



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CORONEL XAVIER CHAVES -  
ESTADO DE MINAS GERAIS**

Rua Padre Reis, Nº. 84, Centro. CEP 36.330-000  
saude@coronelxavierchaves.mg.gov.br  
CNPJ – 18.557.546/0001-03

**PROCESSO DE DISPENSA Nº 157/2024  
CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS CONSULTAS E EXAMES  
ESPECIALIZADOS Nº 53/2024**

Pelo presente instrumento, de um lado o **MUNICÍPIO DE CORONEL XAVIER CHAVES**, CNPJ 18.557.546/0001-03, com sede na Rua Padre Reis, 84, Centro, Coronel Xavier Chaves/MG, CEP: 36.330-000, neste ato representado por seu prefeito Fúvio Olímpio de Oliveira Pinto, CPF: \*\*\*\*\*, doravante denominado **CONTRATANTE** e do outro lado, o **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DAS VERTENTES - CISVER**, CNPJ N. 01.098.929/0001-68, com sede na Avenida Leite de Castro, 1344, Bairro: Fábricas, São João Del Rei - MG, neste ato representado por seu Presidente LESTER RESENDE DANTAS JÚNIOR, CPF: \*\*\*\*\*, residente e domiciliado na \*\*\*\*\*, doravante denominado **CONTRATADA**, tendo em vista o que dispõe a Constituição da República Federativa do Brasil, em especial os seus artigos 196 e seguintes, a Lei 8.080/90, o art. 3º, § 3º da Lei 8.142/90, as normas gerais da Lei 14.133/2021, a Lei 11.107/05, o Decreto Federal 6.017/07, Lei Mineira 18.036/09, Lei 13.709/2018, além das demais disposições gerais e regulamentares aplicáveis à espécie, e considerando que a licitação é **DISPENSADA**, nos termos do art. 2º, § 1º, III da Lei 11.107/05 c/c art. 18 do Decreto Federal 6.017/07, art. 75 inciso XI da Lei 14.133/2021, as partes acima identificadas celebram o presente **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**, que se regerá, além da legislação citada, pelas cláusulas seguintes:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO:**

O presente **CONTRATO** tem por objeto a execução, pela **CONTRATADA**, dos seguintes serviços:

**I** - Consultas, exames, procedimentos e cirurgias contemplados na cota do município consorciado, conforme anexos I (Plano de Trabalho) e II (Cota mensal do Município);

**II** – Consultas, exames, procedimentos e cirurgias especializadas que **não estejam contempladas na cota do município consorciado, conforme Anexo III (listagem de todos os procedimentos licitados pelo CISVER).**

**É facultado ao Município solicitar a inclusão ou substituição de procedimentos que não estejam relacionados no Anexo II (cota mensal), desde que e os referidos procedimentos estejam previstos na relação constante no Anexo III (listagem de todos os procedimentos licitados pelo CISVER) e não altere o valor contratado.**

§ 1º. Os serviços serão distribuídos e utilizados de acordo com as regras pré-estabelecidas pela **CONTRATADA**, dentro dos valores constantes neste contrato (teto financeiro), de acordo com a demanda do **CONTRATANTE**, que através de relatórios acompanhará a execução dos mesmos, tudo de acordo em conformidade com as normas do Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 2º. Mediante termo aditivo, e de acordo com a capacidade operacional da **CONTRATADA**, o **CONTRATANTE** poderá, considerando suas necessidades, fazer acréscimo ou supressão de até 25% (vinte e cinco por cento) nos valores limites desse **CONTRATO**, durante o período de sua vigência, incluídas as prorrogações e renovações, mediante justificativas aprovadas pelo Secretário de Saúde ou outra autoridade competente.

**CLÁUSULA SEGUNDA – NORMAS GERAIS:**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CORONEL XAVIER CHAVES -  
ESTADO DE MINAS GERAIS**

Rua Padre Reis, Nº. 84, Centro. CEP 36.330-000  
saude@coronelxavierchaves.mg.gov.br  
CNPJ – 18.557.546/0001-03

Os serviços ora contratados serão prestados diretamente por profissionais e prestadores de serviço da **CONTRATADA**.

§ 1º. Para os efeitos deste **CONTRATO**, consideram-se profissionais e prestadores de serviços da **CONTRATADA**:

**I** - o membro do seu corpo de profissionais;

**II** - o profissional que tenha vínculo de empregado com a **CONTRATADA**;

**III** - o profissional autônomo e/ou empresa que presta serviços à **CONTRATADA**;

**IV** - o profissional/empresa credenciado pela **CONTRATADA** para execução do objeto deste **CONTRATO**, em caso de ausência de profissional da área na sede da **CONTRATADA**.

§ 2º. A **CONTRATADA** não poderá cobrar do paciente ou de seu acompanhante qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços prestados nos termos deste **CONTRATO**.

§ 3º. A **CONTRATADA** responsabilizar-se-á por qualquer cobrança indevida, feita ao paciente ou seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste **CONTRATO**.

§ 4º. Sem prejuízo do acompanhamento da fiscalização e da normatividade suplementar exercidos pelo **CONTRATANTE** sobre a execução do objeto deste **CONTRATO**, o mesmo reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS, decorrente da Legislação da Saúde.

§ 5º. É de responsabilidade exclusiva e integral da **CONTRATADA** a utilização de pessoal para execução do objeto deste **CONTRATO**, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes do vínculo empregatício cujo ônus e obrigações, em nenhuma hipótese, poderão ser transferidos para o **CONTRATANTE**.

§ 6º. A **CONTRATADA**, na hipótese de atraso superior a 10 (dez) dias da data prevista para pagamento devido pelo **CONTRATANTE**, ela poderá, de pleno direito, suspender todos os atendimentos dos pacientes amparados pelo SUS, imediatamente; ressalvadas as situações de calamidade pública ou grave ameaça da ordem interna ou as situações de urgência e emergência.

**CLAUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO:**

Para o cumprimento do objeto deste **CONTRATO**, a **CONTRATADA** se obriga a oferecer ao paciente todo recurso necessário ao seu atendimento e, ainda a:

**I** – manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e os arquivos médicos;

**II** – atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços;

**III** – justificar ao paciente, ou a seu responsável, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato previsto no **CONTRATO**;

**IV** – notificar o **CONTRATANTE** de quaisquer ocorrências relevantes que envolva a execução dos objetos deste **CONTRATO**.

**CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE:**

Constituem obrigações do **CONTRATANTE**:

**I** – efetivar, com exclusividade, o controle e distribuição da utilização dos serviços contratados, dentro dos valores estabelecidos neste **CONTRATO**;

**II** – efetivar, para o atendimento do usuário, a devida marcação no(s) sistema(s) disponibilizado(s) pela **CONTRATADA**, com a antecedência estabelecida;



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CORONEL XAVIER CHAVES -  
ESTADO DE MINAS GERAIS**

Rua Padre Reis, Nº. 84, Centro. CEP 36.330-000  
saude@coronelxavierchaves.mg.gov.br  
CNPJ – 18.557.546/0001-03

**III** – remanejar ou interromper as marcações em caso de utilização total dos valores estabelecidos neste CONTRATO, sob pena de arcar, inconteste, com as diferenças apuradas;

**IV** – comunicar ao **CONTRATADO** quanto a qualquer problema ou ocorrência na prestação dos serviços;

**V** – manter em rigorosa pontualidade os pagamentos;

**VI** – providenciar as dotações orçamentárias, reservas e empenhos necessários à fiel contraprestação deste CONTRATO.

**CLÁUSULA QUINTA – DO PREÇO:**

O **CONTRATANTE** pagará à **CONTRATADA**, durante o prazo de vigência do contrato, pelos serviços efetivamente prestados, a importância total de **R\$100.000,00 (cem mil reais)**, quantia essa a ser paga de acordo com a utilização dos serviços, através de débito automático na conta do Município, Banco do Brasil S.A, Agência: 0162-7, Conta Corrente:30077-2, no dia 30 (trinta), ou no último dia útil anterior a este, referente a cota que o **CONTRATANTE** (Município) tem direito, conforme anexos I e II.

§ 1º. O valor estipulado nesta Cláusula será pago em 2 (duas) parcelas, de acordo com a utilização dos serviços e a demanda mensal do **CONTRATANTE**.

§2º. A parcela relativa ao mês de dezembro de 2024, será paga excepcionalmente no dia 20, considerando a necessidade de fechamento das contas do Consórcio e conseqüentemente dos Municípios integrantes do CISVER.

§ 3º. É facultado ao Contratante, de acordo com a utilização dos serviços, executar o contrato em menos parcelas, do que as estipuladas no Parágrafo Primeiro.

§ 4º O valor citado no caput do artigo, será pago de acordo com a utilização do Município. Tais valores poderão ser utilizados também, no pagamento dos procedimentos de urgência que já foram realizados e o Município não tinha saldo suficiente.

§ 5º. Caso o Município não utilize toda sua cota do mês, o valor financeiro restante, será repactuado pelo gestor do Município, para ser utilizado nos meses subsequentes.

O **CONTRATANTE** acompanhará a execução através de relatórios encaminhados pela **CONTRATADA**, sendo do **CONTRATANTE** a responsabilidade exclusiva pelo controle de gastos mensais e globais deste **CONTRATO**.

**CLÁUSULA SEXTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

As despesas decorrentes do presente **CONTRATO** correrão a conta da Dotação Orçamentária:

UNID ORÇAMENTARIA	02.007.002	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNÇÃO	10	SAÚDE
SUFUNÇÃO	302	ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL
PROGRAMA	1010	AÇÕES EM SERVIÇOS DE SAÚDE DIVERSOS
PROJ/ATIVIDADE	2.296	MANUT ATIV PRESTAÇÃO SERVIÇOS SAÚDE - CISVER
CONTA	3.3.93.39.00	OUTROS SERVIÇOS TERCEIROS – P. JURÍDICA
FONTE	1.500.00/ 2.500.00	RECURSOS NÃO VINCULADOS DE IMPOSTOS
FICHA	498	



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CORONEL XAVIER CHAVES -  
ESTADO DE MINAS GERAIS**

Rua Padre Reis, Nº. 84, Centro. CEP 36.330-000  
saude@coronelxavierchaves.mg.gov.br  
CNPJ – 18.557.546/0001-03

**CLÁUSULA SÉTIMA – DA APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS**

O preço estipulado neste CONTRATO será pago da seguinte forma:

I – o **CONTRATANTE** pagará à **CONTRATADA** o valor estipulado na cota descrita no Anexo II ou de acordo com a utilização dos serviços, considerando que o Contratante poderá utilizar os serviços constantes no Anexo III, referente ao documento de cobrança/nota fiscal, nos termos da cláusula quinta deste instrumento, sob pena de suspensão imediata dos serviços, objeto deste contrato, por falta de recursos custeadores das operações;

II – Os relatórios de prestação de serviços serão entregues no mês subsequente, após o fechamento total. Ocorrendo erro, falha ou falta de processamento dos relatórios de prestação de serviços por culpa do **CONTRATANTE (Município)**, este garantirá à **CONTRATADA** o pagamento, no prazo avençado pelos valores do mês relativo aos serviços realizados, acertando-se as diferenças que houver no pagamento seguinte, mas ficando o **CONTRATANTE** exonerado do pagamento de multas e sanções financeiras.

III – os relatórios rejeitados por questionamentos concernentes ao mérito serão objetos de análise pelos órgãos de avaliação e controle da **CONTRATADA** (Consórcio) e **CONTRATANTE** (Município).

**CLÁUSULA OITAVA – DO REAJUSTE DO PREÇO:**

Os valores estipulados na Cláusula Sexta poderão ser reajustados pelo CISVER, em caso de ocorrência de fatores supervenientes que abalem o equilíbrio financeiro ou afetem a regular disponibilização dos serviços aqui contratados, observando-se as normas gerais da Lei Federal de Licitações e Contratos Administrativos, além de Fato do Príncipe, como mudança na Tabela SUS e os preços praticados no mercado advindos principalmente de novas licitações.

Parágrafo único. Os reajustes dependerão de Termo Aditivo, inclusive na ocorrência de Fato do Príncipe, sendo necessário anotar no processo administrativo a origem e autorização do reajuste, bem como dos respectivos cálculos e cópia da ATA que contiver os registros da deliberação do assunto, quando cabíveis.

**CLÁUSULA NONA – DO CONTROLE, AVALIAÇÃO, VISTORIA E FISCALIZAÇÃO:**

A execução do presente **CONTRATO** será avaliada pelos órgãos competentes, mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste **CONTRATO**, e de quaisquer outros dados necessários ao controle e avaliação dos serviços prestados.

§ 1º. Sob critérios definidos em normatização complementar, poderá, em casos específicos, ser realizada auditoria especializada, com a concordância de ambas as partes.

§ 2º. Anualmente, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data do término deste **CONTRATO**, se for do interesse das partes prorrogarem sua vigência, ou renová-lo, o **CONTRATANTE** poderá vistoriar as instalações da **CONTRATADA** para verificar se persistem as mesmas condições técnicas básicas comprovadas por ocasião da assinatura deste **CONTRATO**.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CORONEL XAVIER CHAVES -  
ESTADO DE MINAS GERAIS**

Rua Padre Reis, Nº. 84, Centro. CEP 36.330-000  
saude@coronelxavierchaves.mg.gov.br  
CNPJ – 18.557.546/0001-03

§ 3º. Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operacional da **CONTRATADA** poderá ensejar a não prorrogação deste **CONTRATO** ou a revisão das condições ora estipuladas.

§ 4º. A fiscalização exercida pelo **CONTRATANTE** sobre os serviços ora contratados, não eximirá a **CONTRATADA** da sua plena responsabilidade perante o **CONTRATANTE** ou para com os pacientes e terceiros, decorrentes de culpa ou dolo na execução do **CONTRATO**.

§ 5º. A **CONTRATADA** facilitará ao **CONTRATANTE** o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que forem solicitados pelos servidores do **CONTRATANTE**, designados para tal fim, com prazo de no mínimo, 30 (trinta) dias.

§ 6º. Em qualquer hipótese é assegurado à **CONTRATADA** amplo direito de defesa, nos termos das normas gerais da Lei Federal de Licitações e Contratos Administrativos.

**CLÁUSULA DÉCIMA – DA RESCISÃO:**

Constituem motivos para rescisão do presente **CONTRATO** o não cumprimento de quaisquer de suas cláusulas e condições, bem como os motivos previstos na legislação referente a licitações e contratos administrativos, sem prejuízo da multa prevista na Cláusula anterior.

§ 1º. Em caso de rescisão contratual, se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo à população, será observado o prazo de 30 (trinta) dias antes que cesse definitivamente a prestação dos serviços, respondendo cada parte por suas obrigações contratuais e legais.

§ 2º. Da decisão do Prefeito Municipal que rescindir o presente **CONTRATO**, cabe inicialmente pedido de reconsideração, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, a contar da intimação do ato.

§ 3º. Sobre o pedido de reconsideração formulado nos termos do parágrafo antecedente, o Prefeito Municipal, deverá manifestar-se no prazo de quinze (15) dias e poderá, ao recebê-lo, atribuir-lhe eficácia suspensiva, desde que o faça motivadamente diante de razões de interesse público.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO:**

A duração do presente **CONTRATO** será de 07/11/2024 até o dia 31/12/2024, podendo ser prorrogado mediante Termo Aditivo, nos termos do art. 111 da Lei 14.133/2021 e alterações posteriores.

§ 1º. A parte que não se interessar pela prorrogação contratual deverá comunicar o fato à outra parte, por meio escrito, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias.

§ 2º. O termo de prorrogação contratual, de celebração obrigatória, será acompanhado, de forma facultativa, do Termo de Vistoria, conforme o dispositivo do § 2º da Cláusula Décima, e fará parte integrante deste **CONTRATO**.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DAS ALTERAÇÕES:**

Qualquer alteração no presente **CONTRATO** será objeto de Termo Aditivo, na forma da legislação referente às licitações e contratos administrativos, excetuando-se o dispositivo da Cláusula Nona.

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS:**

Os ajustes logísticos e operacionais deste **CONTRATO** são definidos pela **CONTRATADA** através de participação efetiva do **CONTRATANTE** por meio de reuniões periódicas realizadas com



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CORONEL XAVIER CHAVES -  
ESTADO DE MINAS GERAIS**

Rua Padre Reis, Nº. 84, Centro. CEP 36.330-000  
saude@coronelxavierchaves.mg.gov.br  
CNPJ – 18.557.546/0001-03

os Secretários de Saúde e Prefeitos Municipais de todos os municípios consorciados à  
**CONTRATADA.**

**CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DO FORO:**

As partes elegem o Foro do Município de São João del Rei/MG, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir questões oriundas do presente **CONTRATO** que não puderem ser resolvidas pela parte, pelo Presidente do Consórcio ou ainda pela Assembleia Geral/Conselho de Prefeitos.

E, por estarem as partes justas e contratadas, firmam o presente **CONTRATO** em 03 (três) vias de igual teor e forma para um único efeito, na presença de 02 (duas) testemunhas, abaixo assinados.

Coronel Xavier Chaves/MG, 07 de novembro de 2024.

\_\_\_\_\_  
**CISVER**  
**Lester Rezende Dantas Júnior**  
**PRESIDENTE DO CISVER**

\_\_\_\_\_  
**MUNICÍPIO DE CORONEL XAVIER**  
**CHAVES**  
**Fúvio Olímpio de Oliveira Pinto**  
**PREFEITO MUNICIPAL**

Testemunha  
Nome \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

Testemunha  
Nome \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CORONEL XAVIER CHAVES -  
ESTADO DE MINAS GERAIS**

Rua Padre Reis, Nº. 84, Centro. CEP 36.330-000  
saude@coronelxavierchaves.mg.gov.br  
CNPJ – 18.557.546/0001-03

**ANEXO I  
PLANO DE TRABALHO**

**ENTIDADE PROPONENTE – CISVER – CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DAS VERTENTES, CNPJ Nº01.098.929/0001-68**

**ENDEREÇO: Av. Leite de Castro, 1344, Bairro Fábricas,**

**MUNICÍPIO: São João Del Rei – MG – CEP: 36. TEL.: (32)3372-1011**

**CONTA-CORRENTE: 64.316-5 ; BANCO: DO BRASIL AG:0162-7**

**NOME DO RESPONSÁVEL LEGAL: Lester Rezende Dantas Júnior– Presidente do CISVER**

**I - OBJETO:** Estabelecer as bases de cooperação para a realização de Consultas, exames, procedimentos e cirurgias contemplados na cota do Município consorciado, conforme anexo II, visando garantir aos usuários do Sistema Único de Saúde acesso a procedimentos de média e alta complexidade não existentes em seus Municípios.

Nesse sentido o CISVER, busca ampliar e fortalecer as ações no setor de saúde dos Municípios consorciados, permitindo a racionalização do investimento, através da cooperação e parcerias entre as Prefeituras Municipais, promovendo a saúde dos habitantes e consolidando o Sistema Único de Saúde – SUS.

**II - DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES:**

Os serviços serão distribuídos e utilizados de acordo com as regras pré-estabelecidas pelo CISVER, **dentro dos valores estabelecidos neste contrato (teto financeiro)**, de acordo com a demanda do MUNICÍPIO, que através de relatórios acompanhará a execução dos mesmos, tudo de acordo com as normas do Sistema Único de Saúde - SUS.

**III - NATUREZA DAS DESPESAS**

**DESPESAS CORRENTES**

Material Médico Hospitalar (gel, algodão, gaze, água destilada, lençol descartável, pasta gel, eletrodo, abaixador de língua, luvas descartáveis, pinça, campo cirúrgico, teste biológico para autoclave, fios para eletroencefalograma, material para otorrino, etc.)

Medicamentos

Conservação e Higienização terceirizada da Clínica com locação de equipamentos e produtos

Manutenção e Reparo de Equipamentos

Manutenção e Reparos da Clínica de Diagnóstico do CISVER

Peças para reposição de equipamentos da Clínica

Confecção de bloco de receituário, impressos, prontuários, triagem, cartões de pacientes, folders, pastas e outros

Toner para impressora da Clínica

Manutenção de impressoras da Clínica

Capacitação dos profissionais

Estagiários de Enfermagem

Despesas de Bancos



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CORONEL XAVIER CHAVES -  
ESTADO DE MINAS GERAIS**

Rua Padre Reis, Nº. 84, Centro. CEP 36.330-000  
saude@coronelxavierchaves.mg.gov.br  
CNPJ – 18.557.546/0001-03

Possíveis reembolsos Obrigações Tributárias e contributivas Sistema de agendamento de consultas e exames SERVIÇOS MÉDICOS TERCERIZADOS PRESTADOS AOS MUNICÍPIOS	
<b>TOTAL DESPESAS CORRENTES (MÊS)</b>	<b>R\$100.000,00</b>

**IV - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO FINANCEIRO**

**Repasse Mensal Estimado** – novembro e dezembro 2024 – (de acordo com o que foi utilizado pelo Município) por mês.

Coronel Xavier Chaves/MG, 07 de novembro de 2024.

**CISVER**

Lester Rezende Dantas Júnior  
PRESIDENTE DO CISVER

**MUNICÍPIO DE CORONEL XAVIER  
CHAVES**

Fúvio Olímpio de Oliveira Pinto  
PREFEITO MUNICIPAL

Testemunha

Nome \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Testemunha

Nome \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**ANEXO II - CORONEL XAVIER CHAVES**

**CONTRATO NOVO NO VALOR DE R\$ 100.000,00**

**VALOR DESTINADO AOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS: R\$ 20.000,00**

ANGIOPLASTIA CORONARIANA IMPLANTE DOIS STENT - ANGIOPLASTIA CORONARIANA COM IMPLANTE DE DOIS STENTS COM TODO O MATERIAL INCLUÍDO (STENT PARA ARTÉRIA CORONÁRIA, FIO GUIA PARA ANGIOPLASTIA, CATETER GUIA, CATETER BALÃO, INTRODUTOR VALVULADO COM INTERNAÇÃO E CTI)

ANGIOPLASTIA CORONARIANA IMPLANTE DE STENT - ANGIOPLASTIA CORONARIANA COM IMPLANTE DE STENT COM TODO O MATERIAL INCLUÍDO (STENT PARA ARTÉRIA CORONÁRIA, FIO GUIA PARA ANGIOPLASTIA, CATETER GUIA, CATETER BALÃO, INTRODUTOR VALVULADO COM INTERNAÇÃO E CTI)

CIRURGIA ORTOPÉDICA 1 SÃO JOÃO DEL REI PARA ATENDIMENTO EM SÃO JOÃO DEL REI (ATENDIMENTO 24 HORAS) - REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DE LESÃO FISARIA-RIQ DOS METATARSIANOS; REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DE LUXAÇÃO DE TORNOZELO; REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DE DIAFISÁRIA DA TÍBIA; REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DOS OSSOS DO TARSO; REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA OU LESÃO FISARIA DO JOELHO; REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DE LUXAÇÃO OU FRATURA LUXAÇÃO DO JOELHO; REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DE LESÃO FISARIA NO PUNHO; REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DA DIAFISE DO ÚMERO; REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DOS METACARPÍANOS; REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISÁRIA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO; REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO OU FRATURA LUXAÇÃO NO PUNHO

CIRURGIA ORTOPÉDICA 2 SÃO JOÃO DEL REI PARA ATENDIMENTO EM SÃO JOÃO DEL REI (ATENDIMENTO 24 HORAS) - REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO DE FRATURA DO COTOVELO; TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO; TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS POLIARTROPATIAS INFLAMATÓRIAS; TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DOS OSSOS DO CARPO

CIRURGIA ORTOPÉDICA 3 SÃO JOÃO DEL REI ATENDIMENTO 24 HORAS EM SÃO JOÃO DEL REI - TRATAMENTO DE POLINEUROPATIAS; TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR/ TRIMALEOLAR DA FRATURA DO TORNOZELO; TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO ÚMERO; TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRAÇO

CIRURGIA ORTOPÉDICA 4 SÃO JOÃO DEL REI PARA ATENDIMENTO EM SÃO JOÃO DEL REI (ATENDIMENTO 24 HORAS) TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA PROXIMAL (COLO) DO FÊMUR (SÍNTESE); TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA; TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FÊMUR

CIRURGIA ORTOPÉDICA 5 SÃO JOÃO DEL REI (24 H) ATENDIMENTO 24 HORAS RETIRADA DE PLACA E PARAFUSOS

CIRURGIA ORTOPÉDICA 6 SÃO JOÃO DEL REI (24 H) PARA ATENDIMENTO 24 HORAS EM SÃO JOÃO DEL REI ARTRODESE DE MEDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR/ TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DO PÉ/ TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO AO NÍVEL DO JOELHO

CIRURGIA ORTOPÉDICA 7 SÃO JOÃO DEL REI (24 H) PARA ATENDIMENTO 24 HORAS EM SÃO JOÃO DEL REI ARTROPLASTIA DE QUADRIL (NÃO CONVENCIONAL) / ARTROPLASTIA DE REVISÃO OU RECONSTRUÇÃO DO QUADRIL/ ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO QUADRIL CIMENTADA /TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO COXOFEMORAL TRAUMÁTICA / PÓS-ARTROPLASTIA

CIRURGIA ORTOPÉDICA 8 SÃO JOÃO DEL REI (24 H) CIRURGIA ORTOPÉDICA 8 PARA ATENDIMENTO 24 HORAS SÃO JOÃO DEL REI ARTROPLASTIA DE JOELHO (NÃO CONVENCIONAL) /ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO - REVISÃO / RECONSTRUÇÃO / ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO JOELHO/ARTROPLASTIA UNI COMPARTIMENTAL PRIMARIA DO JOELHO

CIRURGIA ORTOPÉDICA 09 SJDR PARA ATENDIMENTO EM SÃO JOÃO DEL REI - (ARTRODESE DE GRANDES ARTICULAÇÕES ESCAPULO-LO- TORÁDICAS/ ARTROPLASTIA ESCAPULO UMERAL (NÃO CONVENCIONAL)/ ARTROPLASTIA ESCAPULO UMERAL PARCIAL/ ARTROPLASTIA ESCAPULO UMERAL TOTAL - REVISÃO / RECONSTRUÇÃO) / REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)/ VIDEOARTROSCOPIA / TENORRAFIA ÚNICA EM TÚNEL OSTEÓFIBROSO/ TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SÍNDROME DO IMPACTO SUB ACROMIAL/ TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SÍNDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEÓFIBROSO AO NÍVEL DO CARPO

CIRURGIA ORTOPÉDICA 10 SJDR PARA ATENDIMENTO EM SÃO JOÃO DEL REI - (TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO ESTERNO-CLAVICULAR/ TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO RECIDIVANTE / HABITUAL DE ARTICULAÇÃO ESCAPULO UMERAL/ TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA)

CIRURGIA ORTOPÉDICA 11 SJDR PARA ATENDIMENTO EM SÃO JOÃO DEL REI - (ARTRODESE DE MÉDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR/ ARTROPLASTIA DE ARTICULAÇÃO DA MÃO/ARTROPLASTIA DE CABEÇA DO RÁDIO/ ARTROPLASTIA DE PUNHO/ARTROPLASTIA TOTAL DE COTOVELO (REVISÃO / RECONSTRUÇÃO)

CIRURGIA ORTOPÉDICA 12 SÃO JOÃO DEL REI PARA ATENDIMENTO EM SÃO JOÃO DEL REI (RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR) / RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR C/ OU S/ ANTERIOR) / TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO AGUDA CAPSULO LIGAMENTAR MEMBRO INFERIOR (JOELHO / TORNOZELO)

CIRURGIA ORTOPÉDICA 13 (PARA ATENDIMENTO EM BH) - reconstrução de tendão, para atendimento em Belo Horizonte

CIRURGIA ORTOPÉDICA 14 - tenoplastia de tendão, para atendimento em SÃO JOÃO DEL REI

CIRURGIA ORTOPÉDICA 15 - Desbridamento em ortopedia/ debridamento de úlcera/ de tecidos desvitalizados

CIRURGIA ORTOPÉDICA 16 SJDR - MICRONEURÓLISE DE NERVO PERIFÉRICO PARA ATENDIMENTO EM SÃO JOÃO DEL REI

CIRURGIA ORTOPÉDICA 17 - REALINHAMENTO DE MECANISMO EXTENSOR DOS DEDOS DA MÃO /TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RÁDIO E/OU DA ULNA/ TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO DA MUSCULATURA INTRÍNSECA DA MÃO/ TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE , RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO, PERDA ÓSSEA DA MÃO/ TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA, DESINSERÇÃO, ARRANCAMENTO CAPSULO-TENO-LIGAMENTAR NA MÃO/ TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA, LESÃO FISARIA DAS FALANGES DA MÃO (COM FIXAÇÃO) PARA ATENDIMENTO NO PRESTADOR

CIRURGIA ORTOPÉDICA 18 - CIRURGIA ORTOPÉDICA 18 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL PARA ATENDIMENTO NO PRESTADOR

CIRURGIA ORTOPÉDICA 19 - RECONSTRUÇÃO DE TENDÃO PATELAR / TENDÃO QUADRICIPITAL PARA ATENDIMENTO NO PRESTADOR

CIRURGIA ORTOPÉDICA 20 SÃO JOÃO DEL REI - AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE UM DEDO EM ORTOPEDIA - PARA ATENDIMENTO EM SÃO JOÃO DEL REI

CIRURGIA ORTOPÉDICA 21 SÃO JOÃO DEL REI - AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE MAIS DE UM DEDO EM ORTOPEDIA - PARA ATENDIMENTO EM SÃO JOÃO DEL REI

CIRURGIA GERAL 3 - enxerto de mucosa, com anestesia e internação

CIRURGIA GERAL ADULTO 1 SÃO JOÃO DEL REI PARA ATENDIMENTO EM SÃO JOÃO DEL REI HERNIOPLASTIA INCISIONAL, INGUINAL / CRURAL, UMBILICAL

CIRURGIA GERAL ADULTO 2 SÃO JOÃO DEL REI EXTIRPAÇÃO E SUPRESSÃO DE LESÃO DE PELE / EXERESE DE CISTO TIREOGLOSSO / EXERESE DE PAPILOMA EM LARINGE (CIRURGIAS COM ANESTESIA)

CIRURGIA GERAL ADULTO 3 SÃO JOÃO DEL REI PARA ATENDIMENTO EM SÃO JOÃO DEL REI COLECISTECTOMIA POR VÍDEO

CIRURGIA GERAL ADULTO 4 SÃO JOÃO DEL REI COLECISTECTOMIA ABERTA

CIRURGIA GERAL ADULTO 5 SÃO JOÃO DEL REI HEMORROIDECTOMIA

CIRURGIA GERAL ADULTO 6 - FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL / FECHAMENTO DE FISTULA DE RETO ( SÃO JOÃO DEL REI)
CIRURGIA GERAL ADULTO 7 - APENDICECTOMIA ( BARROSO)
CIRURGIA GERAL ADULTO 8 - APENDICECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA ( SÃO JOÃO DEL REI)
CIRURGIA UROLOGICA 1 PARA ATENDIMENTO EM SÃO JOÃO DEL REI URETEROLITOTRIPSIA + COLOCAÇÃO DE DUPLO JOTA - NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA
CIRURGIA UROLOGICA 2 PARA ATENDIMENTO EM SÃO JOÃO DEL REI CIRURGIA PARA INCONTINÊNCIA URINARIA FEMININA / RTU-BEXIGA
CIRURGIA UROLOGICA 3 - PIELOPLASTIA / REIMPLANTE URETRAL / COLOCAÇÃO DE CATETER DUPLO J (MATERIAL INCLUÍDO) SÃO JOÃO DEL REI
CIRURGIA UROLOGICA 4 SÃO JOÃO DEL REI PARA ATENDIMENTO EM SÃO JOÃO DEL REI FISTULA VESICO VAGINAL, RETIRADA DE CATETER DUPLO J
CIRURGIA UROLOGICA 5 SÃO JOÃO DEL REI PARA ATENDIMENTO EM SÃO JOÃO DEL REI NEFRECTOMIA / NEFROLITOTOMIA / PROSTATECTOMIA / RTU - PRÓSTATA
CIRURGIA UROLOGICA 6 SÃO JOÃO DEL REI - Nefrolitotripsia Flexível Com Laser Com Colocação De Cateter Duplo J (Com Todo Material Incluso)
CIRURGIA UROLOGICA 7 (SÃO JOÃO DEL REI) - CORREÇÃO CIRÚRGICA DE VARICOCELE; CORREÇÃO CIRÚRGICA DE HIDROCELE; ORQUIECTOMIA; EXÉRESE DE CISTO DE EPIDÍDIMO; EXÉRESE DE CISTO DE CORDÃO ESPERMÁTICO; EXPLORAÇÃO CIRÚRGICA DE DUCTO DEFERENTE; FALOPLASTIA; POSTECTOMIA (ADULTO); PIELOPLASTIA (ADULTO) ORQUIDOPEXIA; CISTOLITOTRIPSIA; ORQUIECTOMIA, PARA ATENDIMENTO NO PRESTADOR
CIRURGIA UROLOGICA 8 SÃO JOÃO DEL REI PARA ATENDIMENTO EM SÃO JOÃO DEL REI RTU - PRÓSTATA (COM TODO O MATERIAL INCLUÍDO)
CIRURGIA UROLÓGICA 10 -TRATAMENTO URETROPLASTIA / PIELOPLASTIA (PEDIÁTRICA)
CIRURGIA UROLÓGICA 11 - HIPOSPÁDIA
CIRURGIA UROLÓGICA 12 - URETROPLASTIA ANTERIOR
CIRURGIA UROLÓGICA 13 - IMPLANTE DE SLING PARA INCONTINENCIA URINÁRIA/ TRATAMENTO DE URETROPLASTIA/ COLPOPERINEORRAFIA/ PIELOPLASTIA
CIRURGIA OBSTÉTRICA - CURETAGEM, SEMIÓTICA C/ OU S/ DILATAÇÃO DO ÚTERO / CURETAGEM PÓS-ABORTAMENTO / PUERPERAL
CIRURGIA DE LAQUEADURA TUBÁRIA ( BARROSO)
CIRURGIA DE VIAS AEREAS 1 - amigdalectomia com adenoidectomia (JUIZ DE FORA) pediátrica
CIRURGIA DE VIAS AEREAS 2 - adenoidectomia ( JUIZ DE FORA) pediátrica
CIRURGIA DE VIAS AEREAS 3 - amigdalectomia (JUIZ DE FORA) pediátrica
PET TC JUIZ DE FORA
PROCEDIMENTOS DE CIRURGIA PLÁSTICA 3 SÃO JOÃO DE REI - PROCEDIMENTOS DE CIRURGIA PLÁSTICA, NÃO ESTÉTICOS (EXCISAO DE EXTENSOS FERIMENTOS, LESOES OU TUMORES DE PELE COM NECESSIDADE DE RETALHO LOCAL E/OU ENXERTO DE PELE) – COM SEDAÇÃO – PARA ATENDIMENTO EM SÃO JOÃO DEL REI
TRATAMENTO DE VARIZES BILATERAL BARROSO
TRATAMENTO DE VARIZES UNILATRAL BARROSO
CORREÇÃO CIRÚRGICA DE LAGOFTALMO
TRABECULECTOMIA

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO
FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL
IMPLANTE SECUNDARIO DE LENTE INTRA-OCULAR – LIO
EXPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR
CIRURGIA OOFORRECTOMIA UNILATERAL (BOM SUCESSO)
Órteses, próteses e materiais especiais (referente aos procedimentos da tabela SUS do GRUPO 07: PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE - ORTESE, PROTESE E MATERIAIS ESPECIAIS -SUB GRUPO 02: ORTESE, PROTESE E MATERIAIS ESPECIAIS RELACIONADOS AO ATO CIRÚRGICO credenciados pelo prestador conforme constam na ata de credenciamento)
PROCEDIMENTOS CIRURGICO UROLÓGICOS VASECTOMIA (BOM SUCESSO)
<b>VALOR DESTINADO AOS PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA: R\$ 55.000,00</b>
ATENDIMENTO DE ORTOPEDIA 1( INFILTRAÇÃO)
ATENDIMENTO DE ORTOPEDIA 2 (BOTA GESSADA/ CURATIVO)
ATENDIMENTO DE ORTOPEDIA 3 (LUVA GESSADA/ CURATIVO)
ATENDIMENTO DE ORTOPEDIA 5 ( RETIRADA DE PONTOS/ RETIRADA DE GESSO
ANGIOTOMOGRAFIA 1 - Tórax; Abdome; Crânio; Região Cervical
BIÓPSIA DE PRÓSTATA SOB SEDAÇÃO EM SÃO JOÃO DEL REI
CISTOSCOPIA
COLONOSCOPIA
DENSITOMETRIA ÓSSEA
DOPPLER ARTERIAL/ VENOSO/ CARÓTIDAS
ECOCARDIOGRAMA BIDIMENSIONAL C/ DOPPLER
ECOCARDIOGRAMA PEDIÁTRICO C/ DOPPLER
PROCEDIMENTO EM OTORRINOLARINGOLOGIA 1 – Videolaringoscopia / Videonasofibroscopia
PROCEDIMENTO EM OTORRINOLARINGOLOGIA 2 - Audiometria tonal (aérea e óssea) OTORRINOLARINGOLOGISTA
PROCEDIMENTO EM OTORRINOLARINGOLOGIA 3 - Audiometria vocal (SRT)
PROCEDIMENTO EM OTORRINOLARINGOLOGIA 4 – Impedanciometria
ENDOSCOPIA DIGESTIVA C TESTE DE UREASE
CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE ESTRESSE (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)
CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE REPOUSO (MINÍMO 3 PROJEÇÕES)
CINTILOGRAFIA DE OSSOS COM OU SEM FLUXO SANGUÍNEO (CORPO INTEIRO)
CATETERISMO
COLONOSCOPIA COM POLIPECTOMIA
MAMOGRAFIA
MAPA
HOLTER
CORE BIÓPSIA DE MAMA
PAAF DE TIREOIDE
RAIO X
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
RETOSSIGMOIDOSCOPIA RÍGIDA
TESTE ERGOMÉTRICO

TOMOGRAFIA
ULTRASSONOGRAFIA (MAMA)
ULTRASSONOGRAFIA (DIVERSAS)
ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICO 1º TRIMESTRE
ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICO 2º TRIMESTRE
PROCEDIMENTO DERMATOLÓGICO
ELETROENCEFALOGRAMA
Diagnóstico em laboratório clínico (referente aos procedimentos da tabela SUS do GRUPO 02: PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA - SUB GRUPO 02: DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO credenciados pelo prestador conforme constam na ata de credenciamento)
Ações relacionadas ao atendimento (referente aos procedimentos da tabela SUS do GRUPO 08: AÇÕES COMPLEMENTARES DE ATENÇÃO À SAÚDE - SUB GRUPO 02: AÇÕES RELACIONADAS AO ATENDIMENTO credenciados pelo prestador conforme constam na ata de credenciamento)
Procedimentos clínicos - Em Fisioterapia (referente aos procedimentos da tabela SUS do GRUPO 03: PROCEDIMENTOS CLÍNICOS - SUB GRUPO 02: FISIOTERAPIA credenciados pelo prestador conforme constam na ata de credenciamento)
Procedimentos clínicos - Em Nefrologia (referente aos procedimentos da tabela SUS do GRUPO 03: PROCEDIMENTOS CLÍNICOS - SUB GRUPO 05: TRATAMENTO EM NEFROLOGIA credenciados pelo prestador conforme constam na ata de credenciamento)
<b>PROCEDIMENTOS CLÍNICOS - referente aos procedimentos da tabela SUS do GRUPO 03: PROCEDIMENTOS CLÍNICOS SUB GRUPO 08: Tratamento de lesões, envenenamentos e outros, decorrentes de causas externas</b>
<b>VALOR DESTINADO ÀS CONSULTAS ESPECIALIZADAS: R\$ 25.000,00</b>
ANGIOLOGIA
ALERGISTA COM TESTE ALERGICO
CARDIOLOGIA
CIRURGIÃO GERAL ADULTO
DERMATOLOGIA
ENDOCRINOLOGIA
GASTROENTEROLOGISTA
NEFROLOGIA
OFTALMOLOGISTA
ORTOPEDIA DE URGÊNCIA DIA
ORTOPEDIA DE URGÊNCIA NOITE
ORTOPEDIA COM RETORNO
OTORRINOLARINGOLOGISTA
PROCTOLOGISTA
NEUROLOGISTA
PSIQUIATRIA
UROLOGISTA
<b>VALOR TOTAL DO CONTRATO: R\$ 100.000,00</b>



## CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DAS VERTENTES

FUNDADO EM 26/02/1996  
CNPJ. Nº 01.098.929/0001-68 - INSCR. EST. Nº ISENTO - INSCR. MUN. Nº 0204582889  
e-mail: cisver@cisver.com.br  
Tel/Fax: (32) 3372-1011, (32) 3372-1021, (32) 3372-1777, (32) 3372-8140 e (32) 3373-4538  
--- Av. Leite de Castro, 1.344 - Bairro: Fábricas ---  
CEP. 36301-180 - SÃO JOÃO DEL REI - MINAS GERAIS

### ANEXO III

CÓDIGO TABELA SUS	DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	VALOR
0202010210	DOSAGEM DE CALCIO	R\$ 1,85
0202010260	DOSAGEM DE CLORETO	R\$ 1,85
0202010317	DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 1,85
0202010325	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 3,68
0202010333	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRAÇÃO MB	R\$ 4,12
0202010368	DESIDROGENASE LÁTICA	R\$ 3,68
0202010473	DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 1,85
0202010538	DOSAGEM DE LACTATO	R\$ 3,68
0202010562	DOSAGEM DE MAGNÉSIO	R\$ 2,01
0202010600	DOSAGEM DE POTÁSSIO	R\$ 1,85
0202010627	DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES	R\$ 1,85
0202010635	DOSAGEM DE SÓDIO	R\$ 1,85
0202010643	TRANSAMINASE OXALACÉTICA	R\$ 2,01
0202010651	TRANSAMINASE PIVURICA	R\$ 2,01
0202010694	DOSAGEM DE UREIA	R\$ 1,85
0202010732	GASOMETRIA	R\$ 15,65
0202020029	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 2,73
0202020037	CONTAGEM DE RETICULÓCITOS	R\$ 2,73
0202020134	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$ 5,77
0202020142	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 2,73
0202020169	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	R\$ 4,11
0202020380	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 4,11
0202030202	PROTEÍNA C REATIVA	R\$ 2,83
0202030261	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	R\$ 10,00
0202050017	URINA	R\$ 3,70
0202060250	DOSAGEM DE HORMÔNIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$ 8,96
0202060381	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 11,60
0202060390	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 8,71
0202080013	ANTIBIOGRAMA	R\$ 4,98
0202080080	CULTURA DE BACTÉRIAS P/ IDENTIFICAÇÃO	R\$ 5,62
0202080129	CULTURA PARA BACTÉRIAS ANAERÓBICAS	R\$ 10,25
0202080153	HEMOCULTURA	R\$ 11,49
0203010019	EXAME CITO-PATOLÓGICO CERVICO-VAGINAL / MICROFLORA	R\$ 13,72
0203010027	EXAME CITO- PATOLÓGICO HORMONAL SERIADO (MÍNIMO 3 COLETAS)	R\$ 20,96
0203010035	EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CERVICO-VAGINAL E DE MAMA)	R\$ 20,96
0203010043	EXAME CITOLÓGICO DE MAMA	R\$ 35,34
0203010078	CONTROLE DE QUALIDADE DO EXAME CITO PATOLÓGICO CERVICO VAGINAL	R\$ 17,63
0203010086	EXAME CITO-PATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA -RASTREAMENTO	R\$ 14,37
0203020014	DETERMINAÇÃO DE RECEPTORES TUMORAIS HORMONAIS	R\$ 93,70
0203020022	EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DO COLO UTERINO – PEÇA CIRÚRGICA	R\$ 61,77

<b>CÓDIGO TABELA SUS</b>	<b>DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS</b>	<b>VALOR</b>
0203020030	EXAME ANATOMOPATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRÚRGICA OU POR BIOPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA)	R\$ 40,78
0203020049	IMUNO-HISTOQUÍMICA DE NEOPLASIA MALIGNAS (POR MARCADOR)	R\$ 131,52
0203020065	EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DE MAMA – BIOPSIA	R\$ 45,83
0203020073	EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DE MAMA – PEÇA CIRÚRGICA	R\$ 61,77
0203020081	EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DO COLO UTERINO – BIOPSIA	R\$ 40,78
0204030188	MAMOGRAFIA	R\$ 45,00
0206010010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 86,76
0206010028	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 101,10
0206010036	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 86,76
0206010044	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULARES	R\$ 86,76
0206010052	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO	R\$ 86,75
0206010060	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TÚRCICA	R\$ 97,44
0206010079	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	R\$ 97,44
0206020015	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 86,75
0206020023	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)	R\$ 86,75
0206020031	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX	R\$ 136,41
0206020040	TOMOGRAFIA DE HEMITÓRAX, PULMÃO OU DO MEDIASTINO	R\$ 136,41
0206030010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN SUPERIOR	R\$ 138,63
0206030029	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 86,75
0206030037	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDÔMEN INFERIOR	R\$ 138,63
0207010013	ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL	R\$ 268,75
0207010021	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	R\$ 268,75
0207010021	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (BILATERAL)	R\$ 268,75
0207010030	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	R\$ 268,75
0207010048	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 268,75
0207010056	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	R\$ 268,75
0207010064	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRANIO	R\$ 268,75
0207010072	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TÚRCICA	R\$ 268,75
0207020019	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CORAÇÃO / AORTA C/ CINE	R\$ 361,25
0207020027	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R\$ 268,75
0207020035	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	R\$ 268,75
0207030014	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 268,75
0207030022	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR	R\$ 268,75
0207030030	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R\$ 268,75
0207030049	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA	R\$ 268,75
0208010017	CINTILOGRAFIA DE CORAÇÃO C/ GALIO 67	R\$ 457,55
0208010025	CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE ESTRESSE (MÍNIMO DE 3 POSIÇÕES)	R\$ 408,52
0208010033	CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE REPOUSO (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)	R\$ 383,07
0208010041	CINTILOGRAFIA DE MIOCÁRDIO P/ LOCALIZAÇÃO DE NECROSE	R\$ 166,47
0208010050	CINTILOGRAFIA P/ AVALIAÇÃO DE FLUXO SANGUINEO DE EXTREMIDADES	R\$ 114,02
0208010068	CINTILOGRAFIA P/QUANTIFICAÇÃO DE SHUNT EXTRA CARDIACO	R\$ 142,57
0208010076	CINTILOGRAFAI SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM ESFORÇO	R\$ 214,85
0208010084	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CÂMARAS CARDÍACAS EM SITUAÇÃO DE REPOUSO	R\$ 176,72
0208010092	DETERMINAÇÃO DE FLUXO SANGUÍNEO REGIONAL	R\$ 123,93
0208020012	CINTILOGRAFIA DE FÍGADO E BAÇO (MÍNIMO 5 IMAGENS)	R\$ 133,26
0208020020	CINTILOGRAFIA DE FÍGADO E VIAS BILIARES	R\$ 187,93
0208020039	CINTILOGRAFIA DE GLÂNDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTIMULO	R\$ 87,89
0208020055	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFÁGICO (LÍQUIDO)	R\$ 135,38

<b>CÓDIGO TABELA SUS</b>	<b>DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS</b>	<b>VALOR</b>
0208020063	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFÁGICO (SEMISÓLIDO)	R\$ 135,38
0208020063	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFÁGICO (SÓLIDO)	R\$ 135,38
0208020071	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRÂNSITO GÁSTRICO	R\$ 144,22
0208020080	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL	R\$ 114,86
0208020098	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA	R\$ 157,23
0208020101	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NÃO-ATIVA	R\$ 310,82
0208020110	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTROESOFÁGICO	R\$ 135,38
0208030018	CINTILOGRAFIA DE PARATIREÓIDES	R\$ 324,54
0208030018	CINTILOGRAFIA DAS PARATIREÓIDES	R\$ 324,54
0208030026	CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE C/ OU S/ CAPTAÇÃO	R\$ 77,28
0208030034	CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE C/ TESTE DE SUPRESSÃO/ESTÍMULO	R\$ 107,30
0208030042	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTEIRO	R\$ 338,70
0208040021	CINTILOGRAFIA DE RIM COM GÁLIO 67	R\$ 457,55
0208040030	CINTILOGRAFIA DE TESTÍCULO E BOLSA ESCROTAL	R\$ 108,94
0208040056	CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA) DMSA	R\$ 133,03
0208040064	CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA	R\$ 122,97
0208040072	CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA	R\$ 144,50
0208040080	DETERMINAÇÃO DA FILTRAÇÃO GLOMERULAR	R\$ 63,22
0208040099	DETERMINAÇÃO DO FLUXO PLASMÁTICO RENAL	R\$ 63,22
0208040102	ESTUDO RENAL DINÂMICO C/ OU S/ DIURÉTICO	R\$ 165,24
0208040102	ESTUDO RENAL DINÂMICO C/ OU S/ DIURÉTICO - DTPA	R\$ 165,24
0208050019	CINTILOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES E/OU EXTREMIDADES E/OU OSSO	R\$ 180,32
0208050035	CINTILOGRAFIA DE OSSOS COM OU SEM FLUXO SANGUÍNEO (CORPO INTEIRO)	R\$ 190,99
0208050043	CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO ÓSSEO C/ GÁLIO 67	R\$ 457,55
0208060022	CISTERNOCINTILOGRAFIA (INCLUINDO PESQUISA E/OU AVALIAÇÃO DO TRÂNSITO LIQUÓRICO)	R\$ 205,34
0208060030	ESTUDO DO FLUXO SANGUÍNEO CEREBRAL	R\$ 119,16
0208070010	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO C/ GALIO 67	R\$ 457,55
0208070028	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO P/ PESQUISA DE ASPIRAÇÃO	R\$ 127,51
0208070036	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR INALAÇÃO (MÍNIMO DE 2 PROJEÇÕES)	R\$ 128,12
0208070044	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR PERFUSÃO (MÍNIMO 4 PROJEÇÕES)	R\$ 130,50
0208080015	CINTILOGRAFIA DO SISTEMA-RETÍCULO ENDOTELIAL (MEDULA ÓSSEA)	R\$ 112,61
0208080040	LINFOCINTILOGRAFIA	R\$ 141,33
0208090010	CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GÁLIO 67 PARA PESQUISA DE NEOPLASIAS	R\$ 906,80
0208090010	CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GALIO P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS	R\$ 906,80
0208090029	CINTILOGRAFIA DE GLÂNDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA)	R\$ 66,23
0208090029	GLÂNDULA LACRIMAL	R\$ 66,23
0208090037	CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)	R\$ 289,43
0209040041	VIDEONASOLARINGOSCOPIA/VIDEOLARINGOSCOPIA ADULTO	R\$ 178,00
0209040041	VIDEONASOLARINGOSCOPIA/VIDEOLARINGOSCOPIA PEDIÁTRICO	R\$ 154,74
0211020010	CATETERISMO CARDÍACO	R\$ 1.204,08
0211060011	BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)	R\$ 24,24
0211060020	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO	R\$ 12,34
0211060038	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRÁFICO	R\$ 40,00
0211060054	CERATOMETRIA	R\$ 3,37
0211060100	FUNDOSCOPIA (BINOCULAR)	R\$ 3,37

<b>CÓDIGO TABELA SUS</b>	<b>DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS</b>	<b>VALOR</b>
0211060127	MAPEAMENTO DE RETINA (MONOCULAR)	R\$ 24,24
0211060259	TONOMETRIA	R\$ 3,37
0211070033	LOGOaudiometria ( LDV-IRF-IRF)	R\$ 47,52
0211070041	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR	R\$ 47,52
0211070203	IMITANCIOMETRIA ( IMPEDANCIOMETRIA)	R\$ 68,64
0301010072	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (OFTALMOLOGIA)	R\$ 10,00
0302040013	FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA	R\$ 6,35
0302060022	FISIOTERAPIA MOTORA	R\$ 6,35
0305010042	HEMODIÁLISE	R\$ 275,41
0308010019	TRATAMENTO DE TRAUMATISMO DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NÃO ESPECIFICADA	R\$ 199,33
0404010172	LARINGECTOMIA PARCIAL	R\$ 1.073,02
0404010342	TAMPONAMENTO NASAL	R\$ 17,00
0404010377	TRAQUEOSTOMIA	R\$ 554,73
0404020275	RESSECÇÃO DE LESÃO MALIGNA E BENIGNA DA REGIÃO CRÂNIO E BUCO MAXILAR	R\$ 1.162,56
0405040016	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE LAGOFTALMO	R\$ 282,08
0405040105	EXPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR	R\$ 846,19
0405050151	IMPLANTE SECUNDARIO DE LENTE INTRA-OCULAR – LIO	R\$ 1.112,83
0405050321	TRABECULECTOMIA	R\$ 898,35
0405050364	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO	R\$ 209,55
0405050372	FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL	R\$ 771,60
0405050372	FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL	R\$ 771,60
0407040161	LAPAROTOMIA	R\$ 637,19
0408010118	OSTEOTOMIA DA CLAVÍCULA OU DA ESCÁPULA	R\$ 284,27
0408040157	OSTEOTOMIA DE PELVE	R\$ 835,12
0408060182	OSTEOTOMIA DE OSSOS DA MÃO E/OU DO PÉ	R\$ 327,25
0408060190	OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E/OU DO PÉ	R\$ 645,68
0408060530	TRNSPOSIÇÃO MIOTENDINOSA	R\$ 346,53
0702030023	ANCORA	R\$ 197,60
0702030031	ARRUELA DENTEADA	R\$ 41,06
0702030040	ARRUELA LISA	R\$ 8,05
0702030058	ARRUELAS DE TITÂNIO PARA CIRURGIA DA COLUNA	R\$ 86,81
0702030066	BARRA SACRAL	R\$ 70,00
0702030074	CENTRALIZADOR PARA COMPONENTE FEMORAL CIMENTADO MODULAR	R\$ 104,44
0702030082	CIMENTO C/ ANTIBIÓTICO	R\$ 109,62
0702030090	COMPONENTE ACETABULAR DE POLIETILENO CIMENTADO PRIMÁRIO / REVISÃO	R\$ 282,87
0702030104	COMPONENTE ACETABULAR METÁLICO DE FIXAÇÃO BIOLÓGICA PRIMARIA / REVISÃO	R\$ 1.027,28
0702030112	COMPONENTE CEFÁLICO	R\$ 426,15
0702030120	COMPONENTE CEFÁLICO / POLIETILENO / METAL P/ HEMIARTROPLASTIA BIPOLAR / METÁLICO P/ HEMIARTROPLASIA MONOPOLAR	R\$ 1.008,00
0702030139	COMPONENTE CEFÁLICO P/ ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL	R\$ 463,48
0702030147	COMPONENTE DE AUMENTO TIBIAL P/ REVISÃO DE PRÓTESE TOTAL DE JOELHO	R\$ 464,61
0702030155	COMPONENTE DE AUMENTO FEMORAL P/ REVISÃO DE PRÓTESE TOTAL DE JOELHO	R\$ 2.122,37

<b>CÓDIGO TABELA SUS</b>	<b>DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS</b>	<b>VALOR</b>
0702030163	COMPONENTE FEMORAL CIMENTADO MODULAR PRIMÁRIO	R\$ 1.008,00
0702030171	COMPONENTE FEMORAL CIMENTADO MONOBLOCO TIPO CHARNLEY	R\$ 850,01
0702030180	COMPONENTE FEMORAL DE REVISÃO CIMENTADO / FIXAÇÃO BIOLÓGICA	R\$ 1.758,84
0702030198	COMPONENTE FEMORAL MODULAR DE REVISÃO CIMENTADA P/ ENXERTO IMPACTADO	R\$ 2.601,84
0702030201	COMPONENTE FEMORAL MODULAR DE REVISÃO NÃO CIMENTADA P/ REVESTIMENTO TOTAL	R\$ 2.355,52
0702030210	COMPONENTE FEMORAL NÃO CIMENTADO MODULAR PRIMÁRIO	R\$ 1.695,27
0702030228	COMPONENTE FEMORAL PRIMÁRIO CIMENTADO / FIXAÇÃO BIOLÓGICA	R\$ 1.671,60
0702030236	COMPONENTE GLENOIDAL	R\$ 198,17
0702030244	COMPONENTE PATELAR CIMENTADO / FIXAÇÃO BIOLÓGICA	R\$ 148,57
0702030252	COMPONENTE TIBIAL DE REVISÃO DE POLIETILENO	R\$ 528,50
0702030260	COMPONENTE TIBIAL DE REVISÃO METÁLICO CIMENTADO / FIXAÇÃO BIOLÓGICA EM CUNHA	R\$ 1.316,68
0702030279	COMPONENTE TIBIAL PRIMÁRIO DE POLIETILENO	R\$ 352,96
0702030287	COMPONENTE TIBIAL PRIMÁRIO METÁLICO CIMENTADO / FIXAÇÃO BIOLÓGICA	R\$ 854,48
0702030295	COMPONENTE UMERAL CIMENTADO / FIXAÇÃO BIOLÓGICA	R\$ 793,25
0702030309	COMPONENTE UMERAL CIMENTADO / FIXAÇÃO BIOLÓGICA DE REVISÃO	R\$ 900,59
0702030317	DISPOSITIVO ANTI-PROTRUSÃO C/ ORIFÍCIOS P/ PARAFUSOS	R\$ 1.812,73
0702030325	FIO OLIVADO P/ FIXADOR EXTERNO	R\$ 16,94
0702030333	FIO TIPO STEINMAN ROSQUEADO	R\$ 15,82
0702030341	FITA PARA RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR	R\$ 280,00
0702030350	FIXADOR EXTERNO C/ SISTEMA DE ALONGAMENTO MONOFOCAL	R\$ 1.054,91
0702030368	FIXADOR EXTERNO C/ SISTEMA DE CORREÇÃO ANGULAR E/OU ROTACIONAL	R\$ 1.351,04
0702030376	FIXADOR EXTERNO C/ SISTEMA DE PEQUENOS FRAGMENTOS C/ SISTEMA DE CORREÇÃO ANGULAR	R\$ 1.351,04
0702030384	FIXADOR EXTERNO CIRCULAR / SEMI-CIRCULAR	R\$ 1.163,90
0702030392	FIXADOR EXTERNO HÍBRIDO	R\$ 913,16
0702030406	FIXADOR EXTERNO LINEAR	R\$ 648,11
0702030414	FIXADOR EXTERNO P/ PUNHO	R\$ 561,66
0702030422	FIXADOR EXTERNO TIPO PLATAFORMA - SISTEMA DE ALONGAMENTO / TRANSPLANTE ÓSSEO	R\$ 1.054,91
0702030430	FIXADOR PÉLVICO	R\$ 950,74
0702030449	GRAMPO	R\$ 24,61
0702030457	HALO CRANIANO	R\$ 678,88
0702030465	HASTE DE ENDER	R\$ 81,51
0702030473	HASTE DE RUSH	R\$ 47,77
0702030481	HASTE FEMORAL CURTA C/ BLOQUEIO CEFÁLICO (INCLUI PARAFUSOS)	R\$ 936,58
0702030490	HASTE FEMORAL LONGA C/ BLOQUEIO CEFÁLICO (INCLUI PARAFUSOS)	R\$ 989,15
0702030503	HASTE FEMORAL P/ REVISÃO DE PRÓTESE TOTAL DO JOELHO	R\$ 1.569,67
0702030511	HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE FÊMUR (INCLUI PARAFUSOS)	R\$ 1.120,00
0702030520	HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE TÍBIA (INCLUI PARAFUSOS)	R\$ 1.096,39
0702030538	HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE ÚMERO (INCLUI PARAFUSOS)	R\$ 1.010,56
0702030546	HASTE INTRAMEDULAR FLEXÍVEL P/ USO INFANTIL	R\$ 151,63
0702030554	HASTE INTRAMEDULAR NÃO BLOQUEADA	R\$ 129,10
0702030562	HASTE INTRAMEDULAR RETROGRADA (INCLUI PARAFUSOS)	R\$ 905,90
0702030570	HASTE INTRAMEDULAR TIBIO-TARSICA	R\$ 790,50
0702030589	HASTE TIBIAL P/ REVISÃO DE PRÓTESE TOTAL DO JOELHO	R\$ 652,39
0702030597	COMPONENTE ACETABULAR DE POLIETILENO P/ COMPONENTE METÁLICO PRIMÁRIO / DE REVISÃO DE FIXAÇÃO BIOLÓGICA	R\$ 372,78
0702030600	MINI FIXADOR EXTERNO	R\$ 780,00
0702030619	MINI PARAFUSO DE AUTO COMPRESSÃO	R\$ 154,38
0702030627	PARAFUSO CANULADO 3,5 MM	R\$ 116,02
0702030635	PARAFUSO CANULADO 4,5 MM	R\$ 102,92

<b>CÓDIGO TABELA SUS</b>	<b>DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS</b>	<b>VALOR</b>
0702030643	PARAFUSO CANULADO 7,0 MM	R\$ 90,29
0702030651	PARAFUSO CANULADO MINI	R\$ 257,29
0702030660	PARAFUSO CORTICAL 1,5 MM	R\$ 18,06
0702030678	PARAFUSO CORTICAL 2,0 MM	R\$ 15,34
0702030686	PARAFUSO CORTICAL 2,7 MM	R\$ 16,94
0702030694	PARAFUSO CORTICAL 3,5 MM	R\$ 15,34
0702030708	PARAFUSO CORTICAL 4,5 MM	R\$ 18,06
0702030716	PARAFUSO DE INTERFERÊNCIA DE TITÂNIO	R\$ 486,29
0702030724	PARAFUSO ESPONJOSO 4,0 MM	R\$ 27,71
0702030732	PARAFUSO ESPONJOSO 6,5 MM	R\$ 27,71
0702030740	PARAFUSO MALEOLAR	R\$ 21,89
0702030759	PARAFUSO METÁLICO DE INTERFERÊNCIA	R\$ 154,38
0702030767	PARAFUSO P/ COMPONENTE ACETABULAR	R\$ 109,67
0702030783	PARAFUSO CANULADO DE TITÂNIO AUTO-ROSCANTE PARA FIXAÇÃO DE ODONTOIDE	R\$ 672,75
0702030791	PINO DE KNOWLES	R\$ 48,58
0702030805	PINO DE SHANTZ	R\$ 28,45
0702030813	PLACA C/ PARAFUSO DESLIZANTE DE 135 OU 150 GRAUS	R\$ 764,34
0702030821	PLACA C/ PARAFUSO DESLIZANTE DE 95 GRAUS	R\$ 686,87
0702030830	PLACA 1/3 TUBULAR 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	R\$ 148,40
0702030848	PLACA 1/3 TUBULAR 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	R\$ 177,20
0702030856	PLACA ANGULADA 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	R\$ 381,95
0702030864	PLACA CALCO (INCLUI PARAFUSOS)	R\$ 308,75
0702030872	PLACA COBRA 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	R\$ 765,81
0702030880	PLACA CONDILEA 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	R\$ 534,97
0702030899	PLACA DE COMPRESSÃO DINÂMICA 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	R\$ 183,81
0702030902	PLACA DE COMPRESSÃO DINÂMICA 4,5 MM ESTREITA (INCLUI PARAFUSOS)	R\$ 235,88
0702030910	PLACA DE COMPRESSÃO DINÂMICA 4,5 MM LARGA (INCLUI PARAFUSOS)	R\$ 296,13
0702030929	PLACA DE RECONSTRUÇÃO 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	R\$ 299,90
0702030937	PLACA DE RECONSTRUÇÃO DE 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	R\$ 325,69
0702030945	PLACA DE SUPORTE DE PLATEAU TIBIAL 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	R\$ 288,71
0702030953	PLACA EM L 2,7MM (INCLUI PARAFUSOS)	R\$ 131,36
0702030961	PLACA EM L 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	R\$ 275,48
0702030970	PLACA EM L 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	R\$ 288,71
0702030988	PLACA EM T 2,7MM (INCLUI PARAFUSOS)	R\$ 131,36
0702030996	PLACA EM T 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	R\$ 275,48
0702031003	PLACA EM T 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	R\$ 326,00
0702031011	PLACA EM TREVO 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	R\$ 275,48
0702031020	PLACA EM TREVO 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	R\$ 288,71
0702031038	PLACA OCCIPITO-CERVICAL	R\$ 737,85
0702031046	PLACA P/ CALCÂNEO (INCLUI PARAFUSO)	R\$ 320,61
0702031054	PLACA PONTE 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	R\$ 527,20
0702031062	PLACA PONTE 4,5 MM (INCLUI PARAFUSO)	R\$ 564,13
0702031070	PLACA SEMITUBULAR 2,7 MM (INCLUI PARAFUSOS)	R\$ 146,64
0702031089	PLACA SEMITUBULAR 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	R\$ 146,64
0702031097	PLACA SEMITUBULAR 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	R\$ 177,20
0702031100	PLACAS TÓRACO-LOMBO-SACRAL ASSOCIADA A PARAFUSOS INTRA-SOMÁTICOS DE TITÂNIO	R\$ 2.246,11
0702031127	PRÓTESE DE CABEÇA DE RADIO	R\$ 778,37
0702031135	PRÓTESE INTERFALANGIANA	R\$ 315,42
0702031143	PRÓTESE METACARPO-FALANGEANA	R\$ 315,42

<b>CÓDIGO TABELA SUS</b>	<b>DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS</b>	<b>VALOR</b>
0702031151	PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL ARTICULADA DISTAL DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 4.059,61
0702031160	PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL ARTICULADA DISTAL DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 3.487,09
0702031178	PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL ARTICULADA PROXIMAL DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 3.549,36
0702031186	PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL ARTICULADA PROXIMAL DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 2.241,70
0702031194	PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL BI-ARTICULADA TOTAL	R\$ 5.604,26
0702031208	PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL DIAFISARIA	R\$ 2.209,55
0702031216	PRÓTESE NÃO CONVENCIONAL EXTENSÍVEL	R\$ 5.003,80
0702031224	PRÓTESE PARCIAL DE QUADRIL CIMENTADA MONOBLOCO (TIPO THOMPSON)	R\$ 642,55
0702031232	PRÓTESE TENDINOSA DE SILICONE	R\$ 751,99
0702031240	PRÓTESE TOTAL DE COTOVELO (COMPONENTE UMERAL CIMENTADO + COMPONENTE ULNAR)	R\$ 3.800,00
0702031259	RESTRITOR DE CIMENTO FEMORAL/UMERAL	R\$ 28,80
0702031267	SISTEMA DE FIXAÇÃO OCCIPITO-CERVICAL ASSOCIADO A PARAFUSO GANCHO E FIO	R\$ 1.459,63
0702031275	SISTEMA DE GUIAS E INJEÇÃO DE MATERIAL PRÓPRIO A VERTEBROPLASTIA	R\$ 445,00
0702031283	TELA DE RECONSTRUÇÃO ACETABULAR	R\$ 396,88
0702031291	TELA DE RECONSTRUÇÃO FEMORAL	R\$ 334,22
0702031305	PLACA 1/3 TUBULAR 2,7MM (INCLUI PARAFUSOS)	R\$ 93,00
0702031313	PLACA EM L 1,5MM (INCLUI PARAFUSOS)	R\$ 293,42
0702031321	PARAFUSO BLOQUEADO	R\$ 21,60
0702031330	PLACA EM T 2,0MM (INCLUI PARAFUSOS)	R\$ 102,00
0702031348	FIO DE KIRSCHNER	R\$ 13,00
0702031356	PLACA RETA DE 2,0MM (INCLUI PARAFUSOS)	R\$ 122,80
0702031364	MINI PLACA EM T OU L (INCLUI PARAFUSO)	R\$ 102,00
0702031380	CIMENTO S/ ANTIBIÓTICO	R\$ 60,59
0702031399	PLACA BLOQUEADA DE RÁDIO DISTAL (INCLUI PARAFUSO)	R\$ 293,42
0702050024	CÂNULA DE GUEDEL	R\$ 8,93
0702050199	FIO MALEÁVEL DE CERCLAGEM, DE TITÂNIO, P/ COLUNA, METÁFISE E DIÁFISE	R\$ 138,24
0702050547	TELA INORGÂNICA DE POLIPROPILENO C/ SISTEMA DUPLO	R\$ 260,00
0702050555	TELA INORGÂNICA DE POLIPROPILENO GRANDE (ACIMA DE 401 CM2)	R\$ 150,00
0702050563	TELA INORGÂNICA DE POLIPROPILENO MEDIA (101 A 400 CM2)	R\$ 125,00
0702050571	TELA INORGÂNICA DE POLIPROPILENO PEQUENA (ATÉ 100 CM2)	R\$ 102,00
0702060011	CATETER DUPLO J	R\$ 180,00
0802010083	DIÁRIA DE UTI	R\$ 478,72
SEM COD.	AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE DEDO	R\$ 1.600,00
SEM COD.	AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE PE E TARSO	R\$ 1.600,00
SEM COD.	ANGIOPLASTIA CORONARIANA IMPLANTE DE STENT - ANGIOPLASTIA CORONARIANA COM IMPLANTE DE STENT COM TODO O MATERIAL INCLUÍDO( STENT PARA ARTÉRIA CORONÁRIA, FIO GUIA PARA ANGIOPLASTIA, CATETER GUIA, CATETER BALÃO, INTRODUTOR VALVULADO COM INTERNAÇÃO E CTI)	R\$ 5.077,32
SEM COD.	ANGIOPLASTIA CORONARIANA IMPLANTE DOIS STENT - ANGIOPLASTIA CORONARIANA COM IMPLANTE DE DOIS STENTS COM TODO O MATERIAL INCLUÍDO (STENT PARA ARTÉRIA CORONÁRIA, FIO GUIA PARA ANGIOPLASTIA, CATETER GUIA, CATETER BALÃO, INTRODUTOR VALVULADO COM INTERNAÇÃO E CTI)	R\$ 8.024,24
SEM COD.	ANGIOTOMOGRAFIA SÃO JOÃO DEL REI TÓRAX; ABDÔMEN; CRÂNIO; REGIÃO CERVICAL	R\$ 618,96
SEM COD.	ATENDIMENTO ORTOPEDIA 1 BARROSO INFILTRAÇÃO	R\$ 28,00

<b>CÓDIGO TABELA SUS</b>	<b>DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS</b>	<b>VALOR</b>
SEM COD.	ATENDIMENTO ORTOPEDIA 1 SÃO JOÃO DEL REI INFILTRAÇÃO	R\$ 28,00
SEM COD.	ATENDIMENTO ORTOPEDIA 2 BARROSO BOTA GESSADA / CURATIVO	R\$ 47,45
SEM COD.	ATENDIMENTO ORTOPEDIA 2 SJDR PARA ATENDIMENTO EM SÃO JOÃO DEL REI- BOTA GESSADA / CURATIVO	R\$ 47,45
SEM COD.	ATENDIMENTO ORTOPEDIA 3 BARROSO LUVA GESSADA / IMOBILIZAÇÃO PROVISÓRIA	R\$ 45,39
SEM COD.	ATENDIMENTO ORTOPEDIA 3 SÃO JOÃO DEL REI LUVA GESSADA / IMOBILIZAÇÃO PROVISÓRIA	R\$ 45,39
SEM COD.	ATENDIMENTO ORTOPEDIA 5 BARROSO RETIRADA DE PONTOS / RETIRADA DE GESSO	R\$ 44,00
SEM COD.	ATENDIMENTO ORTOPEDIA 5 SÃO JOÃO DEL REI ATENDIMENTO ORTOPEDIA 5 SÃO JOÃO DEL REI (RETIRADA DE PONTOS, RETIRADA DE GESSO)	R\$ 44,00
SEM COD.	BIÓPSIA DE PRÓSTATA SOB SEDAÇÃO	R\$ 797,43
SEM COD.	CIRURGIA DE LAQUEADURA TUBÁRIA	R\$ 1.680,00
SEM COD.	CIRURGIA DE LAQUEADURA TUBÁRIA ( BARROSO)	R\$ 1.300,00
SEM COD.	CIRURGIA DE VIAS AEREAS 1 - amigdalectomia com adenoidectomia (JUIZ DE FORA) pediátrica	R\$ 3.600,00
SEM COD.	CIRURGIA DE VIAS AEREAS 2 - adenoidectomia ( JUIZ DE FORA) pediátrica	R\$ 3.500,00
SEM COD.	CIRURGIA DE VIAS AEREAS 3 - amigdalectomia (JUIZ DE FORA) pediátrica	R\$ 3.390,00
SEM COD.	CIRURGIA GERAL 3 – ENXERTO DE MUCOSA, COM ANESTESIA E INTERNAÇÃO	R\$ 358,66
SEM COD.	CIRURGIA GERAL ADULTO 1 SÃO JOÃO DEL REI PARA ATENDIMENTO EM SÃO JOÃO DEL REI HERNIOPLASTIA INCISIONAL, INGUINAL / CRURAL, UMBILICAL	R\$ 1.805,30
SEM COD.	CIRURGIA GERAL ADULTO 2 SÃO JOÃO DEL REI EXTIRPAÇÃO E SUPRESSÃO DE LESÃO DE PELE / EXERESE DE CISTO TIREOGLOSSO / EXERESE DE PAPILOMA EM LARINGE (CIRURGIAS COM ANESTESIA)	R\$ 1.736,75
SEM COD.	CIRURGIA GERAL ADULTO 3 BARROSO PARA ATENDIMENTO EM BARROSO - COLECISTECTOMIA POR VÍDEO	R\$ 3.600,00
SEM COD.	CIRURGIA GERAL ADULTO 3 SÃO JOÃO DEL REI PARA ATENDIMENTO EM SÃO JOÃO DEL REI COLECISTECTOMIA POR VÍDEO	R\$ 3.600,00
SEM COD.	CIRURGIA GERAL ADULTO 4 SÃO JOÃO DEL REI COLECISTECTOMIA ABERTA	R\$ 2.150,00
SEM COD.	CIRURGIA GERAL ADULTO 5 BARROSO HEMORROIDECTOMIA	R\$ 1.200,00
SEM COD.	CIRURGIA GERAL ADULTO 5 SÃO JOÃO DEL REI HEMORROIDECTOMIA	R\$ 1.200,00
SEM COD.	CIRURGIA GERAL ADULTO 6 - FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL / FECHAMENTO DE FISTULA DE RETO ( SÃO JOÃO DEL REI)	R\$ 1.106,66
SEM COD.	CIRURGIA GERAL ADULTO 7 - APENDICECTOMIA ( BARROSO)	R\$ 2.040,00
SEM COD.	CIRURGIA GERAL ADULTO 8 - APENDICECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA ( SÃO JOÃO DEL REI)	R\$ 3.000,00
SEM COD.	CIRURGIA GERAL PEDIATRICA 4 - APENDICECTOMIA SJDR	R\$ 2.521,83
SEM COD.	CIRURGIA OBSTÉTRICA - CURETAGEM, SEMIÓTICA C/ OU S/ DILATAÇÃO DO ÚTERO / CURETAGEM PÓS-ABORTAMENTO / PUERPERAL	R\$ 1.160,00
SEM COD.	CIRURGIA OOFORECTOMIA UNILATERAL (BOM SUCESSO CIRURGIA DE OOFORECTOMIA UNILATERAL (BOM SUCESSO)	R\$ 1.962,00
SEM COD.	CIRURGIA OOFORECTOMIA UNILATERAL (BOM SUCESSO)	R\$ 1.962,00

<b>CÓDIGO TABELA SUS</b>	<b>DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS</b>	<b>VALOR</b>
SEM COD.	CIRURGIA ORTOPÉDICA 09 SJDR PARA ATENDIMENTO EM SÃO JOÃO DEL REI - (ARTRODESE DE GRANDES ARTICULAÇÕES ESCAPULO-LO- TORÁDICAS/ ARTROPLASTIA ESCAPULO UMERAL (NÃO CONVENCIONAL)/ ARTROPLASTIA ESCAPULO UMERAL PARCIAL/ ARTROPLASTIA ESCAPULO UMERAL TOTAL - REVISÃO / RECONSTRUÇÃO) / REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)/ VIDEOARTROSCOPIA / TENORRAFIA ÚNICA EM TÚNEL OSTEÓ FIBROSO/ TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SÍNDROME DO IMPACTO SUB ACROMIAL/ TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SÍNDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEÓFIBROSO AO NÍVEL DO CARPO	R\$ 2.346,33
SEM COD.	CIRURGIA ORTOPÉDICA 1 SÃO JOÃO DEL REI PARA ATENDIMENTO EM SÃO JOÃO DEL REI (ATENDIMENTO 24 HORAS) - REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DE LESÃO FÍSICA DOS METACARPIANOS; REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DE LUXAÇÃO DE TORNOZELO; REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DE DIAFISÁRIA DA TÍBIA; REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DOS OSSOS DO TARSO; REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA OU LESÃO FÍSICA DO JOELHO; REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DE LUXAÇÃO OU FRATURA LUXAÇÃO DO JOELHO; REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DE LUXAÇÃO OU FRATURA LUXAÇÃO DO JOELHO; REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DE LESÃO FÍSICA NO PUNHO; REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DA DIAFISE DO ÚMERO; REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DOS METACARPIANOS; REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISÁRIA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO; REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO OU FRATURA LUXAÇÃO NO PUNHO	R\$ 450,00
SEM COD.	CIRURGIA ORTOPÉDICA 10 SJDR PARA ATENDIMENTO EM SÃO JOÃO DEL REI - (TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO ESTERNO-CLAVICULAR/ TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO RECIDIVANTE / HABITUAL DE ARTICULAÇÃO ESCAPULO UMERAL/ TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA)	R\$ 2.737,38
SEM COD.	CIRURGIA ORTOPÉDICA 11 SJDR PARA ATENDIMENTO EM SÃO JOÃO DEL REI - (ARTRODESE DE MÉDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR/ ARTROPLASTIA DE ARTICULAÇÃO DA MÃO/ARTROPLASTIA DE CABEÇA DO RÁDIO/ ARTROPLASTIA DE PUNHO/ARTROPLASTIA TOTAL DE COTOVELO (REVISÃO / RECONSTRUÇÃO)	R\$ 2.011,14
SEM COD.	CIRURGIA ORTOPÉDICA 12 SÃO JOÃO DEL REI PARA ATENDIMENTO EM SÃO JOÃO DEL REI (RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR) / RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR C/ OU S/ ANTERIOR) / TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO AGUDA CAPSULO LIGAMENTAR MEMBRO INFERIOR (JOELHO / TORNOZELO)	R\$ 6.400,00
SEM COD.	CIRURGIA ORTOPÉDICA 13 (PARA ATENDIMENTO EM BH) - reconstrução de tendão, para atendimento em Belo Horizonte	R\$ 1.774,00
SEM COD.	CIRURGIA ORTOPÉDICA 14 - tenoplastia de tendão, para atendimento em SÃO JOÃO DEL REI	R\$ 1.774,00
SEM COD.	CIRURGIA ORTOPÉDICA 15 - Desbridamento em ortopedia/ debridamento de úlcera/ de tecidos desvitalizados	R\$ 1.417,22
SEM COD.	CIRURGIA ORTOPÉDICA 2 SÃO JOÃO DEL REI PARA ATENDIMENTO EM SÃO JOÃO DEL REI (ATENDIMENTO 24 HORAS - REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO DE FRATURA DO COTOVELO; TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO; TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS POLIARTROPATIAS INFLAMATÓRIAS; TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DOS OSSOS DO CARPO	R\$ 950,00
SEM COD.	CIRURGIA ORTOPÉDICA 3 SÃO JOÃO DEL REI ATENDIMENTO 24 HORAS EM SÃO JOÃO DEL REI - TRATAMENTO DE POLINEUROPATIAS; TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR/ TRIMALEOLAR DA FRATURA DO TORNOZELO; TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO ÚMERO; TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRAÇO	R\$ 1.753,72
SEM COD.	CIRURGIA ORTOPÉDICA 4 SÃO JOÃO DEL REI PARA ATENDIMENTO EM SÃO JOÃO DEL REI (ATENDIMENTO 24 HORAS) TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FÍSICA PROXIMAL (COLO) DO FÊMUR (SÍNTESE); TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA; TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FÊMUR	R\$ 3.997,23
SEM COD.	CIRURGIA ORTOPÉDICA 5 SÃO JOÃO DEL REI (24 H) ATENDIMENTO 24 HORAS RETIRADA DE PLACA E PARAFUSOS	R\$ 950,00
SEM COD.	CIRURGIA ORTOPÉDICA 6 SÃO JOÃO DEL REI (24 H) PARA ATENDIMENTO 24 HORAS EM SÃO JOÃO DEL REI ARTRODESE DE MÉDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR/ TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DO PÉ/ TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO AO NÍVEL DO JOELHO	R\$ 1.483,88
SEM COD.	CIRURGIA ORTOPÉDICA 7 SÃO JOÃO DEL REI (24 H) PARA ATENDIMENTO 24 HORAS EM SÃO JOÃO DEL REI ARTROPLASTIA DE QUADRIL (NÃO CONVENCIONAL) / ARTROPLASTIA DE REVISÃO OU RECONSTRUÇÃO DO QUADRIL/ ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO QUADRIL CIMENTADA /TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO COXOFEMORAL TRAUMÁTICA / PÓS-ARTROPLASTIA	R\$ 7.037,69

<b>CÓDIGO TABELA SUS</b>	<b>DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS</b>	<b>VALOR</b>
SEM COD.	CIRURGIA ORTOPÉDICA 8 SÃO JOÃO DEL REI (24 H) CIRURGIA ORTOPÉDICA 8 PARA ATENDIMENTO 24 HORAS SÃO JOÃO DEL REI ARTROPLASTIA DE JOELHO (NÃO CONVENCIONAL) /ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO - REVISÃO / RECONSTRUÇÃO / ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO JOELHO/ARTROPLASTIA UNI COMPARTIMENTAL PRIMARIA DO JOELHO	R\$ 5.854,17
SEM COD.	CIRURGIA UROLÓGICA 1 PARA ATENDIMENTO EM SÃO JOÃO DEL REI URETEROLITOTRIPSIA + COLOCAÇÃO DE DUPLO JOTA - NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA	R\$ 3.595,00
SEM COD.	CIRURGIA UROLÓGICA 10 -TRATAMENTO URETROPLASTIA / PIELOPLASTIA (PEDIÁTRICA)	R\$ 1.900,00
SEM COD.	CIRURGIA UROLÓGICA 12 - URETROPLASTIA ANTERIOR	R\$ 2.012,00
SEM COD.	CIRURGIA UROLOGICA 2 PARA ATENDIMENTO EM SÃO JOÃO DEL REI CIRURGIA PARA INCONTINÊNCIA URINARIA FEMININA / RTU-BEXIGA	R\$ 3.385,00
SEM COD.	CIRURGIA UROLOGICA 3 - PIELOPLASTIA / REIMPLANTE URETRAL / COLOCAÇÃO DE CATETER DUPLO J (MATERIAL INCLUÍDO) SÃO JOÃO DEL REI	R\$ 3.032,23
SEM COD.	CIRURGIA UROLOGICA 4 SÃO JOÃO DEL REI PARA ATENDIMENTO EM SÃO JOÃO DEL REI FISTULA VESICO VAGINAL, RETIRADA DE CATETER DUPLO J	R\$ 2.911,10
SEM COD.	CIRURGIA UROLOGICA 5 SÃO JOÃO DEL REI PARA ATENDIMENTO EM SÃO JOÃO DEL REI NEFRECTOMIA / NEFROLITOTOMIA / PROSTATECTOMIA / RTU - PRÓSTATA	R\$ 3.753,60
SEM COD.	CIRURGIA UROLOGICA 6 SÃO JOÃO DEL REI - Nefrolitotripsia Flexível Com Laser Com Colocação De Cateter Duplo J (Com Todo Material Incluso)	R\$ 6.070,51
SEM COD.	CIRURGIA UROLOGICA 7 (SÃO JOÃO DEL REI) - CORREÇÃO CIRÚRGICA DE VARICOCELE; CORREÇÃO CIRÚRGICA DE HIDROCELE; ORQUIECTOMIA; EXÉRESE DE CISTO DE EPIDÍDIMO; EXÉRESE DE CISTO DE CORDÃO ESPERMÁTICO; EXPLORAÇÃO CIRÚRGICA DE DUCTO DEFERENTE; FALOPLASTIA; POSTECTOMIA (ADULTO); PIELOPLASTIA (ADULTO) ORQUIDOPEXIA; CISTOLITOTRIPSIA; ORQUIECTOMIA, PARA ATENDIMENTO NO PRESTADOR	R\$ 1.735,60
SEM COD.	CIRURGIA UROLOGICA 8 SÃO JOÃO DEL REI PARA ATENDIMENTO EM SÃO JOÃO DEL REI RTU - PRÓSTATA (COM TODO O MATERIAL INCLUÍDO)	R\$ 4.652,04
SEM COD.	CIRURGIÃO GERAL	R\$ 78,00
SEM COD.	COLONOSCOPIA	R\$ 650,00
SEM COD.	COLONOSCOPIA COM INTERNAÇÃO	R\$ 1.100,00
SEM COD.	COLONOSCOPIA COM MUCOSECTOMIA - EM AMBIENTE AMBULATORIAL COM TODO O MATERIAL INCLUÍDO	R\$ 1.150,00
SEM COD.	CONSULTA COM ANESTESISTA	R\$ 74,13
SEM COD.	CONSULTA COM ANGIOLOGISTA	R\$ 81,74
SEM COD.	CONSULTA EM CARDIOLOGIA PARA AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO	R\$ 88,96
SEM COD.	CONSULTA EM CARDIOLOGIA COM ECG	R\$ 88,96
SEM COD.	CONSULTA COM CIRURGIÃO GINECOLÓGICO (BARROSO) PARA ATENDIMENTO EM BARROSO	R\$ 78,00
SEM COD.	CONSULTA COM CIRURGIÃO VASCULAR	R\$ 81,74
SEM COD.	CONSULTA DE ALERGIA + TESTE ALÉRGICO 1 - (TESTE CUTÂNEO ALÉRGICOS PARA INALANTES, ALIMENTOS, INSETOS)	R\$ 173,25
SEM COD.	CONSULTA DE ALERGIA + TESTE ALÉRGICO 2 - (TESTE ALÉRGICO DE CONTATO PARA 30 SUBSTÂNCIAS COM FOTOSSENSIBILIZAÇÃO)	R\$ 173,25
SEM COD.	CONSULTA DE CARDIOLOGIA NOS MUNICIPIOS CISVER - PARA ATENDIMENTO NOS MUNICIPIOS QUE COMPOEM CONSÓRCIO	R\$ 73,24

<b>CÓDIGO TABELA SUS</b>	<b>DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS</b>	<b>VALOR</b>
SEM COD.	CONSULTA DE CIRURGIA GERAL (BOM SUCESSO) A SEREM ATENDIDOS EM BOM SUCESSO	R\$ 78,00
SEM COD.	CONSULTA DE CIRURGIA GERAL BARROSO PARA SEREM ATENDIDOS EM BARROSO	R\$ 78,00
SEM COD.	CONSULTA DE CIRURGIA GERAL SÃO JOÃO DEL REI PARA SEREM ATENDIDOS EM SÃO JOÃO DEL REI	R\$ 78,00
SEM COD.	CONSULTA EM COLOPROCTOLOGIA	R\$ 80,25
SEM COD.	CONSULTA EM DERMATOLOGIA	R\$ 77,50
SEM COD.	CONSULTA EM DERMATOLOGIA PARA ATENDIMENTO NOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS	R\$ 80,00
SEM COD.	CONSULTA EM DERMATOLOGIA PACIENTE DEBILITADO PARA PACIENTES DEBILITADOS / ONCOLÓGICOS	R\$ 77,50
SEM COD.	CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA ( BARROSO)	R\$ 70,00
SEM COD.	CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA SÃO JOÃO DEL REI PARA ATENDIMENTO DOS PACIENTES EM SÃO JOÃO DEL REI	R\$ 75,00
SEM COD.	CONSULTA EM MEDICINA DO TRABALHO PARA ATENDIMENTO EM SÃO JOÃO DEL REI	R\$ 61,00
SEM COD.	CONSULTA EM NEFROLOGIA	R\$ 135,35
SEM COD.	CONSULTA EM NEUROLOGISTA	R\$ 101,75
SEM COD.	CONSULTA EM OFTALMOLOGIA	R\$ 53,32
SEM COD.	CONSULTA EM OFTALMOLOGIA P/ AVALIAÇÃO DE CATARATA	R\$ 74,19
SEM COD.	CONSULTA EM ORTOPEDIA (BARROSO) PARA ATENDIMENTO EM BARROSO	R\$ 67,00
SEM COD.	CONSULTA EM ORTOPEDIA COM RETORNO	R\$ 135,35
SEM COD.	CONSULTA EM ORTOPEDIA DE URGÊNCIA DIA PARA ATENDIMENTO EM SÃO JOÃO DEL REI, REALIZADAS NO HORÁRIO DE 07:00 ÀS 19:00 HORAS DE SEGUNDA A SEXTA	R\$ 185,69
SEM COD.	CONSULTA EM ORTOPEDIA DE URGENCIA NOITE PARA ATENDIMENTO EM SÃO JOÃO DEL REI, REALIZADAS DE 19:00 ÀS 07:00 HORAS E 24 HORAS NOS FINAIS DE SEMANA E FERIADOS	R\$ 252,00
SEM COD.	CONSULTA EM ORTOPEDIA PIEDADE DO RIO GRANDE PARA ATENDIMENTO DOS PACIENTES EM PIEDADE DO RIO GRANDE	R\$ 68,00
SEM COD.	CONSULTA EM OTORRINOLARINGOLOGISTA	R\$ 90,50
SEM COD.	CONSULTA EM PROCTOLOGISTA	R\$ 80,25

<b>CÓDIGO TABELA SUS</b>	<b>DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS</b>	<b>VALOR</b>
SEM COD.	CONSULTA EM PSIQUIATRIA	R\$ 77,00
SEM COD.	CONSULTA EM PSIQUIATRIA PEDIÁTRICA NO PRESTADOR	R\$ 136,00
SEM COD.	CONSULTA EM UROLOGIA. PARA ATENDIMENTO NA CLÍNICA DO CISVER TODOS OS DIAS	R\$ 97,00
SEM COD.	CONSULTA ESPECIAL DE AVALIAÇÃO PRÉ- CIRÚ JF PARA ATENDIMENTO EM JUIZ DE FORA - (CIRURGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO, CIRURGIÃO GERAL, ORTOPEDISTA, CIRURGIÃO GINECOLÓGICO, OTORRINOLARINGOLOGISTA, ANESTESISTA, CIRURGIÃO VASCULAR, CIRURGIÃO PLÁSTICO NÃO ESTÉTICO, CIRURGIÃO TORÁCICO)	R\$ 85,00
SEM COD.	CORE BIOPSIA (AGULHA GROSSA)	R\$ 367,25
SEM COD.	DENSITOMETRIA OSSEA	R\$ 97,00
SEM COD.	DOPPLER ARTERIAL / VENOSO / CARÓTIDAS POR MEMBRO (A SEREM REALIZADOS NA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO DO CISVER) PARA ATENDIMENTO 24 HORAS TODOS OS DIAS DA SEMANA INCLUINDO SÁBADOS, DOMINGOS E FERIADOS COM LAUDO EM ATÉ 4 HORAS APÓS A REALIZAÇÃO DO EXAME.	R\$ 181,31
SEM COD.	ECOCARDIOGRAMA BIDIMENSIONAL C/DOPPLER CISVER PARA REALIZAR NA CLINICA DE DIAGNOSTICO DO CISVER	R\$ 105,00
SEM COD.	ECOCARDIOGRAMA BIDIMENSIONAL COM DOPPLER PARA ATENDIMENTO NO PRESTADOR	R\$ 105,00
SEM COD.	ECOCARDIOGRAMA BIDIMENSIONAL COM DOPPLER PARA ATENDIMENTO EM TIRADENTES	R\$ 112,00
SEM COD.	ECOCARDIOGRAFIA PEDIÁTRICO C/ DOPPLER DE 0 A 14 ANOS	R\$ 200,00
SEM COD.	ECOCARDIOGRAMA SOB ESTRESSE FARMACOLÓGICO PARA SER REALIZADO EM JUIZ DE FORA	R\$ 320,00
SEM COD.	ECOCARDIOGRAMA SOB ESTRESSE FARMACOLÓGICO PARA SER REALIZADO EM SÃO JOÃO DEL REI	R\$ 329,00
SEM COD.	ECOCARDIOGRAMA FETAL	R\$ 237,33
SEM COD.	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MEMBRO	R\$ 199,50
SEM COD.	ENDOSCOPIA DIGESTIVA C TESTE DE UREASE	R\$ 99,00
SEM COD.	ESPIROMETRIA	R\$ 50,00
SEM COD.	HEMOCULTURA	R\$ 11,49
SEM COD.	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 4,11
SEM COD.	HOLTER 24 (VINTE E QUATRO) HORAS	R\$ 75,00
SEM COD.	IMUNO HISTOQUIMICA	R\$ 131,52

<b>CÓDIGO TABELA SUS</b>	<b>DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS</b>	<b>VALOR</b>
SEM COD.	MAMOGRAFIA	R\$ 45,00
SEM COD.	MAPA	R\$ 75,00
SEM COD.	PAAF DE MAMA PUNÇÃO ASPIRATIVA COM AGULHA FINA	R\$ 174,00
SEM COD.	PAAF DE MAMA SÃO JOÃO DEL REI PUNÇÃO ASPIRATIVA COM AGULHA FINA SÃO JOÃO DEL REI	R\$ 174,00
SEM COD.	PAAF DE TIREÓIDE PUNÇÃO ASPIRATIVA COM AGULHA FINA	R\$ 167,90
SEM COD.	PEQUENAS CIRURGIAS SJDR PARA ATENDIMENTO EM SÃO JOÃO DEL REI	R\$ 73,96
SEM COD.	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	R\$ 10,00
SEM COD.	PET TC JUIZ DE FORA	R\$ 3.960,00
SEM COD.	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OSTEOMUSCULAR	R\$ 474,04
SEM COD.	PROCEDIMENTO DERMATOLÓGICO	R\$ 179,00
SEM COD.	PROCEDIMENTO DERMATOLOGICO (PRESTADOR) CRIOTERAPIA / ELETROCAUTERIZAÇÃO / BIOPSIA / EXÉRESE DE LESÃO PARA SEREM REALIZADOS NO PRESTADOR	R\$ 175,64
SEM COD.	PROCEDIMENTO DERMATOLOGICO MUNICÍPIOS - CRIOTERAPIA / ELETROCAUTERIZAÇÃO / BIOPSIA / EXÉRESE DE LESÃO PARA SEREM REALIZADOS NOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS	R\$ 175,64
SEM COD.	PROCEDIMENTOS CIRURGICO UROLÓGICOS VASECTOMIA	R\$ 530,00
SEM COD.	PROCEDIMENTOS DE CIRURGIA PLÁSTICA 3 SÃO JOÃO DE REI - PROCEDIMENTOS DE CIRURGIA PLÁSTICA, NÃO ESTÉTICOS (EXCISAO DE EXTENSOS FERIMENTOS, LESOES OU TUMORES DE PELE COM NECESSIDADE DE RETALHO LOCAL E/OU ENXERTO DE PELE) – COM SEDAÇÃO – PARA ATENDIMENTO EM SÃO JOÃO DEL REI	R\$ 1.541,90
SEM COD.	PROCEDIMENTOS UROLÓGICOS AMBULATORIAIS SÃO JOÃO DEL REI PARA ATENDIMENTO EM SÃO JOÃO DEL REI - CAUTERIZAÇÃO DE LESÕES EM PÊNIS; PENISCOPIA; EXÉRESE DE CISTOS DE ESCROTO (LÚPIA); BIÓPSIA DE LESÕES EM GENITÁLIA; DILATAÇÃO URETRAL; CATETERISMO VESICAL DE DEMORA E MEATOTOMIA URETRAL; PLÁSTICA DE FREIO BÁLAMO-PREPUCIAL (FRENULOPLASTIA).	R\$ 502,00
SEM COD.	PROTEÍNA C REATIVA	R\$ 2,83
SEM COD.	RAIO X NO PRESTADOR	R\$ 24,90
SEM COD.	RAIO X PARA ATENDIMENTO EM SÃO JOÃO DEL REI	R\$ 24,90
SEM COD.	RAIO X PANORÂMICO DA COLUNA VERTEBRAL	R\$ 96,03
SEM COD.	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	R\$ 268,75
SEM COD.	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MAMA	R\$ 540,00
SEM COD.	RETOSSIGMOIDOSCOPIA RÍGIDA	R\$ 294,63
SEM COD.	TESTE ERGOMETRICO EM SÃO JOÃO DEL REI - PARA ATENDIMENTO TODOS OS DIAS NA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO DO CISVER	R\$ 103,16

<b>CÓDIGO TABELA SUS</b>	<b>DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS</b>	<b>VALOR</b>
SEM COD.	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA 24 HORAS. PARA ATENDIMENTO 24 HORAS TODOS OS DIAS DA SEMANA INCLUINDO SÁBADOS, DOMINGOS E FERIADOS COM LAUDO EM ATÉ 4 HORAS APÓS A REALIZAÇÃO DO EXAME (HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS MERCES)	R\$ 198,54
SEM COD.	TRANSAMINASE OXALACÉTICA	R\$ 2,01
SEM COD.	TRANSAMINASE PIVURICA	R\$ 2,01
SEM COD.	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES BILATERAL BARROSO	R\$ 2.237,67
SEM COD.	ULTRASSON MAMA E AXILA PIEDADE DO RIO GRANDE	R\$ 105,00
SEM COD.	ULTRASSONOGRRAFIA (DIVERSAS) PIEDADE DO RIO GRANDE	R\$ 73,24
SEM COD.	ULTRASSONOGRRAFIA TIRADENTES ABDOME TOTAL, SIMPLES E SUPERIOR, PROSTATA, APARELHO URINARIO (RINS E VIAS URINARIAS), OBSTETRICAS, PELVICA, ENDOVAGINAL, TRANSVAGINAL E ARTICULAÇÕES	R\$ 79,34
SEM COD.	ULTRASSONOGRRAFIA DE MAMA E AXILA (PRESTADOR) ULTRASSONOGRRAFIA DE MAMA E AXILA PARA REALIZAR EM BARROSO	R\$ 109,00
SEM COD.	ULTRASSONOGRRAFIA DE MAMA E AXILA PARA REALIZAR NA CLINICA DE DIAGNOSTICO DO CISVER TODOS OS DIAS COM LAUDO ATÉ 4 HORAS APÓS REALIZAÇÃO DO EXAME.	R\$ 115,00
SEM COD.	ULTRASSONOGRRAFIA GINECOLÓGICO SJDR PÉLVICO FEMININO; ENDOVAGINAL; DOPPLER ENDOVAGINAL; OBSTÉTRICO; DOPPLER OBSTÉTRICO	R\$ 74,91
SEM COD.	ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLÓGICO 1º TRIMESTRE	R\$ 123,79
SEM COD.	ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLÓGICO 2º TRIMESTRE	R\$ 162,99
SEM COD.	ULTRASSONOGRRAFIA SAO JOAO DEL REI MANHÃ. ABDÔMEN TOTAL; ULTRASSONOGRRAFIA DE QUADRIL EM RN; ABDÔMEN SUPERIOR; PAREDE ABDOMINAL; REGIÕES INGUINAIS; VIAS URINÁRIAS; PÉLVICO MASCULINO; PÉLVICO FEMININO; ENDOVAGINAL; DOPPLER ENDOVAGINAL; PARTES MOLES; DOPPLER DE PARTES MOLES; TIREOIDE; DOPPLER DE TIREOIDE; GLÂNDULAS SALIVARES; DOPPLER DE GLÂNDULAS SALIVARES OBSTÉTRICO; DOPPLER OBSTÉTRICO; QUADRIL; COXA; JOELHO; PERNA; CALCÂNEO; TORNOZELO; PÉ; OMBRO; BRAÇO; COTOVELO; ANTEBRAÇO; PUNHO; MÃO; TRANSLUCÊNCIA NUCAL (PARA REALIZAÇÃO NA CLINICA DE DIAGNOSTICO DO CISVER TODOS OS DIAS NO PERÍODO DA MANHÃ)	R\$ 74,00

CÓDIGO TABELA SUS	DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	VALOR
SEM COD.	ULTRASSONOGRAFIA SAO JOAO DEL REI TARDE. ABDÔMEN TOTAL; ULTRASSONOGRAFIA DE QUADRIL EM RN; ABDÔMEN SUPERIOR; PAREDE ABDOMINAL; REGIÕES INGUINAIS; VIAS URINÁRIAS; PÉLVICO MASCULINO; PÉLVICO FEMININO; ENDOVAGINAL; DOPPLER ENDOVAGINAL; PARTES MOLES; DOPPLER DE PARTES MOLES; TIREOIDE; DOPPLER DE TIREOIDE; GLÂNDULAS SALIVARES; DOPPLER DE GLÂNDULAS SALIVARES OBSTÉTRICO; DOPPLER OBSTÉTRICO; QUADRIL; COXA; JOELHO; PERNA; CALCÂNEO; TORNOZELO; PÉ; OMBRO; BRAÇO; COTOVELO; ANTEBRAÇO; PUNHO; MÃO; TRANSLUCÊNCIA NUCAL (PARA REALIZAÇÃO NA CLINICA DE DIAGNOSTICO DO CISVER TODOS OS DIAS NO PERÍODO DA TARDE)	R\$ 74,00
SEM COD.	URETROCISTOGRAFIA	R\$ 189,94
SEM COD.	UROGRAFIA EXCRETORA	R\$ 205,00

