

TABELA DE PROCEDIMENTOS – CISMEPAR

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

QUADRO II ANESTESIOLOGIA		
<i>CÓDIGO</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>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

QUADRO III - EXCLUÍDO

QUADRO IV - EXCLUÍDO

QUADRO V CIRURGIAS AMBULATORIAIS - SERVIÇOS PROFISSIONAIS (SP)		
<i>CÓDIGO</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>VALOR</i>
03.03.09.003-0	INFILTRAÇÃO DE CORTICOIDES EM QUELOIDE E OUTRAS LESÕES DERMATOLÓGICAS - (POR PACIENTE) INFILTRAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS EM CAVIDADE SINOVIAL (ARTICULAÇÃO, BAINHA TENDINOSA) - (POR PACIENTE)	R\$ 25,00
04.09.04.021-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO/PUNÇÃO DE HIDROCELE	R\$ 75,12

QUADRO VI - EXCLUÍDO

QUADRO VII COLETA DE MATERIAL POR PUNÇÃO/BÍOPSIA			
<i>CÓDIGO</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>ATENDIMENTO PRESENCIAL SEDE DO CISMEDPAR</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/ULTRASSONOGRAFIA/R ESSONÂNCIA MAGNÉTICA / RAO X	R\$ 155,00	-
02.01.01.056-9	CORE BIOPSY DE MAMA ORIENTADA POR ULTRASSONOGRAFIA DE MAMA	R\$ 295,00	-
02.01.00.057-0	MARCAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA COM CARVÃO ATIVADO (MARCAÇÃO + ULTRASSONOGRAFIA)	R\$ 353,00	-
02.01.01.047-0	BIÓPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE - PAAF	R\$ 185,00	R\$ 195,00

QUADRO VIII – EXCLUÍDO

QUADRO IX CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS			
<i>CÓDIGO</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>ATENDIMENTO PRESENCIAL SEDE DO CISMEDPAR</i>	<i>ATENDIMENTO EM SEDE 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\$ 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 (INCLUÍNDÓ DOR CRÔNICA)	R\$ 110,00	R\$ 125,00
03.01.01.007-2	NEUROLOGIA INFANTIL	R\$ 200,00	R\$ 220,00
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	-

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
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	IMUNOELETROFORESE 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	LEISHIMANIOSE 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
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 NATRIURÉTICO TIPO B	R\$ 110,00
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
.....	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

QUADRO XI
DIAGNÓSTICOS POR ENDOSCOPIA

<i>CÓDIGO</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>SEDE DO CONSÓRCIO VALOR</i>	<i>SEDE DA CREDENCIADA VALOR</i>
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
.....	COLONOSCOPIA COM BIOPSIA	R\$ 260,00	R\$ 420,00
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	R\$ 108,07	R\$ 233,67
.....	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA COM BIOPSIA	R\$ 150,00	R\$ 280,00
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.

QUADRO XII
DIAGNÓSTICOS POR RADIOLOGIA

<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	DUODENOGRAMIA 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
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
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
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-LORDOTICA)	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
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
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA LOCALIZADA	R\$ 30,00
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	R\$ 50,00

QUADRO XIII		
DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA NA UNIDADE DE MAMA		
<i>CÓDIGO</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>VALOR</i>
.....	PLANTÃO 02 HORAS PARA OPERAÇÃO DE MAMÓGRAFO	R\$ 150,00
.....	EMIÇÃO DE LAUDOS DE MAMOGRAFIA	R\$ 15,00

QUADRO XIV		
DIAGNÓSTICOS POR ULTRASSONOGRRAFIA		
<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
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.

QUADRO XV		
DIAGNOSE DO SISTEMA RESPIRATÓRIO		
<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
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

QUADRO XVI LAUDO MÉDICO		
<i>CÓDIGO</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>VALOR</i>
.....	LAUDO DE MEDICAMENTO EXCEPCIONAL	R\$ 2,50
.....	LAUDO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	R\$ 40,00

QUADRO XVII MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADES			
<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	ELETOENCEFALOGRAMA EM VIGILIA C/ OU S/ FOTO-ESTÍMULO	R\$ 40,00	R\$ 80,00
02.11.00.002-5	ELETOENCEFALOGRAMA 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	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HORAS (INCLUSO APARELHO MAIS LAUDOS E INSUMOS)	R\$ 63,00	R\$ 68,00
02.11.02.005-2	MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL MAPA 24 HORAS (INCLUSO APARELHO MAIS LAUDOS E INSUMOS)	R\$ 63,00	R\$ 68,00
02.09.00.000-7	PHMETRIA ESOFÁGICA	-	R\$ 350,00
02.11.05.010-5	POLISSONOGRAFIA 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	-

QUADRO XVIII		
PLANTÕES MÉDICOS – PROGRAMA SERVIÇOS MUNICIPAIS		
<i>CÓDIGO</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>VALOR</i>
	INCENTIVO DE PLANTÃO URGÊNCIA PRESENCIAL 6 HORAS – FIM DE SEMANA (COM INÍCIO NA SEXTA ÀS 19 HORAS E ENCERRAMENTO ÀS 7 HORAS DA SEGUNDA-FEIRA)	R\$ 50,00
	INCENTIVO DE PLANTÃO URGÊNCIA PRESENCIAL 12 HORAS – FIM DE SEMANA (COM INÍCIO NA SEXTA ÀS 19 HORAS E ENCERRAMENTO ÀS 7 HORAS 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 6 HORAS	R\$ 675,00
	PLANTÃO PRESENCIAL PARA MÉDICO ESPECIALISTA EM PEDIATRIA E NEONATOLOGIA (SALA DE PARTO), DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO 12 HORAS	R\$ 2.000,00
	PLANTÃO PRESENCIAL PARA MÉDICO ESPECIALISTA EM PEDIATRIA E NEONATOLOGIA (SALA DE PARTO), DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO 06 HORAS	R\$ 1.000,00
	PLANTÃO PRESENCIAL PARA MÉDICO PARA ATENDIMENTO PEDIÁTRICO / ESPECIALISTA EM PEDIATRIA DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO 12 HORAS	R\$ 1.800,00
	PLANTÃO PRESENCIAL PARA MÉDICO PARA ATENDIMENTO PEDIÁTRICO / ESPECIALISTA EM PEDIATRIA DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO 6 HORAS	R\$ 900,00
	PLANTÃO PRESENCIAL PARA ATENDIMENTO A CRIANÇA, DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO DE 12 HORAS	R\$ 1.400,00
	PLANTÃO PRESENCIAL PARA ATENDIMENTO A CRIANÇA, DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO DE 6 HORAS	R\$ 700,00
	PLANTÃO PRESENCIAL PARA MÉDICO ESPECIALISTA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA NA COBERTURA DE ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA, DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO DE 12 HORAS	R\$ 1.700,00
	PLANTÃO PRESENCIAL PARA MÉDICO ESPECIALISTA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA NA COBERTURA DE ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA, DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO DE 6 HORAS	R\$ 850,00
	PLANTÃO PRESENCIAL PARA MÉDICO ESPECIALISTA EM ANESTESIOLOGIA NA COBERTURA DE ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA, DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO DE 12 HORAS	R\$ 1.700,00
	PLANTÃO PRESENCIAL PARA MÉDICO ESPECIALISTA EM ANESTESIOLOGIA NA COBERTURA DE ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA, DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO DE 6 HORAS	R\$ 850,00

	INCENTIVO DE PLANTÃO URGÊNCIA PRESENCIAL 12 HORAS – VÉSPERA DE NATAL, NATAL, VÉSPERA DE ANO NOVO E ANO NOVO (COM INÍCIO ÀS 13 HORAS DA VÉSPERA E TÉRMINO ÀS 7 HORAS DO DIA POSTERIOR AO FERIADO)	R\$ 1.050,00
	INCENTIVO DE PLANTÃO URGÊNCIA PRESENCIAL 6 HORAS – VÉSPERA DE NATAL, NATAL, VÉSPERA DE ANO NOVO E ANO NOVO (COM INÍCIO ÀS 13 HORAS DA VÉSPERA E TÉRMINO ÀS 7 HORAS DO DIA POSTERIOR AO FERIADO)	R\$ 525,00
	INCENTIVO DE PLANTÃO URGÊNCIA PRESENCIAL 12 HORAS – PARA FERIADOS NACIONAIS (COM INÍCIO ÀS 7 HORAS DO DIA DO FERIADO E TÉRMINO ÀS 7 HORAS DO DIA POSTERIOR AO FERIADO)	R\$ 100,00
	INCENTIVO DE PLANTÃO URGÊNCIA PRESENCIAL 6 HORAS – PARA FERIADOS NACIONAIS (COM INÍCIO ÀS 7 HORAS DO DIA DO FERIADO E TÉRMINO ÀS 7 HORAS DO DIA POSTERIOR AO FERIADO)	R\$ 50,00
	INCENTIVO DE PLANTÃO URGÊNCIA PRESENCIAL 12 HORAS – PARA O FERIADO E RECESSO DE CARNAVAL (COM INÍCIO ÀS 7 HORAS DA SEGUNDA-FEIRA E TÉRMINO ÀS 7 HORAS DA QUARTA FEIRA DE CINZAS POSTERIOR AO FERIADO)	R\$ 100,00
	INCENTIVO DE PLANTÃO URGÊNCIA PRESENCIAL 6 HORAS – PARA O FERIADO E RECESSO DE CARNAVAL (COM INÍCIO ÀS 7 HORAS DA SEGUNDA-FEIRA E TÉRMINO ÀS 7 HORAS DA QUARTA FEIRA DE CINZAS POSTERIOR AO FERIADO)	R\$ 50,00
	PLANTÃO PRESENCIAL PARA MÉDICO ESPECIALISTA EM PSIQUIATRIA NA COBERTURA DE ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA – DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO DE 12 HORAS	R\$ 1.400,00
	PLANTÃO PRESENCIAL PARA MÉDICO ESPECIALISTA EM PSIQUIATRIA NA COBERTURA DE ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA – DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO DE 6 HORAS	R\$ 700,00
	PLANTÃO PRESENCIAL PARA MÉDICO ESPECIALISTA EM ORTOPEDIA NA COBERTURA DE ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA – DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO DE 12 HORAS	R\$ 1.700,00
	PLANTÃO PRESENCIAL PARA MÉDICO ESPECIALISTA EM ORTOPEDIA NA COBERTURA DE ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA – DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO DE 6 HORAS	R\$ 850,00
	PLANTÃO PRESENCIAL PARA ATENDIMENTO A PESSOAS COM DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS – DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO DE 12 HORAS	R\$ 1.350,00
	PLANTÃO PRESENCIAL PARA ATENDIMENTO A PESSOAS COM DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS – DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO DE 6 HORAS	R\$ 675,00
	ADICIONAL DE DESLOCAMENTO PARA ATESTADO DE ÓBITO FORA DA UNIDADE DE ATENDIMENTO (VALOR CORRESPONDENTE AO PLANTÃO DE 12 HORAS)	R\$ 332,00

QUADRO XIX – EXCLUÍDO

QUADRO XX PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DO APARELHO DIGESTIVO
--

<i>CÓDIGO</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>VALOR</i>
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

QUADRO XXI REGULAÇÃO E EDUCAÇÃO		
<i>CÓDIGO</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>VALOR</i>
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

QUADRO XXII TERAPIAS ESPECIALIZADAS		
<i>CÓDIGO</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>VALOR</i>
03.01.04.002-8	ATENDIMENTO CLÍNICO P/ INDICAÇÃO, FORNECIMENTO E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)	R\$ 54,00
03.09.03.005-6	DILATAÇÃO DE URETRA (POR SESSÃO)	R\$ 15,20

QUADRO XXIII - EXCLUÍDO

QUADRO XXIV ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS		
<i>CÓDIGO</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>VALOR</i>
0201010232	BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR	R\$ 80,00
0201010348	BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE (INCLUI MAXILA E MANDÍBULA)	R\$ 80,00
0201010526	BIÓPSIA 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	R\$ 333,40

	medicação por dente, 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 Odontosecção/radilectomia/tunelização)	R\$ 217,68
0414020294	REMOCAO DE TORUS E EXOSTOSES MAXILAR E/OU MANDIBULAR	R\$ 100,00

	BILATERAL	
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)	R\$ 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 COM RESINA COMPOSTA 4 faces	R\$ 140,00
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 SUPRAGENGIVAIIS (P/ SEXTANTE)	R\$ 40,00
0307030024	RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIIS (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 NASAIS OU BUCO SINUSAIIS	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 IONÔMERO DE VIDRO 3 OU MAIS FACES	R\$ 60,00

.....	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
.....	TELERRADIOGRAFIA COM TRAÇADO CEFALOMÉTRICO	R\$ 31,73
0204010209	TELERRADIOGRAFIA	R\$ 25,55
0204010055	RADIOGRAFIA DE ATM 3 POSIÇÕES	R\$ 53,48
.....	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA POR FEIXE CONICO - CONE BEAM - 1 ARCADA	R\$ 176,53
.....	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA POR FEIXE CONICO - CONE BEAM - 2 ARCADAS	R\$ 211,28
.....	MANUTENÇÃO ORTODONTICA APARELHO FIXO	R\$ 100,00
.....	MANUTENÇÃO ORTODONTICA APARELHO REMOVIVEL	R\$ 100,00

QUADRO XXV
POTENCIALIZAÇÃO DA OFERTA – CONSULTAS ESPECIALIZADAS

<i>CÓDIGO</i>	<i>ESPECIALIDADE</i>	<i>ATENDIMENTO PRESENCIAL SEDE DO CISMEDPAR – PROJETO 1</i>	<i>ATENDIMENTO PRESENCIAL SEDE PRÓPRIA DA CRENCIADA – PROJETO 3 E PARA PROJETO 4 PARA OS MUNICÍPIOS do G4</i> (Cambé, Ibiporã, Londrina e Rolândia)	<i>ATENDIMENTO PRESENCIAL EM SEDE MUNICIPAL - PROJETO 4 PARA OS MUNICÍPIOS DO G17</i> (ALVORADA DO SUL, ASSAÍ, BELA VISTA DO PARAÍSO, CAFEARA, CENTENÁRIO DO SUL, FLORESTÓPOLIS, GUARACI, JAGUAPITÁ, JATAIZINHO, LUPIONÓPOLIS, MIRASSELVA, PITANGUEIRAS, PORCATEU, 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	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\$ 140,00	R\$ 160,00	R\$ 182,00
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\$ 200,00	R\$ 220,00	R\$ 220,00
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

QUADRO XXVI

QUALICIS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
.....	ATIVIDADES INTEGRADAS PARA PROFISSIONAIS MÉDICOS DAS EQUIPES QUE COMPÕEM AS LINHAS DE CUIDADO (POR HORA) R\$ 140,00	R\$ 180,00
.....	CARDIOLOGIA ADULTO/INFANTIL (POR PACIENTE) CONSULTA MÉDICA, PLANO DE CUIDADO / PLANO TERAPÊUTICO, DISCUSSÃO CLÍNICA, MATRICIAMENTO.	R\$ 90,00
.....	ENDOCRINOLOGIA ADULTO/INFANTIL (POR PACIENTE) CONSULTA MÉDICA, PLANO DE CUIDADO, DISCUSSÃO CLÍNICA, MATRICIAMENTO.	R\$ 125,00
.....	GINECOLOGISTA (POR PACIENTE) CONSULTA MÉDICA, PLANO DE CUIDADO / PLANO TERAPÊUTICO, DISCUSSÃO CLÍNICA, MATRICIAMENTO.	R\$ 90,00
.....	GERIATRA (POR PACIENTE) CONSULTA MÉDICA, PLANO DE CUIDADO, DISCUSSÃO CLÍNICA, MATRICIAMENTO.	R\$ 125,00
.....	ESPECIALISTA EM SAÚDE DA FAMÍLIA (POR PACIENTE) CONSULTA MÉDICA, PLANO DE CUIDADO / PLANO TERAPÊUTICO, DISCUSSÃO CLÍNICA, MATRICIAMENTO.	R\$ 125,00
.....	PEDIATRA (POR PACIENTE) CONSULTA MÉDICA, PLANO DE CUIDADO / PLANO TERAPÊUTICO, DISCUSSÃO CLÍNICA, MATRICIAMENTO.	R\$ 90,00
.....	PSIQUIATRA (POR PACIENTE) CONSULTA MÉDICA, PLANO DE CUIDADO / PLANO TERAPÊUTICO, DISCUSSÃO CLÍNICA, MATRICIAMENTO.	R\$ 125,00
.....	ATIVIDADES INTEGRADAS PARA PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NÃO MÉDICOS DAS EQUIPES QUE COMPÕEM AS LINHAS DE CUIDADO (POR HORA)	R\$ 62,75

QUADRO XXVII

POTENCIALIZAÇÃO DA OFERTA - FISIOTERAPIA

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	R\$ 9,27

	PRÓPRIA DA CREDENCIADA) E PROJETO 04 (ATENDIMENTO EM SEDE MUNICIPAL)	
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

QUADRO XXVIII		
TELEMEDICINA		
<i>CÓDIGO</i>	<i>ESPECIALIDADE</i>	<i>ATENDIMENTO POR TELEMEDICINA</i>
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
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
.....	CONSULTAS MÉDICAS DE PROFISSIONAIS CLÍNICOS GERAIS PARA ATENDIMENTOS NAS UPAS POR MEIO DE TELEMEDICINA	R\$ 33,00

QUADRO XXIX		
DIAGNOSE POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA		
<i>CÓDIGO</i>	<i>ESPECIALIDADE</i>	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
.....	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

QUADRO XXX DIAGNOSE POR TOMOGRAFIA		
<i>CÓDIGO</i>	<i>ESPECIALIDADE</i>	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

QUADRO XXXI FISIOTERAPIA – ATENDIMENTO SEDE DO CONSÓRCIO

<i>CÓDIGO</i>	<i>ESPECIALIDADE</i>	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
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

QUADRO XXXII			
FONOAUDIOLOGIA – ATENDIMENTO EM SEDE DA CREDENCIADA OU SEDE MUNICIPAL			
<i>CÓDIGO</i>	<i>ESPECIALIDADE</i>	<i>SEDE DO CONSÓRCIO VALOR</i>	<i>SEDE DA CREDENCIADA VALOR</i>
02.11.07.004-1	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AÉREA/ ÓSSEA)	-	R\$ 100,00
02.11.07.021-1	LOGOAUDIOMETRIA (LDV-IRF-LRF)	-	R\$ 100,00
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

QUADRO XXXIII		
CÂMERA HIPERBÁRICA OXIGENOTERAPIA		
<i>CÓDIGO</i>	<i>ESPECIALIDADE</i>	VALOR
.....	OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA – POR SESSÃO.	R\$ 370,00

QUADRO XXXIV		
NEUROPSICOLOGIA – ATENDIMENTO EM SEDE PRÓPRIA DA CREDENCIADA		
<i>CÓDIGO</i>	<i>ESPECIALIDADE</i>	VALOR
.....	NEUROPSICOLOGIA – POR SESSÃO.	R\$ 288,00

QUADRO XXXV			
DOR CRÔNICA – ATENDIMENTO EM AMBIENTE HOSPITALAR			
TIPO TRATAMENTO	<i>CÓDIGO</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	VALOR
Tratamento da dor com aplicação de		TRATAMENTO DE LESÃO DO SISTEMA NEUROVEGETATIVO POR AGENTES QUÍMICOS	R\$ 1.702,00

radiofrequência			
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
	.....	ULTRASSONOGRRAFIA INTRAOPERATÓRIA	R\$ 1.831,00
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
	.....	ULTRASSONOGRRAFIA 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

QUADRO XXXVI		
COMPLEMENTAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS PARA AS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA		
CÓDIGO	ESPECIALIDADE	VALOR
.....	HORAS MÉDICAS DE PROFISSIONAIS GENERALISTAS PARA ATENDIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE 30H e 40H SEMANAIS	R\$ 118,62
.....	HORAS MÉDICAS DE PROFISSIONAIS GENERALISTAS PARA ATENDIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE LONDRINA. 30H OU 40H SEMANAIS. (ACESSO AVANÇADO)	R\$ 118,62
.....	HORAS MÉDICAS DE PROFISSIONAIS GENERALISTAS PARA ATENDIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE LONDRINA 30H OU 40H SEMANAIS (SUBSTITUIÇÕES)	R\$ 118,62
.....	HORAS MÉDICAS DE PROFISSIONAIS PEDIATRAS PARA ATENDIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE. 20H SEMANAIS OU A DETERMINAÇÃO DO MUNICÍPIO.	R\$ 170,61
.....	HORAS MÉDICAS DE PROFISSIONAIS GINECOLOGISTAS PARA ATENDIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE. 20H SEMANAIS OU A DETERMINAÇÃO DO MUNICÍPIO	R\$ 181,67

TABELA INSTITUÍDA PELA RESOLUÇÃO Nº 122, DE 21 DE FEVEREIRO DE 2013 E ALTERADA PELAS RESOLUÇÕES: Nº 127 DE 25 DE OUTUBRO DE 2013; Nº 128 DE 05 DE DEZEMBRO DE 2013; Nº 135 DE 23 DE ABRIL DE 2014; Nº 137 DE 06 DE JUNHO DE 2014; Nº 143 DE 29 DE AGOSTO DE 2014; Nº 148 DE 05 DE DEZEMBRO DE 2014; Nº 151 DE 30 DE JANEIRO DE 2015; Nº 156 DE 13 DE MARÇO DE 2015; Nº 157 DE 24 DE ABRIL DE 2015. Nº 162 DE 26 DE JUNHO DE 2015; Nº 166 DE 28 DE AGOSTO DE 2015; Nº 169 DE 23 DE OUTUBRO DE 2015; Nº 175 DE 26 DE FEVEREIRO DE 2016,

Nº 180 DE 23 DE MAIO DE 2016; Nº183 DE 26 DE AGOSTO DE 2016; Nº 184 DE 21 DE OUTUBRO DE 2016; Nº 188 DE 22 DE FEVEREIRO DE 2017; Nº 193 DE 26 DE MAIO DE 2017; Nº 196 DE 14 DE JULHO DE 2017; Nº 199 DE 01 DE SETEMBRO DE 2017; Nº 205 DE 15 DE DEZEMBRO DE 2017; Nº 212 DE 15 DE MARÇO DE 2018; Nº 216 DE 27 DE ABRIL DE 2018; Nº 218 DE 29 DE JUNHO DE 2018; Nº 224 DE 31 DE AGOSTO DE 2018; Nº 248 DE 10 DE MAIO DE 2019; Nº 259 DE 27 DE JUNHO DE 2019; Nº 261 DE 08 DE JULHO DE 2019; Nº 264 DE 05 DE AGOSTO DE 2019; Nº 269 DE 06 DE DEZEMBRO DE 2019; Nº 270 DE 06 DE DEZEMBRO DE 2019; Nº 285 DE 24 JULHO DE 2020; Nº 288 DE 15 DE OUTUBRO DE 2020; Nº 291 DE 11 DE DEZEMBRO DE 2020; Nº 294 DE 26 DE FEVEREIRO DE 2021; Nº 297 DE 07 DE MAIO DE 2021; Nº 302 DE 20 DE MAIO DE 2021; Nº 310 DE 17 DE SETEMBRO DE 2021; Nº 315 DE 30 DE NOVEMBRO DE 2021; Nº 316 DE 30 DE NOVEMBRO DE 2021; Nº 317 DE 10 DE DEZEMBRO DE 2021; Nº 320 DE 20 DE MAIO DE 2022; Nº 27 DE 26 AGOSTO DE 2022; Nº 334 DE 10 DE MARÇO DE 2023; Nº 355 DE 17 DE MAIO DE 2024 (PUBLICADA EM 01/08/2024); Nº 372 DE 30 DE MAIO DE 2025; Nº 376 DE 18 DE AGOSTO DE 2025; Nº 382 DE 26 DE SETEMBRO DE 2025; Nº 383 DE 27 DE NOVEMBRO DE 2025; Nº 386 DE 27 DE FEVEREIRO DE 2026; Nº 393 DE 24 DE ABRIL DE 2026; Nº 394 DE 10 DE JULHO DE 2026.