

## Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

### RESOLUÇÃO Nº 355, DE 17 DE MAIO DE 2024.

Dispõe sobre alterações na Resolução nº 122, de 21 de fevereiro de 2013 e dá outras providências.

O **Presidente** do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema – CISMENPAR, no uso de suas atribuições, faz saber que o **Assembleia Geral** aprovou e ele **promulga** a seguinte **Resolução**:

**Art. 1º** - Ficam excluídos os quadros: **III - ATENÇÃO AS CONDIÇÕES CRÔNICAS; VIII - CONDIÇÕES CRÔNICAS e XXIII - UNIDADE DA MAMA** da Resolução nº 122, de 21 de fevereiro de 2013.

**Art. 2º** - O **QUADRO I – ACUPUNTURA**, da Resolução nº 122, de 21 de fevereiro de 2013, passa a vigorar com a seguinte redação:

| <b>QUADRO I</b><br><b>ACUPUNTURA</b> |                  |                                                 |                                                           |
|--------------------------------------|------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <i>CÓDIGO</i>                        | <i>DESCRIÇÃO</i> | <i>ATENDIMENTO PRESENCIAL SEDE DO CISMENPAR</i> | <i>ATENDIMENTO PRESENCIAL SEDE PRÓPRIA DA CREDENCIADA</i> |
|                                      | ACUPUNTURA       | R\$ 40,00                                       | R\$ 45,60                                                 |

**Art. 3º** - O **QUADRO VII – COLETA DE MATERIAL POR PUNÇÃO/BÍOPSIA**, da Resolução nº 122, de 21 de fevereiro de 2013, passa a vigorar com a seguinte redação:

| <b>QUADRO VII</b><br><b>COLETA DE MATERIAL POR PUNÇÃO/BÍOPSIA</b> |                                                                                           |                                                 |                                           |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <i>CÓDIGO</i>                                                     | <i>DESCRIÇÃO</i>                                                                          | <i>ATENDIMENTO PRESENCIAL SEDE DO CISMENPAR</i> | <i>ATENDIMENTO EM SEDE DA CREDENCIADA</i> |
| 02.01.01.027-5                                                    | BIÓPSIA DE MEDULA ÓSSEA                                                                   | R\$ 200,00                                      | R\$ 228,00                                |
| 02.01.01.041-0                                                    | BIÓPSIA DE PRÓSTATA                                                                       | R\$ 350,00                                      | R\$ 399,00                                |
| 02.01                                                             | BIÓPSIA HEPÁTICA                                                                          | R\$ 317,00                                      | R\$ 361,00                                |
| 02.01.01.054-2                                                    | BIÓPSIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR TOMOGRAFIA/ULTRASSONOGRFIA/RESSONÂNCIA MAGNÉTICA / RAO X | R\$ 155,00                                      | -                                         |
| 02.01.01.056-9                                                    | CORE BIOPSY DE MAMA ORIENTADA POR ULTRASSONOGRFIA DE MAMA                                 | R\$ 295,00                                      | -                                         |
| 02.01.00.057-0                                                    | MARCAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA COM CARVÃO ATIVADO (MARCAÇÃO + ULTRASSONOGRFIA)                    | R\$ 353,00                                      | -                                         |

## Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

**Art. 4º - O QUADRO IX CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS**, da Resolução nº 122, de 21 de fevereiro de 2013, passa a vigorar com a seguinte redação:

| <b>QUADRO IX</b><br><b>CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS</b> |                                                                      |                                                 |                                                           |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <i>CÓDIGO</i>                                               | <i>ESPECIALIDADE</i>                                                 | <i>ATENDIMENTO PRESENCIAL SEDE DO CISMEDPAR</i> | <i>ATENDIMENTO PRESENCIAL SEDE PRÓPRIA DA CREDENCIADA</i> |
| 03.01.01.007-2                                              | ARLEGOLOGISTA                                                        | R\$ 120,00                                      | R\$ 137,00                                                |
| 03.01.01.007-2                                              | ANGIOLOGIA / VASCULAR                                                | R\$ 40,00                                       | R\$ 46,00                                                 |
| 03.01.01.007-2                                              | CABEÇA E PESCOÇO                                                     | R\$ 123,00                                      | R\$ 140,00                                                |
| 03.01.01.007-2                                              | CARDIOLOGIA ADULTO (EXCETO QUALICIS)                                 | R\$ 60,00                                       | R\$ 68,00                                                 |
| 03.01.01.007-2                                              | CARDIOLOGIA INFANTIL                                                 | R\$ 70,00                                       | R\$ 80,00                                                 |
| 03.01.01.007-2                                              | CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO                                       | R\$ 140,00                                      | R\$ 160,00                                                |
| 03.01.01.007-2                                              | CIRURGIA GERAL                                                       | R\$ 110,00                                      | R\$ 125,00                                                |
| 03.01.01.007-2                                              | CIRURGIA GINECOLÓGICA                                                | R\$ 140,00                                      | R\$ 160,00                                                |
| 03.01.01.007-2                                              | CIRURGIA PEDIÁTRICA                                                  | R\$ 140,00                                      | R\$ 160,00                                                |
| 03.01.01.007-2                                              | CIRURGIA PLÁSTICA                                                    | R\$ 110,00                                      | R\$ 125,00                                                |
| 03.01.01.007-2                                              | CIRURGIA TORÁCICA                                                    | R\$ 110,00                                      | R\$ 125,00                                                |
| 03.01.01.007-2                                              | DERMATOLOGIA                                                         | R\$ 60,00                                       | R\$ 68,00                                                 |
| 03.01.01.007-2                                              | ENDOCRINOLOGIA ADULTO (EXCETO QUALICIS)                              | R\$ 140,00                                      | R\$ 160,00                                                |
| 03.01.01.007-2                                              | ENDOCRINOLOGIA INFANTIL                                              | R\$ 140,00                                      | R\$ 160,00                                                |
| 03.01.01.007-2                                              | GASTROENTEROLOGIA                                                    | R\$ 140,00                                      | R\$ 160,00                                                |
| 03.01.01.007-2                                              | GASTROENTEROLOGIA INFANTIL                                           | R\$ 140,00                                      | R\$ 160,00                                                |
| 03.01.01.007-2                                              | GINECOLOGIA (COLPOSCOPIA, HISTEROSCOPIA, CIRURGIA E EXCETO QUALICIS) | R\$ 60,00                                       | R\$ 68,00                                                 |
| 03.01.01.007-2                                              | HEMATOLOGIA                                                          | R\$ 110,00                                      | R\$ 125,00                                                |
| 03.01.01.007-2                                              | HEPATOLOGIA                                                          | R\$ 110,00                                      | R\$ 125,00                                                |
| 03.01.01.007-2                                              | HOMEOPATIA                                                           | R\$ 60,00                                       | R\$ 68,00                                                 |

## Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

|                |                                                            |            |            |
|----------------|------------------------------------------------------------|------------|------------|
| 03.01.01.007-2 | INFECTOLOGIA                                               | R\$ 80,00  | R\$ 91,00  |
| 03.01.01.007-2 | MASTOLOGIA (INCLUINDO UNIDADE DA MAMA)                     | R\$ 60,00  | R\$ 68,00  |
| 03.01.01.007-2 | MEDICINA DO ADOLESCENTE                                    | R\$ 90,00  | R\$ 102,00 |
| 03.01.01.007-2 | NEFROLOGIA ADULTO                                          | R\$ 110,00 | R\$ 125,00 |
| 03.01.01.007-2 | NEFROLOGIA INFANTIL                                        | R\$ 140,00 | R\$ 160,00 |
| 03.01.01.007-2 | NEUROCIRURGIA (INCLUINDO DOR CRÔNICA)                      | R\$ 110,00 | R\$ 125,00 |
| 03.01.01.007-2 | NEUROLOGIA ADULTO (INCLUÍDO DOR CRÔNICA)                   | R\$ 110,00 | R\$ 125,00 |
| 03.01.01.007-2 | NEUROLOGIA INFANTIL                                        | R\$ 140,00 | R\$ 160,00 |
| 03.01.01.007-2 | NUTROLOGIA                                                 | R\$ 110,00 | R\$ 125,00 |
| 03.01.01.007-2 | OFTALMOLOGIA                                               | R\$ 40,00  | R\$ 46,00  |
| 03.01.01.007-2 | ONCOLOGIA CLÍNICA (CANCEROLOGIA)                           | R\$ 60,00  | R\$ 68,00  |
| 03.01.01.007-2 | ORTOPEDIA E SUAS SUBESPECIALIDADES (INCLUINDO DOR CRÔNICA) | R\$ 60,00  | R\$ 68,00  |
| 03.01.01.007-2 | OTORRINOLARINGOLOGISTA ADULTO E INFANTIL                   | R\$ 40,00  | R\$ 46,00  |
| 03.01.01.007-2 | PNEUMOLOGIA ADULTO                                         | R\$ 60,00  | R\$ 68,00  |
| 03.01.01.007-2 | PNEUMOLOGIA INFANTIL                                       | R\$ 80,00  | R\$ 91,00  |
| 03.01.01.007-2 | PROCTOLOGIA                                                | R\$ 80,00  | R\$ 91,00  |
| 03.01.01.007-2 | PSIQUIATRIA INFANTIL (EXCETO QUALICIS)                     | R\$ 140,00 | R\$ 160,00 |
| 03.01.01.007-2 | REUMATOLOGIA (INCLUINDO DOR CRÔNICA)                       | R\$ 140,00 | R\$ 160,00 |
| 03.01.01.007-2 | UROLOGIA E SUAS SUBESPECIALIDADES                          | R\$ 60,00  | R\$ 68,00  |
| 03.01.01.007-2 | CONSULTA MÉDICA PARA CIRURGIA AMBULATORIAL                 | R\$ 10,00  | -          |

**Art. 5º - O QUADRO XV – DIAGNOSE DO SISTEMA RESPIRATÓRIO**, da Resolução nº 122, de 21 de fevereiro de 2013, passa a vigorar com a seguinte redação:

| <b>QUADRO XV</b>                        |                                      |              |
|-----------------------------------------|--------------------------------------|--------------|
| <b>DIAGNOSE DO SISTEMA RESPIRATÓRIO</b> |                                      |              |
| <i>CÓDIGO</i>                           | <i>DESCRIÇÃO</i>                     | <i>VALOR</i> |
| 02.11.08.008-0                          | TESTE DE CAMINHADA DE 6 MINUTOS      | R\$ 15,00    |
| 02.11.08                                | PRESSÕES RESPIRATÓRIAS MÁXIMAS – PRM | R\$ 15,00    |



## Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

|          |                                   |           |
|----------|-----------------------------------|-----------|
| 02.11.08 | DIFUSÃO DO MONÓXIDO DE CARBONO    | R\$ 6,35  |
| 02.11.08 | QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA | R\$ 6,35  |
| .....    | ESPIROMETRIA                      | R\$ 37,49 |

**Art. 6º - O QUADRO XVII – MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADES**, da Resolução nº 122, de 21 de fevereiro de 2013, passa a vigorar com a seguinte redação:

| <b>QUADRO XVII</b><br><b>MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADES</b> |                                                                |                                                 |                                           |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <i>CÓDIGO</i>                                                       | <i>DESCRIÇÃO</i>                                               | <i>ATENDIMENTO PRESENCIAL SEDE DO CISMEDPAR</i> | <i>ATENDIMENTO EM SEDE DA CREDENCIADA</i> |
| 02.11.04.002-9                                                      | COLPOSCOPIA                                                    | R\$ 30,00                                       | -                                         |
| 02.11.05.002-4                                                      | ELETRONEUROGRAMA EM VIGILIA C/ OU S/ FOTO-ESTÍMULO             | R\$ 40,00                                       | R\$ 46,00                                 |
| 02.11.00.002-5                                                      | ELETRONEUROGRAMA EM VIGILIA C/ OU S/ FOTO-ESTÍMULO COM SEDAÇÃO | R\$ 250,00                                      | R\$ 285,00                                |
| 02.11.00.002-6                                                      | ELETRONEUROGRAMA QUALIFICADO                                   | -                                               | R\$ 205,00                                |
| 02.11.05.008-3                                                      | ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS/MMII (02 SEGMENTOS)               | R\$ 613,00                                      | R\$ 690,00                                |
| 02.11.09.000-0                                                      | ESTUDO URODINÂMICO                                             | -                                               | R\$ 460,00                                |
| 02.11.04.004-5                                                      | HISTEROSCOPIA (DIAGNÓSTICA)                                    | R\$ 200,00                                      | R\$ 230,00                                |
| 02.11.02.004-4                                                      | HOLTER COM LAUDO                                               | R\$ 40,00                                       | R\$ 46,00                                 |
| 02.11.00.004-5                                                      | MAPA 24 H COM LAUDO E APARELHO                                 | R\$ 60,00                                       | R\$ 68,00                                 |
|                                                                     | PHMETRIA ESOFÁGICA                                             | -                                               | R\$ 350,00                                |
| 02.11.05.010-5                                                      | POLISSONOGRAMA EXAME + APARELHO                                | -                                               | R\$ 342,00                                |
| 02.11.02.006-0                                                      | TESTE ERGOMÉTRICO EXAME + LAUDO                                | R\$ 40,00                                       | R\$ 80,00                                 |
| 02.11.00.002-7                                                      | VECTOELETRONISTAGMOGRAFIA                                      | -                                               | R\$ 125,00                                |
| 02.11.01.001-4                                                      | CAPILAROSCOPIA                                                 | R\$ 34,20                                       |                                           |

**Art. 7º - O QUADRO X - DIAGNÓSTICOS EM LABORATÓRIO CLÍNICO**, da Resolução nº 122, de 21 de fevereiro de 2013, passa a vigorar com a seguinte redação:



## Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

| <b>QUADRO X</b><br><b>DIAGNÓSTICOS EM LABORATÓRIO CLÍNICO</b> |                                                        |              |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------|
| <i>CÓDIGO</i>                                                 | <i>DESCRIÇÃO</i>                                       | <i>VALOR</i> |
| 02.02.00.003-6                                                | (TRAB) ANTICORPO E ANTI-RECEPTOR                       | R\$ 8,38     |
| 02.02.00.001-2                                                | ADENOSINA DEAMINASE                                    | R\$ 13,00    |
| 02.02.00.007-3                                                | AMILOIDE A                                             | R\$ 45,00    |
| 02.02.00.007-6                                                | ANTI - CITOSOL HEPÁTICO TIPO 1                         | R\$ 157,00   |
| 02.02.00.005-4                                                | ANTI GLIADINA IGA                                      | R\$ 12,00    |
| 02.02.00.005-5                                                | ANTI GLIADINA IGG                                      | R\$ 12,00    |
| 02.02.00.005-6                                                | ANTI GLIADINA IGM                                      | R\$ 22,00    |
| 02.02.00.000-8                                                | ANTI I A-2                                             | R\$ 25,00    |
| 02.02.03.118-7                                                | ANTI TRANSGLUTAMINASE IGA                              | R\$ 15,00    |
| 02.02.00.010-9                                                | ANTI TRANSGLUTAMINASE IGG                              | R\$ 18,00    |
| 02.02.00.002-9                                                | ANTICENTROMERO                                         | R\$ 12,90    |
| 02.02.00.002-5                                                | ANTICORPO ANTIFOSFOLIPIDEO                             | R\$ 11,85    |
| 02.02.00.001-8                                                | ANTICORPOS ANTI ENDOMISIO IGA                          | R\$ 11,30    |
| 02.02.00.001-6                                                | ANTICORPOS ANTI ENDOMISIO IGG                          | R\$ 11,30    |
| 02.02.00.001-7                                                | ANTICORPOS ANTI ENDOMISIO IGM                          | R\$ 11,30    |
| 02.02.00.007-0                                                | ANTICORPOS ANTI LKM 1                                  | R\$ 12,00    |
| 02.02.00.012-3                                                | ANTICORPOS ANTITIREOPEROXIDASE (TPO)                   | R\$ 17,16    |
| 02.02.00.003-5                                                | ANTICORPOS ANTIPEPTIDEO CITRULINADO CÍCLICO (ANTI CCP) | R\$ 45,68    |
| 02.02.00.003-0                                                | ANTIGAD                                                | R\$ 120,00   |
| 02.02.00.001-5                                                | ANTIGENO P24                                           | R\$ 48,33    |
| 02.02.00.006-4                                                | ANTI-HISTONA                                           | R\$ 25,00    |
| 02.02.00.006-1                                                | ANTI-JO1                                               | R\$ 25,00    |
| 02.02.00.008-1                                                | BETA-2-GLICOPROTEINA, ANTICORPOS IGA                   | R\$ 118,50   |
| 02.02.00.006-5                                                | BLASTOMICOSE                                           | R\$ 17,00    |
| 02.02.00.003-7                                                | BLASTOMICOSE SUL AMERICANA                             | R\$ 12,70    |
| 02.02.00.003-8                                                | C1 COMPLEMENTO                                         | R\$ 50,00    |
| 02.02.00.003-9                                                | C2 COMPLEMENTO                                         | R\$ 54,50    |
| 02.02.00.004-0                                                | C5 COMPLEMENTO                                         | R\$ 80,00    |
| 02.02.00.000-3                                                | CA 19-9                                                | R\$ 4,00     |
| 02.02.00.0077                                                 | CALPROTECTINA                                          | R\$ 130,00   |
| 02.02.00.007-8                                                | CANABINOIDES                                           | R\$ 25,00    |

## Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

|                |                                          |            |
|----------------|------------------------------------------|------------|
| 02.02.00.011-3 | CELULARIDADE                             | R\$ 4,80   |
| 02.02.00.004-1 | CHLAMYDIA TRACHOMATIS IGA                | R\$ 27,00  |
| 02.02.00.004-2 | CHLAMYDIA TRACHOMATIS IGM                | R\$ 9,90   |
| 02.02.00.004-3 | CLEARANCE DE ACIDO URICO                 | R\$ 3,51   |
| 02.02.00.005-7 | CLONAZEPAN (RIVOTRIL)                    | R\$ 110,25 |
| 02.02.00.002-4 | COLESTEROL VLDL                          | R\$ 3,71   |
| 02.01.02.004-1 | COLETA DE MATERIAL P/ EXAME LABORATORIAL | R\$ 2,00   |
| 02.02.00.004-8 | CONTAGEM DE LEUCOCITOS                   | R\$ 3,50   |
| 02.02.00.001-9 | CREATINA                                 | R\$ 1,85   |
| 02.02.00.004-4 | CULTURA DE MYCOPLASMA                    | R\$ 4,33   |
| 02.02.00.000-4 | DIMERO D                                 | R\$ 75,00  |
| 02.02.00.007-4 | DOENÇA DE LYME IGG                       | R\$ 21,00  |
| 02.02.00.007-5 | DOENÇA DE LYME IGM                       | R\$ 21,00  |
| 02.02.00.006-2 | DOSAGEM CLORETO DE SODIO NO SUOR         | R\$ 35,00  |
| 02.02.00.006-8 | DOSAGEM DE CATECOLAMINAS                 | R\$ 28,00  |
| 02.02.00.006-6 | DOSAGEM DE OXCARBAZEPINA                 | R\$ 62,90  |
| 02.02.00.006-7 | DOSAGEM DE TOPIRAMATO                    | R\$ 45,00  |
| 02.02.00.004-5 | ESQUISTOSSOMOSE                          | R\$ 9,00   |
| 02.02.00.005-8 | FATOR V LEIDEN (COTADO)                  | R\$ 91,85  |
| 02.02.00.008-6 | FRUTOSAMINAS (PROTEINA GLICOSILADA)      | R\$ 8,40   |
| 02.02.00.000-6 | HLA B27                                  | R\$ 45,00  |
| 02.02.00.003-2 | HOMOCISTEINA                             | R\$ 20,11  |
| 02.02.00.005-1 | IGA SALIVAR                              | R\$ 21,80  |
| 02.02.00.004-6 | IGE RAST CEREAIS (FX3)                   | R\$ 9,25   |
| 02.02.00.000-9 | IGFBP - 3                                | R\$ 23,00  |
| 02.02.00.008-2 | IMUNOELETOFORESE URINÁRIO                | R\$ 130,50 |
| 02.02.00.007-9 | IONTOFORESE                              | R\$ 12,00  |
| 02.02.00.003-4 | LAMOTRIGINA                              | R\$ 77,30  |
| 02.02.00.002-0 | LEISHMANIOSE PESQUISA                    | R\$ 6,70   |
| 02.02.00.002-2 | LEPTOSPIROSE, ANTICORPOS IGG             | R\$ 20,50  |
| 02.02.00.002-1 | LEPTOSPIROSE, ANTICORPOS IGM             | R\$ 20,50  |
| 02.02.00.002-3 | LIPIDEOS TOTAIS                          | R\$ 4,00   |
| 02.02.00.003-1 | LIPOPROTEINA A                           | R\$ 20,00  |
| 02.02.00.002-6 | MUTAÇÃO DO GENE DE PROTROMBINA           | R\$ 195,50 |

## Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

|                |                                                                 |            |
|----------------|-----------------------------------------------------------------|------------|
| 02.02.00.006-3 | MYCOPLASMA PNEUMONIAE IGG E IGM                                 | R\$ 42,00  |
| 02.02.00.000-7 | P-ANCA / C-ANCA                                                 | R\$ 25,00  |
| 02.02.00.009-0 | PARVOVIRUS B19 IGG                                              | R\$ 57,32  |
| 02.02.00.008-9 | PARVOVIRUS B19 IGM                                              | R\$ 57,32  |
| 02.02.00.010-8 | PCR-HBV QUANTITATIVO                                            | R\$ 180,00 |
| 02.02.00.005-9 | PEPTIDEO NUTRIURETICO TIPO B                                    | R\$ 249,00 |
| 02.02.00.010-0 | PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS DO GRUPO B                            | R\$ 5,62   |
| 02.02.00.008-3 | PESQUISA DE GONADOTROFINA CORIONICA                             | R\$ 10,00  |
| 02.02.00.006-0 | PESQUISA DE PLASMODIO                                           | R\$ 5,50   |
| 02.02.00.001-1 | PPD                                                             | R\$ 11,00  |
| 02.02.00.006-9 | PROTEINA S LIVRE                                                | R\$ 160,00 |
| 02.02.00.005-0 | SHBG                                                            | R\$ 12,50  |
| 02.02.00.005-3 | T3 LIVRE                                                        | R\$ 10,00  |
| 02.02.06.042-0 | TESTE DE ESTIMULO DE LH E FSH APÓS GONODORRELINA (CURVA LH/FSH) | R\$ 449,28 |
| 02.02.00.004-7 | TESTE DE TOLERANCIA A LACTOSE                                   | R\$ 10,60  |
| 02.02.00.005-2 | TESTE DE TOLERANCIA A SACAROSE                                  | R\$ 10,68  |
| 02.02.00.007-1 | VITAMINA A                                                      | R\$ 23,00  |
| 02.02.00.001-3 | VITAMINA B1                                                     | R\$ 75,60  |
| 02.02.00.001-4 | VITAMINA B6                                                     | R\$ 49,20  |
| 02.02.00.011-5 | CA 15-3                                                         | R\$ 14,60  |
| 02.02.00.011-8 | PESQUISA DE MUTAÇÕES NOS GENES: C282Y, H63D E S65C              | R\$ 212,68 |
| 02.02.00.011-9 | MUTAÇÃO V617F DO GENE JAK-2                                     | R\$ 148,40 |
| 02.02.00.011-6 | DOSAGEM DE PROCALCITONINA (PCT)                                 | R\$ 54,14  |
| 02.02.00.011-7 | DOSAGEM DE VANCOMINICINA                                        | R\$ 26,30  |
| 02.13.01.072-0 | RT-PCR PARA COVID-19                                            | R\$ 100,00 |
| 02.13.01.001-1 | RT-PCR CARGA VIRAL (HIV)                                        | R\$ 124,60 |
| 02.02.00.012-1 | DOSAGEM DE VITAMINA K                                           | R\$ 75,00  |
| 02.02.00.012-2 | ANTICORPOS – ANTI-FATOR INTRÍNSECO                              | R\$ 52,20  |
| 02.02.00.012-0 | DOSAGEM VITAMINA E                                              | R\$ 48,00  |
| 02.02.00.012-5 | CARIÓTIPO (X-FRAGIL)                                            | R\$ 240,00 |
| 02.02.000.12-4 | CROMATOGRAFIA                                                   | R\$ 132,00 |



## Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

**Art. 8º - O QUADRO XI - DIAGNÓSTICOS POR ENDOSCOPIA**, da Resolução nº 122, de 21 de fevereiro de 2013, passa a vigorar com a seguinte redação:

| <b>QUADRO XI</b>                   |                                                                                      |              |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <b>DIAGNÓSTICOS POR ENDOSCOPIA</b> |                                                                                      |              |
| <i>CÓDIGO</i>                      | <i>DESCRIÇÃO</i>                                                                     | <i>VALOR</i> |
| 02.09.04.001-7                     | BRONCOSCOPIA                                                                         | R\$ 200,00   |
| 02.09.01.002-9                     | COLONOSCOPIA                                                                         | R\$ 225,89   |
| 02.09.01.003-7                     | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA                                                           | R\$ 108,07   |
| .....                              | MANOMETRIA ESOFAGICA OU ANU-RETAL                                                    | R\$ 350,00   |
| 02.09.01.005-3                     | RETOSSIGMOIDOSCOPIA                                                                  | R\$ 60,00    |
| .....                              | COLONOSCOPIA EXCLUSIVA PARA PRESTADORES QUE REALIZAREM EM SEDE PRÓPRIA               | R\$ 389,45   |
| .....                              | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA EXCLUSIVA PARA PRESTADORES QUE REALIZAREM EM SEDE PRÓPRIA | R\$ 233,67   |
| 02.09.04.002-5                     | NASOLARINGOFIBROSCOPIA / LARINGOSCOPIA COM LAUDO                                     | R\$ 52,00    |
| .....                              | NASOVIDEOLARINGOSCOPIA COM LAUDO                                                     | R\$ 52,00    |

**Art. 9º - O QUADRO XII - DIAGNÓSTICOS POR RADIOLOGIA**, da Resolução nº 122, de 21 de fevereiro de 2013, passa a vigorar com a seguinte redação:

| <b>QUADRO XII</b>                  |                                                          |              |
|------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------|
| <b>DIAGNÓSTICOS POR RADIOLOGIA</b> |                                                          |              |
| <i>CÓDIGO</i>                      | <i>DESCRIÇÃO</i>                                         | <i>VALOR</i> |
| 02.04.05.001-4                     | CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE                         | R\$ 194,89   |
| 02.04.05.002-2                     | COLANGIOGRAFIA PRÉ-OPERATORIA                            | R\$ 65,22    |
| 02.04.05.003-0                     | COLANGIOGRAFIA POS-OPERATORIA                            | R\$ 65,22    |
| 02.04.01.001-2                     | DACRIOCISTOGRAFIA                                        | R\$ 97,70    |
| 02.04.05.004-9                     | DUODENOGRAMA HIPOTONICA                                  | R\$ 69,04    |
| 02.04.06.003-6                     | ESCANOMETRIA                                             | R\$ 34,33    |
| 02.04.05.005-7                     | FISTULOGRAFIA                                            | R\$ 123,17   |
| 02.04.05.006-5                     | HISTEROSSALPINGOGRAFIA                                   | R\$ 195,00   |
| 02.04.05.007-3                     | PIELOGRAFIA ANTEROGRADA PERCUTANEA                       | R\$ 146,30   |
| 02.04.05.008-1                     | PIELOGRAFIA ASCENDENTE                                   | R\$ 104,22   |
| 02.04.01.002-0                     | PLANIGRAFIA DE LARINGE                                   | R\$ 54,64    |
| 02.04.01.003-9                     | RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ) | R\$ 26,01    |
| 02.04.05.011-1                     | RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)       | R\$ 23,25    |
| 02.04.05.012-0                     | RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MÍNIMO DE 3 INCIDENCIAS)   | R\$ 30,60    |

## Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

|                |                                                                 |           |
|----------------|-----------------------------------------------------------------|-----------|
| 02.04.05.013-8 | RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)                             | R\$ 25,38 |
| 02.04.04.001-9 | RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO                                        | R\$ 24,89 |
| 02.04.01.004-7 | RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS)           | R\$ 25,43 |
| 02.04.04.002-7 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR                   | R\$ 25,17 |
| 02.04.06.006-0 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL                         | R\$ 25,77 |
| 02.04.04.003-5 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL                      | R\$ 25,17 |
| 02.04.04.004-3 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR                   | R\$ 25,40 |
| 02.04.06.007-9 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA                         | R\$ 25,44 |
| 02.04.01.005-5 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL         | R\$ 26,01 |
| 02.04.06.008-7 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA                        | R\$ 24,60 |
| 02.04.06.009-5 | RADIOGRAFIA DE BACIA                                            | R\$ 25,13 |
| 02.04.04.005-1 | RADIOGRAFIA DE BRAÇO                                            | R\$ 25,52 |
| 02.04.06.010-9 | RADIOGRAFIA DE CALCANEIO                                        | R\$ 24,63 |
| 02.04.01.006-3 | RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)                          | R\$ 24,95 |
| 02.04.04.006-0 | RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA                                        | R\$ 25,48 |
| 02.04.02.004-2 | RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXÃO)     | R\$ 25,48 |
| 02.04.02.003-4 | RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)   | R\$ 28,32 |
| 02.04.02.005-0 | RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL /DINÂMICA              | R\$ 25,60 |
| 02.04.02.006-9 | RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA                               | R\$ 23,97 |
| 02.04.02.007-7 | RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)                 | R\$ 29,80 |
| 02.04.02.008-5 | RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL/DINÂMICA            | R\$ 33,76 |
| 02.04.02.009-3 | RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)                   | R\$ 24,55 |
| 02.04.02.010-7 | RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR                             | R\$ 31,59 |
| 02.04.02.011-5 | RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINÂMICA                    | R\$ 31,16 |
| 02.04.05       | RADIOGRAFIA DE COLUNA VERTEBRAL TOTAL PANORÂMICA                | R\$ 55,00 |
| 02.04.03.005-6 | RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL + OBLIQUA) | R\$ 28,64 |
| 02.04.03.006-4 | RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL)           | R\$ 31,19 |
| 02.04.03.007-2 | RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)                         | R\$ 26,08 |
| 02.04.04.007-8 | RADIOGRAFIA DE COTOVELO                                         | R\$ 24,54 |

## Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

|                |                                                                 |           |
|----------------|-----------------------------------------------------------------|-----------|
| 02.04.05.013-8 | RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)                             | R\$ 25,38 |
| 02.04.04.001-9 | RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO                                        | R\$ 24,89 |
| 02.04.01.004-7 | RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS)           | R\$ 25,43 |
| 02.04.04.002-7 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR                   | R\$ 25,17 |
| 02.04.06.006-0 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL                         | R\$ 25,77 |
| 02.04.04.003-5 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL                      | R\$ 25,17 |
| 02.04.04.004-3 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR                   | R\$ 25,40 |
| 02.04.06.007-9 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA                         | R\$ 25,44 |
| 02.04.01.005-5 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL         | R\$ 26,01 |
| 02.04.06.008-7 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA                        | R\$ 24,60 |
| 02.04.06.009-5 | RADIOGRAFIA DE BACIA                                            | R\$ 25,13 |
| 02.04.04.005-1 | RADIOGRAFIA DE BRAÇO                                            | R\$ 25,52 |
| 02.04.06.010-9 | RADIOGRAFIA DE CALCANEIO                                        | R\$ 24,63 |
| 02.04.01.006-3 | RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)                          | R\$ 24,95 |
| 02.04.04.006-0 | RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA                                        | R\$ 25,48 |
| 02.04.02.004-2 | RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXÃO)     | R\$ 25,48 |
| 02.04.02.003-4 | RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)   | R\$ 28,32 |
| 02.04.02.005-0 | RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL /DINÂMICA              | R\$ 25,60 |
| 02.04.02.006-9 | RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA                               | R\$ 23,97 |
| 02.04.02.007-7 | RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)                 | R\$ 29,80 |
| 02.04.02.008-5 | RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL/DINÂMICA            | R\$ 33,76 |
| 02.04.02.009-3 | RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)                   | R\$ 24,55 |
| 02.04.02.010-7 | RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR                             | R\$ 31,59 |
| 02.04.02.011-5 | RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINÂMICA                    | R\$ 31,16 |
| 02.04.05       | RADIOGRAFIA DE COLUNA VERTEBRAL TOTAL PANORÂMICA                | R\$ 55,00 |
| 02.04.03.005-6 | RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL + OBLIQUA) | R\$ 28,64 |
| 02.04.03.006-4 | RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL)           | R\$ 31,19 |
| 02.04.03.007-2 | RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)                         | R\$ 26,08 |
| 02.04.04.007-8 | RADIOGRAFIA DE COTOVELO                                         | R\$ 24,54 |



## Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

|                |                                                                   |            |
|----------------|-------------------------------------------------------------------|------------|
| 02.04.03.013-7 | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRACAO + EXPIRACAO + LATERAL)      | R\$ 33,59  |
| 02.04.03.014-5 | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)                     | R\$ 30,85  |
| 02.04.03.015-3 | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)                                | R\$ 28,64  |
| 02.04.03.016-1 | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRAO OIT)                              | R\$ 26,66  |
| 02.04.03.017-0 | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)                                         | R\$ 26,69  |
| 02.04.01.016-0 | RADIOGRAFIA OCLUSAL                                               | R\$ 23,03  |
| 02.04.05.016-2 | RADIOGRAFIA P/ ESTUDO DO DELGADO C/ DUPLO CONTRASTE (ENTEROCLISE) | R\$ 310,61 |
| 02.04.01.017-9 | RADIOGRAFIA PANORÂMICA                                            | R\$ 37,92  |
| 02.04.06.017-6 | RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES                      | R\$ 47,21  |
| 02.04.01.018-7 | RADIOGRAFIA PERI-APICAL INTERPROXIMAL (BITE-WING)                 | R\$ 33,09  |
| 02.04.01.019-5 | SIALOGRAFIA                                                       | R\$ 107,80 |
| 02.04.05.017-0 | URETROCISTOGRAFIA                                                 | R\$ 181,54 |
| 02.04.05.018-9 | UROGRAFIA VENOSA/ EXCRETORA                                       | R\$ 175,00 |
| .....          | CONTRASTE PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES CONTRASTADOS                  | R\$ 150,00 |

**Art. 10 - O QUADRO XIV - DIAGNÓSTICOS POR ULTRASSONOGRAFIA**, da Resolução nº 122, de 21 de fevereiro de 2013, passa a vigorar com a seguinte redação:

| <b>QUADRO XIV</b><br><b>DIAGNÓSTICOS POR ULTRASSONOGRAFIA</b> |                                                                                  |              |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <i>CÓDIGO</i>                                                 | <i>DESCRIÇÃO</i>                                                                 | <i>VALOR</i> |
| 02.05.01.003-2                                                | ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA - ADULTO                                           | R\$ 98,49    |
| 02.05.01.003-3                                                | ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA - INFANTIL                                         | R\$ 180,00   |
| .....                                                         | ECOCARDIOGRAFIA FETAL (EXCLUSIVO PARA AS LINHAS DE CUIDADO À GESTANTE E CRIANÇA) | R\$ 225,85   |
| .....                                                         | ECOCARDIO COM STRESSE FARMACOLÓGICO (EM SEDE DA CREDENCIADA)                     | R\$ 359,00   |
| 02.05.02.009-7                                                | ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL E AXILAS                                      | R\$ 58,00    |
| 02.05.02.000-2                                                | ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA                                                     | R\$ 80,45    |
| 02.05.02.014-3                                                | ULTRASSONOGRAFIA DE TRANSLUCENCIA NUCAL                                          | R\$ 76,08    |

## Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

|                |                                                |            |
|----------------|------------------------------------------------|------------|
| 02.05.02.014-3 | ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA                   | R\$ 38,81  |
| 02.05.01.005-9 | ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO  | R\$ 66,25  |
| 02.05.02.018-6 | ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL                 | R\$ 37,30  |
| 02.05.02.006-2 | ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÕES              | R\$ 37,13  |
| 02.05.02.004-6 | ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL             | R\$ 59,08  |
| .....          | ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO         | R\$ 41,86  |
| .....          | ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR          | R\$ 41,86  |
| .....          | ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREÓIDE SEM DOPPLER      | R\$ 42,44  |
| 02.05.02.007-0 | ULTRASSONOGRRAFIA BOLSA ESCROTAL               | R\$ 45,00  |
| 02.05.01.004-0 | ULTRASSONOGRRAFIA DE DOPPLER COLORIDO DE VASOS | R\$ 40,00  |
| 02.05.02.010-0 | ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL)  | R\$ 40,00  |
| 02.05.02.011-9 | ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA (VIA TRANSRETAL) | R\$ 40,00  |
| 02.05.02.016-0 | ULTRASSONOGRRAFIA GINECOLÓGICA (PÉLVICA)       | R\$ 40,00  |
| 02.05.02.017-8 | ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA               | R\$ 40,00  |
| 02.05.02.022-4 | ELASTOGRAFIA HEPÁTICA ULTRASSÔNICA             | R\$ 350,00 |

**Art. 11 - O QUADRO XVIII - PLANTÕES MÉDICOS – PROGRAMA SERVIÇOS MUNICIPAIS**, da Resolução nº 122, de 21 de fevereiro de 2013, passa a vigorar com a seguinte redação:

| <b>QUADRO XVIII</b>                                    |                                                                                                                                 |              |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <b>PLANTÕES MÉDICOS – PROGRAMA SERVIÇOS MUNICIPAIS</b> |                                                                                                                                 |              |
| <i>CÓDIGO</i>                                          | <i>DESCRIÇÃO</i>                                                                                                                | <i>VALOR</i> |
|                                                        | INCENTIVO DE PLANTÃO URGÊNCIA PRESENCIAL 06H – FIM DE SEMANA (COM INÍCIO NA SEXTA ÀS 19H E ENCERRAMENTO ÀS 7H DA SEGUNDA-FEIRA) | R\$ 50,00    |
|                                                        | INCENTIVO DE PLANTÃO URGÊNCIA PRESENCIAL 12H – FIM DE SEMANA (COM INÍCIO NA SEXTA ÀS 19H E ENCERRAMENTO ÀS 7H DA SEGUNDA-FEIRA) | R\$ 100,00   |
|                                                        | PLANTÃO PRESENCIAL PARA CLÍNICA MÉDICA, DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO DE 12 HORAS                                               | R\$ 1.350,00 |
|                                                        | PLANTÃO PRESENCIAL PARA CLÍNICA MÉDICA, DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO DE 06 HORAS                                               | R\$ 675,00   |
|                                                        | PLANTÃO PRESENCIAL PARA MÉDICO ESPECIALISTA EM PEDIATRIA E                                                                      | R\$ 1.600,00 |

## Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

|  |                                                                                                                                                                                                      |              |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
|  | NEONATOLOGIA, DE DOMINGO A SÁBADO –<br>DURAÇÃO 12 HORAS                                                                                                                                              |              |
|  | PLANTÃO PRESENCIAL PARA MÉDICO<br>ESPECIALISTA EM PEDIATRIA E<br>NEONATOLOGIA, DE DOMINGO A SÁBADO –<br>DURAÇÃO 06 HORAS                                                                             | R\$ 800,00   |
|  | PLANTÃO PRESENCIAL PARA ATENDIMENTO A<br>CRIANÇA, DE DOMINGO A<br>SÁBADO – DURAÇÃO DE 06 HORAS                                                                                                       | R\$ 700,00   |
|  | PLANTÃO PRESENCIAL PARA ATENDIMENTO A<br>CRIANÇA, DE DOMINGO A<br>SÁBADO – DURAÇÃO DE 12 HORAS                                                                                                       | R\$ 1.400,00 |
|  | PLANTÃO PRESENCIAL PARA MÉDICO ESPECIALISTA<br>EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA NA COBERTURA DE<br>ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA,<br>DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO DE 12 HORAS                     | R\$ 1.400,00 |
|  | PLANTÃO PRESENCIAL PARA MÉDICO ESPECIALISTA<br>EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA NA COBERTURA DE<br>ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA, DE<br>DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO DE 06 HORAS                     | R\$ 700,00   |
|  | PLANTÃO PRESENCIAL PARA MÉDICO ESPECIALISTA<br>EM ANESTESIOLOGIA NA COBERTURA DE<br>ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA, DE<br>DOMINGO A<br>SÁBADO – DURAÇÃO DE 12 HORAS                             | R\$ 1.400,00 |
|  | PLANTÃO PRESENCIAL PARA MÉDICO ESPECIALISTA<br>EM ANESTESIOLOGIA NA COBERTURA DE<br>ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA, DE<br>DOMINGO A<br>SÁBADO – DURAÇÃO DE 06 HORAS                             | R\$ 700,00   |
|  | INCENTIVO DE PLANTÃO URGÊNCIA PRESENCIAL<br>06HRS – VÉSPERA DE NATAL, NATAL, VÉSPERA DE<br>ANO NOVO E ANO NOVO (COM INICIO ÀS 13HRS DA<br>VÉSPERA E TÉRMINO ÀS 07HRS DO DIA POSTERIOR<br>AO FERIADO) | R\$ 525,00   |
|  | INCENTIVO DE PLANTÃO URGÊNCIA PRESENCIAL<br>12HRS – VÉSPERA DE NATAL, NATAL, VÉSPERA DE<br>ANO NOVO E ANO NOVO (COM INICIO ÀS 13HRS DA<br>VÉSPERA E TÉRMINO ÀS 07HRS DO DIA POSTERIOR<br>AO FERIADO) | R\$ 1.050,00 |
|  | INCENTIVO DE PLANTÃO URGÊNCIA PRESENCIAL<br>06HRS – PARA FERIADOS NACIONAIS (COM INICIO<br>ÀS 7HRS DO DIA DO FERIADO E TÉRMINO ÀS<br>07HRS<br>DO DIA POSTERIOR AO FERIADO)                           | R\$ 50,00    |
|  | INCENTIVO DE PLANTÃO URGÊNCIA PRESENCIAL<br>12HRS – PARA FERIADOS<br>NACIONAIS (COM INICIO ÀS 7HRS DO DIA DO<br>FERIADO E TÉRMINO ÀS 07HRS DO DIA POSTERIOR<br>AO FERIADO)                           | R\$ 100,00   |
|  | INCENTIVO DE PLANTÃO URGÊNCIA PRESENCIAL<br>06HRS – PARA O FERIADO E RECESSO DE CARNAVAL<br>(COM INICIO ÀS 7HRS DA SEGUNDA FEIRA E                                                                   | R\$ 50,00    |



## Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

|  |                                                                                                                                                                                                              |              |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
|  | TÉRMINO<br>ÀS 07HRS DA QUARTA FEIRA DE CINZAS POSTERIOR<br>AO FERIADO)                                                                                                                                       |              |
|  | INCENTIVO DE PLANTÃO URGÊNCIA PRESENCIAL<br>12HRS – PARA O FERIADO E RECESSO DE CARNAVAL<br>(COM INICIO ÀS 7HRS DA SEGUNDA FEIRA E<br>TÉRMINO<br>ÀS 07HRS DA QUARTA FEIRA DE CINZAS POSTERIOR<br>AO FERIADO) | R\$ 100,00   |
|  | PLANTÃO PRESENCIAL PARA MÉDICO ESPECIALISTA<br>EM PSIQUIATRIA NA COBERTURA DE ATEDIMENTOS<br>DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA – DE DOMINGO A<br>SÁBADO – DURAÇÃO DE 12 HORAS                                           | R\$ 1.400,00 |
|  | PLANTÃO PRESENCIAL PARA MÉDICO ESPECIALISTA<br>EM PSIQUIATRIA NA COBERTURA DE ATEDIMENTOS<br>DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA – DE DOMINGO A<br>SÁBADO – DURAÇÃO DE 6 HORAS                                            | R\$ 700,00   |
|  | PLANTÃO PRESENCIAL PARA MÉDICO ESPECIALISTA<br>EM ORTOPEDIA NA COBERTURA DE ATEDIMENTOS<br>DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA – DE DOMINGO A<br>SÁBADO – DURAÇÃO DE 12 HORAS                                             | R\$ 1.400,00 |
|  | PLANTÃO PRESENCIAL PARA MÉDICO ESPECIALISTA<br>EM ORTOPEDIA NA COBERTURA DE ATEDIMENTOS<br>DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA – DE DOMINGO A<br>SÁBADO – DURAÇÃO DE 6 HORAS                                              | R\$ 700,00   |
|  | PLANTÃO PRESENCIAL PARA ATENDIMENTO A<br>PESSOAS COM DOENÇAS<br>PSIQUIATRICAS – DE DOMINGO A SÁBADO –<br>DURAÇÃO DE 12 HORAS                                                                                 | R\$ 1.350,00 |
|  | PLANTÃO PRESENCIAL PARA ATENDIMENTO A<br>PESSOAS COM DOENÇAS<br>PSIQUIATRICAS – DE DOMINGO A SÁBADO –<br>DURAÇÃO DE 12 HORAS                                                                                 | R\$ 675,00   |
|  | ADICIONAL DE DESLOCAMENTO PARA ATESTADO DE<br>ÓBITO FORA DA UNIDADE DE ATENDIMENTO (VALOR<br>CORRESPONDENTE AO PLANTÃO DE 12 HORAS)                                                                          | R\$ 332,00   |

**Art. 12 - O QUADRO XX - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DO APARELHO DIGESTIVO**, da Resolução nº 122, de 21 de fevereiro de 2013, passa a vigorar com a seguinte redação:

| <b>QUADRO XX</b><br><b>PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DO APARELHO DIGESTIVO</b> |                                                                                    |              |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <i>CÓDIGO</i>                                                             | <i>DESCRIÇÃO</i>                                                                   | <i>VALOR</i> |
| 04.07.01.025-4                                                            | RETIRADA DE POLIPO DO TUBO DIGESTIVO POR<br>ENDOSCOPIA                             | R\$ 56,79    |
| 04.07.02.039-0                                                            | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO / PÓLIPOS DO RETO /<br>COLO SIGMÓIDE – POR COLONOSCOPIA | R\$ 56,79    |

**Art. 13 - O QUADRO XXI - REGULAÇÃO**, da Resolução nº 122, de 21 de fevereiro de 2013, passa a vigorar com a seguinte redação:

## Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

| <b>QUADRO XXI</b><br><b>REGULAÇÃO E EDUCAÇÃO</b> |                                                                                                               |              |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <b>CÓDIGO</b>                                    | <b>DESCRIÇÃO</b>                                                                                              | <b>VALOR</b> |
|                                                  | AÇÃO EDUCATIVA, CONFEÇÃO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS E FLUXOGRAMAS, SUPORTE TÉCNICO E REUNIÕES TÉCNICAS (POR HORA) | R\$ 140,00   |
|                                                  | REGULAÇÃO DE ACESSO ASSISTENCIAL À SAÚDE (CLASSIFICAÇÃO DO RISCO CLÍNICO - POR PROCEDIMENTO)                  | R\$ 4,00     |

**Art. 14 - O QUADRO XXV – POTENCIALIZAÇÃO DA OFERTA**, da Resolução nº 122, de 21 de fevereiro de 2013, passa a vigorar com a seguinte redação:

| <b>QUADRO XXV</b><br><b>POTENCIALIZAÇÃO DA OFERTA</b> |                                |                                                             |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CÓDIGO</b>                                         | <b>ESPECIALIDADE</b>           | <b>ATENDIMENTO PRESENCIAL SEDE DO CISMENPAR – PROJETO 1</b> | <b>ATENDIMENTO PRESENCIAL SEDE PRÓPRIA DA CREDENCIADA – PROJETO 3 E PARA PROJETO 4 PARA OS MUNICÍPIOS do G4</b><br><small>(Cambé, Iporã, Londrina e Rolândia)</small> | <b>ATENDIMENTO PRESENCIAL EM SEDE MUNICIPAL - PROJETO 4 PARA OS MUNICÍPIOS DO G17</b><br><small>(ALVORADA DO SUL, ASSAÍ, BELA VISTA DO PARAÍSO, CAFEARA, CENTENÁRIO DO SUL, FLORESTÓPOLIS, GUARACI, JAGUAPITÁ, JATAIZINHO, LUPIONÓPOLIS, MIRASSOL, PITANGUEIRAS, PORCATEU, PRADO FERREIRA, PRIMEIRO DE MAIO, SERTANÓPOLIS E TAMARANA)</small> |
| 03.01.01.007-2                                        | ARLEGOLOGISTA                  | R\$ 120,00                                                  | R\$ 137,00                                                                                                                                                            | R\$ 156,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 03.01.01.007-2                                        | ANGIOLOGIA / VASCULAR          | R\$ 40,00                                                   | R\$ 46,00                                                                                                                                                             | R\$ 52,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 03.01.01.007-2                                        | CABEÇA E PESCOÇO               | R\$ 123,00                                                  | R\$ 140,00                                                                                                                                                            | R\$ 160,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 03.01.01.007-2                                        | CARDIOLOGIA ADULTO             | R\$ 60,00                                                   | R\$ 68,00                                                                                                                                                             | R\$ 77,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 03.01.01.007-2                                        | CARDIOLOGIA INFANTIL           | R\$ 70,00                                                   | R\$ 80,00                                                                                                                                                             | R\$ 91,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 03.01.01.007-2                                        | CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO | R\$ 140,00                                                  | R\$ 160,00                                                                                                                                                            | R\$ 182,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 03.01.01.007-2                                        | CIRURGIA GERAL                 | R\$ 110,00                                                  | R\$ 125,00                                                                                                                                                            | R\$ 142,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 03.01.01.007-2                                        | CIRURGIA GINECOLÓGICA          | R\$ 140,00                                                  | R\$ 160,00                                                                                                                                                            | R\$ 182,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 03.01.01.007-2                                        | CIRURGIA PEDIÁTRICA            | R\$ 140,00                                                  | R\$ 160,00                                                                                                                                                            | R\$ 182,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 03.01.01.007-2                                        | CIRURGIA PLÁSTICA              | R\$ 110,00                                                  | R\$ 125,00                                                                                                                                                            | R\$ 142,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 03.01.01.007-2                                        | CIRURGIA TORÁCICA              | R\$ 110,00                                                  | R\$ 125,00                                                                                                                                                            | R\$ 142,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 03.01.01.007-2                                        | DERMATOLOGIA                   | R\$ 60,00                                                   | R\$ 68,00                                                                                                                                                             | R\$ 77,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

## Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

|                |                                                            |            |            |            |
|----------------|------------------------------------------------------------|------------|------------|------------|
| 03.01.01.007-2 | ENDOCRINOLOGIA ADULTO                                      | R\$ 140,00 | R\$ 160,00 | R\$ 182,00 |
| 03.01.01.007-2 | ENDOCRINOLOGIA INFANTIL                                    | R\$ 140,00 | R\$ 160,00 | R\$ 182,00 |
| 03.01.01.007-2 | GASTROENTEROLOGIA                                          | R\$ 140,00 | R\$ 160,00 | R\$ 182,00 |
| 03.01.01.007-2 | GASTROENTEROLOGIA INFANTIL                                 | R\$ 140,00 | R\$ 160,00 | R\$ 182,00 |
| 03.01.01.007-2 | GERIATRIA                                                  | R\$ 140,00 | R\$ 160,00 | R\$ 182,00 |
| 03.01.01.007-2 | GINECOLOGIA (COLPOSCOPIA, HISTEROSCOPIA, CIRURGIA)         | R\$ 60,00  | R\$ 68,00  | R\$ 77,00  |
| 03.01.01.007-2 | HEMATOLOGIA                                                | R\$ 110,00 | R\$ 125,00 | R\$ 142,00 |
| 03.01.01.007-2 | HEPATOLOGIA                                                | R\$ 110,00 | R\$ 125,00 | R\$ 142,00 |
| 03.01.01.007-2 | HOMEOPATIA                                                 | R\$ 60,00  | R\$ 68,00  | R\$ 77,00  |
| 03.01.01.007-2 | INFECTOLOGIA                                               | R\$ 80,00  | R\$ 91,00  | R\$ 103,00 |
| 03.01.01.007-2 | MASTOLOGIA                                                 | R\$ 60,00  | R\$ 68,00  | R\$ 77,00  |
| 03.01.01.007-2 | MEDICINA DO ADOLESCENTE                                    | R\$ 90,00  | R\$ 102,00 | R\$ 116,00 |
| 03.01.01.007-2 | NEFROLOGIA ADULTO                                          | R\$ 110,00 | R\$ 125,00 | R\$ 142,00 |
| 03.01.01.007-2 | NEFROLOGIA INFANTIL                                        | R\$ 140,00 | R\$ 160,00 | R\$ 182,00 |
| 03.01.01.007-2 | NEUROCIRURGIA (INCLUINDO DOR CRÔNICA)                      | R\$ 110,00 | R\$ 125,00 | R\$ 142,00 |
| 03.01.01.007-2 | NEUROLOGIA ADULTO (INCLUINDO DOR CRÔNICA)                  | R\$ 110,00 | R\$ 125,00 | R\$ 142,00 |
| 03.01.01.007-2 | NEUROLOGIA INFANTIL                                        | R\$ 140,00 | R\$ 160,00 | R\$ 182,00 |
| 03.01.01.007-2 | NUTROLOGIA                                                 | R\$ 110,00 | R\$ 125,00 | R\$ 142,00 |
| 03.01.01.007-2 | OFTALMOLOGIA                                               | R\$ 40,00  | R\$ 46,00  | R\$ 52,00  |
| 03.01.01.007-2 | ONCOLOGIA CLÍNICA (CANCEROLOGIA)                           | R\$ 60,00  | R\$ 68,00  | R\$ 77,00  |
| 03.01.01.007-2 | ORTOPEDIA E SUAS SUBESPECIALIDADES (INCLUINDO DOR CRÔNICA) | R\$ 60,00  | R\$ 68,00  | R\$ 77,00  |
| 03.01.01.007-2 | OTORRINOLARING                                             | R\$ 40,00  | R\$ 46,00  | R\$ 52,00  |



## Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

|                |                                      |            |            |            |
|----------------|--------------------------------------|------------|------------|------------|
|                | OLOGISTA ADULTO E INFANTIL           |            |            |            |
| 03.01.01.007-2 | PNEUMOLOGIA ADULTO                   | R\$ 40,00  | R\$ 46,00  | R\$ 52,00  |
| 03.01.01.007-2 | PNEUMOLOGIA INFANTIL                 | R\$ 80,00  | R\$ 91,00  | R\$ 103,00 |
| 03.01.01.007-2 | PROCTOLOGIA                          | R\$ 80,00  | R\$ 91,00  | R\$ 103,00 |
| 03.01.01.007-2 | PSIQUIATRIA ADULTO                   | R\$ 140,00 | R\$ 160,00 | R\$ 182,00 |
| 03.01.01.007-2 | PSIQUIATRIA INFANTIL                 | R\$ 140,00 | R\$ 160,00 | R\$ 182,00 |
| 03.01.01.007-2 | REUMATOLOGIA (INCLUINDO DOR CRÔNICA) | R\$ 140,00 | R\$ 160,00 | R\$ 182,00 |
| 03.01.01.007-2 | UROLOGIA E SUAS SUBESPECIALIDADES    | R\$ 60,00  | R\$ 68,00  | R\$ 77,00  |

**Art. 15 - O QUADRO XXVI - QUALICIS**, da Resolução nº 122, de 21 de fevereiro de 2013, passa a vigorar com a seguinte redação:

| <b>QUADRO XXVI</b><br><b>QUALICIS</b> |                                                                                                                                |            |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| CÓDIGO                                | DESCRIÇÃO                                                                                                                      | VALOR      |
|                                       | ATIVIDADES INTEGRADAS PARA PROFISSIONAIS MÉDICOS DAS EQUIPES QUE COMPÕEM AS LINHAS DE CUIDADO (POR HORA) R\$ 140,00            | R\$ 180,00 |
|                                       | ATIVIDADES INTEGRADAS PARA PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NÃO MÉDICOS DAS EQUIPES QUE COMPÕEM AS LINHAS DE CUIDADO (POR HORA) | R\$ 62,75  |

**Art. 16 – Incluir**, na Resolução nº 122, de 21 de fevereiro de 2013, o **QUADRO XXVII – POTENCIALIZAÇÃO DA OFERTAS – FISIOTERAPIA**:

| <b>QUADRO XXVII</b><br><b>POTENCIALIZAÇÃO DA OFERTA - FISIOTERAPIA</b>                                                                                                                                                 |                                                                                                  |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| PARA OS CONTRATOS MUNICIPAIS DE POTENCIALIZAÇÃO DE OFERTA DO PROGRAMA DE ATENÇÃO COMPLEMENTAR EM SAÚDE MUNICIPAL; PROJETO 03 (ATENDIMENTO EM SEDE PRÓPRIA DA CREDENCIADA) E PROJETO 04 (ATENDIMENTO EM SEDE MUNICIPAL) |                                                                                                  |           |
| CÓDIGO                                                                                                                                                                                                                 | DESCRIÇÃO                                                                                        | VALOR     |
| 03.02-04-001-3                                                                                                                                                                                                         | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS | R\$ 10,82 |
| 03.02.04.002-1                                                                                                                                                                                                         | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS | R\$ 11,54 |
| 03.02.04.004-8                                                                                                                                                                                                         | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS CIRURGIA CARDIOVASCULAR                         | R\$ 9,27  |
| 03.02.05.001-9                                                                                                                                                                                                         | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES                                                        | R\$ 11,70 |

## Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

|                |                                                                                                                                                                                      |           |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
|                | NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS MUNICIPAL)                                                                                                                  |           |
| 03.02.05.001-9 | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS                                                                                   | R\$ 11,70 |
| 03.02.06.005-7 | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA PROJETO 03 (ATENDIMENTO EM SEDE PRÓPRIA DA CREDENCIADA) E PROJETO 04 (ATENDIMENTO EM SEDE MUNICIPAL) | R\$ 9,27  |
| 03.02.04.005-6 | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS                                                                                                                   | R\$ 14,95 |
| 03.02.05.002-7 | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS                                                                                                                                  | R\$ 21,65 |
| 03.02.06.001-4 | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO- CINÉTICO - FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS                                                                    | R\$ 9,34  |
| 03.02.06.002-2 | ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO- CINÉTICO-FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS                                                                      | R\$ 17,17 |
| 02.11.03.007-4 | AVALIAÇÃO FUNCIONAL MUSCULAR                                                                                                                                                         | R\$ 2,52  |
| 03.01.05.003-1 | ATENDIMENTO DOMICILIAR ESPECIALIZADO EM FISIOTERAPIA                                                                                                                                 | R\$ 27,44 |

**Art. 17** – Incluir, na Resolução nº 122, de 21 de fevereiro de 2013, o **QUADRO XXVIII – TELEMEDICINA:**

| <b>QUADRO XXVIII<br/>TELEMEDICINA</b> |                         |                                         |
|---------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------------|
| <b>CÓDIGO</b>                         | <b>ESPECIALIDADE</b>    | <b>ATENDIMENTO POR<br/>TELEMEDICINA</b> |
| 03.01.01.007-2                        | ALERGOLOGISTA           | R\$ 103,00                              |
| 03.01.01.007-2                        | ANGIOLOGIA / VASCULAR   | R\$ 40,00                               |
| 03.01.01.007-2                        | CARDIOLOGIA ADULTO      | R\$ 60,00                               |
| 03.01.01.007-2                        | CARDIOLOGIA INFANTIL    | R\$ 70,00                               |
| 03.01.01.007-2                        | CIRURGIA GERAL          | R\$ 65,00                               |
| 03.01.01.007-2                        | DERMATOLOGIA            | R\$ 60,00                               |
| 03.01.01.007-2                        | ENDOCRINOLOGIA ADULTO   | R\$ 140,00                              |
| 03.01.01.007-2                        | ENDOCRINOLOGIA INFANTIL | R\$ 140,00                              |
| 03.01.01.007-2                        | GASTROENTEROLOGIA       | R\$ 118,00                              |
| 03.01.01.007-2                        | GINECOLOGIA             | R\$ 60,00                               |

## Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

|                |                                                            |            |
|----------------|------------------------------------------------------------|------------|
| 03.01.01.007-2 | HEMATOLOGIA                                                | R\$ 108,00 |
| 03.01.01.007-2 | INFECTOLOGIA                                               | R\$ 80,00  |
| 03.01.01.007-2 | MEDICINA DO ADOLESCENTE                                    | R\$ 55,00  |
| 03.01.01.007-2 | NEFROLOGIA ADULTO                                          | R\$ 103,00 |
| 03.01.01.007-2 | NEUROLOGIA ADULTO (INCLUINDO DOR CRÔNICA)                  | R\$ 110,00 |
| 03.01.01.007-2 | NEUROLOGIA INFANTIL                                        | R\$ 140,00 |
| 03.01.01.007-2 | NUTROLOGIA                                                 | R\$ 110,00 |
| 03.01.01.007-2 | OFTALMOLOGIA                                               | R\$ 40,00  |
| 03.01.01.007-2 | ORTOPEDIA E SUAS SUBESPECIALIDADES (INCLUINDO DOR CRÔNICA) | R\$ 60,00  |
| 03.01.01.007-2 | OTORRINOLARINGOLOGISTA ADULTO E INFANTIL                   | R\$ 40,00  |
| 03.01.01.007-2 | PNEUMOLOGIA ADULTO                                         | R\$ 40,00  |
| 03.01.01.007-2 | REUMATOLOGIA (INCLUINDO DOR CRÔNICA)                       | R\$ 140,00 |
| 03.01.01.007-2 | UROLOGIA E SUAS SUBESPECIALIDADES                          | R\$ 60,00  |

**Art. 18** - Essa Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Londrina/PR, 17 de maio de 2024.

**Marcos Antonio Voltarelli**  
**Presidente**

**Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema**

PUBLICADO NO D.O. DO CISMEDPAR, EDIÇÃO Nº 2413, EM 01/08/2024.  
PROJ. RESOLUÇÃO Nº 357/24, APROVADO EM 17/05/2024.