

Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

RESOLUÇÃO Nº 372, DE 30 DE MAIO DE 2025.

Dispõe sobre a alteração 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. O **QUADRO II – ANESTESIOLOGIA**, passa a vigorar com a seguinte redação:

QUADRO II ANESTESIOLOGIA		
<i>CÓDIGO</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>ATENDIMENTO EM SEDE DA CREDENCIADA VALOR</i>
00.00.00.000-8	PORTE ANESTÉSICO – BRONCOSCOPIA	R\$ 300,00
02.00.00.000-0	PORTE ANESTÉSICO - CIRURGIA AMBULATORIAL	R\$ 300,00
02.00.00.000-0	PORTE ANESTÉSICO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	R\$ 300,00
02.00.00.000-0	PORTE ANESTÉSICO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	R\$ 300,00
.....	PORTE ANESTÉSICO – BIOPSIA DE PROSTATA	R\$ 300,00
02.09.00.002-9	PORTE ANESTÉSICO – ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	R\$ 300,00
02.09.00.002-9	PORTE ANESTÉSICO – COLONOSCOPIA	R\$ 300,00

Art. 2º. O **QUADRO IX CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS**, passa a vigorar com a seguinte redação:

QUADRO IX CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS			
<i>CÓDIGO</i>	<i>ESPECIALIDADE</i>	<i>ATENDIMENTO PRESENCIAL SEDE DO CISMENPAR</i>	<i>ATENDIMENTO PRESENCIAL SEDE PRÓPRIA DA CREDENCIADA VALOR</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

Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

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\$ 140,00	R\$ 160,00
03.01.01.007-2	Homeopatia	R\$ 60,00	R\$ 68,00
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 (Incluindo 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. 3º. O QUADRO X - DIAGNÓSTICOS EM LABORATÓRIO CLÍNICO passa a vigorar com a seguinte redação:

QUADRO X DIAGNÓSTICOS EM LABORATÓRIO CLÍNICO		
<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

Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

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
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	LÍPIDEOS TOTAIS	R\$ 4,00
02.02.00.003-1	LIPOPROTEINA A	R\$ 20,00

Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

02.02.00.002-6	MUTAÇÃO DO GENE DE PROTROMBINA	R\$ 195,50
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	PEPTÍDEO 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	PROTEÍNA 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
.....	HLA B51	R\$ 200,00
02.02.000.09-8	IGE ESPECIFICO P/ TARTRAZINA (CORANTE AMARELO)	R\$ 70,00
02.02.000.09-9	IGE ESPECIFICO P/ COCHONILHA (VERMELHO/CARMIM)	R\$ 70,00

Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

Art. 4º. O QUADRO XI - DIAGNÓSTICOS POR ENDOSCOPIA,
passa a vigorar com a seguinte redação:

QUADRO XI DIAGNÓSTICOS POR ENDOSCOPIA			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	SEDE DO CONSÓRCIO VALOR	SEDE DA CREDENCIADA VALOR
02.09.04.001-7	BRONCOSCOPIA ADULTO E INFANTIL - ELETIVO	R\$ 200,00	R\$ 250,00
02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA	R\$ 225,89	R\$ 389,45
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	R\$ 108,07	R\$ 233,67
02.09.00.000-8	MANOMETRIA ESOFAGICA OU ANU-RETAL		R\$ 350,00
02.09.01.005-3	RETOSSIGMOIDOSCOPIA	R\$ 60,00	R\$ 70,00
02.09.04.002-5	NASOLARINGOFIBROSCOPIA / LARINGOSCOPIA – COM LAUDO	R\$ 150,00	R\$ 170,00
.....	ENDOSCOPIA COM MUCOSECTOMIA - REALIZADO EM AMBIENTE HOSPITALAR *	-	R\$ 1.900,00
.....	COLONOSCOPIA COM MUCOSECTOMIA - REALIZADO EM AMBIENTE HOSPITALAR *	-	R\$ 1.900,00
.....	ENDOSCOPIA COM POLIPECTOMIA – REALIZADO EM AMBIENTE HOSPITALAR *	-	R\$ 1.400,00
.....	COLONOSCOPIA COM POLIPECTOMIA - REALIZADO EM AMBIENTE HOSPITALAR *	-	R\$ 1.400,00

*Procedimento deverá ser autorizado previamente pelo Cismepar.

Art. 5º. O QUADRO XII – DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA,
passará a vigorar:

QUADRO XII DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
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	R\$ 30,60

Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

	INCIDÊNCIAS)	
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 ARCADEA 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
02.04.06.011-7	RADIOGRAFIA DE COXA	R\$ 26,14
02.04.01.007-1	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIGUA / BRETTON + HIRTZ)	R\$ 28,53
02.04.01.008-0	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	R\$ 25,49

Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

02.04.04.008-6	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MÃO	R\$ 24,51
02.04.04.011-6	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRÊS POSIÇÕES)	R\$ 25,92
02.04.03.008-0	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	R\$ 93,38
02.04.03.009-9	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	R\$ 25,92
02.04.05.014-6	RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO	R\$ 84,96
02.04.05.015-4	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRÂNSITO)	R\$ 115,26
02.04.06.012-5	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	R\$ 24,96
02.04.06.013-3	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	R\$ 25,50
02.04.06.014-1	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)	R\$ 26,78
02.04.01.009-8	RADIOGRAFIA DE LARINGE	R\$ 25,65
02.04.04.009-4	RADIOGRAFIA DE MÃO	R\$ 24,58
02.04.04.010-8	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	R\$ 24,47
02.04.01.010-1	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)	R\$ 28,64
02.04.01.011-0	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)	R\$ 25,45
02.04.03.010-2	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)	R\$ 38,84
02.04.01.012-8	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 26,01
02.04.06.015-0	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PÉ	R\$ 24,93
02.04.06.016-8	RADIOGRAFIA DE PERNA	R\$ 25,11
02.04.03.011-0	RADIOGRAFIA DE PNEUMOMEDIASTINO	R\$ 54,54
02.04.04.012-4	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 25,09
02.04.01.013-6	RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (LOCALIZACAO DE CORPO ESTRANHO)	R\$ 23,18
02.04.02.012-3	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA	R\$ 25,88
02.04.01.014-4	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 25,66
02.04.01.015-2	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON)	R\$ 25,45
02.04.03.012-9	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA)	R\$ 26,56
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

Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

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
02.04.00.000-2	CONTRASTE PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES CONTRASTADOS	R\$ 150,00
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA LOCALIZADA	R\$ 30,00
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	R\$ 50,00

Art. 6º. O QUADRO XIV - DIAGNÓSTICOS POR ULTRASSONOGRAFIA, passa a vigorar com a seguinte redação:

QUADRO XIV DIAGNÓSTICOS POR ULTRASSONOGRAFIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA - ADULTO	R\$ 98,49
02.05.01.003-3	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA - INFANTIL	R\$ 180,00
02.05.01.000-1	ECOCARDIOGRAFIA FETAL	R\$ 300,00
02.05.01.001-6	ECOCARDIO COM STRESSE (EM SEDE DA CREDENCIADA)	R\$ 359,00
02.05.01.001-6	ECOCARDIO COM STRESSE (SEDE DO CONSÓRCIO)	R\$ 300,00
02.05.02.003-8	USG ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 70,00
02.05.02.005-4	USG APARELHO URINARIO	R\$ 70,00
02.05.02.004-6	USG ABDOMEN TOTAL	R\$ 80,00
02.05.02.006-2	USG ARTICULAÇÃO	R\$ 70,00
02.05.02.007-0	USG BOLSA ESCROTAL	R\$ 60,00
02.05.01.004-0	USG DOPPLER COLORIDO DE VASOS	R\$ 80,00
02.05.02.016-0	USG GINECOLOGICO (PELVICO)	R\$ 70,00
02.05.02.009-7	USG MAMARIA BILATERAL E AXILAS	R\$ 70,00
02.05.02.000-3	USG MORFOLOGICA	R\$ 140,00
02.05.02.014-3	USG OBSTETRICA	R\$ 70,00
02.05.02.011-9	USG DE PRÓSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 70,00

02.05.02.010-0	USG PROSTATA (VIA ABDOMINAL)	R\$ 65,00
02.05.02.012-7	USG TIREOIDE	R\$ 75,00
02.05.02.017-8	USG TRANSFONTANELA	R\$ 70,00
02.05.02.014-3	USG TRANSLUCENCIA NUCAL	R\$ 60,00
02.05.02.018-6	USG TRANSVAGINAL	R\$ 70,00
02.05.02.022-4	ELASTOGRAFIA HEPÁTICA ULTRASSÔNICA	R\$ 350,00

Obs. Quando solicitado exame + doppler, o pagamento será o valor do exame + o valor do doppler.

Art. 7º. O QUADRO XVII – MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADES, passa a vigorar com a seguinte redação:

QUADRO XVII MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADES			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	ATENDIMENTO PRESENCIAL SEDE DO CISMEPAR VALOR	ATENDIMENTO SEDE DA CREDENCIADA VALOR
02.11.04.002-9	COLPOSCOPIA	R\$ 30,00	-
02.11.05.002-4	ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGILIA C/ OU S/ FOTO-ESTÍMULO	R\$ 40,00	R\$ 80,00
02.11.00.002-5	ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGILIA C/ OU S/ FOTO- ESTÍMULO COM SEDAÇÃO	R\$ 250,00	R\$ 285,00
02.11.05.008-3	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS/MMII (02 SEGMENTOS)	R\$ 613,00	R\$ 690,00
02.11.05.008-3	ELETRONEUROMIOGRAFIA COM SEGMENTO COMPLEMENTAR (02 SEGMENTOS)	R\$ 700,00	R\$ 770,00
02.11.05.008-3	ELETRONEUROMIOGRAFIA COM SEGMENTO ESPECIAL (02 SEGMENTOS)	R\$ 700,00	R\$ 770,00
02.11.05.008-3	ELETRONEUROMIOGRAFIA COM FACE BILATERAL	R\$ 700,00	R\$ 770,00
02.11.05.008-3	ELETRONEUROMIOGRAFIA COM TESTE ESTIMULAÇÃO REPETITIVA (02 SEGMENTOS)	R\$ 700,00	R\$ 770,00
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
02.09.00.000-7	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	

Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

Art. 8º. O QUADRO XX – PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DO APARELHO DIGESTIVO passa a vigorar com a seguinte redação:

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

Art. 9º. O QUADRO XXI - REGULAÇÃO, passa a vigorar com a seguinte redação:

QUADRO XXI REGULAÇÃO E EDUCAÇÃO		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
00.00.00.001-3	AÇÃO EDUCATIVA (CAPACITAÇÕES), CONFEÇÃO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS E FLUXOGRAMAS, SUPORTE TÉCNICO E REUNIÕES TÉCNICAS (POR HORA)	R\$ 140,00
08.03.00.001-2	REGULAÇÃO DE ACESSO ASSISTENCIAL À SAÚDE (CLASSIFICAÇÃO DO RISCO CLÍNICO - POR PROCEDIMENTO)	R\$ 4,00

Art. 10. O QUADRO XXIV – ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS, passa a vigorar com a seguinte redação:

QUADRO XXIV REGULAÇÃO E EDUCAÇÃO		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
0201010232	BIOPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR	R\$ 80,00
0201010348	BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE (INCLUI MAXILA E MANDÍBULA)	R\$ 80,00
0201010526	BIOPSIA DA BOCA	R\$ 80,00
0301010048	CONSULTA DE PROFISS DE NIV SUPER NA ATENCAO ESPECIALIZADA	R\$ 24,75
0301060061	ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	R\$ 35,00
0307020045	TRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE BIRRADICULAR (Inclui consulta com profissional de nível superior, acesso a polpa dentária e medicação por dente, curativo de demora e radiografia periapical inicial e final)	R\$ 367,73
0307020053	TRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE MULTIRADICULAR (Inclui consulta com profissional de nível superior, acesso a polpa dentária e medicação por dente, curativo de demora e radiografia periapical inicial e final)	R\$ 418,28
0307020061	TRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE UNIRRADICULAR (Inclui consulta com profissional de nível superior, acesso a polpa dentária e medicação por dente,	R\$ 333,40

Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

	curativo de demora e radiografia periapical)	
0307020088	RETRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE BI- RADICULAR (Inclui consulta com profissional de nível superior, acesso a polpa dentária e medicação por dente, curativo de demora e radiografia periapical inicial e final)	R\$ 398,56
0307020096	RETRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE C/ 3 OU + RAIZES (Inclui consulta com profissional de nível superior, acesso a polpa dentária e medicação por dente, curativo de demora e radiografia periapical inicial e final)	R\$ 465,74
0307020100	RETRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR (Inclui consulta com profissional de nível superior, acesso a polpa dentária e medicação por dente, curativo de demora e radiografia periapical inicial e final)	R\$ 346,91
0307020118	SELAMENTO DE PERFURACAO RADICULAR	R\$ 80,00
0307040089	REEMBASAMENTO E CONserto DE PROTESE DENTARIA (TOTAL OU PARCIAL REMOVÍVEL) NO CONSULTÓRIO OU EM LABORATÓRIO	R\$ 100,00
0401010104	INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO INTRA ORAL	R\$ 35,78
	INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO EXTRA ORAL	R\$ 50,00
0404020089	EXCISAO DE RANULA OU FENOMENO DE RETENCAO SALIVAR	R\$ 100,00
0404020097	EXCISAO DE MUCOCELE	R\$ 73,09
0404020445	CONTENÇÃO DENTES POR SPLINTAGEM POR TRAUMA OU PROBLEMA PERIODONTAL	R\$ 50,00
0414020022	APICECTOMIA C/ OU S/ OBTURACAO RETROGRADA	R\$ 150,00
0414020030	APROFUNDAMENTO DE VESTIBULO ORAL (POR SEXTANTE)	R\$ 110,00
0414020049	CORRECAO DE BRIDAS MUSCULARES	R\$ 60,00
0414020057	CORRECAO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR	R\$ 82,86
0414020065	CORRECAO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR	R\$ 95,00
0414020081	ENXERTO GENGIVAL LIVRE OU PEDICULAR	R\$ 110,00
0414020154	GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE)	R\$ 100,00
0414020162	GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE)	R\$ 70,00
0414020219	ODONTOSECCAO / RADILECTOMIA / TUNELIZACAO	R\$ 100,00
0414020243	REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO)	R\$ 100,00
0414020278	REMOCAO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO) (Inclui consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada e	R\$ 217,68

Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

	Odontosecção/radilectomia/tunelização)	
0414020294	REMOCAO DE TORUS E EXOSTOSES MAXILAR E/OU MANDIBULAR BILATERAL	R\$ 100,00
0414020375	TRAT CIR PERIODO/SEXTANTE	R\$ 104,63
0701070099	PROTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVÍVEL (METAL) - (inclui todas as fases da moldagem a entrega pronta ao paciente)	R\$ 450,00
0701070102	PROTESE PARCIAL MAXILAR REMOVÍVEL (METAL) - (inclui todas as fases da moldagem a entrega pronta ao paciente)	R\$ 419,77
0701070110	PROTESE PARCIAL TEMPORARIA - (inclui todas as fases da moldagem a entrega pronta ao paciente)	R\$ 220,00
0701070129	PROTESE TOTAL MANDIBULAR - (inclui todas as fases da moldagem a entrega pronta ao paciente)	R\$ 400,00
0701070137	PROTESE TOTAL MAXILAR - (inclui todas as fases da moldagem a entrega pronta ao paciente)	R\$ 400,00
0701070170	APARELHO ORTODONTICO FIXO TOTAL POR ARCO DENTÁRIO	R\$ 327,25
0701070021	APARELHO ORTOPEDICO E ORTODONTICO REMOVÍVEL POR ARCO DENTÁRIO	R\$ 150,00
	CONCERTO DE APARELHO ORTOPEDICO OU ORTODONTICO REMOVIVEL	R\$ 35,00
0204010179	RADIOGRAFIA PANORAMICA COM LAUDO	R\$ 40,00
0101020058	APLICACAO DE CARIOSTATICO (POR DENTE)	R\$ 21,50
0101020066	APLICACAO DE SELANTE (POR DENTE)	R\$ 31,00
0101020074	APLICACAO TOPICA DE FLUOR (INDIVIDUAL POR SESSAO)	\$ 46,92
0101020104	ORIENTAÇÃO DE HIGIENE ORAL	R\$ 29,82
0101020082	EVIDENCIACAO DE PLACA BACTERIANA (CONTROLE DE BIOFILME)	R\$ 42,92
0101020090	SELAMENTO PROVISORIO DE CAVIDADE DENTARIA (RESTAURAÇÃO PROVISÓRIA OU TEMPORÁRIA)	R\$ 28,17
0204010225	RADIOGRAFIA PERIAPICAL	R\$ 10,00
307010147	ADEQUAÇÃO DO COMPORTAMENTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA / Estabelecimento de vínculo com paciente com necessidades especiais (por sessão)	R\$ 50,00
0307010015	CAPEAMENTO PULPAR	R\$ 29,24
0307010031	RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE/DECÍDUO COM RESINA COMPOSTA 1 face	R\$ 85,00
0307010032	RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE/DECÍDUO COM RESINA COMPOSTA 2 faces	R\$ 100,00
0307010033	RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE/DECÍDUO COM RESINA COMPOSTA 3 faces	R\$ 120,00
0307010034	RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE/DECÍDUO	R\$ 140,00

Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

	COM RESINA COMPOSTA 4 faces	
0307020010	ACESSO A POLPA DENTARIA E MEDICACAO (POR DENTE)	R\$ 60,00
0307020029	CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECANICO - ENDODONTIA	R\$ 60,00
0307020070	PULPOTOMIA DENTARIA (EM DENTE DECÍDUO)	R\$ 98,00
0307030059	RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAI (P/ SEXTANTE)	R\$ 40,00
0307030024	RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAI (POR SEXTANTE)	R\$ 60,94
0401010082	FRENECTOMIA LINGUAL OU LABIAL	R\$ 150,00
0414020138	EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE	R\$ 75,00
0414020120	EXODONTIA DE DENTES DECÍDUOS	R\$ 50,00
0414020170	GLOSSORRAFIA	R\$ 40,00
0414020430	EXODONTIA DE DENTE SUPRANUMERÁRIO INCLUSO OU IMPACTADO	R\$ 223,91
307030083	TRATAMENTO PERICORONARITE	R\$ 35,00
0414020359	TRAT CIR HEMORR BUCO-DENTAL PÓS CIRURGICO	R\$ 35,00
0414020383	TRATAMENTO DE ALVEOLITE	R\$ 36,38
0414020405	ULOTOMIA/ULECTOMIA	R\$ 60,00
0201010526	BIOPSIA DA LINGUA	R\$ 120,00
0201010526	BIOPSIA DE LÁBIOS	R\$ 120,00
.....	ANATOMOPATOLÓGICO EM MATERIAL CIRÚRGICO, DE PUNÇÃO E CITOLOGIA ESFOLIATIVA EM REGIÃO BMF	R\$ 60,00
.....	ACOMPANHAMENTO EM ESTOMATOLOGIA (SESSÃO)	R\$ 35,54
.....	ENUCLEAÇÃO DE CISTO DENTAL	R\$ 150,00
.....	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULAS BUCO NASAI OU BUCO SINUSAI	R\$ 211,56
.....	PUNÇÃO ASPIRATIVA COM AGULHA FINA/COLETA RASPADO EM LESÕES OU SÍTIOS DA REGIÃO BMF	R\$ 60,00
.....	MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTO DENTAL	R\$ 137,83
03007010074	TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO POR DENTE	R\$ 14,00
0307010104	RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE/DECÍDUO COM CIMENTO DE IONÔMERO DE VIDRO 1 face	R\$ 60,00
0307010105	RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE/DECÍDUO COM CIMENTO DE IONÔMERO DE VIDRO 2 faces	R\$ 60,00
0307010106	RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE/DECÍDUO COM CIMENTO DE	R\$ 60,00

Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

	IONÔMERO DE VIDRO 3 OU MAIS FACES	
.....	RIZOGENESE INCOMPLETA (POR DENTE E MAXIMO 4 SESSÕES POR ANO)	R\$ 120,00
.....	MANUTENÇÃO PERIODONTAL TRAT. NÃO CIRURGICO (MAXIMO 3 SESSÕES/ANO)	R\$ 75,00
.....	REPOSIÇÃO DE DENTE (INDEPENDENTE DA QUANTIDADE DE DENTES) DE PROTESE DENTARIA (TOTAL OU PARCIAL REMOVÍVEL) NO CONSULTÓRIO OU EM LABORATÓRIO	R\$ 100,00
.....	EXCISAO DE HIPERPLASIA	R\$ 90,00
.....	AUMENTO DE COROA CLINICA	R\$ 150,00
.....	CUNHA DISTAL	R\$ 90,00
.....	REDUÇÃO CRUENTA/INCRUENTA DE FRATURA ALVÉOLO- DENTÁRIA	R\$ 258,39
.....	CONTENÇÃO DE DENTES PARA ORTODONTIA	R\$ 52,90
.....	DOCUMENTAÇÃO ORTODONTICA/ORTOPEDICA: COM PANORAMICA C/ LAUDO, TELERRADIOGRAFIA, 3 TRAÇADOS CEFALOMÉTRICOS, 5 FOTOS INTRABUCAIS, 3 FOTOS EXTRABUCAIS, MODELOS DE ESTUDOS, PASTA E FICHAS	R\$ 92,66
.....	MODELOS DE ESTUDO ORTODONTICOS	R\$ 23,19
.....	MODELO DE TRABALHO	R\$ 20,00
.....	RADIOGRAFIA PANORAMICA COM TRAÇADO CEFALOMÉTRICO	R\$ 60,00
.....	TELERADIOGRAFIA COM TRAÇADO CEFALOMÉTRICO	R\$ 31,73
0204010209	TELERADIOGRAFIA	R\$ 25,55
0204010055	RADIOGRAFIA DE ATM 3 POSIÇÕES	R\$ 53,48
.....	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA POR FEIXE CONICO - CONE BEAM - 1 ARCADEA	R\$ 176,53
.....	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA POR FEIXE CONICO - CONE BEAM - 2 ARCADAS	R\$ 211,28
.....	MANUTENÇÃO ORTODÔNTICA APARELHO FIXO	R\$ 100,00
.....	MANUTENÇÃO ORTODÔNTICA APARELHO REMOVÍVEL	R\$ 100,00

Art. 11. O QUADRO XXV – POTENCIALIZAÇÃO DA OFERTA – CONSULTAS ESPECIALIZADAS, passa a vigorar com a seguinte redação:

QUADRO XXV				
POTENCIALIZAÇÃO DA OFERTA - CONSULTAS ESPECIALIZADAS				
CÓDIGO	ESPECIALIDADE	ATENDIMENTO PRESENCIAL SEDE DO CISMEPAR	ATENDIMENTO PRESENCIAL EM SEDE PRÓPRIA DA CREDENCIADA E PARA	ATENDIMENTO PRESENCIAL EM SEDE MUNICIPAL PARA OS

Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

			ATENDIMENTO EM SEDE MUNICIPAL DOS 04 MUNICÍPIOS do G4 (Cambé, Ibiporã, Londrina e Rolândia)	MUNICÍPIOS DO G17 (ALVORADA DO SUL, ASSAÍ, BELA VISTA DO PARAÍSO, CAFEARA, CENTENÁRIO DO SUL, FLORESTÓPOLIS, GUARACI, JAGUAPITÃ, JATAIZINHO, LUPIONÓPOLIS, MIRASELVA, PITANGUERIAS, PORECATU, PRADO FERREIRA, PRIMEIRO DE MAIO, SERTANÓPOLIS E TAMARANA)
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
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	Gastroenterol ogia 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\$ 140,00	R\$ 160,00	R\$ 182,00

Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

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	Otorrinolaringologista Adulto e Infantil	R\$ 40,00	R\$ 46,00	R\$ 52,00
03.01.01.007-2	Pneumologia Adulto	R\$ 60,00	R\$ 68,00	R\$ 77,00
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. 12. O QUADRO XXVII – POTENCIALIZAÇÃO DA OFERTA – FISIOTERAPIA, passa a vigorar com a seguinte redação:

QUADRO XXVII POTENCIALIZAÇÃO DA OFERTA - FISIOTERAPIA

Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

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\$ 20,00
03.02.04.002-1	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 20,00
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 NO PRÉ E PÓS- OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS MUNICIPAL)	R\$ 20,00
03.02.05.001-9	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS- OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS	R\$ 20,00
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\$ 5,00
03.01.05.003-1	ATENDIMENTO DOMICILIAR ESPECIALIZADO EM FISIOTERAPIA	R\$ 27,44

Art. 13. Fica criado o **QUADRO XXIX – DIAGNOSE POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA**, na TABELA DO CISMEPAR, da seguinte forma:

QUADRO XXIX DIAGNOSE POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	ATENDIMENTO SEDE DA CREDENCIADA VALOR
.....	Angio-Ressonância De Aorta Torácica	R\$ 464,00
.....	Angio-Ressonância De Aorta Abdominal	R\$ 464,00
.....	Angio-Ressonância Arterial Pulmonar	R\$ 464,00
.....	Angio-Ressonância Venoso Pulmonar	R\$ 464,00
.....	Angio-Ressonância Arterial de Abdomen superior	R\$ 464,00
.....	Angio-Ressonância Venosa de Abdomen superior	R\$ 464,00
.....	Angio Ressonância Arterial De Crânio	R\$ 464,00

Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

.....	Angio Ressonância Venosa De Crânio	R\$ 456,00
.....	Angio Ressonância Arterial De Membro Inferior	R\$ 456,00
.....	Angio Ressonância Arterial Da Pelve	R\$ 456,00
.....	Angio Ressonância Venosa Da Pelve	R\$ 456,00
.....	Angio Ressonância Arterial De Pescoço	R\$ 456,00
.....	Angio Ressonância Venosa De Pescoço	R\$ 456,00

Art. 14. Fica criado o **QUADRO XXX – DIAGNOSE POR TOMOGRAFIA**, na TABELA DO CISMEPAR, da seguinte forma:

QUADRO XXX DIAGNOSE POR TOMOGRAFIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	ATENDIMENTO SEDE DA CREDENCIADA VALOR
.....	Angiotomografia de Aorta Torácica	R\$ 294,00
.....	Angiotomografia de Aorta Abdominal	R\$ 294,00
.....	Angiotomografia Coronariana	R\$ 580,00
.....	Angiotomografia Arterial de Crânio	R\$ 357,00
.....	Angiotomografia Venosa de Crânio	R\$ 357,00
.....	Angiotomografia Arterial De Pescoço	R\$ 357,00
.....	Angiotomografia Venosa De Pescoço	R\$ 357,00
.....	Angiotomografia Arterial De Torax	R\$ 357,00
.....	Angiotomografia Venosa De Tórax	R\$ 357,00
.....	Angiotomografia Arterial De Abdome Superior	R\$ 357,00
.....	Angiotomografia Venosa De Abdome Superior	R\$ 357,00
.....	Angiotomografia Arterial De Pelve	R\$ 357,00
.....	Angiotomografia Venosa De Pelve	R\$ 357,00
.....	Angiotomografia Arterial De Membro Inferior	R\$ 357,00
.....	Angiotomografia Arterial Pulmonar	R\$ 357,00

Art. 15. Fica criado o **QUADRO XXXI – FISIOTERAPIA**, na TABELA DO CISMEPAR, da seguinte forma:

QUADRO XXXI FISIOTERAPIA – ATENDIMENTO SEDE DO CONSÓRCIO		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
02.11.03.007-4	AVALIAÇÃO FUNCIONAL MUSCULAR	R\$ 3,00
03.02.05.002-7	ATEND. FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	R\$ 15,00

Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Parapanema

03.02.05.001-9	ATEND. FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS- OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS	R\$ 15,00
03.02.04.001-3	ATEND. FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 15,00
03.02.04.002-1	ATEND. FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 15,00

Art. 16. Fica criado o **QUADRO XXXII – FONOAUDIOLOGIA**, na TABELA DO CISMEPAR, da seguinte forma:

QUADRO XXXII FONOAUDIOLOGIA – ATENDIMENTO EM SEDE DA CREDENCIADA OU SEDE MUNICIPAL		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
03.01.07.011-3	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INDIVIDUAL (AUDIÇÃO, LINGUAGEM E MOTRICIDADE OROFACIAL) – POR SESSÃO.	R\$ 100,00
.....	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INDIVIDUAL (DISFAGIA) – POR SESSÃO.	R\$ 150,00

Art. 17. Fica criado o **QUADRO XXXIII – TRATAMENTO POR CÂMERA HIPERBÁRICA**, na TABELA DO CISMEPAR, da seguinte forma:

QUADRO XXXIII CÂMERA HIPERBÁRICA OXIGENOTERAPIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
.....	OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA – POR SESSÃO.	R\$ 370,00

Art. 18. Fica criado o **QUADRO XXXIV – NEUROPSICOLOGIA**, na TABELA DO CISMEPAR, da seguinte forma:

QUADRO XXXIV NEUROPSICOLOGIA – ATENDIMENTO EM SEDE PRÓPRIA DA CREDENCIADA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
.....	NEUROPSICOLOGIA – POR SESSÃO.	R\$ 288,00

Art. 19. Fica criado o **QUADRO XXXV – DOR CRÔNICA**, na TABELA DO CISMEPAR, da seguinte forma:

QUADRO XXXV DOR CRÔNICA – ATENDIMENTO EM AMBIENTE HOSPITALAR			
TIPO TRATAMENTO	CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
Tratamento da dor com aplicação de radiofrequência		Tratamento de lesão do sistema neurovegetativo por agentes químicos	R\$ 1.702,00
Intervenção especializada em dor assistida por ultrassonografia (3 NERVOS)		Bloqueio anestésico periférico em 3 ou mais nervos	R\$ 1.831,00
		Punção articular diagnóstica ou terapêutica	R\$ 1.831,00
		Infiltração de ponto-gatilho em 4 ou mais músculos (x4 até x8)	R\$ 1.831,00
		Ultrassonografia intraoperatória	R\$ 1.831,00

Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

Intervenção especializada em dor assistida por ultrassonografia (1 NERVO)		Bloqueio anestésico periférico em 1 ou 2 nervos (código x1 ou x2)	R\$ 700,00
		Punção articular diagnóstica ou terapêutica	R\$ 700,00
		Infiltração de ponto-gatilho em 4 ou mais músculos (x4 até x8)	R\$ 700,00
		Ultrassonografia intraoperatória	R\$ 700,00
Terapia por Ondas de Choque (pacote de 3 sessões)		Terapia por ondas de choque extracorpórea em partes moles – acompanhamento 1ª aplicação (porte 8ª)	R\$ 2.281,00
		Terapia por ondas de choque extracorpórea em partes moles – acompanhamento reaplicações (4C)	R\$ 2.281,00

Art. 20. Essa Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Londrina/PR, 30 de maio de 2025.

Onício de Souza
Presidente

Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema

PUBLICADO NO D.O. DO CISMEDPAR, EDIÇÃO Nº 2613, EM 02/06/2025.
PROJ. RESOLUÇÃO Nº 314/25, APROVADO EM 30/05/2025.