58	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	R\$ 17,60	R\$ 98,18 R\$ 32,73
02.04.03.007-2	RADIOGRAFIA DE COSTELAS POR HEMITORAX	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 8,37	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	R\$ 15,40	R\$ 88,77 R\$ 29,59
02.04.03.009-9	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 7,98	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	R\$ 15,40	R\$ 88,38 R\$ 29,46
02.04.03.012-9	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDÓTICA)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 5,56	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	R\$ 16,78	R\$ 87,34 R\$ 29,11
02.04.03.013-7	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRAÇÃO + EXPIRAÇÃO + LATERAL)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 14,32	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	R\$ 79,32	R\$ 39,68
02.04.03.014-5	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBCLIQUE)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 12,02	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	R\$ 77,02	R\$ 38,51
02.04.03.015-3	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + PERFIL)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 9,50	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	R\$ 11,22	R\$ 85,72 R\$ 28,57
02.04.03.017-0	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 8,88	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	R\$ 10,12	R\$ 82,00 R\$ 27,53
02.04.04.001-9	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 6,42	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	R\$ 13,20	R\$ 84,82 R\$ 28,21
02.04.04.003-5	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 7,40	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	R\$ 15,40	R\$ 87,80 R\$ 29,27
02.04.04.004-3	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESTERNO - CLAVICULAR	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 7,40	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	R\$ 12,40	R\$ 36,20
02.04.04.005-1	RADIOGRAFIA DE BRAÇO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 7,77	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	R\$ 15,40	R\$ 88,17 R\$ 28,39
02.04.04.006-0	RADIOGRAFIA DE CRÂNIO/CÂMADA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 7,40	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	R\$ 15,40	R\$ 87,80 R\$ 28,27
02.04.04.007-8	RADIOGRAFIA DE COTOVelo	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 7,40	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	R\$ 13,20	R\$ 85,60 R\$ 28,53

Nº	R\$ 110651/21	44	C
02.04.04.008-9 RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MÃO DE MÃO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 5,62
02.04.04.009-4 RADIOGRAFIA AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 6,30	-
02.04.04.010-8 RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO (P/ DETERMINAÇÃO DE IDADE OSSEIA)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 6,00
02.04.04.011-5 RADIOGRAFIA DE ESCOCCULA/OMBRO (TRES POSIÇÕES)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 7,98
02.04.04.012-4 RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP+ LATERAL+ OBLÍQUA)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 8,91
02.04.05.011-4 RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP+ LATERAL / LOCALIZADA)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 10,73
02.04.05.012-0 RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MÍNIMO DE 3 INSTRUÇÕES)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 15,30
02.04.05.013-8 RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 7,17
02.04.06.006-0 RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 7,77
02.04.06.008-7 RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TIBIO-TARSICA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 6,50
02.04.06.009-5 RADIOGRAFIA DE BOCA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 7,77
02.04.06.010-9 RADIOGRAFIA DE CALCANEUS	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 6,50
02.04.06.011-7 RADIOGRAFIA DE COXA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 6,94
02.04.06.012-5 RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP+ LATERAL)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 6,78
02.04.06.013-3 RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP+ LATERAL + AXIAL)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 7,16

PMSPA / SESAU
OC. N° 1106512
45
G
②

02.04.06.014-1	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + 3 INCIDENCIAS)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 9,29	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	R\$ 16,90	R\$ 91,19	R\$ 30,40
02.04.06.015-0	RADIOGRAFIA DE PÉ / DEDOS DO PÉ	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 6,78	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	R\$ 13,20	R\$ 84,98	R\$ 28,33
02.04.06.016-9	RADIOGRAFIA DE PERNAS	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 8,94	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	R\$ 13,20	R\$ 87,14	R\$ 26,05
02.04.01.016-0	RADIOGRAFIA OCCLUSAL	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,51	-	-	R\$ 65,00	R\$ 70,00	-	-	R\$ 11,05	R\$ 79,58	R\$ 20,52
02.04.01.017-9	RADIOGRAFIA PANORAMICA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 9,03	-	-	R\$ 65,00	R\$ 80,00	-	-	R\$ 15,40	R\$ 83,43	R\$ 29,81
02.04.01.021-7	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL (BITA VING)	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	R\$ 65,00	R\$ 80,00	-	-	-	R\$ 65,00	R\$ 85,00
02.04.05.017-6	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 9,20	-	-	R\$ 450,00	R\$ 500,00	-	-	R\$ 22,46	R\$ 481,75	R\$ 160,55
02.04.05.018-9	RADIOGRAFIA UROGRAFIA VENOSA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 57,40	-	-	R\$ 800,00	R\$ 900,00	-	-	R\$ 70,74	R\$ 1.028,14	R\$ 342,71
02.04.05.017-0	RADIOGRAFIA URETROCISTOGRAFIA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 32,11	-	-	R\$ 1.200,00	R\$ 1.200,00	-	-	R\$ 78,72	R\$ 1.331,83	R\$ 443,94
02.04.05.016-2	RADIOGRAFIA ESTUDO DO DÉLGAÇO C/ DÍPLIO CONTRASTE (INTERROCUSE)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 46,09	-	-	R\$ 900,00	R\$ 920,00	-	-	R\$ 67,28	R\$ 1.015,37	R\$ 338,46
02.04.03.004-0	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 19,24	-	-	R\$ 500,00	R\$ 520,00	-	-	R\$ 31,11	R\$ 560,35	R\$ 183,45
02.04.03.005-6	RADIOGRAFIA DE CORAÇÃO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL + OBLIGUA)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 14,32	-	-	R\$ 400,00	R\$ 420,00	-	-	R\$ 24,49	R\$ 438,81	R\$ 146,27
02.04.02.013-1	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUNA TOTAL / LESPIODILOG (ESCOLIOSE)	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	R\$ 450,00	R\$ 500,00	-	-	R\$ 66,00	R\$ 516,00	R\$ 253,00

P/SPA / SESAU
Nº 11065121
L6

FORMA: ULTRA-SONOGRAFIAS DO SISTEMA CIRCULATÓRIO (QUALQUER REGIÃO ANATÔMICA).

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	COMPLEXIDADE	TAB. SUS. FED		PREST. C (DIVA LIMA)	PREST. E (RADIO MED)	PREST. F (AVMED)	PREST. G (OFICAMOC CLINICA)	PREST. I (\$ K IMAGENS)	PREST. J (LAGOS)	TABELA AMB	VALOR TOTAL	VALOR APLICADO
				V.S. AMB. (RS)	V.S. HOSP. (RS)									
02.05.01.004.0	ULTRASSONOGRA FIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (C CARÓTICAS VERTEBRAS)	AMB/HOSP.	MÉDIA	R\$ 39,60	R\$ 39,60	R\$ 300,00	R\$ 210,00	R\$ 220,00	-	-	-	R\$ 380,00	R\$ 628,60	R\$ 209,87
02.05.01.004.0	ULTRASSONOGRA FIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (M MEMBROS SUPERIORES)	AMB/HOSP.	MÉDIA	R\$ 39,60	R\$ 39,60	R\$ 300,00	R\$ 180,00	R\$ 200,00	-	-	-	R\$ 250,00	R\$ 478,60	R\$ 159,87
02.05.01.004.0	ULTRASSONOGRA FIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (M MEMBROS INFERIORES)	AMB/HOSP.	MÉDIA	R\$ 39,60	R\$ 39,60	R\$ 300,00	R\$ 180,00	R\$ 200,00	-	-	-	R\$ 250,00	R\$ 478,60	R\$ 159,87
02.05.01.003.2	ECOCARDIOGRAF TRANSTORACICA	AMB/HOSP.	MÉDIA	R\$ 39,94	R\$ 39,94	R\$ 170,00	R\$ 160,00	R\$ 170,00	-	-	-	R\$ 220,00	R\$ 419,94	R\$ 139,98
02.05.01.002.4	ECOCARDIOGRAF TRANSEOFAGIC A	AMB/HOSP.	MÉDIA	R\$ 165,00	R\$ 165,00	-	-	-	-	-	-	R\$ 165,00	R\$ 165,00	
SICOD SUS	TRANSATORACICA PEDATRICO	AMB/HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	-	-	-	-	R\$ 200,00	R\$ 200,00	

PMSPA / SESAU
Nº 11065121
470

FORMA: DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	COMPLEXIDADE	TAB. SUS. FED		PREST. C (DIVA LIMA)	PREST. E (RADIO MED)	PREST. F (AVMED)	PREST. G (OFIMAC UNICA)	PREST. I (SK IMAGENS)	PREST. J (LAGOS)	TABELA AMB	VALOR TOTAL	VALOR APlicado	
				VLS. AMB. (RS)	VLS. HOSP. (RS)										
02.06.01.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	RS 86,76	RS 86,76	-	-	R\$ 350,00	RS 360,00	-	-	-	-	R\$ 436,76	R\$ 218,38
02.06.01.002-8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA LOMBO-SACRA C/ CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	RS 101,10	RS 101,10	-	-	R\$ 350,00	RS 360,00	-	-	-	-	R\$ 451,10	R\$ 225,55
02.06.01.003-6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA TORÁCICA C/ CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	RS 86,76	RS 86,76	-	-	R\$ 350,00	RS 360,00	-	-	-	-	R\$ 436,76	R\$ 218,38
SICOD SUS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA CRÂNIO C/ CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 360,00	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 350,00
SICOD SUS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA ORBITA C/ CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 360,00	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 350,00
SICOD SUS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COCCIX C/ CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 360,00	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 350,00
SICOD SUS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA TÓRAX C/ CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 360,00	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 350,00
SICOD SUS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA ABDOMEN SUPERIOR C/ CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 360,00	-	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 350,00

MSPA / SESAU
Nº 11065121
L18

S/COD SUS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA ABDOME TOTAL C/CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 530,00	R\$ 550,00	-	-	-	R\$ 530,00	R\$ 530,00
S/COD SUS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA VAS URINARIAS C/CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 530,00	R\$ 550,00	-	-	-	R\$ 530,00	R\$ 530,00
S/COD SUS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA PELVE C/CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 350,00	R\$ 360,00	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 350,00
S/COD SUS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA SEIOS DA FACE C/CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 350,00	R\$ 360,00	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 350,00
S/COD SUS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA ATM C/CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 350,00	R\$ 360,00	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 350,00
S/COD SUS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA FARinge/LARING E/PESSOCO C/CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 350,00	R\$ 360,00	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 350,00
S/COD SUS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MASTOIDE/OMO C/CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 350,00	R\$ 360,00	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 350,00
S/COD SUS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA SELA TURCICA C/CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 350,00	R\$ 360,00	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 350,00
S/COD SUS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA ARTICULAÇÃO O/OMBROS, COTOVELOS, PUNHOS, C/CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 350,00	R\$ 360,00	-	-	-	R\$ 350,00	R\$ 350,00

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	COMPLEXIDADE	TAB. SUS. FED			PREST. C (DIVA LIMA)	PREST. E (RADIO MED)	PREST. F (AVMED)	PREST. G (OPTALMOC LINICA)	PREST. I (SK IMAGENS)	PREST. J (ILAGOS)	TABELA AMB	VALOR TOTAL	VALOR APLICADO	
				VLS. AMB. (R\$)	VLS. HOSP. (R\$)	VLS. (R\$)										
02.05.02.003-8	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	AMB/HOSP.	MÉDIA	R\$ 24,20	R\$ 24,20	-	R\$ 110,00	R\$ 115,00	-	-	-	R\$ 110,00	R\$ 244,20	R\$ 81,40		
02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	AMB/HOSP.	MÉDIA	R\$ 37,95	R\$ 37,95	-	R\$ 120,00	R\$ 130,00	-	-	-	R\$ 175,00	R\$ 332,95	R\$ 110,98		
02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	AMB/HOSP.	MÉDIA	R\$ 24,20	R\$ 24,20	-	R\$ 90,00	R\$ 100,00	-	-	-	R\$ 110,00	R\$ 224,20	R\$ 74,73		
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO	AMB/HOSP.	MÉDIA	R\$ 24,20	R\$ 24,20	-	R\$ 110,00	R\$ 115,00	-	-	-	R\$ 90,00	R\$ 224,20	R\$ 74,73		
02.05.02.007-0	ULTRASSONOGRAFIA DE ESENTECA ESCROTAIS	AMB/HOSP.	MÉDIA	R\$ 24,20	R\$ 24,20	-	R\$ 110,00	R\$ 120,00	-	-	-	R\$ 90,00	R\$ 224,20	R\$ 74,73		
02.05.02.008-9	ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)	AMB/HOSP.	MÉDIA	R\$ 24,20	R\$ 24,20	-	-	-	-	-	-	R\$ 142,17	R\$ 166,37	R\$ 83,19		
02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRAFIA DE MAMARIA	AMB/HOSP.	MÉDIA	R\$ 24,20	R\$ 24,20	-	R\$ 100,00	R\$ 120,00	-	-	-	R\$ 90,00	R\$ 214,20	R\$ 71,40		
02.05.02.010-0	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA	AMB/HOSP.	MÉDIA	R\$ 24,20	R\$ 24,20	-	R\$ 90,00	R\$ 100,00	-	-	-	R\$ 75,00	R\$ 189,20	R\$ 63,07		

FORMA: DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA - DOS DEMAS SISTEMAS

S/ COD SUS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS (BRACOS, FEMUR, MÃO) C/CONTRASTE	MÉDIA	-	R\$ 350,00	R\$ 350,00	-	-	R\$ 350,00	R\$ 350,00
------------	--	-------	---	------------	------------	---	---	------------	------------

Nº	PMSPA / SESAU	11065121	49	A
----	---------------	----------	----	---

PMSPA / SESAU
OC. N° 11065121

50
(3)

02.05.02.014.9	FIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 24,20	R\$ 24,20	-	R\$ 260,00	R\$ 265,00	-	-	-	R\$ 150,00	R\$ 434,20	R\$ 144,73
02.05.02.012.7	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 24,20	RS 24,20	-	R\$ 90,00	R\$ 100,00	-	-	-	R\$ 90,00	R\$ 204,20	R\$ 88,07
02.05.02.013.5	ULTRASSONOGRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	AMB./HOSP.	MÉDIA	RS 24,20	RS 24,20	-	R\$ 110,00	R\$ 115,00	-	-	-	R\$ 55,00	R\$ 189,20	R\$ 63,07
02.05.02.014.3	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 24,20	RS 24,20	-	R\$ 110,00	R\$ 115,00	-	-	-	R\$ 70,00	R\$ 204,20	R\$ 58,07
02.05.02.016.0	ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 24,20	RS 24,20	-	R\$ 90,00	R\$ 100,00	-	-	-	R\$ 55,00	R\$ 189,20	R\$ 56,49
02.05.02.018.6	ULTRASSONOGRAFIA SALIVARIAS	AMB./HOSP.	MÉDIA	RS 24,20	RS 24,20	-	R\$ 110,00	R\$ 115,00	-	-	-	R\$ 100,00	R\$ 210,00	R\$ 105,00
S/COD SUS	ULTRASSONOGRAFIA GLANDULAS AMB./HOSP.	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	R\$ 150,00	R\$ 160,00	-	-	-	R\$ 90,00	R\$ 240,00	R\$ 120,00
S/COD SUS	MORFOLOGICA	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	R\$ 190,00	R\$ 200,00	-	-	-	R\$ 203,00	R\$ 313,00	R\$ 166,50
S/COD SUS	ULTRASSONOGRAFIA MUSCULO ESQUELETICO	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	R\$ 110,00	R\$ 115,00	-	-	-	R\$ 110,00	R\$ 110,00	R\$ 110,00
S/COD SUS	ULTRASSONOGRAFIA PARDE	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	R\$ 90,00	R\$ 100,00	-	-	-	R\$ 90,00	R\$ 90,00	R\$ 90,00
S/COD SUS	ULTRASSONOGRAFIA PAROTIDAS SUBMANDIBULAR	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	RS 110,00	RS 115,00	-	-	-	RS 110,00	RS 110,00	RS 110,00
S/COD SUS	ULTRASSONOGRAFIA PARTES MOLES	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	R\$ 80,00	R\$ 100,00	-	-	-	R\$ 90,00	R\$ 180,00	R\$ 90,00
S/COD SUS	ULTRASSONOGRAFIA PENIS	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	RS 140,00	RS 145,00	-	-	-	R\$ 90,00	R\$ 230,00	R\$ 115,00
S/COD SUS	ULTRASSONOGRAFIA REGIAO INGUINAL	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	R\$ 90,00	R\$ 100,00	-	-	-	R\$ 90,00	R\$ 100,00	R\$ 90,00
S/COD SUS	ULTRASSONOGRAFIA DE CERVICAL	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	RS 110,00	RS 115,00	-	-	-	RS 110,00	RS 110,00	RS 110,00

SP/SESAU
Nº 11065/21
51
②

SI COD SUS	ULTRASSONOGRAFIA DE FETO	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 110,00	R\$ 115,00	-	-	-	R\$ 192,00	R\$ 302,00	R\$ 161,00
SI COD SUS	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA E ESCROVOS	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 90,00	R\$ 100,00	-	-	-	R\$ 90,00	R\$ 90,00	R\$ 90,00

FORMA DE DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER - DOS DEMAIS SISTEMAS

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	COMPLEXIDADE	TAB. SUS. FED		PREST. C (DIVA LIMA)	PREST. E (RADIO MED)	PREST. F (AVIMED)	PREST. G (OPTALMOC LINCA)	PREST. I (SK IMAGENS)	PREST. J (ILACOS)	TABELA AMB	VALOR TOTAL	VALOR APlicado
				VLS. AMB. (R\$)	VLS. HOSP. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)
02.05.02.016-1	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA CI DOPPLER COLORIDO E PULSADO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 24,20	R\$ 24,20	-	R\$ 190,00	R\$ 200,00	-	-	-	R\$ 125,00	R\$ 339,20	R\$ 113,07
SI COD SUS	ULTRASSONOGRAFIA ABDOMEN CI DOPPLER HEPÁTICO OU RENAL	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	R\$ 230,00	R\$ 235,00	-	-	-	R\$ 20,00	R\$ 230,00	
SI COD SUS	ULTRASSONOGRAFIA AORTAE ILÍACAS CI DOPPLER	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	R\$ 250,00	R\$ 255,00	-	-	-	R\$ 250,00	R\$ 50,00	R\$ 240,00
SI COD SUS	ULTRASSONOGRAFIA AORTAE RENAS CI DOPPLER	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	R\$ 250,00	R\$ 260,00	-	-	-	R\$ 250,00	R\$ 50,00	R\$ 260,00
SI COD SUS	ULTRASSONOGRAFIA ARTICULAÇÕES CI DOPPLER	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	R\$ 180,00	R\$ 180,00	-	-	-	R\$ 120,00	R\$ 120,00	
SI COD SUS	ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA CI DOPPLER	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	R\$ 180,00	R\$ 200,00	-	-	-	R\$ 180,00	R\$ 180,00	
SI COD SUS	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA E ESCROVOS	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	R\$ 190,00	R\$ 200,00	-	-	-	R\$ 180,00	R\$ 180,00	

PNISPA / SESAU

DC. N° 1106510

52

(2)

SI COD SUS	ULTRASSONOGRA FIA/TREODE/C/ DOPPLER	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	R\$ 100,00	R\$ 200,00	-	-	-	-	R\$ 190,00	R\$ 190,00
SI COD SUS	ULTRASSONOGRA FIA/TRANSVAGINAL C/ DOPPLER	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	R\$ 190,00	R\$ 200,00	-	-	-	-	R\$ 190,00	R\$ 190,00
SI COD SUS	ULTRASSONOGRA FIA/VENOSO CERVICAL C/ DOPPLER	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	R\$ 180,00	R\$ 185,00	-	-	-	-	R\$ 180,00	R\$ 185,00

FORMA: REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS COM FINALIZADE DIAGNÓSTICA EM ODONTOLOGIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	COMPLEXIDADE	TAB. SUS. FED		PREST. C (DIVA LIMA)	PREST. E (RADIO MED)	PREST. F (AVMED)	PREST. G (OFITALMOC LINICA)	PREST. I (S K IMAGENS)	PREST. J (ILAGOS)	TABELA AMB	VALOR TOTAL	VALOR APLICADO
				VLS. AMB. (R\$)	VLS. HOSP. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)
02.04.01.017-9	RADIOGRAFIA PANORAMICA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 9,03	-	-	-	-	-	-	R\$ 70,00	-	R\$ 36,00	R\$ 115,03
														R\$ 38,34

FORMA: REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS COM FINALIZADE DIAGNÓSTICA POR RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA COM CONTRASTE

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	COMPLEXIDADE	TAB. SUS. FED		PREST. C (DIVA LIMA)	PREST. E (RADIO MED)	PREST. F (AVMED)	PREST. G (OFITALMOC LINICA)	PREST. I (S K IMAGENS)	PREST. J (ILAGOS)	TABELA AMB	VALOR TOTAL	VALOR APLICADO
				VLS. AMB. (R\$)	VLS. HOSP. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)
	RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA ATM COM CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 268,75	-	-	-	-	-	-	R\$ 568,60	R\$ 160,00	R\$ 1.017,35	R\$ 339,12
02.07.01.003-0	NUCLEAR MAGNÉTICA COLUNA CERVICAL/PERCO CO CIS CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 268,75	-	-	-	-	-	-	R\$ 588,60	R\$ 160,00	R\$ 1.017,35	R\$ 339,12

02.07.01.004-8	RESONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA COLUNA/LOMBO SACRA/C/S CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 268,75	-	-	-	-	R\$ 508,60	R\$ 160,00	R\$ 1.017,35	R\$ 339,12
02.07.01.005-6	RESONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA COLUNA TORÁCICA/C/S CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 268,75	-	-	-	-	R\$ 508,60	R\$ 160,00	R\$ 1.017,35	R\$ 339,12
02.07.01.006-4	RESONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA CRANIO/C/S CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 268,75	-	-	-	-	R\$ 508,60	R\$ 160,00	R\$ 1.017,35	R\$ 339,12
02.07.01.007-2	RESONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA/SEIA TÓRAX/C/S CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 268,75	-	-	-	-	R\$ 508,60	R\$ 160,00	R\$ 1.017,35	R\$ 339,12
02.07.02.004-9	RESONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA CORAÇÃO/C/S	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 268,75	-	-	-	-	R\$ 508,60	R\$ 200,00	R\$ 1.057,35	R\$ 352,46
02.07.02.002-7	RESONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA MEMBRO SUPERIOR/C/S CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 268,75	-	-	-	-	R\$ 508,60	R\$ 160,00	R\$ 1.017,35	R\$ 339,12
02.07.02.003-5	RESONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA TÓRAX/C/S CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 268,75	-	-	-	-	R\$ 508,60	R\$ 160,00	R\$ 1.017,35	R\$ 339,12
02.07.03.001-4	RESONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA ABDOMEN SUPERIOR/C/S CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 268,75	-	-	-	-	R\$ 508,60	R\$ 160,00	R\$ 1.017,35	R\$ 339,12
02.07.03.002-2	RESONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA BACIA/Pelve/ABD O/MEIA/INFERIOR C/S CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 268,75	-	-	-	-	R\$ 508,60	R\$ 160,00	R\$ 1.017,35	R\$ 339,12

PMSPA / SESAU
PROC. N° 11065121
S3
④

PMSPA / SESAU
Nº 11065121
54

PPC. N° 02.07.03.003-0 XAS	RESONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA MEMBRO INFERIOR C/S CONTRASTE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 208,75	-	-	-	-	R\$ 589,60	R\$ 160,00	R\$ 1.017,35	R\$ 339,12
02.07.03.004-9 MAGNETICA VIAS BLUARES/COLANG ID CS	RESONÂNCIA NUCLEAR VIAS AMB./HOSP. CONTRASTE		MÉDIA	R\$ 208,75	-	-	-	-	R\$ 589,60	R\$ 160,00	R\$ 1.017,35	R\$ 339,12

- 1 Os procedimentos que só tem preço da tabela SIGTAP + Prestador + Tabela AMB, foi só feito (1un) valor da Tabela SIGTAP + o menor valor do Prestador + o Valor da tabela AMB para fazer a Média
- 2 OS procedimentos que só tem preço da tabela AMB e Prestador, a média foi feita com o valor do prestador com maior preço
- 3 Os procedimento que só tem preço da tabela AMB e Prestador, a média foi feita com o valor do menor Prestador e com o valor da AMB
- 4 OS procedimento que só tem o valor da tabela SIGTAP + tabela Amb, a média foi feito com o preço de ambos
- 5 OS procedimentos referentes às consultas médicas, terão sobre o valor das consultas a incidência de 5% da taxa de administração



MSPA / SESAU
SOC. N° 11065/21
55

TABELA MUNICIPAL DIFERENCIADA DE SERVIÇO DE SAÚDE DO SUS



Conselho
Municipal
de Saúde

SUB-GRUPO 06 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA EM CARDIOLOGIA

FORMA: MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM CARDIOLOGIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	COMPLEXIDADE	TAB. SUS / FED		PREST. (DIVA LIMA)	PREST. (RADIO MED)	PREST. (AVMED)	TABELA AMB	VALOR TOTAL	VALOR APLICADO
				VLS.	AMB. (R\$)	VLS. AMB. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)
02.11.02.006-0	TESTE DE EFORCO / TESTE ERGOMETRICO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 30,00	-	R\$ 190,00	-	-	R\$ 258,00	R\$ 478,00	R\$ 159,33
02.11.02.004-4	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24HS (3 CANAIS)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 30,00	-	R\$ 180,00	R\$ 150,00	R\$ 170,00	R\$ 350,00	R\$ 560,00	R\$ 186,67
02.11.02.005-2	AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (M.A.P.A)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 10,07	-	R\$ 180,00	R\$ 150,00	R\$ 170,00	R\$ 350,00	R\$ 510,07	R\$ 170,02

- 1 Os procedimento que tem preço da tabela SIGTAP + Prestador + Tabela AMB, foi retirado ((um) valor da Tabela SIGTAP + o menor valor do Prestador + o Valor da Tabela AMB para fazer a Média)
- 2 OS procedimentos que somente tem o valor de prestador, a média foi feita com o valor do prestador com menor preço
- 3 Os procedimento que só tem preço da Tabela AMB e Prestador, a média foi feita com o valor do menor prestador e com o valor da AMB
- 4 OS procedimento que só tem o valor da tabela SIGTAP e tabela Amb, a média foi feito com o preço de ambos
- 5 OS procedimentos referentes às consultas médicas, terão sobre o valor das consultas a incidência de 5% de taxa de administração.



**TABELA MUNICIPAL DIFERENCIADA DE SERVIÇO
DE SAÚDE DO SUS**



SUB-GRUPO 06: PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA EM NEUROLOGIA

FORMA: MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM NEUROLOGIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	COMPLEXIDADE	TAB. SUS. FED		PREST. (RÁDIO MED)	PREST. (AVMED)	TABELA AMB	VALOR TOTAL	VALOR APLICADO
				VLS. AMB. (R\$)	VLS. HOSP. (R\$)					
02.11.05.003-2	ELETROENCEFALOGRAAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 25,00	-	R\$ 600,00	R\$ 620,00	-	R\$ 625,00	R\$ 312,50
02.11.05.005-9	ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO C/ MAPEAMENTO (EEG)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 25,00	-	R\$ 250,00	R\$ 255,00	-	R\$ 275,00	R\$ 137,50
02.11.05.004-0	ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGILIA E SONO ESPONTÂNEO C/ OU S/ FOTOESTÍMULO (EEG)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 25,00	-	R\$ 200,00	R\$ 210,00	R\$ 140,00	R\$ 365,00	R\$ 121,67

PMSPA / SESAU
PROC. N° 1106510
57

S/ COD SUS	ELETROENCEFALOGRAFIA SEM SONO INDUZIDO (CONVENCIONAL)	AMB/HOSP.	MÉDIA	-	R\$ 200,00	R\$ 210,00	R\$ 120,00	R\$ 320,00	R\$ 160,00
02.11.05.008-3	ELETRONEUROGRAMA GRAFIA	AMB/HOSP.	MÉDIA	R\$ 27,00	-	-	R\$ 300,00	R\$ 327,00	R\$ 163,50

- 1 Os procedimento que tem preço da tabela SIGTAP + Prestador + Tabela AMB, foi retirado 1(um) valor da Tabela SIGTAP + o menor valor do Prestador + o Valor da tabela AMB para fazer a Média
- 2 OS procedimentos que somente tem o valor de prestador, a média foi feita com o valor do prestador com menor preço
- 3 Os procedimento que só tem preço da Tabela AMB e Prestador, a média foi feita com o valor do menor prestador e com o valor da AMB
- 4 OS procedimento que só tem o valor da tabela SIGTAP e tabela Amb, a média foi feito com o preço de ambos
- 5 OS procedimentos referentes às consultas médicas, terão sobre o valor das consultas a incidência de 5% de taxa de administração.



**TABELA MUNICIPAL
DIFERENCIADA DE SERVIÇO DE
SAÚDE DO SUS**



SUB-GRUPO 07- PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA EM NEUROLOGIA

FORMA: Métodos Diagnósticos em Neurologia

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	COMPLEXIDADE	TAB. SUS. FED		TABELA AMB	VALOR TOTAL	VALOR APPLICADO
				VLS. AMB. (R\$)	VLS. HOSP. (R\$)			
02.11.08.005-5	ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 6,36	-	R\$ 67,00	R\$ 73,36	R\$ 36,68

- 1 Os procedimento que tem preço da tabela SIGTAP + Prestador + Tabela AMB, foi retirado 1(um) valor da Tabela SIGTAP + o menor valor do Prestador + o Valor da tabela AMB para fazer a Média
- 2 OS procedimentos que somente tem o valor de prestador, a média foi feita com o valor do prestador com menor preço
- 3 Os procedimento que só tem preço da Tabela AMB e Prestador, a média foi feita com o valor do menor prestador e com o valor da AMB
- 4 OS procedimento que só tem o valor da tabela SIGTAP e tabela Amb, a média foi feito com o preço de ambos
- 5 OS procedimentos referentes às consultas médicas, terão sobre o valor das consultas a incidência de 5% de taxa de administração.



PMSPA / SESAU
PROC. N° 110651/21
R\$ 59
D.

**TABELA MUNICIPAL DIFERENCIADA DE
SERVIÇO DE SAÚDE DO SUS**



SUB-GRUPO 08: PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE TRATAMENTO CIRURGICO DO APARELHO DA VISÃO
FORMA: CIRURGIAS DO APARELHO DE VISÃO, AMBULATORIAS COM OU SEM ANESTESIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	COMPLEXIDADE	TAB. SUS. FED		PREST. (OFITALMOCLOGICA)	PREST. (ASS. OFITALM. DA ZONA OESTE)	PROCESSO LICITADO NA SESAU	TABELA AMB	VALOR TOTAL	VALOR APLICADO
				VLS. AMB.	VLS. HOSP.						
04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 209,55	-	R\$ 440,00	R\$ 400,00	-	R\$ 400,00	R\$ 1.309,55	R\$ 436,52
04.05.03.013-4	VITRECTOMIA ANTERIOR	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 381,08	R\$ 381,08	R\$ 770,00	R\$ 765,00	-	R\$ 700,00	R\$ 1.846,08	R\$ 615,36
04.05.03.014-2	VITRECTOMIA POSTERIOR	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	R\$ 1.863,63	R\$ 3.830,00	R\$ 3.765,00	-	-	R\$ 5.628,63	R\$ 2.814,32
04.05.03.007-0	RETINOPEXIA C/ INTRAFLEXAO ESCLERAL REMOÇÃO DE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 1.074,86	R\$ 1.074,86	R\$ 2.175,00	R\$ 2.150,00	-	R\$ 1.500,00	R\$ 4.724,86	R\$ 1.574,95
04.05.03.022-3	ÓLEO DE SILICONE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 463,60	-	R\$ 960,00	R\$ 940,00	-	R\$ 970,00	R\$ 2.378,60	R\$ 792,87
04.05.03.016-9	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSAO DE PERFLUOCARBON	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	R\$ 2.821,17	R\$ 5.930,00	R\$ 5.890,00	-	R\$ 8.811,17	R\$ 4.405,59	
04.05.03.017-7	DE ENDOLASER VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSAO DE PEFLUOCARBON	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	R\$ 3.283,41	R\$ 6.700,00	R\$ 6.595,00	-	R\$ 9.878,41	R\$ 4.939,21	
04.05.03.005-3	INIECAO INTRA- VITREO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 82,23	-	R\$ 1.295,00	R\$ 1.295,00	R\$ 1.300,00	-	R\$ 2.677,28	R\$ 892,43

MSP / SESAU
Nº 11065/21
60
A

TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA CIGOCRICOAGU		AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 48,00	-	R\$ 179,50	R\$ 179,00	R\$ 184,00	-	R\$ 411,00	R\$ 137,00
04.05.05.004-6 LACAO / DIATERMIA		AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 587,51	R\$ 587,51	R\$ 1.250,50	R\$ 1.198,00	-	-	R\$ 1.785,51	R\$ 892,76
04.05.05.032-1 A TRABECULECTOMI		AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 888,35	R\$ 898,35	R\$ 1.950,00	R\$ 1.800,00	-	-	R\$ 2.698,35	R\$ 1.349,18
04.05.05.013-5 A IMPLANTE DE PROTESE ANTI-GLAUCOMATOSA		AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 0,00	R\$ 873,61	R\$ 1.900,00	R\$ 1.900,00	-	-	R\$ 2.773,61	R\$ 1.386,81

FORMA: DISPENSAÇÃO DE ORTESES E PROTESES E MATERIAS ESPECIAS EM CARÁTER HOSPITALAR

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	COMPLEXIDADE	TAB. SUS. FED		PREST. G (OFITALMOCLI NICA)	PREST. H (ASS. OFITALM. DA ZONA DESFE)	PROCESSO LICITADO NA TABELA AMB. SESAU	VALOR TOTAL	VALOR APPLICADO
				VLS. AMB. (R\$)	VLS. HOSP. (R\$)					
07.02.07.005-0	TUBO DE DRENAGEM PARA GLAUCOMA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 0,00	R\$ 800,00	R\$ 1.800,00	R\$ 1.700,00	-	R\$ 2.500,00	R\$ 1.250,00

- 1 Os procedimento que tem preço da tabela SIGTAP + Prestador + Tabela AMB, foi retirado 1(um) valor da Tabela SIGTAP + o menor valor do Prestador + o Valor da tabela AMB para fazer a média
- 2 OS procedimentos que somente tem o valor do prestador, a média foi feita com o valor do prestador com menor preço
- 3 Os procedimento que só tem preço da Tabela AMB e Prestador, a média foi feita com o valor do menor prestador e com o valor da AMB
- 4 OS procedimento que só tem o valor da tabela SIGTAP e tabela Amb, a média foi feito com o preço da ambos
- 5 OS procedimentos referentes às consultas médicas, terão sobre o valor das consultas a incidência de 5% de taxa de administração.



SUS
SERVIÇO
SOCIAL

PMSPA / SESAU
PROC. N° 1106512

PAG
61

61



Ministério da Saúde
Secretaria da Saúde

TABELA MUNICIPAL DIFERENCIADA DE SERVIÇO DE SAÚDE DO SUS

DIAGNÓSTICOS OFTALMOLOGICOS

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	COMPLEXIDADE	TAB. SUS. FED		ORÇAMENTO AMB. 92 / CH 0,60	CBHPM 2017	SUL AMÉRICA	PARTICULAR	VALOR TOTAL	VALOR APLICADO
				VLS. AMB. (R\$)	VLS. HOSP. (R\$)						
02.11.06.025-9	TONOMETRIA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,37	-	R\$ 15,00	R\$ 45,17	R\$ 12,80	R\$ 90,00	R\$ 31,17	R\$ 10,39
02.11.06.010-0	FUNDOSCOPIA BIOMICROSCOPIA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,37	-	R\$ 18,00	R\$ 9,20	R\$ 90,00	R\$ 30,57	R\$ 10,19	
02.11.06.002-0	DE FUNDO DE OLHO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 12,34	-	Sem relação AMB	Não se aplica	R\$ 15,94	R\$ 120,00	R\$ 27,68	R\$ 13,84
02.11.06.022-4	TESTE DE VISÃO DE CORES	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,37	-	Sem relatório	R\$ 42,80	R\$ 67,80	R\$ 300,00	R\$ 46,17	R\$ 23,09
02.11.06.005-4	CERATOMETRIA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,37	-	R\$ 75,00	R\$ 150,00	R\$ 80,00	R\$ 158,37	R\$ 52,79	
02.11.06.001-4	BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 24,24	-	R\$ 120,00	R\$ 120,47	R\$ 63,39	R\$ 250,00	R\$ 210,63	R\$ 70,21
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 24,24	-	R\$ 48,00	R\$ 77,16	R\$ 23,17	R\$ 300,00	R\$ 95,41	R\$ 31,80
02.06.02.008-9	ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR/ORBITA (MONOCULAR)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 24,20	-	R\$ 111,00	R\$ 167,87	R\$ 60,91	R\$ 300,00	R\$ 198,11	R\$ 65,37
02.11.06.014-3	ESPECULARE DE CORNEA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 24,24	-	R\$ 210,00	R\$ 180,33	R\$ 127,75	R\$ 300,00	R\$ 361,99	R\$ 120,66
02.11.06.015-1	POTÊNCIA DE ACUIDADE VISUAL	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,37	-	R\$ 30,00	R\$ 42,80	R\$ 44,90	R\$ 180,00	R\$ 76,17	R\$ 25,39
02.11.06.006-2	CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO OCULAR (CDPO MÍNIMO 3 MEDIDAS)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 10,11	-	R\$ 90,00	R\$ 110,28	R\$ 55,34	R\$ 300,00	R\$ 155,45	R\$ 51,62

PMSPA / SESAU
DOC. N° 11065/21
62

	TESTE DE													
02.11.06.020-8	PROVOCAÇÃO DE GLAUCOMA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 6,74	-	Sem relação AMB	R\$ 37,03	R\$ 27,89	R\$ 180,00	R\$ 34,63	R\$ 17,32			
02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA CAMPIMETRIA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 6,74	-	R\$ 48,00	R\$ 42,41	R\$ 28,55	R\$ 200,00	R\$ 63,29	R\$ 27,78			
02.11.06.003-8	COMPUTADORIZADA A OU MANUAL COM GRAFICO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 40,00	-	R\$ 48,00	R\$ 55,75	R\$ 41,61	R\$ 200,00	R\$ 129,61	R\$ 43,20			
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 14,81	-	R\$ 90,00	R\$ 80,90	R\$ 66,39	R\$ 300,00	R\$ 171,20	R\$ 57,07			
02.11.06.002-0	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CORNEA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 24,24	-	R\$ 75,00	R\$ 150,99	R\$ 77,46	R\$ 300,00	R\$ 178,70	R\$ 58,90			
02.11.06.018-6	FLUORESCENTE BINOCULAR	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 64,00	-	R\$ 36,00	R\$ 33,17	R\$ 83,28	R\$ 360,00	R\$ 183,17	R\$ 61,06			
02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA BINOCULAR	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 24,68	-	R\$ 36,00	R\$ 83,17	R\$ 22,86	R\$ 360,00	R\$ 83,54	R\$ 27,85			
04.05.05.002-0	CAPSULOTOMIA A YAG LASER	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 18,75	-	R\$ 420,00	R\$ 836,58	R\$ 477,43	R\$ 570,00	R\$ 976,18	R\$ 325,39			
04.05.05.019-4	IRIDOTOMIA A LASER	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 45,00	-	R\$ 300,00	R\$ 349,38	R\$ 199,26	R\$ 360,00	R\$ 544,26	R\$ 181,42			
04.05.03.004-5	FOTOCOAGULAÇÃO PAN. O LASER	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 75,15	-	R\$ 300,00	R\$ 447,37	R\$ 262,62	R\$ 360,00	R\$ 637,77	R\$ 212,59			
04.05.03.019-3	FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA A LASER	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 300,60	-	R\$ 300,00	R\$ 447,37	R\$ -	R\$ 1.300,00	R\$ 1.047,97	R\$ 349,32			
04.17.01.005-2	ANESTESIA REGIONAL	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 22,27	-	Sem relação AMB	Não se aplica	R\$ -	R\$ -					
04.17.01.006-0	SEDAÇÃO FACETOMIASIS	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 15,15	-	Sem relação AMB	Não se aplica	R\$ -	R\$ 1.100,00	R\$ 1.115,15	R\$ 557,65			
04.05.05.010-0	IMPLANTE DE LENTE INTRAL Ectal	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 483,60	-	R\$ 428,64	R\$ 4.889,03	R\$ 4.548,49	R\$ 5.800,00	R\$ 9.313,73	R\$ 3.104,58			
04.05.05.037-2	FACECTOMIA AO CI IMPLANTE DE LENTE INTRAL OCULAR DOBRAVEL	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 771,60	-	R\$ 5.435,64	R\$ 6.652,45	R\$ 5.420,95	R\$ 7.000,00	R\$ 11.626,19	R\$ 3.878,08			
04.05.05.009-7	FACECTOMIA IMPLANTE DE LENTE INTRAL OCULAR	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 631,60	-	R\$ 5.435,64	R\$ 6.652,45	R\$ 5.420,95	R\$ 7.000,00	R\$ 11.388,19	R\$ 3.798,06			

PMSPA / SESAU
PROC. N° 110651-21
63

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	COMPLEXIDADE	TAB. SUS. FED	ORÇAMENTO	CBHFM 2017	SUL AMÉRICA	PARTICULAR	VALOR TOTAL	VALOR APLICADO
				VLS. AMB. (R\$)	VLS. HOSP. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)	VLS. (R\$)
04.05.05.011-9	FACODEMULSIFICACÃO CI/IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR RÍGIDA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 651,60	-	R\$ 5.435,64	R\$ 6.652,45	R\$ 5.420,95	R\$ 7.000,00	R\$ 11.508,19
04.05.05.028-3	SUBSTITUIÇÃO DE LENTE INTRA-OCULAR	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 544,88	-	R\$ 3.365,25	R\$ 4.014,64	R\$ 4.137,79	R\$ 4.200,00	R\$ 7.924,77
04.05.04.010-5	EXPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 846,19	-	-	-	-	-	-
04.05.04.021-0	REPOSIÇÃO/REMETO DE LENTE INTRADUCULAR	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 453,60	-	Sen religião	Não se aplica	R\$ 3.908,00	R\$ 1.700,00	R\$ 2.153,60
04.05.05.015-1	IMPLANTE SECUNDÁRIO DE LENTE INTRA-OCULAR	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 1.112,83	-	-	-	-	-	-
04.05.05.007-0	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE HERNIA DE IRIS	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 259,20	-	R\$ 716,52	R\$ 2.166,76	R\$ 1.787,06	R\$ 1.989,05	R\$ 2.762,78
04.05.05.030-5	SUTURA DE CORNEA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 164,08	-	R\$ 716,52	R\$ 2.166,76	R\$ 1.787,06	R\$ 4.200,00	R\$ 2.687,68
04.05.01.007-9	EXERSE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DE PALPEBRAE SUPERCILIOSOS	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 78,75	-	R\$ 850,00	R\$ 1.100,00	R\$ 1.230,00	R\$ 1.900,00	R\$ 2.038,75
04.05.03.021-5	RÉTINOPEXIA PNEUMÁTICA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 389,54	-	R\$ 980,00	R\$ 1.340,00	R\$ 1.650,00	R\$ 2.800,00	R\$ 2.709,54
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 10,00	-	R\$ 46,00	R\$ 110,00	R\$ 109,78	R\$ 300,00	R\$ 167,78

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS

SI/COD SUS	PMSPA / SESAU		Nº 11065/21						
	CIRURGIA REFRATIVAS - POR OLHO (MOPA, ASTIGMATISMO E HIPERMETROPIA)- LASIK	AMB./HOSP.		MÉDIA	-	-	R\$ 1.500,00	-	R\$ 1.500,00
SI/COD SUS	CIRURGIA REFRATIVAS - POR OLHO (MOPA, ASTIGMATISMO E HIPERMETROPIA)- LASIK	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	-	R\$ 1.500,00	-	R\$ 1.500,00

- 1 Os procedimentos que tem preço da tabela SIGTAP + Prestador + Tabela AMB, foi utilizado 1(um) valor da Tabela SIGTAP + o menor valor do Prestador + o Valor da tabela AMB para fazer a Média
- 2 OS procedimentos que somente tem o valor do prestador, a média foi feita com o valor do prestador com menor preço
- 3 Os procedimentos que só tem preço da Tabela AMB e Prestador, a média foi feita com o valor do menor prestador e com o valor da AMB
- 4 OS procedimentos que só tem o valor da tabela SIGTAP e tabela Amb, a média foi feito com o preço de ambos
- 5 OS procedimentos referentes às consultas médicas, terão sobre o valor das consultas a incidência de 5% de taxa de administração.



SUS
Sistema Único de Saúde

**TABELA MUNICIPAL DIFERENCIADA DE
SERVIÇO DE SAÚDE DO SUS**



FORMA: EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS

SUB-GRUPO 09 - DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	COMPLEXIDADE	TAB. SUS. FED		PREST. (SHIRLEY)	TABELA AMB	VALOR TOTAL	VALOR APLICADO
				VLS. AMB. (R\$)	VLS. HOSP. (R\$)				
02.02.03.121-7	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 13,35	-	R\$ 30,00	R\$ 250,00	R\$ 283,35	R\$ 97,78
S/ COD SUS	DOSAGEM DO ANTÍGENO 27/29	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 1.275,00	R\$ 250,00	R\$ 1.525,00	R\$ 762,50
S/ COD SUS	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 50	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 120,00	R\$ 250,00	R\$ 370,00	R\$ 185,00
S/ COD SUS	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 19,9	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 40,00	R\$ 250,00	R\$ 290,00	R\$ 145,00
S/ COD SUS	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 72-4	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 75,00	R\$ 250,00	R\$ 325,00	R\$ 162,50
S/ COD SUS	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 16-3	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 40,00	R\$ 250,00	R\$ 290,00	R\$ 145,00
0200202031	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1 ESTERASE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 9,25	-	R\$ 55,00	R\$ 50,00	R\$ 114,25	R\$ 38,08
0202010023	CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 2,01	-	R\$ 15,00	R\$ 14,00	R\$ 31,01	R\$ 10,34

PMSPA / SESAU
DOC. N° 11065121
66
B)

	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,68	-	R\$ 20,00	R\$ 15,00	R\$ 38,68	R\$ 12,89
0202010236	DOSAGEM DE CAROTENO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 2,01	-	R\$ 100,00	R\$ 20,00	R\$ 122,01	R\$ 40,67
0202010244	DOSAGEM DE CATECOLAMINAS	HOSP.	MÉDIA	R\$ 0,00	-	R\$ 150,00	R\$ 100,00	R\$ 250,00	R\$ 83,33
0202010252	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,68	-	R\$ 25,00	R\$ 40,00	R\$ 68,68	R\$ 22,89
0202010309	DOSAGEM DE COLINESTERASE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,68	-	R\$ 20,00	R\$ 20,00	R\$ 43,68	R\$ 14,56
0202010449	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA PROSTÁTICA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 2,01	-	R\$ 20,00	R\$ 50,00	R\$ 72,01	R\$ 24,00
0202010457	DOSAGEM DE GALACTOSE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,51	-	R\$ 1.250,00	R\$ 50,00	R\$ 1.303,51	R\$ 434,50
0202010481	DOSAGEM GLICOSE 6 FOSFATO DESIDROGENASE (G6PD)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,68	-	R\$ 30,00	R\$ 27,00	R\$ 60,68	R\$ 20,23
0202010490	DOSAGEM HAPTOGLOBULINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,68	-	R\$ 40,00	R\$ 40,00	R\$ 83,68	R\$ 27,89
0202010511	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,68	-	R\$ 40,00	R\$ 40,00	R\$ 83,68	R\$ 27,89
0202010538	DOSAGEM DE LACTATO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,68	-	R\$ 20,00	R\$ 90,00	R\$ 113,68	R\$ 37,89
0202010716	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,68	-	R\$ 40,00	R\$ 40,00	R\$ 83,68	R\$ 27,89
0202010724	ELETROFORESE DE PROTEINA DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 4,42	-	R\$ 35,00	R\$ 40,00	R\$ 79,42	R\$ 26,47
0202010726	DE TEMPO DE TROMBINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 2,85	-	R\$ 35,00	R\$ 20,00	R\$ 57,85	R\$ 19,28

PMSPA / SESAU Nº 11065121 67									
	DOSAGEM DE ANTI COAGULANTE LUPICO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 4,11	-	R\$ 80,00	R\$ 67,00	R\$ 151,11	R\$ 50,37
0202020169*	ANTITROMBINA III	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 6,48	-	R\$ 70,00	R\$ 80,00	R\$ 156,48	R\$ 52,16
0202020290	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 4,60	-	R\$ 25,00	R\$ 20,00	R\$ 49,60	R\$ 16,53
0202020347	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 4,11	-	R\$ 65,00	R\$ 27,00	R\$ 681,11	R\$ 227,04
0202020355	ELETROFORÈSE HEMOGLOBINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 5,41	-	R\$ 40,00	R\$ 40,00	R\$ 85,41	R\$ 28,47
0202030410	PESQUISA DE CELULAS LE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 4,11	-	R\$ 40,00	R\$ 20,00	R\$ 64,11	R\$ 24,37
0202030016	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 15,00	-	R\$ 65,00	R\$ 130,00	R\$ 210,00	R\$ 70,00
0202030024	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 15,00	-	R\$ 65,00	R\$ 200,00	R\$ 280,00	R\$ 93,33
0202030032	CONTAGEM DE LINFOCITOS T. TOTAIS	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 15,00	-	R\$ 65,00	R\$ 130,00	R\$ 210,00	R\$ 70,00
0202030040	DETECÇÃO DO RNA DO HIV (QUALITATIVO)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 65,00	-	R\$ 175,00	R\$ 750,00	R\$ 990,00	R\$ 330,00
0202030050	DETECÇÃO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 96,00	-	R\$ 175,00	R\$ 750,00	R\$ 1.021,00	R\$ 340,33
0202030067	DETERMINAÇÃO COMPLEMENTO C160	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 9,25	-	R\$ 80,00	R\$ 40,00	R\$ 129,25	R\$ 43,08
0202030113	DOSAGEM DE BETA 2 MICROGLOBULINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 13,55	-	R\$ 25,00	R\$ 300,00	R\$ 338,55	R\$ 112,86

PMSPA / SESAU
OC. N° 11065121
68-0

	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IGG) SEM VALOR NO SIG TAB	HOSP.	MÉDIA	R\$ 0,00	-	R\$ 20,00	R\$ 70,00	R\$ 90,00	R\$ 30,00
0202030172	GENOTIPIAGEM D	VIRUS DA HEPATITE C	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 288,48	-	R\$ 650,00	R\$ 2.040,00	R\$ 2.988,48
0202030210	IMUNOELÉTROFOR ESE OU	IMUNOFIXAÇÃO DE PROTEINAS SERICAS	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 17,16	-	R\$ 350,00	R\$ 120,00	R\$ 487,16
0202030229	PPD (PARA APLICAÇÃO NO LABORATORIO) SEM VALOR NO SIGTAB	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 0,00	-	R\$ 20,00	R\$ 27,00	R\$ 47,00	R\$ 15,67
0202030245	PESQUISA ANTICORPOS PARA CARDIOLIPINA (GG)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 10,00	-	R\$ 60,00	R\$ 80,00	R\$ 155,00	R\$ 51,67
0202030253	PESQUISA ANTICORPOS PARA CARDIOLIPINA (GG)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 10,00	-	R\$ 60,00	R\$ 80,00	R\$ 155,00	R\$ 51,67
0202030261	PESQUISA ANTICORPOS PARA CARDIOLIPINA (GM)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 10,00	-	R\$ 65,00	R\$ 83,00	R\$ 158,00	R\$ 52,67
0202030288	PESQUISA DE ANTICORPOS HELICOBACTER PYLORE IGA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 17,16	-	R\$ 125,00	R\$ 100,00	R\$ 242,16	R\$ 80,72
0202030288	PESQUISA DE ANTICORPOS HELICOBACTER PYLORE IGG	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 17,16	-	R\$ 125,00	R\$ 100,00	R\$ 242,16	R\$ 80,72

PMSPA / SESAU
D.C. N° 11065121
69
②

0202030288	PESQUISA DE ANTICORPOS HELICOBACTER PYLORI IGM	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 17,16	-	R\$ 125,00	R\$ 100,00	R\$ 242,16	R\$ 80,72
0202030296	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI HIV/WESTERN BLOT	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 85,00	-	R\$ 180,00	R\$ 700,00	R\$ 965,00	R\$ 324,67
0202030318	HTLV	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 18,55	-	R\$ 40,00	R\$ 120,00	R\$ 178,55	R\$ 59,52
0202030334	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI SCHISTOSOMA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 5,74	-	R\$ 80,00	R\$ 27,00	R\$ 112,74	R\$ 37,58
0202030407	PESQUISA DE ANTICORPOS BRUCELAS (BRUCELLOSE)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,70	-	R\$ 20,00	R\$ 33,00	R\$ 56,70	R\$ 18,90
0202030423	PESQUISA DE CHLAMYDIA IGG	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 10,00	-	R\$ 70,00	R\$ 90,00	R\$ 170,00	R\$ 56,67
0202030423	PESQUISA DE CHLAMYDIA IGM	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 10,00	-	R\$ 70,00	R\$ 90,00	R\$ 170,00	R\$ 56,67
0202030423	PESQUISA DE CHLAMYDIA IGA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 10,00	-	R\$ 70,00	R\$ 90,00	R\$ 170,00	R\$ 56,67
0202030458	ANTI ESCLERODERMA SCL 70	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 10,00	-	R\$ 25,00	R\$ 60,00	R\$ 95,00	R\$ 31,67
0202030490	PESQUISA ANTICORPOS ANTI GLIADINA(IGG	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 0,00	-	R\$ 50,00	R\$ 70,00	R\$ 120,00	R\$ 40,00
0202030490	PESQUISA ANTICORPOS ANTI GLIADINA(IGA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 0,00	-	R\$ 50,00	R\$ 70,00	R\$ 120,00	R\$ 40,00
0202030490	PESQUISA ANTICORPOS ANTI GLIADINA(IGM	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 0,00	-	R\$ 50,00	R\$ 70,00	R\$ 120,00	R\$ 40,00

0202030512	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI ILHOTA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 10,00	-	R\$ 70,00	R\$ 80,00	R\$ 160,00	R\$ 53,33
0202030520	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI INSULINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 17,16	-	R\$ 40,00	R\$ 80,00	R\$ 137,16	R\$ 45,72
0202030547	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI LISTERIA (LISTERIOSE)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 5,50	-	R\$ 30,00	R\$ 53,00	R\$ 88,50	R\$ 29,50
0202030563	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONTRIA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 17,16	-	R\$ 45,00	R\$ 120,00	R\$ 182,16	R\$ 60,72
0202030574	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI MUSCULO ESTRIADO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 17,16	-	R\$ 70,00	R\$ 80,00	R\$ 167,16	R\$ 55,72
0202030580	PESQUISA DE ANTICORPO MUSCULO LISO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 17,16	-	R\$ 40,00	R\$ 40,00	R\$ 97,16	R\$ 32,39
0202030768	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITOXOPLASMA IgM	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 16,97	-	R\$ 200,00	R\$ 35,00	R\$ 251,97	R\$ 83,99
0202030768	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITOXOPLASMA IgG	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 16,97	-	R\$ 200,00	R\$ 60,00	R\$ 276,97	R\$ 92,32
0202030776	PESQUISA DE IgG TRYpanossoma CRUZI	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 9,25	-	R\$ 20,00	R\$ 14,00	R\$ 43,25	R\$ 14,42
0202030822	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA VARICELA IgG	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 17,16	-	R\$ 65,00	R\$ 100,00	R\$ 182,16	R\$ 60,72

11065121
11065121
ffo
6

PMSPA / SESAU
 N.º 1106512
 f1
 ④

	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA VARICELA IgM	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 17,16	-	R\$ 65,00	R\$ 120,00	R\$ 202,16	R\$ 87,39
0202030822	VARICELA ZOSTER ANTICORPOS IgG	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 17,16	-	R\$ 65,00	R\$ 100,00	R\$ 182,16	R\$ 60,72
0202031938	VARICELA ZOSTER ANTICORPOS IgM (HERPES)	AMB./HOSP.	MÉDIA	RS 17,16	-	R\$ 65,00	R\$ 120,00	R\$ 202,16	R\$ 67,39
0202031039	PESQUISA DE IgE ESPECÍFICO (CADA)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 9,25	-	R\$ 40,00	R\$ 75,00	R\$ 124,25	R\$ 41,42
0202031071	QUANTIFICAÇÃO DE RNA PARA HIV	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 18,00	-	R\$ 200,00	R\$ 750,00	R\$ 968,00	R\$ 322,67
0202031080	QUANTIFICAÇÃO AMB./HOSP.	AMB./HOSP.	MÉDIA	RS 168,48	-	R\$ 200,00	R\$ 1.116,00	R\$ 1.484,48	R\$ 494,83
0202031187	DOSAGEM DE ANTI TRANGLUTAMINAS E TECIDUAL IgG	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 18,55	-	R\$ 125,00	R\$ 252,00	R\$ 395,55	R\$ 131,85
0202031187	DOSAGEM DE ANTI TRANGLUTAMINAS E TECIDUAL IgA	AMB./HOSP.	MÉDIA	RS 18,55	-	R\$ 125,00	R\$ 252,00	R\$ 395,55	R\$ 131,85
0202031209	DOSAGEM DE TROPONINA I OU T GENOTIPIGA DO HIV	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 9,00	-	R\$ 50,00	R\$ 85,50	R\$ 144,50	R\$ 48,47
0202031241	DETECÇÃO DO RNA DO HTLV	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 0,00	-	R\$ 1.800,00	R\$ 1.650,00	R\$ 3.450,00	R\$ 1.150,00
0202031250	COPROLOGICO FUNCIONAL	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 65,00	-	R\$ 800,00	R\$ 750,00	R\$ 1.615,00	R\$ 538,33
0202040038	PESQUISA DE ROTAVIRUS	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,04	-	R\$ 30,00	R\$ 50,00	R\$ 83,04	R\$ 27,68
0202040135			MÉDIA	R\$ 10,25	-	R\$ 35,00	R\$ 50,00	R\$ 95,25	R\$ 31,75

PMSPA / SESAU
CC. N° 1106512
12/01/2022

	PESQUISA DE SANGUE OCULTO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 1,65	-	R\$ 20,00	R\$ 10,00	R\$ 31,65	R\$ 10,55
0202040143	CLEARENCE DE CREATININA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,51	-	R\$ 25,00	R\$ 25,00	R\$ 53,51	R\$ 17,84
0202050025	DETERMINAÇÃO OSMOLALIDADE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,70	-	R\$ 50,00	R\$ 30,00	R\$ 83,70	R\$ 27,90
0202050068	DOSAGEM DE CITRATO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 2,01	-	R\$ 30,00	R\$ 14,00	R\$ 46,01	R\$ 15,34
0202050084	DOSAGEM DE OXALATO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,68	-	R\$ 30,00	R\$ 30,00	R\$ 63,68	R\$ 21,23
0202050106	PESQUISA DE FRUTOSE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 2,04	-	R\$ 16,00	R\$ 14,00	R\$ 31,04	R\$ 10,35
0202050238	PESQUISA DE GALACTOSE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,36	-	R\$ 16,00	R\$ 50,00	R\$ 68,36	R\$ 22,79
0202050246	PESQUISA DE HOMOCISTEINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 2,04	-	R\$ 50,00	R\$ 592,00	R\$ 644,04	R\$ 214,68
0202060262	DETERMINAÇÃO RETENÇÃO T3	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 12,54	-	R\$ 60,00	R\$ 55,00	R\$ 127,54	R\$ 42,51
0202060020	DETERMINAÇÃO DE T3 REVERSO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 14,69	-	R\$ 150,00	R\$ 185,00	R\$ 359,69	R\$ 119,90
0202060039	DOSAGEM 17 ALFA HIDROXYPROGESTERONA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 10,20	-	R\$ 40,00	R\$ 165,00	R\$ 215,20	R\$ 71,73
0202060047	DOSAGEM DE ACIDO 5 HIDROXI INDOL ACETICO (SEROTONINA)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 6,72	-	R\$ 60,00	R\$ 60,00	R\$ 126,72	R\$ 42,24
0202060071	DOSAGEM DE ADRENOCORTICO TROFICO (ACTH)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 14,12	-	R\$ 30,00	R\$ 210,00	R\$ 254,12	R\$ 84,71
0202060080	ALDOSTERONA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 11,89	-	R\$ 35,00	R\$ 125,00	R\$ 171,89	R\$ 57,30
0202060110	ANDROSTENEDION A	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 11,53	-	R\$ 35,00	R\$ 160,00	R\$ 206,53	R\$ 68,84
0202060128	DOSAGEM DE CALCITONINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 14,38	-	R\$ 50,00	R\$ 225,00	R\$ 289,38	R\$ 96,46

0202060144	DEHIDROEPIANDRO OSTERONA (DHEA)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 11,25	-	R\$ 30,00	R\$ 105,00	R\$ 146,25	R\$ 48,75	
0202060152	DOSAGEM DE DI- HIDROTESTOSTER ONA - DHT	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 11,71	-	R\$ 30,00	R\$ 160,00	R\$ 201,71	R\$ 67,24	
0202060209	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADOR ADA TIROXINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 15,35	-	R\$ 80,00	R\$ 180,00	R\$ 275,35	R\$ 91,78	
0202070322	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 15,35	-	R\$ 48,00	R\$ 200,00	R\$ 263,35	R\$ 87,78	
0202070026	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 2,23	-	R\$ 20,00	R\$ 60,00	R\$ 82,23	R\$ 27,41	
0202070034	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,68	-	R\$ 20,00	R\$ 60,00	R\$ 83,68	R\$ 27,89	
0202070042	DOSAGEM DE METIL HIPURICO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 2,04	-	R\$ 20,00	R\$ 60,00	R\$ 82,04	R\$ 27,35	
0202070174	DOSAGEM DE CHUMBO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 8,83	-	R\$ 30,00	R\$ 80,00	R\$ 118,83	R\$ 39,61	
0202070190	DOSAGEM DE COBRE	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 3,51	-	R\$ 38,00	R\$ 120,00	R\$ 161,51	R\$ 53,84	
0202070204	DOSAGEM DE DIGOXINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 8,87	-	R\$ 38,00	R\$ 150,00	R\$ 196,87	R\$ 65,62	
0202070239	DOSAGEM DE FENOL	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 2,05	-	R\$ 35,00	R\$ 60,00	R\$ 97,05	R\$ 32,35	
0202070255	DOSAGEM DE LITIO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 2,25	-	R\$ 20,00	R\$ 20,00	R\$ 42,25	R\$ 14,08	
0202070271	DOSAGEM DE NETA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 4,11	-	R\$ 20,00	R\$ 30,00	R\$ 54,11	R\$ 18,04	
	HEMOGLOBINA									
	BACILOSCOPIA DIRETA/P/BAAR									
	TUBERCULOSE (PESQUISA DE BAAR)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 4,20	-	R\$ 20,00	R\$ 10,00	R\$ 34,20	R\$ 11,40	

Nº 11065121
f3

PMSPA / SESAU
DOC. Nº 11065121
14

	BACILOSCOPIA DIRETA P/BAAR (HANSENIASE)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 4,20	-	R\$ 20,00	R\$ 10,00	R\$ 34,20	R\$ 11,40
0202080056	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 2,80	-	R\$ 20,00	R\$ 15,00	R\$ 37,80	R\$ 12,60
0202080072	CULTURA DE BAAR (PRAZO 45 DIAS PARA RESULTADO)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 5,63	-	R\$ 20,00	R\$ 30,00	R\$ 55,63	R\$ 18,54
0202080110	CULTURA DE FUNGOS	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 4,19	-	R\$ 60,00	R\$ 50,00	R\$ 114,19	R\$ 38,06
0202080137	MICOLOGICO DIRETO (PESQUISA DE FUNGOS)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 2,40	-	R\$ 20,00	R\$ 20,00	R\$ 42,40	R\$ 14,13
0202080145	HEMOCULTURA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 11,49	-	R\$ 65,00	R\$ 58,00	R\$ 134,49	R\$ 44,83
0202090264	ESPERMOGRAMA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 4,80	-	R\$ 20,00	R\$ 40,00	R\$ 64,80	R\$ 21,60
0202100030	CARIOTIPO BANDA G	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 16,00	-	R\$ 60,00	R\$ 583,00	R\$ 1.343,00	R\$ 447,67
0202110060	TESTE DO PEZINHO BASICO	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 20,90	-	R\$.60,00	R\$ 50,00	R\$ 130,90	R\$ 43,63
0202110109	TESTE DO PEZINHO PLUS	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 5,50	-	R\$ 150,00	R\$ 165,00	R\$ 320,50	R\$ 106,83
SI COD SIGTAB	1,25 HIDROXI VITAMINA D	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 65,00	R\$ 175,00	R\$ 240,00	R\$ 120,00
SI COD SIGTAB	ANTI ENDOMISIO IGM	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 150,00	R\$ 92,00	R\$ 242,00	R\$ 121,00
SI COD SIGTAB	ANTI ENDOMISIO IGG	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 150,00	R\$ 92,00	R\$ 242,00	R\$ 121,00
SI COD SIGTAB	ANTI ENDOMISIO	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 150,00	R\$ 92,00	R\$ 242,00	R\$ 121,00
SI COD SIGTAB	ANTILIKM	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 150,00	R\$ 33,00	R\$ 183,00	R\$ 91,50
SI COD SUS	CURVA INSULINICA (4 DOSAGENS)	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 60,00	R\$ 250,00	R\$ 310,00	R\$ 155,00
SI COD SUS	DIMEROD	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 75,00	R\$ 100,00	R\$ 175,00	R\$ 87,50
SI COD SUS	ERITROPOETINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 90,00	R\$ 313,00	R\$ 403,00	R\$ 201,50

INSP / SEI
 DC. N° 11065
 45

S/ COD SUS	IGBP 3	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 40,00	R\$ 167,00	R\$ 207,00	R\$ 103,50
S/ COD SUS	SATURAÇÃO DA TRANSFERRINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 10,00	R\$ 60,00	R\$ 70,00	R\$ 35,00
S/ COD SUS	TESTE DE AVIDEZ (TOXOPLASMOSE, RUBEOLA, CITO)	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 120,00	R\$ 92,00	R\$ 212,00	R\$ 108,00
S/ COD SUS	PROTEÍNA C FUNCIONAL	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 50,00	R\$ 125,00	R\$ 175,00	R\$ 87,50
S/ COD SUS	PROTEÍNA S FUNCIONAL	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 50,00	R\$ 125,00	R\$ 175,00	R\$ 87,50
S/ COD SUS	DOENÇA DE CHAGAS (GG) (CADA)	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 25,00	R\$ 30,00	R\$ 55,00	R\$ 27,50
S/ COD SUS	DOENÇA DE CHAGAS (IGM (CADA))	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 25,00	R\$ 30,00	R\$ 55,00	R\$ 27,50
S/ COD SUS	PESQUISA DE CELULAS NEOPLÁSTICAS	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 25,00	R\$ 30,00	R\$ 55,00	R\$ 27,50
S/ COD SUS	ROTINA LÍQUIDO ASCITICO	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 105,00	R\$ 100,00	R\$ 205,00	R\$ 102,50
S/ COD SUS	ROTINA LÍQUIDO PLEURAL	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 50,00	R\$ 67,00	R\$ 117,00	R\$ 58,50
S/ COD SUS	ROTINA LÍQUIDO SINOVIAL	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 50,00	R\$ 67,00	R\$ 117,00	R\$ 58,50
S/ COD SUS	ROTINA LÍQUIDO LIQUOR	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 50,00	R\$ 67,00	R\$ 117,00	R\$ 58,50
S/ COD SUS	ANTICORPOS ANTI CITOPLASMA NEUTROFILOS C E P (P-ANCA/C-ANCA)	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 70,00	R\$ 83,00	R\$ 153,00	R\$ 76,50
S/ COD SUS	OSTEOCALCINA	AMB./HOSP.	MÉDIA	-	-	R\$ 85,00	R\$ 150,00	R\$ 235,00	R\$ 117,50

S/ COD SUS
NISPA / SESAU
Nº 1068121

76



PMSPA / SESAU
C.C. N° 11065121
ff
e



TABELA MUNICIPAL DIFERENCIADA DE SERVIÇO DE SAÚDE DO SUS



Conselho Municipal de
Saúde

São Pedro da Aldeia

SUB-GRUPO 10 - DIAGNÓSTICO EM OTORRINOLARINGOLOGIA E FONOAUDIOLOGIA

FORMA: EXAMES POR VIA AÉREAS E POR VIAS OSSÉAS

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	COMPLEXIDADE	TAB. SUS. FED		PREST. (CENTRO DE FONO)	TABELA AMB	VALOR TOTAL	VALOR APLICADO
				VLS. (R\$)	V.A.S. (R\$)				
02.11.07.004-1	AUDIOMETRIA TONAL LIMAR (VIA AÉREA / OSSÉA)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 21,00	-	R\$ 55,00	R\$ 90,00	R\$ 166,00	R\$ 55,33
02.11.07.024-1	LOGOAUDIOMETRI A (LDV-LRF-LRF)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 26,25	-	R\$ 60,00	R\$ 40,00	R\$ 126,25	R\$ 42,08

FORMA: EXAMES POR VIA AÉREAS E POR VIAS OSSÉAS

02.11.07.004-1	AUDIOMETRIA TONAL LIMAR (VIA AÉREA / OSSÉA)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 21,00	-	R\$ 55,00	R\$ 90,00	R\$ 166,00	R\$ 55,33
02.11.07.024-1	LOGOAUDIOMETRI A (LDV-LRF-LRF)	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 26,25	-	R\$ 60,00	R\$ 40,00	R\$ 126,25	R\$ 42,08



TABELA MUNICIPAL DIFERENCIADA DE SERVIÇO DE SAÚDE DO SUS

FORMA: CONSULTAS MÉDICAS



CÓDIGO	PROCEDIMENTO	MODALIDADE	COMPLEXIDADE	TAB. SUS. FED	PREST. (SHIRLEY)		PREST. (DVA LIMA)		PREST. (RÁDIO MED)		PREST. (AVMED)		PREST. (OFITALMO CLÍNICA)		TABELA AMB	VALOR TOTAL	VALOR APLICADO	TAXA ADM. 6%	TOTAL DO VALOR APLICADO COM A TAXA ADM. DE 6%
					PREST.	(Linfagós)	PREST.	(DVA LIMA)	PREST.	(RÁDIO MED)	PREST.	(AVMED)	PREST.	(OFITALMO CLÍNICA)					
02.11.07.004-1	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA	AMB./HOSP.	PRIMÁRIA	R\$ 10,00	R\$ 10,00	R\$ 80,00	R\$ 100,00	R\$ 80,00	R\$ 100,00	R\$ 80,00	R\$ 100,00	R\$ 80,00	R\$ 150,00	R\$ 100,00	R\$ 350,00	R\$ 70,00	R\$ 3,50	R\$ 70,50	
02.11.07.021-1	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	AMB./HOSP.	MÉDIA	R\$ 10,00	R\$ 10,00	R\$ 200,00	R\$ 100,00	R\$ 100,00	R\$ 100,00	R\$ 100,00	R\$ -	R\$ 150,00	R\$ 100,00	R\$ 410,00	R\$ 82,00	R\$ 4,10	R\$ 86,10		

- 1 Os procedimento que tem preço da Tabela SIG/AR + Prestador + Tabela AMB (é referido 1ºum) valor da Tabela SIG/AR + o menor valor do Prestador + o Valor da Tabela AMB para fazer a Média
- 2 OS procedimento que só tem preço da Tabela AMB o Prestador a mídia (faz com o valor do menor prestador com o valor da AMB)
- 3 OS procedimento que só tem o valor da Tabela SIG/AR e Tabela AMB a mídia (é feito com o preço da ambas)
- 4 OS procedimento que só tem o valor da Tabela SIG/AR e Tabela AMB a mídia (é feito com o preço da ambas)
- 5 OS procedimentos referentes às consultas médicas, feito sobre o valor das consultas à indéndica de 5% da taxa de administração.