

[Legislação Correlata - Resolução 612 de 16/07/2024](#)

DELIBERAÇÃO Nº 24, DE 10 DE JUNHO DE 2024 (*)

O PLENÁRIO DO COLEGIADO DE GESTÃO, DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, instituído pela Resolução do Conselho de Saúde do Distrito Federal - CSDF nº 35, de 11 de dezembro de 2007, republicada no DODF nº 107, de 5 de junho de 2008, página 12, alterada pelas Resoluções do CSDF nº 282, de 05 de maio de 2009, nº 338, de 16 de novembro de 2010, nº 364, de 13 de setembro de 2011 (resoluções estas renumeradas conforme Ordem de Serviço do CSDF nº 01, de 23 de março de 2012, publicada no DODF nº 79, de 20 de abril de 2012, páginas 46 a 49) e nº 384, de 27 de março de 2012, em sua 4ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestão da SES/DF, realizada por videoconferência, em 05 de junho de 2024, e:

Conforme a Portaria nº 1.606, de 11 de setembro de 2001 – MS e Norma Operacional Básica - NOB 01/96 que atribuiu aos estados e municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema a prerrogativa de normatização complementar relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais em seu território, inclusive quanto à alteração de valores de procedimentos, tendo a tabela nacional como referência mínima, desde que aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde/ CMS e pela Comissão Intergestores Bipartite/CIB;

Considerando a necessidade de disciplinar, no âmbito da Pasta, a relação entre os estabelecimentos de saúde, com ou sem fins lucrativos, na participação, no Sistema Único de Saúde, de forma complementar de assistência à saúde aos usuários do SUS/DF;

Considerando a necessidade de ampliar a rede assistencial aos usuários do SUS/DF, vez que a rede própria encontra-se com sua capacidade esgotada;

Considerando que a participação complementar da iniciativa privada no Sistema Único de Saúde está prevista na Constituição Federal e regulamentada pela Lei Orgânica de Saúde nº 8080/90;

Considerando que o posicionamento do Ministério Público do Distrito Federal, em Ações Cíveis Públicas, acatado pelos Magistrados, é no sentido de que o SUS/DF deve propiciar aos seus usuários assistência integral à saúde;

Considerando a existência de demanda reprimida por leitos de terapia intensiva adulto, pediátrica e neonatal, e necessidade de contratação, de forma complementar, de instituições privadas de saúde para atendimento aos usuários do SUS/DF.

Considerando a elaboração do Estudo Técnico Preliminar, bem como o Relatório da Pesquisa de Preços, ambos constantes no Processo SEI: 00060-00415654/2023-15

Considerando a necessidade de manutenção de serviços essenciais à Saúde, nos termos do Art. 196, da Constituição Federal;

Considerando que os processos foram instruídos, consubstanciado pela análise de mercado, pela justificativa da necessidade de complementaridade de serviços em atenção aos incisos I e II, do art. 2 da Portaria MS/GM 1.034/2010, pelo devido Plano Operativo, e pela justificativa do uso dos índices complementares a tabela do SUS;

Considerando Ofício MS/SE/GSB nº 2.433/2009, que informa o reconhecimento do Colegiado de Gestão da SES/DF – CGSES/DF, pela Comissão Intergestores Tripartite – CIT, como uma instância que cumprirá as atribuições e competências estabelecidas para as Comissões Intergestores Bipartite – CIB, no tocante à operacionalização

do Sistema Único de Saúde;

Considerando a Portaria GM/MS nº 598, de 23 de março de 2006, a qual define que os processos administrativos relativos à gestão do SUS sejam definidos e pactuados no âmbito das Comissões Intergestores Bipartites – CIB, resolve:

Art. 1º Aprovar, por unanimidade, a necessidade manifestada dos serviços complementares de saúde, por meio de contratação e prestação de Serviços de Terapia Intensiva por empresas privadas para atendimento de pacientes graves, que requerem assistência especializada e contínua, em Unidade de Terapia Intensiva - UTI Adulto, Pediátrica e Neonatal, visando atender as necessidades de assistência da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - SES/DF, nos termos apresentados no processo 00060-00415654/2023-15, da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Art. 2º Aprovar, por unanimidade, tabela diferenciada de remuneração de serviços complementares de Saúde para pagamento dos procedimentos do Art. 1º, exclusivamente para os serviços efetivamente realizados.

Art. 3º Aprovar, por unanimidade, a complementariedade definida pela tabela diferenciada para remuneração de serviços assistenciais de saúde, para efeito de complementação financeira, empregar recursos próprios, sendo vedada a utilização de recursos federais para esta finalidade.

Art. 4º Os códigos 02.06.01.007-9, 02.06.01.001- 0, 02.06.02.003-1, 02.06.02.002- 3, 02.06.02.001- 5, 02.06.02.004-0, 02.06.03.001-0, 02.06.03.003- 7, 02.06.01.003- 6, 02.06.01.002- 8, 02.06.01.004- 4, 02.06.03.002- 9 e 02.06.01.006-0 da [DELIBERAÇÃO Nº 17, DE 03 DE MAIO DE 2022](#) encontram-se revogados e atualizados por esta Deliberação.

Art. 5º O código 03.05.01.013-1 referente ao Pacote de Hemodiálise Intermitente - Hemodiálise para pacientes renais agudos / crônicos agudizados sem tratamento dialítico iniciado da [DELIBERAÇÃO Nº 17, DE 17 DE ABRIL DE 2024](#) encontra-se revogado e atualizado por esta Deliberação.

Art. 6º Esta Deliberação entra em vigor na data de sua aprovação.

Art. 7º Revogam-se as disposições em contrário.

LUCILENE MARIA FLORÊNCIO DE QUEIROZ Presidente do Colegiado

ANEXO ÚNICO

ITEM I - Resumo

ITEM	DETALHAMENTO DA COMPOSIÇÃO
TAXAS HOSPITALARES	
Taxa de Admissão e Registro hospitalar	Detalhado no item II
DIÁRIAS	

Diária UTI ADULTO	TABELA SIGTAP
Diária UTI PEDIÁTRIO	
Diária UTI NEONATAL	
DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	
GASES MEDICINAIS	
Oxigênio sob ventilação	Detalhado no item III
Oxigênio em cateter	
Oxigênio em nebulização	
Óxido nítrico	
MEDICAMENTOS	
Medicamentos (incluindo Dietas)	Como primeira opção serão adotados os preços constantes no Guia Farmacêutico Brasíndice. Será adotado o "Preço Fábrica" (PF), referente a coluna que corresponde ao ICMS vigente no DF. Em caso de medicamentos com mais de uma opção de valor, será adotado aquele de menor valor, optando-se pelo genérico quando houver. Como segunda opção, será utilizada a revista "SIMPRO".
SADT - SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO	

"SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO QUE CONSTAM NA DELIBERAÇÃO Nº 17 - TABELA DE "ASSISTÊNCIA EM APOIO DIAGNÓSTICO"	DELIBERAÇÃO Nº 17, DE 03 DE MAIO DE 2022 - Tabela Regionalizada SUS/DF, referente a tabela de Assistência em Apoio Diagnóstico. Nos termos do Apêndice XVIII do Termo de Referência 245 (143993027).
Exames diagnóstico-complementares padronizados na SES/DF, Exames endoscópicos, eletrofisiológicos e realizados por especialistas	Detalhado no item IV
PROCEDIMENTOS	
Honorário Médico	Tabela Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM - Com os portes descritos no item IX
Procedimentos médicos cirúrgicos (urgência/emergência)	Detalhado no item V
Atendimento multiprofissional	Detalhado no item VI
Procedimentos Relacionados à Terapia Renal Substitutiva	Descritos no item VII
Procedimentos Relacionados à Hemoterapia	Descritos no item VIII
MATERIAIS E OPME	
Materiais	Para pagamento de materiais, será adotada revista SIMPRO atualizada, com um decréscimo de 25% (vinte e cinco por cento) no menor valor do material efetivamente utilizado.
OPME	Serão solicitadas cotações de materiais sempre que o valor total da proposta for acima do equivalente ao porte 10C do Item IX. Abaixo desse valor, será adotada a Tabela SIMPRO com deságio de 25% (vinte e cinco por cento).

ITEM II - Taxas Hospitalares

Item	VALOR REGIONALIZADO
Taxa de Admissão e Registro hospitalar	R\$ 141,44

ITEM III - Gasoterapia

Item	VALOR REGIONALIZADO
Oxigênio sob ventilação	R\$ 23,65/HORA
Oxigênio em cateter	R\$ 5,75/HORA
Oxigênio em nebulização	R\$ 4,30/HORA
Óxido nítrico	R\$ 76,26/HORA

ITEM IV - SADT- Exames diagnóstico-complementares padronizados na SES/DF, Exames endoscópicos, eletrofisiológicos e realizados por especialistas

BIOQUÍMICA		
SIGTAP	ITEM	VALOR REGIONALIZADO
02.02.01.053-8	LACTATO	R\$ 7,33
02.02.01.002-3	CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO TOTAL NO SORO, PLASMA E SANGUE TOTAL.	R\$ 4,44
02.02.01.063-5	SÓDIO EM SANGUE TOTAL, SORO E URINA	R\$ 4,00

02.02.01.060-0	POTÁSSIO E CLORETOS EM SANGUE TOTAL, SORO E URINA	R\$ 4,00
02.02.01.055-4	LIPASE.	R\$ 5,13
02.02.05.009-2	MICROALBUMINÚRIA.	R\$ 18,93
02.02.01.039-2	FERRO SÉRICO TOTAL.	R\$ 5,53
02.02.01.043-0	FÓSFORO	R\$ 4,00
02.02.01.046-5	GAMA GLUTAMIL TRANSFERASE.	R\$ 6,34
02.02.01.061-9	PROTEÍNAS TOTAIS	R\$ 3,44
02.02.05.009-2	ALBUMINA	R\$ 8,12*
02.02.01.062-7	PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES	R\$ 4,66
02.02.01.047-3	GLICOSE ENZIMÁTICA	R\$ 4,00
02.02.01.069-4	URÉIA ENZIMÁTICA	R\$ 4,00
02.02.01.064-3	TGO CINÉTICO	R\$ 4,20
02.02.01.065-1	TGP CINÉTICO	R\$ 4,20
02.02.01.018-0	AMILASE CINÉTICO	R\$ 4,44

02.02.01.031-7	CREATININA	R\$ 4,00
02.02.01.032-5	CK	R\$ 11,04
02.02.01.033-3	CK MB	R\$ 22,26
02.02.01.036-8	LDH	R\$ 7,33
02.02.01.020-1	BILIRRUBINA TOTAL	R\$ 4,00
02.02.01.020-1	BILIRRUBINA DIRETA	R\$ 4,00
02.02.01.020-1	BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES	R\$ 4,00
02.02.01.021-0	CÁLCIO	R\$ 4,00
02.02.01.056-2	MAGNÉSIO	R\$ 4,00
02.02.01.042-2	FOSFATASE ALCALINA	R\$ 5,70
02.02.01.012-0	ÁCIDO ÚRICO	R\$ 4,00
02.02.01.029-5	COLESTEROL TOTAL	R\$ 4,00
02.02.01.027-9	COLESTEROL HDL	R\$ 5,53
02.02.01.028-7	COLESTEROL LDL	R\$ 7,33

02.02.01.028-7	COLESTEROL VLDL	R\$ 7,33
02.02.01.067-8	TRIGLICERÍDEOS	R\$ 5,53
02.02.01.029-5	LIPIDOGRAMA	R\$ 21,00
02.02.03.008-3	PCR - PROTEINA C REATIVA	R\$ 22,00
02.02.01.050-3	HEMOGLOBINA GLICADA	R\$ 7,86*
02.02.02.035-5	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA VARIANTES	R\$ 9,29
02.02.01.072-4	ELETROFORESE DE PROTEÍNAS	R\$ 12,67
02.02.01.040-6	ÁCIDO FÓLICO	R\$ 18,93
	MIOGLOBINA	R\$ 10,02
02.02.01.079-1	PRO BNP	R\$ 68,70
	PROCALCITONINA	R\$ 150,00
	VANCOINEMIA	R\$ 106,90
02.02.01.070-8	VITAMINA B12 SÉRICA	R\$ 17,77
	HOMOCISTEÍNA SÉRICA	R\$ 33,96

*Os valores referem-se ao valor da Tabela SIGTAP.

HORMÔNIOS/IMUNOLOGIA		VALOR REGIONALIZADO
02.02.03.062-8	TIREOGLOBULINA	R\$ 39,51
02.02.03.010-5	PSA LIVRE	R\$ 32,11
02.02.03.062-8	ANTICORPO ANTITIREOGLOBULINA, ANTI-Tg	R\$ 33,28
02.02.01.076-7	VITAMINA D (25-HIDROXI VITAMINA D)	R\$ 18,09
02.02.01.038-4	FERRITINA	R\$ 21,10
02.02.06.014-4	SULFATO DEHIDROANPIANDROSTERONA (S-DEA)	R\$ 30,51
02.02.06.027-6	PARATORMONIO	R\$ 63,37
	CA 19.9	R\$ 25,50
02.02.06.025-0	TSH	R\$ 20,54
02.02.06.023-3	FSH	R\$ 20,61
02.02.06.024-1	LH	R\$ 20,61
02.02.06.016-0	ESTRADIOL	R\$ 30,43

02.02.06.029-2	PROGESTERONA	R\$ 23,43
02.02.06.030-6	PROLACTINA	R\$ 26,94
02.02.06.034-9	TESTOSTERONA (LIVRE)	R\$ 41,29
02.02.06.034-9	TESTOSTERONA (TOTAL)	R\$ 30,43
02.02.06.013-6	CORTISOL	R\$ 23,77
02.02.06.013-6	CORTISOL	R\$ 23,43
02.02.06.021-7	BETA-HCG (QUALITATIVO)	R\$ 16,83
02.02.06.021-7	BETA-HCG (QUANTITATIVO)	R\$ 19,50
02.02.03.010-5	PSA (LIVRE)	R\$ 32,11
02.02.03.010-5	PSA (TOTAL)	R\$ 24,81
02.02.03.096-2	CEA	R\$ 34,23
02.02.03.009-1	ALFA-FETO PROTEINA	R\$ 28,95
	CA 15.3	R\$ 34,23
02.02.03.121-7	CA 125	R\$ 34,23

02.02.06.026-8	INSULINA	R\$ 17,44
02.02.06.038-1	T4 LIVRE	R\$ 25,66
02.02.03.076-8	TOXOPLASMOSE IGG	R\$ 18,13
02.02.03.087-3	TOXOPLASMOSE IGM	R\$ 18,55*
02.02.03.074-1	CITOMEGALOVIRUS IGG	R\$ 18,13
02.02.03.085-7	CITOMEGALOVIRUS IGM	R\$ 22,00
02.02.03.016-4	IGE TOTAL	R\$ 13,74
02.02.03.047-4	ASLO, AEO, ASO	R\$ 22,17
02.02.03.007-5	FATOR REUMATOIDE	R\$ 6,85
02.02.03.012-1	C3	R\$ 17,16*
02.02.03.013-0	C4	R\$ 17,16*
02.02.03.015-6	IGA	R\$ 17,16*
02.02.03.016-4	IGE	R\$ 13,74
02.02.03.025-3	IGG	R\$ 11,83*

02.02.03.018-0	IGM	R\$ 17,16*
02.02.01.016-3	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDO	R\$ 11,83
02.02.06.022-5	GH	R\$ 23,43
02.02.06.032-2	SOMATOMEDINA C (IGF-1)	R\$ 54,59
	ANTICORPOS ANTIPEROXIDASE TIREOIDIANA, ANTI-TPO	R\$ 31,81
	ASPERGILOSE, SOROLOGIA PARA GALACTOMANANA	R\$ 22,38
02.02.03.079-2	CHIKUNGUNYA – SOROLOGIA (IgG)	R\$ 199,88
02.02.03.065-2	HISTOPLASMOSE, SOROLOGIA	R\$ 9,29
	HIV – CONTAGEM DE CÉLULAS CD3 , CD4 , CD8 e CD45 (CITOMETRIA DE FLUXO)	R\$ 93,36
02.02.03.041-5	CISTICERCOSE (PESQUISA DE)	R\$ 22,38
	REAGENTE PARA DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE ANTICORPOS ANTI-ENA (AC. JO-1)	R\$ 18,51
02.02.03.045-8	REAGENTE PARA DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE ANTICORPOS ANTI-ENA (AC. SCL-70)	R\$ 13,74
02.02.03.034-2	REAGENTE PARA DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE ANTICORPOS ANTI-ENA (ANTI-SM)	R\$ 17,16*

02.02.03.035-0	REAGENTE PARA DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE ANTICORPOS ANTI-ENA (ANTI-SSA)	R\$ 18,55*
02.02.03.036-9	REAGENTE PARA DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE ANTICORPOS ANTI-ENA (ANTI-SSB)	R\$ 18,55*
02.02.03.032-6	REAGENTE PARA DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE ANTI-ENA (ANTI-RNP)	R\$ 17,16*
02.02.03.059-8	CONJUNTO PARA DETERMINAÇÃO QUALITATIVA DE ANTICORPOS ANTI-ANA (FAN)	R\$ 17,16*
02.02.03.027-0	CONJUNTO PARA DETERMINAÇÃO QUALITATIVA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$ 13,74
MARCADORES CARDÍACOS		
02.02.03.120-9	TROPONINA	R\$ 22,33
02.02.01.033-3	CKMB MASSA	R\$ 33,96
MICROBIOLOGIA		
	PESQUISA PARA ESTREPTOCOCOS GRUPO B (S. AGALACTIAE)	R\$ 12,01
	PESQUISA VRE	R\$ 12,01
	PESQUISA MRSA	R\$ 12,01
	PESQUISA BACILOS GRAM NEGATIVOS RESISTENTES AOS CARBAPENÊMICOS (KPC)	R\$ 12,01
02.02.08.015-3	HEMOCULTURA	R\$ 18,50

02.02.08.008-0	CULTURA EM GERAL	R\$ 21,60
02.02.08.008-0	UROCULTURA	R\$ 10,28
02.02.08.002-1	ANTIBIOGRAMA	R\$ 24,03
02.02.08.005-6	BACILOSCOPIA (BAAR) TB	R\$ 7,44
02.02.08.004-8	BACILOSCOPIA (BAAR) HANSENÍASE	R\$ 7,44
02.02.08.007-2	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	R\$ 7,44
HEMATOLOGIA		
02.02.02.038-0	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 8,83
02.02.02.003-7	CONTAGEM DE RETICOLÓCITOS	R\$ 3,44
02.02.02.014-2	TAP	R\$ 5,16
02.02.02.013-4	TTPA	R\$ 5,77*
02.02.02.029-0	FIBRINOGENIO	R\$ 5,80
	D DÍMERO	R\$ 51,53
02.02.02.015-0	VHS	R\$ 3,44

PARASITOLOGIA

02.02.04.012-7	EPF	R\$ 5,13
----------------	-----	----------

02.02.04.014-3	PESQUISA DE SANGUE OCULTO	R\$ 3,44
----------------	---------------------------	----------

02.02.04.014-3	PESQUISA DE SANGUE OCULTO	R\$ 19,06
----------------	---------------------------	-----------

URINÁLISE

02.02.05.001-7	EAS	R\$ 4,81
----------------	-----	----------

TESTES RÁPIDOS/EXAMES MANUAIS

02.14.01.012-0	TESTE RÁPIDO DENGUE IGG	R\$ 18,08
----------------	-------------------------	-----------

02.14.01.012-0	TESTE RÁPIDO DENGUE IGM	R\$ 18,08
----------------	-------------------------	-----------

02.14.01.012-0	TESTE RÁPIDO DENGUE NS1	R\$ 36,15
----------------	-------------------------	-----------

02.14.01.016-3	TESTE RÁPIDO ANTÍGENO COVID-19	R\$ 80,00
----------------	--------------------------------	-----------

02.14.01.006-6	TESTE DE GRAVIDEZ	R\$ 16,83
----------------	-------------------	-----------

02.14.01.007-4	TESTE RÁPIDO DE SÍFILIS (TREPONÊMICO)	R\$ 4,81
----------------	---------------------------------------	----------

02.02.03.111-0	VDRL (NÃO TREPONÊMICO)	R\$ 3,44
----------------	------------------------	----------

EXAME DE PCR - POLIMERASE CHAIN REACTION		
	CHIKUNGUNYA - PCR	R\$ 335,00
	CITOMEGALOVÍRUS – PCR (CARGA VIRAL) qualitativo	R\$ 171,77
	CITOMEGALOVÍRUS – PCR (CARGA VIRAL) quantitativo	R\$ 255,67
02.13.01.072-0	CORONAVIRUS - RT-PCR	R\$ 174,26
	DENGUE - PCR (PESQUISA DE ARBOVÍRUS)	R\$ 335,00
	ZIKA VÍRUS - PCR	R\$ 88,25
ANATOMIA PATOLÓGICA		
02.03.01.008-6	EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA-RASTREAMENTO	R\$ 25,83
02.03.01.003-5	EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CERVICO-VAGINAL)	R\$ 36,00
02.03.01.004-3	EXAME CITOPATOLÓGICO DE MAMA	R\$ 36,00
02.03.02.002-2	EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DO COLO UTERINO - PEÇA CIRÚRGICA	R\$ 61,77*
02.03.02.008-1	EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DO COLO UTERINO - BIÓPSIA	R\$ 68,05
02.03.02.007-3	EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DE MAMA - PEÇA CIRÚRGICA	R\$ 133,57

02.03.02.006-5	EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DE MAMA - BIÓPSIA	R\$ 113,31
02.02.10.004-9	QUANTIFICAÇÃO/AMPLIFICAÇÃO DO HER-2	R\$ 160,78
02.03.02.004-9	IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R\$ 350,21

*Os valores referem-se ao valor da Tabela SIGTAP.

ULTRASSONOGRAFIA E DOPPLER		
SIGTAP	EXAMES	VALOR REGIONALIZADO
02.05.02.003-8	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME SUPERIOR	R\$ 101,27
02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL	R\$ 117,51
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DE ANTEBRACO	R\$ 70,97
02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO	R\$ 90,53
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULACAO	R\$ 84,40

02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRRAFIA DAS AXILAS (BILATERAL) (ESTRUTURAS SUPERFICIAIS)	R\$ 70,97
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRRAFIA DA BACIA	R\$ 84,40
02.05.02.007-0	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 70,97
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRRAFIA DO BRAÇO	R\$ 70,97
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRRAFIA DO CALCANEIO	R\$ 70,97
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRRAFIA CERVICA (ESTRUTURAS SUPERFICIAIS)	R\$ 70,97
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRRAFIA DO COTOVELO	R\$ 84,40
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRRAFIA DA COXA	R\$ 92,20
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRRAFIA DE ESTRUTURAS SUPERFICIAIS	R\$ 70,97
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRRAFIA DO DEDO	R\$ 84,40

02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRRAFIA DAS GLANDULAS PAROTIDAS	R\$ 64,07
02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRRAFIA DAS GLANDULAS SUBMANDIBULARES	R\$ 64,07
02.05.02.008-9	ULTRASSONOGRRAFIA DE GLOCO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)	R\$ 90,64
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRRAFIA DO JOELHO (DENTRO DE ARTICULAÇÃO)	R\$ 84,40
02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL	R\$ 70,97
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRRAFIA DA MAO	R\$ 70,97
02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA	R\$ 62,22
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRRAFIA DA PANTURRILHA	R\$ 70,97
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRRAFIA DA PAREDE ABDOMINAL	R\$ 70,97
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRRAFIA DO PE	R\$ 70,97

02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	R\$ 43,41
02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA	R\$ 43,41
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRRAFIA PENIANA	R\$ 70,97
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRRAFIA DA PERNA	R\$ 70,97
02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRRAFIA DO PESCOCO	R\$ 70,97
02.05.02.010-0	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	R\$ 74,19
02.05.02.011-9	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 117,44
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRRAFIA DO PUNHO	R\$ 84,40
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRRAFIA DO QUADRIL	R\$ 84,40
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRRAFIA DA REGIAO GLUTEA	R\$ 70,97

02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRRAFIA DA REGIAO INGUINAL	R\$ 70,97
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRRAFIA DA REGIAO LOMBAR	R\$ 70,97
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRRAFIA DA REGIAO PUBIANA	R\$ 70,97
02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRRAFIA RENAL	R\$ 90,53
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRRAFIA DO TENDAO DE AQUILES	R\$ 70,97
02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE (DENTRO DE ORGÃOS SUPERFICIAIS)	R\$ 70,97
02.05.02.013-5	ULTRASSONOGRRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	R\$ 55,39
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRRAFIA DO TORNOZELO	R\$ 84,40
02.05.02.017-8	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA	R\$ 268,73
02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL	R\$ 83,77

02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS ARTERIAIS BILATERAL (CAROTIDAS E VERTEBRAIS)	R\$ 115,61
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS VENOSOS BILATERAL (SUBCLAVIAS E JUGULARES)	R\$ 115,61
02.05.02.015-1	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R\$ 134,44
02.05.01.005-9	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	R\$ 134,44
02.05.02.001-1	ECODOPPLER TRANSCRANIANO	R\$ 268,73
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO DE ARTÉRIAS DOS MEMBROS SUPERIORES	R\$ 134,25
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO DE VEIAS DOS MEMBROS SUPERIORES	R\$ 134,25
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO DE ARTÉRIAS DOS MEMBROS INFERIORES	R\$ 134,25
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO DE VEIAS DOS MEMBROS INFERIORES	R\$ 134,25
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO DE ARTÉRIAS RENAIIS	R\$ 162,09

02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO DA AORTA ABDOMINAL	R\$ 176,70
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO DA BOLSA ESCROTAL	R\$ 62,03
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO DOS TESTICULOS	R\$ 62,03
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO DA TIREOIDE	R\$ 62,03
RADIOGRAFIA CONVENCIONAL		
02.04.01.003-9	RADIOGRAFIA BIPERFIL DE ORBITAS (PA OBLIQUAS HIRTZ)	R\$ 34,72
02.04.01.004-7	RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO-MALAR (AP OBLIQUAS)	R\$ 32,51
02.04.01.005-5	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BIPERFIL	R\$ 34,72
02.04.01.006-3	RADIOGRAFIA DE CAVUM	R\$ 24,92
02.04.01.007-1	RADIOGRAFIA DE CRANIO (AP PERFIL OBLIGUA / BRETTON HIRTZ)	R\$ 40,84

02.04.01.008-0	RADIOGRAFIA DE CRANIO (AP PERFIL)	R\$ 31,23
02.04.01.009-8	RADIOGRAFIA DE LARINGE	R\$ 43,10
02.04.01.010-1	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BIPERFIL)	R\$ 46,17
02.04.01.011-0	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA OBLIQUA)	R\$ 31,17
02.04.01.012-8	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN FN PERFIL)	R\$ 34,67
02.04.01.013-6	RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (LOCALIZACAO DE CORPO ESTRANHO)	R\$ 34,72
02.04.01.014-4	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN MN PERFIL HIRTZ)	R\$ 25,57
02.04.01.015-2	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (AP PERFIL TOWNE)	R\$ 31,17
02.04.01.016-0	RADIOGRAFIA OCLUSAL	R\$ 21,56
02.04.01.017-9	RADIOGRAFIA PANORAMICA (MANDIBULA)	R\$ 33,25

02.04.01.021-7	RADIOGRAFIA PERI-APICAL INTERPROXIMAL (BITE-WING)	R\$ 16,57
02.04.01.019-5	SIALOGRAFIA (POR GLÂNDULA)	R\$ 72,39
02.04.02.001-8	MIELOGRAFIA	R\$ 195,59
02.04.02.003-4	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP PERFIL OBLIQUAS)	R\$ 30,86
02.04.02.003-4	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP PERFIL TO OBLIQUAS)	R\$ 39,44
02.04.02.004-2	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP PERFIL TO / FLEXAO)	R\$ 30,86
02.04.02.006-9	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (AP PERFIL)	R\$ 32,84
02.04.02.007-7	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (AP PERFIL OBLÍQUAS)	R\$ 45,98
02.04.02.010-7	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	R\$ 38,12
02.04.02.009-3	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP PERFIL)	R\$ 34,60

02.04.02.012-3	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA	R\$ 31,98
02.04.02.013-1	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUNA TOTAL PARA ESCOLIOSE	R\$ 66,01
02.04.03.005-6	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA PERFIL OBLIQUA)	R\$ 29,95
02.04.03.006-4	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA PERFIL)	R\$ 29,95
02.04.03.007-2	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (HEMITORAX ESQUERDO)	R\$ 33,70
02.04.03.007-2	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (HEMITORAX DIREITO)	R\$ 33,70
02.04.03.008-0	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO/ESOFAGOGRAMA	R\$ 52,41
02.04.03.009-9	RADIOGRAFIA DE ESTERNO (PERFIL/OBLÍQUAS)	R\$ 29,50
02.04.03.012-9	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA)	R\$ 24,61
02.04.03.013-7	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA INSPIRACAO EXPIRACAO PERFIL)	R\$ 39,68

02.04.03.014-5	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PERFIL OBLIQUA)	R\$ 34,81
02.04.03.015-3	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL E ÁPICO LORDÓTICA)	R\$ 34,81
02.04.03.015-3	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	R\$ 29,95
02.04.03.017-0	RADIOGRAFIA DE TORAX (AP)	R\$ 24,61
02.04.03.010-2	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)	R\$ 76,97
02.04.03.011-0	RADIOGRAFIA DE PNEUMOMEDIASTINO	R\$ 76,97
02.04.04.001-9	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO - DIREITO (AP PERFIL)	R\$ 30,32
02.04.04.001-9	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO - ESQUERDO (AP PERFIL)	R\$ 30,32
02.04.04.001-9	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO - DIREITO (AP PERFIL OBLIQUAS)	R\$ 30,32
02.04.04.001-9	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO - ESQUERDO (AP PERFIL OBLIQUAS)	R\$ 30,32

02.04.04.002-7	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR - ESQUERDO	R\$ 29,76
02.04.04.002-7	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR -DIREITO	R\$ 29,76
02.04.04.003-5	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL - ESQUERDA	R\$ 29,76
02.04.04.003-5	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL - DIREITA	R\$ 29,76
02.04.04.004-3	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR - DIREITA	R\$ 30,86
02.04.04.004-3	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR - ESQUERDA	R\$ 30,86
02.04.04.005-1	RADIOGRAFIA DO UMERO (BRAÇO) ESQUERDO (OBLIQUAS)	R\$ 31,23
02.04.04.005-1	RADIOGRAFIA DO UMERO (BRAÇO) DIREITO (OBLIQUAS)	R\$ 31,23
02.04.04.005-1	RADIOGRAFIA DO UMERO (BRAÇO) ESQUEDO (AP PERFIL)	R\$ 31,23
02.04.04.005-1	RADIOGRAFIA DO UMERO (BRAÇO) DIREITO (AP PERFIL)	R\$ 31,23

02.04.04.006-0	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA – DIREITA (ZANCA)	R\$ 31,23
02.04.04.006-0	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA - DIREITA - (AP)	R\$ 31,23
02.04.04.006-0	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA - ESQUERDA - (ZANCA)	R\$ 31,23
02.04.04.006-0	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA - ESQUERDA - (AP)	R\$ 31,23
02.04.04.007-8	RADIOGRAFIA DE COTOVELO - ESQUERDO (AP PERFIL)	R\$ 28,85
02.04.04.007-8	RADIOGRAFIA DE COTOVELO - DIREITO (OBLIQUAS)	R\$ 28,85
02.04.04.007-8	RADIOGRAFIA DE COTOVELO - ESQUERDO (OBLIQUAS)	R\$ 28,85
02.04.04.007-8	RADIOGRAFIA DE COTOVELO - DIREITO (AP PERFIL)	R\$ 28,85
02.04.04.007-8	RADIOGRAFIA DE COTOVELO - DIREITO (AXIAL)	R\$ 28,85
02.04.04.007-8	RADIOGRAFIA DE COTOVELO - ESQUERDO (AXIAL)	R\$ 28,85

02.04.04.007-8	RADIOGRAFIA DE COTOVELO - DIREITO (COYLE)	R\$ 28,85
02.04.04.007-8	RADIOGRAFIA DE COTOVELO - ESQUERDO (COYLE)	R\$ 28,85
02.04.04.008-6	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO - ESQUERDA (PA PERFIL)	R\$ 20,48
02.04.04.008-6	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO - ESQUERDA (OBLIQUAS)	R\$ 20,48
02.04.04.008-6	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO - DIREITA (PA PERFIL)	R\$ 20,48
02.04.04.008-6	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO - DIREITA (OBLIQUAS)	R\$ 20,48
02.04.04.009-4	RADIOGRAFIA DE MAO - ESQUERDA (PA OBLIQUA PERFIL)	R\$ 20,48
02.04.04.009-4	RADIOGRAFIA DE MAO - DIREITA (PA OBLIQUA PERFIL)	R\$ 20,48
02.04.04.009-4	RADIOGRAFIA DE MAO - ESQUERDA (PA E OBLIQUA)	R\$ 20,48
02.04.04.009-4	RADIOGRAFIA DE MAO - DIREITA (PA E OBLIQUA)	R\$ 20,48

02.04.04.010-8	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	R\$ 28,49
02.04.04.011-6	RADIOGRAFIA DE OMBRO - ESQUERDO (AP VERD. PERFIL AXILAR PERFIL ESCAPULAR)	R\$ 29,76
02.04.04.011-6	RADIOGRAFIA DE OMBRO - ESQUERDO (INCIDÊNCIA VELPEAU - VIEW, STRYKER NOTCH, GARTH, FISK, BERNAGEAUABDUÇÃO, WEST POINT OU LAWRENCE)	R\$ 29,76
02.04.04.011-6	RADIOGRAFIA DE OMBRO - ESQUERDO (AP VERD. ROT. INERNA ROT. EXTERNA)	R\$ 29,76
02.04.04.011-6	RADIOGRAFIA DE OMBRO - ESQUERDO (AP VERDADEIRO)	R\$ 29,76
02.04.04.011-6	RADIOGRAFIA DE OMBRO - DIREITO (AP VERD. PERFIL AXILAR PERFIL ESCAPULAR)	R\$ 29,76
02.04.04.011-6	RADIOGRAFIA DE OMBRO - DIREITO (INCIDÊNCIA VELPEAU - VIEW, STRYKER NOTCH, GARTH, FISK, BERNAGEAUABDUÇÃO, WEST POINT OU LAWRENCE)	R\$ 29,76
02.04.04.011-6	RADIOGRAFIA DE OMBRO - DIREITO (AP VERD. ROT. INERNA ROT. EXTERNA)	R\$ 29,76
02.04.04.011-6	RADIOGRAFIA DE OMBRO - DIREITO (AP VERDADEIRO)	R\$ 29,76
02.04.04.011-6	RADIOGRAFIA DE ESCÁPULA - DIREITO (AP VERDADEIRO)	R\$ 33,08

02.04.04.011-6	RADIOGRAFIA DE ESCÁPULA - ESQUERDO (AP VERDADEIRO)	R\$ 33,08
02.04.04.012-4	RADIOGRAFIA DE PUNHO - DIREITO (PA PERFIL OBLIQUAS)	R\$ 31,06
02.04.04.012-4	RADIOGRAFIA DE PUNHO - ESQUERDO (PA PERFIL OBLIQUAS)	R\$ 31,06
02.04.04.012-4	RADIOGRAFIA DE PUNHO - ESQUERDO (PA PERFIL)	R\$ 31,06
02.04.04.012-4	RADIOGRAFIA DE PUNHO - DIREITO (PA PERFIL)	R\$ 31,06
02.04.04.012-4	RADIOGRAFIA DE PUNHO - DIREITO (PA COM DESV. ULNAR/RADIAL)	R\$ 31,06
02.04.04.012-4	RADIOGRAFIA DE PUNHO - ESQUERDO (PA COM DESV. ULNAR/RADIAL)	R\$ 31,06
02.04.04.012-4	RADIOGRAFIA DE PUNHO - ESQUERDO (TANGENCIAL)	R\$ 31,06
02.04.04.012-4	RADIOGRAFIA DE PUNHO - DIREITO (TANGENCIAL)	R\$ 31,06
02.04.05.001-4	CLISTER OPACO COM DUPLO CONTRASTE	R\$ 97,03

02.04.05.002-2	COLANGIOGRAFIA PER-OPERATORIA	R\$ 59,33
02.04.05.003-0	COLANGIOGRAFIA POS-OPERATORIA	R\$ 59,33
02.04.05.005-7	FISTULOGRAFIA	R\$ 54,84
02.04.05.006-5	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	R\$ 80,48
02.04.05.007-3	PIELOGRAFIA ANTEROGRADA PERCUTANEA	R\$ 187,93
02.04.05.008-1	PIELOGRAFIA ASCENDENTE	R\$ 70,77
02.04.05.011-1	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP PERFIL)	R\$ 30,58
02.04.05.012-0	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	R\$ 50,96
02.04.05.013-8	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	R\$ 30,58
02.04.05.014-6	RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO	R\$ 79,92

02.04.05.015-4	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO)	R\$ 85,84
02.04.05.016-2	RADIOGRAFIA P/ ESTUDO DO DELGADO C/ DUPLO CONTRASTE	R\$ 97,46
02.04.05.017-0	URETROCISTOGRAFIA MICCIONAL	R\$ 116,46
02.04.05.018-9	UROGRAFIA EXCRETORA	R\$ 103,44
02.04.06.001-0	ARTROGRAFIA	R\$ 80,48
02.04.06.003-6	ESCANOMETRIA	R\$ 27,52
02.04.06.006-0	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL /QUADRIL (ESQUERDA)	R\$ 32,47
02.04.06.006-0	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL /QUADRIL (DIREITA)	R\$ 32,47
02.04.06.006-0	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL /QUADRIL ESQUERDA (ALAR E OBTURATRIZ)	R\$ 32,47
02.04.06.006-0	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL /QUADRIL DIREITO (ALAR E OBTURATRIZ)	R\$ 32,47

02.04.06.006-0	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL /QUADRIL ESQUERDA (PERFIL DE LEQUESNE)	R\$ 32,47
02.04.06.006-0	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL /QUADRIL DIREITO (PERFIL DE LEQUESNE)	R\$ 32,47
02.04.06.006-0	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL /QUADRIL ESQUERDA (DUCROQUET)	R\$ 32,47
02.04.06.006-0	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL /QUADRIL DIREITO (DUCROQUET)	R\$ 32,47
02.04.06.009-5	RADIOGRAFIA DE PELVE/BACIA (AP LAWENSTEIN / RÃ)	R\$ 30,58
02.04.06.009-5	RADIOGRAFIA DE PELVE/BACIA (AP INLET E OUTLET)	R\$ 30,58
02.04.06.009-5	RADIOGRAFIA DE PELVE/BACIA (AP)	R\$ 30,58
02.04.06.007-9	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA	R\$ 31,78
02.04.06.008-7	RADIOGRAFIA DO TORNOZELO - ESQUERDO (AP PERFIL)	R\$ 28,85
02.04.06.008-7	RADIOGRAFIA DO TORNOZELO - ESQUERDO (OBLIQUAS)	R\$ 28,85

02.04.06.008-7	RADIOGRAFIA DO TORNOZELO - DIREITO (AP PERFIL)	R\$ 28,85
02.04.06.008-7	RADIOGRAFIA DO TORNOZELO - DIREITO (OBLIQUAS)	R\$ 28,85
02.04.06.008-7	RADIOGRAFIA DO TORNOZELO - DIREITO (AP SOB STRESS INVERSÃO E EVERSÃO)	R\$ 28,85
02.04.06.008-7	RADIOGRAFIA DO TORNOZELO - ESQUERDO (AP SOB STRESS INVERSÃO E EVERSÃO)	R\$ 28,85
02.04.06.008-7	RADIOGRAFIA DO TORNOZELO BILATERAL COM CARGA (COMPARATIVO)	R\$ 28,85
02.04.06.008-7	RADIOGRAFIA DO TORNOZELO - DIREITO (AXIAL POSTERIOR LONGO - INCIDÊNCIA DE SALTZMAN)	R\$ 28,85
02.04.06.008-7	RADIOGRAFIA DO TORNOZELO - ESQUERDO (AXIAL POSTERIOR LONGO - INCIDÊNCIA DE SALTZMAN)	R\$ 28,85
02.04.06.010-9	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO - DIREITO (PERFIL AXIAL)	R\$ 24,31
02.04.06.010-9	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO - ESQUERDO (PERFIL AXIAL)	R\$ 24,31
02.04.06.010-9	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO - ESQUERDO (OBLÍQUA)	R\$ 24,31

02.04.06.010-9	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO - DIREITO (OBLÍQUA)	R\$ 24,31
02.04.06.011-7	RADIOGRAFIA DE FEMUR/COXA - ESQUERDO (AP PERFIL)	R\$ 30,25
02.04.06.011-7	RADIOGRAFIA DE FEMUR/COXA - DIREITO (AP PERFIL)	R\$ 30,25
02.04.06.012-5	RADIOGRAFIA DE JOELHOS - BILATERAL (AP COM CARGA)	R\$ 30,32
02.04.06.012-5	RADIOGRAFIA DE JOELHOS - (AP COM CARGA MONOPODÁLICO)	R\$ 30,32
02.04.06.012-5	RADIOGRAFIA DE JOELHO - ESQUERDO (AP PERFIL)	R\$ 30,32
02.04.06.012-5	RADIOGRAFIA DE JOELHO - DIREITO (AP PERFIL)	R\$ 30,32
02.04.06.012-5	RADIOGRAFIA DE JOELHO - ESQUERDO (OBLIQUAS)	R\$ 30,32
02.04.06.012-5	RADIOGRAFIA DE JOELHO - DIREITO (OBLIQUAS)	R\$ 30,32
02.04.06.012-5	RADIOGRAFIA DE JOELHO - ESQUERDO (TÚNEL)	R\$ 30,32

02.04.06.012-5	RADIOGRAFIA DE JOELHO - DIREITO (TÚNEL)	R\$ 30,32
02.04.06.013-3	RADIOGRAFIA DE PATELA DIREITO (AP PERFIL AXIAL)	R\$ 31,50
02.04.06.013-3	RADIOGRAFIA DE PATELA ESQUERDO (AP PERFIL AXIAL)	R\$ 31,50
02.04.06.015-0	RADIOGRAFIA DE PE - DIREITO (AP PERFIL)	R\$ 30,32
02.04.06.015-0	RADIOGRAFIA DE PE - DIREITO (OBLIQUA)	R\$ 30,32
02.04.06.015-0	RADIOGRAFIA DE PE - ESQUERDO (OBLIQUA)	R\$ 30,32
02.04.06.015-0	RADIOGRAFIA DE PE - ESQUERDO (AP PERFIL)	R\$ 30,32
02.04.06.015-0	RADIOGRAFIA DE PE - ESQUERDO COM CARGA (AP PERFIL)	R\$ 30,32
02.04.06.015-0	RADIOGRAFIA DE PE - DIREITO COM CARGA (AP PERFIL)	R\$ 30,32
02.04.06.015-0	RADIOGRAFIA DE PE - DIREITO (AXIAL DE SESAMÓIDE)	R\$ 30,32

02.04.06.015-0	RADIOGRAFIA DE PE - ESQUERDO (AXIAL DE SESAMÓIDE)	R\$ 30,32
02.04.06.015-0	RADIOGRAFIA DE DEDOS DO PÉ - ESQUERDA (PA PERFIL)	R\$ 30,32
02.04.06.015-0	RADIOGRAFIA DE DEDOS DO PÉ - ESQUERDA (OBLIQUAS)	R\$ 30,32
02.04.06.015-0	RADIOGRAFIA DE DEDOS DO PÉ - DIREITA (PA PERFIL)	R\$ 30,32
02.04.06.015-0	RADIOGRAFIA DE DEDOS DO PÉ - DIREITA (OBLIQUAS)	R\$ 30,32
02.04.06.016-8	RADIOGRAFIA DE PERNA - ESQUERDA (AP PERFIL)	R\$ 32,79
02.04.06.016-8	RADIOGRAFIA DE PERNA - DIREITA (OBLIQUAS)	R\$ 32,79
02.04.06.016-8	RADIOGRAFIA DE PERNA - ESQUERDA (OBLIQUAS)	R\$ 32,79
02.04.06.016-8	RADIOGRAFIA DE PERNA - DIREITA (AP PERFIL)	R\$ 32,79
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA BIPERFIL	R\$ 139,09

02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA UNIPERFIL – ESQUERDA	R\$ 139,09
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA UNIPERFIL – DIREITA	R\$ 139,09
02.04.03.004-8	MARCACAO PRE-CIRURGICA DE LESAO NAO PALPAVEL DE MAMA ASSOCIADA A MAMOGRAFIA	R\$ 181,94
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA BIPERFIL PARA RASTREAMENTO	R\$ 139,09
02.04.03.002-1	DUCTOGRAFIA (POR MAMA)	R\$ 122,62
02.04.01.001-2	DACRIOCISTOGRAFIA	R\$ 71,38
TOMOGRAFIA/ ANGIOTOMOGRAFIA		
	ANGIOTOMOGRAFIA arterial DO ABDOME SUPERIOR	R\$ 442,13
	ANGIOTOMOGRAFIA venosa DO ABDOME SUPERIOR	R\$ 442,13
	ANGIOTOMOGRAFIA DA AORTA ABDOMINAL E DOS SEUS RAMOS	R\$ 442,13
	ANGIOTOMOGRAFIA DA AORTA TORÁCICA	R\$ 442,13
	ANGIOTOMOGRAFIA DAS ARTERIAS CAROTIDAS E VERTEBRAIS	R\$ 355,45

	ANGIOTOMOGRAFIA DAS ARTÉRIAS CORONARIAS	R\$ 592,57
	ANGIOTOMOGRAFIA DAS ARTÉRIAS RENAIIS	R\$ 861,08
	ANGIOTOMOGRAFIA arterial DO CRANIO	R\$ 442,13
	ANGIOTOMOGRAFIA venosa DO CRANIO	R\$ 366,86
	ANGIOTOMOGRAFIA arterial DOS MEMBROS INFERIORES	R\$ 442,13
	ANGIOTOMOGRAFIA venosa DOS MEMBROS INFERIORES	R\$ 442,13
	ANGIOTOMOGRAFIA arteiral DOS MEMBROS SUPERIORES	R\$ 442,13
	ANGIOTOMOGRAFIA venosa DOS MEMBROS SUPERIORES	R\$ 442,13
	ANGIOTOMOGRAFIA arterial DA PELVE	R\$ 442,13
	ANGIOTOMOGRAFIA venosa DA PELVE	R\$ 442,13
	ANGIOTOMOGRAFIA arterial DO PESCOCO	R\$ 355,45
	ANGIOTOMOGRAFIA venosa DO PESCOCO	R\$ 271,06
	ANGIOTOMOGRAFIA arterial PULMONAR	R\$ 324,31
	ANGIOTOMOGRAFIA venosa PULMONAR	R\$ 442,13

	ANGIOTOMOGRAFIA DO SISTEMA PORTA (VASOS HEPÁTICOS)	R\$ 442,13
	ANGIOTOMOGRAFIA arterial DO TORAX	R\$ 420,42
	ANGIOTOMOGRAFIA venosa DO TORAX	R\$ 442,13
02.06.01.005-2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CAVUM	R\$ 260,09
02.06.01.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL	R\$ 251,29
02.06.01.002-8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 251,29
02.06.01.003-6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA	R\$ 251,29
02.06.01.002-8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA SACROCOCCIGEA	R\$ 251,29
02.06.01.005-2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO	R\$ 309,25
02.06.01.005-2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA FARINGE	R\$ 309,25
02.06.01.005-2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA LARINGE	R\$ 309,25

02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DAS FOSSAS NASAIS	R\$ 260,09
02.06.01.006-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA	R\$ 251,29
02.06.01.007-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	R\$ 251,29
02.06.01.009-5	TOMOGRAFIA POR EMISSÃO DE PÓSITRONS (PET-CT)	R\$ 2.107,22*
02.06.02.001-5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO	R\$ 309,25
02.06.02.002-3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO BRACO	R\$ 309,25
02.06.02.001-5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO COTOVELO	R\$ 309,25
02.06.02.002-3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ANTEBRACO	R\$ 309,25
02.06.02.001-5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PUNHO	R\$ 309,25
02.06.02.002-3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA MAO	R\$ 309,25

02.06.02.001-5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO QUIRODACTILO/DEDO DA MAO	R\$ 309,25
02.06.02.003-1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	R\$ 309,25
02.06.02.003-1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA PAREDE TORACICA	R\$ 309,25
02.06.02.001-5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DAS ARTICULACOES ESTERNOCLAVICULARES	R\$ 309,25
02.06.02.003-1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARCOS COSTAIS/COSTELAS	R\$ 309,25
02.06.02.004-0	TOMOGRAFIA DE HEMITORAX, PULMÃO OU DO MEDIASTINO	R\$ 309,25
02.06.03.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME SUPERIOR	R\$ 309,25
02.06.03.003-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE	R\$ 309,25
02.06.03.003-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA REGIAO GLUTEA	R\$ 309,25
02.06.03.003-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA REGIAO PUBIANA/SINFISE PUBICA	R\$ 309,25

02.06.03.003-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA BACIA	R\$ 309,25
02.06.03.003-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOME INFERIOR	R\$ 371,02
02.06.03.003-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DAS ARTICULACOES SACROILIACAS	R\$ 251,29
02.06.03.002-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO QUADRIL/ARTICULACAO COXOFEMORAL	R\$ 309,25
02.06.02.002-3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COXA	R\$ 309,25
02.06.03.002-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO	R\$ 309,25
02.06.02.002-3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA PERNA	R\$ 309,25
02.06.03.002-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORNOZELO/RETROPE/CALCANEIO	R\$ 309,25
02.06.02.002-3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PE	R\$ 309,25
02.06.03.002-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PODODACTILO/DEDO DO PE	R\$ 309,25

02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEIOS DA FACE	R\$ 260,09
02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA FACE	R\$ 260,09
02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DAS ÓRBITAS	R\$ 251,29
02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DAS ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULARES	R\$ 260,09
02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA MANDIBULA	R\$ 260,09
02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA MASTOIDE/OUVIDO	R\$ 309,25
02.06.01.008-7	TOMOMIELOGRAFIA COMPUTADORIZADA	R\$ 33,84
02.06.01.004-4	DACRIOTOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	R\$ 260,09
02.06.01.004-4	SIALOTOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	R\$ 309,25
02.06.02.003-1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DAS ARTERIAS CORONARIAS	R\$ 592,57

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA		
	ANGIO RESSONANCIA MAGNETICA venosa DO ABDOME SUPERIOR	R\$ 463,59
	ANGIO RESSONANCIA MAGNETICA arterial DO ABDOME SUPERIOR	R\$ 463,59
	ANGIO RESSONANCIA MAGNETICA DA AORTA ABDOMINAL	R\$ 520,07
	ANGIO RESSONANCIA MAGNETICA DA AORTA TORACICA	R\$ 520,07
	ANGIO RESSONANCIA MAGNETICA arterial DE CRANIO	R\$ 556,63
	ANGIO RESSONANCIA MAGNETICA venosa DE CRANIO	R\$ 556,63
	ANGIO RESSONANCIA MAGNETICA arterial DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 556,63
	ANGIO RESSONANCIA MAGNETICA venosa DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 556,63
	ANGIO RESSONANCIA MAGNETICA arterial DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 556,63
	ANGIO RESSONANCIA MAGNETICA venosa DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 556,63
	ANGIO RESSONANCIA MAGNETICA arterial DA PELVE	R\$ 556,63
	ANGIO RESSONANCIA MAGNETICA venosa DA PELVE	R\$ 556,63
	ANGIO RESSONANCIA MAGNETICA arterial DE PESCOCO	R\$ 556,63

	ANGIO RESSONANCIA MAGNETICA venosa DE PESCOCO	R\$ 556,63
	ANGIO RESSONANCIA MAGNETICA arterial PULMONAR	R\$ 556,63
	ANGIO RESSONANCIA MAGNETICA venosa PULMONAR	R\$ 556,63
	ANGIO RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	R\$ 822,48
	ARTRO RESSONANCIA MAGNETICA	R\$ 520,07
02.07.03.004-9	COLANGIORESSONANCIA MAGNETICA	R\$ 463,59
02.07.03.004-9	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES	R\$ 463,59
02.07.03.001-4	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOME SUPERIOR	R\$ 463,59
02.07.02.002-7	RESSONANCIA MAGNETICA DE ANTEBRACO	R\$ 463,59
02.07.01.002-1	RESSONANCIA MAGNETICA DA ARTICULACAO TEMPOROMANDIBULAR BILATERAL	R\$ 463,59
02.07.02.002-7	RESSONANCIA MAGNETICA DE AXILA	R\$ 463,59

02.07.03.002-2	RESSONANCIA MAGNETICA DA BACIA	R\$ 463,59
02.07.03.002-2	RESSONANCIA MAGNETICA PELVE/ABDOMEN INFERIOR	R\$ 463,59
02.07.01.006-4	RESSONANCIA MAGNETICA DA BASE DO CRANIO	R\$ 463,59
02.07.03.002-2	RESSONANCIA MAGNETICA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 463,59
02.07.02.002-7	RESSONANCIA MAGNETICA DE BRACO	R\$ 463,59
02.07.03.003-0	RESSONANCIA MAGNETICA DO CALCANEIO	R\$ 463,59
02.07.03.002-2	RESSONANCIA MAGNETICA DO CANAL RETAL	R\$ 463,59
02.07.02.002-7	RESSONANCIA MAGNETICA DA CLAVICULA	R\$ 463,59
02.07.01.003-0	RESSONANCIA MAGNETICA DO PESCOCO	R\$ 556,63
02.07.01.003-0	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL	R\$ 556,63

02.07.01.005-6	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	R\$ 463,59
02.07.01.005-6	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA DORSAL	R\$ 463,59
02.07.01.004-8	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBOSSACRA	R\$ 463,59
02.07.02.001-9	RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO/AORTA C/ CINE	R\$ 463,59
02.07.02.001-9	RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO	R\$ 463,59
02.07.02.001-9	RESSONANCIA MAGNETICA DA AORTA TORACICA	R\$ 463,59
02.07.02.001-9	RESSONANCIA MAGNETICA DA AORTA ABDOMINAL	R\$ 463,59
02.07.02.003-5	RESSONANCIA MAGNETICA DE COSTELAS	R\$ 463,59
02.07.02.002-7	RESSONANCIA MAGNETICA DE COTOVELO	R\$ 463,59
02.07.03.003-0	RESSONANCIA MAGNETICA DE COXA	R\$ 463,59

02.07.03.003-0	RESSONANCIA MAGNETICA DA ARTICULACAO COXOFEMURAL	R\$ 463,59
02.07.03.003-0	RESSONANCIA MAGNETICA DO QUADRIL	R\$ 455,77
02.07.01.006-4	RESSONANCIA MAGNETICA CRANIO	R\$ 463,59
02.07.02.002-7	RESSONANCIA MAGNETICA DE DEDO DA MAO/QUIRODACTILO	R\$ 463,59
02.07.03.003-0	RESSONANCIA MAGNETICA DE DEDO DO PE/PODODACTILO	R\$ 463,59
02.07.01.006-4	RESSONANCIA MAGNETICA DA FACE	R\$ 497,94
02.07.01.003-0	RESSONANCIA MAGNETICA DE FARINGE	R\$ 556,63
02.07.03.001-4 02.07.03.002-2	RESSONANCIA MAGNETICA FETAL (ABDOME SUPERIOR E PELVE)	R\$ 463,59
02.07.01.006-4	RESSONANCIA MAGNETICA DAS FOSSAS NASAIS	R\$ 497,94

02.07.01.007-2	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	R\$ 463,59
02.07.01.007-2	RESSONANCIA MAGNETICA DA HIPOFISE	R\$ 463,59
02.07.03.003-0	RESSONANCIA MAGNETICA DE JOELHO	R\$ 463,59
02.07.01.003-0	RESSONANCIA MAGNETICA DE LARINGE	R\$ 556,63
02.07.02.003-5	RESSONANCIA MAGNETICA MAMARIA UNI/BILATERAL	R\$ 463,59
02.07.01.006-4	RESSONANCIA MAGNETICA DA MANDIBULA	R\$ 497,94
02.07.02.002-7	RESSONANCIA MAGNETICA DA MAO	R\$ 463,59
02.07.01.006-4	RESSONANCIA MAGNETICA DA MASTOIDES	R\$ 787,08
02.07.01.006-4	RESSONANCIA MAGNETICA DA MAXILA	R\$ 497,94
02.07.02.002-7	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R\$ 463,59

02.07.03.003-0	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R\$ 463,59
02.07.02.002-7	RESSONANCIA MAGNETICA DO OMBRO	R\$ 463,59
02.07.01.006-4	RESSONANCIA MAGNETICA DE ORBITAS	R\$ 497,94
02.07.01.006-4	RESSONANCIA MAGNETICA DOS OSSOS TEMPORAIS	R\$ 556,63
02.07.03.003-0	RESSONANCIA MAGNETICA DO PE	R\$ 463,59
02.07.03.002-2	RESSONANCIA MAGNETICA DA PELVE	R\$ 463,59
02.07.03.002-2	RESSONANCIA MAGNETICA PENIANA	R\$ 463,59
02.07.03.003-0	RESSONANCIA MAGNETICA DA PERNA	R\$ 463,59
02.07.01.003-0	RESSONANCIA MAGNETICA DO PESCOCO	R\$ 556,63
02.07.02.002-7	RESSONANCIA MAGNETICA DE PLEXO BRAQUIAL	R\$ 463,59

02.07.03.002-2	RESSONANCIA MAGNETICA DA PROSTATA	R\$ 463,59
02.07.02.002-7	RESSONANCIA MAGNETICA DO PUNHO	R\$ 463,59
02.07.02.003-5	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	R\$ 463,59

*Os valores referem-se ao valor da Tabela SIGTAP.

SIGTAP	ENDOSCOPIA	VALOR REGIONALIZADO
02.09.04.001-7	BRONCOSCOPIA (BRONCOFIBROSCOPIA) C/ OU S/ LAVADO BRÔNQUICO	R\$ 393,03
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	R\$ 335,00
02.09.01.001-0	COLANGIOPANCREATOGRRAFIA ENDOSCÓPICA DIAGNÓSTICA (CPRE)	R\$ 714,33
02.09.01.005-3	RETOSSIGMOIDOSCOPIA	R\$ 160,52
02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	R\$ 497,84
	NASOFIBROLARINGOSCOPIA DIAGNÓSTICA	R\$ 107,45
	VIDEOENDOSCOPIA DA DEGLUTIÇÃO	R\$ 473,37

CÓDIGO SIGTAP	EXAME	VALOR REGIONALIZADO
---------------	-------	---------------------

02.11.02.003-6	ELETROCARDIOGRAMA DE 12 DERIVAÇÕES	R\$ 31,37
02.11.02.004-4	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	R\$ 82,64
02.11.05.002-4	ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGILIA C/ OU S/ FOTO-ESTIMULO	R\$ 370,17
02.11.05.004-0	ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGILIA E SONO ESPONTANEO C/ OU S/ FOTOESTIMULO (EEG)	R\$ 147,38
02.11.05.003-2	ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG)	R\$ 147,38
02.11.05.005-9 -	ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO C/ MAPEAMENTO (EEG)	R\$ 289,96
05.01.06.004-9	ELETROENCEFALOGRAMA P/ DIAGNOSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA	R\$ 378,84
02.11.05.015-6	VIDEO-ELETROENCEFALOGRAMA C/ REGISTRO PROLONGADO (NO MÍNIMO 2 HORAS DE REGISTRO)	R\$ 563,77
02.11.05.008-3	ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG)	R\$ 348,93
02.11.05.008-3	ELETRONEUROMIOGRAFIA FACIAL	R\$ 221,82
02.11.05.008-3	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS	R\$ 283,75
02.11.05.008-3	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMII	R\$ 283,75
02.11.05.008-3	ELETRONEUROMIOGRAFIA GENITOPERINEAL	R\$ 362,35

SADT - EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS POR ESPECIALISTAS

CÓDIGO SIGTAP	EXAME	VALOR REGIONALIZADO
02.11.06.010-0	FUNDOSCOPIA	R\$ 15,55
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA	R\$ 46,97
02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	R\$ 43,66
02.11.07.042-4	EMISSÕES OTOACÚSTICAS EVOCADAS PARA TRIAGEM AUDITIVA (TESTE DA ORELHINHA)	R\$ 79,53
02.11.07.004-1	PESQUISA DE POTENCIAIS AUDITIVOS	R\$ 86,88
02.11.07.003-3	AUDIOMETRIA	R\$ 34,73

ITEM V - Procedimentos médicos cirúrgicos (urgência/emergência)*

***Os valores referem-se apenas aos honorários médicos cirúrgicos relacionados ao procedimento**

SIGTAP	PROCEDIMENTOS DE INTERCORRÊNCIAS E COMPLICAÇÕES	VALOR REGIONALIZADO
0407030018	ANASTOMOSE BILEO-DIGESTIVA	R\$ 1.257,33
0407020039	APENDICECTOMIA	R\$ 573,27
0211020010	CATETERISMO CARDÍACO	R\$ 535,80
0211020028	CATETERISMO CARDIACO EM PEDIATRIA	R\$ 535,80

0407030026	COLECISTECTOMIA	R\$ 714,60
0407030042	COLECISTOSTOMIA	R\$ 557,31
0407030050	COLEDOCOPLASTIA	R\$ 890,54
0407030069	COLEDOCOTOMIA SEM COLECISTECTOMIA	R\$ 709,64
0407030069	COLEDOCOTOMIA COM COLECISTECTOMIA	R\$ 714,60
0407030085	COLOCACAO DE PROTESE BILIAR	R\$ 590,92
0407030093	DILATAÇÃO PERCUTANEA DE ESTENOSES E ANASTOMOSES BILIARES	R\$ 511,10
0407030107	DRENAGEM BILIAR PERCUTANEA EXTERNA	R\$ 610,60
0407030115	DRENAGEM BILIAR PERCUTANEA INTERNA	R\$ 610,60
0407040013	DRENAGEM DE ABSCESSO PELVICO	R\$ 255,55
0407040030	DRENAGEM DE HEMATOMA / ABSCESSO PRE-PERITONEAL	R\$ 116,15**
0406020124	EMBOLECTOMIA ARTERIAL	R\$ 833,23
0406040192	EMBOLOGIAÇÃO ARTERIAL DE HEMORRAGIA DIGESTIVA (INCLUI PROCEDIMENTO ENDOSCÓPICO E/OU ESTUDO ANGIOGRÁFICO)	R\$ 511,10

0407030123	ESPLENECTOMIA	R\$ 630,91
0406020167	FASCIOTOMIA P/ DESCOMPRESSÃO	R\$ 243,35
0407030131	HEPATECTOMIA PARCIAL	R\$ 1.074,94
0407030140	HEPATORRAFIA	R\$ 462,66
0407030158	HEPATORRAFIA COMPLEXA C/ LESAO DE ESTRUTURAS VASCULARES BILIARES	R\$ 1.257,33
0407030166	HEPATOTOMIA E DRENAGEM DE ABSCESSO / CISTO	R\$ 462,66
0407040048	HERNIOPLASTIA DIAFRAGMATICA (VIA ABDOMINAL)	R\$ 1.198,00
0407040056	HERNIOPLASTIA DIAFRAGMATICA (VIA TORACICA)	R\$ 1.198,00
0407040064	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA	R\$ 278,64
0407040080	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	R\$ 417,51
0407040102	HERNIOPLASTIA INGUINAL (UNILATERAL)	R\$ 443,15
0407040129	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	R\$ 197,73
0406040265	IMPLANTAÇÃO DE SHUNT INTRA-HEPÁTICO PORTO-SISTÊMICO (TIPS) COM STENT NÃO RECOBERTO	R\$ 723,69
0407040161	LAPAROTOMIA EXPLORADORA	R\$ 424,04

0412020033	MEDIASTINOTOMIA P/ DRENAGEM	R\$ 756,90
0407040196	PARACENTESE ABDOMINAL	R\$ 103,50
0416040195	QUIMIOEMBOLIZAÇÃO DE CARCINOMA HEPÁTICO	R\$ 467,20
0412040115	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA PAREDE TORÁCICA	R\$ 540,65
0412040166	TORACOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL FECHADA	R\$ 404,28**
0412040174	TORACOTOMIA EXPLORADORA	R\$ 610,60
0406020590	TROMBECTOMIA DO SISTEMA VENOSO	R\$ 1.257,33

**Os valores referem-se ao valor de Serviços Profissionais (SP) da Tabela SIGTAP.

ITEM VI - Atendimento Multiprofissional

TIPO DE ATENDIMENTO	VALOR REGIONALIZADO
Sessão de atendimento do fisioterapeuta	R\$ 30,00
Sessão de atendimento do terapeuta ocupacional	R\$ 93,15
Sessão de atendimento do fonoaudiólogo	R\$ 84,87
Sessão de atendimento do psicólogo	R\$ 86,71

Sessão de atendimento do odontólogo	R\$ 73,68
-------------------------------------	-----------

**Item VII- Procedimentos Relacionados à Terapia Renal Substitutiva
PACOTE DE HEMODIÁLISE INTERMITENTE**

CÓDIGO SIGTAP	PROCEDIMENTO	VALOR REGIONALIZADO
03.05.01.013-1	Hemodiálise para pacientes renais agudos / crônicos agudizados sem tratamento dialítico iniciado	R\$ 1.200,00

DETALHAMENTO DO PACOTE

Descrição do Procedimento: Hemodiálise Intermitente Hospitalar - período de até 4 horas (sessão).

Itens inclusos:

Serviços de enfermagem e auxiliares;

Locomoção do material e equipe;

Equipamentos: taxa de utilização, manutenção, esterilização, montagem no local do procedimento e calibragem. Inclui bombas de duplo canal de infusão e sistema de osmose portátil;

Materiais e medicamentos: 01 capilar, 01 linha arterial, 01 linha venosa, 01 par de agulhas de fistula 16 ou 17, 02 isoladores de pressão, 01 frasco de solução ácida, 02 frascos de solução básica, 01 seringa de 3ml; 01 seringa de 5ml; 01 seringa de 10ml; 01 seringa de 20ml; 02 pacotes de gaze estéril; 01 par de tampa para catéter; 01 equipo de soro; 01 frasco (5ml) de heparina sódica; 2 pares de luvas estéreis; 01 máscara cirúrgica; 02 agulha 25 x 0,8; 02 pares de luvas de procedimento; soro fisiológico 0,9% 1000ml; swabs álcool 70%

Honorários médicos diálise;

Sem reuso de capilares e linhas.

Itens Exclusos:

Honorários médicos para acesso para hemodiálise;

Cateter de duplo ou triplo lúmen para hemodiálise; e Parecer /visita médica.

PACOTE DE HEMODIÁLISE INTERMITENTE ESTENDIDA

CÓDIGO SIGTAP	PROCEDIMENTO	VALOR REGIONALIZADO
03.05.01.013-1	Hemodiálise para pacientes renais agudos / crônicos agudizados sem tratamento dialítico iniciado	R\$ 1.350,00

DETALHAMENTO DO PACOTE

Descrição do Procedimento: Hemodiálise Intermitente Hospitalar estendida de 6 a 8 horas (sessão). Indicada para pacientes graves que necessitem de métodos lentos de hemodiálise (HDC).

Itens inclusos:

Serviços de enfermagem e auxiliares;

Locomoção do material e equipe;

Equipamentos: taxa de utilização, manutenção, esterilização, montagem no local do procedimento e calibragem. Inclui bombas de duplo canal de infusão e sistema de osmose portátil;

Materiais: : 01 capilar, 01 linha arterial, 01 linha venosa, 01 par de agulhas de fistula 16 ou 17, 02 isoladores de pressão, 02 frasco de solução ácida, 03 frascos de solução básica, 01 seringa de 3ml; 01 seringa de 5ml; 01 seringa de 10ml; 01 seringa de 20ml; 02 pacotes de gaze estéril; 01 par de tampa para catéter; 01 equipo de soro; 01 frasco (5ml) de heparina sódica; 2 pares de luvas estéreis; 01 máscara cirúrgica; 02 agulha 25 x 0,8; 02 pares de luvas de procedimento; soro fisiológico 0,9% 1000ml; swabs álcool 70%

Honorários médicos diálise;

Sem reuso de capilares e linhas.

Itens Exclusos:

Honorários médicos para acesso para hemodiálise;

Cateter de duplo ou triplo lúmen para hemodiálise; e Parecer /visita médica.

Mediante autorização do médico supervisor da SES/DF, conforme indicação clínica.

PACOTE DE HEMODIÁLISE CONTÍNUA

CÓDIGO SIGTAP	PROCEDIMENTO	VALOR REGIONALIZADO

03.05.01.004-2	Hemodiálise contínua	R\$ 2.711,52
----------------	----------------------	--------------

DETALHAMENTO DO PACOTE

Descrição do Procedimento: Hemodiálise Contínua Hospitalar em Máquina específica. Indicada para pacientes em estado crítico, que necessitem de métodos contínuos e lentos (sessão de até 72h).

Itens inclusos:

Serviços de enfermagem e auxiliares com escala de plantão 24 horas;

Locomoção do material e equipe;

Equipamentos: taxa de utilização, manutenção, esterilização, montagem no local do procedimento e calibragem. Inclui bombas de duplo canal de infusão e sistema de tratamento de água portátil;

Materiais a cada 72h: Kit específico para máquina de hemodiálise contínua*, 01 bolsa de drenagem HP SP 354 e 01 tubo extensor;

Materiais de uso diário: Solução eletrolítica 0,61% 5000 ml: 10 bolsas a cada 24h; citrato de sódio 4% 3000ml: 2 bolsas a cada 24h; 01 seringa de 3ml; 01 seringa de 5ml; 01 seringa de 10ml; 01 seringa de 20ml 01 frasco; 01 frasco (5 ml) de heparina sódica; 2 pares de luvas estéreis; 01 máscara cirúrgica; 02 agulha 25 x 0,8; 02 pares de luvas de procedimento; swabs álcool 70%

Honorários médicos diálise;

Itens Exclusos:

Honorários médicos para acesso para hemodiálise;

Cateter de duplo ou triplo lúmen para hemodiálise; e Parecer /visita médica.

Mediante autorização do médico supervisor da SES/DF, conforme indicação clínica.

*Caso haja necessidade de troca do kit antes de 72 horas de uso, será necessária justificativa por escrito e autorização pelo médico supervisor.

PACOTE DE DIÁLISE PERITONEAL

CÓDIGO SIGTAP	PROCEDIMENTO	VALOR REGIONALIZADO
---------------	--------------	---------------------

03.05.01.003-4	Diálise peritoneal para pacientes renais agudos	R\$ 1.900,00
----------------	---	--------------

DETALHAMENTO DO PACOTE

Descrição do Procedimento: Diálise Peritoneal Intermitente Paciente Agudo ou Crônico Internado

Itens inclusos:

Serviços de enfermagem com especialização em Nefrologia;

Locomoção do material e equipe;

Equipamentos: taxa de utilização, manutenção, esterilização, montagem no local do procedimento.

Materiais: Máscara descartável: 04 DPA/10 CAPD, 02 clamps plásticos bolsa, 01 Equipocassete para homechoice 3 entradas, 01 equipo de drenagem, Prep Kit: 01 DPA/ 05 CAPD; 01 bolsa simples de solução a 1,5% ou 2,5 ou 4,25 de 2500 ml, 02 bolsas simples de solução a 1,5% ou 2,5 ou 4,25 de 6000 ml, 05 bolsas ultrabag de solução a 1,5% ou 2,5 ou 4,25 de 2000 ml, 05 bolsas ultrabag de solução a 1,5% ou 2,5 ou 4,25 de 2500 ml. Álcool 70% 100ml, Wipper: 02 DPA/05 CAPD; Mini caps; 2 pares de luvas estéreis; 01 máscara cirúrgica; 02 pacotes de compressa estéril; 02 pares de luvas de procedimento

Honorários médicos para diálise; e

Aluguel da máquina.

Itens Exclusos:

Instalação e retirada de cateter permanente para diálise peritoneal (kit cateter de Tenckhoff de 2 cuff); e Visita médica

PACOTE PARA IMPLANTE DE CATÉTER PARA HEMODIÁLISE

CÓDIGO SIGTAP	PROCEDIMENTO	VALOR REGIONALIZADO
04.18.01.005-6	Implante de cateter duplo lúmen na IRA	R\$ 350,00

DETALHAMENTO DO PACOTE

Descrição do Procedimento: Instalação de Cateter Duplo Lúmen ou Cateter Triplo Lúmen

Itens incluídos:

Honorários médicos;

Kit cateter duplo lúmen ou Kit cateter triplo lúmen;

Materiais e medicamentos: 01 bandeja de acesso venoso central; 01 máscara; 01 gorro; 01 capote estéril; 01 campo fenestrado; 01 par de luvas cirúrgica estéril; 01 agulha 25x7; 01 agulha 40x12; 01 seringa de 05 ml; 01 seringa de 20 ml; 01 frasco (5ml) de Lidocaína 2% sem vasoconstritor; 50ml solução antiséptica degermante; 50ml de solução antiséptica alcoólica; 02 pacotes de gaze 7.5x7.5cm; 01 fio cirúrgico; 50 cm de fita cirúrgica hipoalergênica branca; 01 frasco 250ml de SF0,9%; 01 frasco (5 ml) de heparina sódica.

PACOTE PARA IMPLANTE DE CATETER PARA DIÁLISE PERITONEAL

CÓDIGO SIGTAP	PROCEDIMENTO	VALOR REGIONALIZADO
04.18.01.007-2	Implante de cateter Tenckhoff	R\$ 350,00

DETALHAMENTO DO PACOTE

Descrição do Procedimento: Instalação de Cateter Tenckhoff reto ou curvo

Itens incluídos:

Honorários médicos;

Kit cateter de Tenckhoff;

Materiais e medicamentos: 01 frasco de heparina sódica 5ml; 01 par de luvas cirúrgica estéril; 01 lâmina bisturi; 01 frasco de Lidocaína 2% sem vasoconstritor; 50ml solução antisséptica degermante; 50 ml de solução anti séptica alcoólica; 02 pacotes de gaze 7.5x7.5cm; 01 seringa de 20ml; 01 seringa de 1ml; 01 máscara; 01 gorro; 01 capote estéril; 01 bandeja pequena cirurgica; 01 fio cirúrgico; 02 campos estéreis grande.

ITEM VIII - Procedimentos Relacionados à Hemoterapia PACOTE BÁSICO DE TRANSFUSÃO DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS

CÓDIGO SIGTAP	PROCEDIMENTO	VALOR REGIONALIZADO
03.06.02.006-8	Unidade de Concentrado de Hemácias	R\$ 676,50

DETALHAMENTO DO PACOTE

Descrição do Procedimento: Transfusão de concentrado de hemácias.

Itens inclusos: Custo Operacional de Concentrado de Hemácias;

Seleção pré-transfusional I (Tipagem e Retipagem ABO, Rh/Pesquisa de anticorpos irregulares - PAI);

Seleção pré-transfusional II (prova de compatibilidade).

Itens Excluídos: Seleção pré-transfusional III (crianças até 4 meses);

Aliquotagem de componente (quando a quantidade é inferior a uma bolsa);

Deleucotização de concentrado de Hemácias (quando filtrada);

Irradiação (por bolsa) - quando irradiada;

Lavagem de componentes celulares (sistema aberto) - quando lavada;

Lavagem de componentes celulares (sistema fechado) - quando lavada;

Fenotipagem por dois sistemas (Rh e Kell) - quando fenotipada;

Fenotipagem por três ou mais sistemas - quando fenotipada.

SERVIÇOS PARA COMPLEMENTAÇÃO AO PACOTE BÁSICO DE TRANSFUÇÃO DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS	VALOR REGIONALIZADO
Seleção pré-transfusional III (crianças até 4 meses)	R\$ 30,00
Aliquotagem de componente (quando a quantidade é inferior a uma bolsa)	R\$ 137,50
Deleucotização de concentrado de Hemácias (quando filtrada)	R\$ 160,0
Irradiação (por bolsa) - quando irradiada	R\$ 76,66

Lavagem de componentes celulares (sistema aberto) - quando lavada	R\$ 10,00
Lavagem de componentes celulares (sistema fechado) - quando lavada	R\$ 110,00
Fenotipagem por dois sistemas (Rh e Kell) - quando fenotipada	R\$ 45,00
Fenotipagem por três ou mais sistemas - quando fenotipada	R\$ 65,00

PACOTE BÁSICO DE TRANSFUÇÃO DE CONCENTRADO PLAQUETAS RANDÔMICO

CÓDIGO SIGTAP	PROCEDIMENTO	VALOR REGIONALIZADO
03.06.02.007-6	Unidade de concentrado de Plaquetas (randômica)	R\$ 502,70

DETALHAMENTO DO PACOTE

Descrição do Procedimento: Transfusão de concentrado de plaquetas randômicas.

Itens inclusos: Custo Operacional de Concentrado de plaquetas randômicas;

Seleção pré-transfusional I (Tipagem ABO, Rh/Pesquisa de anticorpos irregulares - PAI);

Itens Exclusos: Seleção pré-transfusional III (crianças até 4 meses);

Aliquotagem de componente (quando a quantidade é inferior a uma bolsa);

Deleucotização de concentrado de Plaquetas (quando filtrada);

Irradiação (por bolsa) - quando irradiada.

SERVIÇOS PARA COMPLEMENTAÇÃO AO PACOTE BÁSICO DE TRANSFUÇÃO DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS	VALOR REGIONALIZADO
Seleção pré-transfusional III (crianças até 4 meses)	R\$ 30,00

Aliquotagem de componente (quando a quantidade é inferior a uma bolsa)	R\$ 137,50
Deleucotização de concentrado de Plaquetas (quando filtrada)	R\$ 162,50
Irradiação (por bolsa) - quando irradiada	R\$ 76,66

PACOTE BÁSICO DE TRANSFUÇÃO DE CONCENTRADO PLAQUETAS POR AFÉRESE

CÓDIGO SIGTAP	PROCEDIMENTO	VALOR REGIONALIZADO
03.06.02.009-2	Unidade de concentrado de Plaquetas por Aférese	R\$ 1.120,00
<p>DETALHAMENTO DO PACOTE</p> <p>Descrição do Procedimento: Transfusão de concentrado de plaquetas por aférese.</p> <p>Itens inclusos: Custo Operacional de Concentrado de plaquetas por aférese;</p> <p>Seleção pré-transfusional I (Tipagem e Retipagem ABO, Rh/Pesquisa de anticorpos irregulares - PAI);</p> <p>Itens Exclusos: Seleção pré-transfusional III (crianças até 4 meses);</p> <p>Irradiação (por bolsa) - quando irradiada.</p>		

SERVIÇOS PARA COMPLEMENTAÇÃO AO PACOTE BÁSICO DE TRANSFUÇÃO DE CONCENTRADO PLAQUETAS POR AFÉRESE	VALOR REGIONALIZADO
Seleção pré-transfusional III (crianças até 4 meses)	R\$ 30,00
Irradiação (por bolsa) - quando irradiada	R\$ 76,66

PACOTE DE TRANSFUÇÃO DE PLASMA FRESCO CONGELADO

CÓDIGO SIGTAP	PROCEDIMENTO	VALOR REGIONALIZADO
03.06.02.010-6	Unidade de Plasma	R\$ 492,80
<p>DETALHAMENTO DO PACOTE</p> <p>Descrição do Procedimento: Transfusão de Plasma Fresco Congelado.</p> <p>Itens inclusos: Custo Operacional de Plasma Fresco Congelado;</p> <p>Seleção pré-transfusional I (Tipagem ABO, Rh).</p>		

PACOTE DE TRANSFUÇÃO DE CRIOPRECIPITADO

CÓDIGO SIGTAP	PROCEDIMENTO	VALOR REGIONALIZADO
03.06.02.008-4	Unidade de Crioprecipitado	R\$ 502,70
<p>DETALHAMENTO DO PACOTE</p> <p>Descrição do Procedimento: Transfusão de Crioprecipitado.</p> <p>Itens inclusos: Custo Operacional do Crioprecipitado;</p> <p>Seleção pré-transfusional I (Tipagem ABO, Rh).</p>		

PACOTE DE AFÉRESE TERAPÊUTICA

CÓDIGO SIGTAP	PROCEDIMENTO	VALOR REGIONALIZADO
		(DELIBERAÇÃO Nº 17, DE 03 DE MAIO DE 2022 - TABELA DIFERENCIADA SUS/DF)

03.06.02.001-7	Aférese terapêutica	RS 6.000,00
<p>DETALHAMENTO DO PACOTE</p> <p>Descrição do Procedimento: Realização de uma sessão de aférese terapêutica.</p> <p>Itens inclusos: Honorário médico e do operador;</p> <p>Kit completo de descartáveis para uso do equipamento de aférese</p> <p>Plasma Fresco Congelado ou Albumina 20%; Solução Fisiológica 0,9%</p> <p>Itens excluídos:</p> <p>Implante de Cateter duplo lúmen (Previsto no item VII da presente deliberação)</p>		

PACOTE DE SANGRIA TERAPÊUTICA

CÓDIGO SIGTAP	PROCEDIMENTO	VALOR REGIONALIZADO
03.06.02.004-1	Sangria Terapêutica	R\$ 150,00
Inclui: honorários médicos, materiais descartáveis para o procedimento		

PACOTE DE EXSANGUINEOTRANSFUSÃO

CÓDIGO SIGTAP	PROCEDIMENTO	VALOR REGIONALIZADO
03.06.02.013-0	Exsanguineotransfusão	R\$ 2.260,00
<p>DETALHAMENTO DO PACOTE</p> <p>Itens Inclusos: honorários médicos, hemocomponente (sangue total) / procedimentos especiais no hemocomponente (irradiação, lavagem, deleucotização ou filtração), materiais descartáveis.</p>		

Seleção pré-transfusional I (Tipagem ABO, Rh)

Seleção pré-transfusional III (crianças até 4 meses); Aliquotagem de componente (quando não há a utilização da unidade completa do hemocomponente).

ITEM IX - Valores de porte CBHPM

1A	R\$ 12,86	5C	R\$ 291,64	10B	R\$ 966,50
1B	R\$ 25,72	6A	R\$ 317,65	10C	R\$ 1072,75
1C	R\$ 38,58	6B	R\$ 349,30	11A	R\$ 1.134,93
2A	R\$ 51,45	6C	R\$ 382,08	11B	R\$ 1.244,58
2B	R\$ 67,82	7A	R\$ 412,60	11C	R\$ 1.365,54
2C	R\$ 80,26	7B	R\$ 456,68	12A	R\$ 1.415,27
3A	R\$ 109,67	7C	R\$ 540,33	12B	R\$ 1.521,53
3B	R\$ 140,14	8A	R\$ 583,29	12C	R\$ 1.864,04
3C	R\$ 160,52	8B	R\$ 611,55	13A	R\$ 2.051,69
4A	R\$ 191,04	8C	R\$ 648,85	13B	R\$ 2.250,64
4B	R\$ 209,13	9A	R\$ 689,55	13C	R\$ 2.489,16

4C	R\$ 236,26	9B	R\$ 753,99	14A	R\$ 2.774,02
5A	R\$ 254,34	9C	R\$ 830,84	14B	R\$ 3.018,19
5B	R\$ 274,69	10A	R\$ 891,89	14C	R\$ 3.329,05

Quanto a unidade de Custo Operacional, fica estabelecido 1 UCO = R\$ 10,00

(*) Republicado por ter sido encaminhado com incorreção no original, publicado no DODF nº 113, de 17 de junho de 2024, página 07.

[Este texto não substitui o publicado no DODF nº 113, seção 1, 2 e 3 de 17/06/2024 p. 7, col. 2](#)

[Este texto não substitui o publicado no DODF nº 126, seção 1, 2 e 3 de 04/07/2024 p. 11, col. 2](#)