

ANEXO I
TABELA DE VALORES

EXAMES GERAIS			
ITEM	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR
1	AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL (ADULTO E INFANTIL)	50	R\$ 90,00
2	BIOMETRIA ULTRASSONICA (MONOCULAR)	100	R\$ 65,00
3	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO	100	R\$ 35,00
4	BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR ECOGUIADA (SEM ANESTESIA/SEDAÇÃO)	10	R\$ 500,00
5	BIÓPSIA DE LINFONODO ECOGUIADA (SEM ANESTESIA/SEDAÇÃO)	10	R\$ 500,00
6	BIÓPSIA DE PRÓSTATA ECOGUIADA (SEM ANESTESIA/SEDAÇÃO)	20	R\$ 520,00
7	CORE BIÓPSIA DE MAMA ECOGUIADA (SEM ANESTESIA/SEDAÇÃO)	20	R\$ 440,00
8	PAAF (PUNÇÃO ASPIRATIVA POR AGULHA FINA) DE MAMA (SEM ANESTESIA/SEDAÇÃO)	20	R\$ 400,00
9	BIÓPSIA DE TIREÓIDE ECOGUIADA (SEM ANESTESIA/SEDAÇÃO)	20	R\$ 450,00
10	ANESTESIA LOCAL E/OU SEDAÇÃO PARA BIÓPSIAS	100	R\$ 45,00
11	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA COM GRAFICO – POR OLHO	50	R\$ 90,00
12	CERATOMETRIA	100	R\$ 10,00
13	CISTOSCOPIA E/OU URETROSCOPIA	10	R\$ 450,00
14	COLONOSCOPIA COM SEDAÇÃO - AMBULATORIAL	40	R\$ 500,00
15	COLONOSCOPIA VIRTUAL	10	R\$ 630,00
16	CLISTER OPACO (DUPLO CONTRASTE) - ENEMA	5	R\$ 310,00
17	DENSITOMETRIA ÓSSEA (SEGMENTO ADICIONAL)	20	R\$ 60,00
18	DENSITOMETRIA ÓSSEA (02 SEGMENTOS)	50	R\$ 85,00
19	ECOCARDIOGRAFIA BI-DIMENSIONAL COM DOPPLER - ADULTO	50	R\$ 200,00
20	ECOCARDIOGRAFIA BI-DIMENSIONAL COM DOPPLER - PEDIÁTRICA	20	R\$ 260,00
21	ECOCARDIOGRAMA FETAL	20	R\$

			265,00
22	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO	10	R\$ 320,00
23	ELETRCARDIOGRAMA DE ALTA RESOLUÇÃO	10	R\$ 70,00
24	ELETRONCÉFALOGRAMA EM SONO	50	R\$ 100,00
25	ELETRONCÉFALOGRAMA EM VIGÍLIA	50	R\$ 100,00
26	ELETRONCÉFALOGRAMA EM VIGÍLIA + MAPEAMENTO	20	R\$ 240,00
27	ELETRONCÉFALOGRAMA EM SONO E VIGILIA	50	R\$ 200,00
28	ELETRONCÉFALOGRAMA EM SONO E VIGILIA + MAPEAMENTO	20	R\$ 340,00
29	ELETRONEUROMIOGRAFIA (POR MEMBRO)	120	R\$ 150,00
30	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE SEGMENTO COMPLEMENTAR / ESPECIAL	10	R\$ 150,00
31	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM SEDAÇÃO	80	R\$ 300,00
32	ENDOSCOPIA VIRTUAL	10	R\$ 630,00
33	EPILAÇÃO DE CÍLIOS (POR OLHO)	20	R\$ 55,00
34	ESPIROMETRIA	30	R\$ 100,00
35	EXERESE DE CALAZIO E PEQUENAS LESÕES PALPEBRA E SUPERCILIO	5	R\$ 350,00
36	FUNDOSCOPIA (BINOCULAR)	100	R\$ 12,00
37	GONIOSCOPIA (BINOCULAR)	100	R\$ 25,00
38	HOLTER 24H	120	R\$ 130,00
39	HISTEROSALPINGOGRAFIA	3	R\$ 500,00
40	IMITANCIOMETRIA/IMPEDANCIOMETRIA	50	R\$ 60,00
41	LARINGOSCOPIA	20	R\$ 125,00
42	MAMOGRAFIA BILATERAL	200	R\$ 82,00
43	MAPEAMENTO CEREBRAL	20	R\$ 160,00
44	MAPEAMENTO DE RETINA – POR OLHO	50	R\$ 60,00
45	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA – POR OLHO	50	R\$ 70,00
46	MONITORAMENTO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL - MAPA	100	R\$ 130,00
47	NASOFIBROLARINGOSCOPIA	20	R\$

			250,00
48	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA – POR OLHO	50	R\$ 50,00
49	PARATECENTESE DE CAMARA ANTERIOR	5	R\$ 190,00
50	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL- POR OLHO	50	R\$ 12,50
51	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO	20	R\$ 140,00
52	RETINOGRAFIA COLORIDA – POR OLHO	50	R\$ 100,00
53	RETINOGRAFIA FLUORECESCENTE - POR OLHO	50	R\$ 160,00
54	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CORNEA (COM CURATIVO) – POR OLHO	10	R\$ 100,00
55	TESTE DE PROVOCAÇÃO DE GLAUCOMA	50	R\$ 25,00
56	TESTE DE REFLEXO VERMELHO A.O. (TESTE DO OLHINHO)	30	R\$ 100,00
57	TESTE ERGOMÉTRICO	60	R\$ 190,00
58	TESTE ORTOPTICO	20	R\$ 25,00
59	TONOMETRIA APLANAÇÃO (BINOCULAR)	100	R\$ 10,00
60	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÓRNEA	50	R\$ 50,00
61	TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO	30	R\$ 450,00
62	ULTRASSONOGRAMA DE GLOBO OCULAR/ORBITA(MONOCULAR)	20	R\$ 150,00
63	UROGRAFIA VENOSA COM BEXIGA PRÉ E PÓS MICCIONAL	20	R\$ 190,00
ECOGRAFIAS			
64	ABDOMEN SUPERIOR	50	R\$ 70,00
65	PÉLVICA (ABDOMEN INFERIOR MASCULINO OU FEMININO)	50	R\$ 70,00
66	ABDOMEN TOTAL	200	R\$ 100,00
67	ANTEBRAÇO (DIREITO OU ESQUERDO)	50	R\$ 70,00
68	APARELHO URINÁRIO (MASCULINO OU FEMININO)	100	R\$ 70,00
69	ARCOS COSTAIS (DIREITO OU ESQUERDO)	50	R\$ 70,00
70	ARTICULAÇÕES	200	R\$ 70,00
71	BOLSA ESCROTAL	50	R\$ 70,00
72	BRAÇO (DIREITO OU ESQUERDO)	50	R\$ 70,00

73	CALCÂNEO (DIREITO OU ESQUERDO)	50	R\$ 70,00
74	CLAVICULA (DIREITO OU ESQUERDO)	50	R\$ 70,00
75	COTOVELO(DIREITO OU ESQUERDO)	50	R\$ 70,00
76	COXA (DIREITO OU ESQUERDO)	50	R\$ 70,00
77	CRANIANA/TRANSFONTANELAR/CERVICAL	50	R\$ 70,00
78	DOPPLER ARTÉRIAS VISCERAIS MESENTÉRICAS SUPERIOR/INFERIOR E TRONCO CELÍACO	20	R\$ 145,00
79	FOSSA POPLÍTEA (DIREITA OU ESQUERDA)	20	R\$ 70,00
80	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL <u>OU</u> VENOSO DE MEMBROS (POR MEMBRO)	200	R\$ 145,00
81	DOPPLER COLORIDO ARTERIAS VERTEBRAIS	20	R\$ 145,00
82	DOPPLER COLORIDO TRANSVAGINAL	50	R\$ 145,00
83	DOPPLER COLORIDO DE ARTÉRIAS RENAIIS	20	R\$ 145,00
84	DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ILÍACAS	50	R\$ 145,00
85	DOPPLER COLORIDO DE ARTÉRIAS PENIANAS (SEM FÁRMACO)	20	R\$ 145,00
86	DOPPLER COLORIDO DE ARTÉRIAS VISCERAIS (MESENTÉRICAS)	20	R\$ 145,00
87	DOPPLER COLORIDO DE BOLSA ESCROTAL	20	R\$ 145,00
88	DOPPLER COLORIDO DE HEMANGIOMA	20	R\$ 145,00
89	DOPPLER COLORIDO DE MÃO (DIREITO OU ESQUERDO)	20	R\$ 145,00
90	DOPPLER COLORIDO DE ÓRGÃO E ESTRUTURA ISOLADA	50	R\$ 145,00
91	DOPPLER COLORIDO DE TIREOIDE	50	R\$ 145,00
92	DOPPLER COLORIDO DE VEIA CAVA SUP. E INF.	20	R\$ 145,00
93	DOPPLER COLORIDO DE VIAS URINARIAS	50	R\$ 145,00
94	DOPPLER COLORIDO OBSTÉTRICO	100	R\$ 145,00
95	DOPPLER COLORIDO TRANSCRANIANO OU TRANSFONTANELA	50	R\$ 145,00
96	DOPPLER COLORIDO DE AORTA ABDOMINAL	50	R\$ 145,00
97	DOPPLER COLORIDO ABDOMEN SUPERIOR PARA PESQUISA DE REFLUXO GASTRO- ESOFÁGICO	20	R\$ 145,00

98	DOPPLER COLORIDO VASOS CERVICAIS ARTERIAIS BILATERAL CARÓTIDAS E VERTEBRAIS	50	R\$ 145,00
99	DOPPLER COLORIDO VASOS CERVICAIS VENOSOS BILATERAL SUBCLÁVIAS E JUGULARES	50	R\$ 145,00
100	DOPPLER PELVICA GINECOLÓGICA	50	R\$ 145,00
101	DOPPLER ESTRUTURAS SUPERFICIAIS	20	R\$ 145,00
102	ESTERNO - CLAVICULAR (DIREITO OU ESQUERDO)	20	R\$ 70,00
103	ESTRUTURAS SUPERFICIAIS	20	R\$ 70,00
104	GLÂNDULAS SALIVARES (TODAS)	50	R\$ 70,00
105	HALLUX (DIREITO OU ESQUERDO)	20	R\$ 70,00
106	ILEO PSOAS (DIREITO OU ESQUERDO)	20	R\$ 70,00
107	JOELHO (DIREITO OU ESQUERDO)	100	R\$ 70,00
108	MAMARIA BILATERAL	100	R\$ 70,00
109	MÃO (DIREITO OU ESQUERDO)	50	R\$ 70,00
110	OBSTÉTRICA	100	R\$ 70,00
111	OBSTÉTRICA 1º TRIMESTRE CCN (ENDOVAGINAL)	100	R\$ 70,00
112	OBSTÉTRICA C/ TRANSLUCÊNCIA NUCAL	100	R\$ 110,00
113	OBSTÉTRICA C/ TRANSLUCÊNCIA NUCAL GEMELAR	20	R\$ 160,00
114	OBSTÉTRICA GESTAÇÃO MÚLTIPLA (POR FETO)	20	R\$ 180,00
115	OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA (POR FETO)	100	R\$ 200,00
116	OBSTÉTRICO PERFIL BIOFÍSICO FETAL	100	R\$ 145,00
117	OBSTÉTRICA + ILA	20	R\$ 230,00
118	OBSTÉTRICA COM RASTREAMENTO CROMOSSÔMICO MÚLTIPLO	20	R\$ 280,00
119	OBSTÉTRICA C/ RASTREAMENTO CROMOSSÔMICO MÚLTIPLO GEMELAR	20	R\$ 460,00
120	OBSTÉTRICA 3D/4D	20	R\$ 330,00
121	OMBRO (DIREITO OU ESQUERDO)	50	R\$ 70,00
122	PANTURILHA (DIREITO OU ESQUERDO)	50	R\$ 70,00

123	PAREDE ABDOMINAL	50	R\$ 70,00
124	PAREDE TORÁCICA (DIREITO OU ESQUERDO)	20	R\$ 70,00
125	PARÓTIDAS	20	R\$ 70,00
126	PÉ (DIREITO OU ESQUERDO)	50	R\$ 70,00
127	PERNA (DIREITO OU ESQUERDO)	50	R\$ 70,00
128	POLEGAR (DIREITO OU ESQUERDO)	20	R\$ 70,00
129	PRÓSTATA ABDOMINAL	100	R\$ 70,00
130	PRÓSTATA TRANSRETAL	50	R\$ 145,00
131	PUNHO (DIREITO OU ESQUERDO)	100	R\$ 70,00
132	QUADRIL (DIREITO OU ESQUERDO)	50	R\$ 70,00
133	REGIÃO AURICULAR - (DIREITO OU ESQUERDO)	20	R\$ 70,00
134	REGIÃO AXILAR - (DIREITO OU ESQUERDO)	50	R\$ 70,00
135	REGIÃO CERVICAL	50	R\$ 70,00
136	REGIÃO CLAVICULAR (DIREITO OU ESQUERDO)	20	R\$ 70,00
137	REGIÃO DORSAL - (DIREITO OU ESQUERDO)	20	R\$ 70,00
138	REGIÃO ESCAPULAR (DIREITO OU ESQUERDO)	20	R\$ 70,00
139	REGIÃO ESTERNAL	20	R\$ 70,00
140	REGIÃO FACIAL (DIREITO OU ESQUERDO)	20	R\$ 70,00
141	REGIAO FLANCO (DIREITO OU ESQUERDO)	50	R\$ 70,00
142	REGIÃO GLÚTEA (DIREITO OU ESQUERDO)	20	R\$ 70,00
143	REGIÃO INGUINAL (DIREITO OU ESQUERDO)	50	R\$ 70,00
144	REGIÃO LOMBAR	20	R\$ 70,00
145	REGIÃO PARIETAL (DIREITO OU ESQUERDO)	50	R\$ 70,00
146	REGIÃO PEITORAL (DIREITO OU ESQUERDO)	20	R\$ 70,00
147	REGIÃO PENIANA	20	R\$ 70,00
148	REGIAO PLANTAR (DIREITO OU ESQUERDO)	20	R\$ 70,00

149	REGIÃO SACRO COCCIGEA	20	R\$ 70,00
150	REGIÃO SUBMANDIBULAR (DIREITO OU ESQUERDO)	50	R\$ 70,00
151	REGIÃO SUPRA-PÚBICA	50	R\$ 70,00
152	RETROPERITÔNIO (GRANDES VASOS OU ADRENAIS)	20	R\$ 110,00
153	TENDÃO DE AQUILES (DIREITO OU ESQUERDO)	20	R\$ 70,00
154	TIREÓIDE	50	R\$ 70,00
155	TÓRAX	50	R\$ 70,00
156	TORNOZELO (DIREITO OU ESQUERDO)	50	R\$ 70,00
157	TRANSVAGINAL (ÚTERO, OVÁRIOS, ANEXOS E VAGINA)	100	R\$ 70,00
158	TRANSVAGINAL COM CONTROLE DE OVULAÇÃO	50	R\$ 70,00
159	TRANSVAGINAL (MEDIDA DE COLO UTERINO)	50	R\$ 70,00
RAIO X			
160	ABDOMEN AGUDO	50	R\$ 45,00
161	ABDOMEN SIMPLES	50	R\$ 45,00
162	ADENÓIDES	50	R\$ 45,00
163	ANTEBRAÇO (DIREITO OU ESQUERDO)	50	R\$ 45,00
164	ART. COXO FEM. QUADRIL (DIREITO OU ESQUERDO)	50	R\$ 45,00
165	ART. SACRO ILÍACAS (DIREITO OU ESQUERDO)	50	R\$ 45,00
166	ART. TEM. MANDIB. (ATM) (DIREITO OU ESQUERDO)	50	R\$ 45,00
167	ARCADA ZIGOMÁTICO-MOLAR	50	R\$ 45,00
168	ARTICULAÇÃO ESTERNOCLAVICULAR (DIREITO OU ESQUERDO)	50	R\$ 45,00
169	ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR (DIREITA OU ESQUERDA)	50	R\$ 45,00
170	ARTICULAÇÃO ESCAPULOUMERAL (DIREITA OU ESQUERDA)	50	R\$ 45,00
171	ARTROGRAFIA	50	R\$ 140,00
172	AXIAL DE PATELA	50	R\$ 45,00
173	BACIA	50	R\$ 45,00
174	BACIA 2 POSIÇÕES	50	R\$

			45,00
175	BRAÇO (DIREITO OU ESQUERDO)	50	R\$ 45,00
176	CALCÂNEO (DIREITO OU ESQUERDO)	50	R\$ 45,00
177	CAVUM	50	R\$ 45,00
178	CLAVICULA (DIREITO OU ESQUERDO)	50	R\$ 45,00
179	COLUNA CERVICAL (3 INCIDÊNCIAS)	50	R\$ 45,00
180	COLUNA CERVICAL + OBLIQ. (5 INCIDÊNCIAS)	50	R\$ 45,00
181	COLUNA DORSAL	50	R\$ 45,00
182	COLUNA LOMBO-SACRA	50	R\$ 45,00
183	COLUNA L-SACRA + FUNCIONAIS	50	R\$ 65,00
184	COLUNA L-SACRA + OBLIQ.	50	R\$ 65,00
185	COLUNA TOTAL (ESCOLIOSE)	50	R\$ 65,00
186	CONDUTOS AUDITIVOS INTERNOS	50	R\$ 65,00
187	CORAÇÃO E VASOS DA BASE	50	R\$ 100,00
188	COSTELAS (DIREITO OU ESQUERDO)	50	R\$ 45,00
189	COTOVELO (DIREITO OU ESQUERDO)	50	R\$ 45,00
190	COXA (FÊMUR) (DIREITO OU ESQUERDO)	50	R\$ 45,00
191	CRÂNIO (até 4 incidências)	50	R\$ 45,00
192	ESCANOMETRIA	50	R\$ 100,00
193	ESCAPULA (DIREITO OU ESQUERDO)	50	R\$ 45,00
194	ESCOLIOSE PANORÂMICA	50	R\$ 100,00
195	ESTERNO	50	R\$ 45,00
196	ESÔFAGO	50	R\$ 75,00
197	ESÔFAGO, HIATO, ESTÔMAGO E DUODENO (REED)	50	R\$ 265,00
198	ESTÔMAGO E DUODENO	50	R\$ 100,00
199	FACE	50	R\$ 45,00
200	FISTULOGRAFIA	50	R\$

			170,00
201	HIPOFARINGE	50	R\$ 90,00
202	JOELHO (DIREITO OU ESQUERDO)	50	R\$ 45,00
203	LARINGE	50	R\$ 45,00
204	MANDIBULA	50	R\$ 45,00
205	MEDIASTINO	50	R\$ 45,00
206	MÃO OU QUIRODACTILOS (DIREITO OU ESQUERDO)	50	R\$ 45,00
207	MASTOIDES	50	R\$ 80,00
208	OMBRO (DIREITO OU ESQUERDO)	50	R\$ 45,00
209	ORBITAS BILATERAL	50	R\$ 75,00
210	OSSOS DA FACE	50	R\$ 45,00
211	PANORÂMICA MSIS	50	R\$ 80,00
212	PÉ (DIREITO OU ESQUERDO)	50	R\$ 45,00
213	PERNA (DIREITO OU ESQUERDO)	50	R\$ 45,00
214	PÊNIS	50	R\$ 110,00
215	PUNHO (DIREITO OU ESQUERDO)	50	R\$ 45,00
216	RINOFARINGE	50	R\$ 45,00
217	ROCHEDOS	50	R\$ 80,00
218	SACRO-COCCÍGEA	50	R\$ 45,00
219	SEIOS DA FACE	50	R\$ 45,00
220	SEIOS DA FACE + CAVUM	50	R\$ 45,00
221	SELA TÚRCICA	50	R\$ 45,00
222	TRÂNSITO E MORFOLOGIA DO INTESTINO DELGADO	50	R\$ 170,00
223	TORAX (2 INCIDÊNCIAS)	50	R\$ 45,00
224	TORAX (3 INCIDÊNCIAS)	50	R\$ 45,00
225	TORAX OIT	50	R\$ 80,00

226	TORNOZELO / TÍBIO TÁRCICA (DIREITO OU ESQUERDO)	50	R\$ 45,00
227	MÃOS E PUNHOS PARA IDADE ÓSSEA	50	R\$ 55,00
228	QUADRIL (DIREITO OU ESQUERDO)	50	R\$ 45,00
229	PATELA (DIREITA OU ESQUERDA)	50	R\$ 45,00
230	PODODÁCTILOS (DIREITO OU ESQUERDO)	50	R\$ 45,00
231	URETROCISTOGRAFIA	50	R\$ 170,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA			
232	ABDOMEN INFERIOR (COM CONTRASTE)	50	R\$ 500,00
233	ABDOMEN INFERIOR (SEM CONTRASTE)	30	R\$ 350,00
234	ABDOMEN SUPERIOR (FÍGADO, PÂNCREAS, BAÇO, RINS, SUPRA RENAI E RETRO-PERITÔNIO (COM CONTRASTE)	30	R\$ 500,00
235	ABDOMEN SUPERIOR (FÍGADO, PÂNCREAS, BAÇO, RINS, SUPRA RENAI E RETRO-PERITÔNIO (SEM CONTRASTE)	50	R\$ 350,00
236	ABDOMEN TOTAL (COM CONTRASTE)	30	R\$ 850,00
237	ABDOMEN TOTAL (SEM CONTRASTE)	50	R\$ 700,00
238	ABDOMEN TOTAL COM PRIMOVIST	5	R\$ 1.900,00
239	ARTICULAR (POR ARTICULAÇÃO)- COM CONTRASTE	20	R\$ 500,00
240	ARTICULAR (POR ARTICULAÇÃO) – SEM CONTRASTE	50	R\$ 350,00
241	ANGIORESSONANCIA ARTERIAL DE CARÓTIDAS E VERTEBRAIS	10	R\$ 700,00
242	ANGIORESSONANCIA ARTERIAL DE VASOS CERVICAIS	10	R\$ 700,00
243	ANGIORESSONANCIA ARTERIAL DE MEMBROS INFERIORES	10	R\$ 700,00
244	ANGIORESSONANCIA ARTERIAL DE ABDOME SUPERIOR SEM CONTRASTE	10	R\$ 700,00
245	ANGIORESSONANCIA ARTERIAL DE PELVE SEM CONTRASTE	10	R\$ 700,00
246	ANGIORESSONANCIA ARTERIAL DE PESCOÇO SEM CONTRASTE	0	R\$ 700,00
247	ANGIORESSONANCIA ARTERIAL PULMONAR (SEM CONTRASTE)	10	R\$ 700,00
248	ANGIORESSONANCIA ARTERIAL PULMONAR (COM CONTRASTE)	10	R\$ 700,00
249	ANGIORESSONANCIA CRÂNIO (SEM CONTRASTE)	10	R\$ 700,00
250	ANGIORESSONANCIA DE AORTA ABDOMINAL	10	R\$

			700,00
251	ANGIORESSONANCIA DE AORTA TORACICA	10	R\$ 700,00
252	ANGIORESSONANCIA DO CRÂNIO (COM CONTRASTE)	10	R\$ 700,00
253	ANGIORESSONANCIA VENOSA DE ABDOME SUPERIOR COM CONTRASTE	10	R\$ 700,00
254	ANGIORESSONANCIA VENOSA DE CRÂNIO (COM CONTRASTE)	10	R\$ 700,00
255	ANGIORESSONANCIA VENOSA DE CARÓTIDAS E VERTEBRAIS	10	R\$ 700,00
256	ANGIORESSONANCIA VENOSA DE VASOS CERVICAIS	10	R\$ 700,00
257	ANGIORESSONANCIA VENOSA DE MEMBROS INFERIORES	10	R\$ 700,00
258	ANGIORESSONANCIA VENOSA DE Pelve COM CONTRASTE	10	R\$ 700,00
259	ANGIORESSONANCIA VENOSA DE PESCOÇO COM CONTRASTE	10	R\$ 700,00
260	ANGIORESSONANCIA VENOSA PULMONAR (COM CONTRASTE)	10	R\$ 700,00
261	ANGIORESSONANCIA VENOSA PULMONAR (SEM CONTRASTE)	10	R\$ 700,00
262	ANTEBRAÇO (DIREITO OU ESQUERDO) - COM CONTRASTE	10	R\$ 500,00
263	ANTEBRAÇO (DIREITO OU ESQUERDO) - SEM CONTRASTE	10	R\$ 350,00
264	ANTE-PÉ (DIREITO OU ESQUERDO) NÃO INCLUI TORNOZELO – COM CONTRASTE	5	R\$ 500,00
265	ANTE-PÉ (DIREITO OU ESQUERDO) NÃO INCLUI TORNOZELO – SEM CONTRASTE	10	R\$ 350,00
266	ARTICULAÇÃO TEMPORO MANDIBULAR BILATERAL (COM CONTRASTE)	10	R\$ 500,00
267	ARTICULAÇÃO TEMPORO MANDIBULAR BILATERAL (SEM CONTRASTE)	10	R\$ 350,00
268	BACIA (COM CONTRASTE)	30	R\$ 500,00
269	BACIA (SEM CONTRASTE)	30	R\$ 350,00
270	BASE DO CRÂNIO – COM CONTRASTE	30	R\$ 500,00
271	BASE DO CRÂNIO – SEM CONTRASTE	10	R\$ 350,00
272	BOLSA ESCROTAL - COM CONTRASTE	10	R\$ 500,00
273	BOLSA ESCROTAL – SEM CONTRASTE	10	R\$ 350,00
274	BRAÇO (DIREITO OU ESQUERDO) - COM CONTRASTE	10	R\$ 500,00
275	BRAÇO (DIREITO OU ESQUERDO) - SEM CONTRASTE	10	R\$ 350,00

276	CALCANEIO (DIREITO OU ESQUERDO) - COM CONTRASTE	10	R\$ 500,00
277	CALCANEIO (DIREITO OU ESQUERDO) - SEM CONTRASTE	10	R\$ 350,00
278	CARDÍACA – COM CONTRASTE	10	R\$ 700,00
279	CLAVÍCULA (DIREITO OU ESQUERDO) - COM CONTRASTE	10	R\$ 500,00
280	CLAVÍCULA (DIREITO OU ESQUERDO) - SEM CONTRASTE	10	R\$ 350,00
281	COLANGIORESSONANCIA - COM CONTRASTE	5	R\$ 500,00
282	COLANGIORESSONANCIA - SEM CONTRASTE	5	R\$ 350,00
283	COLUNA CERVICAL - COM CONTRASTE	5	R\$ 500,00
284	COLUNA CERVICAL - SEM CONTRASTE	10	R\$ 350,00
285	COLUNA DORSAL - COM CONTRASTE	10	R\$ 500,00
286	COLUNA DORSAL - SEM CONTRASTE	10	R\$ 350,00
287	COLUNA LOMBAR ou LOMBO-SACRA - COM CONTRASTE	10	R\$ 500,00
288	COLUNA LOMBAR ou LOMBO-SACRA - SEM CONTRASTE	10	R\$ 350,00
289	COXO-FEMURAL (DIREITO E ESQUERDO) – COM CONTRASTE	10	R\$ 500,00
290	COXO-FEMURAL (DIREITO E ESQUERDO) – SEM CONTRASTE	10	R\$ 350,00
291	COLUNA SACRO-COCCIGEA COM CONTRASTE	10	R\$ 500,00
292	COLUNA SACRO-COCCIGEA SEM CONTRASTE	10	R\$ 350,00
293	COTOVELO (DIREITO OU ESQUERDO) - COM CONTRASTE	10	R\$ 500,00
294	COTOVELO (DIREITO OU ESQUERDO) - SEM CONTRASTE	10	R\$ 350,00
295	COXA (DIREITO OU ESQUERDO) - COM CONTRASTE	10	R\$ 500,00
296	COXA (DIREITO OU ESQUERDO) - SEM CONTRASTE	10	R\$ 350,00
297	CRÂNIO - ENCÉFALO (COM CONTRASTE)	10	R\$ 500,00
298	CRÂNIO - ENCÉFALO (SEM CONTRASTE)	10	R\$ 350,00
299	DEDOS DA MÃO DIREITA OU ESQUERDA (COM CONTRASTE)	10	R\$ 500,00
300	DEDOS DA MÃO DIREITA OU ESQUERDA (SEM CONTRASTE)	10	R\$ 350,00
301	ESPECTROSCOPIA POR RM	10	R\$ 350,00

302	FACE - INCLUI SEIOS DA FACE (COM CONTRASTE)	10	R\$ 500,00
303	FACE – INCLUI SEIOS DA FACE (SEM CONTRASTE)	10	R\$ 350,00
304	FLUXO LIQUORICO (COMPLEMENTAR)	10	R\$ 350,00
305	JOELHO (DIREITO OU ESQUERDO) - COM CONTRASTE	50	R\$ 500,00
306	JOELHO (DIREITO OU ESQUERDO) - SEM CONTRASTE	50	R\$ 350,00
307	MAMA BILATERAL (COM CONTRASTE)	20	R\$ 500,00
308	MAMA BILATERAL (SEM CONTRASTE)	20	R\$ 350,00
309	MÃO (DIREITO OU ESQUERDO) - COM CONTRASTE	20	R\$ 500,00
310	MÃO (DIREITO OU ESQUERDO) - SEM CONTRASTE	20	R\$ 350,00
311	MEMBRO SUPERIOR DIREITO OU ESQUERDO (NÃO INCLUI MÃO E ARTICULAÇÕES) - COM CONTRASTE	10	R\$ 500,00
312	MEMBRO SUPERIOR DIREITO OU ESQUERDO (NÃO INCLUI MÃO E ARTICULAÇÕES) – SEM CONTRASTE	10	R\$ 350,00
313	MEDIASTINO – COM CONTRASTE	20	R\$ 500,00
314	MEDIASTINO – SEM CONTRASTE	20	R\$ 350,00
315	OMBRO (DIREITO OU ESQUERDO) - COM CONTRASTE	20	R\$ 500,00
316	OMBRO (DIREITO OU ESQUERDO) - SEM CONTRASTE	20	R\$ 350,00
317	ÓRBITAS BILATERAL (COM CONTRASTE)	10	R\$ 500,00
318	ÓRBITAS BILATERAL (SEM CONTRASTE)	10	R\$ 350,00
319	OSSOS TEMPORAIS (OUVIDO E MASTÓIDES) - COM CONTRASTE	10	R\$ 500,00
320	OSSOS TEMPORAIS (OUVIDO E MASTÓIDES) - SEM CONTRASTE	10	R\$ 350,00
321	ORELHA E CONDUTOS AUDITIVOS – COM CONTRASTE	10	R\$ 500,00
322	ORELHA E CONDUTOS AUDITIVOS – SEM CONTRASTE	10	R\$ 350,00
323	PAREDE ABDOMINAL – COM CONTRASTE	10	R\$ 500,00
324	PAREDE ABDOMINAL – SEM CONTRASTE	10	R\$ 350,00
325	PAREDE TORACICA – COM CONTRASTE	30	R\$ 500,00
326	PAREDE TORACICA – SEM CONTRASTE	30	R\$ 350,00

327	PÉ (DIREITO OU ESQUERDO) - COM CONTRASTE	10	R\$ 500,00
328	PÉ (DIREITO OU ESQUERDO) - SEM CONTRASTE	10	R\$ 350,00
329	PELVE (COM CONTRASTE)	10	R\$ 500,00
330	PELVE (SEM CONTRASTE)	10	R\$ 350,00
331	PENIS COM CONTRASTE	10	R\$ 500,00
332	PENIS SEM CONTRASTE	10	R\$ 350,00
333	PERFUSAO CEREBRAL – COM CONTRASTE	10	R\$ 500,00
334	PERFUSÃO CEREBRAL – SEM CONTRASTE	10	R\$ 350,00
335	PERNA (DIREITO OU ESQUERDO) - COM CONTRASTE	10	R\$ 500,00
336	PERNA (DIREITO OU ESQUERDO) - SEM CONTRASTE	10	R\$ 350,00
337	PESCOÇO – NASOFARINGE, OROFARINGE, LARINGE, TRAQUEIA, TIREOIDE E PARATIREOIDE (COM CONTRASTE)	10	R\$ 500,00
338	PESCOÇO – NASOFARINGE, OROFARINGE, LARINGE, TRAQUEIA, TIREOIDE E PARATIREOIDE (SEM CONTRASTE)	10	R\$ 350,00
339	PLEXO BRAQUIAL - COM CONTRASTE	10	R\$ 500,00
340	PLEXO BRAQUIAL - SEM CONTRASTE	10	R\$ 350,00
341	PUNHO (DIREITO OU ESQUERDO) - COM CONTRASTE	10	R\$ 500,00
342	PUNHO (DIREITO OU ESQUERDO) - SEM CONTRASTE	10	R\$ 350,00
343	QUADRIL (DIREITO OU ESQUERDO) - COM CONTRASTE	10	R\$ 500,00
344	QUADRIL (DIREITO OU ESQUERDO) - SEM CONTRASTE	10	R\$ 350,00
345	REGIÃO ESCAPULAR (DIREITO OU ESQUERDO) - COM CONTRASTE	10	R\$ 500,00
346	REGIÃO ESCAPULAR (DIREITO OU ESQUERDO) - SEM CONTRASTE	10	R\$ 350,00
347	REGIAO GLUTEA (DIREITO OU ESQUERDO) - COM CONTRASTE	10	R\$ 500,00
348	REGIAO GLUTEA (DIREITO OU ESQUERDO) - SEM CONTRASTE	10	R\$ 350,00
349	REGIÃO PUBICA - COM CONTRASTE	10	R\$ 500,00
350	REGIÃO PUBICA - SEM CONTRASTE	10	R\$ 350,00

351	RETRO-PÉ (DIREITO OU ESQUERDO) – COM CONTRASTE	10	R\$ 500,00
352	RETRO-PÉ (DIREITO OU ESQUERDO) – SEM CONTRASTE	10	R\$ 350,00
353	RESSONÂNCIA MULTIPARAMÉTRICA DA PRÓSTATA	20	R\$ 895,00
354	PRÓSTATA – COM CONTRASTE	10	R\$ 500,00
355	PRÓSTATA – SEM CONTRASTE	10	R\$ 350,00
356	SACRO-ILIACAS (COM CONTRASTE)	10	R\$ 500,00
357	SACRO-ILIACAS (SEM CONTRASTE)	10	R\$ 350,00
358	SELA TÚRCICA (HIPÓFISE) - COM CONTRASTE	10	R\$ 500,00
359	SELA TÚRCICA (HIPÓFISE) - SEM CONTRASTE	10	R\$ 350,00
360	TENDAO DE AQUILES (DIREITO OU ESQUERDO) - COM CONTRASTE	10	R\$ 500,00
361	TENDAO DE AQUILES (DIREITO OU ESQUERDO) - SEM CONTRASTE	10	R\$ 350,00
362	TORAX (COM CONTRASTE)	10	R\$ 500,00
363	TORAX (SEM CONTRASTE)	10	R\$ 350,00
364	TORNOZELO (DIREITO OU ESQUERDO) - COM CONTRASTE	10	R\$ 500,00
365	TORNOZELO (DIREITO OU ESQUERDO) - SEM CONTRASTE	10	R\$ 350,00
366	RECONSTRUÇÃO TRIDIMENSIONAL – ACRESCENTAR AO EXAME DE BASE	10	R\$ 350,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA			
367	ABDOME SUPERIOR (COM CONTRASTE)	10	R\$ 320,00
368	ABDOME SUPERIOR (SEM CONTRASTE)	10	R\$ 230,00
369	ABDOME TOTAL (COM CONTRASTE)	50	R\$ 420,00
370	ABDOME TOTAL (SEM CONTRASTE)	50	R\$ 330,00
371	ANTE-PÉ (DIREITO OU ESQUERDO) COM CONTRASTE	10	R\$ 320,00
372	ANTE-PÉ (DIREITO OU ESQUERDO) SEM CONTRASTE	10	R\$ 230,00
373	ANESTESIA PARA TOMOGRAFIA	-	-
374	ANTEBRAÇO (DIREITO OU ESQUERDO) - COM CONTRASTE	10	R\$ 320,00
375	ANTEBRAÇO (DIREITO OU ESQUERDO) - SEM CONTRASTE	10	R\$ 230,00
376	APARELHO URINÁRIO – COM CONTRASTE	10	R\$ 320,00

377	APARELHO URINÁRIO – SEM CONTRASTE	10	R\$ 230,00
378	ARTICULAÇÃO – COM CONTRASTE	10	R\$ 320,00
379	ARTICULAÇÃO - SEM CONTRASTE	10	R\$ 230,00
380	ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULARES (COM CONTRASTE)	10	R\$ 320,00
381	ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULARES (SEM CONTRASTE)	10	R\$ 230,00
382	BACIA (COM CONTRASTE)	10	R\$ 320,00
383	BACIA (SEM CONTRASTE)	10	R\$ 230,00
384	BRAÇO (DIREITO OU ESQUERDO) - COM CONTRASTE	10	R\$ 320,00
385	BRAÇO (DIREITO OU ESQUERDO) - SEM CONTRASTE	10	R\$ 230,00
386	CALCANEIO (DIREITO OU ESQUERDO) - COM CONTRASTE	10	R\$ 320,00
387	CALCANEIO (DIREITO OU ESQUERDO) - SEM CONTRASTE	10	R\$ 230,00
388	CLAVICULA (DIREITO OU ESQUERDO) - SEM CONTRASTE	10	R\$ 230,00
389	CLAVICULA (DIREITO OU ESQUERDO) - COM CONTRASTE	10	R\$ 320,00
390	COERÊNCIA OPTICA (OCT)	-	-
391	COLUNA - SEGMENTO ADICIONAL	10	R\$ 230,00
392	COLUNA CERVICAL - COM CONTRASTE	10	R\$ 320,00
393	COLUNA CERVICAL - SEM CONTRASTE	10	R\$ 230,00
394	COLUNA CÓCCIX – COM CONTRASTE	10	R\$ 320,00
395	COLUNA CÓCCIX – SEM CONTRASTE	10	R\$ 230,00
396	COLUNA DORSAL - COM CONTRASTE	10	R\$ 320,00
397	COLUNA DORSAL - SEM CONTRASTE	10	R\$ 230,00
398	COLUNA LOMBO-SACRA - COM CONTRASTE	10	R\$ 320,00
399	COLUNA LOMBO-SACRA - SEM CONTRASTE	10	R\$ 230,00
400	COLUNA SACRO-COCCIGEA	10	R\$ 230,00
401	COTOVELO (DIREITO OU ESQUERDO) - COM CONTRASTE	10	R\$ 320,00
402	COTOVELO (DIREITO OU ESQUERDO) - SEM CONTRASTE	10	R\$ 230,00

403	COXA (DIREITO OU ESQUERDO) - COM CONTRASTE	10	R\$ 320,00
404	COXA (DIREITO OU ESQUERDO) - SEM CONTRASTE	10	R\$ 230,00
405	COXO-FEMURAL - COM CONTRASTE(DIREITO OU ESQUERDO)	10	R\$ 320,00
406	COXO-FEMURAL - SEM CONTRASTE(DIREITO OU ESQUERDO)	10	R\$ 230,00
407	CRÂNIO (COM CONTRASTE)	10	R\$ 320,00
408	CRÂNIO (SEM CONTRASTE)	10	R\$ 230,00
409	DEDOS DA MÃO (COM CONTRASTE)	10	R\$ 320,00
410	DEDOS DA MÃO (SEM CONTRASTE)	10	R\$ 230,00
411	DENTAL CT 01 ARCADA	20	R\$ 320,00
412	DENTAL CT 02 ARCADAS	20	R\$ 480,00
413	FACE OU SEIOS DA FACE (COM CONTRASTE)	10	R\$ 320,00
414	FACE OU SEIOS DA FACE (SEM CONTRASTE)	10	R\$ 230,00
415	JOELHO (DIREITO OU ESQUERDO) - COM CONTRASTE	10	R\$ 320,00
416	JOELHO (DIREITO OU ESQUERDO) - SEM CONTRASTE	10	R\$ 230,00
417	MÃO (DIREITO OU ESQUERDO) - COM CONTRASTE	10	R\$ 320,00
418	MÃO (DIREITO OU ESQUERDO) - SEM CONTRASTE	10	R\$ 230,00
419	OMBRO (DIREITO OU ESQUERDO) - COM CONTRASTE	10	R\$ 320,00
420	OMBRO (DIREITO OU ESQUERDO) - SEM CONTRASTE	10	R\$ 230,00
421	ÓRBITAS (COM CONTRASTE)	10	R\$ 320,00
422	ÓRBITAS (SEM CONTRASTE)	10	R\$ 230,00
423	OUVIDOS/MASTÓIDES/ORELHAS/CONDUTO AUDITIVO/OSSOS TEMPORAIS (COM CONTRASTE)	10	R\$ 320,00
424	OUVIDOS/MASTÓIDES/ORELHAS/CONDUTO AUDITIVO/OSSOS TEMPORAIS (SEM CONTRASTE)	10	R\$ 230,00
425	PÉ (DIREITO OU ESQUERDO) - COM CONTRASTE	10	R\$ 320,00
426	PÉ (DIREITO OU ESQUERDO) - SEM CONTRASTE	10	R\$ 230,00
427	PELVE (COM CONTRASTE)	10	R\$ 320,00

428	PELVE (SEM CONTRASTE)	10	R\$ 230,00
429	PERNA (DIREITO OU ESQUERDO) - COM CONTRASTE	10	R\$ 320,00
430	PERNA (DIREITO OU ESQUERDO) - SEM CONTRASTE	10	R\$ 230,00
431	PESCOÇO (PARTES MOLES, LARINGE, TIREÓIDE E FARINGE) (COM CONTRASTE)	10	R\$ 320,00
432	PESCOÇO (PARTES MOLES, LARINGE, TIREÓIDE E FARINGE) (SEM CONTRASTE)	10	R\$ 230,00
433	PUNHO (DIREITO OU ESQUERDO) - COM CONTRASTE	10	R\$ 320,00
434	PUNHO (DIREITO OU ESQUERDO) - SEM CONTRASTE	10	R\$ 230,00
435	QUADRIL (DIREITO OU ESQUERDO) - COM CONTRASTE	10	R\$ 320,00
436	QUADRIL (DIREITO OU ESQUERDO) - SEM CONTRASTE	10	R\$ 230,00
437	RECONSTRUÇÃO TRIDIMENSIONAL – ACRESCENTAR AO EXAME DE BASE	10	R\$ 230,00
438	REGIÃO ESTERNAL COM OU SEM CONTRASTE	10	R\$ 320,00
439	RETRO-PÉ (DIREITO OU ESQUERDO) – SEM CONTRASTE	10	R\$ 230,00
440	RETRO-PÉ (DIREITO OU ESQUERDO) – COM CONTRASTE	10	R\$ 320,00
441	SACRO ILIACA COM CONTRASTE	10	R\$ 320,00
442	SACRO ILIACA SEM CONTRASTE	10	R\$ 230,00
443	SELA TÚRSICA/HIPÓFISE (COM CONTRASTE)	10	R\$ 320,00
444	SELA TÚRCICA/HIPÓFISE (SEM CONTRASTE)	10	R\$ 230,00
445	TÓRAX (COM CONTRASTE)	10	R\$ 320,00
446	TÓRAX (SEM CONTRASTE)	10	R\$ 230,00
447	TORNOZELO (DIREITO OU ESQUERDO) - COM CONTRASTE	10	R\$ 320,00
448	TORNOZELO (DIREITO OU ESQUERDO) - SEM CONTRASTE	10	R\$ 230,00
449	PROTOCOLO DE LYON UNILATERAL	10	R\$ 230,00
ANGIOTOMOGRAFIAS			

450	ARCO AÓRTICO; AORTA TORÁCICA; AORTA ABDOMINAL; ARTERIAL DE CRÂNIO; VENOSA DE CRÂNIO; ARTERIAL DE CARÓTIDAS; ARTERIAL DE PESCOÇO; VENOSA DE PESCOÇO; ARTERIAL DE TÓRAX; VENOSA DE TÓRAX; ARTERIAL DE ABDOMEN SUPERIOR; VENOSA DE ABDOMEN SUPERIOR; ARTERIAL DE Pelve; VENOSA DE Pelve; ARTERIAL DE ILÍACAS; VENOSA DE ILÍACAS; ARTERIAL DE MID OU MIE; VENOSA DE MID OU MIE; ARTERIAL DE MSD OU MSE; VENOSA DE MSD E MSE; ARTERIAL PULMONAR; VENOSA PULMONAR;	20	R\$ 549,00
451	ARTERIAL OU VENOSA DE MEMBROS INFERIORES OU SUPERIORES (2 MEMBROS)	10	R\$ 664,50
452	ANGIOTOMOGRAFIA DE CORONÁRIAS	10	R\$ 1.350,00
453	ANGIOTOMOGRAFIA CEREBRAL	10	R\$ 1.350,00
ESPECIALIDADES			
454	AVALIAÇÃO OPTOMÉTRICA	300	R\$ 35,00
455	CONSULTA CARDIOLOGISTA	200	R\$ 120,00
456	CONSULTA CIRURGIÃO VASCULAR	100	R\$ 120,00
457	CONSULTA DERMATOLOGISTA	100	R\$ 120,00
458	CONSULTA ENDOCRINOLOGISTA	100	R\$ 120,00
459	CONSULTA FONOAUDIÓLOGO	200	R\$ 100,00
460	CONSULTA GINECOLOGISTA / OBSTETRÍCIA	200	R\$ 120,00
461	CONSULTA MÉDICO DO TRABALHO C/ LAUDO	50	R\$ 250,00
462	CONSULTA NEUROLOGIA ADULTO	200	R\$ 100,00
463	CONSULTA NEUROLOGIA PEDIÁTRICA	200	R\$ 220,00
464	CONSULTA GASTROENTEROLOGIA	100	R\$ 120,00
465	CONSULTA PRÓCTOLOGIA	100	R\$ 120,00
466	CONSULTA OFTALMOLOGISTA	200	R\$ 100,00
467	CONSULTA ORTOPEDISTA/ TRAUMATOLOGISTA	100	R\$ 100,00
468	CONSULTA OTORRINOLARINGOLOGISTA	100	R\$ 120,00
469	CONSULTA COM PNEUMOLOGISTA	100	R\$ 180,00

470	CONSULTA PSIQUIATRIA	100	R\$ 120,00
471	CONSULTA REUMATOLOGISTA	50	R\$ 180,00
472	CONSULTA UROLOGISTA	200	R\$ 120,00
473	ATENDIMENTO COM TERAPEUTA OCUPACIONAL	100	R\$ 120,00
474	DIÁRIA DE INTERNAÇÃO EM COMUNIDADE TERAPÊUTICA	300	R\$ 45,00
CINTILOGRAFIAS / MEDICINA NUCLEAR			
475	CINTILOGRAFIA COM GÁLIO-67	10	R\$ 475,00
476	CINTILOGRAFIA COM MIBG METAIODO-BENZILGUANIDINA IODO (123)	5	R\$ 765,00
477	CINTILOGRAFIA COM MIBG METAIODO-BENZILGUANIDINA IODO (131)	5	R\$ 490,00
478	CINTILOGRAFIA DAS ARTICULAÇÕES E/OU EXTREMIDADES	10	R\$ 180,00
479	CINTILOGRAFIA DAS PARATIREÓIDES	10	R\$ 390,00
480	CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL	5	R\$ 1.000,00
481	CINTILOGRAFIA DO FÍGADO E DO BAÇO	10	R\$ 160,00
482	CINTILOGRAFIA DO FÍGADO E VIAS BILIARES	10	R\$ 210,00
483	CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO NECROSE (INFARTO AGUDO)	10	R\$ 170,00
484	CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO PERFUSÃO - ESTRESSE FARMACOLÓGICO	10	R\$ 950,00
485	CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO PERFUSÃO - REPOUSO/ESTRESSE	20	R\$ 1.350,00
486	CINTILOGRAFIA GLÂNDULAS SALIVARES COM OU SEM ESTÍMULO	10	R\$ 110,00
487	CINTILOGRAFIA PARA DETECÇÃO DE ASPIRAÇÃO PULMONAR	20	R\$ 365,00
488	CINTILOGRAFIA PARA DETECÇÃO DE HEMORR. DIGESTÓRIA ATIVA	20	R\$ 160,00

489	CINTILOGRAFIA PARA DETECÇÃO DE HEMORR. DIGESTÓRIA NÃO ATIVA	20	R\$ 310,00
490	CINTILOGRAFIA PARA ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFÁG (SEMI-SÓLIDOS)	20	R\$ 190,00
491	CINTILOGRAFIA PARA ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFÁGICO (LIQUIDOS)	20	R\$ 190,00
492	CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO	20	R\$ 190,00
493	CINTILOGRAFIA PULMONAR (INALAÇÃO)	10	R\$ 145,00
494	CINTILOGRAFIA PULMONAR (PERFUSÃO)	10	R\$ 170,00
495	CINTILOGRAFIA RENAL (QUANTITATIVA E QUALITATIVA) - DMSA	10	R\$ 170,00
496	CINTILOGRAFIA RENAL DINÂMICA	10	R\$ 180,00
497	CINTILOGRAFIA RENAL DINÂMICA (DTPA)	10	R\$ 180,00
498	CINTILOGRAFIA RENAL DINÂMICA COM DIURÉTICO		R\$ 140,00
499	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DAS CAMARAS CARDÍACAS - ESFORÇO	10	R\$ 215,00
500	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DAS CAMARAS CARDÍACAS - REPOUSO	10	R\$ 170,00
501	CINTILOGRAFIA SISTEMA RETÍCULO ENDOTELIAL	10	R\$ 150,00
502	CINTILOGRAFIA TESTICULAR (ESCROTAL)	10	R\$ 140,00
503	CINTILOGRAFIA TIREÓIDE E/OU CAPTAÇÃO (IODO-123)	10	R\$ 80,00
504	CINTILOGRAFIA TIREÓIDE E/OU CAPTAÇÃO (IODO-131)	10	R\$ 80,00
505	CINTILOGRAFIA TIREÓIDE E/OU CAPTAÇÃO (IODO-131)	10	R\$ 120,00
506	CINTILOGRAFIA TIREÓIDE E/OU CAPTAÇÃO (TECNÍCIO-99M)	10	R\$ 80,00
507	CINTILOGRAFIA ÓSSEA (CORPO TOTAL)	10	R\$ 450,00

508	CINTIOGRAFIA PARA PESQUISA DE DIVERTICULO DE MECKEL	10	R\$ 209,00
509	CISTERNOCINTIOLOGRAFIA	10	R\$ 260,00
510	CISTERNOCINTIOLOGRAFIA PARA PESQUISA DE FÍSTULA LIQUÓRICA	10	R\$ 170,00
511	CISTOCINTIOLOGRAFIA DIRETA	10	R\$ 250,00
512	CISTOCINTIOLOGRAFIA INDIRETA	10	R\$ 250,00
513	DACRIOCINTIOLOGRAFIA	10	R\$ 70,00
514	DEMONSTRAÇÃO DO SEQUESTRO HEMACIAS PELO BAÇO	10	R\$ 115,00
515	DETERMINAÇÃO DO TEMPO DE ESVAZIAMENTO GÁSTRICO	10	R\$ 190,00
516	FLUXO SANGUÍNEO CEREBRAL	10	R\$ 160,00
517	FLUXO SANGUÍNEO DAS EXTREMIDADES	10	R\$ 190,00
518	FLUXO SANGUÍNEO HEPÁTICO (QUALITATIVO E QUANTITATIVO)	10	R\$ 150,00
519	FLUXO SANGUÍNEO ÓSSEO	10	R\$ 160,00
520	IMUNOCINTIOLOGRAFIA (ANTICORPOS MONOCLONAIS)	10	R\$ 145,00
521	LINFOCINTIOLOGRAFIA	10	R\$ 250,00
522	PESQUISA METÁSTASES CORPO TOTAL (123 I)	10	R\$ 1.500,00
523	PESQUISA METÁSTASES CORPO TOTAL (131 I)	10	R\$ 500,00
524	QUALIFICAÇÃO DA CAPTAÇÃO PULMONAR COM GÁLIO-67	10	R\$ 460,00
525	QUANTIFICAÇÃO DE "SHUNT" DA DIREITA PARA A ESQUERDA	10	R\$ 145,00
526	QUANTIFICAÇÃO DE "SHUNT" PERIFÉRICO	10	R\$ 170,00
527	TESTE DE ESTIMULO COM TSH RECOMBINANTE	10	R\$ 120,00
528	TESTE DE PERCLORATO	10	R\$ 110,00
529	TRATAMENTO DE HIPERTIROIDISMO - BÓCIO NODULAR (PLUMMER)	10	R\$ 634,00

ANEXO II

À Comissão de Licitações

Chamamento Público/Credenciamento nº 01/2024

MODELO REQUERIMENTO

A empresa, inscrita no CNPJ sob o nº....., estabelecida na Rua, nº, Bairro ..., na cidade de, através do seu Representante legal Sr....., inscrito no CPF sob o nº, carteira de identidade nº, residente e domiciliado na Rua, nº, Bairro ..., na cidade de,vem requerer o **CREDENCIAMENTO**, para a prestação dos serviços abaixo, constantes no edital de **Chamamento Público nº 01/2024**, para o qual anexamos os documentos solicitados no referido edital, bem como informamos telefone e e-mail destinado a comunicação dos atos oriundos do presente Edital.

Telefones para contato:

E-mail:

Item	DESCREVER ITENS A QUAL PRETENDE CREDENCIAMENTO

Localidade e data

CREDENCIADA

Nome e Assinatura do Representante Legal

ANEXO III

TERMO DE CREDENCIAMENTO

REFERENTE AO EDITAL DE CREDENCIAMENTO PÚBLICO Nº 01/2024, OBJETIVANDO O CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....

Pelo presente instrumento, de um lado, o Município de Três Forquilhas, pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Avenida dos Imigrantes, 1423, inscrito no CNPJ sob nº 93.317.998/0001-33, neste ato representado pela Prefeita Municipal, doravante denominado simplesmente de **CREDENCIANTE** e, de outro,, (qualificação) inscrita no CNPJ/CPF sob nº....., estabelecida na Rua em ..., neste ato representada pelo(a) Sr.(a)....., portador(a) da Carteira de Identidade com RG nº ... e CPF nº....., residente e domiciliado na Rua em....., doravante denominada simplesmente CREDENCIADA, acordam celebrar o presente Termo, mediante as seguintes cláusulas e condições, **Processo nº 303/2024, Credenciamento nº 01/2024:**

CLÁUSULA PRIMEIRA - OBJETO, PREÇO E DO REGIME DE EXECUÇÃO

A credenciada compromete-se a prestar os serviços abaixo especificados, conforme condições previstas neste Termo e valor abaixo discriminado:

Item	Valor
.....	

O objeto do presente instrumento será executado pela CREDENCIADA, de forma parcelada, conforme necessidade da Secretaria da Saúde, em conformidade com as especificações constantes do Chamamento Público nº 01/2024.

A credenciante verificará sua demanda e efetuará o agendamento dos procedimentos com a credenciada via telefone e ou e-mail. O prazo do agendamento não poderá ser superior a cinco dias.

O usuário receberá do Município um documento em que constará a autorização para o procedimento, o local, a data e o horário agendado.

A credenciada não poderá cobrar do paciente ou de seu responsável qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços prestados.

Os procedimentos agendados em que o paciente não comparecer não serão pagos.

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS OBRIGAÇÕES DA CREDENCIADA

Constituem obrigações da CREDENCIADA:

I - Prestar os serviços e demais obrigações em conformidade com o estabelecido neste Termo de Credenciamento, Edital e seus anexos;

II - Arcar com os custos para prestação dos serviços, bem como, com os encargos trabalhistas, fiscais, previdenciários, comerciais, tarifas, seguros, tributários, e demais despesas incidentes ou que venham a incidir sobre os serviços resultantes deste Termo.

III - Indenizar terceiros e o CREDENCIANTE de todo e qualquer prejuízo ou dano decorrente de dolo ou culpa durante a execução deste Termo, ou após o seu término.

IV – Prestar os serviços conforme rege as Leis pertinentes ao seu ramo de atividade.

V– Atribuir os serviços a profissionais legalmente habilitados e idôneos.

VI – Manter todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação, durante toda a execução do termo e em compatibilidade com as obrigações assumidas.

VII – Responder pela qualidade, quantidade, perfeição, segurança e demais características dos serviços, bem como a observação às normas técnicas e legais.

VIII– Não ceder ou transferir, ainda que parcialmente, o presente Termo de Credenciamento, ou quaisquer de suas obrigações, sem a prévia autorização do CREDENCIANTE;

IX - Garantir a confidencialidade e confiabilidade dos dados e informações dos pacientes;

X - Manter o ambiente de atendimento dos pacientes em perfeito estado de conservação, higiene e funcionamento;

XI - Cumprir e fazer cumprir as Normas Técnicas Administrativas emanadas do Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde;

XII - Atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação de serviços.

CLÁUSULA TERCEIRA -VIGÊNCIA

O credenciamento terá vigência de até 01 (um) ano a contar da Publicação do Edital, podendo ser prorrogado anualmente por iguais e sucessivos períodos, até o limite de 60 (sessenta) meses, conforme o disposto no art. 57, II da Lei nº 8.666/93.

A presente contratação não incidirá reajustes. Em havendo prorrogação do Termo de credenciamento, este poderá ser reajustado anualmente através do IPCA ou outro índice que vier a substituí-lo, desde que adequados aos valores praticados no mercado.

CLÁUSULA QUARTA - FORMA DE PAGAMENTO

Os pagamentos somente serão realizados mediante:

a) - Apresentação da Nota Fiscal, devidamente atestada pelo fiscal do contrato e deverá estar em conformidade com os serviços realizados, estando sujeitos às retenções tributárias se por ventura incidentes;

b) - Apresentação de Laudo atestando a prestação do serviço, emitido pela Secretaria Municipal de Saúde;

c) - O pagamento será realizado mensalmente, no prazo de 10 (dez) dias a contar da apresentação da Nota Fiscal, devidamente atestado pelo Fiscal do Contrato.

- d) - Os valores a serem pagos serão os fixados neste Edital.
- e) – Os valores pagos ficarão sujeitos as retenções previdenciárias e fiscais legalmente incidentes.

CLÁUSULA QUINTA – FISCALIZAÇÃO.

A Credenciante exercerá ampla fiscalização sobre os serviços executados e em execução pela CREDENCIADA, podendo rejeitá-los quando estiverem fora das especificações.

PARÁGRAFO ÚNICO: Na forma do que dispõe a Lei 14.133/2021, fica designado como fiscal do presente Termo, a Secretária Municipal de Saúde Sr. Betina Brehm Justo.

CLAUSULA SEXTA - DAS PENALIDADES.

O descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas ou o cumprimento em desacordo com o pactuado acarretará, à CREDENCIADA, as penalidades previstas no Artigo 87, da Lei Nº 8666/93, sem prejuízo de descredenciamento.

Pelo inadimplemento das obrigações, conforme a infração, a credenciada estará sujeita às seguintes penalidades:

- a) executar o Termo de Credenciamento com irregularidades passíveis de correção durante a execução e sem prejuízo ao resultado: advertência;
- b) inexecução parcial do Termo de Credenciamento: suspensão do direito de licitar e contratar com a Administração pelo prazo de até 2 anos e/ou multa de 20% sobre o montante inadimplido;
- c) inexecução total do Termo de Credenciamento: suspensão do direito de licitar e contratar com a Administração pelo prazo de até 02 anos e/ou multa de 10% sobre o valor estimado do Termo;
- d) fazer declaração falsa ou entregar documentação falsa à Comissão: declaração de inidoneidade cumulada com a suspensão do direito de licitar e contratar com a Administração Pública pelo prazo de 02 anos.

CLÁUSULA SÉTIMA - RESCISÃO DO TERMO DE CREDENCIAMENTO

O presente Termo de Credenciamento poderá ser rescindido:

- a) - Mediante acordo expresso, e firmado pelas partes, após um aviso premonitório, também expresso, feito com antecedência de 15 (quinze) dias pelo interessado.
- b) - Unilateralmente pela CREDENCIANTE, em qualquer tempo, independente de interpelação ou procedimento judicial ou extrajudicial, caso a CREDENCIADA:
 - b1) - ceda ou transfira, no todo ou em parte, o objeto deste termo ou delegue a outrem as incumbências e/ou as obrigações nele consignadas, sem prévia e expressa autorização da CREDENCIANTE.
 - b2) - venha a agir com dolo, culpa, simulação ou em fraude na execução dos serviços.
 - b3) - quando pela reiteração de impugnação dos serviços ficar evidenciada a incapacidade da credenciada para dar execução satisfatória ao Termo.

b4) - venha a falir, entrar em concordata, liquidação ou dissolução.

b5) - quando ocorrerem razões de interesse do serviço público e/ou na ocorrência de qualquer das disposições elencadas na Lei nº 8.666/93 e alterações.

Havendo rescisão, a credenciante pagará à credenciada o numerário equivalente aos serviços efetivamente realizados e aprovados pela Secretaria da Saúde.

CLAUSULA OITAVA - DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA.

As despesas decorrentes da execução dos serviços ora contratados serão atendidas pela dotação orçamentária da Secretaria da Saúde: **339039/2027**.

CLÁUSULA NONA - CASOS OMISSOS.

Qualquer litígio judicial oriundo da aplicação do presente termo, será dirimida com base na legislação específica, especialmente no **EDITAL DE CREDENCIAMENTO PÚBLICO Nº 01/2024**.

CLÁUSULA DÉCIMA – DO FORO.

As partes elegem o Foro da comarca de Torres/RS para dirimirem quaisquer dúvidas oriundas deste ajuste, com renúncia expressa a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem assim acertados, firmam este instrumento em duas (02) vias de igual teor e forma, obrigando-se pelos termos do mesmo, por si e seus sucessores.

Três Forquilhas ,..... de de 2024

LORACI KLIPPEL MELO GERMANN
Prefeita Municipal

CREDENCIADA

