

DIÁRIO OFICIAL DE SENADOR CANEDO

Publicação: 16/06/2025

RESOLUÇÃO Nº10 DO DIA 11 DE JUNHO DE 2025 CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE – CMS / SENADOR CANEDO**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

*Dispõe sobre a aprovação da Atualização da Tabela de Procedimentos e Complementos para
Credenciamento de Serviços de apoio e diagnósticos e serviços Hospitalares 2025*

O Presidente do CMS de Senador Canedo, em sua atribuição conferida ao Presidente do Conselho Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde pela Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de 2008, art. Ministério da Saúde / Conselho Nacional de Saúde 2/2 13, Inciso VI, que lhe possibilita decidir, ad referendum, acerca de assuntos emergenciais, quando houver impossibilidade de consulta ao Plenário, submetendo o seu ato à deliberação do Pleno em reunião subsequente, no cumprimento da Lei Federal 8.142, de 28 de dezembro de 1990, art. 1º, parágrafo 2º e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei Municipal nº 187 de 29 de janeiro de 1992 e suas alterações, regulamentada pelo Decreto nº 1385 de 03 de novembro de 2009;

No cumprimento à Constituição da República Federal do Brasil, do Título VIII, Capítulo II, Seção II, da Saúde, a Lei Federal 8.080 de 19 de setembro de 1990, a Lei Federal 8.142 de 28 de dezembro de 1990 e o Decreto Presidencial nº 7508 de 28 de junho de 2011 e a Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012;

Considerando as deliberações da 6ª Reunião Ordinária de 2025 do Conselho Municipal de Saúde de Senador Canedo-GO de 11 de junho de 2025,

RESOLVE:**Art. 1º** Aprovar a **Atualização da Tabela de Procedimentos e Complementos para****Credenciamento de Serviços de apoio e diagnósticos e serviços Hospitalares 2025**, na 6ª Reunião

Ordinária de 2025, realizada no dia 11 de junho de 2025 na SMS, onde foi **aprovado por unanimidade**;

Art. 2º Certificar a aprovação a Atualização da Tabela de Procedimentos e Complementos para

Credenciamento de Serviços de apoio e diagnósticos e serviços Hospitalares 2025, na 6ª Reunião Ordinária de 2025, realizada no dia 11 de junho de 2025, aprovado por unanimidade;

Art. 3º Esta resolução com a tabela em anexo 1, entra em vigor a partir de sua **Homologação e Publicação**.

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SENADOR CANEDO, EM SENADOR CANEDO, AOS 11 DE JUNHO DE 2025.

Reginaldo Pereira dos Anjos

Presidente do Conselho Municipal de Saúde - 2024/2025

Decreto nº 010/2024

A Secretária/ Municipal de Saúde, dando cumprimento ao que determina o § 2º do Art. 1º da
Lei Federal 8.142 de 28 de dezembro de 1990, HOMOLOGA A PRESENTE RESOLUÇÃO Verônica Savatin Wottrich
Secretário Municipal de Saúde Decreto nº 027/2025

ANEXO 1

TABELA DE PROCEDIMENTOS COM COMPLEMENTO
--

CÓDIGO	EXAMES CARDIOLÓGICOS	VALOR SUS	COMPLEMENTO	TOTAL
02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORAXICO	R\$ 67,86	R\$ 132,14	R\$ 200,00
02.11.02.004-4	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24HR (3 CANAIS)	R\$ 30,00	R\$ 90,00	R\$ 120,00
02.11.02.005-2	MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL MAPA	R\$ 10,07	R\$ 109,93	R\$ 120,00
02.05.01.004-0	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS(ATE 3 VASOS)	R\$ 39,60	R\$ 110,40	R\$ 150,00
02.11.02.006-0	TESTE ERGOMETRICO	R\$ 30,00	R\$ 150,00	R\$ 180,00
02.05.01.001-6	ECOCARDIOGRAMA DE ESTRESSE	R\$ 165,00	R\$ 235,00	R\$ 400,00
02.05.01.005-9	ULTRASSONOGRAMA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	R\$ 42,90	R\$ 107,10	R\$ 150,00
02.05.01.002-4	ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGICO	R\$ 165,00	R\$ 535,00	R\$ 700,00
02.11.02.003-6	ELETROCARDIOGRAMA COM LAUDO	R\$ 5,15	R\$ 19,85	R\$ 25,00
NÃO TEM	ECOCARDIOGRAMA FETAL, E DE RN	R\$ -	R\$ -	R\$ 400,00
CÓDIGO	EXAMES UROLÓGICO	VALOR SUS	COMPLEMENTO	TOTAL
02.11.09.001-8	AVALIAÇÃO URODINAMICA COMPLETA	R\$ 7,62	R\$ 392,38	R\$ 400,00
02.11.09.007-7	UROFLUXOMETRIA	R\$ 8,82	R\$ 91,18	R\$ 100,00

02.04.05.017-0	URETROCISTOGRAFIA	R\$ 52,11	R\$ 147,89	R\$ 200,00
02.11.09.004-2	CISTOMETRIA SIMPLES	R\$ 8,82	R\$ 71,18	R\$ 80,00
02.01.01.041-0	BIOPSIA DE PROSTATA	R\$ 202,81	R\$ 1.450,00	R\$ 1.652,81
CÓDIGO	EXAMES OTORRINOLARINGOLOGIA	VALOR SUS	COMPLEMENTO	TOTAL
02.11.07.026-2	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DO TRONCO ENCEFALICO (BERA)	R\$ 46,88	R\$ 353,12	R\$ 400,00
02.11.07.020-3	IMITANCIOMETRIA	R\$ 23,00	R\$ 2,00	R\$ 25,00
02.11.070.15-7	EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS (TESTE DA ORELHINHA)	R\$ 46,88	R\$ 3,12	R\$ 50,00
02.11.07.021-1	LOGOAUDIOMETRIA	R\$ 26,25	R\$ 3,75	R\$ 30,00
02.11.07.004-1	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR	R\$ 21,00	R\$ 4,00	R\$ 25,00
02.09.04.002-5	LARINGOSCOPIA	R\$ 47,14	R\$ 102,86	R\$ 150,00
02.09.04.004-1	VIDEOLARINGOSCOPIA / VIDEONASOLARINGOLOGIA	R\$ 45,50	R\$ 104,50	R\$ 150,00
CÓDIGO	EXAMES GINECOLOGIA/OBSTETRICIA	VALOR SUS	COMPLEMENTO	TOTAL
02.11.04.002-9	COLPOSCOPIA	R\$ 3,38	R\$ 150,00	R\$ 153,38
02.01.01.060-7	PUNÇÃO DE MAMA POR AGULHA GROSSA	R\$ 140,00	R\$ 600,00	R\$ 740,00
02.01.01.058-5	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA(PAAF)	R\$ 66,48	R\$ 83,52	R\$ 150,00

02.09.03.001-1	HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA	R\$ 76,50	R\$ 1.123,50	R\$ 1.200,00
02.11.04.004-5	HISTEROSCOPIA (DIAGNOSTICA)	R\$ 25,00	R\$ 400,00	R\$ 425,00
CÓDIGO	EXAMES EM GASTROENTEROLOGIA	VALOR SUS	COMPLEMENTO	TOTAL
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA/ENDOSCOPIA	R\$ 48,16	R\$ 201,84	R\$ 250,00
CÓDIGO	EXAMES EM PROCTOLOGIA	VALOR SUS	COMPLEMENTO	TOTAL
02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA COM POLIPECTOMIA	R\$ 112,66	R\$ 637,34	R\$ 750,00
02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA	R\$ 112,66	R\$ 387,34	R\$ 500,00
02.09.01.005-3	RETOSSIGMOIDOSCOPIA	R\$ 23,13	R\$ 76,87	R\$ 100,00
CÓDIGO	EXAMES EM PNEUMOLOGIA	VALOR SUS	COMPLEMENTO	TOTAL
02.11.08.005-5	ESPIROMETRIA	R\$ 6,36	R\$ 43,64	R\$ 50,00
02.09.04.001-7	BRONCOSCOPIA	R\$ 36,02	R\$ 800,00	R\$ 836,02
CÓDIGO	EXAMES EM NEUROLOGIA	VALOR SUS	COMPLEMENTO	TOTAL
02.11.05.008-3	ELETRONEUROMIOGRAFIA(CADA MEMBRO)	R\$ 27,00	R\$ 123,00	R\$ 150,00
02.11.05.004-0	ELETROENCEFALOGRAMA	R\$ 25,00	R\$ 100,00	R\$ 125,00
02.11.05.010-5	POLISSONOGRAMA	R\$ 125,00	R\$ 675,00	R\$ 800,00

NÃO TEM	POLISSONOGRAMA TIPO 3 EM DOMICILIO	R\$ -	R\$ -	R\$ 300,00
CÓDIGO	RESSONANCIA MAGNETICA	VALOR SUS	COMPLEMENTO	TOTAL
02.07.01.001-3	ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	R\$ 268,75	R\$ 250,00	R\$ 518,75
02.07.01.002-1	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	R\$ 268,75	R\$ 157,00	R\$ 425,75
02.07.01.003-0	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	R\$ 268,75	R\$ 157,00	R\$ 425,75
02.07.01.004-8	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 268,75	R\$ 157,00	R\$ 425,75
02.07.01.005-6	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	R\$ 268,75	R\$ 157,00	R\$ 425,75
02.07.01.006-4	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	R\$ 268,75	R\$ 157,00	R\$ 425,75
02.07.01.007-2	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	R\$ 268,75	R\$ 157,00	R\$ 425,75
02.07.02.001-9	RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE	R\$ 268,75	R\$ 157,00	R\$ 425,75
02.07.02.002-7	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R\$ 268,75	R\$ 157,00	R\$ 425,75
02.07.02.003-5	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	R\$ 268,75	R\$ 157,00	R\$ 425,75
02.07.03.001-4	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 268,75	R\$ 157,00	R\$ 425,75
02.07.03.002-2	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR	R\$ 268,75	R\$ 157,00	R\$ 425,75
02.07.03.003-0	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R\$ 268,75	R\$ 157,00	R\$ 425,75

02.07.03.004-9	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA	R\$ 268,75	R\$ 157,00	R\$ 425,75
04.17.01.005-2	ANESTESIA REGIONAL	R\$ 22,27	R\$ 227,73	R\$ 250,00
CÓDIGO	MEDICINA NUCLEAR (CINTILOGRAFIA)	VALOR SUS	COMPLEMENTO	TOTAL
02.08.02.001-2	CINTILOGRAFIA FIGADO E BAÇO	R\$ 133,26	R\$ 383,74	R\$ 517,00
02.08.01.001-7	CINTILOGRAFIA DE CORAÇÃO GALIO - 67	R\$ 457,55	R\$ 917,45	R\$ 1.375,00
02.08.02.003-9	CINTILOGRAFIA GLANDULAS SALIVARES	R\$ 87,89	R\$ 350,00	R\$ 437,99
02.08.01.002-5	CINTILOGRAFIA MIOCARDIO PERFUSAO - ESTRESSE FISICO	R\$ 408,52	R\$ 800,00	R\$ 1.208,52
02.08.01.003-3	CINTILOGRAFIA MIOCARDIO PERFUSAO - REPOUSO	R\$ 383,07	R\$ 700,00	R\$ 1.083,07
02.08.05.003-5	CINTILOGRAFIA DE OSSOS COM OU SEM FLUXO SANGUÍNEO (CORPO INTEIRO)	R\$ 199,99	R\$ 850,00	R\$ 1.049,99
02.08.07.002-8	CINTILOGRAFIA PARA DETECCAO DE ASPIRACAO PULMONAR	R\$ 127,51	R\$ 290,49	R\$ 418,00
02.08.02.010-1	CINTILOGRAFIA PARA DETECCAO DE HEMORRAGIAS DIGESTIVA NAO ATIVA	R\$ 310,82	R\$ 701,18	R\$ 1.012,00
02.08.02.005-5	CINTILOGRAFIA PARA ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO - LIQUIDOS	R\$ 135,38	R\$ 304,62	R\$ 440,00
02.08.02.006-3	CINTILOGRAFIA PARA ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO - SEMI-SOLIDOS	R\$ 135,38	R\$ 304,62	R\$ 440,00
02.08.07.003-6	CINTILOGRAFIA PULMONAR (Inalacao)	R\$ 128,12	R\$ 366,50	R\$ 495,00
02.08.07.004-4	CINTILOGRAFIA PULMONAR (Perfusão)	R\$ 130,50	R\$ 408,50	R\$ 539,00

02.08.07.001-0	CINTILOGRAFIA DE PULMAO C/ GALIO 67	R\$ 457,55	R\$ 700,00	R\$ 1.157,55
02.08.02.007-1	CINTILOGRAFIA REFLUXO GASTROESOFAGICO - RGE	R\$ 144,22	R\$ 283,68	R\$ 427,90
02.08.04.005-6	CINTILOGRAFIA RENAL (QUALITATIVA OU QUANTITATIVA) - DMSA	R\$ 133,03	R\$ 400,00	R\$ 533,03
02.08.04.002-1	CINTILOGRAFIA DE RIM C/ GALIO 67	R\$ 457,55	R\$ 600,00	R\$ 1.057,55
02.08.04.010-2	CINTILOGRAFIA RENAL DINAMICA BASAL	R\$ 165,24	R\$ 395,76	R\$ 561,00
02.08.01.008-4	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DAS CAMARAS CARDIACAS - REPOUSO	R\$ 176,72	R\$ 395,28	R\$ 572,00
02.08.04.003-0	CINTILOGRAFIA TESTICULAR (ESCROTAL)	R\$ 108,94	R\$ 250,76	R\$ 359,70
02.08.03.001-8	CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES	R\$ 324,54	R\$ 300,00	R\$ 624,54
02.08.03.003-4	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ TESTE DE SUPRESSAO / ESTIMULO	R\$ 107,30	R\$ 500,00	R\$ 607,30
02.08.03.002-6	CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE COM OU SEM CAPTAÇÃO	R\$ 77,28	R\$ -	R\$ 408,10
02.08.09.003-7	CINTILOGRAFIA DE MAMA	R\$ 289,43	R\$ 500,00	R\$ 789,43
02.08.09.001-0	CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GALIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS	R\$ 906,80	R\$ 500,00	R\$ 1.406,80
02.08.01.008-4	VENTRICULO-CINTILOGRAFIA	R\$ 176,72	R\$ 692,28	R\$ 869,00
CÓDIGO	TOMOGRAFIA	VALOR SUS	COMPLEMENTO	TOTAL
02.06.01.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL	R\$ 86,75	R\$ 150,00	R\$ 236,75

02.06.01.002-8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBRO-SACRA	R\$ 101,10	R\$ 150,00	R\$ 251,10
02.06.01.003-6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA	R\$ 86,76	R\$ 150,00	R\$ 236,76
02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES	R\$ 86,75	R\$ 150,00	R\$ 236,75
02.06.01.005-2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PESCOÇO	R\$ 86,75	R\$ 150,00	R\$ 236,75
02.06.01.006-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SELA TURÇICA	R\$ 97,44	R\$ 150,00	R\$ 247,44
02.06.01.008-7	TOMOMIELOGRAFIA COMPUTADORIZADA	R\$ 138,63	R\$ 150,00	R\$ 288,63
02.06.01.007-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CRANIO	R\$ 97,44	R\$ 150,00	R\$ 247,44
02.06.02.001-5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS MEMBROS SUPERIORES	R\$ 86,75	R\$ 150,00	R\$ 236,75
02.06.02.002-3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEGMENTOS APENDICULARES	R\$ 86,75	R\$ 150,00	R\$ 236,75
02.06.02.003-1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA TORAX	R\$ 136,41	R\$ 150,00	R\$ 286,41
02.06.02.004-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA HEMITORAX	R\$ 136,41	R\$ 150,00	R\$ 286,41
02.06.03.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOMEM SUPERIOR	R\$ 138,63	R\$ 150,00	R\$ 288,63
02.06.03.002-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ARTICULAÇÕES MEMBRO INFERIOR	R\$ 86,75	R\$ 150,00	R\$ 236,75
02.06.03.003-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA Pelve/BACIA/ABDOMEN INFERIOR	R\$ 138,63	R\$ 150,00	R\$ 288,63
SEM CÓDIGO	ANGIOTOMOGRAFIA DE CORONÁRIAS/ ARTÉRIAS	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.000,00

CÓDIGO	ULTRASSONOGRRAFIA E DOPPLER	VALOR SUS	COMPLEMENTO	TOTAL
02.05.01.004-0	DOPPLER DE CAROTIDAS	R\$ 39,60	R\$ 110,40	R\$ 150,00
02.05.01.004-0	DOPPLER DE TIREOIDE	R\$ 39,60	R\$ 110,40	R\$ 150,00
02.05.01.004-0	DOPPLER DE CAROTIDAS	R\$ 39,60	R\$ 110,40	R\$ 150,00
02.05.01.004-0	DOPPLER DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 39,60	R\$ 110,40	R\$ 150,00
02.05.01.004-0	DOPPLER DE TIREOIDE	R\$ 39,60	R\$ 110,40	R\$ 150,00
02.05.01.004-0	DOPPLER RENAL	R\$ 39,60	R\$ 110,40	R\$ 150,00
02.05.01.004-0	DOPPLER DE VASOS(CADA MEMBRO)	R\$ 39,60	R\$ 110,40	R\$ 150,00
02.05.02.017-8	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA	R\$ 24,20	R\$ 125,80	R\$ 150,00
02.05.01.005-9	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	R\$ 42,90	R\$ 137,10	R\$ 180,00
02.05.02.015-1	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R\$ 39,60	R\$ 110,40	R\$ 150,00
02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 37,95	R\$ 32,05	R\$ 70,00
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA	R\$ 14,81	R\$ 30,19	R\$ 45,00
02.05.02.001-1	ECODOPPLER TRANSCRANIANO	R\$ 117,00	R\$ 183,00	R\$ 300,00
02.05.02.022-4	ELASTOGRAFIA HEPÁTICA ULTRASSÔNICA	R\$ 24,20	R\$ 125,80	R\$ 150,00

02.05.02.003-8	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	R\$ 24,20	R\$ 35,80	R\$ 60,00
02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	R\$ 24,20	R\$ 35,80	R\$ 60,00
02.05.02.007-0	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 24,20	R\$ 35,80	R\$ 60,00
02.05.02.008-9	ULTRASSONOGRRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)	R\$ 24,20	R\$ 125,80	R\$ 150,00
02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL	R\$ 24,20	R\$ 35,80	R\$ 60,00
02.05.02.010-0	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	R\$ 24,20	R\$ 35,80	R\$ 60,00
02.05.02.011-9	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 24,20	R\$ 65,80	R\$ 90,00
02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE	R\$ 24,20	R\$ 35,80	R\$ 60,00
02.05.02.013-5	ULTRASSONOGRRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	R\$ 24,20	R\$ 35,80	R\$ 60,00
02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA	R\$ 24,20	R\$ 35,80	R\$ 60,00
02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	R\$ 24,20	R\$ 35,80	R\$ 60,00
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULACAO	R\$ 24,20	R\$ 35,80	R\$ 60,00
02.05.02.017-8	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA	R\$ 24,20	R\$ 125,80	R\$ 150,00
02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL	R\$ 24,20	R\$ 35,80	R\$ 60,00
02.01.01.054-2	BIOPSIA PERCUTÂNEA DE ORGÃOS ORIENTADA POR TC,USG,RNM,RAIO X	R\$ 97,00	R\$ 1.503,00	R\$ 1.600,00

CÓDIGO	EXAMES RADIOGRÁFICOS	VALOR SUS	COMPLEMENTO	TOTAL
02.04.01.001-2	DACRIOCISTOGRAFIA	R\$ 48,85	R\$ 451,15	R\$ 500,00
02.04.01.003-9	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	R\$ 8,38	R\$ 16,62	R\$ 25,00
02.04.01.004-7	RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS)	R\$ 6,96	R\$ 18,04	R\$ 25,00
02.04.01.005-5	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	R\$ 8,38	R\$ 16,62	R\$ 25,00
02.04.01.006-3	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	R\$ 6,88	R\$ 18,12	R\$ 25,00
02.04.01.007-1	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLÍQUA / BRETTON + HIRTZ)	R\$ 9,15	R\$ 15,85	R\$ 25,00
02.04.01.008-0	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	R\$ 7,52	R\$ 17,48	R\$ 25,00
02.04.01.009-8	RADIOGRAFIA DE LARINGE	R\$ 5,74	R\$ 19,26	R\$ 25,00
02.04.01.010-1	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)	R\$ 9,03	R\$ 15,97	R\$ 25,00
02.04.01.011-0	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)	R\$ 7,20	R\$ 17,80	R\$ 25,00
02.04.01.012-8	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 8,38	R\$ 16,62	R\$ 25,00
02.04.01.013-6	RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (LOCALIZACAO DE CORPO ESTRANHO)	R\$ 7,98	R\$ 17,02	R\$ 25,00
02.04.01.014-4	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 7,32	R\$ 17,68	R\$ 25,00
02.04.01.015-2	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON)	R\$ 7,20	R\$ 17,80	R\$ 25,00

02.04.01.016-0	RADIOGRAFIA OCLUSAL	R\$ 3,51	R\$ 46,49	R\$ 50,00
02.04.01.017-9	RADIOGRAFIA PANORAMICA MAXILARES SUPERIOR E INFERIOR	R\$ 9,03	R\$ 40,97	R\$ 55,00
02.04.01.020-9	TELERADIOGRAFIA COM TRACADOS E SEM TRACADOS	R\$ 6,44	R\$ 18,56	R\$ 25,00
02.04.01.021-7	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL (BITE WING)	R\$ -	R\$ 22,14	R\$ 22,14
02.04.01.022-5	RADIOGRAFIA PERIAPICAL	R\$ -	R\$ 22,14	R\$ 22,14
02.04.02.003-4	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	R\$ 8,33	R\$ 16,67	R\$ 25,00
02.04.02.004-2	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	R\$ 8,19	R\$ 16,81	R\$ 25,00
02.04.02.005-0	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA	R\$ 10,29	R\$ 14,71	R\$ 25,00
02.04.02.006-9	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 10,96	R\$ 14,04	R\$ 25,00
02.04.02.007-7	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)	R\$ 14,90	R\$ 10,10	R\$ 25,00
02.04.02.008-5	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA	R\$ 16,88	R\$ 8,12	R\$ 25,00
02.04.02.009-3	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	R\$ 9,16	R\$ 15,84	R\$ 25,00
02.04.02.010-7	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	R\$ 9,73	R\$ 15,27	R\$ 25,00
02.04.02.011-5	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINAMICA	R\$ 15,58	R\$ 9,42	R\$ 25,00
02.04.02.012-3	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA	R\$ 7,80	R\$ 17,20	R\$ 25,00

02.04.02.013-1	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUNA TOTAL	R\$ -	R\$ 50,00	R\$ 50,00
02.04.03.014-5	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 12,02	R\$ 12,98	R\$ 25,00
02.04.03.015-3	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	R\$ 9,50	R\$ 15,50	R\$ 25,00
02.04.03.016-1	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRAO OIT)	R\$ 6,55	R\$ 18,45	R\$ 25,00
02.04.03.017-0	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	R\$ 6,88	R\$ 18,12	R\$ 25,00
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA DE TODAS ÀS FAIXA ETARIA E SEXO	R\$ 22,50	R\$ 77,50	R\$ 100,00
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	R\$ 45,00	R\$ 65,00	R\$ 110,00
02.04.04.001-9	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	R\$ 6,42	R\$ 18,58	R\$ 25,00
02.04.04.002-7	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	R\$ 7,40	R\$ 17,60	R\$ 25,00
02.04.04.003-5	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	R\$ 7,40	R\$ 17,60	R\$ 25,00
02.04.04.004-3	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	R\$ 7,40	R\$ 17,60	R\$ 25,00
02.04.04.005-1	RADIOGRAFIA DE BRACO	R\$ 7,77	R\$ 17,23	R\$ 25,00
02.04.04.006-0	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	R\$ 7,40	R\$ 17,60	R\$ 25,00
02.04.04.007-8	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R\$ 5,90	R\$ 19,10	R\$ 25,00
02.04.04.008-6	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO	R\$ 5,62	R\$ 19,38	R\$ 25,00

02.04.04.009-4	RADIOGRAFIA DE MAO	R\$ 6,30	R\$ 18,70	R\$ 25,00
02.04.04.010-8	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	R\$ 6,00	R\$ 19,00	R\$ 25,00
02.04.04.011-6	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES)	R\$ 7,98	R\$ 17,02	R\$ 25,00
02.04.04.012-4	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 6,91	R\$ 18,09	R\$ 25,00
02.04.05.011-1	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	R\$ 10,73	R\$ 14,27	R\$ 25,00
02.04.05.012-0	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	R\$ 15,30	R\$ 9,70	R\$ 25,00
02.04.05.013-8	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	R\$ 7,17	R\$ 17,83	R\$ 25,00
02.04.05.014-6	RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO (REED)	R\$ 35,22	R\$ 164,78	R\$ 200,00
02.04.05.015-4	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO)	R\$ 47,59	R\$ 152,41	R\$ 200,00
02.04.05.001-4	CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE	R\$ 47,76	R\$ 252,24	R\$ 300,00
02.04.05.016-2	RADIOGRAFIA P/ ESTUDO DO DELGADO C/ DUPLO CONTRASTE (ENTEROCLISE)	R\$ 48,09	R\$ 251,91	R\$ 300,00
02.04.05.017-0	URETROCISTOGRAFIA	R\$ 52,11	R\$ 200,00	R\$ 252,11
02.04.05.018-9	UROGRAFIA VENOSA	R\$ 57,40	R\$ 342,60	R\$ 400,00
02.04.06.001-0	ARTROGRAFIA	R\$ 45,34	R\$ 204,66	R\$ 250,00
02.04.06.002-8	DENSITOMETRIA OSSEA	R\$ 55,10	R\$ 44,90	R\$ 100,00

02.04.06.003-6	ESCANOMETRIA	R\$ 7,77	R\$ 17,23	R\$ 25,00
02.04.06.006-0	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	R\$ 7,77	R\$ 17,23	R\$ 25,00
02.04.06.007-9	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA	R\$ 7,77	R\$ 17,23	R\$ 25,00
02.04.06.008-7	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	R\$ 6,50	R\$ 18,50	R\$ 25,00
02.04.06.009-5	RADIOGRAFIA DE BACIA	R\$ 7,77	R\$ 17,23	R\$ 25,00
02.04.06.010-9	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO	R\$ 6,50	R\$ 18,50	R\$ 25,00
02.04.06.011-7	RADIOGRAFIA DE COXA	R\$ 8,94	R\$ 18,06	R\$ 27,00
02.04.06.012-5	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	R\$ 6,78	R\$ 18,22	R\$ 25,00
02.04.06.014-1	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)	R\$ 9,29	R\$ 15,71	R\$ 25,00
02.04.06.015-0	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	R\$ 6,78	R\$ 18,22	R\$ 25,00
02.04.06.016-8	RADIOGRAFIA DE PERNA	R\$ 8,94	R\$ 18,06	R\$ 27,00
02.04.06.017-6	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES	R\$ 9,29	R\$ 30,71	R\$ 40,00
02.04.05.006-5	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	R\$ 45,34	R\$ 404,66	R\$ 450,00
PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS				
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR SUS	COMPLEMENTO	TOTAL
SEM CÓDIGO	TELERRADIOGRAFIA SEM ANÁLISE	R\$ -	R\$ 60,00	R\$ 60,00

SEM CÓDIGO	TELERRADIOGRAFIA COM ANÁLISE	R\$ -	R\$ 70,00	R\$ 70,00
SEM CÓDIGO	RADIOGRAFIA DA ATM	R\$ -	R\$ 80,00	R\$ 80,00
SEM CÓDIGO	DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA DIGITAL IMPRESSA	R\$ -	R\$ 180,00	R\$ 180,00
SEM CÓDIGO	DOCUMENTAÇÃO ORTODONTICA DIGITAL	R\$ -	R\$ 150,00	R\$ 150,00
SEM CÓDIGO	MOLDE PARA CONFECÇÃO DE PROTESE DENTÁRIA	R\$ -	R\$ -	R\$ 25,00
07.01.07.012-9	PROTESE TOTAL MANDIBULAR	R\$ 225,00	R\$ 325,00	R\$ 550,00
07.01.07.013-7	PROTESE TOTAL MAXILAR	R\$ 225,00	R\$ 475,00	R\$ 700,00
07.01.07.010-2	PROTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVIVEL	R\$ 225,00	R\$ 225,00	R\$ 450,00
07.01.07.009-9	PROTESE PARCIAL MAXILAR REMOVIVEL	R\$ 225,00	R\$ 225,00	R\$ 450,00
SEM CÓDIGO	IMPRESSÃO DE MODELO DIGITAL	R\$ -	R\$ 35,00	R\$ 35,00
SEM CÓDIGO	ESCANEAMENTO INTRAORAL	R\$ -	R\$ 80,00	R\$ 80,00
SEM CÓDIGO	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FEIXE CÔNICO 1 REGIÃO	R\$ -	R\$ 160,00	R\$ 160,00
SEM CÓDIGO	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FEIXE CÔNICO 2 REGIÕES	R\$ -	R\$ 200,00	R\$ 220,00
SEM CÓDIGO	TOMOGRAFIA 1 ARCO	R\$ -	R\$ 240,00	R\$ 240,00
SEM CÓDIGO	TOMOGRAFIA 2 ARCOS	R\$ -	R\$ 450,00	R\$ 450,00
PROCEDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS				

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR SUS	COMPLEMENTO	TOTAL
03..01.01.007-2	CONSULTA OFTALMOLOGICA	R\$ 10,00	R\$ 90,00	R\$ 100,00
02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA - AO	R\$ 40,00	R\$ 20,00	R\$ 60,00
02.11.06.023-2	TESTE ORTÓPTICO	R\$ 12,34	R\$ 287,66	R\$ 300,00
02.11.06.005-4	CERATOMETRIA - AO	R\$ 3,37	R\$ 56,63	R\$ 60,00
02.11.06.010-0	FUNDOSCOPIA – AO	R\$ 3,37	R\$ 6,63	R\$ 10,00
02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA – AO	R\$ 6,67	R\$ 15,37	R\$ 22,04
04.05.05.019-4	IRIDOTOMA A LASER – CO	R\$ 45,00	R\$ 205,00	R\$ 250,00
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA - AO	R\$ 24,24	R\$ 35,76	R\$ 60,00
02.11.06.014-3	MICROSCOPIA ESPECULAR – AO	R\$ 24,24	R\$ 125,76	R\$ 150,00
02.11.06.025-9	TONOMETRIA – AO	R\$ 3,37	R\$ 6,63	R\$ 10,00
02.11.06.006-2	CURVA DE PRESSÃO - AO	R\$ 10,11	R\$ 31,22	R\$ 41,33
02.11.06.001-1	COBIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)	R\$ 24,24	R\$ 30,86	R\$ 55,10
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA – CO	R\$ 14,21	R\$ 85,79	R\$ 100,00
02.11.06.028-3	OCT-TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA MACULA E PAPILA – AO	R\$ 48,00	R\$ 102,00	R\$ 150,00

02.11.06.026-7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÓRNEA – AO	R\$ 24,24	R\$ 175,76	R\$ 200,00
SEM CÓDIGO	PENTACAM /AO	R\$ -	R\$ -	R\$ 350,00
SEM CÓDIGO	ORBSCAN/ AO	R\$ -	R\$ -	R\$ 200,00
02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR AO	R\$ 24,68	R\$ 95,32	R\$ 120,00
02.11.06.018-6	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR – AO	R\$ 64,00	R\$ 136,00	R\$ 200,00
04.05.03.004-5	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER – AO	R\$ 107,61	R\$ 592,39	R\$ 700,00
04.05.02.001-5	CORREÇÃO CIRURGICA DE ESTRABISMO – CO	R\$ 1.661,76	R\$ 838,24	R\$ 2.500,00
04.05.05.038-0	CIRURGIA DE CATARATA CONGÊNITA – CO	R\$ 895,16	R\$ 504,84	R\$ 1.400,00
04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO	R\$ 209,55	R\$ 390,45	R\$ 600,00
04.05.05.032-1	TRABECULECTOMIA – CO	R\$ 898,35	R\$ 701,65	R\$ 1.600,00
05.05.01.009-7	TRANSPLANTE DE CORNEA – CO	R\$ 2.070,00	R\$ 2.930,00	R\$ 5.000,00
04.05.05.014-3	IMPLANTE INTRA-ESTROMAL- CO	R\$ 1.083,55	R\$ 1.617,00	R\$ 2.700,55
04.05.01.001-0	CORRECAO CIRURGICA DE ENTROPIO E ECTROPIO	R\$ 203,74	R\$ 1.300,00	R\$ 1.503,74
04.05.01.007-9	EXÉRESE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESOES DA PALPEBRA E SUPERCILIOS	R\$ 78,75	R\$ 375,00	R\$ 453,75
04.05.01.011-7	RECONSTITUICAO DE CANAL LACRIMAL	R\$ 689,66	R\$ 1.311,00	R\$ 2.000,66

04.05.01.010-9	OCCLUSÃO DE PONTO LACRIMAL	R\$ 19,14	R\$ 289,00	R\$ 308,14
04.05.04.020-2	TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL AO	R\$ 449,44	R\$ 2.000,00	R\$ 2.449,44
04.05.01.018-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE BLEFAROCALASE-AO	R\$ 95,42	R\$ 1.904,58	R\$ 2.000,00
04.05.05.040-2	RADIAÇÃO PARA CROSS LINKING CORNEANO - CO	R\$ 292,72	R\$ 907,28	R\$ 1.200,00
04.05.05.002-0	CAPSULOTOMIA A YAG LASER	R\$ 112,77	R\$ 387,23	R\$ 500,00
SEM CÓDIGO	APLICAÇÃO DE AVASTIN CO	R\$ -	R\$ -	R\$ 1.600,00
SEM CÓDIGO	APLICAÇÃO DE LUCETIN CO	R\$ -	R\$ -	R\$ 3.500,00
SEM CÓDIGO	APLICAÇÃO DE MITOMICINA CO	R\$ -	R\$ -	R\$ 500,00
SEM CÓDIGO	APLICAÇÃO DE OUZURDEX CO	R\$ -	R\$ -	R\$ 3.500,00
04.05.05.037-2	FACOEMULSIFICACAO COM LIO DOBRÁVEL - AO	R\$ 771,60	R\$ 628,40	R\$ 1.400,00
04.05.05.011-9	FACOEMULSIFICAÇÃO C/ IMPLANTE FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR RIGIDADE LENTE INTRA-OCULAR RIGIDA	R\$ 651,60	R\$ 500,00	R\$ 1.151,60
04.05.03.019-3	PAN-FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA A LASER	R\$ 430,46	R\$ 700,00	R\$ 1.130,46
07.01.04.006-8	PROTESE OCULAR CO	R\$ 238,03	R\$ 1.400,00	R\$ 1.638,03
04.05.03.014-2	VITRECTOMIA POSTERIOR – CO	R\$ 2.667,29	R\$ 1.200,00	R\$ 3.867,29
04.05.03.013-4	VITRECTOMIA ANTERIOR – CO	R\$ 381,08	R\$ 1.300,00	R\$ 1.681,08

04.05.03.017-7	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO/ÓLEO DE SILICONE/ENDOLASER – CO	R\$ 4.701,84	R\$ 3.300,00	R\$ 8.001,84
04.05.03.016-9	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO PERFLUOCARBONO + ENDOLASER / TROCA FUIDA GASOSA /OLEO DE SILICONE	R\$ 4.183,12	R\$ 5.816,88	R\$ 10.000,00

EXAMES LABORATORIAIS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR SUS	COMPLEMENTO	TOTAL
02.02.06.00-98	ALDOSTERONA	R\$ 11,89	R\$ 12,11	R\$ 24,00
02.02.03.128-4	ANTIBETA 2 GLICOPROTEINA I -IGG	R\$ 125,00	R\$ 15,00	R\$ 140,00
02.02.03.025-3	ANTICARDIOLIPINA IGG	R\$ 10,00	R\$ 20,00	R\$ 30,00
02.02.03.026-1	ANTICARDIOLIPINA IGM	R\$ 10,00	R\$ 20,00	R\$ 30,00
02.02.03.051-2	ANTICORPO ANT ILHOTA	R\$ 10,00	R\$ 13,36	R\$ 23,36
02.01.02.006-8	TIPIFICAÇÃO DO ALELO HLA-B	R\$ -	R\$ 80,00	R\$ 80,00
02.02.10.003-0	CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO COM TÉCNICAS DE BANDAS	R\$ 160,00	R\$ 440,00	R\$ 600,00
02.02.04.003-8	COPROLOGICO FUNCIONAL	R\$ 3,04	R\$ 31,96	R\$ 35,00
02.02.08.016-1	CULTURA PARA BACTERIAS AUTOMATIZADAS	R\$ 5,63	R\$ 25,00	R\$ 30,00
02.02.01.007-4	CURVA GLICEMICA 5 DOSAGENS	R\$ 10,00	R\$ 15,00	R\$ 25,00
02.02.01.004-0	CURVA GLICEMICA 2 DOSAGENS	R\$ 3,63	R\$ 17,00	R\$ 20,63

02.02.03.004-0	DETECÇÃO DE ÁCIDOS NUCLEICOS DO HIV-1 (QUALITATIVO)	R\$ 65,00	R\$ 35,00	R\$ 100,00
02.02.12.002-3	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,37	R\$ 6,63	R\$ 8,00
02.02.03.006-7	DETERMINAÇÃO DE COMPLEMENTO (CH ₅₀)	R\$ 9,25	R\$ 25,00	R\$ 34,25
02.02.01.076-7	DOSAGEM 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$ 15,24	R\$ 45,26	R\$ 60,50
02.02.06.004-7	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	R\$ 10,20	R\$ 8,68	R\$ 18,88
02.02.06.007-1	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	R\$ 6,72	R\$ 33,28	R\$ 40,00
02.02.01.011-2	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	R\$ 2,01	R\$ 30,00	R\$ 32,01
02.02.01.015-5	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	R\$ 3,68	R\$ 26,32	R\$ 30,00
02.02.01.016-3	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	R\$ 2,01	R\$ 26,32	R\$ 28,33
02.02.06.011-0	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	R\$ 11,53	R\$ 28,47	R\$ 40,00
02.02.03.010-5	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO	R\$ 16,42	R\$ 12,00	R\$ 28,42
02.02.07.019-0	DOSAGEM DE COBRE	R\$ 3,51	R\$ 12,00	R\$ 15,51
02.02.03.012-1	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C ₃	R\$ 17,16	R\$ 2,84	R\$ 20,00
02.02.03.013-0	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C ₄	R\$ 17,16	R\$ 2,84	R\$ 20,00
02.02.06.013-6	DOSAGEM DE CORTISOL	R\$ 9,86	R\$ 8,14	R\$ 18,00

02.02.02.020-7	DOSAGEM DE FATOR V	R\$ 4,73	R\$ 30,00	R\$ 34,73
02.02.06.024-1	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 8,97	R\$ 20,00	R\$ 28,97
02.02.03.015-6	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R\$ 17,16	R\$ 13,00	R\$ 30,16
02.02.03.016-4	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$ 9,25	R\$ 20,00	R\$ 29,25
02.02.03.017-2	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IGG)	R\$ -	R\$ 20,00	R\$ 20,00
02.02.03.018-0	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$ 17,16	R\$ 13,00	R\$ 30,16
02.02.05.011-4	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$ 2,04	R\$ 17,96	R\$ 20,00
02.02.06.031-4	DOSAGEM DE RENINA	R\$ 13,19	R\$ 30,00	R\$ 43,19
02.02.06.032-2	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	R\$ 15,35	R\$ 12,00	R\$ 27,35
02.02.06.033-0	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (SDHEA)	R\$ 13,11	R\$ 5,79	R\$ 18,90
02.02.01.066-0	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$ 4,12	R\$ 15,88	R\$ 20,00
02.02.03.121-7	DOSAGEM DO ANTIGENO CA 125	R\$ 13,11	R\$ 20,15	R\$ 33,26
02.02.01.050-3	DOSAGEM HEMOGLOBINA GLICOSADA	R\$ 7,86	R\$ 12,14	R\$ 20,00
02.02.01.072-4	ELETROFORESE DE PROTEINA	R\$ 4,42	R\$ 10,58	R\$ 15,00
02.02.02.035-5	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 5,41	R\$ 24,59	R\$ 30,00

02.03.02.003-0	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO PARA CONGELAMENTOS	R\$ 40,78	R\$ 39,22	R\$ 80,00
02.03.01.004-3	EXAME CITOPATOLOGICO DE MAMA	R\$ 35,34	R\$ 10,66	R\$ 46,00
02.03.01.008-6	EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA-RASTREAMENTO	R\$ 14,37	R\$ 5,63	R\$ 20,00
02.03.01.003-5	EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CERVICO-VAGINAL E DE MAMA)	R\$ 20,96	R\$ 9,04	R\$ 30,00
02.03.01.007-8	CONTROLE DE QUALIDADE DO EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL	R\$ 17,63	R\$ 2,37	R\$ 20,00
02.03.01.001-9	EXAME CITOPATOLOGICO CERVICOVAGINAL/MICROFLORA	R\$ 13,72	R\$ 6,28	R\$ 20,00
02.11.08.002-0	GASOMETRIA	R\$ 2,78	R\$ 52,22	R\$ 55,00
02.02.04.002-0	GORDURA FECAL	R\$ 13,72	R\$ 6,28	R\$ 20,00
02.02.02.038-0	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 4,11	R\$ 1,00	R\$ 5,11
02.02.02.057-6	PESQUISA DE ANTICOAGULANTE LÚPICO	R\$ 110,00	R\$ 20,00	R\$ 130,00
02.02.03.027-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI DNA	R\$ 8,67	R\$ 30,00	R\$ 38,67
02.02.03.039-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	R\$ 9,25	R\$ 5,75	R\$ 15,00
02.02.030.45-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	R\$ 10,00	R\$ 10,00	R\$ 20,00
02.02.03.028-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	R\$ 17,16	R\$ 22,84	R\$ 40,00
02.02.03.029-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	R\$ 85,00	R\$ 25,00	R\$ 110,00

02.02.03.052-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	R\$ 17,16	R\$ 7,84	R\$ 25,00
02.02.03.056-3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	R\$ 17,16	R\$ 7,84	R\$ 25,00
02.02.03.057-1	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	R\$ 17,16	R\$ 7,84	R\$ 25,00
02.02.03.058-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	R\$ 17,16	R\$ 7,84	R\$ 25,00
02.02.03.060-1	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	R\$ 17,16	R\$ 7,84	R\$ 25,00
02.02.03.032-6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	R\$ 17,16	R\$ 2,84	R\$ 20,00
02.02.03.034-2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$ 17,16	R\$ 2,84	R\$ 20,00
02.02.03.035-0	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$ 18,55	R\$ 1,45	R\$ 20,00
02.02.03.036-9	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	R\$ 17,16	R\$ 1,45	R\$ 18,61
02.02.03.062-8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R\$ 17,16	R\$ 12,84	R\$ 30,00
02.02.03.076-8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$ 16,97	R\$ 3,03	R\$ 20,00
02.02.09.023-0	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	R\$ 1,89	R\$ 48,11	R\$ 50,00
02.02.03.087-3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$ 18,85	R\$ 6,45	R\$ 25,30
02.02.10.023-5	PROTOMBINA, MUTAÇÃO GENETICA, GENE G20210A	R\$ 180,00	R\$ 120,00	R\$ 300,00
02.02.03.096-2	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R\$ 13,35	R\$ 15,45	R\$ 28,80

02.13.01.072-0	PESQUISA DE SARS-COV-2 POR RT - PCR	R\$ -	R\$ -	R\$ 70,00
02.02.04.014-3	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 1,65	R\$ 10,35	R\$ 12,00
02.02.06.034-9	TESTOSTERONA	R\$ 10,43	R\$ 10,00	R\$ 20,43
02.02.06.036-5	TIREOGLOBULINA	R\$ 15,35	R\$ 10,00	R\$ 25,35
02.02.01.079-1	DOSAGEM DE PEPTÍDEOS NATRIURÉTICOS TIPO B (BNP E NT-PROBNP)	R\$ 27,00	R\$ 153,00	R\$ 180,00
02.02.03.120-9	DOSAGEM DE TROPONINA	R\$ 9,00	R\$ 1,00	R\$ 10,00
02.02.01.070-8	VITAMINA B 12	R\$ 15,24	R\$ 44,76	R\$ 60,00
SEM CÓDIGO	ANTI- DNASE B	R\$ -	R\$ -	R\$ 50,00
SEM CÓDIGO	ANTI- GAD	R\$ -	R\$ -	R\$ 60,00
SEM CÓDIGO	ANTI-CARDIOLIPIA IGA	R\$ -	R\$ -	R\$ 20,00
SEM CÓDIGO	ANTI-CORPO ANTI CHIKUNGUIA IGG E IGM	R\$ -	R\$ -	R\$ 30,00
SEM CÓDIGO	ANTI-ENDONESIO IGA	R\$ -	R\$ -	R\$ 20,00
SEM CÓDIGO	ANTI-ENDONESIO IGG	R\$ -	R\$ -	R\$ 20,00
SEM CÓDIGO	ANTI-ENDONESIO IGM	R\$ -	R\$ -	R\$ 20,00
SEM CÓDIGO	ANTI-GLADINA IGA	R\$ -	R\$ -	R\$ 18,00

SEM CÓDIGO	ANTI-GLADINA IGG	R\$ -	R\$ -	R\$ 18,00
SEM CÓDIGO	ANTI-GLADINA IGM	R\$ -	R\$ -	R\$ 30,00
SEM CÓDIGO	ANTI-NMO ANTICORPOS IGG	R\$ -	R\$ -	R\$ 100,00
SEM CÓDIGO	CORONAVIRUS ANTICORPOS IGA	R\$ -	R\$ -	R\$ 75,00
SEM CÓDIGO	CORONAVIRUS ANTICORPOS IGG	R\$ -	R\$ -	R\$ 75,00
SEM CÓDIGO	CORONAVIRUS ANTICORPOS IGM	R\$ -	R\$ -	R\$ 75,00
SEM CÓDIGO	DEDÍMERO	R\$ -	R\$ -	R\$ 50,00
SEM CÓDIGO	TESTES INFLUENZA	R\$ -	R\$ -	R\$ 45,00
SEM CÓDIGO	DENGUE ANTICORPO IGM	R\$ -	R\$ -	R\$ 30,00
SEM CÓDIGO	DENGUE ANTICORPO IGG	R\$ -	R\$ -	R\$ 30,00
SEM CÓDIGO	DENGUE ANTÍGENO NS I	R\$ -	R\$ -	R\$ 32,00
SEM CÓDIGO	HOMOCISTENEMIA, MUTAÇÃO GENETICA MTHFR	R\$ -	R\$ -	R\$ 100,00
SEM CÓDIGO	LACTOSE A PROVA DE ABSORÇÃO	R\$ -	R\$ -	R\$ 30,00
SEM CÓDIGO	TOXOPLASMOSE PCR QUALITATIVO DIVERSOS	R\$ -	R\$ -	R\$ 80,00
SEM CÓDIGO	VITAMINA A, VITAMINA D3, VITAMINA E, VITAMINA K	R\$ -	R\$ -	R\$ 60,00

SEM CÓDIGO	VITAMINA B1 , VITAMINA B2, VITAMINA B3, VITAMINA B6	R\$ -	R\$ -	R\$ 60,00
ATENDIMENTO INDIVIDUAL E GRUPO COM NEUROPSICÓLOGO PARA DIAGNOSTICOS DE TRANSTORNO MENTAL E PSICOLOGICO				
03.01.01.007-2	CONSULTA ESPECIALIZADA EM NEUROPEDIATRIA	R\$ 10,00	R\$ 140,00	R\$ 150,00
03.01.01.007-2	CONSULTA ESPECIALIZADA EM PSIQUIATRIA INFANTIL	R\$ 10,00	R\$ 140,00	R\$ 150,00
03.01.01.007-2	CONSULTA ESPECIALIZADA EM NEUROCIRURGIA	R\$ 10,00	R\$ 240,00	R\$ 250,00
03.01.04.004-4	TESTE NEUROPSICOLOGICO DE 8 ATÉ 10 SESSÕES DE 45 ATÉ 60 MINUTOS	R\$ 2,81	R\$ 697,19	R\$ 700,00
SEM CÓDIGO	TERAPIA INDIVIDUAL ABA (ANÁLISE DO COMPORTAMENTO APLICADA)	R\$ -	R\$ -	R\$ 120,00
TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA (POR DIA)				
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR SUS	COMPLEMENTO	TOTAL
03.03.17.010-7	TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA EM HOSPITAL DIA	R\$ 39,88	R\$ 130,12	R\$ 165,00
03.03.17.009-3	TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA (POR DIA)	R\$ 26,91	R\$ 138,09	R\$ 165,00
03.03.17.015-8	TRATAMENTO CLÍNICO DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	R\$ 57,00	R\$ 83,00	R\$ 140,00
ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA LEITOS DE UTI E ENFERMARIA				
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR SUS	COMPLEMENTO	TOTAL
NÃO TEM	DIARIA DE ENFERMARIA CLINICA E RETAGUARDA	R\$ -	R\$ -	R\$ 500,00
08.02.01.008-3	DIARIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO (UTI II) LEITOS NÃO HABILITADOS MS	R\$ 600,00	R\$ 1.400,00	R\$ 2.000,00

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS ELETIVOS				
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR SUS	COMPLEMENTO	TOTAL
02.01.01.023-2	BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR	R\$ 31,27	R\$ 268,73	R\$ 300,00
04.04.01.001-6	ADENOIDECTOMIA	R\$ 1.079,10	R\$ 2.158,20	R\$ 3.237,30
04.04.01.002-4	AMIGDALECTOMIA	R\$ 1.073,00	R\$ 2.146,00	R\$ 3.219,00
04.04.01.003-2	AMIGDALECTOMIA COM ADENOIDECTOMIA	R\$ 1.183,81	R\$ 2.367,62	R\$ 3.551,43
04.01.01.008-2	FRENÉCTOMIA/FRENOTOMIA.	R\$ -	R\$ -	R\$ 150,00
04.04.01.035-0	TIMPANOPLASTIA UNI LATERAL	R\$ 1.854,45	R\$ 3.000,00	R\$ 4.854,45
04.04.01.048-2	SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	R\$ 989,84	R\$ 1.979,68	R\$ 2.969,52
04.02.01.002-7	PARATIREOIDECTOMIA	R\$ 833,30	R\$ 1.666,60	R\$ 2.499,90
04.02.01.003-5	TIREOIDECTOMIA PARCIAL	R\$ 425,63	R\$ 1.800,00	R\$ 2.225,63
04.02.01.004-3	TIREOIDECTOMIA TOTAL	R\$ 451,37	R\$ 1.850,00	R\$ 2.301,37
04.04.01.046-6	PAROTIDECTOMIA PARCIAL OU SUBTOTAL	R\$ 450,83	R\$ 2.000,00	R\$ 2.450,83
04.04.01.052-0	SEPTOPLASTIA REPARADORA NÃO ESTETICA	R\$ 855,00	R\$ 1.710,00	R\$ 2.565,00
04.06.02.056-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES BILATERAL	R\$ 833,48	R\$ 2.500,44	R\$ 3.333,92
04.06.02.057-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES UNILATERAL	R\$ 692,19	R\$ 2.076,57	R\$ 2.768,76

04.01.02.007-0	EXÉRESE DE CISTO DERMOIDE	R\$ 143,72	R\$ 856,28	R\$ 1.000,00
04.01.01.007-4	EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBACEO / LIPOMA	R\$ 12,46	R\$ 1.237,54	R\$ 1.250,00
04.01.02.008-8	CISTO PILONIDAL	R\$ 143,72	R\$ 1.200,00	R\$ 1.343,72
04.07.02.027-6	FISTULECTOMIA/FISTULOTOMIA ANAL	R\$ 363,90	R\$ 1.650,00	R\$ 2.013,90
04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA	R\$ 315,94	R\$ 1.950,00	R\$ 2.265,94
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	R\$ 801,73	R\$ 2.405,19	R\$ 3.206,92
04.07.03.003-4	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	R\$ 992,45	R\$ 6.807,55	R\$ 7.800,00
04.07.03.025-5	COLANGIOPANCREATOGRRAFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA	R\$ 2.023,53	R\$ 4.500,00	R\$ 6.523,53
04.07.03.002-6	COLECISTECTOMIA	R\$ 996,34	R\$ 3.100,00	R\$ 4.096,34
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	R\$ 434,94	R\$ 1.565,06	R\$ 2.000,00
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	R\$ 539,92	R\$ 1.619,76	R\$ 2.159,68
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL BILATERAL	R\$ 610,06	R\$ 1.830,18	R\$ 2.440,24
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL/CRURAL UNILATERAL	R\$ 637,97	R\$ 1.913,91	R\$ 2.551,88
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	R\$ 596,33	R\$ 1.788,99	R\$ 2.385,32
04.08.02.014-2	TRATAMENTO CIRURGICO REPARO DE MANGUITO ROTADOR	R\$ 423,51	R\$ 1.350,00	R\$ 1.773,51

04.08.02.030-0	TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO SUPERIOR	R\$ 194,89	R\$ 1.200,00	R\$ 1.394,89
04.08.02.032-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEDO EM GATILHO	R\$ 241,15	R\$ 1.400,00	R\$ 1.641,15
04.08.05.065-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HALUX VALGUS COM OSTEOTOMIA	R\$ 355,81	R\$ 1.067,43	R\$ 1.423,24
04.08.05.006-3	ATROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO JOELHO	R\$ 1.653,73	R\$ 7.000,00	R\$ 8.653,73
04.08.05.016-0	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA ARTICULAR DO JOELHO CRUZADO ANT.	R\$ 2.294,32	R\$ 8.000,00	R\$ 10.294,32
04.08.05.089-6	TRATAMENTO CIR. ROTURA MENISCO C/ MENISCECTOMIA PARCIAL/TOTAL	R\$ 475,80	R\$ 4.000,00	R\$ 4.475,80
04.08.06.021-2	RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL	R\$ 91,49	R\$ 500,00	R\$ 591,49
04.03.02.012-3	TRATAMENTO CIRURGICO SINDROME COMP. TUNEL CARPO	R\$ 347,62	R\$ 1.200,00	R\$ 1.547,62
04.09.04.024-0	VASECTOMIA	R\$ 438,87	R\$ 1.000,00	R\$ 1.438,87
04.09.04.013-4	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	R\$ 360,07	R\$ 3.000,00	R\$ 3.360,07
04.09.04.012-6	ORQUIDOPEXIA BILATERAL	R\$ 385,32	R\$ 3.200,00	R\$ 3.585,32
04.09.03.003-1	PROSTATOVESICULECTOMIA RADICAL	R\$ 1.088,40	R\$ 6.000,00	R\$ 7.088,40
04.09.03.002-3	PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA	R\$ 1.001,71	R\$ 6.000,00	R\$ 7.001,71
04.09.03.004-0	RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE PRÓSTATA	R\$ 851,58	R\$ 3.000,00	R\$ 3.851,58
04.09.01.059-6	URETEROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA	R\$ 756,15	R\$ 3.200,00	R\$ 3.956,15

04.09.01.018-9	LITOTRIPSIA	R\$ 554,00	R\$ 3.200,00	R\$ 3.754,00
04.09.01.017-0	INSTALAÇÃO ENDOSCÓPICA DE CATETER DUPLO J	R\$ 218,68	R\$ 2.800,00	R\$ 3.018,68
04.09.01.046-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA VESICO-RETA	R\$ 794,77	R\$ 3.000,00	R\$ 3.794,77
04.09.01.014-6	EXTRAÇÃO ENDOSCÓPICA DE CÁLCULO EM PELVE RENAL	R\$ 402,85	R\$ 2.900,00	R\$ 3.302,85
04.09.04.021-5	TRATAMENTO CIRURGICO HIDROCELE	R\$ 256,97	R\$ 2.000,00	R\$ 2.256,97
04.09.05.008-3	POSTECTOMIA	R\$ 219,12	R\$ 700,00	R\$ 919,12
04.09.04.023-1	VARICOCELE	R\$ 257,56	R\$ 1.300,00	R\$ 1.557,56
SERVIÇOS COMPLEMENTARES				
SERVIÇO HOSPITALAR: 60% DO VALOR TOTAL				
SERVIÇO PROFISSIONAL MÉDICO CIRURGIÃO : 40% DO VALOR TOTAL				
SERVIÇO PROFISSIONAL MÉDICO AUXILAR : R\$ 1.500,00 POR PLANTÃO DE 8 H, E R\$ 750,00 POR 4 H				
SERVIÇO ANESTESIOLOGIA : R\$ 2.000,00 POR PLANTÃO DE 12 H, E R\$ 1.000,00 POR PLANTÃO DE 6 H, + R\$ 250,00 POR CIRURGIA.				
DEVIDO A TABELA DO SUS SER MUITO EXTENSA, FORAM RELACIONADOS OS PROCEDIMENTOS COM MAIOR DEMANDA , CASO HAJA				
NECESSIDADE DE ALGUM PROCEDIMENTO QUE NÃO ESTEJA RELACIONADO NESTA PLANILHA, SERÁ USADO COMO CRITÉRIO 3 VEZES				

O VALOR TOTAL DA TABELA DO SUS, OU ATRAVÉS DE PORTARIA COM DEMAIS VALORES, CONFORME NECESSIDADE ADVERSAS.	
--	--

Matéria publicada no diário do dia 16/06/2025.

Código do diário: x6e6te4186

Edição: 187