

PLANILHA CONSOLIDADA				
CÓDIGO SIGTAP	PROCEDIMENTO	VALOR TOTAL	VALOR SUS	FATOR REGIONAL
PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNOSTICA - COLETA DE MATERIAL				
02.01.01.060-7	PUNÇÃO DE MAMA POR AGULHA GROSSA GUIADA POR MAMOGRAFIA (INCLUI RESULTADO DO HISTOPATOLOGICO)	R\$ 850,00	R\$ 505,20	R\$ 344,80
02.01.01.041-0	BIOPSIA PROSTATAS TRANSRETAL GUIADA POR ULTRASSONOGRAFIA- (ATE 8 FRAGMENTOS) (INCLUI RESULTADO DO HISTOPATOLOGICO)	R\$ 850,00	R\$ 530,65	R\$ 319,35
OFTALMOLOGIA				
04.05.05.037-2	FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL	R\$ 771,60	R\$ 771,60	R\$ 0,00
02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRAFICO	R\$ 100,00	R\$ 40,00	R\$ 60,00
03.01.01.007-2	CONSULTA - OFTALMOLOGISTA	R\$ 70,00	R\$ 10,00	R\$ 60,00
03.01.01.007-2	CONSULTA - OFTALMOLOGISTA COM TONOMETRIA E FUNDOSCOPIA	R\$ 90,00	R\$ 16,74	R\$ 73,26
02.11.06.001-1	BIOMETRIA ULTRASSONICA (MONOCULAR)	R\$ 70,00	R\$ 24,24	R\$ 45,76
02.05.02.008-9	ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (monocular)	R\$ 100,00	R\$ 24,20	R\$ 75,80
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA	R\$ 70,00	R\$ 24,24	R\$ 45,76
02.11.06.014-3	MICROSCOPIA ESPECULAR DA CORNEA	R\$ 80,00	R\$ 24,24	R\$ 55,76
02.11.06.025-9	TONOMETRIA	R\$ 25,00	R\$ 3,37	R\$ 21,63
02.11.06.005-4	CERATOMETRIA	R\$ 25,00	R\$ 3,37	R\$ 21,63
02.11.06.010-0	FUNDOSCOPIA	R\$ 30,00	R\$ 3,37	R\$ 26,63
02.11.06.015-1	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL	R\$ 30,00	R\$ 3,37	R\$ 26,63
02.11.06.018-6	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	R\$ 80,00	R\$ 64,00	R\$ 16,00
04.05.01.007-9	EXERESE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESOES DA PALPEBRA E SUPERCILIOS	R\$ 200,00	R\$ 78,75	R\$ 121,25
04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO	R\$ 350,00	R\$ 209,55	R\$ 140,45
04.05.05.002-0	CAPSULOTOMIA A YAG LASER	R\$ 110,00	R\$ 78,75	R\$ 31,25
CONSULTA - ADULTO				
03.01.01.007-2	CONSULTA - ALERGISTA e IMUNOLOGISTA	R\$ 70,00	R\$ 10,00	R\$ 60,00
03.01.01.007-2	CONSULTA - ANGIOLOGISTA	R\$ 70,00	R\$ 10,00	R\$ 60,00
03.01.01.007-2	CONSULTA - CANCEROLOGISTA CLINICO	R\$ 70,00	R\$ 10,00	R\$ 60,00
03.01.01.007-2	CONSULTA - CARDIOLOGISTA	R\$ 70,00	R\$ 10,00	R\$ 60,00
03.01.01.007-2	CONSULTA - CARDIOLOGIA COM ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 98,00		R\$ 98,00
02.11.02.003-6				
03.01.01.007-2	CONSULTA - CIRURGIAO GERAL	R\$ 70,00	R\$ 10,00	R\$ 60,00
03.01.01.007-2	CONSULTA - CLINICO	R\$ 70,00	R\$ 10,00	R\$ 60,00
03.01.01.007-2	CONSULTA - DERMATOLOGISTA	R\$ 70,00	R\$ 10,00	R\$ 60,00
03.01.01.007-2	CONSULTA - ENDOCRINOLOGISTA e METABOLISTA	R\$ 70,00	R\$ 10,00	R\$ 60,00
03.01.01.007-2	CONSULTA - GASTROENTEROLOGISTA	R\$ 70,00	R\$ 10,00	R\$ 60,00
03.01.01.007-2	CONSULTA - GERIATRA	R\$ 70,00	R\$ 10,00	R\$ 60,00
03.01.01.007-2	CONSULTA - GINECOLOGIA	R\$ 60,00	R\$ 10,00	R\$ 50,00
03.01.01.007-2	CONSULTA - GINECOLOGIA E COLETA MATERIAL EXAME CITOPATOLOGICO	R\$ 120,00	R\$ 10,00	R\$ 110,00
02.01.02.003-3	COLO UTERINO C/ RESULTADO E CONSULTA DE RETORNO GINECOLOGIA			

03.01.01.007-2 02.01.02.003-3	CONSULTA - GINECOLOGIA E COLETA MATERIAL EXAME CITOPATOLOGICO COLO UTERINO C/ RESULTADO DO EXAME CITOPATOLOGICO	R\$ 95,00	R\$ 10,00	R\$ 85,00
03.01.01.007-2	CONSULTA - OBSTÉTRICA	R\$ 70,00	R\$ 10,00	R\$ 60,00
03.01.01.007-2	CONSULTA - HEMATOLOGISTA	R\$ 100,00	R\$ 10,00	R\$ 90,00
03.01.01.007-2	CONSULTA - INFECTOLOGISTA	R\$ 100,00	R\$ 10,00	R\$ 90,00
03.01.01.007-2	CONSULTA - MASTOLOGISTA	R\$ 70,00	R\$ 10,00	R\$ 60,00
03.01.01.007-2	CONSULTA - NEFROLOGISTA	R\$ 70,00	R\$ 10,00	R\$ 60,00
03.01.01.007-2	CONSULTA - NEUROCIRURGIÃO	R\$ 70,00	R\$ 10,00	R\$ 60,00
03.01.01.007-2	CONSULTA - NEUROLOGISTA	R\$ 70,00	R\$ 10,00	R\$ 60,00
03.01.01.007-2	CONSULTA - ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	R\$ 70,00	R\$ 10,00	R\$ 60,00
03.01.01.007-2	CONSULTA - OTORRINOLARINGOLOGISTA	R\$ 70,00	R\$ 10,00	R\$ 60,00
03.01.01.007-2	CONSULTA - PNEUMOLOGISTA	R\$ 70,00	R\$ 10,00	R\$ 60,00
03.01.01.007-2	CONSULTA - PROCTOLOGISTA	R\$ 70,00	R\$ 10,00	R\$ 60,00
03.01.01.007-2	CONSULTA - PSIQUIATRA	R\$ 70,00	R\$ 10,00	R\$ 60,00
03.01.01.007-2	CONSULTA - REUMATOLOGISTA	R\$ 70,00	R\$ 10,00	R\$ 60,00
03.01.01.007-2	CONSULTA - UROLOGISTA	R\$ 70,00	R\$ 10,00	R\$ 60,00
	<b>CONSULTA - PEDIATRIA</b>			
03.01.01.007-2	CONSULTA - ALERGISTA e IMUNOLOGISTA	R\$ 70,00	R\$ 10,00	R\$ 60,00
03.01.01.007-2	CONSULTA - CANCEROLOGISTA	R\$ 70,00	R\$ 10,00	R\$ 60,00
03.01.01.007-2	CONSULTA - CARDIOLOGISTA	R\$ 70,00	R\$ 10,00	R\$ 60,00
03.01.01.007-2 02.11.02.003-6	CONSULTA - CARDIOLOGIA COM ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 98,00		R\$ 98,00
03.01.01.007-2	CONSULTA - CIRURGIAO GERAL	R\$ 70,00	R\$ 10,00	R\$ 60,00
03.01.01.007-2	CONSULTA - ENDOCRINOLOGISTA e METABOLISTA	R\$ 70,00	R\$ 10,00	R\$ 60,00
03.01.01.007-2	CONSULTA - GASTROENTEROLOGISTA	R\$ 70,00	R\$ 10,00	R\$ 60,00
03.01.01.007-2	CONSULTA - HEMATOLOGISTA	R\$ 100,00	R\$ 10,00	R\$ 90,00
03.01.01.007-2	CONSULTA - INFECTOLOGISTA	R\$ 100,00	R\$ 10,00	R\$ 90,00
03.01.01.007-2	CONSULTA - NEUROLOGISTA	R\$ 70,00	R\$ 10,00	R\$ 60,00
03.01.01.007-2	CONSULTA - ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	R\$ 70,00	R\$ 10,00	R\$ 60,00
03.01.01.007-2	CONSULTA - PEDIATRIA	R\$ 70,00	R\$ 10,00	R\$ 60,00
03.01.01.007-2	CONSULTA - PNEUMOLOGISTA	R\$ 70,00	R\$ 10,00	R\$ 60,00
03.01.01.007-2	CONSULTA - PSIQUIATRA	R\$ 70,00	R\$ 10,00	R\$ 60,00
03.01.01.007-2	CONSULTA - REUMATOLOGISTA	R\$ 70,00	R\$ 10,00	R\$ 60,00
	<b>EXAMES CARDIOLOGICO</b>			
02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	R\$ 100,00	R\$ 39,94	R\$ 60,06
02.11.02.004-4	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24HRS (3 CANAIS)	R\$ 115,00	R\$ 30,00	R\$ 85,00
02.11.02.005-2	MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (M.A.P.A)	R\$ 110,00	R\$ 10,07	R\$ 99,93
02.11.02.006-0	TESTE DE ESFORÇO / TESTE ERGOMÉTRICO	R\$ 130,00	R\$ 30,00	R\$ 100,00
02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA - PEDIATRICO (0 A 13 ANOS)	R\$ 150,00	R\$ 39,94	R\$ 110,06
	<b>EXAMES NEUROLOGICO</b>			
02.11.05.003-2	ELETOENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG)	R\$ 80,00	R\$ 25,00	R\$ 55,00
02.11.05.004-0	ELETOENCEFALOGRAMA EM VIGILIA E SONO ESPONTANEO C/ OU S/ FOTOESTIMULO (EEG)	R\$ 80,00	R\$ 25,00	R\$ 55,00
02.11.05.005-9	ELETOENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO COM MAPEAMENTO	R\$ 90,00	R\$ 25,00	R\$ 65,00

02.11.05.008-3	ELETRONEUROMIOGRAFIA MMII (1 LADO)	R\$ 100,00	R\$ 27,00	R\$ 73,00
02.11.05.008-3	ELETRONEUROMIOGRAFIA MMSS (1 LADO)	R\$ 100,00	R\$ 27,00	R\$ 73,00
02.11.08.005-5	ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR	R\$ 150,00	R\$ 6,36	R\$ 143,64
02.11.04.004-5	HISTEROSCOPIA (DIAGNOSTICA) (video histeroscopia)	R\$ 462,00	R\$ 25,00	R\$ 437,00
	<b>EXAMES ENDOSCOPICOS</b>			
	PACOTES DE COLONOSCOPIA COM BIÓPSIA – INCLUINDO RESULTADO DO HISTOPATOLÓGICO	R\$ 580,00	R\$ 234,64	R\$ 345,36
	PACOTES DE COLONOSCOPIA COM BIÓPSIA E POLIPECTOMIA – INCLUINDO RESULTADO DO HISTOPATOLÓGICO	R\$ 650,00	R\$ 248,27	R\$ 401,73
	PACOTES DE COLONOSCOPIA SEM BIÓPSIA	R\$ 500,00	R\$ 192,18	R\$ 307,82
	PACOTES DE ENDOSCOPIA COM BIÓPSIAS E POLIPECTOMIA INCLUINDO RESULTADO DO HISTOPATOLÓGICO	R\$ 350,00	R\$ 163,22	R\$ 186,78
	PACOTES DE ENDOSCOPIA COM BIÓPSIAS INCLUINDO RESULTADO DO HISTOPATOLÓGICO	R\$ 320,00	R\$ 133,38	R\$ 186,62
	PACOTES DE ENDOSCOPIA SEM BIÓPSIA	R\$ 280,00	R\$ 105,05	R\$ 174,95
02.09.04.004-1	VIDEOLARINGOSCOPIA	R\$ 100,00	R\$ 45,50	R\$ 54,50
	<b>PROTESES DENTARIAS</b>			
07.01.07.014-5	PRÓTESE CORONÁRIAS/INTRARRADICULARES FIXAS/ ADESIVAS (POR ELEMENTO)	R\$ 150,00	R\$ 150,00	R\$ 0,00
07.01.07.009-9	PRÓTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVÍVEL	R\$ 150,00	R\$ 150,00	R\$ 0,00
07.01.07.010-2	PRÓTESE PARCIAL MAXILAR REMOVÍVEL	R\$ 150,00	R\$ 150,00	R\$ 0,00
07.01.07.012-9	PRÓTESE TOTAL MANDIBULAR	R\$ 150,00	R\$ 150,00	R\$ 0,00
07.01.07.013-7	PRÓTESE TOTAL MAXILAR	R\$ 150,00	R\$ 150,00	R\$ 0,00
	<b>RADIOGRAFIA</b>			
02.04.06.002-8	DENSITOMETRIA ÓSSEA	R\$ 55,10	R\$ 55,10	R\$ 0,00
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA - MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO (COM LAUDO)	R\$ 45,00	R\$ 45,00	R\$ 0,00
02.04.01.003-9	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	R\$ 30,00	R\$ 8,38	R\$ 21,62
02.04.01.013-6	RADIOGRAFIA DA REGIÃO ORBITARIA (LOCALIZAÇÃO DE CORPO ESTRANHO)	R\$ 25,90	R\$ 7,98	R\$ 17,92
02.04.02.012-3	RADIOGRAFIA DA REGIÃO SACRO – COCCIGEA	R\$ 25,90	R\$ 7,80	R\$ 18,10
02.04.05.011-1	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP, LATERAL/LOCALIZADA)	R\$ 40,20	R\$ 10,73	R\$ 29,47
02.04.05.012-0	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO 3 INCIDENCIAS)	R\$ 55,00	R\$ 15,30	R\$ 39,70
02.04.05.013-8	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES	R\$ 24,00	R\$ 7,17	R\$ 16,83
02.04.01.004-7	RADIOGRAFIA DE ARCADEA ZIGOMATICO- MALAR (AP+OBLIQUAS)	R\$ 23,50	R\$ 6,96	R\$ 16,54
02.04.04.001-9	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO	R\$ 24,00	R\$ 6,42	R\$ 17,58
02.04.01.005-5	RADIOGRAFIA DE ART. TEMPORO- MANDIBULAR.	R\$ 30,00	R\$ 8,38	R\$ 21,62
02.04.06.008-7	RADIOGRAFIA DE ART. TIBIO TARSICA.	R\$ 23,30	R\$ 6,50	R\$ 16,80
02.04.04.002-7	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACROMIO- CLAVICULAR	R\$ 24,00	R\$ 7,40	R\$ 16,60
02.04.06.006-0	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXO- FEMURAL	R\$ 25,10	R\$ 7,77	R\$ 17,33
02.04.04.003-5	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESCAPULO UMERAL	R\$ 24,00	R\$ 7,40	R\$ 16,60
02.04.04.004-3	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESTERNO- CLAVICULAR	R\$ 24,00	R\$ 7,40	R\$ 16,60
02.04.06.007-9	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO SACRO- ILIACA	R\$ 25,10	R\$ 7,77	R\$ 17,33
02.04.06.009-5	RADIOGRAFIA DE BACIA	R\$ 25,10	R\$ 7,77	R\$ 17,33
02.04.04.005-1	RADIOGRAFIA DE BRACO	R\$ 25,10	R\$ 7,77	R\$ 17,33
02.04.06.010-9	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO	R\$ 23,30	R\$ 6,50	R\$ 16,80

02.04.01.006-3	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	R\$ 23,30	R\$ 6,88	R\$ 16,42
02.04.04.006-0	RADIOGRAFIA DE CLÁVICULA	R\$ 24,00	R\$ 7,40	R\$ 16,60
02.04.02.004-2	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	R\$ 30,00	R\$ 8,19	R\$ 21,81
02.04.02.003-4	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	R\$ 35,00	R\$ 8,33	R\$ 26,67
02.04.02.005-0	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA	R\$ 40,00	R\$ 10,29	R\$ 29,71
02.04.02.006-9	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 45,00	R\$ 10,96	R\$ 34,04
02.04.02.007-7	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)	R\$ 55,00	R\$ 14,90	R\$ 40,10
02.04.02.008-5	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA	R\$ 60,00	R\$ 16,88	R\$ 43,12
02.04.02.009-3	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORÁCICA (AP, LATERAL)	R\$ 40,00	R\$ 9,16	R\$ 30,84
02.04.02.010-7	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO – LOMBAR	R\$ 45,00	R\$ 9,73	R\$ 35,27
02.04.03.007-2	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	R\$ 35,00	R\$ 8,37	R\$ 26,63
02.04.04.007-8	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R\$ 25,00	R\$ 5,90	R\$ 19,10
02.04.06.011-7	RADIOGRAFIA DE COXA	R\$ 25,00	R\$ 8,94	R\$ 16,06
02.04.01.007-1	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIGUA / BRETTON + HIRTZ)	R\$ 45,00	R\$ 9,15	R\$ 35,85
02.04.01.008-0	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	R\$ 35,00	R\$ 7,52	R\$ 27,48
02.04.04.011-6	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES)	R\$ 35,00	R\$ 7,98	R\$ 27,02
02.04.03.009-9	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	R\$ 35,00	R\$ 7,98	R\$ 27,02
02.04.05.014-6	RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO	R\$ 80,00	R\$ 35,22	R\$ 44,78
02.04.06.014-1	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP, LATERAL, OBLIQUAS +3 AXIAS)	R\$ 35,00	R\$ 9,29	R\$ 25,71
02.04.06.013-3	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	R\$ 30,00	R\$ 7,16	R\$ 22,84
02.04.06.012-5	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	R\$ 30,00	R\$ 6,78	R\$ 23,22
02.04.04.009-4	RADIOGRAFIA DE MÃO	R\$ 25,00	R\$ 6,30	R\$ 18,70
02.04.04.010-8	RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO (P/DETERMINAÇÃO DE IDADE ÓSSEA)	R\$ 23,00	R\$ 6,00	R\$ 17,00
02.04.01.010-2	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE/ROCHEDOS (BILATERAL)	R\$ 40,00	R\$ 9,03	R\$ 30,97
02.04.01.011-0	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (AP + OBLIQUAS)	R\$ 35,00	R\$ 7,20	R\$ 27,80
02.04.03.010-2	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (AP + PERFIL)	R\$ 37,00	R\$ 8,73	R\$ 28,27
02.04.01.012-8	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN+LATERAL HIRTZ)	R\$ 35,00	R\$ 8,38	R\$ 26,62
02.04.06.015-0	RADIOGRAFIA DE Pé/DEDOS DO Pé	R\$ 23,00	R\$ 6,78	R\$ 16,22
02.04.06.016-8	RADIOGRAFIA DE PERNA	R\$ 30,00	R\$ 8,94	R\$ 21,06
02.04.04.012-4	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP+LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 23,00	R\$ 6,91	R\$ 16,09
02.04.01.014-4	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN+MN+LATERAL+HIRTZ)	R\$ 30,00	R\$ 7,32	R\$ 22,68
02.04.01.015-2	RADIOGRAFIA DE SELA TURCA (AP+ LATERAL+BRETTON)	R\$ 35,00	R\$ 7,20	R\$ 27,80
02.04.03.012-9	RADIOGRAFIA DE TORAX ( APICO – LODOTICA)	R\$ 35,00	R\$ 5,56	R\$ 29,44
02.04.03.014-5	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA, LATERAL, OBLIQUA)	R\$ 50,00	R\$ 12,02	R\$ 37,98
02.04.03.016-1	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRÃO)	R\$ 38,00	R\$ 6,88	R\$ 31,12
02.04.03.017-0	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	R\$ 38,00	R\$ 6,88	R\$ 31,12
02.04.03.013-7	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA+ INSPIRAÇÃO+EXPIRAÇÃO+ LATERAL)	R\$ 55,00	R\$ 14,32	R\$ 40,68
02.04.03.015-3	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA+ LATERAL)	R\$ 40,00	R\$ 9,50	R\$ 30,50
	<b>RESSONANCIA MAGNETICA</b>			
02.07.01.001-3	ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL	R\$ 600,00	R\$ 268,75	R\$ 331,25
02.07.03.001-4	RESSONANCIA MAGNÉTICA ABDOMEM SUPERIOR	R\$ 268,75	R\$ 268,75	R\$ 0,00
02.07.01.002-1	RESSONANCIA MAGNÉTICA DA ART. TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)	R\$ 268,75	R\$ 268,75	R\$ 0,00
02.07.03.002-2	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE BACIA / PELVE	R\$ 268,75	R\$ 268,75	R\$ 0,00
02.07.01.003-0	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL	R\$ 268,75	R\$ 268,75	R\$ 0,00
02.07.01.004-8	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 268,75	R\$ 268,75	R\$ 0,00

02.07.01.005-6	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORACICA	R\$ 268,75	R\$ 268,75	R\$ 0,00
02.07.01.006-4	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE CRANIO	R\$ 268,75	R\$ 268,75	R\$ 0,00
02.07.03.003-0	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R\$ 268,75	R\$ 268,75	R\$ 0,00
02.07.02.002-7	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R\$ 268,75	R\$ 268,75	R\$ 0,00
02.07.01.007-2	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE SELA TURCICA	R\$ 268,75	R\$ 268,75	R\$ 0,00
02.07.02.003-5	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE TORAX	R\$ 268,75	R\$ 268,75	R\$ 0,00
02.07.03.004-9	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA	R\$ 268,75	R\$ 268,75	R\$ 0,00
	CONTRASTE RESSONANCIA E TOMOGRAFIA	R\$ 100,00	R\$ 0,00	R\$ 100,00
	<b>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA</b>			
02.06.03.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 138,63	R\$ 138,63	R\$ 0,00
02.06.03.002-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 86,75	R\$ 86,75	R\$ 0,00
02.06.02.001-5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 86,75	R\$ 86,75	R\$ 0,00
02.06.01.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 86,76	R\$ 86,76	R\$ 0,00
02.06.01.002-8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 101,10	R\$ 101,10	R\$ 0,00
02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES	R\$ 86,75	R\$ 86,75	R\$ 0,00
02.06.03.003-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR	R\$ 138,63	R\$ 138,63	R\$ 0,00
02.06.02.002-3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRACO, MAO, COXA, PERNA, PE)	R\$ 86,75	R\$ 86,75	R\$ 0,00
02.06.01.006-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA	R\$ 97,44	R\$ 97,44	R\$ 0,00
02.06.02.003-1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	R\$ 136,41	R\$ 136,41	R\$ 0,00
02.06.01.007-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	R\$ 97,44	R\$ 97,44	R\$ 0,00
02.06.01.005-2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO	R\$ 86,75	R\$ 86,75	R\$ 0,00
	<b>ULTRASSONOGRAFIA</b>			
02.05.02.003-8	ULTRASSONOGRAFIA ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 70,00	R\$ 24,20	R\$ 45,80
02.05.02.007-0	ULTRASSONOGRAFIA BOLSA ESCROTAL	R\$ 70,00	R\$ 24,20	R\$ 45,80
02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 75,00	R\$ 37,95	R\$ 37,05
02.05.02.010-0	ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL)	R\$ 65,00	R\$ 24,20	R\$ 40,80
02.05.02.011-9	ULTRASSONOGRAFIA PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 250,00	R\$ 24,20	R\$ 225,80
02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRAFIA DO APARELHO URINARIO (RINS, URETERES, E BEXIGA. E NO SEXO MASC, PERMITE AVALIAÇÃO DO VOLUME DA PROSTATA)	R\$ 60,00	R\$ 24,20	R\$ 35,80
02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	R\$ 60,00	R\$ 24,20	R\$ 35,80
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA MÚSCULO TENDINOSO (ARTICULAÇÃO)	R\$ 70,00	R\$ 24,20	R\$ 45,80
02.05.02.143-0	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	R\$ 60,00	R\$ 24,20	R\$ 35,80
02.05.02.015-1	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R\$ 100,00	R\$ 39,60	R\$ 60,40
05.01.08.009-0	ULTRASSONOGRAFIA ÓRGÃO E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS	R\$ 60,00	R\$ 12,00	R\$ 48,00
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA PARTES MOLES	R\$ 50,00	R\$ 24,20	R\$ 25,80
02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA	R\$ 60,00	R\$ 24,20	R\$ 35,80
02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRAFIA TIREÓIDE	R\$ 80,00	R\$ 24,20	R\$ 55,80
02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	R\$ 65,00	R\$ 24,20	R\$ 40,80
02.05.01.059-0	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	R\$ 168,00	R\$ 42,90	R\$ 125,10
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO POR VASO (VERTEBRAL UNILATERAL)	R\$ 45,00	R\$ 39,60	R\$ 5,40
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (CARÓTIDAS UNILATERAL)	R\$ 45,00	R\$ 39,60	R\$ 5,40

02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS ( ARTERIAL M I UNILATERAL POR SEGMENTO) COM LAUDO	R\$ 50,00	R\$ 39,60	R\$ 10,40
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS ( VENOSO M I UNILATERAL POR SEGMENTO) COM LAUDO	R\$ 60,00	R\$ 39,60	R\$ 20,40
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ARTERIAL MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL COM LAUDO)	R\$ 140,00	R\$ 39,60	R\$ 100,40
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (VENOSO MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL COM LAUDO)	R\$ 140,00	R\$ 39,60	R\$ 100,40
SAUDE AUDITIVA				
02.11.07.027-0	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO P/ TRIAGEM AUDITIVA (TESTE DA ORELHINHA)	R\$ 70,00	R\$ 4,06	R\$ 65,94
CONFECÇÃO DE ÓCULOS				
07.01.04.005-0	FORNECIMENTO DE ÓCULOS DE GRAU, INCLUINDO A ARMAÇÃO E AS LENTES CORRETIVAS DE ACORDO COM A INDICAÇÃO MÉDICA	R\$ 106,62	R\$ 106,62	-----