



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000
FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

CHAMAMENTO PÚBLICO

PROCESSO LICITATÓRIO Nº 106/2026

INEXIGIBILIDADE Nº 027/2026

CREDENCIAMENTO Nº 011/2026

EDITAL Nº 053/2024

Edital de Chamamento Público para Credenciamento de pessoas jurídicas para **CREDCIAMENTO DE EMPRESAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, CONSULTAS E SERVIÇOS MÉDICOS, CIRURGIÃO DENTISTA BUCOMAXILOFACIAL, ANESTESIOLOGIA E DIÁRIAS DE UTI COM BASE NA TABELA MUNICIPAL REFERENCIADA NA TABELA SUS'**, nos termos e condições estabelecidas neste Edital e seus anexos.

INFORMAÇÕES DO RECEBIMENTO DAS SOLICITAÇÕES PARA CREDENCIAMENTO:

ENDEREÇO: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, Setor de Credenciamento, situada à Rua Francisco de Oliveira Pinto, nº 42 - Centro, cidade de Extrema - MG.

PERÍODO: O recebimento das solicitações de credenciamento e da documentação ocorrerá a partir de 23 de abril de 2026, das 09:00 às 17:00 horas, encerrando-se em 23 de abril de 2027 às 17:00 horas, no endereço acima indicado com a Sra. Grazielle Aparecida de Toledo, telefone (35)3435-5427.

ESCLARECIMENTOS: Pedidos de esclarecimentos poderão ser enviados para o e-mail compraspme@extrema.mg.gov.br.

LEGISLAÇÃO: Lei Federal nº 14.133/2021.

O **MUNICÍPIO DE EXTREMA-MG**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ/MF sob o nº **18.677.591/0001-00**, com sede à Av. Delegado Waldemar Gomes Pinto, nº 1.624, Ponte Nova, Extrema - MG, CEP: 37.642-350 através do Agente de Contratação Sr. **Paulo Roberto da Silva Junior**, torna público, para conhecimento dos interessados, que está realizando **CHAMAMENTO PÚBLICO**, com utilização do procedimento auxiliar de **CREDCIAMENTO**, nos termos e nas condições estabelecidas no presente instrumento convocatório e seus anexos, que se subordinam às normas gerais da Lei Federal nº **14.133/2021**.



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

1. DO OBJETO E DA DEFINIÇÃO

1.1 É objeto do presente Edital o credenciamento de pessoas jurídicas para **CRENCIAMENTO DE EMPRESAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, CONSULTAS E SERVIÇOS MÉDICOS, CIRURGIÃO DENTISTA BUCOMAXILOFACIAL, ANESTESIOLOGIA E DIÁRIAS DE UTI COM BASE NA TABELA MUNICIPAL REFERENCIADA NA TABELA SUS.**

1.2 Conforme art. 6º, inciso XLIII, da Lei Federal nº 14.133/2021, define-se credenciamento como o processo administrativo de chamamento público em que a Administração Pública convoca interessados em prestar serviços ou fornecer bens para que, preenchidos os requisitos necessários, se credenciem no órgão ou na entidade para executar o objeto quando convocados.

1.3 O critério de seleção é o previsto no Lei Nº 14.133/2021, Credenciamento, Art. 74, Inciso IV c/c Art.78, Inciso I e Art.79, Inciso I, da Lei Federal nº 14.133/2021, ou seja, paralela e não excludente: caso em que é viável e vantajosa para a Administração a realização de contratações simultâneas em condições padronizadas.

1.4 A forma de execução dos serviços, seus quantitativos, valores, prazos etc. estão previstos no Anexo I - Termo de Referência deste Edital.

2. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO

2.1 Poderão participar do presente processo e serão credenciadas todas as pessoas jurídicas interessadas que comprovarem atender a todas as condições estabelecidas neste Edital e seus anexos.

2.2 Os dados informados na Solicitação de Credenciamento são de responsabilidade dos interessados, que deverão comprová-los através da apresentação da documentação exigida no Item 3 deste Edital.

2.3 Não será admitida a participação de interessados que, por quaisquer motivos, tenham sido declarados inidôneos pela Administração Pública Direta ou Indireta, nas esferas Federal, Estadual ou Municipal, ou punidos com suspensão pela **Prefeitura Municipal de Extrema - MG.**

2.4 Os documentos exigidos deverão apresentados em forma de cópias autenticadas por cartório competente, ou cópias simples, desde que acompanhadas dos respectivos originais para autenticação por membro da Comissão de Licitação, à exceção dos documentos gerados automaticamente pelos Sistemas Previdenciário/Fiscal e Outros.

2.5 Os documentos emitidos e/ou extraídos via internet poderão ser novamente impressos e/ou consultados pela Comissão de Contratação para efeito de comprovação de sua autenticidade.



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

2.6 Com exceção os documentos que, por sua natureza, não possuem prazo de validade, os demais documentos deverão ser apresentados dentro da validade neles expressa ou com data de expedição não superior a 03 (três) meses da data da entrega da Solicitação de Credenciamento.

2.7 Não serão aceitos documentos entregues fora do local, dias e horários estabelecidos neste Edital.

2.8 Não serão aceitos protocolos de entrega ou solicitação de documentos em substituição aos documentos requeridos no presente Edital e Anexos, com exceção dos casos expressamente previstos.

3. DOCUMENTAÇÃO PARA CREDENCIAMENTO

3.1 RELATIVOS À HABILITAÇÃO JURÍDICA

- a) Cédula de identidade de todos os sócios da pessoa jurídica ou do empresário;
- b) Certificado de condição de Microempreendedor Individual, no caso de MEI, ou;
- c) Registro comercial, no caso de empresa individual, ou;
- d) Ato constitutivo, estatuto ou contrato social e todas as suas alterações, se for caso, devidamente registrados na Junta Comercial, ou contrato social consolidado em vigor, em se tratando de sociedades comerciais, e, no caso de sociedades por ações, acompanhado da documentação de eleição dos seus administradores ou;
- e) Inscrição do ato constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada de prova da diretoria em exercício ou;
- f) Decreto de autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir, ou;
- g) Registro ou certificado de fins filantrópicos e/ou ato de declaração de utilidade pública, no caso de sociedades civis sem fins lucrativos ou de utilidade pública.
- h) Se a pessoa jurídica se fizer representar por procurador, faz-se necessária a apresentação de cópia da cédula de identidade ou documento equivalente do procurador, bem como da respectiva Procuração (com menção expressa de que lhe confere amplos poderes, inclusive para assinar solicitações, declarações, atas, termos, contratos, para recebimento de intimações e notificações, desistência ou não de recursos, bem como demais atos pertinentes ao certame) com firma reconhecida ou por instrumento público.

3.2 RELATIVOS À REGULARIDADE FISCAL E TRABALHISTA

- a) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas - **Cartão do CNPJ/MF**;



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

- b) Prova de regularidade perante a Fazenda Nacional (**Dívida Ativa da União e Contribuições Federais**);
- c) Prova de regularidade perante o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (**FGTS**), demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei;
- d) Prova de regularidade perante a **fazenda estadual** do domicílio ou sede do licitante, ou outra equivalente, na forma de lei;
- e) Prova de regularidade perante a **fazenda municipal** do domicílio ou sede do licitante, ou outra equivalente, na forma de lei;
- f) Prova de regularidade perante a Justiça do Trabalho - **Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas**;
- g) A apresentação de Inscrição e Regularidade no **SICAFI** supre a documentação de "a à f" acima.

3.3 RELATIVOS À QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA

3.3.1 Certidão Negativa de Falência ou Recuperação Judicial ou Extrajudicial expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, quando deverá ser observado, por empresa em Recuperação Judicial ou Extrajudicial o seguinte:

- a) Empresas que se encontrem em recuperação judicial ou extrajudicial poderão participar do certame desde que apresentem certidão emitida pelo juízo em que tramita o procedimento da recuperação judicial ou extrajudicial, certificando que a empresa está apta econômica e financeiramente a suportar o cumprimento de um futuro contrato com a Administração, levando em consideração o objeto a ser licitado, JUNTO DE documento que comprove que o plano de recuperação foi acolhido na esfera judicial, na forma do art. 58 da Lei n.º 11.101/2005, sem o prejuízo de eventuais diligências da Administração junto ao juízo onde se processa a recuperação, a fim de se constatar a capacidade econômico financeira da licitante (Vide: TCU - Acórdão TCU 1.201/2021; TCEMG - Processos nº 1.098.537 e nº 1.047.863)

3.4 RELATIVOS À QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

3.4.1 Alvará de funcionamento e sanitário atual, do local da prestação dos serviços;

3.4.2 Comprovante de cadastro no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) atualizado;

3.4.2 Documentação do responsável técnico:

- a) Curriculum vitae resumido do responsável técnico.



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

b) Cédula de identidade e CPF.

c) Diploma do Curso compatível com a atividade ou Certificado de Especialidade devidamente reconhecidos pela respectiva entidade de classe;

d) Registro do responsável técnico junto ao Conselho de Fiscalização do Exercício Profissional da categoria.

4. ENTREGA E ANÁLISE DOS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO

4.1 Aberto o período para solicitações de credenciamento, os interessados entregarão, mediante recibo (conforme modelo Anexo VI), toda a documentação de habilitação prevista no Item 3.

4.2 A análise dos documentos de habilitação será realizada pela Comissão de Contratação vinculada ao Órgão solicitante SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE em prazo não superior a **05 (cinco) dias úteis**, contados a partir da data do protocolo de entrega recebida pela Secretaria solicitante, que será aposto em cópia da Solicitação de Credenciamento e entregue ao interessado.

4.3 A Comissão poderá, durante a análise da documentação, convocar os interessados para prestarem quaisquer esclarecimentos porventura necessários, bem como para complementarem, caso queiram, os documentos apresentados.

4.4 Serão considerados habilitados e credenciados os interessados que cumprirem todas as exigências deste Edital, sendo inabilitados e não credenciados aqueles que não cumprirem e não manifestarem interesse em complementar a documentação necessária.

5. DOS RECURSOS

5.1 O interessado não habilitado, nos termos do item 4.4, poderá interpor recurso, no prazo de **05 (cinco) dias úteis**, a contar da data da comunicação da decisão da inabilitação da empresa, a ser realizado pela Comissão de Contratação via correio eletrônico via e-mail informado pela empresa solicitante do credenciamento.

5.2 O recurso deverá ser feito por escrito, assinado, dirigido ao Agente de Contratação e protocolado na sede da Prefeitura Municipal de Extrema, situada à Av. Delegado Waldemar Gomes Pinto, nº 1.624, Ponte Nova, Extrema - MG., CEP: 37.642-350 ou pelo e-mail: compraspme@extrema.mg.gov.br.

5.3 O recurso não terá efeito suspensivo.

6. DA DIVULGAÇÃO DO RESULTADO

6.1 Após a análise documental, a Comissão de Contratação apresentará a relação geral dos credenciados, assim como a complementar sempre que novos interessados se credenciarem.



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

6.2 O processo de análise e o resultado serão homologados pelo Ordenador de Despesas do município.

6.3 Após o deferimento do credenciamento, o interessado será comunicado via correio eletrônico (informado na Solicitação de Credenciamento) e publicação na Imprensa Oficial do município, quando então será comunicado a assinar o Contrato, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, sob pena de cancelamento.

6.4 A lista dos interessados habilitados/credenciados, segundo os critérios do edital, será divulgada e mantida atualizada por meio do sítio eletrônico www.extrema.gov.br/imprensaoficial/licitacoes.

6.5 Os interessados que não forem habilitados/credenciados terão sua documentação disponível para ser retirada (no endereço de recebimento da documentação) por até 15 (quinze) dias da divulgação. Havendo interposição de recurso, esse prazo será contado a partir da data de julgamento definitivo do mesmo.

7. DO TERMO DE CREDENCIAMENTO

7.1 O Termo terá vigência de 12 (doze) meses, contados da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado nas hipóteses legais, tendo eficácia legal após a publicação do seu extrato Imprensa Oficial do município.

7.2 A convocação para a assinatura do Termo se dará após efetivada a habilitação do interessado, segundo os critérios deste Edital.

7.3 A minuta do Termo de Credenciamento a ser celebrado consta do Anexo II deste Edital.

8. DOS PREÇOS E DO PAGAMENTO

8.1 Os serviços prestados pelos credenciados serão remunerados de acordo com a Tabela Municipal anexa ao edital e conforme consta no Anexo I - Termo de Referência, cuja aceitação será considerada com a apresentação da documentação para habilitação para o devido credenciamento;

8.2 O valor fixado para a remuneração de cada item seguirá, durante toda a vigência contratual, os valores constantes na Tabela Municipal, conforme referenciada na Tabela SUS.

8.2.1 Os preços inicialmente contratados são fixos e somente poderão ocorrer reajustes na hipótese de atualização formal da Tabela Municipal, aplicando-se, automaticamente, os novos valores a partir de sua publicação ou vigência oficial.



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

8.3 O pagamento será efetuado pela Prefeitura do Município de Extrema - MG. até o 20º (vigésimo) dia útil, mediante a apresentação da Nota Fiscal, após o ateste pelo servidor designado, sendo efetuada a retenção de tributos sobre o pagamento a ser realizado (se for o caso), conforme determina a legislação vigente.

8.4 O pagamento será creditado em conta corrente, por meio de ordem bancária a favor de qualquer instituição bancária indicada na Nota Fiscal e/ou no ato de credenciamento, devendo, para isso, ficar explícito o nome do banco, agência, localidade e número da conta corrente em que deverá ser efetivado o crédito.

8.5 Caso o prestador seja optante pelo Sistema Integrado de Pagamento de Impostos e Contribuições das Microempresas e Empresas de Pequeno Porte - SIMPLES, deverá apresentar, juntamente com a Nota Fiscal, a devida comprovação, a fim de evitar a retenção na fonte dos tributos, de acordo com a Lei Complementar nº 123/2006.

8.6 Havendo erro na Nota Fiscal ou circunstância que impeça a liquidação da despesa, esta será devolvida ao prestador, e o pagamento ficará pendente até que ela providencie as medidas saneadoras. Nessa hipótese, o prazo para pagamento iniciar-se-á após a regularização da situação ou reapresentação do documento fiscal não acarretando qualquer ônus para a Prefeitura do Município de Extrema - MG.

8.7 Previamente à data do pagamento, o Departamento de Tesouraria verificará as certidões de regularidade fiscal e trabalhista, para verificar a manutenção das condições de habilitação do prestador.

8.8 Os tributos e as contribuições fiscais, bem como quaisquer outras despesas necessárias à dos serviços são de responsabilidade do prestador, podendo a Contratante exigir, a qualquer tempo, a comprovação de sua regularidade.

8.9 Havendo atraso no pagamento de suas obrigações a Prefeitura do Município de Extrema - MG. procederá à atualização financeira diária de seus débitos, por meio da média de índices de preços de abrangência nacional, tendo como base o dia limite para pagamento e como data final o dia anterior ao da emissão da ordem bancária, ou pelo índice que venha a substituí-lo.

8.10 Para fins de cálculos de utilização de correção, por atraso, utilizar-se-á a seguinte fórmula:
 $EM = I \times N \times VP$, onde:

EM = Encargos Moratórios

N = Número de dias entre a data prevista para o pagamento e a do efetivo pagamento; VP = Valor da parcela em atraso;

I = Índice de compensação financeira = assim apurado:

onde I = IPCA-E (do IBGE) do período, "Pro Rata Die", desprezando-se as frações inferiores a 15 dias.



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

8.11 Qualquer irregularidade que impeça a liquidação da despesa será comunicada ao prestador, ficando o pagamento suspenso até que se providenciem as medidas saneadoras. Nessa hipótese, o prazo para o pagamento iniciar-se-á após regularização da situação e/ou a reapresentação do documento fiscal, não acarretando qualquer ônus para o **Município de Extrema - MG**.

9. DAS HIPÓTESES DE DESCREDENCIAMENTO

9.1 A Prefeitura Municipal de Extrema - MG poderá promover o credenciamento, a qualquer tempo, por razões devidamente fundamentadas em fatos supervenientes ou conhecidos após o credenciamento, que importem comprometimento da capacidade técnica, fiscal ou da postura profissional do Credenciado, ou ainda que fira o padrão ético ou operacional do trabalho, sem que caiba ao mesmo qualquer direito a indenização, compensação ou reembolso, seja a que título for.

9.2 Aqueles que não se apresentarem para a execução da demanda de serviços no prazo de **05 (cinco) dias úteis** serão descredenciados.

9.3 O Credenciado poderá solicitar o seu descredenciamento a qualquer tempo, desde que requerido com antecedência mínima de **30 (trinta) dias corridos**.

9.4 Na hipótese de descumprimento das obrigações pelo Credenciado, este estará sujeito às sanções previstas no Edital, seus Anexos e na Lei Federal nº 14.133/2021.

9.5 Fica assegurado ao Credenciado o direito ao contraditório, sendo avaliadas suas razões pela Comissão de Contratação, que opinará em **05 (cinco) dias úteis** e as submeterá ao responsável pela SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE para tomada de decisão.

10. DA IMPUGNAÇÃO AO EDITAL

10.1 Os pedidos de esclarecimentos e as impugnações ao presente Edital deverão ser efetuados por escrito, a qualquer tempo, antes da data de encerramento do período de credenciamento, endereçados ao Agente de Contratação, entregues pessoalmente no Departamento de Licitações, situado à Av. Delegado Waldemar Gomes Pinto, nº 1.624, Ponte Nova, Extrema - MG, CEP: 37.642-350, das 7h00 às 11h00 e das 13h00 às 17h00, ou pelo e-mail compraspme@extrema.mg.gov.br.

10.2 Caberá ao Agente de Contratação de Licitação analisar e decidir sobre a petição de esclarecimento ou impugnação no prazo de 05 (cinco) dias úteis.

10.3 As decisões e/ou respostas serão encaminhadas no e-mail informado pelo interessado no momento do pedido de esclarecimento e/ou impugnação.



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

11. DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADO

As obrigações do Credenciado constam no Termo de Referência.

12. DAS OBRIGAÇÕES DA CREDENCIANTE

As obrigações do Credenciante constam no Termo de Referência.

13. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

13.1 Não poderão disputar licitação ou participar da execução de contrato, direta ou indiretamente:

I. pessoa física ou jurídica que se encontre, ao tempo da licitação, impossibilitada de participar da licitação em decorrência de sanção que lhe foi imposta;

II. O impedimento de que trata a alínea "a" acima será também aplicado ao licitante que atue em substituição a outra pessoa, física ou jurídica, com o intuito de burlar a efetividade da sanção a ela aplicada, inclusive a sua controladora, controlada ou coligada, desde que devidamente comprovado o ilícito ou a utilização fraudulenta da personalidade jurídica do licitante.

III. aquele que mantenha vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira, trabalhista ou civil com dirigente do órgão ou entidade contratante ou com agente público que desempenhe função na licitação ou atue na fiscalização ou na gestão do contrato, ou que deles seja cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, devendo essa proibição constar expressamente do edital de licitação;

IV. empresas controladoras, controladas ou coligadas, nos termos da Lei nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976 <www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6404consol.htm>, concorrendo entre si;

V. pessoa física ou jurídica que, nos 5 (cinco) anos anteriores à divulgação do edital, tenha sido condenada judicialmente, com trânsito em julgado, por exploração de trabalho infantil, por submissão de trabalhadores a condições análogas às de escravo ou por contratação de adolescentes nos casos vedados pela legislação trabalhista.

13.2 A simples apresentação, pelo interessado, da documentação exigida no presente certame não induzirá automática celebração do Contrato, sendo submetida à habilitação prevista no Item 3 deste Edital.

13.3 Os Credenciados serão os únicos e exclusivos responsáveis pelas informações disponibilizadas e sua atualização junto à Prefeitura Municipal de Extrema - MG.

13.4 A Prefeitura Municipal de Extrema - MG poderá alterar, revogar ou anular o presente credenciamento, na forma da lei, sem que caiba aos participantes qualquer direito a reembolso, indenização ou compensação.



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

13.5 Os casos omissos serão decididos pela Equipe de Gestão especificada no Anexo I - Termo de Referência, na forma da Lei Federal nº 14.133/2021 e Decreto Municipal nº 4.441/23.

14. ANEXOS DO EDITAL

14.1 São partes integrantes, indissociáveis e atreladas ao conteúdo deste Edital os seguintes anexos, cujo teor vincula totalmente os interessados:

ANEXO I - TERMO DE REFERÊNCIA

APÊNDICE DO ANEXO I - ESTUDO TÉCNICO PRELIMINAR

ANEXO II - MODELO DE SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

ANEXO III - MODELO DE DECLARAÇÕES

ANEXO IV - MINUTA DE TERMO DE CONTRATO DE CREDENCIAMENTO

ANEXO V - MODELO DE CARTA CREDENCIAL

ANEXO VI - MODELO DE RECIBO DE ENTREGA DE DOCUMENTAÇÃO PARA CREDENCIAMENTO

ANEXO VII - TABELA MUNICIPAL

Extrema - MG, 25 de março de 2026.

Paulo Roberto da Silva Junior

Agente de Contratação

Decreto nº 4.817 de 08 de janeiro de 2.025.



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP

37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

ANEXO I - TERMO DE REFERÊNCIA

SECRETARIA: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

LOCAL: CENTRAL DE AVALIAÇÃO E FLUXO

1. OBJETO:

CREDENCIAMENTO DE EMPRESAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE PROCEDIMENTOSCIRÚRGICOS, CONSULTAS E SERVIÇOS MÉDICOS, CIRURGIÃO DENTISTA BUCOMAXILOFACIAL, ANESTESIOLOGIA E DIÁRIAS DE UTI COM BASE NA TABELA MUNICIPAL REFERENCIADA NA TABELA SUS.

1.1 Natureza do objeto:

Serviços comuns

Serviços técnicos especializados

2. PRAZO DA CONTRATAÇÃO:

O credenciamento terá duração de 12 (doze) meses. As empresas interessadas poderão se credenciar a qualquer momento durante a vigência do processo, sem limite de tempo específico.

2.1 Prazo de execução do contrato:

O contrato terá duração de 12 (doze) meses.

2.2 Prazo de vigência contratual:

O termo de credenciamento terá vigência de 12 (doze) meses, contados a partir da data de assinatura, podendo ser prorrogado.

2.2.1 Possibilidade de prorrogação:

sim

não

2.3 Do reajuste:

Os preços praticados observarão, durante toda a vigência contratual, os valores constantes na Tabela Municipal, conforme referenciada na Tabela SUS.

Reajuste nos valores somente poderão ocorrer na hipótese de atualização formal da Tabela Municipal, aplicando-se, automaticamente, os novos valores a partir de sua publicação ou vigência oficial.



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

3. FUNDAMENTAÇÃO DA CONTRATAÇÃO:

O presente Termo fundamenta-se na necessidade descrita no Estudo Técnico Preliminar (ETP), referente ao credenciamento de empresas para prestação de serviços de procedimentos cirúrgicos, consultas médicas especializadas e serviços de cirurgião-dentista bucomaxilofacial, com fundamento no art. 79, inciso I, da Lei Federal nº 14.133/2021 e no Decreto Municipal nº 4.441/2023.

A contratação justifica-se diante do elevado volume de demanda por consultas especializadas e procedimentos cirúrgicos no âmbito da rede municipal de saúde, circunstância que exige a ampliação da capacidade assistencial, a fim de garantir atendimento contínuo, oportuno e adequado à população.

Na divisão tripartite do SUS temos a responsabilidade do Estado de Minas Gerais na oferta de cirurgias e procedimentos de média e alta complexidade. Atualmente com a fila e necessidades existentes do município, a oferta estadual não está dando vazão as necessidades atuais sendo esse credenciamento uma oportunidade desta ampliação.

As consultas especializadas constituem etapa essencial para o diagnóstico precoce, acompanhamento clínico e definição de condutas terapêuticas, promovendo maior resolutividade dos casos e prevenindo o agravamento de quadros clínicos. Já os procedimentos cirúrgicos especializados são indispensáveis ao tratamento de patologias, fraturas e demais condições que não podem ser solucionadas exclusivamente no âmbito da atenção básica.

Ressalta-se que eventual interrupção ou insuficiência na oferta desses serviços poderá acarretar prejuízos significativos à assistência à saúde, com aumento das filas de espera, descontinuidade de tratamentos em curso e risco de agravamento do estado clínico dos pacientes, podendo demandar intervenções futuras mais complexas e onerosas ao sistema público de saúde.

Cumpre destacar que a rede pública municipal, por meio de seus serviços próprios e de referência, não possui capacidade instalada suficiente para absorver integralmente a demanda por procedimentos cirúrgicos, ambulatoriais e consultas especializadas. Dessa forma, o credenciamento de empresas especializadas mostra-se medida necessária e adequada para assegurar a integralidade da assistência à saúde.

A realização de cirurgias e consultas especializadas é fundamental para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, reduzindo o tempo de espera, evitando a progressão de doenças e promovendo maior efetividade nas políticas públicas de saúde. Considerando que há mais de dez especialidades médicas cirúrgicas envolvidas, torna-se imprescindível a adoção de mecanismo que possibilite maior celeridade e ampliação da oferta dos serviços aos munícipes.



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

Por fim, destaca-se que a gestão pública de saúde constitui um dos pilares essenciais para garantir o bem-estar da população e o acesso universal e igualitário a serviços de qualidade, conforme os princípios que regem a administração pública e o Sistema Único de Saúde.

4. DESCRIÇÃO DETALHADA DA SOLUÇÃO:

Após análise das alternativas disponíveis, sob os aspectos técnico, econômico e operacional, conclui-se que a contratação por meio de credenciamento é a solução mais adequada para o atendimento da necessidade identificada.

O credenciamento constitui procedimento auxiliar de contratação que possibilita à Administração Pública contratar todos os interessados que atendam aos requisitos previamente estabelecidos em edital, sem caráter competitivo, nos termos do art. 79 da Lei Federal nº 14.133/2021. Tal mecanismo assegura ampliação da rede assistencial de forma ágil, isonômica e flexível, com observância ao princípio da continuidade do serviço público.

A solução consiste no credenciamento de pessoas jurídicas legalmente constituídas e tecnicamente habilitadas à prestação de serviços médicos, consultas especializadas, procedimentos cirúrgicos, serviços de cirurgião-dentista bucomaxilofacial, anestesiologia e diárias de UTI, conforme critérios técnicos, requisitos de qualificação e condições de execução definidos no edital e no Termo de Referência.

Os serviços serão prestados conforme demanda da Secretaria Municipal de Saúde, observada a programação assistencial e a disponibilidade orçamentária, com remuneração baseada nos valores fixados na Tabela Municipal, referenciada na Tabela do Sistema Único de Saúde (SUS), respeitados os protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas, normativas do SUS e demais legislações aplicáveis.

A execução contratual deverá observar padrões de qualidade, segurança do paciente, rastreabilidade dos procedimentos, cumprimento das normas sanitárias e responsabilidade técnica dos profissionais envolvidos, garantindo a adequada prestação do serviço à população.

4.1. Resultados a serem obtidos:

A presente contratação tem como objetivo alcançar resultados concretos e mensuráveis na prestação dos serviços de saúde à população, alinhados às diretrizes do Sistema Único de Saúde e aos princípios da eficiência e continuidade do serviço público.

Como resultados pretendidos, destacam-se:

- Ampliação da capacidade assistencial do Município, mediante a integração de prestadores credenciados à rede pública de saúde, possibilitando maior oferta de consultas especializadas e procedimentos cirúrgicos;



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

- Redução do tempo de espera para realização de consultas e cirurgias, com consequente diminuição das filas e maior celeridade no atendimento;
- Prevenção do agravamento de quadros clínicos, por meio de diagnóstico precoce, acompanhamento especializado e intervenções cirúrgicas oportunas;
- Melhoria da qualidade de vida dos pacientes, assegurando acesso tempestivo a tratamentos adequados e especializados;
- Maior resolutividade da rede municipal de saúde, reduzindo a necessidade de encaminhamentos externos e internações decorrentes de complicações evitáveis;
- Otimização da aplicação dos recursos públicos, por meio de modelo de contratação flexível, com pagamento conforme demanda efetivamente executada;
- Garantia da continuidade dos serviços de saúde, evitando desassistência à população e assegurando atendimento regular e humanizado.

Os resultados pretendidos estão em consonância com os objetivos da Lei Federal nº 14.133/2021, especialmente quanto à busca da eficiência, economicidade e promoção do desenvolvimento sustentável, bem como com as diretrizes do Sistema Único de Saúde, que asseguram acesso universal, integral e igualitário às ações e serviços de saúde.

4.2 Sustentabilidade do objeto:

A presente contratação observará os princípios da sustentabilidade ambiental, social e econômica, em conformidade com o art. 5º da Lei Federal nº 14.133/2021, que estabelece o desenvolvimento nacional sustentável como um dos objetivos das contratações públicas.

No aspecto ambiental, as empresas credenciadas deverão adotar boas práticas de gestão de resíduos de serviços de saúde, em conformidade com a legislação sanitária e ambiental vigente, promovendo o correto acondicionamento, armazenamento, transporte e destinação final dos resíduos hospitalares, especialmente materiais perfurocortantes e infectantes. Deverão, ainda, priorizar o uso racional de insumos, materiais descartáveis e recursos naturais, bem como adotar medidas de eficiência energética e redução de desperdícios.

Sob a perspectiva social, a contratação contribui para a ampliação do acesso da população a serviços especializados de saúde, reduzindo filas de espera e promovendo atendimento digno, humanizado e oportuno. A medida fortalece a rede assistencial e assegura a continuidade de tratamentos, impactando positivamente a qualidade de vida dos munícipes.



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

No âmbito econômico, o credenciamento possibilita maior eficiência na alocação dos recursos públicos, permitindo que o Município contrate conforme a demanda efetiva, evitando ociosidade de estrutura e garantindo melhor custo-benefício na prestação dos serviços. Ademais, a ampliação da oferta de consultas e procedimentos tende a reduzir custos futuros decorrentes do agravamento de quadros clínicos.

Dessa forma, a contratação mostra-se alinhada às diretrizes de sustentabilidade, promovendo equilíbrio entre responsabilidade ambiental, justiça social e eficiência econômica, em consonância com os princípios que regem a administração pública.

5. REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO:

A Contratada deverá cumprir integralmente as obrigações previstas neste Termo de Referência, no Edital e em seus anexos, assumindo como exclusivamente seus os riscos e as despesas decorrentes da boa e perfeita execução do objeto contratado.

A empresa deverá estar devidamente habilitada para executar todos os serviços para os quais esteja sendo credenciada, de acordo com sua área de atuação. A eventual prestação de serviços em desacordo ou incompatível com as respectivas habilitações, assegurados o contraditório e a ampla defesa, poderá ensejar responsabilização judicial.

5.1 Caberá à Contratada:

5.1.1 Executar os serviços com excelência, conforme especificações, prazos e locais estabelecidos, acompanhados da respectiva nota fiscal com todas as discriminações inerentes ao objeto;

5.1.2 Atuar como pessoa jurídica autônoma, sem qualquer vínculo empregatício ou institucional com a Prefeitura Municipal de Extrema/MG, sendo responsável exclusiva pela qualidade dos materiais e serviços prestados, vedada qualquer cobrança de valores adicionais não previstos contratualmente;

5.1.3 Arcar com todas as despesas diretas e indiretas necessárias ao cumprimento do contrato, incluindo materiais, equipamentos, transporte, logística, mão de obra, tributos, encargos e demais custos operacionais, sem ônus adicional à Administração;

5.1.4 Manter, durante toda a execução contratual, as condições de habilitação e qualificação exigidas, inclusive quanto à regularidade fiscal, trabalhista e técnica, sob pena de rescisão, conforme previsto na Lei nº 14.133/2021;

5.1.5 Respeitar integralmente as disposições legais relativas às responsabilidades civil, sanitária, trabalhista, fiscal, previdenciária e ambiental decorrentes da fabricação, transporte, entrega e instalação dos produtos, respondendo integralmente por eventuais danos causados à Administração Pública ou a terceiros, por ação ou omissão, dolo ou culpa, durante a execução contratual;



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

5.1.6 Reparar, corrigir, remover, reconstruir ou substituir, total ou parcialmente, às suas expensas, o objeto do contrato em que se verifiquem vícios, defeitos ou inconformidades, dentro do prazo estabelecido pela Administração;

5.1.7 Comunicar à Contratante, com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro) horas, quaisquer motivos que impossibilitem o cumprimento dos prazos, devidamente justificados e comprovados;

5.1.8 Prestar prontamente esclarecimentos e informações solicitadas pela Administração, dentro dos prazos fixados, assegurando transparência e rastreabilidade na execução do contrato;

5.1.9 Indicar preposto ou representante técnico responsável por acompanhar a execução do contrato, com disponibilidade para comunicação direta com a Administração, visando à resolução de eventuais pendências e acompanhamento dos serviços;

5.1.10 Responder por quaisquer danos, prejuízos ou paralisações na execução dos serviços decorrentes de sua atuação, salvo em casos de força maior devidamente comprovada e comunicada à Contratante no prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas;

5.1.11 Manter representante disponível para comunicação durante todo o período de vigência contratual, a fim de garantir o cumprimento das obrigações e a pronta resolução de eventuais demandas;

5.1.11.1 Designar e comunicar à Contratante o nome do empregado responsável pelo atendimento das solicitações e acompanhamento das obrigações do contrato, podendo ser substituído mediante comunicação formal e justificada;

5.1.12 Utilizar mão de obra devidamente habilitada de acordo com as normas técnicas e éticas aplicáveis e regularmente inscrita nos respectivos Conselhos de Classe do Estado de atuação do credenciamento;

5.1.13 Disponibilizar centro cirúrgico adequado para a realização de procedimentos cirúrgicos que exijam sua utilização, responsabilizando-se integralmente por todos os custos hospitalares decorrentes, incluindo espaço, insumos hospitalares, administrativos, mão de obra técnica, epi e quaisquer outras necessidades indispensáveis à execução segura do procedimento. A Credenciada deverá manter sob sua responsabilidade toda a gestão financeira e administrativa relacionada à utilização da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos;

5.1.14 Encaminhar previamente à Secretaria Municipal de Saúde, para análise e aprovação quanto ao cumprimento das normas sanitárias, regulatórias e de saúde vigentes, com vistas à garantia da segurança do paciente, a documentação técnica do hospital onde será realizado o procedimento em centro cirúrgico, incluindo:



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

- Comprovação de estrutura física compatível com a realização de procedimentos cirúrgicos, contendo a descrição da sala cirúrgica, RPA e CME, quando aplicável;
- Relação dos equipamentos essenciais disponíveis, tais como monitor multiparamétrico, desfibrilador, foco cirúrgico, carro de anestesia, aspirador cirúrgico, entre outros;
- Comprovação de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos biomédicos;
- Protocolo de Segurança do Paciente implantado;
- Protocolo de Controle de Infecção, especialmente no que se refere ao centro cirúrgico.

5.1.14.1 A apresentação e a aprovação prévia da referida documentação constituem condição obrigatória para a autorização da realização da cirurgia no respectivo estabelecimento;

5.1.15 Realizar integralmente o acompanhamento pré-operatório e pós-operatório dos pacientes, responsabilizando-se por eventuais intercorrências relacionadas ao procedimento realizado, inclusive quanto às medidas clínicas necessárias, orientações médicas e encaminhamentos decorrentes, sem qualquer ônus adicional para a Administração Pública;

5.1.16 Entregar informações relativas aos procedimentos diretamente ao paciente, por meio de profissionais de seu quadro funcional, após a realização de cada procedimento, assegurando clareza e integridade das informações prestadas;

5.1.17 Assumir integralmente todos os custos e responsabilidades decorrentes da execução dos serviços, incluindo recursos humanos, salários e encargos trabalhistas e previdenciários, seguros (inclusive seguro de acidente de trabalho), transporte de funcionários, hospedagem, alimentação, custos de centro cirúrgico, diárias de UTI e internação pós-cirúrgica, despesas de transporte do paciente nos casos de deslocamento para outro município e quaisquer outras despesas e obrigações legais relacionadas à execução dos serviços. Todos os encargos previstos nesta cláusula correrão exclusivamente por conta do Credenciado, sem gerar qualquer ônus ou responsabilidade à Administração Pública;

5.1.18 Responder integralmente por quaisquer danos ou prejuízos causados por seus empregados ou prepostos ao patrimônio do órgão ou entidade Contratante ou a terceiros, decorrentes de ação ou omissão culposa ou dolosa, providenciando de imediato os reparos ou indenizações cabíveis, assumindo todos os ônus decorrentes;



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

5.1.19 Assegurar disciplina nos locais de prestação dos serviços, substituindo no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas, após notificação formal, qualquer empregado cuja conduta seja considerada inadequada pelo órgão ou entidade Contratante;

5.1.20 Conduzir os trabalhos de forma a não prejudicar ou interferir nas atividades do órgão ou entidade Contratante, garantindo a continuidade e o regular andamento dos serviços;

5.1.21 Manter sigilo absoluto sobre todas as informações e dados do órgão ou entidade Contratante, sendo expressamente vedada a divulgação a terceiros por qualquer meio, e entregar à Contratante todos os documentos relacionados ao objeto contratual simultaneamente à apresentação do relatório final ou conclusão dos trabalhos;

5.1.22 Manter, durante toda a vigência do credenciamento e do contrato de prestação de serviços, todas as condições que ensejaram o credenciamento, especialmente no que tange à regularidade fiscal, trabalhista e à capacidade técnico-operacional;

5.1.23 Manter o CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) devidamente atualizado, bem como realizar o lançamento tabulado do faturamento, garantindo o correto fechamento da produção, em conformidade com as orientações da Secretaria Municipal de Saúde, por meio do setor da Unidade de Avaliação e Controle;

5.1.24 Em caso de descumprimento de quaisquer disposições do edital, da legislação aplicável ou do contrato, a Contratante poderá aplicar as sanções previstas nos artigos 156 a 160 da Lei nº 14.133/2021, assegurados o contraditório e a ampla defesa.

5.2 Local e estrutura de prestação dos serviços:

5.2.1 Os serviços de consultas especializadas serão prestados no Município de Extrema, podendo ocorrer em unidades da Prefeitura Municipal, desde que haja compatibilidade de dias, horários e condições técnico-operacionais, ou em estabelecimentos de saúde da rede privada;

5.2.2 Os serviços de procedimentos ambulatoriais serão prestados no Município de Extrema, podendo ocorrer em unidades da Prefeitura Municipal, desde que haja compatibilidade de dias, horários e condições técnico-operacionais, ou em estabelecimentos de saúde da rede privada;

5.2.3 Os procedimentos cirúrgicos de urgência e emergência deverão ser realizados no Município de Extrema, em razão da gravidade do quadro clínico, a fim de evitar o agravamento do estado de saúde do paciente. O deslocamento para outro município poderá acarretar demora no atendimento, aumentando o risco de complicações, danos irreparáveis ou até mesmo risco de óbito;



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

5.2.4 Os procedimentos cirúrgicos eletivos poderão ser realizados no âmbito do Município Contratante ou em municípios limítrofes, observando-se o limite máximo de 110 km (cento e dez quilômetros) de distância, tendo em vista que percurso superior poderá comprometer a segurança e a estabilidade do quadro clínico do paciente. O Credenciado deverá assumir, de forma exclusiva e integral, toda a responsabilidade pelo transporte dos pacientes, compreendendo a organização logística, os custos envolvidos, a garantia de segurança durante o deslocamento e a gestão de eventuais intercorrências decorrentes do trajeto. Fica expressamente vedado à Administração Pública qualquer ônus, encargo ou responsabilidade correlata ao transporte mencionado;

5.2.4.1 Caso o paciente necessite ser transportado para outro município pelo Contratado, o deslocamento deverá ser realizado em veículo tipo ambulância em perfeitas condições de uso, equipado com todos os dispositivos e materiais necessários ao atendimento seguro do paciente, de modo a garantir sua integridade física durante o trajeto de ida e volta, nos termos do art. 78 da Lei nº 14.133/2021;

5.2.5 O acionamento do profissional Dentista Bucomaxilofacial para atendimentos de urgência deverá ser efetuado preenchendo o fluxo documental necessário, sendo exclusivamente, para pacientes da Prefeitura Municipal que estejam sendo atendidos no Complexo Hospitalar "Dr. Roberto de Cunto". A logística de deslocamento até o Complexo Hospitalar será de responsabilidade da empresa prestadora. A empresa possuirá até 240 minutos para o atendimento. Eventuais atendimentos telefônicos sem a presença física não farão jus ao recebimento. Caso exista a necessidade de intervenções a níveis ambulatorial decorrentes do acionamento e não exista na tabela municipal, será utilizado o quadro de valores presente na tabela, desde que possua na tabela SUS. A empresa deverá obrigatoriamente efetuar os atendimentos das consultas e cirurgias conforme itens presentes na Tabela Municipal;

5.2.6 O local de atendimento deverá atender a todas as exigências e prerrogativas documentais estabelecidas pelos órgãos regulatórios competentes, bem como garantir plena acessibilidade aos pacientes com deficiência ou mobilidade reduzida, em conformidade com a legislação vigente.

5.3 Insumos e material de consumo de procedimentos, cirurgias e consultas especializadas:

5.3.1 Os procedimentos ambulatoriais e consultas especializadas realizados em unidade municipal, desde que haja compatibilidade de dias e horários e mediante autorização do Diretor da Atenção Especializada, por conveniência administrativa, o fornecimento de equipamentos de proteção individual (EPI) e insumos hospitalares necessários à realização do procedimento será de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde;



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

5.3.1.1 Na hipótese de os procedimentos ambulatoriais e consultas especializadas serem realizadas em clínicas ou hospitais privados, os custos de epi, insumos e demais recursos necessários serão de responsabilidade da empresa credenciada. Os receituários deverão ser de posse do profissional ou do local no qual realiza atendimento, não sendo permitido o envio de receituários da rede pública de saúde;

5.3.2 Nos procedimentos cirúrgicos que for necessário a utilização de centro cirúrgico em hospitais privados, será de exclusiva e integral responsabilidade da empresa credenciada o fornecimento de epi, insumos, materiais médico-hospitalares, medicamentos, RH, instrumentais e equipamentos necessários à execução completa do procedimento, como por exemplo, luvas, agulhas, seringas, campos cirúrgicos, fios, aparelhos e demais materiais correlatos, correndo todas as despesas integralmente às suas custas, vedado qualquer repasse de custos, cobrança adicional ou ressarcimento à Administração Pública. Fica isento dessa responsabilidade o fornecimento de materiais classificados como Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) e de Bucomaxilofacial, desde que expressamente solicitados pelo médico assistente e **previamente autorizado pela UAC através do técnico avaliador**, vinculados ao procedimento do paciente e devidamente relacionados em processos licitatórios específicos para aquisição desses materiais, hipótese em que o fornecimento será de responsabilidade exclusiva da Secretaria Municipal de Saúde, vedada qualquer interpretação extensiva ou ampliação desta exceção;

5.3.3 Os materiais de OPME deverão ser solicitados ao Setor de Agendamento de Cirurgias pelo médico responsável pelo procedimento, por meio de ficha própria, na qual deverão constar os dados do paciente, a data prevista para a realização da cirurgia e a relação completa dos materiais necessários.

5.4 Recursos humanos e despesas da contratada:

5.4.1 A empresa deverá utilizar somente mão de obra especializada e devidamente habilitada para a execução dos serviços prestados, responsabilizando-se integralmente pela qualidade destes. O profissional da prestadora deverá possuir todas as habilitações legais necessárias para a prestação do serviço;

5.4.2 Eventuais faltas ou solicitações para desmarcar ou remanejar períodos de atendimento deverão ser comunicadas com antecedência mínima de 30 (trinta) dias. Na impossibilidade de observância desse prazo, a solicitação deverá ser formalizada por meio de ofício, com as devidas justificativas, cabendo à Secretaria Municipal de Saúde o aceite da justificativa ou a aplicação das sanções contratuais cabíveis;

5.4.3 O profissional da empresa e os demais envolvidos no atendimento deverão utilizar jaleco e portar identificação com nome visível ao paciente e ter postura cortês e gentil com os pacientes;

5.4.4 O profissional da empresa deverá, obrigatoriamente, informar ao paciente como será realizado o procedimento cirúrgico;



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

5.4.5 O profissional da empresa deverá indicar apenas procedimentos cirúrgicos para os quais esteja devidamente habilitado a executá-los, ou, quando necessário, encaminhar o paciente aos centros de referência, direcionando-o à Secretaria Municipal de Saúde de Extrema ou a outro local por ela indicado;

5.4.6 O profissional da empresa deverá cumprir o horário previamente marcado para o início do procedimento cirúrgico/ambulatorial e consultas. Eventuais atrasos, quando não justificados, poderão ensejar medidas jurídicas cabíveis, assegurado o direito à ampla defesa;

5.4.7 Primando pelo bom atendimento ao paciente, o profissional da empresa deverá zelar pela própria segurança e pela segurança do paciente, cumprindo rigorosamente o protocolo de segurança cirúrgica;

5.4.8 Após a realização da cirurgia, o profissional deverá informar ao paciente e/ou ao seu responsável como ocorreu o procedimento, bem como orientar sobre os cuidados pós-operatórios, incluindo medicações, eventuais tratamentos complementares, retorno médico e demais recomendações pertinentes;

5.4.9 Caso as visitas durante a internação sejam realizadas por profissional diverso daquele que participou do ato cirúrgico, o paciente deverá ser previamente informado dessa circunstância;

5.4.10 Na impossibilidade de execução do procedimento cirúrgico por motivos relacionados ao profissional, qualquer que seja a causa, este deverá comunicar formalmente à Secretaria Municipal de Saúde o motivo da não realização do procedimento, bem como informar o paciente acerca do ocorrido;

5.4.11 Todos os custos e responsabilidades decorrentes da execução dos serviços, incluindo recursos humanos, salários e encargos trabalhistas e previdenciários, seguros (inclusive seguro de acidente de trabalho), transporte de funcionários, hospedagem, alimentação, custos de centro cirúrgico, diárias de UTI e internação pós-cirúrgica, despesas de transporte do paciente nos casos de deslocamento para outro município e quaisquer outras despesas e obrigações legais relacionadas à execução dos serviços, correrão exclusivamente por conta do Credenciado, sem gerar qualquer ônus ou responsabilidade à Administração Pública.

5.5 Agendamento de consultas especializadas, procedimentos e cirurgias:

5.5.1 Apenas os setores e responsáveis formalmente inseridos nos fluxos institucionais poderão autorizar e realizar o agendamento de consultas, procedimentos e cirurgias;



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

5.5.1.1 Fica proibido o agendamento por profissional que não esteja previsto no fluxo e/ou que seja realizado sem prévia autorização. Nessa hipótese, o procedimento não será passível de faturamento;

5.5.2 O agendamento das consultas especializadas deverá ser realizado pelo Centro de Especialidades da Secretaria Municipal de Saúde de Extrema, mediante encaminhamento oriundo do PSF;

5.5.2.1 Após a indicação cirúrgica, o paciente deverá ser orientado a dirigir-se ao setor competente da Secretaria Municipal de Saúde para início do trâmite administrativo necessário à realização da cirurgia ou procedimento;

5.5.2.2 As solicitações de cirurgias ou procedimentos deverão ser formalizadas em documento próprio, contendo obrigatoriamente: o nome do paciente, data de solicitação, CID, nome do procedimento, inserir os códigos do procedimento quando houver com base na Tabela Municipal/ Tabela SUS, carimbo do profissional, assinatura do profissional e obrigatoriamente a hipótese diagnóstica e constar seu grau de prioridade;

5.5.3 A Secretaria Municipal de Saúde, por meio dos setores competentes, manterá o controle da agenda do profissional;

5.5.4 No tocante às consultas, o profissional deverá fornecer, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, as datas disponíveis para atendimento, contendo: o dia de atendimento, o local de atendimento, o número de pacientes a serem agendados e os respectivos intervalos de atendimento entre um paciente e outro paciente;

5.5.4.1 As datas cirúrgicas deverão ser ajustadas entre o responsável pelo agendamento do setor competente da Secretaria Municipal de Saúde e a empresa credenciada. Em hipótese alguma a empresa credenciada poderá informar diretamente ao paciente a data da cirurgia, bem como ofertar qualquer procedimento que gere ônus ao paciente;

5.5.5 Os dias e horários de atendimento deverão ser previamente autorizados pela Secretaria Municipal de Saúde, devendo compreender, ordinariamente, o período de segunda a sexta-feira, das 07h00 às 18h00, ressalvada conveniência administrativa que poderá determinar agendas extras e/ou atendimentos em períodos distintos;

5.5.5.1 Visando ao bom atendimento e ao conforto dos pacientes e do prestador de serviço, os agendamentos deverão observar intervalos suficientes entre um atendimento e outro, a fim de garantir adequada relação médico-paciente;

5.5.6 As guias de encaminhamento médico poderão ser oriundas tanto do sistema privado quanto do sistema público de saúde, devendo, obrigatoriamente, passar por análise e filtro específico da Secretaria Municipal de Saúde;



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

5.5.7 A Secretaria Municipal de Saúde poderá, mediante conveniência administrativa, exigir que todo o trâmite descrito realizado por meio do sistema de gestão por ela adotado;

5.5.8 Quanto à solicitação de procedimentos cirúrgicos mediante códigos, a empresa credenciada será responsável pela veracidade das informações prestadas. Constatada eventual inconformidade entre o código informado e o procedimento solicitado, a empresa poderá responder administrativamente pela irregularidade, assegurado o direito à ampla defesa;

5.5.8.1 A Prefeitura Municipal de Extrema, por meio de seu setor técnico devidamente habilitado, poderá indeferir a execução de determinado código, desde que apresente justificativa fundamentada e amparo legal;

5.5.8.2 Caso a solicitação não contenha os códigos do procedimento, a Prefeitura Municipal de Extrema poderá direcionar o paciente ao ambulatório do profissional para inclusão das informações necessárias, sem ônus referente à consulta;

5.5.9 No caso de empresas credenciadas que utilizem OPME, poderá ser exigida, conforme conveniência administrativa, a descrição do código do material conforme relação previamente fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde. A indicação de OPME que não corresponda ou não apresente correlação com o procedimento poderá ser indeferida pela Secretaria Municipal de Saúde;

5.5.9.1 O profissional médico não terá, em hipótese alguma, autonomia para solicitar diretamente ao fornecedor materiais de OPME, nem para modificar a solicitação previamente realizada. A requisição deverá ser formalizada junto ao setor competente da Secretaria Municipal de Saúde, que procederá com o trâmite administrativo necessário.

5.6 Forma e execução dos serviços:

5.6.1 O atendimento ao paciente deverá ocorrer exclusivamente na data e horário previamente agendados pelo setor competente da Prefeitura Municipal de Extrema;

5.6.2 Na hipótese de envio prévio de relação nominal de pacientes para atendimento, somente poderão ser atendidos os pacientes constantes na referida lista. A inclusão de paciente não relacionado somente será permitida mediante autorização formal do responsável pelo acompanhamento do contrato junto à Secretaria Municipal de Saúde. O descumprimento desta disposição implicará no não reconhecimento e consequente não pagamento do respectivo atendimento;

5.6.3 A realização de consultas, exames ou procedimentos sem a devida autorização formal da Secretaria Municipal de Saúde implicará na impossibilidade de faturamento e pagamento dos respectivos serviços;



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

5.6.4 É expressamente vedada a oferta, indicação ou cobrança de qualquer serviço, exame ou procedimento que gere ônus financeiro ao paciente, devendo, quando necessário, ser observado o fluxo de encaminhamento à rede de referência da Secretaria Municipal de Saúde de Extrema;

5.6.5 Eventuais atrasos no início dos atendimentos ou procedimentos, quando motivados por caso fortuito ou força maior, deverão ser imediatamente comunicados ao setor responsável pelo agendamento, bem como à recepção do local de atendimento, para ciência e orientação aos pacientes;

5.6.5.1 A necessidade de cancelamento ou remarcação de consulta ou procedimento deverá ser informada ao setor de agendamento da Prefeitura Municipal de Extrema com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro) horas, devidamente justificada, para viabilizar a comunicação ao paciente;

5.6.6 A empresa credenciada deverá executar os serviços em conformidade com os parâmetros técnicos estabelecidos, observando as boas práticas assistenciais, normas sanitárias vigentes, legislações aplicáveis e diretrizes do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde, disponibilizando exclusivamente profissionais devidamente habilitados e registrados em seus respectivos conselhos de classe;

5.6.6.1 A credenciada será integralmente responsável pelos atos praticados por seus profissionais, respondendo por danos decorrentes de omissão, negligência, imperícia ou imprudência;

5.6.6.2 É proibida a subcontratação ou terceirização dos serviços globais objeto deste Termo de Referência, exceto quando houver autorização expressa e formal da Secretaria Municipal de Saúde;

5.6.7 A empresa credenciada deverá utilizar os modelos disponibilizados ou autorizados pela Prefeitura Municipal de Extrema para solicitações cirúrgicas e de procedimentos. Os códigos e procedimentos deverão ser verificados de acordo com os materiais disponíveis na rede municipal, conforme relação fornecida, devendo ser seguido o padrão estabelecido;

5.6.7.1 Nas solicitações de exames complementares e encaminhamentos, deverá constar obrigatoriamente a hipótese diagnóstica, o resumo clínico fundamentado e a justificativa do que se pretende investigar, observando-se o fluxo interno da rede municipal;

5.6.7.2 Todo encaminhamento para outras especialidades deverá obedecer rigorosamente aos trâmites administrativos internos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde;



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP

37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

5.6.7.3 Para fins de controle e auditoria pelos órgãos competentes, o profissional deverá registrar o atendimento em prontuário físico ou sistema informatizado oficial, quando disponibilizado;

5.6.8 Os procedimentos, consultas, medicamentos e OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais) ficarão restritos àqueles disponíveis e autorizados pela rede municipal, conforme normativas específicas, devendo o paciente ser direcionado à referência adequada quando necessário;

5.6.9 O profissional não possui autonomia para utilizar OPME não autorizada previamente para o procedimento cirúrgico. A utilização de material não solicitado e autorizado poderá implicar responsabilização financeira da credenciada;

5.6.9.1 Quando houver utilização de OPME, deverá ser devidamente preenchida a ficha de controle de gastos do fornecedor, com todos os campos completos e legíveis, sob pena de bloqueio de pagamento. A validação incorreta de materiais poderá ensejar responsabilização do profissional;

5.6.9.2 Caso a OPME solicitada e adquirida pela Secretaria Municipal de Saúde não seja utilizada, deverá ser devolvida ao fornecedor, com comunicação imediata ao setor responsável, a fim de evitar pagamento indevido;

5.6.9.3 Em caso de abertura de material e sua não utilização durante o ato cirúrgico, a credenciada deverá formalizar justificativa à Secretaria Municipal de Saúde no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas, contendo data, identificação do procedimento, motivo da abertura, assinatura e carimbo do profissional responsável. A justificativa será submetida à análise do setor competente, podendo, caso constatada impropriedade, ser imputado à credenciada o custo do material;

5.6.10 A empresa credenciada, por meio de seus profissionais, deverá preencher a evolução cirúrgica de forma detalhada, incluindo os códigos e nomes dos procedimentos conforme descritos na solicitação. Caso algum procedimento não seja executado ou haja inclusão de novo código, deverá ser apresentada justificativa;

5.6.11 Por ocasião da alta médica, deverá ser fornecido ao paciente o respectivo resumo de alta, devidamente assinado pelo profissional responsável;

5.6.12 Por conveniência administrativa, a Secretaria Municipal de Saúde poderá requisitar a realização de procedimentos cirúrgicos em finais de semana e feriados, competindo à credenciada providenciar a organização logística necessária;

5.6.13 Fica proibido o acesso de estudantes de qualquer curso ao acompanhamento dos procedimentos que não tenham relação direta com o objeto deste termo, salvo mediante prévia autorização da Prefeitura Municipal de Extrema;



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

5.6.14 A credenciada deverá permitir o acesso de, no mínimo, 02 (dois) representantes da Secretaria Municipal de Saúde para fins de acompanhamento, fiscalização e avaliação dos serviços prestados, inclusive quanto à satisfação dos pacientes;

5.6.15 Reclamações, apontamentos ou sugestões de melhoria serão formalizados por meio dos instrumentos administrativos cabíveis;

5.6.15.1 As notificações expedidas pela Administração deverão ser respondidas no prazo estabelecido no respectivo documento, sob pena de aplicação das sanções previstas contratualmente.

5.7 Relatórios do paciente e/ou laudos:

5.7.1 A empresa deverá manter sempre atualizados o prontuário e o arquivo médico dos pacientes;

5.7.2 A Secretaria Municipal de Saúde poderá, a qualquer momento, por meio de seus responsáveis devidamente habilitados, solicitar relatórios acerca do quadro clínico do paciente;

5.7.3 O acesso ao prontuário deverá ocorrer em conformidade com a legislação vigente. A empresa não poderá utilizá-lo para finalidade diversa do objeto deste termo sem prévia autorização legal;

5.7.4 A empresa deverá garantir a confidencialidade dos dados e das informações do paciente, em conformidade com a legislação aplicável;

5.7.5 A empresa deverá manter a qualidade na prestação dos serviços por meio de mecanismos diários de Controle Interno da Qualidade, devidamente regularizados junto à ANVISA, de acordo com a legislação vigente;

5.7.6 A empresa deverá assegurar ao responsável legal pelo paciente o acesso ao respectivo prontuário médico, bem como prestar esclarecimentos acerca de seus direitos e demais assuntos pertinentes aos serviços executados.

5.8. Controle, fechamento, avaliação, vistoria e fiscalização dos serviços:

5.8.1 A prestação de contas deverá ser apresentada mensalmente, em meio físico (impresso), até o dia 05 (cinco) do mês subsequente à execução dos serviços, devendo ser entregue na Secretaria Municipal de Saúde, situada à Rua Francisco de Oliveira Pinto, nº 42, Centro, Extrema/MG, ressalvado o direito da Administração de alterar, mediante comunicação formal, o local de entrega;



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

5.8.2 Todas as cirurgias e procedimentos realizados deverão estar devidamente instruídos com as respectivas solicitações formais, as quais deverão ser encaminhadas à Secretaria Municipal de Saúde dentro dos prazos estabelecidos neste Termo;

5.8.3 Para fins de análise, conferência e validação administrativa da prestação de contas, a Credenciada deverá encaminhar relatório circunstanciado contendo, obrigatoriamente a data da realização da cirurgia ou procedimento ambulatorial, identificação completa do paciente, códigos dos procedimentos executados, com suas respectivas proporcionalidades, quando aplicáveis, descrição do procedimento realizado e respectivo valor unitário, solicitação formal do procedimento e respectiva justificativa clínica, cópia da ficha anestésica ou documento comprobatório equivalente, excetuando-se os procedimentos exclusivamente ambulatoriais, cópia dos documentos pessoais do paciente e quantitativo de consultas realizadas no período;

5.8.3.1 Deverá ser rigorosamente verificada a correspondência entre os códigos e procedimentos solicitados e aqueles registrados na documentação de evolução cirúrgica ou ambulatorial. Constatada divergência, serão adotados os procedimentos administrativos previstos neste Edital;

5.8.3.2 Procedimentos ou códigos que não estejam devidamente especificados, ou cuja descrição não seja clara, objetiva e compatível com a documentação comprobatória, serão devolvidos para correção, ficando suspenso o respectivo faturamento até a regularização;

5.8.3.3 O encaminhamento de códigos, procedimentos ou valores em desacordo com a documentação apresentada ou com as disposições deste Termo poderá ensejar a adoção das medidas administrativas e judiciais cabíveis, assegurados o contraditório e a ampla defesa. Os procedimentos poderão ser objeto de auditoria posterior, inclusive com responsabilização civil, administrativa e/ou judicial da Credenciada por eventuais inconsistências ou inserções indevidas;

5.8.3.4 Em caso de inconsistência ou inconformidade na prestação de contas, será concedido prazo de 02 (dois) dias úteis para correção, contados da formal notificação;

5.8.4 Para fins de faturamento, serão considerados exclusivamente os serviços efetivamente executados e devidamente comprovados, observados os valores constantes da Tabela Municipal referenciada na Tabela SUS, bem como as demais condicionantes estabelecidas neste Termo;

5.8.4.1 Nos casos de realização de múltiplos procedimentos cirúrgicos em um mesmo paciente, previamente autorizados pela Regulação Municipal, sendo que, nos casos de urgência e emergência, o pagamento ficará condicionado à auditoria prévia, conforme protocolo municipal para posterior pagamento, estes ficarão limitados ao máximo de 04 (quatro) procedimentos, observada a ordem decrescente de complexidade e valor. A remuneração dos procedimentos obedecerá aos seguintes percentuais:



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

- 1º procedimento: 100%
- 2º procedimento: 90%
- 3º procedimento: 80%
- 4º procedimento: 70%

5.8.4.2 Nos casos de realização de múltiplos procedimentos hospitalares em um mesmo paciente, previamente autorizados pela Regulação Municipal, sendo que, nos casos de urgência e emergência, o pagamento ficará condicionado à auditoria prévia, conforme protocolo municipal para posterior pagamento, estes ficarão limitados ao máximo de 03 (três) procedimentos, observada a ordem decrescente de complexidade e valor. A remuneração dos procedimentos obedecerá aos seguintes percentuais:

- 01º procedimento 100%
- 02º procedimento 70%
- 03º procedimento 50%

5.8.4.3 Exclusivamente aos códigos relacionados aos procedimentos: Tratamento cirúrgico de lesões extensas com perda de substância cutânea, transferência intermediária de retalhos, preparo de retalho, enxerto livre de pele, serão faturados apenas 01 incidência, logo, quando o paciente for submetido a mais de 01 procedimento será faturado apenas o primeiro código e uma única vez, não incidindo multiplicadores e proporcionalidade sobre eles sendo faturado apenas o de maior valor;

5.8.4.4 Os procedimentos executados em nível ambulatorial, quando não houver discriminação da parte profissional, terão pagamento correspondente exclusivamente ao componente ambulatorial, sendo o código faturado remunerado em seu valor integral, limitados a 25 (vinte e cinco) procedimentos de mesmo código por paciente. Havendo discriminação da parte profissional, será faturado exclusivamente o respectivo componente profissional, seguidas as mesmas condicionantes deste item;

5.8.5 Quando os serviços forem realizados em ambiente distinto das unidades pertencentes ao Município de Extrema, os valores referentes a atendimento ambulatorial, hospitalar e exames eventualmente realizados no momento da cirurgia serão pagos à empresa Credenciada conforme valores da Tabela Municipal, ficando a Credenciada responsável pelo repasse dos valores correspondentes ao hospital ou estabelecimento de saúde onde o procedimento for realizado, não cabendo à Contratante qualquer responsabilidade por pagamentos diretos a tais terceiros;



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

5.8.6 As consultas especializadas serão remuneradas conforme os valores previstos na Tabela Municipal, sendo consideradas apenas aquelas efetivamente realizadas. Deverá integrar a prestação de contas a lista de presença devidamente validada;

5.8.7 Nos atendimentos de retaguarda realizados presencialmente por Cirurgião-Dentista Bucomaxilofacial, deverá ser apresentada ficha de atendimento contendo identificação do paciente, data, horário de acionamento e de atendimento, bem como breve histórico clínico. A remuneração observará o valor da consulta constante na Tabela Municipal;

5.8.8 A execução dos serviços será acompanhada e fiscalizada por servidor designado pela Secretaria Municipal de Saúde, mediante procedimentos de supervisão indireta e/ou in loco, com vistas à verificação do cumprimento das cláusulas contratuais e demais requisitos necessários ao controle e avaliação dos serviços prestados;

5.8.8.1 O fiscal do contrato, designado por ato formal, poderá requisitar informações complementares que entender necessárias ao exercício das atividades de controle, avaliação, vistoria e fiscalização, devendo a solicitação ser formalizada por escrito;

5.8.9 A Secretaria Municipal de Saúde, por intermédio de seu setor técnico competente, poderá solicitar esclarecimentos, promover diligências e, mediante justificativa formal, determinar a exclusão de procedimentos e/ou a alteração de sua ordem de classificação para fins de faturamento;

5.8.9.1 A Credenciada deverá assegurar pleno acesso às informações e documentos pertinentes, bem como prestar todos os esclarecimentos solicitados pelos servidores formalmente designados;

5.8.10 Poderão ser realizadas auditorias técnicas e administrativas, conforme critérios estabelecidos em normatização complementar;

5.8.10.1 Para fins de auditoria, a Secretaria Municipal de Saúde poderá aplicar instrumentos de avaliação junto aos usuários, considerando critérios como gentileza, higienização do ambiente, acessibilidade e clareza das orientações prestadas, entre outros indicadores de qualidade relacionados ao atendimento prestado;

5.8.10.2 Quando as consultas especializadas forem realizadas em ambiente distinto de unidade municipal de saúde, a guarda e conservação dos prontuários será de responsabilidade exclusiva da Credenciada, pelo prazo mínimo de 05 (cinco) anos, devendo mantê-los à disposição do Município para eventual auditoria ou fiscalização;



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

5.8.11 É expressamente vedado à Credenciada, realizar a cobrança de qualquer valor a título de sobretaxa, complemento, diferença ou quantia adicional em relação aos valores fixados na tabela adotada pelo Município, ou o cometimento a terceiros (associação de servidores, por exemplo) da atribuição de proceder ao credenciamento e/ou à intermediação do pagamento dos serviços objeto deste Instrumento;

5.8.11.1 É vedado exigir do usuário a assinatura de guia de atendimento em branco ou documento não devidamente preenchido;

5.8.12 Remarcações de consultas ou procedimentos por iniciativa da Credenciada poderão ensejar aplicação de medidas administrativas, conforme regulamentação vigente;

5.8.13 Qualquer alteração que implique redução da capacidade técnico-operacional da Credenciada poderá ensejar a não prorrogação do instrumento contratual ou a revisão das condições pactuadas;

5.8.14 O descumprimento das disposições previstas neste Termo sujeitará a Credenciada às penalidades administrativas cabíveis, inclusive aplicação de multas, observados o devido processo legal, o contraditório e a ampla defesa.

5.9 Das Obrigações da Contratante:

A Contratante deverá cumprir integralmente as obrigações previstas neste Termo de Referência, no Edital e em seus anexos, assegurando as condições necessárias à execução adequada do objeto contratado.

Caberá à Contratante:

5.9.1 Designar formalmente o gestor e, se necessário, o fiscal do contrato, nos termos do artigo 117 da Lei nº 14.133/2021, os quais serão responsáveis pelo acompanhamento e fiscalização da execução contratual, observando o cumprimento das cláusulas e especificações pactuadas;

5.9.2 Convocar a empresa contratada para assinatura do contrato de fornecimento e retirada da nota de empenho, por meio de telefone, e-mail ou outro meio idôneo de comunicação, conforme endereço eletrônico e telefônico indicados na proposta;

5.9.3 Monitorar, durante a vigência contratual, a manutenção das condições de habilitação e qualificação exigidas no certame, podendo solicitar, a qualquer tempo, a apresentação de documentos atualizados, como certidões e comprovantes de regularidade;

5.9.4 Informar, sempre que solicitado, os dados relativos aos contratados, incluindo nomes, preços, quantidades disponíveis e especificações técnicas dos materiais, conforme a ordem de classificação da licitação e o previsto no instrumento convocatório;



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

5.9.5 Conduzir, quando necessário, reuniões técnicas com os contratados para alinhamento quanto às obrigações contratuais, prazos de entrega e demais condições específicas da execução contratual;

5.9.6 Adotar as medidas necessárias para assegurar que os pagamentos sejam realizados em conformidade com as condições pactuadas, orientando o fornecedor sobre os procedimentos e documentos necessários para a emissão e aceitação da cobrança, de forma a evitar atrasos;

5.9.7 Promover os trâmites administrativos relacionados à eventual renegociação de preços, nos termos da legislação vigente, mediante justificativa técnica e econômico-financeira, bem como aplicar, quando cabível, penalidades previstas no contrato, assegurado o contraditório e a ampla defesa;

5.9.8 Notificar formalmente a contratada quanto a irregularidades na execução contratual, fixando prazos para a correção, bem como formalizar eventuais sanções, retenções por danos ou débitos, conforme previsto contratualmente e na legislação aplicável;

5.9.9 Realizar o agendamento e acompanhar a execução das consultas especializadas, procedimentos e cirurgias autorizados aos munícipes, para fins de posterior pagamento.

5.10 **Garantia da contratação:**

Não haverá exigência da garantia da contratação dos artigos 96 e seguintes da Lei nº 14.133, de 2021, pois a Administração entende que, diante da natureza do objeto, do valor estimado e da análise constante do Estudo Técnico Preliminar, não se justifica a exigência de garantia neste certame.

5.11 **Subcontratação:**

5.11.1 Não será admitida a subcontratação dos serviços globais objeto deste Termo de Referência, exceto quando houver autorização expressa e formal da Secretaria Municipal de Saúde;

5.11.2 Poderá ser admitida a subcontratação parcial do objeto, nos termos do art. 122 da Lei nº 14.133/2021, desde que previamente autorizada pela Secretária Municipal de Saúde, na qualidade de órgão demandante e ordenadora de despesas, observadas as condições estabelecidas neste Termo de Referência;

5.11.3 A subcontratação ficará restrita às seguintes hipóteses específicas:

- Utilização de estrutura de centro cirúrgico, quando da realização de procedimentos cirúrgicos, com a finalidade de garantir a adequada infraestrutura física, tecnológica e de equipamentos indispensáveis à segurança do paciente;



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

· Realização de exames complementares, consultas especializadas ou procedimentos específicos que não integrem a rotina estrutural da credenciada, mediante justificativa técnica fundamentada e prévia autorização formal da Secretaria Municipal de Saúde.

5.11.4 A subcontratação não poderá abranger a totalidade do objeto credenciado, nem transferir a terceiros a responsabilidade técnica principal pelos serviços contratados;

5.11.5 A empresa credenciada permanecerá integralmente responsável pela execução dos serviços, inclusive quanto aos atos praticados por seus subcontratados, respondendo técnica, civil, administrativa e eticamente pela qualidade, segurança e regularidade da assistência prestada.

5.11.6 A subcontratada deverá comprovar regularidade jurídica, fiscal, trabalhista e sanitária, bem como habilitação técnica compatível com o serviço a ser executado, quando exigido pela legislação aplicável.

5.11.7 A autorização para subcontratação será concedida caso a caso, mediante análise técnica da necessidade assistencial e da vantajosidade administrativa, não gerando direito adquirido à sua concessão automática.

5.12 Das hipóteses de descredenciamento:

5.12.1 A Prefeitura Municipal de Extrema - MG poderá promover o descredenciamento, a qualquer tempo, por razões devidamente fundamentadas em fatos supervenientes ou conhecidos após o credenciamento, que importem comprometimento da capacidade técnica, fiscal ou da postura profissional do Credenciado, ou ainda que fira o padrão ético ou operacional do trabalho, sem que caiba ao mesmo qualquer direito a indenização, compensação ou reembolso, seja a que título for;

5.12.2 Aqueles que não se apresentarem para a execução da demanda de serviços no prazo de 05 (cinco) dias úteis serão descredenciados;

5.12.3 O Credenciado poderá solicitar o seu descredenciamento a qualquer tempo, desde que requerido com antecedência mínima de 30 (trinta) dias corridos;

5.12.4 Na hipótese de descumprimento das obrigações pelo Credenciado, este estará sujeito às sanções previstas no Edital, seus Anexos e na Lei Federal nº 14.133/2021;

5.12.5 Fica assegurado ao Credenciado o direito ao contraditório, sendo avaliadas suas razões pela Comissão de Contratação, que opinará em 05 (cinco) dias úteis e as submeterá ao responsável pela SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE para tomada de decisão.



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

6. ACEITABILIDADE E PRAZO - DETALHAMENTO DA EXECUÇÃO DO OBJETO:

Os serviços incluem consultas, procedimentos e cirurgias diversas, estruturados em lotes por especialidades médicas.

A execução parcelada permite atendimentos ou procedimentos de forma contínua, regular e organizada.

Cada atendimento a um paciente é independente do atendimento a outro, garantindo eficiência operacional.

Os serviços serão executados parcelados, de acordo com a demanda, permitindo flexibilidade e adequação à necessidade real dos pacientes.

6.1 Justificativas para o parcelamento ou não do objeto:

O parcelamento do objeto mostra-se técnica e economicamente viável, por tratar-se de serviço de natureza divisível, cujo atendimento a um paciente é independente do atendimento a outro. Além disso, o parcelamento permite a atuação de múltiplos prestadores, ampliando a rede credenciada e assegurando maior capacidade de atendimento.

O processo será estruturado em lotes, com a separação dos procedimentos, consultas e serviços por especialidades médicas, de modo a conferir maior clareza, padronização e regularidade à execução dos serviços, bem como a assegurar maior controle, transparência e precisão no processamento do faturamento e na liquidação financeira.

6.2. Da gestão do contrato:

Gestor do Contrato: Joelma de Oliveira - Central de Regulação - portadora do CPF: 070.XXX.XXX-40 e detentora do e-mail: centraldeavaliacao@extrema.mg.gov.br;

Responsável Técnico: Dr. Luigi Kenji Annicchino - Média e Alta Complexidade - portador do CPF: 367.XXX.XXX-83 e detentor do e-mail: regulacao.pa@extrema.mg.gov.br;

Responsável Administrativa: Thainá Regina Harder - Centro de Especialidades - portadora do CPF: 132.XXX.XXX-38 e detentora do e-mail: coordenacao.especialidades@extrema.mg.gov.br.

6.2.1 O contrato deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas avençadas e as normas da Lei nº 14.133, de 2021, e do Decreto Municipal nº 4441/2023 e cada parte responderá pelas consequências de sua inexecução total ou parcial;

6.2.2 Em caso de impedimento, ordem de paralisação ou suspensão do contrato, o cronograma de execução será prorrogado automaticamente pelo tempo correspondente, anotadas tais circunstâncias mediante simples apostila;



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP

37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

6.2.3 As comunicações entre o órgão ou entidade e a contratada devem ser realizadas por escrito sempre que o ato exigir tal formalidade, admitindo-se o uso de mensagem eletrônica para esse fim;

6.2.4 O órgão ou entidade poderá convocar representante da empresa para adoção de providências que devam ser cumpridas de imediato;

6.2.5 A execução do contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada pelo(s) fiscal(is) do contrato, ou pelos respectivos substitutos;

6.2.6 O fiscal técnico do contrato acompanhará a execução do contrato, para que sejam cumpridas todas as condições estabelecidas no contrato, de modo a assegurar os melhores resultados para a Administração;

6.2.7 O fiscal técnico do contrato anotará no histórico de gerenciamento do contrato todas as ocorrências relacionadas à execução do contrato, com a descrição do que for necessário para a regularização das faltas ou dos defeitos observados;

6.2.8 Identificada qualquer inexactidão ou irregularidade, o fiscal técnico do contrato emitirá notificações para a correção da execução do contrato, determinando prazo para a correção;

6.2.9 O fiscal técnico do contrato informará ao gestor do contrato, em tempo hábil, a situação que demandar decisão ou adoção de medidas que ultrapassem sua competência, para que adote as medidas necessárias e saneadoras, se for o caso;

6.2.10 No caso de ocorrências que possam inviabilizar a execução do contrato nas datas aprazadas, o fiscal técnico do contrato comunicará o fato imediatamente ao gestor do contrato;

6.2.11 O fiscal técnico do contrato comunicará ao gestor do contrato, em tempo hábil, o término do contrato sob sua responsabilidade, com vistas à renovação tempestiva ou à prorrogação contratual;

6.2.12 Caso ocorram descumprimento das obrigações contratuais, o fiscal administrativo do contrato atuará tempestivamente na solução do problema, reportando ao gestor do contrato para que tome as providências cabíveis, quando ultrapassar a sua competência;

6.2.13 O gestor do contrato coordenará a atualização do processo de acompanhamento e fiscalização do contrato contendo todos os registros formais da execução no histórico de gerenciamento do contrato, a exemplo da ordem de serviço, do registro de ocorrências, das alterações e das prorrogações contratuais, elaborando relatório com vistas à verificação da necessidade de adequações do contrato para fins de atendimento da finalidade da administração;



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

6.2.14 O gestor do contrato acompanhará a manutenção das condições de habilitação da contratada, para fins de empenho de despesa e pagamento, e anotará os problemas que obstem o fluxo normal da liquidação e do pagamento da despesa no relatório de riscos eventuais;

6.2.15 O gestor do contrato acompanhará os registros realizados pelos fiscais do contrato, de todas as ocorrências relacionadas à execução do contrato e as medidas adotadas, informando, se for o caso, à autoridade superior àquelas que ultrapassarem a sua competência;

6.2.16 O gestor do contrato emitirá documento comprobatório da avaliação realizada pelos fiscais técnico, administrativo e setorial quanto ao cumprimento de obrigações assumidas pelo contratado, com menção ao seu desempenho na execução contratual, baseado nos indicadores objetivamente definidos e aferidos, e a eventuais penalidades aplicadas, devendo constar do cadastro de atesto de cumprimento de obrigações;

6.2.17 O gestor do contrato tomará providências para a formalização de processo administrativo de responsabilização para fins de aplicação de sanções, a ser conduzido pela comissão de que trata o art. 158 da Lei nº 14.133, de 2021, ou pelo agente ou pelo setor com competência para tal, conforme o caso;

6.2.18 O gestor do contrato deverá elaborar relatório final com informações sobre a consecução dos objetivos que tenham justificado a contratação e eventuais condutas a serem adotadas para o aprimoramento das atividades da Administração;

6.2.19 O fiscal administrativo do contrato deverá acompanhar e fiscalizar as consultas, os procedimentos e as cirurgias, a fim de garantir e atestar que os fechamentos enviados pelo credenciado estejam corretos, conforme os serviços agendados e efetivamente executados, para fins de pagamento.

7. MEDIÇÃO E PAGAMENTO:

Os pagamentos serão efetuados mensalmente, após a realização das consultas e procedimentos cirúrgicos, mediante envio dos relatórios de fechamento pelos credenciados e posterior autorização pelo fiscal administrativo, confirmando que os serviços foram efetivamente executados.

7.1 Os serviços poderão ser rejeitados, no todo ou em parte, inclusive antes do recebimento provisório, quando em desacordo com as especificações constantes no Termo de Referência e na proposta, devendo ser substituídos no prazo de 02 (dois) dias úteis, a contar da notificação da contratada, às suas custas, sem prejuízo da aplicação das penalidades;



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

7.2 O recebimento definitivo ocorrerá no prazo de 03 (três) dias úteis, a contar do recebimento da nota fiscal ou instrumento de cobrança equivalente pela Administração, após a verificação da adequação dos serviços ou parcela deles e consequente aceitação mediante termo detalhado;

7.3 No caso de controvérsia sobre a execução do objeto, quanto à dimensão, qualidade e quantidade, deverá ser observado o teor do art. 143 da Lei nº 14.133, de 2021, comunicando-se à empresa para emissão de Nota Fiscal no que se refere à parcela incontroversa da execução do objeto, para efeito de liquidação e pagamento;

7.4 O prazo para a solução, pelo contratado, de inconsistências na execução do objeto ou de saneamento da nota fiscal ou de instrumento de cobrança equivalente, verificadas pela Administração durante a análise prévia à liquidação de despesa, não será computado para os fins do recebimento definitivo;

7.5 O recebimento provisório ou definitivo não excluirá a responsabilidade civil pela solidez e pela segurança do serviço nem a responsabilidade ético-profissional pela perfeita execução do contrato;

7.7 Liquidação:

7.7.1 Recebida a Nota Fiscal ou documento de cobrança equivalente, correrá o prazo de dez dias úteis para fins de liquidação, na forma desta seção, prorrogáveis por igual período.

7.7.2 O prazo de que trata o item anterior será reduzido à metade, mantendo-se a possibilidade de prorrogação, no caso de contratações decorrentes de despesas cujos valores não ultrapassem o limite de que trata o inciso II do art. 75 da Lei nº 14.133, de 2021.

7.7.3 Para fins de liquidação, o setor competente deverá verificar se a nota fiscal ou instrumento de cobrança equivalente apresentado expressa os elementos necessários e essenciais do documento, tais como:

a) o prazo de validade/vigência contratual/empenho/aviso de fornecimento;

b) a data da emissão;

c) os dados do contrato e do órgão contratante;

d) o período respectivo de execução do contrato;

e) o valor a pagar; e

f) eventual destaque do valor de retenções tributárias cabíveis.



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

7.7.4 Havendo erro na apresentação da nota fiscal ou instrumento de cobrança equivalente, ou circunstância que impeça a liquidação da despesa, esta ficará sobrestada até que o contratado providencie as medidas saneadoras, reiniciando-se o prazo após a comprovação da regularização da situação, sem ônus ao contratante;

7.7.5 A nota fiscal ou instrumento de cobrança equivalente deverá ser obrigatoriamente acompanhado da comprovação da regularidade fiscal, constatada por meio de consulta *on-line* ao SICAF ou, na impossibilidade de acesso ao referido Sistema, mediante consulta aos sítios eletrônicos oficiais ou à documentação mencionada no art. 68 da Lei nº 14.133, de 2021.

7.7.6 A Administração deverá realizar consulta ao SICAF para: a) verificar a manutenção das condições de habilitação exigidas no edital; b) identificar possível razão que impeça a participação em licitação, no âmbito do órgão ou entidade, que implique proibição de contratar com o Poder Público, bem como ocorrências impeditivas indiretas.

7.7.7 Constatando-se, junto ao SICAF, a situação de irregularidade do contratado, será providenciada sua notificação, por escrito, para que, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, regularize sua situação ou, no mesmo prazo, apresente sua defesa. O prazo poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, a critério do contratante.

7.7.8 Não havendo regularização ou sendo a defesa considerada improcedente, o contratante deverá comunicar aos órgãos responsáveis pela fiscalização da regularidade fiscal quanto à inadimplência do contratado, bem como quanto à existência de pagamento a ser efetuado, para que sejam acionados os meios pertinentes e necessários para garantir o recebimento de seus créditos.

7.7.9 Persistindo a irregularidade, o contratante deverá adotar as medidas necessárias à rescisão contratual nos autos do processo administrativo correspondente, assegurada ao contratado a ampla defesa.

7.7.10 Havendo a efetiva execução do objeto, os pagamentos serão realizados normalmente, até que se decida pela rescisão do contrato, caso o contratado não regularize sua situação junto ao SICAF.

7.8 Prazo de pagamento:

7.8.1 O pagamento ocorrerá até o 20º dia útil do mês imediatamente subsequente ao recebimento/entrega dos bens e/ou serviços;

7.8.2 O pagamento será realizado por meio de ordem bancária, para crédito em banco, agência e conta corrente indicados pelo contratado.



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000
FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

8. FORMA E CRITÉRIO DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR:

8.1 O fornecedor será selecionado por meio de procedimento de Credenciamento, nos termos do art. 72 da Lei nº 14.133/2021, observando-se os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, eficiência e do interesse público.

O critério de julgamento adotado será baseado nos valores da Tabela Municipal referenciada na Tabela SUS, conforme definido no instrumento convocatório, devendo estar em consonância com os serviços solicitados, os valores estabelecidos e as demais condições previstas no Termo de Referência.

8.2 Para fins de habilitação, deverá o licitante comprovar os seguintes requisitos:

8.2.1 Habilitação jurídica

- a) Cédula de identidade de todos os sócios da pessoa jurídica ou do empresário;
- b) Certificado de condição de Microempreendedor Individual, no caso de MEI, ou;
- c) Registro comercial, no caso de empresa individual, ou;
- d) Ato constitutivo, estatuto ou contrato social e todas as suas alterações, se for caso, devidamente registrados na Junta Comercial, ou contrato social consolidado em vigor, em se tratando de sociedades comerciais, e, no caso de sociedades por ações, acompanhado da documentação de eleição dos seus administradores ou;
- e) Inscrição do ato constitutivo, no caso e sociedades civis, acompanhada de prova da diretoria em exercício ou;
- f) Decreto de autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir, ou;
- g) Registro ou certificado de fins filantrópicos e/ou ato de declaração de utilidade pública, no caso de sociedades civis sem fins lucrativos ou de utilidade pública.
- h) Se a pessoa jurídica se fizer representar por procurador, faz-se necessária a apresentação de cópia da cédula de identidade ou documento equivalente do procurador, bem como da respectiva Procuração (com menção expressa de que lhe confere amplos poderes, inclusive para assinar solicitações, declarações, atas, termos, contratos, para recebimento de intimações e notificações, desistência ou não de recursos, bem como demais atos pertinentes ao certame) com firma reconhecida ou por instrumento público.



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

Ato de autorização para o exercício da atividade de serviços médicos, hospitalares e da habilitação para os serviços prestados, expedido por órgão competente.

Os documentos apresentados deverão estar acompanhados de todas as alterações ou da consolidação respectiva.

8.2.2 Habilitação fiscal, social e trabalhista

- a) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas - Cartão do CNPJ/MF;
- b) Prova de regularidade perante a Fazenda Nacional (Dívida Ativa da União e Contribuições Federais);
- c) Prova de regularidade perante o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei;
- d) Prova de regularidade perante a Fazenda Estadual do domicílio ou sede do licitante, ou outra equivalente, na forma de lei;
- e) Prova de regularidade perante a Fazenda Municipal do domicílio ou sede do licitante, ou outra equivalente, na forma de lei;
- f) Prova de regularidade perante a Justiça do Trabalho - Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;

8.2.3 Qualificação Econômico-Financeira

- a) Certidão negativa de falência expedida pelo distribuidor da sede do fornecedor - Lei nº 14.133, de 2021, art. 69, caput, inciso II;
- b) As empresas criadas no exercício financeiro da licitação deverão atender a todas as exigências da habilitação e poderão substituir os demonstrativos contábeis pelo balanço de abertura - (Lei nº 14.133, de 2021, art. 65, §1º).

8.2.4 Qualificação Técnica

- a) Documento que contenha o CNAE da empresa, sendo este compatível com o objeto deste credenciamento, como por exemplo:
 - 8630-5/01 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos ;



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

- 8610-1/01: Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto socorro e unidades para atendimento a urgências.

b) Comprovante de cadastro no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) atualizado;

c) Documentação do responsável técnico:

- Curriculum vitae resumido do responsável técnico;

- Cédula de identidade e CPF;

- Diploma do Curso compatível com a atividade ou Certificado de Especialidade devidamente reconhecidos pela respectiva entidade de classe;

- Registro do responsável técnico junto ao Conselho de Fiscalização do Exercício Profissional da categoria.

d) Alvará/Licença Sanitária vigente expedida pela Vigilância Sanitária competente, para consultas, procedimentos e cirurgias realizadas em unidades que não pertençam à Prefeitura Municipal de Extrema.

9. ESTIMATIVAS DO VALOR DA CONTRATAÇÃO:

9.1 O valor total da contratação é de R\$ 9.200.000,00 (nove milhões de duzentos mil reais), conforme custos unitários apostos no Anexo I.

9.2 Metodologia da pesquisa ou fonte de pesquisa: Valores baseados na Tabela Municipal com referência na Tabela SUS anexa a este.

10. PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA:

10.1 Ficha orçamentária: Recurso Próprio

00608-15000001002 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS -PESSOA JURÍDICA (02010001.1030200072.125.33903900000.15000001002).

10.2 Unidade(s) Administrativa: Secretaria Municipal de Saúde.

11. QUANTITATIVO E DESCRITIVO COMPLETO



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

#	Ítem	Lote	Especificação	Unidade	Quantidade	Unitário	Total
1	00001		PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNOSTICA EM CARDIOLOGIA E CIRUR. CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA, - CONSTANTE NA TABELA MUNICIPAL, ABRANGENDO OS SEGUINTE CÓDIGOS: 02.11.02.001-0 a 02.11.02.002-8 e 04.06.03.001-4 a 04.06.03.015-4.	SERV	1,000	800.000,00	800.000,000
2	00002		PROCEDIMENTOS CLÍNICOS, CONSULTA E ATENDIMENTO, - CONSTANTE NA TABELA MUNICIPAL, ABRANGENDO O SEGUINTE CÓDIGO: 03.01.01.007-2 e 03.01.06.006-1.	SERV	1,000	300.000,00	300.000,000
3	00003		PROCEDIMENTOS CLÍNICOS, PARTO E NASCIMENTO E CIRURGIA OBSTÉTRICA, - CONSTANTE NA TABELA MUNICIPAL, ABRANGENDO OS SEGUINTE CÓDIGOS: 03.10.01.002-0 a 03.10.01.005-5 e 04.11.01.001-8 a 04.11.02.004-8.	SERV	1,000	1.200.000,00	1.200.000,000
4	00004		PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, PEQUENAS CIRURGIAS E OUTRAS CIRURGIAS, - CONSTANTE NA TABELA MUNICIPAL, ABRANGENDO OS SEGUINTE CÓDIGOS: 04.01.01.004-0 a 04.01.02.016-9 e 04.15.04.002-7 a 04.15.04.003-5.	SERV	1,000	30.000,00	30.000,000
5	00005		CIRURGIA DE GLÂNDULAS ENDÓCRINAS, - CONSTANTE NA TABELA MUNICIPAL, ABRANGENDO OS SEGUINTE CÓDIGOS: 04.02.01.001-9 a 04.02.02.002-2.	SERV	1,000	20.000,00	20.000,000



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

6	00006		CIRURGIA DO SISTEMA NERVOSO, - CONSTANTE NA TABELA MUNICIPAL, ABRANGENDO OS SEGUINTE CÓDIGOS: 04.03.01.001-2 a 04.03.08.010-0.	SERV	1,000	1.500.000,00	1.500.000,00
7	00007		CIRURGIA DE FACE, DA CABEÇA E DO PESCOÇO, - CONSTANTE NA TABELA MUNICIPAL, ABRANGENDO OS SEGUINTE CÓDIGOS: 04.04.01.001-6 a 04.04.03.032-7.	SERV	1,000	400.000,00	400.000,00
8	00008		CIRURGIA DO APARELHO CIRCULATORIO, - CONSTANTE NA TABELA MUNICIPAL, ABRANGENDO OS SEGUINTE CÓDIGOS: 04.06.01.001-3 a 04.06.02.062-0 e 04.06.04.001-0 a 04.06.05.013-9.	SERV	1,000	150.000,00	150.000,00
9	00009		CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, - CONSTANTE NA TABELA MUNICIPAL, ABRANGENDO OS SEGUINTE CÓDIGOS: 04.07.01.001-7 a 04.07.04.026-9.	SERV	1,000	1.500.000,00	1.500.000,00
10	00010		CIRURGIA DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR, - CONSTANTE NA TABELA MUNICIPAL, ABRANGENDO OS SEGUINTE CÓDIGOS: 04.08.01.001-0 a 04.08.06.071-9.	SERV	1,000	1.500.000,00	1.500.000,00
11	00011		CIRURGIA DO APARELHO GENITURINÁRIO, - CONSTANTE NA TABELA MUNICIPAL, ABRANGENDO OS SEGUINTE CÓDIGOS: 04.09.01.001-4 a 04.09.07.031-9.	SERV	1,000	1.000.000,00	1.000.000,00
12	00012		CIRURGIA DE MAMA, - CONSTANTE NA TABELA MUNICIPAL, ABRANGENDO OS SEGUINTE CÓDIGOS: 04.10.01.001-4 a 04.10.01.020-0.	SERV	1,000	50.000,00	50.000,00
13	00013		CIRURGIA TORÁCICA, - CONSTANTE NA TABELA MUNICIPAL, ABRANGENDO OS SEGUINTE CÓDIGOS: 04.12.01.001-1 a 04.12.05.017-0.	SERV	1,000	50.000,00	50.000,00
14	00014		CIRURGIA REPARADORA, - CONSTANTE NA TABELA MUNICIPAL, ABRANGENDO OS SEGUINTE CÓDIGOS: 04.13.01.001-5 a 04.13.04.026-7.	SERV	1,000	70.000,00	70.000,00
15	00015		CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL, - CONSTANTE NA TABELA MUNICIPAL, ABRANGENDO OS SEGUINTE CÓDIGOS: 04.14.01.002-7 a 04.14.02.041-3.	SERV	1,000	100.000,00	100.000,00
16	00016		CIRURGIA EM ONCOLOGIA, - CONSTANTE NA TABELA MUNICIPAL, ABRANGENDO OS SEGUINTE CÓDIGOS: 04.16.01.001-6 a 04.16.12.005-9.	SERV	1,000	250.000,00	250.000,00
17	00017		ANESTESIOLOGIA, - CONSTANTE NA TABELA MUNICIPAL, ABRANGENDO OS SEGUINTE CÓDIGOS: 04.17.01.004-4 e 04.17.01.006-0.	SERV	1,000	180.000,00	180.000,00
18	00018		DIÁRIAS DE UTI, - CONSTANTE NA TABELA MUNICIPAL, ABRANGENDO OS SEGUINTE CÓDIGOS: 08.02.01.006-7 a 08.02.01.009-1, 08.02.01.012-1 a 08.02.01.016-4 e 08.02.01.025-3 a 08.02.01.028-8.	SERV	1,000	100.000,00	100.000,00

9.200.000,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000
FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

APÊNDICE DO ANEXO I - ESTUDO TÉCNICO PRELIMINAR

1. PLANO ANUAL DE CONTRATAÇÃO:

consta no PAC

não consta no PAC

2. DESIGNAÇÃO DA EQUIPE DE PLANEJAMENTO:

Graziele Aparecida de Toledo - Matrícula: 002320

Luigi Kenji Annicchino - Matrícula: 027155

3. DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO:

O presente Estudo Técnico Preliminar refere-se ao credenciamento de empresas para prestação de serviços de procedimentos cirúrgicos, consultas e serviços médicos, cirurgião dentista bucomaxilofacial, anestesiologia e diárias de uti com base na tabela municipal referenciada na tabela SUS, com fundamento no art. 79, inciso I, da Lei Federal nº 14.133/2021.

A contratação justifica-se diante do elevado volume de demanda por consultas especializadas e procedimentos cirúrgicos no âmbito da rede municipal de saúde, o que exige ampliação da capacidade assistencial para garantir atendimento contínuo, oportuno e adequado à população.

Na divisão tripartite do SUS temos a responsabilidade do Estado de Minas Gerais na oferta de cirurgias e procedimentos de média e alta complexidade. Atualmente com a fila e necessidades existentes do município, a oferta estadual não está dando vazão as necessidades atuais sendo esse credenciamento uma oportunidade desta ampliação.

As consultas especializadas constituem etapa essencial para diagnóstico precoce, acompanhamento clínico e definição de condutas terapêuticas, promovendo maior resolutividade dos casos e prevenção de agravamentos.

Os procedimentos cirúrgicos especializados são indispensáveis ao tratamento de patologias, fraturas e demais condições clínicas que não podem ser solucionadas exclusivamente pela atenção básica.

A eventual interrupção dos serviços poderá ocasionar prejuízo à assistência à saúde, aumento das filas de espera e descontinuidade de tratamentos em andamento, com risco de agravamento do quadro clínico dos pacientes.



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

4. DESCRIÇÃO DOS REQUISITOS PARA CONTRATAÇÃO:

Os interessados deverão apresentar toda a documentação conforme exigido na Lei nº 14.133/2021, além de comprovar qualificação técnica compatível com a área de atuação, conforme disposto no Termo de Referência.

4.1 A empresa credenciada deverá:

- Utilizar mão de obra devidamente habilitada de acordo com as normas técnicas e éticas aplicáveis e regularmente inscrita nos respectivos Conselhos de Classe **do Estado de atuação do credenciamento**;
- Prestar os serviços de consultas especializadas no Município de Extrema, podendo ocorrer em unidades da Prefeitura Municipal, desde que haja compatibilidade de dias, horários e condições técnico-operacionais, ou em estabelecimentos de saúde da rede privada;
- Os procedimentos cirúrgicos de urgência e emergência deverão ser realizados no Município de Extrema, em razão da gravidade do quadro clínico, a fim de evitar o agravamento do estado de saúde do paciente. O deslocamento para outro município poderá acarretar demora no atendimento, aumentando o risco de complicações, danos irreparáveis ou até mesmo risco de óbito;
- Realizar os procedimentos cirúrgicos eletivos no âmbito do Município Contratante ou em municípios limítrofes, observando-se o limite máximo de **110 km** (cento e dez quilômetros) de distância, tendo em vista que percurso superior poderá comprometer a segurança e a estabilidade do quadro clínico do paciente. O Credenciado deverá assumir, de forma exclusiva e integral, toda a responsabilidade pelo transporte dos pacientes, compreendendo a organização logística, os custos envolvidos, a garantia de segurança durante o deslocamento e a gestão de eventuais intercorrências decorrentes do trajeto. Fica expressamente vedado à Administração Pública qualquer ônus, encargo ou responsabilidade correlata ao transporte mencionado;
- Disponibilizar centro cirúrgico adequado para a realização de procedimentos cirúrgicos que exijam sua utilização, responsabilizando-se integralmente por todos os custos hospitalares decorrentes, incluindo **espaço, insumos hospitalares, administrativos, mão de obra técnica, epi e quaisquer outras necessidades indispensáveis à execução segura do procedimento**. Todos os custos mencionados correrão por conta exclusiva do Credenciado, sem gerar qualquer ônus ao Município Contratante;
- Encaminhar previamente à Secretaria Municipal de Saúde a documentação técnica do hospital onde será realizado o procedimento em centro cirúrgico, possibilitando a análise pelo responsável técnico quanto ao cumprimento das normas sanitárias, regulatórias e de saúde vigentes. A apresentação e aprovação da referida documentação constituem condição obrigatória para a autorização da realização da cirurgia no respectivo estabelecimento;



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

- Assumir integralmente todos os custos e responsabilidades decorrentes da execução dos serviços, incluindo recursos humanos, salários e encargos trabalhistas e previdenciários, seguros (inclusive seguro de acidente de trabalho), transporte de funcionários, hospedagem, alimentação, custos de centro cirúrgico, diárias de UTI e internação pós-cirúrgica, despesas de transporte do paciente nos casos de deslocamento para outro município e quaisquer outras despesas e obrigações legais relacionadas à execução dos serviços. Todos os encargos previstos nesta cláusula correrão exclusivamente por conta do Credenciado, sem gerar qualquer ônus ou responsabilidade à Administração Pública;
- Realizar integralmente o acompanhamento pré-operatório e pós-operatório dos pacientes, responsabilizando-se por eventuais intercorrências relacionadas ao procedimento realizado, inclusive quanto às medidas clínicas necessárias, orientações médicas e encaminhamentos decorrentes, sem qualquer ônus adicional para a Administração Pública;

4.1.1 Insumos e materiais:

- Nos procedimentos ambulatoriais realizados em unidade municipal, desde que haja compatibilidade de dias e horários e mediante autorização do Diretor da Atenção Especializada, por conveniência administrativa, o fornecimento de equipamentos de proteção individual (EPI) e insumos hospitalares necessários à realização do procedimento será de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde.
- Na hipótese de os procedimentos ambulatoriais serem realizados em clínicas ou hospitais privados, os custos de epi, insumos e demais recursos necessários serão de responsabilidade da empresa credenciada;
- Nos procedimentos cirúrgicos que for necessário a utilização de centro cirúrgico em hospitais privados, será de exclusiva e integral responsabilidade da empresa credenciada o fornecimento de epi, insumos, materiais médico-hospitalares, medicamentos, RH, instrumentais e equipamentos necessários à execução completa do procedimento, como por exemplo, luvas, agulhas, seringas, campos cirúrgicos, fios, aparelhos e demais materiais correlatos, correndo todas as despesas integralmente às suas custas, vedado qualquer repasse de custos, cobrança adicional ou ressarcimento à Administração Pública. Fica isento dessa responsabilidade o fornecimento de materiais classificados como Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME), desde que expressamente solicitados pelo médico assistente e **previamente autorizado pela UAC através do técnico avaliador**, vinculados ao procedimento do paciente e devidamente relacionados em processos licitatórios específicos para aquisição desses materiais, hipótese em que o fornecimento será de responsabilidade exclusiva da Secretaria Municipal de Saúde, vedada qualquer interpretação extensiva ou ampliação desta exceção.



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP

37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

5. LEVANTAMENTO DE MERCADO:

Após a definição dos requisitos e critérios técnicos, procedeu-se à análise das soluções disponíveis no mercado para atendimento da demanda, tendo sido identificadas as seguintes alternativas:

5.1 Execução direta pelo Município:

A execução direta mostrou-se inviável, em razão da insuficiência de profissionais especializados no quadro próprio, bem como da limitação da estrutura física e operacional existente, além da ampliação do quadro de pessoal acarretar custos permanentes elevados, envolvendo salários, encargos e demais obrigações, o que não se mostra economicamente vantajoso para o erário.

5.2 Contratação por meio de licitação convencional:

A contratação por licitação tradicional não se mostra a alternativa mais adequada, considerando a diversidade de especialidades, a natureza contínua da demanda e o risco de concentração dos serviços em único prestador, o que poderia comprometer a eficiência, a abrangência e a continuidade do atendimento.

5.3 Credenciamento de múltiplos prestadores:

O credenciamento de empresas especializadas apresenta-se como a solução mais vantajosa, permitindo a contratação simultânea de diversos prestadores, ampliando a capacidade assistencial e garantindo continuidade dos serviços, conforme art. 79, inciso I, da Lei nº 14.133/2021.

Tal modelo é adequado para demandas variáveis e contínuas, sem exclusividade, assegurando igualdade de condições entre os interessados e remuneração previamente definida com base na Tabela Municipal referenciada na Tabela SUS, em consonância com os princípios da legalidade, isonomia, eficiência e interesse público.

6. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO:

Diante da análise das alternativas disponíveis, considerando a viabilidade técnica, econômica e operacional, conclui-se que a contratação por meio de credenciamento é a solução mais adequada para atendimento da necessidade identificada.

O credenciamento constitui forma de chamamento público que possibilita à Administração contratar diversos prestadores que atendam aos requisitos estabelecidos em edital, sem competição entre eles, assegurando a ampliação da rede assistencial de forma ágil e flexível, com observância ao princípio da continuidade dos serviços públicos.

A solução consiste no credenciamento de pessoas jurídicas aptas à prestação de serviços médicos, consultas especializadas, procedimentos cirúrgicos e serviços de cirurgião-dentista bucomaxilofacial, conforme critérios técnicos definidos em edital e Termo de Referência.



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

Os serviços serão prestados conforme demanda da Secretaria Municipal de Saúde, com remuneração baseada nos valores definidos na Tabela Municipal referenciada na Tabela SUS, observados os protocolos clínicos, normativas do SUS e legislação vigente.

7. ESTIMATIVAS DAS QUANTIDADES A SEREM CONTRATADAS:

As estimativas de quantitativos foram baseadas na demanda histórica de atendimentos, fila de espera existente e projeção de crescimento populacional, considerando as especialidades médicas e cirúrgicas ofertadas.

8. ESTIMATIVA DO VALOR DA CONTRATAÇÃO:

O valor total estimado da contratação é de **R\$ 9.200.000,00** (nove milhões e duzentos mil reais), compatível com os valores da Tabela Municipal referenciada na Tabela SUS, observada a disponibilidade orçamentária.

9. JUSTIFICATIVA PARA PARCELAMENTO:

O parcelamento do objeto mostra-se técnica e economicamente viável, por tratar-se de serviço de natureza divisível, cujo atendimento a um paciente é independente do atendimento a outro. Além disso, o parcelamento permite a atuação de múltiplos prestadores, ampliando a rede credenciada e assegurando maior capacidade de atendimento.

O processo será estruturado em lotes, com a separação dos procedimentos, consultas e serviços por especialidades médicas, de modo a conferir maior clareza, padronização e regularidade à execução dos serviços, bem como a assegurar maior controle, transparência e precisão no processamento do faturamento e na liquidação financeira.

10. CONTRATAÇÕES CORRELATAS/INTERDEPENDENTES:

Há correlação com os processos de aquisição de materiais de OPME destinados a cirurgias, de modo que o paciente será atendido pelo credenciado conforme este processo de credenciamento, e os materiais necessários para a execução das cirurgias serão solicitados dentro dos respectivos processos licitatórios de OPME, previamente aprovados e autorizados pela Administração.

11. DEMONSTRAÇÃO DOS RESULTADOS PRETENDIDOS:

Pretende-se elevar a qualidade do atendimento prestado aos usuários do sistema municipal de saúde, ampliando o acesso da população a consultas e procedimentos cirúrgicos, promovendo maior eficiência na prestação dos serviços, redução das filas de espera, aumento da resolutividade dos procedimentos e melhoria da satisfação dos pacientes, fortalecendo o compromisso da Prefeitura Municipal de Extrema com a excelência na saúde pública e com a garantia da continuidade da prestação dos serviços.

12. PROVIDÊNCIAS PRÉVIAS DO CONTRATO:

Designação formal de fiscal e gestor do contrato, podendo ser instituída comissão específica para acompanhamento e avaliação dos serviços.



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

13. IMPACTOS AMBIENTAIS:

A contratação gera impactos positivos à sociedade, tais como a ampliação do acesso a serviços especializados, a prevenção de complicações clínicas, a redução de incapacidades e a melhoria da qualidade de vida da população.

Contribui, ainda, para a redução de encaminhamentos a municípios de referência, otimizando recursos públicos, diminuindo deslocamentos e fortalecendo a rede local de atenção à saúde. A integração entre o sistema público e prestadores especializados favorece a eficiência do sistema de saúde e o desenvolvimento regional.

14. VIABILIDADE DA CONTRATAÇÃO:

Considerando os pontos analisados no presente Estudo Técnico Preliminar, opina-se favoravelmente pela contratação da solução identificada, uma vez que esta demonstra plena viabilidade técnica e econômica, configurando-se como a alternativa que melhor atende ao interesse público.

A solução escolhida revela-se tecnicamente adequada às demandas institucionais, economicamente vantajosa frente às alternativas consideradas e compatível com a realidade orçamentária da Administração, atendendo ao interesse público e às necessidades da população usuária da rede municipal de saúde.

Constata-se que a contratação atende às disposições da Lei nº 14.133/2021, especialmente quanto ao dever de planejamento, à justificativa da necessidade da contratação, à demonstração da vantajosidade e à observância das regras de seleção da proposta mais vantajosa para a Administração Pública.



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

ANEXO II - MODELO DE SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO

PROCESSO Nº 000106/2026

CREDENCIAMENTO Nº000011/2026

Objeto: CREDENCIAMENTO DE EMPRESAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, CONSULTAS E SERVIÇOS MÉDICOS, CIRURGIÃO DENTISTA BUCOMAXILOFACIAL, ANESTESIOLOGIA E DIÁRIAS DE UTI COM BASE NA TABELA MUNICIPAL REFERENCIADA NA TABELA SUS.

A empresa _____, CNPJ: _____, com sede na _____, nº _____, Bairro _____, município de _____ - Estado de _____, vem por meio desta solicitar ao Órgão Gestor **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE** da Prefeitura Municipal de Extrema o credenciamento para prestação dos serviços relacionados abaixo e constantes no ANEXO I - TERMO DE REFERÊNCIA.

#	Ítem	Lote	Especificação	Unidade	Quantidade	Unitário	Total
1	00001		PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNOSTICA EM CARDIOLOGIA E CIRUR. CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA, - CONSTANTE NA TABELA MUNICIPAL, ABRANGENDO OS SEGUINTE CÓDIGOS: 02.11.02.001-0 a 02.11.02.002-8 e 04.06.03.001-4 a 04.06.03.015-4.	SERV	1,000	800.000,00	800.000,000
2	00002		PROCEDIMENTOS CLÍNICOS, CONSULTA E ATENDIMENTO, - CONSTANTE NA TABELA MUNICIPAL, ABRANGENDO O SEGUINTE CÓDIGO: 03.01.01.007-2 e 03.01.06.006-1.	SERV	1,000	300.000,00	300.000,000
3	00003		PROCEDIMENTOS CLÍNICOS, PARTO E NASCIMENTO E CIRURGIA OBSTÉTRICA, - CONSTANTE NA TABELA MUNICIPAL, ABRANGENDO OS SEGUINTE CÓDIGOS: 03.10.01.002-0 a 03.10.01.005-5 e 04.11.01.001-8 a 04.11.02.004-8.	SERV	1,000	1.200.000,00	1.200.000,000
4	00004		PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, PEQUENAS CIRURGIAS E OUTRAS CIRURGIAS, - CONSTANTE NA TABELA MUNICIPAL, ABRANGENDO OS SEGUINTE CÓDIGOS: 04.01.01.004-0 a 04.01.02.016-9 e 04.15.04.002-7 a 04.15.04.003-5.	SERV	1,000	30.000,00	30.000,000
5	00005		CIRURGIA DE GLÂNDULAS ENDÓCRINAS, - CONSTANTE NA TABELA MUNICIPAL, ABRANGENDO OS SEGUINTE CÓDIGOS: 04.02.01.001-9 a 04.02.02.002-2.	SERV	1,000	20.000,00	20.000,000
6	00006		CIRURGIA DO SISTEMA NERVOSO, - CONSTANTE NA TABELA MUNICIPAL, ABRANGENDO OS SEGUINTE CÓDIGOS: 04.03.01.001-2 a 04.03.08.010-0.	SERV	1,000	1.500.000,00	1.500.000,000
7	00007		CIRURGIA DE FACE, DA CABEÇA E DO PESCOÇO, - CONSTANTE NA TABELA MUNICIPAL, ABRANGENDO OS SEGUINTE CÓDIGOS: 04.04.01.001-6 a 04.04.03.032-7.	SERV	1,000	400.000,00	400.000,000



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

8	00008		CIRURGIA DO APARELHO CIRCULATORIO, - CONSTANTE NA TABELA MUNICIPAL, ABRANGENDO OS SEGUINTE CODIGOS: 04.06.01.001-3 a 04.06.02.062-0 e 04.06.04.001-0 a 04.06.05.013-9.	SERV	1,000	150.000,00	150.000,000
9	00009		CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO, - CONSTANTE NA TABELA MUNICIPAL, ABRANGENDO OS SEGUINTE CODIGOS: 04.07.01.001-7 a 04.07.04.026-9.	SERV	1,000	1.500.000,00	1.500.000,000
10	00010		CIRURGIA DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR, - CONSTANTE NA TABELA MUNICIPAL, ABRANGENDO OS SEGUINTE CODIGOS: 04.08.01.001-0 a 04.08.06.071-9.	SERV	1,000	1.500.000,00	1.500.000,000
11	00011		CIRURGIA DO APARELHO GENITURINARIO, - CONSTANTE NA TABELA MUNICIPAL, ABRANGENDO OS SEGUINTE CODIGOS: 04.09.01.001-4 a 04.09.07.031-9.	SERV	1,000	1.000.000,00	1.000.000,000
12	00012		CIRURGIA DE MAMA, - CONSTANTE NA TABELA MUNICIPAL, ABRANGENDO OS SEGUINTE CODIGOS: 04.10.01.001-4 a 04.10.01.020-0.	SERV	1,000	50.000,00	50.000,000
13	00013		CIRURGIA TORACICA, - CONSTANTE NA TABELA MUNICIPAL, ABRANGENDO OS SEGUINTE CODIGOS: 04.12.01.001-1 a 04.12.05.017-0.	SERV	1,000	50.000,00	50.000,000
14	00014		CIRURGIA REPARADORA, - CONSTANTE NA TABELA MUNICIPAL, ABRANGENDO OS SEGUINTE CODIGOS: 04.13.01.001-5 a 04.13.04.026-7.	SERV	1,000	70.000,00	70.000,000
15	00015		CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL, - CONSTANTE NA TABELA MUNICIPAL, ABRANGENDO OS SEGUINTE CODIGOS: 04.14.01.002-7 a 04.14.02.041-3.	SERV	1,000	100.000,00	100.000,000
16	00016		CIRURGIA EM ONCOLOGIA, - CONSTANTE NA TABELA MUNICIPAL, ABRANGENDO OS SEGUINTE CODIGOS: 04.16.01.001-6 a 04.16.12.005-9.	SERV	1,000	250.000,00	250.000,000
17	00017		ANESTESIOLOGIA, - CONSTANTE NA TABELA MUNICIPAL, ABRANGENDO OS SEGUINTE CODIGOS: 04.17.01.004-4 e 04.17.01.006-0.	SERV	1,000	180.000,00	180.000,000
18	00018		DIARIAS DE UTI, - CONSTANTE NA TABELA MUNICIPAL, ABRANGENDO OS SEGUINTE CODIGOS: 08.02.01.006-7 a 08.02.01.009-1, 08.02.01.012-1 a 08.02.01.016-4 e 08.02.01.025-3 a 08.02.01.028-8.	SERV	1,000	100.000,00	100.000,000

9.200.000,00

Sem mais,

Cidade da empresa, ____ de _____ de 2026.

Nome da empresa

CNPJ:

Nome do representante ou sócio

Cpf ou Rg:



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000
FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

ANEXO III - MODELO DE DECLARAÇÕES

PROCESSO Nº 000106/2026
CREDENCIAMENTO Nº 000011/2026

À PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA - MG COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO

(Nome da Empresa) -----, CNPJ n. -----, sediada na Rua -----
-----, n. -----, bairro, -----, CEP----- Município -----, por seu
representante legal abaixo assinado para fins do disposto no inciso I do art. 63 da Lei n.º 14.133, de 01 de abril
de 2021, que:

DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DE REQUISITOS DE HABILITAÇÃO

() que a integralidade dos custos constantes da proposta compreende o atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na Constituição Federal, nas leis trabalhistas, nas normas infralegais, nas convenções coletivas de trabalho e nos termos de ajustamento de conduta vigentes na data de entrega das propostas.

() que inexistem fatos impeditivos para sua habilitação no certame, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores

() que está ciente e concorda com as condições contidas no edital e seus anexos

() que não emprega menor de 18 anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de 16 anos, salvo menor, a partir de 14 anos, na condição de aprendiz, nos termos do artigo 7º, XXXIII, da Constituição

() que inexistem no quadro da empresa, de sócios ou empregados com vínculo de parentesco em linha reta, colateral ou por afinidade até o terceiro grau, ou, ainda, que sejam cônjuges ou companheiros de ocupantes do quadro deste Órgão licitante, nos cargos de direção, gerência, chefia

Se couber, também declara que:

() que cumpre as exigências de reserva de cargos para pessoa com deficiência e para
reabilitado da Previdência Social, de que trata o art. 93 da Lei nº 8.213/91

() se organizado em cooperativa declara, ainda, que cumpre os requisitos estabelecidos no artigo 16 da Lei nº 14.133, de 2021

() se enquadrado como microempresa, empresa de pequeno porte ou sociedade cooperativa declara, ainda, que cumpre os requisitos estabelecidos no artigo 3º da Lei Complementar nº 123, de 2006, estando apto a usufruir do tratamento favorecido estabelecido em seus arts. 42 a 49, observado o disposto nos §§ 1º ao 3º do art. 4º, da Lei n.º 14.133, de 2021.

Local e data

Nome e Assinatura do representante legal

Carimbo de CNPJ da empresa:



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

ANEXO IV - MINUTA DE TERMO DE CONTRATO DE CREDENCIAMENTO

PROCESSO LICITATÓRIO Nº **000106/2026**

CREDENCIAMENTO Nº **000011/2026**

CONTRATO Nº **XXX/2026**

O MUNICÍPIO DE EXTREMA - MG, através da Prefeitura Municipal de Extrema pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 18.677.591/0001-00, com sede à Av. Delegado Waldemar Gomes Pinto, nº 1.624, Ponte Nova, Extrema - MG, CEP: 37.642-350, neste ato representado, na forma de sua Lei Orgânica, pelo Ordenador de Despesas do Município, nomeado pelo Decreto nº 4.812 de 08 de JANEIRO de 2025, Art. 1º, Sr. EDMAR BRANDÃO LUCIANO, Servidor Público, CPF 033.506.XXX-XX, endereço administrativo, Av. Del. Waldemar Gomes Pinto nº 1624 - Bairro Ponte Nova - Extrema - MG - CEP: 37642-350, nos termos do Edital de CREDENCIAMENTO nº **000011/2026**, CREDENCIA, através do presente, a empresa _____, inscrita no CNPJ: 00.000.000/0000-00, localizada Rua ou Avenida _____ neste ato representada pelo Sr. (a) portador do CPF de nº 000.000.000-00, documento de identidade nº ____/SSP/UF residente à Rua ou Avenida _____, acordam proceder ao presente contrato, atendendo as condições previstas na Lei Federal nº 14.133/2021, e mediante as cláusulas e condições a seguir estabelecidas.

CLÁUSULA I - DO OBJETO

1.1 Pelo presente instrumento, credencia-se a prestação de **CREDENCIAMENTO DE EMPRESAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, CONSULTAS E SERVIÇOS MÉDICOS, CIRURGIÃO DENTISTA BUCOMAXILOFACIAL, ANESTESIOLOGIA E DIÁRIAS DE UTI COM BASE NA TABELA MUNICIPAL REFERENCIADA NA TABELA SUS.**

CLÁUSULA II - DO AMPARO LEGAL

2.1 A lavratura do presente instrumento decorre do Processo de credenciamento nº **000011/2026**, Processo Licitatório nº **000106/2026**.

2.2 Fazem parte deste instrumento, como se nele estivessem transcritas, as condições estabelecidas do Edital do Credenciamento, bem como seus Anexos.

CLÁUSULA III - DO REGIME DE FORNECIMENTO

3.1 O presente contrato tem como regime de execução contratação por preços unitários, com pagamento mensal, nos termos do Edital de regência.



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

3.2 O critério de seleção é o previsto no art. 79, inciso I, da Lei Federal nº 14.133/2021, ou seja, paralela e não excludente: caso em que é viável e vantajosa para a Administração a realização de contratações simultâneas em condições padronizadas.

CLÁUSULA IV - DO VALOR DE CADA ITEM DE CONTRATAÇÃO E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

4.1 No Anexo I - Termo de Referência do edital de convocação estão previstas as descrições, quantidades e valores unitários de cada serviço a ser realizado pelo Credenciado, conforme demanda.

4.2 O valor fixado para a remuneração de cada item poderá ser reajustado monetariamente por índices oficiais de correção e nas condições prevista no item 8.2 e seus subitens do edital.

4.3 Os pagamentos serão efetuados pela Prefeitura do Município de Extrema - MG até o 20º (vigésimo) dia útil, mediante a apresentação da Nota Fiscal, após o ateste pelo profissional designado para esse fim, sendo efetuada a retenção de tributos sobre o pagamento a ser realizado (se for o caso), conforme determina a legislação vigente.

4.4 Os serviços serão solicitados por meio de Autorizações de Fornecimento ou instrumento equivalente.

4.5 Os pagamentos serão creditados em conta corrente, por meio de ordem bancária, em favor de qualquer instituição bancária indicada na Nota Fiscal, devendo, para isso, ficar explícito o nome do banco, agência, localidade e número da conta corrente em que deverá ser efetivado o crédito.

4.6 É encargo do Credenciado, quando da efetiva prestação dos serviços, todas as despesas relativas taxas, tarifas, tributos e demais despesas que porventura forem necessárias à prestação dos serviços, que não sejam obrigações da Credenciante.

4.7 Havendo erro na apresentação da Nota Fiscal, ou circunstância que impeça a liquidação da despesa, o pagamento ficará sobrestado até que o Credenciado providencie as medidas saneadoras. Nesta hipótese, o prazo para pagamento iniciar-se-á após a comprovação da regularização da situação, não acarretando qualquer ônus para a Credenciante.

4.8 O Credenciado deverá zelar pelo adimplemento de seus tributos junto aos devidos órgãos públicos, visando manter sua regularidade fiscal e trabalhista, condição sem a qual não será possível o pagamento da Nota Fiscal apresentada.

4.9 A Credenciante não efetuará qualquer pagamento adicional por outras despesas.

4.10 Os serviços executados serão fiscalizados e atestados pela Secretaria solicitante, por servidor designado como fiscal pela Credenciante.

4.11 Nos casos de eventuais atrasos de pagamento, desde que o Credenciado não tenha concorrido de alguma forma para tanto, fica convencionado que os encargos moratórios devidos pela Prefeitura Municipal de Extrema - MG, entre o término do prazo referido no item 8.3 e a data do efetivo pagamento da Nota Fiscal, a serem incluídos em fatura própria, são calculados por meio da aplicação da seguinte fórmula: $EM = I \times N \times VP$, onde:



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

EM = Encargos Moratórios

N = Número de dias entre a data prevista para o pagamento e a do efetivo pagamento; VP = Valor da parcela em atraso;

I = Índice de compensação financeira = assim apurado:

onde I = IPCA-E (do IBGE) do período, "Pro Rata Die", desprezando-se as frações inferiores a 15 dias.

CLÁUSULA V - DA VIGÊNCIA

5.1 O prazo de vigência deste contrato será de **12 (doze) meses**, contados a partir de sua assinatura, podendo ser prorrogado, nos termos da lei.

CLÁUSULA VI - DAS OBRIGAÇÕES

6.1. Constituem obrigações da credenciante

6.1.1. Conforme item 10 do Termo de Referência.

6.2. Constituem obrigações do credenciado

6.2.1 Conforme item 5.1 - 5.2 - 5.3 - 5.4 - 5.5 - 8 - 9 - 9.2 - 9.3 e seus subitens informados no Termo de Referência.

CLÁUSULA VII - DAS SANÇÕES

7.1 O credenciado será responsabilizado administrativamente pelas seguintes infrações:

- a) dar causa à inexecução parcial do contrato;
- b) dar causa à inexecução parcial do contrato que cause grave dano à Administração, ao funcionamento dos serviços públicos ou ao interesse coletivo;
- c) dar causa à inexecução total do contrato;
- d) deixar de entregar a documentação exigida para o certame;
- e) não manter a proposta, salvo em decorrência de fato superveniente devidamente justificado;
- f) não celebrar o contrato ou não entregar a documentação exigida para a contratação, quando convocado dentro do prazo de validade de sua proposta;
- g) ensejar o retardamento da execução ou da entrega do objeto da licitação sem motivo justificado;
- h) apresentar declaração ou documentação falsa exigida para o certame ou prestar declaração falsa durante a licitação ou a execução do contrato;
- i) fraudar a licitação ou praticar ato fraudulento na execução do contrato;
- j) comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude de qualquer natureza;
- k) praticar atos ilícitos com vistas a frustrar os objetivos da licitação;



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

- l) praticar ato lesivo previsto no art. 5º da Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013.
- 7.2 Serão aplicadas ao responsável pelas infrações administrativas previstas nesta lei as seguintes sanções:
- a) advertência;
 - b) multa;
 - c) impedimento de licitar e contratar;
 - d) declaração de inidoneidade para licitar ou contratar.
- 7.3 Na aplicação das sanções serão considerados:
- a) a natureza e a gravidade da infração cometida;
 - b) as peculiaridades do caso concreto;
 - c) as circunstâncias agravantes ou atenuantes;
 - d) os danos que dela provierem para a Administração Pública;
 - e) a implantação ou o aperfeiçoamento de programa de integridade, conforme normas e orientações dos órgãos de controle.
- 7.4 A sanção prevista na letra "a" do item 7.2 (advertência) será aplicada exclusivamente pela infração administrativa prevista na letra "a" do item 7.1 deste contrato, quando não se justificar a imposição de penalidade mais grave.
- 7.5 A sanção prevista na letra "b" do item 7.2 (multa) não poderá ser inferior a 0,5% (cinco décimos por cento) nem superior a 30% (trinta por cento) do valor do contrato licitado ou celebrado com contratação direta e será aplicada ao responsável por qualquer das infrações administrativas previstas no item 7.1 deste contrato, nos seguintes termos:
- a) se der causa à inexecução parcial do contrato, a multa, se aplicada, será de 5% (cinco por cento) sobre o valor correspondente à parte não cumprida;
 - b) se der causa à inexecução parcial do contrato que cause grave dano à Administração, ao funcionamento dos serviços públicos ou ao interesse coletivo, a multa será de 20% (vinte por cento) sobre o valor correspondente à parte não cumprida;
 - c) se der causa à inexecução total do contrato, a multa será de 10% (dez por cento) sobre o valor total do contrato;
 - d) se ensejar o retardamento da execução ou da entrega do objeto da licitação sem motivo justificado e aceito pela Administração Municipal, a multa será de 5% (cinco por cento), acrescida de 0,5% (meio por cento) por dia de atraso até o décimo dia, quando o contrato será considerado totalmente descumprido.



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

7.6 A sanção prevista na letra "c" do item 7.2 (impedimento de licitar e contratar) será aplicada ao responsável pelas infrações administrativas previstas nas letras "b", "c", "d", "e", "f" e "g" do item 7.1 deste contrato, quando não se justificar a imposição de penalidade mais grave, e impedirá o responsável de licitar ou contratar no âmbito da Administração Pública direta e indireta do ente federativo que tiver aplicado a sanção, pelo prazo máximo de 3 (três) anos.

7.7 A sanção prevista na "d" do item 7.2 (declaração de inidoneidade para licitar ou contratar) será aplicada ao responsável pelas infrações administrativas previstas nas letras "h", "i", "j", "k" e "l" do item 7.1 deste contrato, bem como pelas infrações administrativas previstas nas letras "b", "c", "d", "e", "f" e "g" do item 10.1 deste contrato que justifiquem a imposição de penalidade mais grave que a sanção prevista na letra "c" do item 7.2, e impedirá o responsável de licitar ou contratar no âmbito da Administração Pública direta e indireta de todos os entes federativos, pelo prazo mínimo de 3 (três) anos e máximo de 6 (seis) anos.

7.8 A sanção estabelecida na letra "d" do item 7.2 (declaração de inidoneidade para licitar ou contratar) deste contrato será precedida de análise jurídica e será de competência exclusiva do secretário municipal.

7.9 As sanções previstas nas letras "a", "c" e "d" do item 7.2 poderão ser aplicadas cumulativamente com a prevista na letra "b" do item 7.2 (multa) deste contrato.

7.10 Se a multa aplicada e as indenizações cabíveis forem superiores ao valor de pagamento eventualmente devido pela Administração ao Credenciado, além da perda desse valor, a diferença será descontada da garantia prestada ou será cobrada judicialmente.

7.11 A aplicação das sanções previstas no item 7.2 deste contrato não exclui, em hipótese alguma, a obrigação de reparação integral do dano causado à Administração Pública.

7.12 Na aplicação da sanção prevista na letra "b" do item 7.2 (multa), será facultada a defesa do interessado no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contado da data de sua intimação.

7.13 A aplicação das sanções previstas nas letras "c" e "d" do item 7.2 Lei requererá a instauração de processo de responsabilização, a ser conduzido por comissão composta de 2 (dois) ou mais servidores estáveis, que avaliará fatos e circunstâncias conhecidos e intimará o licitante ou o contratado para, no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contado da data de intimação, apresentar defesa escrita e especificar as provas que pretenda produzir.

7.14 Na hipótese de deferimento de pedido de produção de novas provas ou de juntada de provas julgadas indispensáveis pela comissão, o licitante ou o contratado poderá apresentar alegações finais no prazo de 15 (quinze) dias úteis, contado da data da intimação.

7.15 Serão indeferidas pela comissão, mediante decisão fundamentada, provas ilícitas, impertinentes, desnecessárias, protelatórias ou intempestivas.

7.16 As penalidades aplicadas serão anotadas no registro cadastral dos fornecedores mantido pela Administração Municipal.

7.17 As importâncias relativas às multas deverão ser recolhidas à conta do Tesouro do Município.



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP

37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

CLÁUSULA VIII - DOS CASOS DE RESCISÃO

8.1 A rescisão do presente Contrato poderá ser:

- a) determinada por ato unilateral e escrito da Administração, exceto no caso de descumprimento decorrente de sua própria conduta;
- b) consensual, por acordo entre as partes, por conciliação, por mediação ou por comitê de resolução de disputas, desde que haja interesse da Administração;
- c) determinada por decisão arbitral, em decorrência de cláusula compromissória ou compromisso arbitral, ou por decisão judicial.

8.2 Serão observadas, ainda, as previsões dos arts. 138 e 139 da Lei Federal nº 14.133/2021.

CLÁUSULA IX - DOS CASOS OMISSOS

9.1 Fica estabelecido que, caso venha ocorrer algum fato não previsto neste Contrato, os chamados casos omissos, estes serão resolvidos entre as partes, respeitado o objeto do Contrato, a legislação e demais normas reguladoras da matéria, em especial a Lei Federal nº 14.133/2021, aplicando-se supletivamente, quando for o caso, os Princípios da Teoria Geral dos Contratos estabelecidos na Legislação Civil Brasileira e as disposições do Direito Privado.

CLÁUSULA X - DA MANUTENÇÃO DAS CONDIÇÕES DE HABILITAÇÃO E QUALIFICAÇÃO

10.1 O Credenciado deverá manter durante a execução do Contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação e/ou na assinatura do presente instrumento contratual.

CLÁUSULA XI - DA ALTERAÇÃO DO CONTRATO

11.1 O presente contrato poderá ser alterado nas hipóteses e condições previstas nos artigos 124 a 136 da Lei Federal nº 14.133/2021.

CLÁUSULA XII - DETALHAMENTO, ACEITABILIDADE, GARANTIA, PRAZO, FORMA DE EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

12.1. Conforme itens 5.2; 5.3; 5.4; 5.5; 8; 9; 9.2; 9.3 descritos no Termo de Referência.

CLÁUSULA XIII - DO ACOMPANHAMENTO E DA FISCALIZAÇÃO

13.1 O fornecimento do objeto deste contrato será acompanhado e fiscalizado por servidor designado para esse fim pela autoridade competente, na condição de representante do Município de Extrema

CLÁUSULA XIV - DA PUBLICAÇÃO



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

14.1 O Município de Extrema encaminhará para publicação o extrato deste Contrato na Imprensa Oficial do Município até o quinto dia útil do mês seguinte ao de sua assinatura.

CLÁUSULA XV - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

15.1 Com exceção dos casos expressamente autorizados no Edital, o Credenciado somente poderá subcontratar o fornecimento do objeto com a prévia concordância da Credenciante, ficando, neste caso, solidariamente responsável perante a Credenciante pelo fornecimento feito pela Subcontratada e, ainda, pelas consequências dos fatos e atos a ela imputáveis.

CLÁUSULA XVI - DAS DOTAÇÕES ORÇAMENTÁRIAS

16.1 As despesas decorrentes do presente contrato estão programadas em dotações orçamentárias própria, previstas no orçamento do Município de Extrema para o exercício de 2023, e serão indicadas no momento em que as adjudicações forem realizadas:

00608-15000001002 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS -PESSOA JURÍDICA
(02010001.1030200072.125.33903900000.15000001002)

CLÁUSULA XVII - DO FORO

17.1 Para dirimir quaisquer questões decorrentes deste contrato, não resolvidos na esfera administrativa, será competente o Foro da Comarca de Extrema - MG, com exclusão de qualquer outro por mais privilegiado que seja.

17.2 E assim, por estarem as partes justas e contratadas, foi lavrado o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma que, lido e achado conforme pelas Partes, vai por elas assinado para que produza todos os efeitos de direito.

Extrema, xxx de xxx de 2026.

Município de Extrema - MG
Credenciante
EDMAR BRANDÃO LUCIANO

Empresa Credenciada
CNPJ: **00.000.000/0001-00**
Nome do Representante



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

ANEXO V - MODELO DE CARTA CREDENCIAL

NOME/RAZÃO SOCIAL

CNPJ

ENDEREÇO

Através da presente, credenciamos o (a) Senhor (a) _____, portador(a) da Cédula de Identidade nº _____ e CPF nº _____ a participar da licitação de CREDENCIAMENTO nº **000011/2026**, instaurado pelo Município de Extrema/MG, na qualidade de representante legal e/ou interessado, outorgando-lhe poderes para pronunciar-se em nome da pessoa jurídica acima mencionada, recorrer e praticar todos os demais atos inerentes ao certame.

Local e data:

Assinatura do dirigente da empresa ou do interessado
Nome e qualificação do dirigente da empresa ou interessado



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000
FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

ANEXO VI - MODELO DE RECIBO DE ENTREGA DE CREDENCIAMENTO

RECIBO DE ENTREGA DE CREDENCIAMENTO

Declaro que recebi do Senhor (a) _____, representante da empresa NOME/RAZÃO SOCIAL: _____ os documentos elencados dentro do item **3** e seus subitens do edital de CREDENCIAMENTO nº **000011/2026**, instaurado pelo Município de Extrema/MG, para análise conforme cláusula **4** do edital.

Local e data:

Assinatura do responsável
Comissão de Contratação



PREFEITURA MUNICIPAL DE EXTREMA

AVENIDA DELEGADO WALDEMAR GOMES PINTO, 1624 - BAIRRO PONTE NOVA - EXTREMA - CEP
37640-000

FONE: (35) 3435-1911 () - CNPJ: 18.677.591/0001-00

ANEXO VII - TABELA MUNICIPAL

ANEXO I

Para a aquisição de prestação de serviços assistenciais de saúde a Secretaria Municipal de Saúde deverá seguir os valores constantes neste anexo que traz o grupo de classificação do serviço e o diferencial de acréscimo sobre a tabela SUS.

GRUPO DE CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO	% DE ACRÉSCIDO NA TABELA SUS
PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNOSTICA / COLETA MATERIAL	200%

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Ambulatorial			
02.01.01.002-0	BIOPSIA / PUNCAO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE	R\$ -	R\$ -	R\$ 14,10	R\$ 42,30	R\$ 14,10	R\$ 42,30

GRUPO DE CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO	% DE ACRÉSCIDO NA TABELA SUS
PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNOSTICA / RADIOLOGIA	100%

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS		Tabela Municipal	
		Valor Ambulatorial			
02.04.01.003-9	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	R\$ 8,38	R\$ 16,76	R\$ 8,38	R\$ 16,76
02.04.01.004-7	RADIOGRAFIA DE ARCADEA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS)	R\$ 6,96	R\$ 13,92	R\$ 6,96	R\$ 13,92
02.04.01.005-5	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	R\$ 8,38	R\$ 16,76	R\$ 8,38	R\$ 16,76
02.04.01.006-3	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	R\$ 6,88	R\$ 13,76	R\$ 6,88	R\$ 13,76
02.04.01.007-1	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIGUA / BRETTON + HIRTZ)	R\$ 9,15	R\$ 18,30	R\$ 9,15	R\$ 18,30
02.04.01.008-0	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	R\$ 7,52	R\$ 15,04	R\$ 7,52	R\$ 15,04

02.04.01.009-8	RADIOGRAFIA DE LARINGE	R\$ 5,74	R\$ 11,48
02.04.01.010-1	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)	R\$ 9,03	R\$ 18,06
02.04.01.011-0	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)	R\$ 7,20	R\$ 14,40
02.04.01.012-8	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 8,38	R\$ 16,76
02.04.01.013-6	RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (LOCALIZACAO DE CORPO ESTRANHO)	R\$ 7,98	R\$ 15,96
02.04.01.014-4	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 7,32	R\$ 14,64
02.04.01.015-2	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON)	R\$ 7,20	R\$ 14,40
02.04.01.016-0	RADIOGRAFIA OCLUSAL	R\$ 3,51	R\$ 7,02
02.04.01.017-9	RADIOGRAFIA PANORAMICA	R\$ 9,03	R\$ 18,06
02.04.01.018-7	RADIOGRAFIA PERI-APICAL INTERPROXIMAL (BITE-WING)	R\$ 1,75	R\$ 3,50
02.04.02.003-4	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	R\$ 8,33	R\$ 16,66
02.04.02.004-2	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	R\$ 8,19	R\$ 16,38
02.04.02.005-0	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA	R\$ 10,29	R\$ 20,58
02.04.02.006-9	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 10,96	R\$ 21,92
02.04.02.007-7	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)	R\$ 14,90	R\$ 29,80
02.04.02.008-5	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA	R\$ 16,88	R\$ 33,76
02.04.02.009-3	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	R\$ 9,16	R\$ 18,32
02.04.02.010-7	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	R\$ 9,73	R\$ 19,46
02.04.02.011-5	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINAMICA	R\$ 15,58	R\$ 31,16
02.04.02.012-3	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA	R\$ 7,80	R\$ 15,60
02.04.03.005-6	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 14,32	R\$ 28,64
02.04.03.006-4	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL)	R\$ 9,05	R\$ 18,10
02.04.03.007-2	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	R\$ 8,37	R\$ 16,74
02.04.03.008-0	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	R\$ 19,24	R\$ 38,48
02.04.03.009-9	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	R\$ 7,98	R\$ 15,96
02.04.03.010-2	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)	R\$ 8,73	R\$ 17,46
02.04.03.011-0	RADIOGRAFIA DE PNEUMOMEDIASTINO	R\$ 27,27	R\$ 54,54
02.04.03.012-9	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA)	R\$ 5,56	R\$ 11,12



Av. Nicolau Cesarino, 4000
Bela Vista | Extrema/MG | CEP 37645-002
Secretaria Municipal de Saúde
(35) 3435.5720
www.extrema.mg.gov.br

02.04.03.013-7	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA + INSPIRAÇÃO + EXPIRAÇÃO + LATERAL)	R\$ 14,32	R\$ 28,64
02.04.03.014-5	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 12,02	R\$ 24,04
02.04.03.015-3	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	R\$ 9,50	R\$ 19,00
02.04.03.016-1	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRAO OIT)	R\$ 6,55	R\$ 13,10
02.04.03.017-0	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	R\$ 6,88	R\$ 13,76
02.04.04.001-9	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	R\$ 6,42	R\$ 12,84
02.04.04.002-7	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	R\$ 7,40	R\$ 14,80
02.04.04.003-5	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	R\$ 7,40	R\$ 14,80
02.04.04.004-3	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	R\$ 7,40	R\$ 14,80
02.04.04.005-1	RADIOGRAFIA DE BRACO	R\$ 7,77	R\$ 15,54
02.04.04.006-0	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	R\$ 7,40	R\$ 14,80
02.04.04.007-8	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R\$ 5,90	R\$ 11,80
02.04.04.008-6	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO	R\$ 5,62	R\$ 11,24
02.04.04.009-4	RADIOGRAFIA DE MAO	R\$ 6,30	R\$ 12,60
02.04.04.010-8	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	R\$ 6,00	R\$ 12,00
02.04.04.011-6	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES)	R\$ 7,98	R\$ 15,96
02.04.04.012-4	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 6,91	R\$ 13,82
02.04.05.011-1	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	R\$ 10,73	R\$ 21,46
02.04.05.012-0	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	R\$ 15,30	R\$ 30,60
02.04.05.013-8	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	R\$ 7,17	R\$ 14,34
02.04.05.014-6	RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO	R\$ 35,22	R\$ 70,44
02.04.05.015-4	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO)	R\$ 47,59	R\$ 95,18
02.04.05.016-2	RADIOGRAFIA P/ ESTUDO DO DELGADO C/ DUPLO CONTRASTE (ENTEROCLISE)	R\$ 48,09	R\$ 96,18
02.04.06.005-2	PLANIGRAFIA DE OSSO EM 2 PLANOS	R\$ 18,68	R\$ 37,36
02.04.06.006-0	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	R\$ 7,77	R\$ 15,54
02.04.06.007-9	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA	R\$ 7,77	R\$ 15,54
02.04.06.008-7	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	R\$ 6,50	R\$ 13,00

02.04.06.009-5	RADIOGRAFIA DE BACIA	R\$ 7,77	R\$ 15,54
02.04.06.010-9	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO	R\$ 6,50	R\$ 13,00
02.04.06.011-7	RADIOGRAFIA DE COXA	R\$ 8,94	R\$ 17,88
02.04.06.012-5	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	R\$ 6,78	R\$ 13,56
02.04.06.013-3	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	R\$ 7,16	R\$ 14,32
02.04.06.014-1	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)	R\$ 9,29	R\$ 18,58
02.04.06.015-0	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	R\$ 6,78	R\$ 13,56
02.04.06.016-8	RADIOGRAFIA DE PERNA	R\$ 8,94	R\$ 17,88
02.04.06.017-6	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES	R\$ 9,29	R\$ 18,58

GRUPO DE CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO	% DE ACRÉSCIDO NA TABELA SUS
PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNOSTICA / ULTRASSONOGRRAFIA	100%

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal
		Valor Ambulatorial	
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	R\$ 39,60	R\$ 79,20
02.05.01.005-9	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	R\$ 42,90	R\$ 85,80
02.05.02.003-8	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	R\$ 24,20	R\$ 48,40
02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 37,95	R\$ 75,90
02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	R\$ 24,20	R\$ 48,40
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULACAO	R\$ 24,20	R\$ 48,40
02.05.02.007-0	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 24,20	R\$ 48,40
02.05.02.008-9	ULTRASSONOGRRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)	R\$ 24,20	R\$ 48,40
02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL	R\$ 24,20	R\$ 48,40
02.05.02.010-0	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	R\$ 24,20	R\$ 48,40

02.05.02.011-9	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 24,20	R\$ 48,40
02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE	R\$ 24,20	R\$ 48,40
02.05.02.013-5	ULTRASSONOGRRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	R\$ 24,20	R\$ 48,40
02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA	R\$ 24,20	R\$ 48,40
02.05.02.015-1	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R\$ 39,60	R\$ 79,20
02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	R\$ 24,20	R\$ 48,40
02.05.02.017-8	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA	R\$ 24,20	R\$ 48,40
02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL	R\$ 24,20	R\$ 48,40

GRUPO DE CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO	% DE ACRÉSCIDO NA TABELA SUS
PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNOSTICA / ULTRASSONOGRRAFIA	150%

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal
		Valor Ambulatorial / Hospitalar	
02.06.01.004-4	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES	R\$ 86,75	R\$ 216,88
02.06.01.005-2	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO	R\$ 86,75	R\$ 216,88
02.06.01.006-0	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA	R\$ 97,44	R\$ 243,60
02.06.01.007-9	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	R\$ 97,44	R\$ 243,60
02.06.01.008-7	TOMOMIELOGRAFIA COMPUTADORIZADA	R\$ 138,63	R\$ 346,58
02.06.01.009-5	TOMOGRRAFIA POR EMISSÃO DE PÓSITRONS (PET-CT)	R\$ 2.107,22	R\$ 5.268,05
02.06.02.001-5	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 86,75	R\$ 216,88
02.06.02.002-3	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)	R\$ 86,75	R\$ 216,88
02.06.02.003-1	TOMOGRRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	R\$ 136,41	R\$ 341,03
02.06.02.004-0	TOMOGRRAFIA DE HEMITORAX, PULMÃO OU DO MEDIASTINO	R\$ 136,41	R\$ 341,03

02.06.03.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 138,63	R\$ 346,58
02.06.03.002-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 86,75	R\$ 216,88
02.06.03.003-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR	R\$ 138,63	R\$ 346,58

GRUPO DE CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO	% DE ACRÉSCIDO NA TABELA SUS
PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNOSTICA / DIAG EM CARDIOLOGIA	200%

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
02.11.02.001-0	CATETERISMO CARDIACO	R\$ 280,28	R\$ 840,84	R\$ 492,52	R\$ 1.477,56	R\$ 772,80	R\$ 2.318,40
02.11.02.002-8	CATETERISMO CARDIACO EM PEDIATRIA	R\$ 217,62	R\$ 652,86	R\$ 492,52	R\$ 1.477,56	R\$ 710,14	R\$ 2.130,42

GRUPO DE CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO	% DE ACRÉSCIDO NA TABELA SUS
PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNOSTICA / ESPECIALIDADES	100%

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar		Valor Ambulatorial			
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 14,81	R\$ 22,22	R\$ 14,81	R\$ 22,22
02.11.06.001-1	BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 24,24	R\$ 36,36	R\$ 24,24	R\$ 36,36
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 12,34	R\$ 18,51	R\$ 12,34	R\$ 18,51
02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRÁFICO	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 40,00	R\$ 60,00	R\$ 40,00	R\$ 60,00

02.11.06.005-4	CERATOMETRIA	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 3,37	R\$ 5,06	R\$ 3,37	R\$ 5,06
02.11.06.006-2	CURVA DIARIA DE PRESSAO OCULAR CDPO (MINIMO 3 MEDIDAS)	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 10,11	R\$ 15,17	R\$ 10,11	R\$ 15,17
02.11.06.007-0	ELETRO-OCULOGRAFIA	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 24,24	R\$ 36,36	R\$ 24,24	R\$ 36,36
02.11.06.008-9	ELETRORETINOGRAFIA	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 24,24	R\$ 36,36	R\$ 24,24	R\$ 36,36
02.11.06.009-7	ESTESIOMETRIA	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 3,37	R\$ 5,06	R\$ 3,37	R\$ 5,06
02.11.06.010-0	FUNDOSCOPIA	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 3,37	R\$ 5,06	R\$ 3,37	R\$ 5,06
02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 6,74	R\$ 10,11	R\$ 6,74	R\$ 10,11
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 24,24	R\$ 36,36	R\$ 24,24	R\$ 36,36
02.11.06.013-5	MEDIDA DE OFUSCAMENTO E CONTRASTE	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 3,37	R\$ 5,06	R\$ 3,37	R\$ 5,06
02.11.06.014-3	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 24,24	R\$ 36,36	R\$ 24,24	R\$ 36,36
02.11.06.015-1	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 3,37	R\$ 5,06	R\$ 3,37	R\$ 5,06
02.11.06.016-0	POTENCIAL VISUAL EVOCADO	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 24,24	R\$ 36,36	R\$ 24,24	R\$ 36,36
02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 24,68	R\$ 37,02	R\$ 24,68	R\$ 37,02
02.11.06.018-6	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 64,00	R\$ 96,00	R\$ 64,00	R\$ 96,00
02.11.06.020-8	TESTE DE PROVOCACAO DE GLAUCOMA	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 6,74	R\$ 10,11	R\$ 6,74	R\$ 10,11
02.11.06.021-6	TESTE DE SCHIRMER	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 3,37	R\$ 5,06	R\$ 3,37	R\$ 5,06
02.11.06.022-4	TESTE DE VISÃO DE CORES	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 3,37	R\$ 5,06	R\$ 3,37	R\$ 5,06
02.11.06.023-2	TESTE ORTÓPTICO	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 12,34	R\$ 18,51	R\$ 12,34	R\$ 18,51
02.11.06.024-0	TESTE P/ ADAPTACAO DE LENTE DE CONTATO	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 12,34	R\$ 18,51	R\$ 12,34	R\$ 18,51
02.11.06.025-9	TONOMETRIA	R\$ -	R\$ -	R\$ 3,37	R\$ 6,74	R\$ 3,37	R\$ 5,06	R\$ 6,74	R\$ 11,80
02.11.06.026-7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Córnea	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 24,24	R\$ 48,48	R\$ 24,24	R\$ 48,48

GRUPO DE CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO	% DE ACRÉSCIDO NA TABELA SUS
PROCEDIMENTOS CLÍNICOS / CONSULTA / ATENDIMENTO	500%

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Ambulatorial			
03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	R\$ 10,00	R\$ 60,00	R\$ -	R\$ -	R\$ 10,00	R\$ 60,00
GRUPO DE CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO		% DE ACRÉSCIDO NA TABELA SUS					
PROCEDIMENTOS CLÍNICOS / FISIOTERAPIA		150%					

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS		Tabela Municipal	
		Valor Profissional			
03.02.01.001-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS	R\$ 6,35	R\$ 15,88	R\$ 6,35	R\$ 15,88
03.02.01.002-5	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS	R\$ 4,67	R\$ 11,68	R\$ 4,67	R\$ 11,68
03.02.01.003-3	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NEONATO	R\$ 6,35	R\$ 15,88	R\$ 6,35	R\$ 15,88
03.02.04.001-3	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 6,35	R\$ 15,88	R\$ 6,35	R\$ 15,88
03.02.04.002-1	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 4,67	R\$ 11,68	R\$ 4,67	R\$ 11,68
03.02.04.003-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	R\$ 4,67	R\$ 11,68	R\$ 4,67	R\$ 11,68
03.02.04.004-8	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS CIRURGIA CARDIOVASCULAR	R\$ 6,35	R\$ 15,88	R\$ 6,35	R\$ 15,88
03.02.04.005-6	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	R\$ 4,67	R\$ 11,68	R\$ 4,67	R\$ 11,68
03.02.05.001-9	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS	R\$ 6,35	R\$ 15,88	R\$ 6,35	R\$ 15,88

03.02.05.003-5	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MUSCULO-ESQUELETICAS C/ COMPLICAÇÕES SISTEMICAS	R\$ 6,35	R\$ 15,88
03.02.06.001-4	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 4,67	R\$ 11,68
03.02.06.002-2	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 6,35	R\$ 15,88
03.02.06.003-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR	R\$ 4,67	R\$ 11,68
03.02.06.005-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA	R\$ 6,35	R\$ 15,88

GRUPO DE CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO	% DE ACRÉSCIDO NA TABELA SUS
PROCEDIMENTOS CLÍNICOS / PARTO E NASCIMENTO	300%

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
03.10.01.002-0	ATENDIMENTO AO RECEM-NASCIDO NO MOMENTO DO NASCIMENTO	R\$ 55,20	R\$ 220,80	R\$ -	R\$ -	R\$ 55,20	R\$ 220,80
03.10.01.003-9	PARTO NORMAL	R\$ 175,80	R\$ 703,20	R\$ 267,60	R\$ 1.070,40	R\$ 443,40	R\$ 1.773,60
03.10.01.004-7	PARTO NORMAL EM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO	R\$ 242,78	R\$ 971,12	R\$ 374,41	R\$ 1.497,64	R\$ 617,19	R\$ 2.468,76
03.10.01.005-5	PARTO NORMAL EM CENTRO DE PARTO NORMAL (CPN)	R\$ 175,80	R\$ 703,20	R\$ 267,60	R\$ 1.070,40	R\$ 443,40	R\$ 1.773,60

GRUPO DE CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO	% DE ACRÉSCIDO NA TABELA SUS
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS / PEQUENAS CIRURGIAS	200%

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.01.01.004-0	ELETROCOAGULACAO DE LESAO CUTANEA	R\$ -	R\$ -	R\$ 11,84	R\$ 35,52	R\$ 11,84	R\$ 35,52
04.01.01.001-5	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	R\$ -	R\$ -	R\$ 32,40	R\$ 97,20	R\$ 32,40	R\$ 97,20
04.01.01.004-0	ELETROCOAGULACAO DE LESAO CUTANEA	R\$ -	R\$ -	R\$ 11,84	R\$ 35,52	R\$ 11,84	R\$ 35,52
04.01.01.005-8	EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA	R\$ -	R\$ -	R\$ 23,16	R\$ 69,48	R\$ 23,16	R\$ 69,48
04.01.01.010-4	INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO	R\$ -	R\$ -	R\$ 11,84	R\$ 35,52	R\$ 11,84	R\$ 35,52

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.01.02.001-0	ENXERTO COMPOSTO	R\$ 175,13	R\$ 525,39	R\$ 429,45	R\$ 1.288,35	R\$ 604,58	R\$ 1.813,74
04.01.02.002-9	ENXERTO DERMO-EPIDÉRMICO	R\$ 115,51	R\$ 346,53	R\$ 250,26	R\$ 750,78	R\$ 365,77	R\$ 1.097,31
04.01.02.003-7	ENXERTO LIVRE DE PELE TOTAL	R\$ 175,13	R\$ 525,39	R\$ 429,45	R\$ 1.288,35	R\$ 604,58	R\$ 1.813,74
04.01.02.004-5	EXCISÃO E ENXERTO DE PELE (HEMANGIOMA, NEVUS OU TUMOR)	R\$ 106,55	R\$ 319,65	R\$ 250,26	R\$ 750,78	R\$ 356,81	R\$ 1.070,43
04.01.02.005-3	EXCISÃO E SUTURA DE LESAO NA PELE C/ PLÁSTICA EM Z OU ROTAÇÃO DE RETALHO	R\$ 106,55	R\$ 319,65	R\$ 250,26	R\$ 750,78	R\$ 356,81	R\$ 1.070,43
04.01.02.006-1	EXÉRESE DE CISTO BRANQUIA	R\$ 154,08	R\$ 462,24	R\$ 193,69	R\$ 581,07	R\$ 347,77	R\$ 1.043,31
04.01.02.007-0	EXÉRESE DE CISTO DERMOIDE	R\$ 55,29	R\$ 165,87	R\$ 88,43	R\$ 265,29	R\$ 143,72	R\$ 431,16
04.01.02.008-8	EXÉRESE DE CISTO SACRO-COCCIGEO	R\$ 55,29	R\$ 165,87	R\$ 88,43	R\$ 265,29	R\$ 143,72	R\$ 431,16
04.01.02.009-6	EXÉRESE DE CISTO TIREOGLOSSO	R\$ 226,86	R\$ 680,58	R\$ 253,20	R\$ 759,60	R\$ 480,06	R\$ 1.440,18
04.01.02.010-0	EXTIRPAÇÃO E SUPRESSÃO DE LESÃO DE PELE E DE TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO	R\$ 60,83	R\$ 182,49	R\$ 97,28	R\$ 291,84	R\$ 158,11	R\$ 474,33
04.01.02.011-8	HOMOENXERTIA (ATO CIRÚRGICO PRE E PÓS-OPERATÓRIO)	R\$ 105,01	R\$ 315,03	R\$ 146,30	R\$ 438,90	R\$ 251,31	R\$ 753,93
04.01.02.012-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE ESCALPO PARCIAL	R\$ 128,33	R\$ 384,99	R\$ 193,81	R\$ 581,43	R\$ 322,14	R\$ 966,42
04.01.02.013-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE ESCALPO TOTAL	R\$ 174,99	R\$ 524,97	R\$ 340,88	R\$ 1.022,64	R\$ 515,87	R\$ 1.547,61
04.01.02.014-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERCERATOSE PLANTAR COM (CORREÇÃO PLÁSTICA)	R\$ 140,06	R\$ 420,18	R\$ 162,02	R\$ 486,06	R\$ 302,08	R\$ 906,24
04.01.02.015-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO SINUS PRÉ-AURICULAR	R\$ 121,30	R\$ 363,90	R\$ 222,32	R\$ 666,96	R\$ 343,62	R\$ 1.030,86
04.01.02.016-9	TRATAMENTO EM ESTÁGIOS SUBSEQUENTES DE ENXERTIA	R\$ 180,80	R\$ 542,40	R\$ 443,34	R\$ 1.330,02	R\$ 624,14	R\$ 1.872,42

GRUPO DE CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO	% DE ACRÉSCIDO NA TABELA SUS
CIRURGIA DE GLÂNDULAS ENDOCRINAS	200%

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.02.01.001-9	EXTIRPAÇÃO DE BÓCIO INTRATORÁCICO POR VIA TRANSESTERNAL	R\$ 349,97	R\$ 1.049,91	R\$ 400,12	R\$ 1.200,36	R\$ 750,09	R\$ 2.250,27
04.02.01.002-7	PARATIREOIDECTOMIA	R\$ 350,96	R\$ 1.052,88	R\$ 482,34	R\$ 1.447,02	R\$ 833,30	R\$ 2.499,90
04.02.01.003-5	TIREOIDECTOMIA PARCIAL	R\$ 165,02	R\$ 495,06	R\$ 260,61	R\$ 781,83	R\$ 425,63	R\$ 1.276,89
04.02.01.004-3	TIREOIDECTOMIA TOTAL	R\$ 184,25	R\$ 552,75	R\$ 267,12	R\$ 801,36	R\$ 451,37	R\$ 1.354,11
04.02.01.005-1	TIREOIDECTOMIA TOTAL COM ESVAZIAMENTO GANGLIONAR	R\$ 349,93	R\$ 1.049,79	R\$ 417,84	R\$ 1.253,52	R\$ 767,77	R\$ 2.303,31

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.02.02.001-4	SUPRARRENALECTOMIA BILATERAL	R\$ 350,00	R\$ 1.050,00	R\$ 369,47	R\$ 1.108,41	R\$ 719,47	R\$ 2.158,41
04.02.02.002-2	SUPRARRENALECTOMIA UNILATERAL	R\$ 350,00	R\$ 1.050,00	R\$ 369,47	R\$ 1.108,41	R\$ 719,47	R\$ 2.158,41

GRUPO DE CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO	% DE ACRÉSCIDO NA TABELA SUS
CIRURGIA DO SISTEMA NERVOSO	200%

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.03.01.001-2	CRANIOPLASTIA	R\$ 522,48	R\$ 1.567,44	R\$ 799,64	R\$ 2.398,92	R\$ 1.322,12	R\$ 3.966,36
04.03.01.002-0	CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA	R\$ 391,86	R\$ 1.175,58	R\$ 415,89	R\$ 1.247,67	R\$ 807,75	R\$ 2.423,25
04.03.01.003-9	CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA DA FOSSA POSTERIOR	R\$ 391,86	R\$ 1.175,58	R\$ 799,64	R\$ 2.398,92	R\$ 1.191,50	R\$ 3.574,50

04.03.01.004-7	CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE CISTO / ABSCESSO / GRANULOMA ENCEFALICO	R\$ 671,94	R\$ 2.015,82	R\$ 1.346,57	R\$ 4.039,71	R\$ 2.018,51	R\$ 6.055,53
04.03.01.005-5	CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE CISTO / ABSCESSO / GRANULOMA ENCEFÁLICO (COM TÉCNICA COMPLEMENTAR)	R\$ 671,94	R\$ 2.015,82	R\$ 1.472,93	R\$ 4.418,79	R\$ 2.144,87	R\$ 6.434,61
04.03.01.006-3	CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRACRANIANO	R\$ 682,08	R\$ 2.046,24	R\$ 818,64	R\$ 2.455,92	R\$ 1.500,72	R\$ 4.502,16
04.03.01.007-1	CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRACRANIANO (COM TÉCNICA COMPLEMENTAR)	R\$ 957,60	R\$ 2.872,80	R\$ 1.023,06	R\$ 3.069,18	R\$ 1.980,66	R\$ 5.941,98
04.03.01.008-0	DERIVAÇÃO RAQUE-PERITONEAL	R\$ 559,82	R\$ 1.679,46	R\$ 859,28	R\$ 2.577,84	R\$ 1.419,10	R\$ 4.257,30
04.03.01.009-8	DERIVAÇÃO VENTRICULAR EXTERNAR-SUBGALEAL EXTERNA	R\$ 286,00	R\$ 858,00	R\$ 799,64	R\$ 2.398,92	R\$ 1.085,64	R\$ 3.256,92
04.03.01.010-1	DERIVAÇÃO VENTRICULAR PARA PERITÔNIO / ÁTRIO / PLEURA / RAQUE	R\$ 682,08	R\$ 2.046,24	R\$ 818,64	R\$ 2.455,92	R\$ 1.500,72	R\$ 4.502,16
04.03.01.011-0	DESCOMPRESSÃO DE ÓRBITA POR DOENÇA OU TRAUMA	R\$ 786,50	R\$ 2.359,50	R\$ 1.346,57	R\$ 4.039,71	R\$ 2.133,07	R\$ 6.399,21
04.03.01.012-8	MICROCIRURGIA CEREBRAL ENDOSCOPICA	R\$ 1.399,44	R\$ 4.198,32	R\$ 1.770,17	R\$ 5.310,51	R\$ 3.169,61	R\$ 9.508,83
04.03.01.013-6	MICROCIRURGIA DA SIRINGOMIELIA	R\$ 896,19	R\$ 2.688,57	R\$ 1.350,29	R\$ 4.050,87	R\$ 2.246,48	R\$ 6.739,44
04.03.01.014-4	RECONSTRUCAO CRANIANA / CRANIO-FACIAL	R\$ 671,94	R\$ 2.015,82	R\$ 1.346,57	R\$ 4.039,71	R\$ 2.018,51	R\$ 6.055,53
04.03.01.015-2	RESSECÇÃO DE MUCOCELE FRONTAL	R\$ 391,91	R\$ 1.175,73	R\$ 415,88	R\$ 1.247,64	R\$ 807,79	R\$ 2.423,37
04.03.01.016-0	RETIRADA DE DERIVAÇÃO VENTRICULAR PARA PERITONEO / ÁTRIO / PLEURA / RAQUE	R\$ 392,01	R\$ 1.176,03	R\$ 416,01	R\$ 1.248,03	R\$ 808,02	R\$ 2.424,06
04.03.01.017-9	RETIRADA DE PLACA DE CRANIOPLASTIA	R\$ 391,86	R\$ 1.175,58	R\$ 799,64	R\$ 2.398,92	R\$ 1.191,50	R\$ 3.574,50
04.03.01.018-7	REVISÃO DE DERIVAÇÃO VENTRICULAR PARA PERITÔNIO / ÁTRIO / PLEURA / RAQUE	R\$ 572,00	R\$ 1.716,00	R\$ 818,64	R\$ 2.455,92	R\$ 1.390,64	R\$ 4.171,92
04.03.01.019-5	TRATAMENTO CIRURGICO DE ABSCESSO INTRACRANIANO	R\$ 559,95	R\$ 1.679,85	R\$ 945,50	R\$ 2.836,50	R\$ 1.505,45	R\$ 4.516,35
04.03.01.020-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CRANIOSSINOSTOSE COM SUTURA ÚNICA	R\$ 391,95	R\$ 1.175,85	R\$ 415,85	R\$ 1.247,55	R\$ 807,80	R\$ 2.423,40
04.03.01.021-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CRANIOSSINOSTOSE COMPLEXA	R\$ 671,94	R\$ 2.015,82	R\$ 1.346,57	R\$ 4.039,71	R\$ 2.018,51	R\$ 6.055,53
04.03.01.022-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DISRAFISMO ABERTO	R\$ 483,84	R\$ 1.451,52	R\$ 858,28	R\$ 2.574,84	R\$ 1.342,12	R\$ 4.026,36
04.03.01.023-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DISRAFISMO OCULTO	R\$ 534,24	R\$ 1.602,72	R\$ 912,60	R\$ 2.737,80	R\$ 1.446,84	R\$ 4.340,52
04.03.01.024-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA LIQUORICA CRANIANA	R\$ 671,94	R\$ 2.015,82	R\$ 1.346,57	R\$ 4.039,71	R\$ 2.018,51	R\$ 6.055,53
04.03.01.025-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FISTULA LIQUORICA RAQUIDIANA	R\$ 671,94	R\$ 2.015,82	R\$ 1.346,57	R\$ 4.039,71	R\$ 2.018,51	R\$ 6.055,53
04.03.01.026-8	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO CRANIO COM AFUNDAMENTO	R\$ 391,86	R\$ 1.175,58	R\$ 799,64	R\$ 2.398,92	R\$ 1.191,50	R\$ 3.574,50
04.03.01.027-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA EXTRADURAL	R\$ 682,08	R\$ 2.046,24	R\$ 818,64	R\$ 2.455,92	R\$ 1.500,72	R\$ 4.502,16
04.03.01.028-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA INTRACEREBRAL	R\$ 488,99	R\$ 1.466,97	R\$ 821,20	R\$ 2.463,60	R\$ 1.310,19	R\$ 3.930,57

04.03.01.029-2	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA INTRACEREBRAL (COM TECNICA COMPLEMENTAR)	R\$ 682,08	R\$ 2.046,24	R\$ 942,97	R\$ 2.828,91	R\$ 1.625,05	R\$ 4.875,15
04.03.01.030-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA SUBDURAL AGUDO	R\$ 682,08	R\$ 2.046,24	R\$ 818,64	R\$ 2.455,92	R\$ 1.500,72	R\$ 4.502,16
04.03.01.031-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA SUBDURAL CRONICO	R\$ 682,08	R\$ 2.046,24	R\$ 818,64	R\$ 2.455,92	R\$ 1.500,72	R\$ 4.502,16
04.03.01.032-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOMIELITE DO CRÂNIO	R\$ 391,86	R\$ 1.175,58	R\$ 799,64	R\$ 2.398,92	R\$ 1.191,50	R\$ 3.574,50
04.03.01.033-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PLATIBASIA E MALFORMAÇÃO DE ARNOLD CHIARI	R\$ 559,95	R\$ 1.679,85	R\$ 1.346,57	R\$ 4.039,71	R\$ 1.906,52	R\$ 5.719,56
04.03.01.034-9	TREPANACAO CRANIANA PARA PROPEDEUTICA NEUROCIRURGICA / IMPLANTE PARA MONITORIZACAO PIC	R\$ 107,52	R\$ 322,56	R\$ 494,83	R\$ 1.484,49	R\$ 602,35	R\$ 1.807,05
04.03.01.035-7	TREPANAÇÃO CRANIANA PARA PUNÇÃO OU BIÓPSIA (COM TÉCNICA COMPLEMENTAR)	R\$ 286,00	R\$ 858,00	R\$ 416,09	R\$ 1.248,27	R\$ 702,09	R\$ 2.106,27
04.03.01.036-5	TREPANAÇÃO CRANIANA PARA PUNÇÃO OU BIÓPSIA	R\$ 107,52	R\$ 322,56	R\$ 454,68	R\$ 1.364,04	R\$ 562,20	R\$ 1.686,60
04.03.01.039-0	DRENAGEM LIQUÓRICA LOMBAR EXTERNA	R\$ 858,00	R\$ 2.574,00	R\$ 799,64	R\$ 2.398,92	R\$ 1.657,64	R\$ 4.972,92

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.03.02.001-8	ENXERTO MICROCIRURGICO DE NERVO PERIFERICO (2 OU MAIS NERVOS)	R\$ 1.296,99	R\$ 3.890,97	R\$ 500,50	R\$ 1.501,50	R\$ 1.797,49	R\$ 5.392,47
04.03.02.002-6	ENXERTO MICROCIRÚRGICO DE NERVO PERIFÉRICO (ÚNICO NERVO)	R\$ 500,50	R\$ 1.501,50	R\$ 1.296,99	R\$ 3.890,97	R\$ 1.797,49	R\$ 5.392,47
04.03.02.003-4	MICROCIRURGIA DE PLEXO BRAQUIAL COM EXPLORAÇÃO E NEUROLISE	R\$ 230,16	R\$ 690,48	R\$ 570,54	R\$ 1.711,62	R\$ 800,70	R\$ 2.402,10
04.03.02.004-2	MICROCIRURGIA DE PLEXO BRAQUIAL COM MICROENXERTIA	R\$ 441,84	R\$ 1.325,52	R\$ 1.080,00	R\$ 3.240,00	R\$ 1.521,84	R\$ 4.565,52
04.03.02.005-0	MICRONEUROLISE DE NERVO PERIFERICO	R\$ 214,50	R\$ 643,50	R\$ 570,54	R\$ 1.711,62	R\$ 785,04	R\$ 2.355,12
04.03.02.006-9	MICRONEURORRAFIA	R\$ 321,75	R\$ 965,25	R\$ 1.080,00	R\$ 3.240,00	R\$ 1.401,75	R\$ 4.205,25
04.03.02.007-7	NEUROLISE NAO FUNCIONAL DE NERVOS PERIFERICOS	R\$ 180,75	R\$ 542,25	R\$ 201,43	R\$ 604,29	R\$ 382,18	R\$ 1.146,54
04.03.02.008-5	NEURORRAFIA	R\$ 165,17	R\$ 495,51	R\$ 267,30	R\$ 801,90	R\$ 432,47	R\$ 1.297,41
04.03.02.009-3	NEUROTOMIA SELETIVA DE TRIGEMEO E OUTROS NERVOS CRANIANOS	R\$ 559,82	R\$ 1.679,46	R\$ 1.296,99	R\$ 3.890,97	R\$ 1.856,81	R\$ 5.570,43
04.03.02.010-7	TRANSPOSICAO DO NERVO CUBITAL	R\$ 247,95	R\$ 743,85	R\$ 267,30	R\$ 801,90	R\$ 515,25	R\$ 1.545,75
04.03.02.011-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE NEUROPATIA COMPRESSIVA COM OU SEM MICROCIRÚRGIA	R\$ 560,00	R\$ 1.680,00	R\$ 758,46	R\$ 2.275,38	R\$ 1.318,46	R\$ 3.955,38

04.03.02.012-3	TRATAMENTO CIRURGICO DE SINDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEO-FIBROSO AO NIVEL DO CARPO	R\$ 202,44	R\$ 607,32	R\$ 145,18	R\$ 435,54	R\$ 347,62	R\$ 1.042,86
04.03.02.013-1	TRATAMENTO MICROCIRÚRGICO DE TUMOR DE NERVO PERIFÉRICO / NEUROMA	R\$ 168,00	R\$ 504,00	R\$ 291,18	R\$ 873,54	R\$ 459,18	R\$ 1.377,54

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.03.03.001-3	CRANIOTOMIA PARA BIOPSIA ENCEFÁLICA	R\$ 500,50	R\$ 1.501,50	R\$ 1.346,57	R\$ 4.039,71	R\$ 1.847,07	R\$ 5.541,21
04.03.03.002-1	CRANIOTOMIA PARA BIOPSIA ENCEFALICA (COM TÉCNICA COMPLEMENTAR)	R\$ 957,60	R\$ 2.872,80	R\$ 1.023,06	R\$ 3.069,18	R\$ 1.980,66	R\$ 5.941,98
04.03.03.003-0	CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE TUMOR CEREBRAL INCLUSIVO DA FOSSA POSTERIOR	R\$ 1.072,50	R\$ 3.217,50	R\$ 2.248,64	R\$ 6.745,92	R\$ 3.321,14	R\$ 9.963,42
04.03.03.004-8	CRANIOTOMIA PARA RETIRADA DE TUMOR INTRACRANIANO	R\$ 554,40	R\$ 1.663,20	R\$ 1.346,57	R\$ 4.039,71	R\$ 1.900,97	R\$ 5.702,91
04.03.03.005-6	CRANIECTOMIA POR TUMOR OSSEO	R\$ 682,08	R\$ 2.046,24	R\$ 818,64	R\$ 2.455,92	R\$ 1.500,72	R\$ 4.502,16
04.03.03.006-4	HIPOFISECTOMIA TRANSENFENOIDAL POR TECNICA COMPLEMENTAR	R\$ 1.399,44	R\$ 4.198,32	R\$ 1.591,63	R\$ 4.774,89	R\$ 2.991,07	R\$ 8.973,21
04.03.03.008-0	MICROCIRURGIA DE TUMOR INTRADURAL E EXTRAMEDULAR	R\$ 907,20	R\$ 2.721,60	R\$ 1.698,05	R\$ 5.094,15	R\$ 2.605,25	R\$ 7.815,75
04.03.03.009-9	MICROCIRURGIA DE TUMOR MEDULAR COM TECNICA COMPLEMENTAR	R\$ 1.540,56	R\$ 4.621,68	R\$ 1.603,32	R\$ 4.809,96	R\$ 3.143,88	R\$ 9.431,64
04.03.03.010-2	MICROCIRURGIA DE TUMOR MEDULAR	R\$ 1.041,60	R\$ 3.124,80	R\$ 1.603,32	R\$ 4.809,96	R\$ 2.644,92	R\$ 7.934,76
04.03.03.011-0	MICROCIRURGIA PARA BIOPSIA DE MEDULA ESPINHAL OU RAIZES	R\$ 560,16	R\$ 1.680,48	R\$ 541,60	R\$ 1.624,80	R\$ 1.101,76	R\$ 3.305,28
04.03.03.012-9	MICROCIRURGIA PARA TUMOR DA BASE DO CRANIO	R\$ 1.865,92	R\$ 5.597,76	R\$ 1.770,17	R\$ 5.310,51	R\$ 3.636,09	R\$ 10.908,27
04.03.03.013-7	MICROCIRURGIA PARA TUMOR DE ÓRBITA	R\$ 1.072,50	R\$ 3.217,50	R\$ 1.591,63	R\$ 4.774,89	R\$ 2.664,13	R\$ 7.992,39
04.03.03.014-5	MICROCIRURGIA PARA TUMOR INTRACRANIANO	R\$ 1.568,00	R\$ 4.704,00	R\$ 1.591,63	R\$ 4.774,89	R\$ 3.159,63	R\$ 9.478,89
04.03.03.015-3	MICROCIRURGIA PARA TUMOR INTRACRANIANO (COM TÉCNICA COMPLEMENTAR)	R\$ 2.054,08	R\$ 6.162,24	R\$ 1.770,17	R\$ 5.310,51	R\$ 3.824,25	R\$ 11.472,75
04.03.03.016-1	RESSECÇÃO DE TUMOR RAQUIMEDULAR EXTRADURAL	R\$ 672,00	R\$ 2.016,00	R\$ 1.203,12	R\$ 3.609,36	R\$ 1.875,12	R\$ 5.625,36

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.03.04.001-9	ANASTOMOSE VASCULAR EXTRA / INTRACRANIANA	R\$ 1.824,74	R\$ 5.474,22	R\$ 3.022,15	R\$ 9.066,45	R\$ 4.846,89	R\$ 14.540,67
04.03.04.002-7	DESCOMPRESSÃO NEUROVASCULAR DE NERVOS CRANIANOS	R\$ 1.399,44	R\$ 4.198,32	R\$ 1.591,63	R\$ 4.774,89	R\$ 2.991,07	R\$ 8.973,21

04.03.04.005-1	MICROCIRURGIA PARA MALFORMAÇÃO ARTÉRIO-VENOSA CEREBRAL	R\$ 1.209,60	R\$ 3.628,80	R\$ 1.698,05	R\$ 5.094,15	R\$ 2.907,65	R\$ 8.722,95
04.03.04.006-0	MICROCIRURGIA PARA MALFORMAÇÃO ARTERIO-VENOSA CEREBRAL PROFUNDA	R\$ 1.344,00	R\$ 4.032,00	R\$ 1.698,05	R\$ 5.094,15	R\$ 3.042,05	R\$ 9.126,15
04.03.04.007-8	MICROCIRURGIA VASCULAR INTRACRANIANA (COM TÉCNICA COMPLEMENTAR)	R\$ 1.591,63	R\$ 4.774,89	R\$ 1.865,92	R\$ 5.597,76	R\$ 3.457,55	R\$ 10.372,65
04.03.04.008-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA CAROTÍDEO-CAVERNOSA	R\$ 882,00	R\$ 2.646,00	R\$ 1.126,01	R\$ 3.378,03	R\$ 2.008,01	R\$ 6.024,03
04.03.04.009-4	MICROCIRURGIA PARA ANEURISMA DA CIRCULAÇÃO CEREBRAL ANTERIOR MAIOR QUE 1,5 CM	R\$ 1.568,00	R\$ 4.704,00	R\$ 1.591,63	R\$ 4.774,89	R\$ 3.159,63	R\$ 9.478,89
04.03.04.010-8	MICROCIRURGIA PARA ANEURISMA DA CIRCULAÇÃO CEREBRAL POSTERIOR MAIOR QUE 1,5 CM	R\$ 2.054,08	R\$ 6.162,24	R\$ 1.591,63	R\$ 4.774,89	R\$ 3.645,71	R\$ 10.937,13
04.03.04.011-6	MICROCIRURGIA P/ARA ANEURISMA DA CIRCULAÇÃO CEREBRAL ANTERIOR MENOR QUE 1,5 CM	R\$ 1.568,00	R\$ 4.704,00	R\$ 1.591,63	R\$ 4.774,89	R\$ 3.159,63	R\$ 9.478,89
04.03.04.012-4	MICROCIRURGIA PARA ANEURISMA DA CIRCULAÇÃO CEREBRAL POSTERIOR MENOR QUE 1,5 CM	R\$ 2.054,08	R\$ 6.162,24	R\$ 1.591,63	R\$ 4.774,89	R\$ 3.645,71	R\$ 10.937,13

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.03.05.003-0	BLOQUEIOS PROLONGADOS DE SISTEMA NERVOSO PERIFÉRICO / CENTRAL COM BOMBA DE INFUSÃO	R\$ 101,36	R\$ -	R\$ 462,93	R\$ -	R\$ 564,29	R\$ -
04.03.05.004-9	CORDOTOMIA / MIELOTOMIA POR RADIOFREQUENCIA	R\$ 965,25	R\$ -	R\$ 1.023,06	R\$ -	R\$ 1.988,31	R\$ -
04.03.05.005-7	IMPLANTE INTRATECAL DE BOMBA DE INFUSÃO DE FÁRMACOS	R\$ 607,75	R\$ -	R\$ 720,66	R\$ -	R\$ 1.328,41	R\$ -
04.03.05.006-5	MICROCIRURGIA COM CORDOTOMIA / MIELOTOMIA A CÉU ABERTO	R\$ 391,92	R\$ -	R\$ 458,24	R\$ -	R\$ 850,16	R\$ -
04.03.05.007-3	MICROCIRURGIA COM RIZOTOMIA A CÉU ABERTO	R\$ 858,00	R\$ -	R\$ 720,66	R\$ -	R\$ 1.578,66	R\$ -
04.03.05.009-0	RIZOTOMIA PERCUTANEA COM BALÃO	R\$ 536,25	R\$ -	R\$ 886,98	R\$ -	R\$ 1.423,23	R\$ -
04.03.05.010-3	RIZOTOMIA / NEUROTOMIA PERCUTÂNEA POR RADIOFREQUÊNCIA	R\$ 607,75	R\$ -	R\$ 720,66	R\$ -	R\$ 1.328,41	R\$ -
04.03.05.011-1	SIMPATECTOMIA LOMBAR A CÉU ABERTO	R\$ 279,03	R\$ -	R\$ 503,14	R\$ -	R\$ 782,17	R\$ -
04.03.05.012-0	SIMPATECTOMIA LOMBAR VIDEOCIRURGICA	R\$ 343,20	R\$ -	R\$ 599,29	R\$ -	R\$ 942,49	R\$ -
04.03.05.013-8	SIMPATECTOMIA TORACICA A CÉU ABERTO	R\$ 230,16	R\$ -	R\$ 570,54	R\$ -	R\$ 800,70	R\$ -
04.03.05.014-6	SIMPATECTOMIA TORÁCICA VIDEOCIRÚRGICA	R\$ 346,08	R\$ -	R\$ 678,46	R\$ -	R\$ 1.024,54	R\$ -
04.03.05.015-4	TRATAMENTO DE LESAO DO SISTEMA NEUROVEGETATIVO POR AGENTES QUIMICOS	R\$ 629,20	R\$ -	R\$ 886,98	R\$ -	R\$ 1.516,18	R\$ -
04.03.05.016-2	TRATAMENTO ABLATIVO POR ESTEREOTAXIA EM ESTRUTURA PROFUNDA DE SNC PARA TRATAMENTO DE MOVIMENTOS ANORMAIS OU CONTROLE DA DOR	R\$ 858,00	R\$ -	R\$ 1.023,06	R\$ -	R\$ 1.881,06	R\$ -

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.03.07.001-5	ANGIOPLASTIA INTRACRANIANA EM VASO-ESPASMO	R\$ 391,98	R\$ 1.175,94	R\$ 415,83	R\$ 1.247,49	R\$ 807,81	R\$ 2.423,43
04.03.07.004-0	EMBOLIZAÇÃO DE ANEURISMA CEREBRAL MAIOR QUE 1,5 CM COM COLO ESTREITO	R\$ 858,00	R\$ 2.574,00	R\$ 1.238,88	R\$ 3.716,64	R\$ 2.096,88	R\$ 6.290,64
04.03.07.005-8	EMBOLIZAÇÃO DE ANEURISMA CEREBRAL MAIOR QUE 1,5 CM COM COLO LARGO	R\$ 858,00	R\$ 2.574,00	R\$ 1.238,88	R\$ 3.716,64	R\$ 2.096,88	R\$ 6.290,64
04.03.07.008-2	EMBOLIZAÇÃO DE FISTULA ARTERIO-VENOSA DA CABEÇA E PESCOÇO	R\$ 572,00	R\$ 1.716,00	R\$ 1.238,88	R\$ 3.716,64	R\$ 1.810,88	R\$ 5.432,64
04.03.07.009-0	EMBOLIZAÇÃO DE FÍSTULA CAROTIDO-CAVERNOSA DIRETAS	R\$ 572,00	R\$ 1.716,00	R\$ 1.238,88	R\$ 3.716,64	R\$ 1.810,88	R\$ 5.432,64
04.03.07.010-4	EMBOLIZAÇÃO DE MALFORMAÇÃO ARTERIO-VENOSA DURAL COMPLEXA DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL	R\$ 522,64	R\$ 1.567,92	R\$ 415,83	R\$ 1.247,49	R\$ 938,47	R\$ 2.815,41
04.03.07.011-2	EMBOLIZAÇÃO DE MALFORMAÇÃO ARTERIO-VENOSA DURAL SIMPLES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL	R\$ 522,64	R\$ 1.567,92	R\$ 415,83	R\$ 1.247,49	R\$ 938,47	R\$ 2.815,41
04.03.07.012-0	EMBOLIZAÇÃO DE MALFORMAÇÃO ARTERIO-VENOSA INTRAPARENQUIMATOSA DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL	R\$ 716,80	R\$ 2.150,40	R\$ 1.238,88	R\$ 3.716,64	R\$ 1.955,68	R\$ 5.867,04
04.03.07.013-9	EMBOLIZAÇÃO DE TUMOR INTRA-CRANIANO OU DA CABEÇA E PESCOÇO	R\$ 406,56	R\$ 1.219,68	R\$ 1.238,88	R\$ 3.716,64	R\$ 1.645,44	R\$ 4.936,32
04.03.07.014-7	TRATAMENTO DE ANEURISMA GIGANTE POR OCLUSÃO DO VASO PORTADOR	R\$ 391,98	R\$ 1.175,94	R\$ 415,83	R\$ 1.247,49	R\$ 807,81	R\$ 2.423,43
04.03.07.015-5	EMBOLIZAÇÃO DE ANEURISMA CEREBRAL MENOR QUE 1,5 CM COM COLO ESTREITO	R\$ 784,00	R\$ 2.352,00	R\$ 1.238,88	R\$ 3.716,64	R\$ 2.022,88	R\$ 6.068,64
04.03.07.016-3	EMBOLIZAÇÃO DE ANEURISMA CEREBRAL MENOR DO QUE 1,5 CM COM COLO LARGO	R\$ 784,00	R\$ 2.352,00	R\$ 1.238,88	R\$ 3.716,64	R\$ 2.022,88	R\$ 6.068,64
04.03.07.017-1	TRATAMENTO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO AGUDO COM TROMBECTOMIA MECÂNICA	R\$ 997,72	R\$ 2.993,16	R\$ 16.810,25	R\$ 50.430,75	R\$ 17.807,97	R\$ 53.423,91

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.03.08.001-0	IMPLANTE DE ELETRODO PARA ESTIMULAÇÃO CEREBRAL	R\$ 965,25	R\$ 2.895,75	R\$ 1.023,06	R\$ 3.069,18	R\$ 1.988,31	R\$ 5.964,93
04.03.08.002-9	IMPLANTE DE GERADOR DE PULSOS P/ARA ESTIMULAÇÃO CEREBRAL (INCLUI CONECTOR)	R\$ 73,77	R\$ 221,31	R\$ 361,03	R\$ 1.083,09	R\$ 434,80	R\$ 1.304,40
04.03.08.003-7	IMPLANTE INTRAVENTRICULAR DE BOMBA DE INFUSÃO DE FARMACOS	R\$ 607,75	R\$ 1.823,25	R\$ 720,66	R\$ 2.161,98	R\$ 1.328,41	R\$ 3.985,23
04.03.08.004-5	MIECTOMIA SUPERSELETIVA	R\$ 643,50	R\$ 1.930,50	R\$ 1.023,06	R\$ 3.069,18	R\$ 1.666,56	R\$ 4.999,68
04.03.08.005-3	NEUROTOMIA SUPERSELETIVA PARA MOVIMENTOS ANORMAIS	R\$ 643,50	R\$ 1.930,50	R\$ 1.023,06	R\$ 3.069,18	R\$ 1.666,56	R\$ 4.999,68
04.03.08.006-1	NUCLEOTRACTOMIA TRIGEMINAL E/OU ESPINAL	R\$ 965,25	R\$ 2.895,75	R\$ 1.023,06	R\$ 3.069,18	R\$ 1.988,31	R\$ 5.964,93
04.03.08.007-0	TRATAMENTO DE DOR POR ESTEREOTAXIA	R\$ 679,25	R\$ 2.037,75	R\$ 1.023,06	R\$ 3.069,18	R\$ 1.702,31	R\$ 5.106,93
04.03.08.008-8	TRATAMENTO DE MOVIMENTO ANORMAL POR ESTEREOTAXIA	R\$ 679,25	R\$ 2.037,75	R\$ 1.023,06	R\$ 3.069,18	R\$ 1.702,31	R\$ 5.106,93
04.03.08.009-6	TRATAMENTO DE MOVIMENTO ANORMAL POR ESTEREOTAXIA COM MICRO-REGISTRO	R\$ 750,75	R\$ 2.252,25	R\$ 1.143,72	R\$ 3.431,16	R\$ 1.894,47	R\$ 5.683,41
04.03.08.010-0	TROCA DE GERADOR DE PULSOS PARA ESTIMULAÇÃO CEREBRAL	R\$ 73,77	R\$ 221,31	R\$ 361,03	R\$ 1.083,09	R\$ 434,80	R\$ 1.304,40

GRUPO DE CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO	% DE ACRÉSCIDO NA TABELA SUS
CIRURGIA DE FACE, DA CABEÇA E DO PESCOÇO	200%

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.04.01.001-6	ADENOIDECTOMIA	R\$ 588,51	R\$ 1.765,53	R\$ 490,59	R\$ 1.471,77	R\$ 1.079,10	R\$ 3.237,30
04.04.01.002-4	AMIGDALECTOMIA	R\$ 551,78	R\$ 1.655,34	R\$ 521,22	R\$ 1.563,66	R\$ 1.073,00	R\$ 3.219,00
04.04.01.003-2	AMIGDALECTOMIA COM ADENOIDECTOMIA	R\$ 608,77	R\$ 1.826,31	R\$ 575,04	R\$ 1.725,12	R\$ 1.183,81	R\$ 3.551,43
04.04.01.004-0	ANTROTOMIA DA MASTOIDE (DRENAGEM DE OTITE NO LACTENTE)	R\$ 166,67	R\$ 500,01	R\$ 128,42	R\$ 385,26	R\$ 295,09	R\$ 885,27
04.04.01.005-9	DRENAGEM DE ABSCESSO FARINGEO	R\$ 133,34	R\$ 400,02	R\$ 105,10	R\$ 315,30	R\$ 238,44	R\$ 715,32

04.04.01.006-7	DRENAGEM DE ABSCESSO PERIAMIGDALIANO	R\$ 133,34	R\$ 400,02	R\$ 105,10	R\$ 315,30	R\$ 238,44	R\$ 715,32
04.04.01.008-3	DRENAGEM DO SACO ENDO-LINFATICO - SHUNT (C/ AUDICAO POR VIA TRANSMASTOIDEA)	R\$ 533,57	R\$ 1.600,71	R\$ 276,26	R\$ 828,78	R\$ 809,83	R\$ 2.429,49
04.04.01.010-5	ESTAPEDECTOMIA	R\$ 402,54	R\$ 1.207,62	R\$ 273,72	R\$ 821,16	R\$ 676,26	R\$ 2.028,78
04.04.01.011-3	EXÉRESE DE PAPILOMA EM LARINGE	R\$ 91,93	R\$ 275,79	R\$ 71,17	R\$ 213,51	R\$ 163,10	R\$ 489,30
04.04.01.012-1	EXÉRESE DE TUMOR DE VIAS AEREAS SUPERIORES, FACE E PESCOÇO	R\$ 200,06	R\$ 600,18	R\$ 158,52	R\$ 475,56	R\$ 358,58	R\$ 1.075,74
04.04.01.013-0	EXTIRPAÇÃO DE TUMOR DO CAVUM E FARINGE	R\$ 133,33	R\$ 399,99	R\$ 108,90	R\$ 326,70	R\$ 242,23	R\$ 726,69
04.04.01.014-8	IMPLANTE COCLEAR	R\$ 655,68	R\$ 1.967,04	R\$ 1.058,98	R\$ 3.176,94	R\$ 1.714,66	R\$ 5.143,98
04.04.01.016-4	LABIRINTECTOMIA MEMBRANOSA / ÓSSEA COM OU SEM AUDIÇÃO	R\$ 533,33	R\$ 1.599,99	R\$ 278,84	R\$ 836,52	R\$ 812,17	R\$ 2.436,51
04.04.01.017-2	LARINGECTOMIA PARCIAL	R\$ 373,36	R\$ 1.120,08	R\$ 699,66	R\$ 2.098,98	R\$ 1.073,02	R\$ 3.219,06
04.04.01.018-0	LARINGECTOMIA TOTAL	R\$ 254,16	R\$ 762,48	R\$ 726,15	R\$ 2.178,45	R\$ 980,31	R\$ 2.940,93
04.04.01.019-9	LARINGECTOMIA TOTAL COM ESVAZIAMENTO CERVICAL	R\$ 254,16	R\$ 762,48	R\$ 726,15	R\$ 2.178,45	R\$ 980,31	R\$ 2.940,93
04.04.01.020-2	LARINGORRAFIA	R\$ 354,70	R\$ 1.064,10	R\$ 531,75	R\$ 1.595,25	R\$ 886,45	R\$ 2.659,35
04.04.01.021-0	MASTOIDECTOMIA RADICAL	R\$ 396,21	R\$ 1.188,63	R\$ 360,92	R\$ 1.082,76	R\$ 757,13	R\$ 2.271,39
04.04.01.022-9	MASTOIDECTOMIA SUBTOTAL	R\$ 226,71	R\$ 680,13	R\$ 256,84	R\$ 770,52	R\$ 483,55	R\$ 1.450,65
04.04.01.023-7	MICROCIRURGIA OTOLOGICA	R\$ 154,08	R\$ 462,24	R\$ 222,67	R\$ 668,01	R\$ 376,75	R\$ 1.130,25
04.04.01.025-3	PARACENTESE DO TIMPANO	R\$ -	R\$ -	R\$ 14,66	R\$ 43,98	R\$ 14,66	R\$ 43,98
04.04.01.028-8	RESSECÇÃO DE GLOMO TIMPANICO	R\$ 533,41	R\$ 1.600,23	R\$ 273,74	R\$ 821,22	R\$ 807,15	R\$ 2.421,45
04.04.01.032-6	SINUSOTOMIA BILATERAL	R\$ 571,13	R\$ 1.713,39	R\$ 616,28	R\$ 1.848,84	R\$ 1.187,41	R\$ 3.562,23
04.04.01.033-4	SINUSOTOMIA ESFENOIDAL	R\$ 453,29	R\$ 1.359,87	R\$ 835,24	R\$ 2.505,72	R\$ 1.288,53	R\$ 3.865,59
04.04.01.034-2	TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR E/OU POSTERIOR	R\$ 17,00	R\$ 51,00	R\$ -	R\$ -	R\$ 17,00	R\$ 51,00
04.04.01.035-0	TIMPANOPLASTIA (UNI / BILATERAL)	R\$ 968,49	R\$ 2.905,47	R\$ 885,96	R\$ 2.657,88	R\$ 1.854,45	R\$ 5.563,35
04.04.01.037-7	TRAQUEOSTOMIA	R\$ 160,66	R\$ 481,98	R\$ 394,07	R\$ 1.182,21	R\$ 554,73	R\$ 1.664,19
04.04.01.038-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ESTENOSE DO CONDUTO AUDITIVO	R\$ 332,23	R\$ 996,69	R\$ 245,73	R\$ 737,19	R\$ 577,96	R\$ 1.733,88
04.04.01.040-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RINITE CRONICA (OZENA)	R\$ 159,97	R\$ 479,91	R\$ 169,00	R\$ 507,00	R\$ 328,97	R\$ 986,91
04.04.01.041-5	TURBINECTOMIA	R\$ 448,83	R\$ 1.346,49	R\$ 624,38	R\$ 1.873,14	R\$ 1.073,21	R\$ 3.219,63
04.04.01.043-1	ARITENOIDECTOMIA COM LARINGOFISSURA	R\$ 326,65	R\$ 979,95	R\$ 664,72	R\$ 1.994,16	R\$ 991,37	R\$ 2.974,11
04.04.01.045-8	LARINGOFISSURA PARA COLOCAÇÃO DE MOLDE NOS TRAUMATISMOS DE LARINGE	R\$ 266,87	R\$ 800,61	R\$ 835,07	R\$ 2.505,21	R\$ 1.101,94	R\$ 3.305,82

04.04.01.046-6	PAROTIDECTOMIA PARCIAL OU SUBTOTAL	R\$ 245,03	R\$ 735,09	R\$ 205,80	R\$ 617,40	R\$ 450,83	R\$ 1.352,49
04.04.01.047-4	PLÁSTICA DO CANAL DE STENON	R\$ 175,00	R\$ 525,00	R\$ 117,47	R\$ 352,41	R\$ 292,47	R\$ 877,41
04.04.01.048-2	SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	R\$ 303,48	R\$ 910,44	R\$ 686,36	R\$ 2.059,08	R\$ 989,84	R\$ 2.969,52
04.04.01.049-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE IMPERFURAÇÃO COANAL (UNI / BILATERAL)	R\$ 120,02	R\$ 360,06	R\$ 145,21	R\$ 435,63	R\$ 265,23	R\$ 795,69
04.04.01.050-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PERFURAÇÃO DO SEPTO NASAL	R\$ 120,02	R\$ 360,06	R\$ 145,21	R\$ 435,63	R\$ 265,23	R\$ 795,69
04.04.01.051-2	SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR	R\$ 443,35	R\$ 1.330,05	R\$ 901,81	R\$ 2.705,43	R\$ 1.345,16	R\$ 4.035,48
04.04.01.052-0	SEPTOPLASTIA REPARADORA NÃO ESTÉTICA	R\$ 293,28	R\$ 879,84	R\$ 561,72	R\$ 1.685,16	R\$ 855,00	R\$ 2.565,00
04.04.01.053-9	RESSECÇÃO DE TUMOR DO ACÚSTICO (PELA FOSSA MEDIA)	R\$ 183,26	R\$ 549,78	R\$ 349,86	R\$ 1.049,58	R\$ 533,12	R\$ 1.599,36
04.04.01.054-7	RESSECÇÃO DO GLOMO JUGULAR	R\$ 294,40	R\$ 883,20	R\$ 500,06	R\$ 1.500,18	R\$ 794,46	R\$ 2.383,38
04.04.01.055-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RINOFIMA	R\$ 182,46	R\$ 547,38	R\$ 132,97	R\$ 398,91	R\$ 315,43	R\$ 946,29
04.04.01.056-3	TIREOPLASTIA	R\$ 236,60	R\$ 709,80	R\$ 181,88	R\$ 545,64	R\$ 418,48	R\$ 1.255,44
04.04.01.057-1	CIRURGIA DE IMPLANTE COCLEAR UNILATERAL	R\$ 655,68	R\$ 1.967,04	R\$ 1.058,98	R\$ 3.176,94	R\$ 1.714,66	R\$ 5.143,98
04.04.01.058-0	CIRURGIA DE IMPLANTE COCLEAR BILATERAL	R\$ 2.040,45	R\$ 6.121,35	R\$ 874,48	R\$ 2.623,44	R\$ 2.914,93	R\$ 8.744,79
04.04.01.059-8	CIRURGIA PARA REVISÃO DO IMPLANTE COCLEAR SEM DISPOSITIVO INTERNO DO IMPLANTE COCLEAR	R\$ 196,70	R\$ 590,10	R\$ 317,69	R\$ 953,07	R\$ 514,39	R\$ 1.543,17
04.04.01.060-1	CIRURGIA PARA PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO - 1º TEMPO	R\$ 586,41	R\$ 1.759,23	R\$ 956,78	R\$ 2.870,34	R\$ 1.543,19	R\$ 4.629,57
04.04.01.061-0	CIRURGIA PARA PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO - 2º TEMPO	R\$ 58,64	R\$ 175,92	R\$ 95,68	R\$ 287,04	R\$ 154,32	R\$ 462,96
04.04.01.062-8	CIRURGIA PARA PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO UNILATERAL – TEMPO ÚNICO	R\$ 655,68	R\$ 1.967,04	R\$ 1.058,98	R\$ 3.176,94	R\$ 1.714,66	R\$ 5.143,98
04.04.01.063-6	CIRURGIA PARA REVISÃO DA PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO	R\$ 175,92	R\$ 527,76	R\$ 287,03	R\$ 861,09	R\$ 462,95	R\$ 1.388,85
04.04.01.064-4	CIRURGIA PARA REIMPLANTAÇÃO DA PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO	R\$ 655,68	R\$ 1.967,04	R\$ 1.058,98	R\$ 3.176,94	R\$ 1.714,66	R\$ 5.143,98
04.04.01.065-2	CIRURGIA PARA PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO BILATERAL - TEMPO ÚNICO	R\$ 1.089,07	R\$ 3.267,21	R\$ 1.311,47	R\$ 3.934,41	R\$ 2.400,54	R\$ 7.201,62

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.04.02.001-1	ALONGAMENTO DE COLUMELA	R\$ 104,97	R\$ 314,91	R\$ 95,79	R\$ 287,37	R\$ 200,76	R\$ 602,28
04.04.02.003-8	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORO-NASAL / ORO-SINUSAL	R\$ 73,50	R\$ 220,50	R\$ 99,13	R\$ 297,39	R\$ 172,63	R\$ 517,89
04.04.02.004-6	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA SALIVAR COM RETALHO	R\$ 73,50	R\$ 220,50	R\$ 99,13	R\$ 297,39	R\$ 172,63	R\$ 517,89

04.04.02.005-4	DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS	R\$ -	R\$ -	R\$ 14,07	R\$ 42,21	R\$ 14,07	R\$ 42,21
04.04.02.006-2	ENXERTO TOTAL / PARCIAL INTRATEMPORAL DE NERVO FACIAL	R\$ 350,04	R\$ 1.050,12	R\$ 163,57	R\$ 490,71	R\$ 513,61	R\$ 1.540,83
04.04.02.007-0	RESSECÇÃO DE GLÂNDULA SALIVAR	R\$ 97,59	R\$ 292,77	R\$ 105,29	R\$ 315,87	R\$ 202,88	R\$ 608,64
04.04.02.008-9	EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR	R\$ 119,92	R\$ 359,76	R\$ 36,25	R\$ 108,75	R\$ 156,17	R\$ 468,51
04.04.02.009-7	EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA	R\$ 12,00	R\$ 36,00	R\$ 16,00	R\$ 48,00	R\$ 28,00	R\$ 84,00
04.04.02.010-0	EXCISÃO EM CUNHA DE LÁBIO	R\$ -	R\$ -	R\$ 29,86	R\$ 89,58	R\$ 29,86	R\$ 89,58
04.04.02.011-9	EXCISÃO PARCIAL DE LÁBIO COM ENXERTO LIVRE / ROTAÇÃO DE RETALHO	R\$ 174,99	R\$ 524,97	R\$ 118,16	R\$ 354,48	R\$ 293,15	R\$ 879,45
04.04.02.013-5	EXPLORAÇÃO/ DESCOMPRESSÃO TOTAL / PARCIAL DO NERVO FACIAL	R\$ 533,49	R\$ 1.600,47	R\$ 282,68	R\$ 848,04	R\$ 816,17	R\$ 2.448,51
04.04.02.014-3	GLOSSECTOMIA PARCIAL	R\$ 373,30	R\$ 1.119,90	R\$ 344,80	R\$ 1.034,40	R\$ 718,10	R\$ 2.154,30
04.04.02.017-8	MAXILECTOMIA PARCIAL	R\$ 175,04	R\$ 525,12	R\$ 245,90	R\$ 737,70	R\$ 420,94	R\$ 1.262,82
04.04.02.020-8	LABIOPLASTIA PARA REDUÇÃO OU CORREÇÃO DA HIPERTROFIA DO LÁBIO	R\$ 180,09	R\$ 540,27	R\$ 137,78	R\$ 413,34	R\$ 317,87	R\$ 953,61
04.04.02.022-4	RECONSTRUÇÃO TOTAL DE CAVIDADE ORBITÁRIA	R\$ 175,01	R\$ 525,03	R\$ 240,52	R\$ 721,56	R\$ 415,53	R\$ 1.246,59
04.04.02.023-2	RECONSTRUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DE LÁBIO	R\$ 195,14	R\$ 585,42	R\$ 202,24	R\$ 606,72	R\$ 397,38	R\$ 1.192,14
04.04.02.024-0	RECONSTRUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DE NARIZ	R\$ 195,14	R\$ 585,42	R\$ 202,24	R\$ 606,72	R\$ 397,38	R\$ 1.192,14
04.04.02.027-5	RESSECÇÃO DE LESÃO MALIGNA E BENIGNA DA REGIÃO CRANIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 350,00	R\$ 1.050,00	R\$ 812,56	R\$ 2.437,68	R\$ 1.162,56	R\$ 3.487,68
04.04.02.029-1	RESSECÇÃO DO CÔNDILO MANDIBULAR COM OU SEM RECONSTRUÇÃO	R\$ 139,97	R\$ 419,91	R\$ 234,36	R\$ 703,08	R\$ 374,33	R\$ 1.122,99
04.04.02.031-3	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DOS OSSOS DA FACE	R\$ 60,03	R\$ 180,09	R\$ 122,70	R\$ 368,10	R\$ 182,73	R\$ 548,19
04.04.02.032-1	RINOPLASTIA PARA DEFEITOS PÓS-TRAUMÁTICOS	R\$ 161,48	R\$ 484,44	R\$ 282,72	R\$ 848,16	R\$ 444,20	R\$ 1.332,60
04.04.02.034-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ATRESIA NARINÁRIA	R\$ 120,02	R\$ 360,06	R\$ 145,21	R\$ 435,63	R\$ 265,23	R\$ 795,69
04.04.02.035-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA E CISTOS ORO-MAXILARES	R\$ 85,01	R\$ 255,03	R\$ 108,14	R\$ 324,42	R\$ 193,15	R\$ 579,45
04.04.02.038-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOMIELEITE DE OSSOS DA FACE	R\$ 200,09	R\$ 600,27	R\$ 327,74	R\$ 983,22	R\$ 527,83	R\$ 1.583,49
04.04.02.039-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PARALISIA FACIAL (SUSPENSÃO DE HEMIFACE)	R\$ 168,05	R\$ 504,15	R\$ 268,81	R\$ 806,43	R\$ 436,86	R\$ 1.310,58
04.04.02.042-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO SOALHO DA ÓRBITA	R\$ 140,05	R\$ 420,15	R\$ 225,37	R\$ 676,11	R\$ 365,42	R\$ 1.096,26
04.04.02.044-5	CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM	R\$ -	R\$ -	R\$ 24,12	R\$ 72,36	R\$ 24,12	R\$ 72,36

04.04.02.045-3	OSTEOTOMIA DA MAXILA	R\$ 263,97	R\$ 791,91	R\$ 395,06	R\$ 1.185,18	R\$ 659,03	R\$ 1.977,09
04.04.02.046-1	OSTEOTOMIA DA MANDIBULA	R\$ 263,97	R\$ 791,91	R\$ 395,06	R\$ 1.185,18	R\$ 659,03	R\$ 1.977,09
04.04.02.047-0	RECONSTRUÇÃO DO SULCO GENGIVO-LABIAL	R\$ 174,99	R\$ 524,97	R\$ 124,25	R\$ 372,75	R\$ 299,24	R\$ 897,72
04.04.02.048-8	OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVEOLO-DENTÁRIAS	R\$ 30,00	R\$ 90,00	R\$ 22,00	R\$ 66,00	R\$ 52,00	R\$ 156,00
04.04.02.049-6	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA UNILATERAL DO CÔNDILO MANDIBULAR	R\$ 143,63	R\$ 430,89	R\$ 318,04	R\$ 954,12	R\$ 461,67	R\$ 1.385,01
04.04.02.050-0	OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA	R\$ 183,26	R\$ 549,78	R\$ 405,87	R\$ 1.217,61	R\$ 589,13	R\$ 1.767,39
04.04.02.051-8	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA COMPLEXA DA MAXILA	R\$ 186,68	R\$ 560,04	R\$ 440,67	R\$ 1.322,01	R\$ 627,35	R\$ 1.882,05
04.04.02.052-6	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ÓRBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR	R\$ 170,76	R\$ 512,28	R\$ 320,12	R\$ 960,36	R\$ 490,88	R\$ 1.472,64
04.04.02.053-4	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DO COMPLEXO NASO-ÓRBITO-ETMOIDAL	R\$ 220,06	R\$ 660,18	R\$ 256,73	R\$ 770,19	R\$ 476,79	R\$ 1.430,37
04.04.02.054-2	REDUÇÃO CIRÚRGICA DE FRATURA DOS OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ	R\$ 89,80	R\$ 269,40	R\$ 162,60	R\$ 487,80	R\$ 252,40	R\$ 757,20
04.04.02.055-0	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA SIMPLES DE MANDÍBULA	R\$ 135,67	R\$ 407,01	R\$ 367,52	R\$ 1.102,56	R\$ 503,19	R\$ 1.509,57
04.04.02.056-9	ARTROPLASTIA DA ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR (RECIDIVANTE OU NÃO)	R\$ 145,45	R\$ 436,35	R\$ 217,88	R\$ 653,64	R\$ 363,33	R\$ 1.089,99
04.04.02.057-7	REDUÇÃO DE FRATURA ALVEOLO-DENTÁRIA SEM OSTEOSSÍNTESE	R\$ 60,41	R\$ 181,23	R\$ 62,66	R\$ 187,98	R\$ 123,07	R\$ 369,21
04.04.02.058-5	REDUÇÃO DE FRATURA DA MAXILA - LE FORT I SEM OSTEOSSÍNTESE.	R\$ 146,73	R\$ 440,19	R\$ 217,82	R\$ 653,46	R\$ 364,55	R\$ 1.093,65
04.04.02.059-3	REDUÇÃO DE FRATURA DA MAXILA - LE FORT II, SEM OSTEOSSÍNTESE	R\$ 181,92	R\$ 545,76	R\$ 217,82	R\$ 653,46	R\$ 399,74	R\$ 1.199,22
04.04.02.060-7	REDUÇÃO DE FRATURA DA MANDÍBULA SEM OSTEOSSÍNTESE.	R\$ 146,66	R\$ 439,98	R\$ 217,88	R\$ 653,64	R\$ 364,54	R\$ 1.093,62
04.04.02.061-5	REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR	R\$ 12,00	R\$ 36,00	R\$ 21,01	R\$ 63,03	R\$ 33,01	R\$ 99,03
04.04.02.062-3	RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA / DENTÁRIA	R\$ 24,12	R\$ 72,36	R\$ 24,12	R\$ 72,36	R\$ 48,24	R\$ 144,72
04.04.02.064-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ANQUILOSE DA ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR	R\$ 205,27	R\$ 615,81	R\$ 317,06	R\$ 951,18	R\$ 522,33	R\$ 1.566,99
04.04.02.065-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOOMA, ODONTOMA /OUTRAS LESÕES ESPECIFICADAS	R\$ 141,12	R\$ 423,36	R\$ 200,08	R\$ 600,24	R\$ 341,20	R\$ 1.023,60
04.04.02.066-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO OSSO ZIGOMÁTICO SEM OSTEOSSÍNTESE	R\$ 170,76	R\$ 512,28	R\$ 320,12	R\$ 960,36	R\$ 490,88	R\$ 1.472,64
04.04.02.067-4	RECONSTRUÇÃO PARCIAL DO LÁBIO TRAUMATIZADO	R\$ -	R\$ -	R\$ 19,18	R\$ 57,54	R\$ 19,18	R\$ 57,54

04.04.02.069-0	OSTEOTOMIA CRÂNIO-FACIAL	R\$ 625,24	R\$ 1.875,72	R\$ 1.719,01	R\$ 5.157,03	R\$ 2.344,25	R\$ 7.032,75
04.04.02.070-4	OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA DO OSSO ZIGOMÁTICO	R\$ 170,76	R\$ 512,28	R\$ 320,12	R\$ 960,36	R\$ 490,88	R\$ 1.472,64
04.04.02.071-2	ELEVAÇÃO DO ASSOALHO DO SEIO MAXILAR	R\$ 141,12	R\$ 423,36	R\$ 200,80	R\$ 602,40	R\$ 341,92	R\$ 1.025,76
04.04.02.072-0	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA BILATERAL DO CÔNDILO MANDIBULAR	R\$ 186,72	R\$ 560,16	R\$ 318,04	R\$ 954,12	R\$ 504,76	R\$ 1.514,28
04.04.02.073-9	RECONSTRUÇÃO PARCIAL DE MANDÍBULA / MAXILA	R\$ 175,01	R\$ 525,03	R\$ 192,41	R\$ 577,23	R\$ 367,42	R\$ 1.102,26
04.04.02.077-1	RESSECÇÃO DE LESÃO DA BOCA	R\$ 141,61	R\$ 424,83	R\$ 199,69	R\$ 599,07	R\$ 341,30	R\$ 1.023,90
04.04.02.078-0	RECONSTRUÇÃO TOTAL DE MANDÍBULA/MAXILA	R\$ 175,01	R\$ 525,03	R\$ 240,52	R\$ 721,56	R\$ 415,53	R\$ 1.246,59
04.04.02.079-8	OSTEOTOMIA DA MANDÍBULA PARA DISTRAÇÃO OSTEOGÊNICA MANDIBULAR	R\$ 263,97	R\$ 791,91	R\$ 395,06	R\$ 1.185,18	R\$ 659,03	R\$ 1.977,09

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.04.03.001-7	ALONGAMENTO DE COLUMELA EM PACIENTE COM ANOMALIAS CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 145,26	R\$ 435,78	R\$ 286,98	R\$ 860,94	R\$ 432,24	R\$ 1.296,72
04.04.03.003-3	OSTEOTOMIA DE MAXILA EM PACIENTES COM ANOMALIA CRANIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 500,19	R\$ 1.500,57	R\$ 1.375,21	R\$ 4.125,63	R\$ 1.875,40	R\$ 5.626,20
04.04.03.004-1	MICROCIRURGIA OTOLÓGICA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 258,76	R\$ 776,28	R\$ 228,85	R\$ 686,55	R\$ 487,61	R\$ 1.462,83
04.04.03.005-0	OSTEOTOMIA DA MANDÍBULA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 139,99	R\$ 419,97	R\$ 231,14	R\$ 693,42	R\$ 371,13	R\$ 1.113,39
04.04.03.006-8	OSTEOPLASTIA DO MENTO COM OU SEM IMPLANTE ALOPLÁSTICO	R\$ 139,99	R\$ 419,97	R\$ 231,14	R\$ 693,42	R\$ 371,13	R\$ 1.113,39
04.04.03.007-6	LABIOPLASTIA UNILATERAL EM DOIS TEMPOS	R\$ 390,17	R\$ 1.170,51	R\$ 703,52	R\$ 2.110,56	R\$ 1.093,69	R\$ 3.281,07
04.04.03.008-4	ALVEOLOPLASTIA COM ENXERTO ÓSSEO EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIOFACIAL	R\$ 376,43	R\$ 1.129,29	R\$ 626,67	R\$ 1.880,01	R\$ 1.003,10	R\$ 3.009,30
04.04.03.010-6	PALATOPLASTIA PRIMÁRIA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 476,48	R\$ 1.429,44	R\$ 949,36	R\$ 2.848,08	R\$ 1.425,84	R\$ 4.277,52
04.04.03.012-2	LABIOPLASTIA SECUNDÁRIA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 390,17	R\$ 1.170,51	R\$ 703,52	R\$ 2.110,56	R\$ 1.093,69	R\$ 3.281,07
04.04.03.013-0	RINOSEPTOPLASTIA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 195,00	R\$ 585,00	R\$ 359,00	R\$ 1.077,00	R\$ 554,00	R\$ 1.662,00
04.04.03.015-7	RECONSTRUÇÃO TOTAL DE LÁBIO EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 494,57	R\$ 1.483,71	R\$ 368,68	R\$ 1.106,04	R\$ 863,25	R\$ 2.589,75

04.04.03.016-5	RINOPLASTIA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 161,48	R\$ 484,44	R\$ 282,72	R\$ 848,16	R\$ 444,20	R\$ 1.332,60
04.04.03.017-3	SEPTOPLASTIA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 128,93	R\$ 386,79	R\$ 245,74	R\$ 737,22	R\$ 374,67	R\$ 1.124,01
04.04.03.019-0	TIMPANOPLASTIA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL (UNI / BILATERAL)	R\$ 161,48	R\$ 484,44	R\$ 282,72	R\$ 848,16	R\$ 444,20	R\$ 1.332,60
04.04.03.022-0	IMPLANTE OSTEOINTEGRADO EXTRA-ORAL BUCO-MAXILO-FACIAL	R\$ 230,66	R\$ 691,98	R\$ 569,34	R\$ 1.708,02	R\$ 800,00	R\$ 2.400,00
04.04.03.024-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA ORO-SINUSAL EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 327,10	R\$ 981,30	R\$ 217,64	R\$ 652,92	R\$ 544,74	R\$ 1.634,22
04.04.03.025-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULAS ORONASAIS EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 327,10	R\$ 981,30	R\$ 217,74	R\$ 653,22	R\$ 544,84	R\$ 1.634,52
04.04.03.026-2	PALATOPLASTIA SECUNDÁRIA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 476,48	R\$ 1.429,44	R\$ 949,36	R\$ 2.848,08	R\$ 1.425,84	R\$ 4.277,52
04.04.03.027-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA INSUFICIÊNCIA VELOFARÍNGEA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 476,48	R\$ 1.429,44	R\$ 949,36	R\$ 2.848,08	R\$ 1.425,84	R\$ 4.277,52
04.04.03.028-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO REPARADOR DA FISSURA FACIAL RARA EM PACIENTES COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 598,51	R\$ 1.795,53	R\$ 1.334,19	R\$ 4.002,57	R\$ 1.932,70	R\$ 5.798,10
04.04.03.029-7	OSTEOTOMIA CRANIOFACIAL COMPLEXA EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 750,29	R\$ 2.250,87	R\$ 2.062,81	R\$ 6.188,43	R\$ 2.813,10	R\$ 8.439,30
04.04.03.030-0	REMODELAÇÃO CRANIOFACIAL EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL	R\$ 625,24	R\$ 1.875,72	R\$ 1.719,01	R\$ 5.157,03	R\$ 2.344,25	R\$ 7.032,75
04.04.03.031-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MACROSTOMIA /MICROSTOMIA POR ANOMALIA CRANIOFACIAL	R\$ 304,84	R\$ 914,52	R\$ 219,36	R\$ 658,08	R\$ 524,20	R\$ 1.572,60
04.04.03.032-7	OSTEOPLASTIA FRONTO - ORBITAL	R\$ 224,06	R\$ 672,18	R\$ 400,35	R\$ 1.201,05	R\$ 624,41	R\$ 1.873,23

GRUPO DE CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO	% DE ACRÉSCIDO NA TABELA SUS
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS / CIRURGIA DO APARELHO DA VISÃO	100%

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.05.01.001-0	CORRECAO CIRURGICA DE ENTROPIO E ECTROPIO	R\$ 117,46	R\$ 234,92	R\$ 86,28	R\$ 172,56	R\$ 203,74	R\$ 407,48
04.05.01.002-8	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE EPICANTO E TELECANTO	R\$ 162,21	R\$ 324,42	R\$ 116,69	R\$ 233,38	R\$ 278,90	R\$ 557,80
04.05.01.003-6	DACRIOCISTORRINOSTOMIA	R\$ 442,59	R\$ 885,18	R\$ 239,28	R\$ 478,56	R\$ 681,87	R\$ 1.363,74
04.05.01.007-9	EXÉRESE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESOES DA PALPEBRA E SUPERCILIOS	R\$ 55,30	R\$ 110,60	R\$ 23,45	R\$ 46,90	R\$ 78,75	R\$ 157,50
04.05.01.008-7	EXTIRPAÇÃO DE GLANDULA LACRIMAL	R\$ 405,44	R\$ 810,88	R\$ 172,00	R\$ 344,00	R\$ 577,44	R\$ 1.154,88
04.05.01.011-7	RECONSTITUICAO DE CANAL LACRIMAL	R\$ 447,65	R\$ 895,30	R\$ 242,01	R\$ 484,02	R\$ 689,66	R\$ 1.379,32
04.05.01.012-5	RECONSTITUIÇÃO PARCIAL DE PALPEBRA COM TARSORRAFIA	R\$ 199,92	R\$ 399,84	R\$ 111,12	R\$ 222,24	R\$ 311,04	R\$ 622,08
04.05.01.013-3	RECONSTITUIÇÃO TOTAL DE PALPEBRA	R\$ 730,31	R\$ 1.460,62	R\$ 408,35	R\$ 816,70	R\$ 1.138,66	R\$ 2.277,32
04.05.01.015-0	SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL	R\$ 132,28	R\$ 264,56	R\$ 71,45	R\$ 142,90	R\$ 203,73	R\$ 407,46
04.05.01.017-6	SUTURA DE PALPEBRAS	R\$ 100,78	R\$ 201,56	R\$ 43,21	R\$ 86,42	R\$ 143,99	R\$ 287,98
04.05.02.001-5	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MUSCULOS)	R\$ 469,39	R\$ 938,78	R\$ 1.192,37	R\$ 2.384,74	R\$ 1.661,76	R\$ 3.323,52
04.05.02.002-3	CORREÇÃO CIRÚRGICA DO ESTRABISMO (ATE 2 MUSCULOS)	R\$ 327,75	R\$ 655,50	R\$ 840,07	R\$ 1.680,14	R\$ 1.167,82	R\$ 2.335,64
04.05.03.001-0	APLICAÇÃO DE PLACA RADIOATIVA EPISCLERAL	R\$ 734,48	R\$ 1.468,96	R\$ 410,68	R\$ 821,36	R\$ 1.145,16	R\$ 2.290,32
04.05.03.002-9	BIOPSIA DE TUMOR INTRA OCULAR	R\$ 68,22	R\$ 136,44	R\$ 27,89	R\$ 55,78	R\$ 96,11	R\$ 192,22
04.05.03.007-0	RETINOPEXIA COM INTROFLEXÃO ESCLERAL	R\$ 766,95	R\$ 1.533,90	R\$ 307,91	R\$ 615,82	R\$ 1.074,86	R\$ 2.149,72
04.05.03.009-6	SUTURA DE ESCLERA	R\$ 112,77	R\$ 225,54	R\$ 48,42	R\$ 96,84	R\$ 161,19	R\$ 322,38
04.05.03.011-8	TRATAMENTO CIRURGICO DE MIIASE PALPEBRAL	R\$ 17,38	R\$ 34,76	R\$ 5,55	R\$ 11,10	R\$ 22,93	R\$ 45,86
04.05.03.013-4	VITRECTOMIA ANTERIOR	R\$ 271,08	R\$ 542,16	R\$ 110,00	R\$ 220,00	R\$ 381,08	R\$ 762,16
04.05.03.014-2	VITRECTOMIA POSTERIOR	R\$ 749,14	R\$ 1.498,28	R\$ 1.918,15	R\$ 3.836,30	R\$ 2.667,29	R\$ 5.334,58

04.05.03.016-9	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER	R\$ 881,87	R\$ 1.763,74	R\$ 3.301,25	R\$ 6.602,50	R\$ 4.183,12	R\$ 8.366,24
04.05.03.017-7	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO/ÓLEO DE SILICONE/ENDOLASER	R\$ 1.002,90	R\$ 2.005,80	R\$ 3.698,94	R\$ 7.397,88	R\$ 4.701,84	R\$ 9.403,68
04.05.03.018-5	TERMOTERAPIA TRANSPUPILAR	R\$ 563,00	R\$ 1.126,00	R\$ 180,00	R\$ 360,00	R\$ 743,00	R\$ 1.486,00
04.05.03.019-3	PAN-FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA A LASER	R\$ 172,18	R\$ 344,36	R\$ 258,28	R\$ 516,56	R\$ 430,46	R\$ 860,92
04.05.03.020-7	DRENAGEM DE HEMORRAGIA DE CORÓIDE	R\$ 313,60	R\$ 627,20	R\$ 140,00	R\$ 280,00	R\$ 453,60	R\$ 907,20
04.05.04.001-6	CORREÇÃO CIRURGICA DE LAGOFTALMO	R\$ 167,11	R\$ 334,22	R\$ 114,98	R\$ 229,96	R\$ 282,09	R\$ 564,18
04.05.04.002-4	CRIOTERAPIA DE TUMORES INTRA-OCULARES	R\$ 417,32	R\$ 834,64	R\$ 201,85	R\$ 403,70	R\$ 619,17	R\$ 1.238,34
04.05.04.004-0	DESCOMPRESSÃO DE NERVO ÓPTICO	R\$ 272,31	R\$ 544,62	R\$ 502,04	R\$ 1.004,08	R\$ 774,35	R\$ 1.548,70
04.05.04.005-9	DESCOMPRESSÃO DE ORBITA	R\$ 233,34	R\$ 466,68	R\$ 417,32	R\$ 834,64	R\$ 650,66	R\$ 1.301,32
04.05.04.006-7	ENUCLEAÇÃO DE GLOBO OCULAR	R\$ 128,28	R\$ 256,56	R\$ 287,30	R\$ 574,60	R\$ 415,58	R\$ 831,16
04.05.04.007-5	EVICERAÇÃO DE GLOBO OCULAR	R\$ 406,18	R\$ 812,36	R\$ 181,34	R\$ 362,68	R\$ 587,52	R\$ 1.175,04
04.05.04.008-3	EXENTERAÇÃO DE ORBITA	R\$ 502,04	R\$ 1.004,08	R\$ 272,31	R\$ 544,62	R\$ 774,35	R\$ 1.548,70
04.05.04.009-1	EXÉRESE DE TUMOR MALIGNO INTRA-OCULAR	R\$ 417,32	R\$ 834,64	R\$ 233,34	R\$ 466,68	R\$ 650,66	R\$ 1.301,32
04.05.04.010-5	EXPLANTE DE LENTE INTRA OCULAR	R\$ 636,29	R\$ 1.272,58	R\$ 209,90	R\$ 419,80	R\$ 846,19	R\$ 1.692,38
04.05.04.014-8	ORBITOTOMIA	R\$ 417,32	R\$ 834,64	R\$ 201,85	R\$ 403,70	R\$ 619,17	R\$ 1.238,34
04.05.04.015-6	RECONSTITUIÇÃO DE CAVIDADE ORBITÁRIA	R\$ 412,51	R\$ 825,02	R\$ 175,00	R\$ 350,00	R\$ 587,51	R\$ 1.175,02
04.05.04.016-4	RECONSTITUIÇÃO DE PAREDE DA ORBITA	R\$ 535,46	R\$ 1.070,92	R\$ 194,96	R\$ 389,92	R\$ 730,42	R\$ 1.460,84
04.05.04.018-0	TRANSPLANTE DE PERIOSTEO EM ESCLEROMALACIA	R\$ 732,17	R\$ 1.464,34	R\$ 233,28	R\$ 466,56	R\$ 965,45	R\$ 1.930,90
04.05.04.020-2	TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL	R\$ 335,13	R\$ 670,26	R\$ 114,31	R\$ 228,62	R\$ 449,44	R\$ 898,88
04.05.04.021-0	REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRAOCULAR	R\$ 346,33	R\$ 692,66	R\$ 107,28	R\$ 214,56	R\$ 453,61	R\$ 907,22
04.05.05.001-1	CAPSULECTOMIA POSTERIOR CIRURGICA	R\$ 148,01	R\$ 296,02	R\$ 101,84	R\$ 203,68	R\$ 249,85	R\$ 499,70
04.05.05.004-6	CICLOCRIOCOAGULAÇÃO / DIATERMIA	R\$ 418,32	R\$ 836,64	R\$ 169,19	R\$ 338,38	R\$ 587,51	R\$ 1.175,02
04.05.05.005-4	CICLODIALISE	R\$ 344,13	R\$ 688,26	R\$ 109,28	R\$ 218,56	R\$ 453,41	R\$ 906,82
04.05.05.009-7	FACECTOMIA COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR	R\$ 318,96	R\$ 637,92	R\$ 212,64	R\$ 425,28	R\$ 531,60	R\$ 1.063,20
04.05.05.010-0	FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR	R\$ 375,60	R\$ 751,20	R\$ 108,00	R\$ 216,00	R\$ 483,60	R\$ 967,20

04.05.05.011-9	FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR RIGIDA	R\$ 531,60	R\$ 1.063,20	R\$ 120,00	R\$ 240,00	R\$ 651,60	R\$ 1.303,20
04.05.05.013-5	IMPLANTE DE PRÓTESE ANTI-GLAUCOMATOSA	R\$ 582,02	R\$ 1.164,04	R\$ 291,59	R\$ 583,18	R\$ 873,61	R\$ 1.747,22
04.05.05.014-3	IMPLANTE INTRA-ESTROMAL	R\$ 730,31	R\$ 1.460,62	R\$ 353,24	R\$ 706,48	R\$ 1.083,55	R\$ 2.167,10
04.05.05.015-1	IMPLANTE SECUNDÁRIO DE LENTE INTRA-OCULAR - LIO	R\$ 874,83	R\$ 1.749,66	R\$ 238,00	R\$ 476,00	R\$ 1.112,83	R\$ 2.225,66
04.05.05.018-6	IRIDOCICLECTOMIA	R\$ 417,32	R\$ 834,64	R\$ 201,84	R\$ 403,68	R\$ 619,16	R\$ 1.238,32
04.05.05.021-6	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL	R\$ 117,23	R\$ 234,46	R\$ 55,04	R\$ 110,08	R\$ 172,27	R\$ 344,54
04.05.05.022-4	RECONSTITUIÇÃO DE FORNIX CONJUNTIVAL	R\$ 306,44	R\$ 612,88	R\$ 130,00	R\$ 260,00	R\$ 436,44	R\$ 872,88
04.05.05.023-2	RECONSTRUÇÃO DE CAMARA ANTERIOR DO OLHO	R\$ 572,85	R\$ 1.145,70	R\$ 222,04	R\$ 444,08	R\$ 794,89	R\$ 1.589,78
04.05.05.031-3	TOPOPLASTIA DO TRANSPLANTE	R\$ 732,17	R\$ 1.464,34	R\$ 233,28	R\$ 466,56	R\$ 965,45	R\$ 1.930,90
04.05.05.032-1	TRABECULECTOMIA	R\$ 670,85	R\$ 1.341,70	R\$ 227,50	R\$ 455,00	R\$ 898,35	R\$ 1.796,70
04.05.05.035-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE GLAUCOMA CONGENITO	R\$ 793,21	R\$ 1.586,42	R\$ 443,54	R\$ 887,08	R\$ 1.236,75	R\$ 2.473,50
04.05.05.037-2	FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL	R\$ 642,96	R\$ 1.285,92	R\$ 128,64	R\$ 257,28	R\$ 771,60	R\$ 1.543,20
04.05.05.038-0	CIRURGIA DE CATARATA CONGÊNITA	R\$ 691,88	R\$ 1.383,76	R\$ 203,28	R\$ 406,56	R\$ 895,16	R\$ 1.790,32
04.05.05.039-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEISCÊNCIA DE SUTURA DE CÔRNEA	R\$ 121,71	R\$ 243,42	R\$ 50,41	R\$ 100,82	R\$ 172,12	R\$ 344,24
04.05.05.040-2	RADIAÇÃO PARA CROSS LINKING CORNEANO	R\$ 291,08	R\$ 582,16	R\$ 81,64	R\$ 163,28	R\$ 372,72	R\$ 745,44

GRUPO DE CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO	% DE ACRÉSCIDO NA TABELA SUS
CIRURGIA DO APARELHO CIRCULATÓRIO	200%

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.06.01.001-3	ABERTURA DE COMUNICAÇÃO INTER-ATRIAL	R\$ 4.286,33	R\$ 12.858,99	R\$ 7.960,32	R\$ 23.880,96	R\$ 12.246,65	R\$ 36.739,95
04.06.01.002-1	ABERTURA DE ESTENOSE AORTICA VALVAR	R\$ 3.365,37	R\$ 10.096,11	R\$ 4.079,80	R\$ 12.239,40	R\$ 7.445,17	R\$ 22.335,51
04.06.01.003-0	ABERTURA DE ESTENOSE PULMONAR VALVAR	R\$ 3.365,37	R\$ 10.096,11	R\$ 4.079,80	R\$ 12.239,40	R\$ 7.445,17	R\$ 22.335,51
04.06.01.004-8	AMPLIAÇÃO DE VIA DE SAÍDA DO VENTRÍCULO DIREITO E/OU RAMOS PULMONARES	R\$ 3.829,47	R\$ 11.488,41	R\$ 7.357,69	R\$ 22.073,07	R\$ 11.187,16	R\$ 33.561,48
04.06.01.005-6	AMPLIAÇÃO DE VIA DE SAÍDA DO VENTRÍCULO ESQUERDO	R\$ 4.321,19	R\$ 12.963,57	R\$ 8.528,04	R\$ 25.584,12	R\$ 12.849,23	R\$ 38.547,69
04.06.01.006-4	ANASTOMOSE CAVO-PULMONAR BIDIRECIONAL	R\$ 1.923,03	R\$ 5.769,09	R\$ 6.508,73	R\$ 19.526,19	R\$ 8.431,76	R\$ 25.295,28
04.06.01.007-2	ANASTOMOSE CAVO-PULMONAR TOTAL	R\$ 5.795,19	R\$ 17.385,57	R\$ 10.762,50	R\$ 32.287,50	R\$ 16.557,69	R\$ 49.673,07
04.06.01.008-0	ANASTOMOSE SISTEMICO-PULMONAR	R\$ 1.923,03	R\$ 5.769,09	R\$ 3.631,92	R\$ 10.895,76	R\$ 5.554,95	R\$ 16.664,85
04.06.01.009-9	BANDAGEM DA ARTÉRIA PULMONAR	R\$ 1.923,03	R\$ 5.769,09	R\$ 3.706,55	R\$ 11.119,65	R\$ 5.629,58	R\$ 16.888,74
04.06.01.010-2	CARDIORRAFIA	R\$ 693,36	R\$ 2.080,08	R\$ 1.175,18	R\$ 3.525,54	R\$ 1.868,54	R\$ 5.605,62
04.06.01.011-0	CARDIOTOMIA P/ RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	R\$ 561,87	R\$ 1.685,61	R\$ 1.175,18	R\$ 3.525,54	R\$ 1.737,05	R\$ 5.211,15
04.06.01.012-9	COLOCAÇÃO DE BALÃO INTRA-AÓRTICO	R\$ -	R\$ -	R\$ 45,00	R\$ 135,00	R\$ 45,00	R\$ 135,00
04.06.01.013-7	CORREÇÃO DE ANEURISMA / DISSECÇÃO DA AORTA TORACO-ABDOMINAL	R\$ 4.198,33	R\$ 12.594,99	R\$ 2.983,09	R\$ 8.949,27	R\$ 7.181,42	R\$ 21.544,26
04.06.01.015-3	CORREÇÃO DE ATRESIA PULMONAR E COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR	R\$ 7.793,77	R\$ 23.381,31	R\$ 14.474,15	R\$ 43.422,45	R\$ 22.267,92	R\$ 66.803,76
04.06.01.016-1	CORREÇÃO DE ÁTRIO ÚNICO	R\$ 5.139,90	R\$ 15.419,70	R\$ 9.545,53	R\$ 28.636,59	R\$ 14.685,43	R\$ 44.056,29
04.06.01.017-0	CORREÇÃO DE BANDA ANÔMALA DO VENTRÍCULO DIREITO	R\$ 3.832,02	R\$ 11.496,06	R\$ 7.116,60	R\$ 21.349,80	R\$ 10.948,62	R\$ 32.845,86
04.06.01.018-8	CORREÇÃO DE COARCTAÇÃO DA AORTA	R\$ 1.923,03	R\$ 5.769,09	R\$ 3.706,55	R\$ 11.119,65	R\$ 5.629,58	R\$ 16.888,74
04.06.01.019-6	CORREÇÃO DE COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR	R\$ 3.365,37	R\$ 10.096,11	R\$ 10.220,38	R\$ 30.661,14	R\$ 13.585,75	R\$ 40.757,25
04.06.01.020-0	CORREÇÃO DE COMUNICAÇÃO INTER-VENTRICULAR E INSUFICIÊNCIA AORTICA	R\$ 3.365,37	R\$ 10.096,11	R\$ 6.508,73	R\$ 19.526,19	R\$ 9.874,10	R\$ 29.622,30

04.06.01.021-8	CORREÇÃO DE COR TRIARIATUM	R\$ 5.795,19	R\$ 17.385,57	R\$ 10.762,50	R\$ 32.287,50	R\$ 16.557,69	R\$ 49.673,07
04.06.01.022-6	CORREÇÃO DE CORONÁRIA ANÔMALA (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 7.793,77	R\$ 23.381,31	R\$ 14.474,15	R\$ 43.422,45	R\$ 22.267,92	R\$ 66.803,76
04.06.01.023-4	CORREÇÃO DE DRENAGEM ANÔMALA DO RETORNO SISTÊMICO	R\$ 3.365,37	R\$ 10.096,11	R\$ 6.508,73	R\$ 19.526,19	R\$ 9.874,10	R\$ 29.622,30
04.06.01.024-2	CORREÇÃO DE DRENAGEM ANÔMALA PARCIAL DE VEIAS PULMONARES	R\$ 3.365,37	R\$ 10.096,11	R\$ 6.508,73	R\$ 19.526,19	R\$ 9.874,10	R\$ 29.622,30
04.06.01.025-0	CORREÇÃO DE DRENAGEM ANÔMALA TOTAL DE VEIAS PULMONARES	R\$ 8.511,59	R\$ 25.534,77	R\$ 15.807,24	R\$ 47.421,72	R\$ 24.318,83	R\$ 72.956,49
04.06.01.026-9	CORREÇÃO DE DUPLA VIA DE SAÍDA DO VENTRÍCULO DIREITO	R\$ 8.511,59	R\$ 25.534,77	R\$ 15.807,24	R\$ 47.421,72	R\$ 24.318,83	R\$ 72.956,49
04.06.01.027-7	CORREÇÃO DE DUPLA VIA DE SAÍDA DO VENTRÍCULO ESQUERDO	R\$ 8.511,59	R\$ 25.534,77	R\$ 15.807,24	R\$ 47.421,72	R\$ 24.318,83	R\$ 72.956,49
04.06.01.028-5	CORREÇÃO DE ESTENOSE AÓRTICA (0 A 3 ANOS)	R\$ 7.152,55	R\$ 21.457,65	R\$ 13.283,31	R\$ 39.849,93	R\$ 20.435,86	R\$ 61.307,58
04.06.01.029-3	CORREÇÃO DE ESTENOSE MITRAL CONGÊNITA	R\$ 3.829,47	R\$ 11.488,41	R\$ 8.528,04	R\$ 25.584,12	R\$ 12.357,51	R\$ 37.072,53
04.06.01.030-7	CORREÇÃO DE ESTENOSE SUPRA-AÓRTICA	R\$ 3.365,37	R\$ 10.096,11	R\$ 4.079,80	R\$ 12.239,40	R\$ 7.445,17	R\$ 22.335,51
04.06.01.031-5	CORREÇÃO DE FÍSTULA AÓRTO-CAVITARIAS	R\$ 3.365,37	R\$ 10.096,11	R\$ 6.508,73	R\$ 19.526,19	R\$ 9.874,10	R\$ 29.622,30
04.06.01.032-3	CORRECAO DE HIPERTROFIA SEPTAL ASSIMETRICA	R\$ 3.365,37	R\$ 10.096,11	R\$ 7.544,03	R\$ 22.632,09	R\$ 10.909,40	R\$ 32.728,20
04.06.01.033-1	CORREÇÃO DE HIPOPLASIA DE VENTRÍCULO ESQUERDO	R\$ 8.511,53	R\$ 25.534,59	R\$ 15.807,13	R\$ 47.421,39	R\$ 24.318,66	R\$ 72.955,98
04.06.01.034-0	CORREÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DA VÁLVULA TRICÚSPIDE	R\$ 3.365,37	R\$ 10.096,11	R\$ 7.544,03	R\$ 22.632,09	R\$ 10.909,40	R\$ 32.728,20
04.06.01.035-8	CORREÇÃO DE INSUFICIÊNCIA MITRAL CONGÊNITA	R\$ 3.365,37	R\$ 10.096,11	R\$ 6.508,63	R\$ 19.525,89	R\$ 9.874,00	R\$ 29.622,00
04.06.01.036-6	CORREÇÃO DE INTERRUÇÃO DO ARCO AÓRTICO	R\$ 8.511,59	R\$ 25.534,77	R\$ 15.807,24	R\$ 47.421,72	R\$ 24.318,83	R\$ 72.956,49
04.06.01.037-4	CORREÇÃO DE JANELA AORTO-PULMONAR (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 7.856,30	R\$ 23.568,90	R\$ 14.590,27	R\$ 43.770,81	R\$ 22.446,57	R\$ 67.339,71
04.06.01.038-2	CORREÇÃO DE JANELA AORTO-PULMONAR	R\$ 3.365,37	R\$ 10.096,11	R\$ 7.544,03	R\$ 22.632,09	R\$ 10.909,40	R\$ 32.728,20
04.06.01.039-0	CORREÇÃO DE LESÕES NA TRANSPOSIÇÃO CORRIGIDA DOS VASOS DA BASE	R\$ 6.352,66	R\$ 19.057,98	R\$ 11.797,80	R\$ 35.393,40	R\$ 18.150,46	R\$ 54.451,38
04.06.01.040-4	CORREÇÃO DE PERSISTÊNCIA DO CANAL ARTERIAL	R\$ 1.923,03	R\$ 5.769,09	R\$ 1.621,75	R\$ 4.865,25	R\$ 3.544,78	R\$ 10.634,34
04.06.01.041-2	CORREÇÃO DE PERSISTÊNCIA DO CANAL ARTERIAL NO RÉCEM-NASCIDO	R\$ 1.923,03	R\$ 5.769,09	R\$ 1.621,75	R\$ 4.865,25	R\$ 3.544,78	R\$ 10.634,34
04.06.01.042-0	CORREÇÃO DE TETRALOGIA DE FALLOT E VARIANTES (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 7.856,30	R\$ 23.568,90	R\$ 14.590,27	R\$ 43.770,81	R\$ 22.446,57	R\$ 67.339,71
04.06.01.043-9	CORRECAO DE TETRALOGIA DE FALLOT E VARIANTES	R\$ 3.829,47	R\$ 11.488,41	R\$ 8.528,04	R\$ 25.584,12	R\$ 12.357,51	R\$ 37.072,53
04.06.01.044-7	CORREÇÃO DE TRANSPOSIÇÃO DOS GRANDES VASOS DA BASE (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 8.511,59	R\$ 25.534,77	R\$ 15.807,24	R\$ 47.421,72	R\$ 24.318,83	R\$ 72.956,49
04.06.01.045-5	CORREÇÃO DE TRANSPOSIÇÃO DE GRANDES VASOS DA BASE	R\$ 4.321,19	R\$ 12.963,57	R\$ 7.544,03	R\$ 22.632,09	R\$ 11.865,22	R\$ 35.595,66
04.06.01.046-3	CORREÇÃO DE TRONCO ARTERIOSO PERSISTENTE	R\$ 8.511,59	R\$ 25.534,77	R\$ 15.807,24	R\$ 47.421,72	R\$ 24.318,83	R\$ 72.956,49
04.06.01.047-1	CORREÇÃO DE VENTRÍCULO ÚNICO	R\$ 8.511,59	R\$ 25.534,77	R\$ 15.807,24	R\$ 47.421,72	R\$ 24.318,83	R\$ 72.956,49

04.06.01.048-0	CORREÇÃO DO CANAL ÁTRIO-VENTRICULAR (PARCIAL / INTERMEDIÁRIO)	R\$ 3.365,37	R\$ 10.096,11	R\$ 6.508,73	R\$ 19.526,19	R\$ 9.874,10	R\$ 29.622,30
04.06.01.049-8	CORREÇÃO DO CANAL ÁTRIO-VENTRICULAR (TOTAL)	R\$ 8.511,59	R\$ 25.534,77	R\$ 15.807,24	R\$ 47.421,72	R\$ 24.318,83	R\$ 72.956,49
04.06.01.050-1	CORREÇÕES DE ANOMALIAS DO ARCO AÓRTICO	R\$ 3.829,47	R\$ 11.488,41	R\$ 4.190,00	R\$ 12.570,00	R\$ 8.019,47	R\$ 24.058,41
04.06.01.051-0	DRENAGEM C/ BIOPSIA DE PERICÁRDIO	R\$ 212,82	R\$ 638,46	R\$ 56,93	R\$ 170,79	R\$ 269,75	R\$ 809,25
04.06.01.052-8	EXERESE DE CISTO PERICÁRDICO	R\$ 1.085,74	R\$ 3.257,22	R\$ 2.879,75	R\$ 8.639,25	R\$ 3.965,49	R\$ 11.896,47
04.06.01.053-6	FECHAMENTO DE COMUNICAÇÃO INTERATRIAL	R\$ 3.365,37	R\$ 10.096,11	R\$ 4.079,80	R\$ 12.239,40	R\$ 7.445,17	R\$ 22.335,51
04.06.01.054-4	FECHAMENTO DE COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR	R\$ 3.365,37	R\$ 10.096,11	R\$ 4.079,80	R\$ 12.239,40	R\$ 7.445,17	R\$ 22.335,51
04.06.01.055-2	IMPLANTE C/ TROCA DE POSIÇÃO DE VALVAS (CIRURGIA DE ROSS)	R\$ 4.321,19	R\$ 12.963,57	R\$ 3.248,03	R\$ 9.744,09	R\$ 7.569,22	R\$ 22.707,66
04.06.01.056-0	IMPLANTE DE CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR DE CÂMARA ÚNICA TRANSVENOSO	R\$ 789,19	R\$ 2.367,57	R\$ 868,71	R\$ 2.606,13	R\$ 1.657,90	R\$ 4.973,70
04.06.01.057-9	IMPLANTE DE CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR (CDI) MULTI-SÍTIO TRANSVENOSO EPIMIOCÁRDICO POR TORACOTOMIA P/ IMPLANTE DE ELETRODO	R\$ 861,80	R\$ 2.585,40	R\$ 1.192,51	R\$ 3.577,53	R\$ 2.054,31	R\$ 6.162,93
04.06.01.058-7	IMPLANTE DE CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR DE CÂMARA DUPLA TRANSVENOSO	R\$ 861,80	R\$ 2.585,40	R\$ 854,96	R\$ 2.564,88	R\$ 1.716,76	R\$ 5.150,28
04.06.01.059-5	IMPLANTE DE CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR MULTI-SÍTIO ENDOCAVITÁRIO C/ REVERSÃO PARA EPIMIOCÁRDICO POR TORACOTOMIA	R\$ 861,80	R\$ 2.585,40	R\$ 1.175,18	R\$ 3.525,54	R\$ 2.036,98	R\$ 6.110,94
04.06.01.060-9	IMPLANTE DE CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR (CDI) MULTI-SÍTIO TRANSVENOSO	R\$ 789,19	R\$ 2.367,57	R\$ 868,71	R\$ 2.606,13	R\$ 1.657,90	R\$ 4.973,70
04.06.01.061-7	IMPLANTE DE MARCAPASSO CARDÍACO MULTI-SÍTIO ENDOCAVITÁRIO C/ REVERSÃO P/ EPIMIOCÁRDICO (POR TORACOTOMIA)	R\$ 613,56	R\$ 1.840,68	R\$ 1.175,18	R\$ 3.525,54	R\$ 1.788,74	R\$ 5.366,22
04.06.01.062-5	IMPLANTE DE MARCAPASSO CARDÍACO MULTI-SÍTIO EPIMIOCÁRDICO POR TORACOTOMIA P/IMPLANTE DE ELETRODO	R\$ 613,56	R\$ 1.840,68	R\$ 1.192,51	R\$ 3.577,53	R\$ 1.806,07	R\$ 5.418,21
04.06.01.063-3	IMPLANTE DE MARCAPASSO CARDÍACO MULTI-SÍTIO TRANSVENOSO	R\$ 861,80	R\$ 2.585,40	R\$ 868,71	R\$ 2.606,13	R\$ 1.730,51	R\$ 5.191,53
04.06.01.064-1	IMPLANTE DE MARCAPASSO DE CÂMARA DUPLA EPIMIOCÁRDICO	R\$ 491,55	R\$ 1.474,65	R\$ 301,60	R\$ 904,80	R\$ 793,15	R\$ 2.379,45
04.06.01.065-0	IMPLANTE DE MARCAPASSO DE CÂMARA DUPLA TRANSVENOSO	R\$ 557,48	R\$ 1.672,44	R\$ 466,24	R\$ 1.398,72	R\$ 1.023,72	R\$ 3.071,16
04.06.01.066-8	IMPLANTE DE MARCAPASSO DE CÂMARA ÚNICA EPIMIOCÁRDICO	R\$ 491,55	R\$ 1.474,65	R\$ 305,20	R\$ 915,60	R\$ 796,75	R\$ 2.390,25
04.06.01.067-6	IMPLANTE DE MARCAPASSO DE CÂMARA ÚNICA TRANSVENOSO	R\$ 502,53	R\$ 1.507,59	R\$ 466,24	R\$ 1.398,72	R\$ 968,77	R\$ 2.906,31
04.06.01.068-4	IMPLANTE DE MARCAPASSO TEMPORÁRIO TRANSVENOSO	R\$ 238,36	R\$ 715,08	R\$ 126,39	R\$ 379,17	R\$ 364,75	R\$ 1.094,25
04.06.01.069-2	IMPLANTE DE PRÓTESE VALVAR	R\$ 3.365,37	R\$ 10.096,11	R\$ 2.956,37	R\$ 8.869,11	R\$ 6.321,74	R\$ 18.965,22

04.06.01.070-6	INFARTECTOMIA / ANEURISMECTOMIA ASSOCIADA OU NÃO A REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA	R\$ 3.943,28	R\$ 11.829,84	R\$ 2.956,37	R\$ 8.869,11	R\$ 6.899,65	R\$ 20.698,95
04.06.01.071-4	INSTALAÇÃO DE ASSISTÊNCIA CIRCULATORIA	R\$ 216,68	R\$ 650,04	R\$ 49,50	R\$ 148,50	R\$ 266,18	R\$ 798,54
04.06.01.072-2	INSTALAÇÃO DE CATETER DE TERMODILUIÇÃO	R\$ -	R\$ -	R\$ 20,00	R\$ 60,00	R\$ 20,00	R\$ 60,00
04.06.01.073-0	LIGADURA DE FÍSTULA SISTÊMICO-PULMONAR	R\$ 1.382,55	R\$ 4.147,65	R\$ 3.223,08	R\$ 9.669,24	R\$ 4.605,63	R\$ 13.816,89
04.06.01.074-9	MANUTENÇÃO DE ASSISTÊNCIA CIRCULATORIA	R\$ 138,68	R\$ 416,04	R\$ 49,50	R\$ 148,50	R\$ 188,18	R\$ 564,54
04.06.01.075-7	PERICARDIECTOMIA	R\$ 730,60	R\$ 2.191,80	R\$ 1.144,52	R\$ 3.433,56	R\$ 1.875,12	R\$ 5.625,36
04.06.01.076-5	PERICARDIECTOMIA PARCIAL	R\$ 730,60	R\$ 2.191,80	R\$ 1.144,52	R\$ 3.433,56	R\$ 1.875,12	R\$ 5.625,36
04.06.01.077-3	PERICARDIOCENTESE	R\$ 193,47	R\$ 580,41	R\$ 49,50	R\$ 148,50	R\$ 242,97	R\$ 728,91
04.06.01.078-1	PLÁSTICA / TROCA DE VÁLVULA TRICÚSPIDE (ANOMALIA DE EBSTEIN)	R\$ 8.511,59	R\$ 25.534,77	R\$ 15.807,24	R\$ 47.421,72	R\$ 24.318,83	R\$ 72.956,49
04.06.01.079-0	PLÁSTICA DE LOJA DE GERADOR DE SISTEMA DE ESTIMULAÇÃO CARDÍACA ARTIFICIAL	R\$ 395,23	R\$ 1.185,69	R\$ 271,77	R\$ 815,31	R\$ 667,00	R\$ 2.001,00
04.06.01.080-3	PLÁSTICA VALVAR	R\$ 3.237,33	R\$ 9.711,99	R\$ 2.824,37	R\$ 8.473,11	R\$ 6.061,70	R\$ 18.185,10
04.06.01.081-1	PLÁSTICA VALVAR C/ REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA	R\$ 4.800,00	R\$ 14.400,00	R\$ 2.956,37	R\$ 8.869,11	R\$ 7.756,37	R\$ 23.269,11
04.06.01.082-0	PLÁSTICA VALVAR E/OU TROCA VALVAR MÚLTIPLA	R\$ 4.321,19	R\$ 12.963,57	R\$ 2.956,37	R\$ 8.869,11	R\$ 7.277,56	R\$ 21.832,68
04.06.01.083-8	RECONSTRUÇÃO DA RAIZ DA AORTA	R\$ 4.198,33	R\$ 12.594,99	R\$ 2.983,09	R\$ 8.949,27	R\$ 7.181,42	R\$ 21.544,26
04.06.01.084-6	RECONSTRUÇÃO DA RAIZ DA AORTA C/ TUBO VALVADO	R\$ 4.800,00	R\$ 14.400,00	R\$ 2.983,09	R\$ 8.949,27	R\$ 7.783,09	R\$ 23.349,27
04.06.01.085-4	REPOSICIONAMENTO DE ELETRODOS DE CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR	R\$ 459,81	R\$ 1.379,43	R\$ 271,77	R\$ 815,31	R\$ 731,58	R\$ 2.194,74
04.06.01.086-2	REPOSICIONAMENTO DE ELETRODOS DE MARCAPASSO	R\$ 473,14	R\$ 1.419,42	R\$ 271,77	R\$ 815,31	R\$ 744,91	R\$ 2.234,73
04.06.01.087-0	REPOSICIONAMENTO DE ELETRODOS DE MARCAPASSO MULTI-SITIO	R\$ 459,81	R\$ 1.379,43	R\$ 271,77	R\$ 815,31	R\$ 731,58	R\$ 2.194,74
04.06.01.088-9	RESSECÇÃO DE ENDOMIOCARDIOFIBROSE	R\$ 2.895,11	R\$ 8.685,33	R\$ 3.110,03	R\$ 9.330,09	R\$ 6.005,14	R\$ 18.015,42
04.06.01.089-7	RESSECÇÃO DE MEMBRANA SUB-AÓRTICA	R\$ 2.895,11	R\$ 8.685,33	R\$ 4.079,80	R\$ 12.239,40	R\$ 6.974,91	R\$ 20.924,73
04.06.01.090-0	RESSECÇÃO DE TUMOR INTRACARDÍACO	R\$ 3.365,37	R\$ 10.096,11	R\$ 7.544,03	R\$ 22.632,09	R\$ 10.909,40	R\$ 32.728,20
04.06.01.091-9	RETIRADA DE SISTEMA DE ESTIMULAÇÃO CARDÍACA ARTIFICIAL	R\$ 217,61	R\$ 652,83	R\$ 271,77	R\$ 815,31	R\$ 489,38	R\$ 1.468,14
04.06.01.092-7	REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA C/ USO DE EXTRACÓRPOREA	R\$ 3.800,00	R\$ 11.400,00	R\$ 2.956,37	R\$ 8.869,11	R\$ 6.756,37	R\$ 20.269,11
04.06.01.093-5	REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA C/ USO DE EXTRACÓRPOREA (C/ 2 OU MAIS ENXERTOS)	R\$ 4.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 2.956,37	R\$ 8.869,11	R\$ 6.956,37	R\$ 20.869,11

04.06.01.094-3	REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA S/ USO DE EXTRACORPÓREA	R\$ 3.800,00	R\$ 11.400,00	R\$ 4.940,43	R\$ 14.821,29	R\$ 8.740,43	R\$ 26.221,29
04.06.01.095-1	REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA S/ USO DE EXTRACORPÓREA (C/ 2 OU MAIS ENXERTOS)	R\$ 4.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 4.940,43	R\$ 14.821,29	R\$ 8.940,43	R\$ 26.821,29
04.06.01.096-0	TRATAMENTO DE CONTUSÃO MIOCÁRDICA	R\$ 44,53	R\$ 133,59	R\$ 111,75	R\$ 335,25	R\$ 156,28	R\$ 468,84
04.06.01.097-8	TRATAMENTO DE FERIMENTO CARDÍACO PERFURO-CORTANTE	R\$ 44,53	R\$ 133,59	R\$ 111,75	R\$ 335,25	R\$ 156,28	R\$ 468,84
04.06.01.098-6	TROCA DE AORTA ASCENDENTE	R\$ 4.198,33	R\$ 12.594,99	R\$ 2.956,37	R\$ 8.869,11	R\$ 7.154,70	R\$ 21.464,10
04.06.01.099-4	TROCA DE ARCO AÓRTICO	R\$ 4.198,33	R\$ 12.594,99	R\$ 2.956,37	R\$ 8.869,11	R\$ 7.154,70	R\$ 21.464,10
04.06.01.100-1	TROCA DE CONJUNTO DO SEIO CORONÁRIO NO MARCAPASSO MULTI-SITIO	R\$ 525,83	R\$ 1.577,49	R\$ 271,77	R\$ 815,31	R\$ 797,60	R\$ 2.392,80
04.06.01.101-0	TROCA DE ELETRODOS DE DESFIBRILADOR DE CARDIO-DESFIBRILADOR TRANSVENOSO	R\$ 459,81	R\$ 1.379,43	R\$ 271,77	R\$ 815,31	R\$ 731,58	R\$ 2.194,74
04.06.01.102-8	TROCA DE ELETRODOS DE DESFIBRILADOR NO CARDIO-DESFIBRILADOR MULTI-SITIO	R\$ 459,81	R\$ 1.379,43	R\$ 271,77	R\$ 815,31	R\$ 731,58	R\$ 2.194,74
04.06.01.103-6	TROCA DE ELETRODOS DE MARCAPASSO DE CÂMARA DUPLA	R\$ 473,14	R\$ 1.419,42	R\$ 304,77	R\$ 914,31	R\$ 777,91	R\$ 2.333,73
04.06.01.104-4	TROCA DE ELETRODOS DE MARCAPASSO DE CÂMARA ÚNICA	R\$ 473,14	R\$ 1.419,42	R\$ 271,77	R\$ 815,31	R\$ 744,91	R\$ 2.234,73
04.06.01.105-2	TROCA DE ELETRODOS DE MARCAPASSO EM CARDIO-DESFIBRILADOR DE CAMARA DUPLA TRANSVENOSO	R\$ 459,81	R\$ 1.379,43	R\$ 82,95	R\$ 248,85	R\$ 542,76	R\$ 1.628,28
04.06.01.107-9	TROCA DE ELETRODOS DE MARCAPASSO NO CARDIO-DESFIBRILADOR MULTI-SITIO	R\$ 459,81	R\$ 1.379,43	R\$ 271,77	R\$ 815,31	R\$ 731,58	R\$ 2.194,74
04.06.01.108-7	TROCA DE ELETRODOS DE MARCAPASSO NO MARCAPASSO MULTI-SITIO	R\$ 421,07	R\$ 1.263,21	R\$ 271,77	R\$ 815,31	R\$ 692,84	R\$ 2.078,52
04.06.01.109-5	TROCA DE ELETRODOS DE SEIO CORONÁRIO NO CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR MULTI-SITIO	R\$ 421,07	R\$ 1.263,21	R\$ 271,77	R\$ 815,31	R\$ 692,84	R\$ 2.078,52
04.06.01.110-9	TROCA DE GERADOR DE CARDIO-DESFIBRILADOR DE CÂMARA ÚNICA / DUPLA	R\$ 459,81	R\$ 1.379,43	R\$ 271,77	R\$ 815,31	R\$ 731,58	R\$ 2.194,74
04.06.01.111-7	TROCA DE GERADOR DE CARDIO-DESFIBRILADOR MULTI-SITIO	R\$ 459,81	R\$ 1.379,43	R\$ 271,77	R\$ 815,31	R\$ 731,58	R\$ 2.194,74
04.06.01.112-5	TROCA DE GERADOR DE MARCAPASSO DE CÂMARA DUPLA	R\$ 473,38	R\$ 1.420,14	R\$ 271,77	R\$ 815,31	R\$ 745,15	R\$ 2.235,45
04.06.01.113-3	TROCA DE GERADOR DE MARCAPASSO DE CÂMARA ÚNICA	R\$ 473,14	R\$ 1.419,42	R\$ 271,77	R\$ 815,31	R\$ 744,91	R\$ 2.234,73
04.06.01.114-1	TROCA DE GERADOR DE MARCAPASSO MULTI-SITIO	R\$ 459,81	R\$ 1.379,43	R\$ 271,77	R\$ 815,31	R\$ 731,58	R\$ 2.194,74
04.06.01.115-0	TROCA DE GERADOR E DE ELETRODO DE MARCAPASSO DE CÂMARA ÚNICA	R\$ 473,14	R\$ 1.419,42	R\$ 271,77	R\$ 815,31	R\$ 744,91	R\$ 2.234,73
04.06.01.116-8	TROCA DE GERADOR E DE ELETRODOS DE CARDIO-DESFIBRILADOR	R\$ 459,81	R\$ 1.379,43	R\$ 271,77	R\$ 815,31	R\$ 731,58	R\$ 2.194,74

04.06.01.117-6	TROCA DE GERADOR E DE ELETRODOS DE CARDIO-DEFIBRILADOR MULTISITIO	R\$ 459,81	R\$ 1.379,43	R\$ 271,77	R\$ 815,31	R\$ 731,58	R\$ 2.194,74
04.06.01.118-4	TROCA DE GERADOR E DE ELETRODOS DE MARCAPASSO DE CÂMARA DUPLA	R\$ 473,29	R\$ 1.419,87	R\$ 271,77	R\$ 815,31	R\$ 745,06	R\$ 2.235,18
04.06.01.119-2	TROCA DE GERADOR E DE ELETRODOS NO MARCAPASSO MULTI-SITIO	R\$ 459,81	R\$ 1.379,43	R\$ 271,77	R\$ 815,31	R\$ 731,58	R\$ 2.194,74
04.06.01.120-6	TROCA VALVAR C/ REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA	R\$ 4.800,00	R\$ 14.400,00	R\$ 2.956,37	R\$ 8.869,11	R\$ 7.756,37	R\$ 23.269,11
04.06.01.121-4	UNIFOCALIZAÇÃO DE RAMOS DA ARTÉRIA PULMONAR C/ CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA	R\$ 5.795,19	R\$ 17.385,57	R\$ 10.762,50	R\$ 32.287,50	R\$ 16.557,69	R\$ 49.673,07
04.06.01.122-2	UNIFOCALIZAÇÃO DE RAMOS DA ARTÉRIA PULMONAR S/ CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA	R\$ 4.286,33	R\$ 12.858,99	R\$ 7.960,32	R\$ 23.880,96	R\$ 12.246,65	R\$ 36.739,95
04.06.01.123-0	ANASTOMOSE SISTEMICO PULMONAR COM CEC	R\$ 2.631,90	R\$ 7.895,70	R\$ 1.223,47	R\$ 3.670,41	R\$ 3.855,37	R\$ 11.566,11
04.06.01.124-9	CORRECAO DE COARCTACAO DA AORTA COM CEC	R\$ 1.223,47	R\$ 3.670,41	R\$ 2.685,90	R\$ 8.057,70	R\$ 3.909,37	R\$ 11.728,11
04.06.01.125-7	CORREÇÃO DE CORONARIA ANOMALA (19 A 110)	R\$ 1.684,45	R\$ 5.053,35	R\$ 4.716,47	R\$ 14.149,41	R\$ 6.400,92	R\$ 19.202,76
04.06.01.126-5	ABERTURA DE ESTENOSE AORTICA VALVAR (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 4.487,31	R\$ 13.461,93	R\$ 8.333,57	R\$ 25.000,71	R\$ 12.820,88	R\$ 38.462,64
04.06.01.127-3	ABERTURA DE ESTENOSE PULMONAR VALVAR (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 3.832,02	R\$ 11.496,06	R\$ 7.116,60	R\$ 21.349,80	R\$ 10.948,62	R\$ 32.845,86
04.06.01.128-1	AMPLIAÇÃO DE VIA DE SAÍDA DO VENTRÍCULO DIREITO E/OU RAMOS PULMONARES (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 5.597,03	R\$ 16.791,09	R\$ 10.394,49	R\$ 31.183,47	R\$ 15.991,52	R\$ 47.974,56
04.06.01.129-0	AMPLIAÇÃO DE VIA DE SAÍDA DO VENTRÍCULO ESQUERDO (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 6.882,51	R\$ 20.647,53	R\$ 12.781,81	R\$ 38.345,43	R\$ 19.664,32	R\$ 58.992,96
04.06.01.130-3	ANASTOMOSE CAVO-PULMONAR BIDIRECIONAL (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 5.139,90	R\$ 15.419,70	R\$ 9.545,53	R\$ 28.636,59	R\$ 14.685,43	R\$ 44.056,29
04.06.01.131-1	ANASTOMOSE SISTEMICO-PULMONAR (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 4.246,14	R\$ 12.738,42	R\$ 7.885,69	R\$ 23.657,07	R\$ 12.131,83	R\$ 36.395,49
04.06.01.132-0	BANDAGEM DA ARTERIA PULMONAR (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 4.286,33	R\$ 12.858,99	R\$ 7.960,32	R\$ 23.880,96	R\$ 12.246,65	R\$ 36.739,95
04.06.01.133-8	CORRECAO DE COARCTACAO DA AORTA (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 3.631,03	R\$ 10.893,09	R\$ 6.743,35	R\$ 20.230,05	R\$ 10.374,38	R\$ 31.123,14
04.06.01.134-6	CORRECAO DE DRENAGEM ANOMALA DO RETORNO SISTEMICO (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 5.795,19	R\$ 17.385,57	R\$ 10.762,50	R\$ 32.287,50	R\$ 16.557,69	R\$ 49.673,07
04.06.01.135-4	CORREÇÃO DE DRENAGEM ANOMALA PARCIAL DE VEIAS PULMONARES (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 4.436,15	R\$ 13.308,45	R\$ 8.238,57	R\$ 24.715,71	R\$ 12.674,72	R\$ 38.024,16
04.06.01.136-2	CORRECAO DE ESTENOSE MITRAL CONGENITA (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 6.882,51	R\$ 20.647,53	R\$ 12.781,81	R\$ 38.345,43	R\$ 19.664,32	R\$ 58.992,96
04.06.01.137-0	CORREÇÃO DE ESTENOSE SUPRA-AÓRTICA (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 3.832,02	R\$ 11.496,06	R\$ 7.116,60	R\$ 21.349,80	R\$ 10.948,62	R\$ 32.845,86
04.06.01.138-9	CORRECAO DE FISTULA AORTO-CAVITARIAS (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 5.139,90	R\$ 15.419,70	R\$ 9.545,53	R\$ 28.636,59	R\$ 14.685,43	R\$ 44.056,29

04.06.01.139-7	CORREÇÃO DE HIPERTROFIA SEPTAL ASSIMETRICA (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 6.352,66	R\$ 19.057,98	R\$ 11.797,80	R\$ 35.393,40	R\$ 18.150,46	R\$ 54.451,38
04.06.01.140-0	CORRECAO DE INSUFICIENCIA DA VALVULA TRICUSPIDE (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 6.352,66	R\$ 19.057,98	R\$ 11.797,80	R\$ 35.393,40	R\$ 18.150,46	R\$ 54.451,38
04.06.01.141-9	CORRECAO DE INSUFICIENCIA MITRAL CONGENITA (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 5.795,14	R\$ 17.385,42	R\$ 10.762,40	R\$ 32.287,20	R\$ 16.557,54	R\$ 49.672,62
04.06.01.142-7	CORRECAO DE PERSISTENCIA DO CANAL ARTERIAL (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 1.923,03	R\$ 5.769,09	R\$ 3.351,59	R\$ 10.054,77	R\$ 5.274,62	R\$ 15.823,86
04.06.01.143-5	CORRECAO DO CANAL ATRIO-VENTRICULAR PARCIAL / INTERMEDIARIO (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 5.139,90	R\$ 15.419,70	R\$ 9.545,53	R\$ 28.636,59	R\$ 14.685,43	R\$ 44.056,29
04.06.01.144-3	CORRECOES DE ANOMALIAS DO ARCO AORTICO (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 4.546,65	R\$ 13.639,95	R\$ 8.443,77	R\$ 25.331,31	R\$ 12.990,42	R\$ 38.971,26
04.06.01.145-1	FECHAMENTO DE COMUNICACAO INTERATRIAL (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 3.365,37	R\$ 10.096,11	R\$ 5.809,64	R\$ 17.428,92	R\$ 9.175,01	R\$ 27.525,03
04.06.01.146-0	FECHAMENTO DE COMUNICACAO INTERVENTRICULAR (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 3.832,02	R\$ 11.496,06	R\$ 7.116,60	R\$ 21.349,80	R\$ 10.948,62	R\$ 32.845,86
04.06.01.147-8	IMPLANTE C/ TROCA DE POSICAO DE VALVAS (CIRURGIA DE ROSS) (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 4.321,19	R\$ 12.963,57	R\$ 7.501,80	R\$ 22.505,40	R\$ 11.822,99	R\$ 35.468,97
04.06.01.148-6	LIGADURA DE FISTULA SISTEMICO-PULMONAR (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 4.026,00	R\$ 12.078,00	R\$ 7.476,85	R\$ 22.430,55	R\$ 11.502,85	R\$ 34.508,55
04.06.01.149-4	RESSECCAO DE MEMBRANA SUB-AORTICA (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 3.832,02	R\$ 11.496,06	R\$ 7.116,60	R\$ 21.349,80	R\$ 10.948,62	R\$ 32.845,86
04.06.01.150-8	ANASTOMOSE SISTEMICO PULMONAR COM CEC (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 2.949,28	R\$ 8.847,84	R\$ 5.477,24	R\$ 16.431,72	R\$ 8.426,52	R\$ 25.279,56
04.06.01.151-6	CORRECAO DE COARCTACAO DA AORTA COM CEC (CRIANÇA E ADOLESCENTE)	R\$ 3.081,45	R\$ 9.244,35	R\$ 5.722,70	R\$ 17.168,10	R\$ 8.804,15	R\$ 26.412,45

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.06.02.001-9	ANASTOMOSE ESPLENO-RENAL / OUTRA DERIVAÇÃO CENTRAL	R\$ 311,16	R\$ 933,48	R\$ 826,64	R\$ 2.479,92	R\$ 1.137,80	R\$ 3.413,40
04.06.02.002-7	ANASTOMOSE LINFOVENOSA	R\$ 342,75	R\$ 1.028,25	R\$ 800,14	R\$ 2.400,42	R\$ 1.142,89	R\$ 3.428,67
04.06.02.003-5	ANASTOMOSE PORTO-CAVA	R\$ 433,42	R\$ 1.300,26	R\$ 820,91	R\$ 2.462,73	R\$ 1.254,33	R\$ 3.762,99
04.06.02.004-3	ANEURISMECTOMIA DE AORTA ABDOMINAL INFRA-RENAL	R\$ 381,62	R\$ 1.144,86	R\$ 1.240,64	R\$ 3.721,92	R\$ 1.622,26	R\$ 4.866,78
04.06.02.005-1	ANEURISMECTOMIA TORACO-ABDOMINAL	R\$ 1.330,84	R\$ 3.992,52	R\$ 2.824,37	R\$ 8.473,11	R\$ 4.155,21	R\$ 12.465,63

04.06.02.007-8	IMPLANTAÇÃO DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA SEMI OU TOTALMENTE IMPLANTAVEL (PROCEDIMENTO PRINCIPAL)	R\$ 109,20	R\$ 327,60	R\$ 319,44	R\$ 958,32	R\$ 428,64	R\$ 1.285,92
04.06.02.010-8	DISSECCAO RADICAL DO PESCOCO	R\$ 224,84	R\$ 674,52	R\$ 292,56	R\$ 877,68	R\$ 517,40	R\$ 1.552,20
04.06.02.011-6	DRENAGEM DE GANGLIO LINFATICO	R\$ 69,30	R\$ 207,90	R\$ 27,55	R\$ 82,65	R\$ 96,85	R\$ 290,55
04.06.02.012-4	EMBOLECTOMIA ARTERIAL	R\$ 385,41	R\$ 1.156,23	R\$ 1.145,34	R\$ 3.436,02	R\$ 1.530,75	R\$ 4.592,25
04.06.02.015-9	EXERESE DE GANGLIO LINFÁTICO	R\$ 19,45	R\$ 58,35	R\$ 68,69	R\$ 206,07	R\$ 88,14	R\$ 264,42
04.06.02.016-7	FASCIOTOMIA P/ DESCOMPRESSÃO	R\$ 215,91	R\$ 647,73	R\$ 312,30	R\$ 936,90	R\$ 528,21	R\$ 1.584,63
04.06.02.018-3	LINFADENECTOMIA MEDIASTINAL	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
04.06.02.019-1	LINFADENECTOMIA PÉLVICA	R\$ 191,47	R\$ 574,41	R\$ 251,12	R\$ 753,36	R\$ 442,59	R\$ 1.327,77
04.06.02.021-3	LINFADENECTOMIA RADICAL AXILAR BILATERAL	R\$ 268,17	R\$ 804,51	R\$ 319,75	R\$ 959,25	R\$ 587,92	R\$ 1.763,76
04.06.02.022-1	LINFADENECTOMIA RADICAL AXILAR UNILATERAL	R\$ 248,35	R\$ 745,05	R\$ 281,94	R\$ 845,82	R\$ 530,29	R\$ 1.590,87
04.06.02.023-0	LINFADENECTOMIA RADICAL CERVICAL BILATERAL	R\$ 220,62	R\$ 661,86	R\$ 261,92	R\$ 785,76	R\$ 482,54	R\$ 1.447,62
04.06.02.024-8	LINFADENECTOMIA RADICAL CERVICAL UNILATERAL	R\$ 245,01	R\$ 735,03	R\$ 254,70	R\$ 764,10	R\$ 499,71	R\$ 1.499,13
04.06.02.025-6	LINFADENECTOMIA RADICAL INGUINAL BILATERAL	R\$ 262,69	R\$ 788,07	R\$ 266,48	R\$ 799,44	R\$ 529,17	R\$ 1.587,51
04.06.02.026-4	LINFADENECTOMIA RADICAL INGUINAL UNILATERAL	R\$ 244,97	R\$ 734,91	R\$ 261,49	R\$ 784,47	R\$ 506,46	R\$ 1.519,38
04.06.02.027-2	LINFADENECTOMIA RADICAL VULVAR	R\$ 244,97	R\$ 734,91	R\$ 262,41	R\$ 787,23	R\$ 507,38	R\$ 1.522,14
04.06.02.028-0	LINFADENECTOMIA RETROPERITONIAL	R\$ 312,01	R\$ 936,03	R\$ 275,47	R\$ 826,41	R\$ 587,48	R\$ 1.762,44
04.06.02.030-2	PLASTIA ARTERIAL COM REMENDO (QUALQUER TÉCNICA)	R\$ 375,26	R\$ 1.125,78	R\$ 1.082,35	R\$ 3.247,05	R\$ 1.457,61	R\$ 4.372,83
04.06.02.031-0	PONTE AXILO-BIFEMURAL	R\$ 377,03	R\$ 1.131,09	R\$ 1.080,54	R\$ 3.241,62	R\$ 1.457,57	R\$ 4.372,71
04.06.02.032-9	PONTE AXILO-FEMURAL	R\$ 377,03	R\$ 1.131,09	R\$ 1.080,54	R\$ 3.241,62	R\$ 1.457,57	R\$ 4.372,71
04.06.02.033-7	PONTE DE RAMOS DOS TRONCOS SUPRA-AORTICOS	R\$ 433,34	R\$ 1.300,02	R\$ 797,42	R\$ 2.392,26	R\$ 1.230,76	R\$ 3.692,28
04.06.02.034-5	PONTE FEMORO-FEMURAL CRUZADA	R\$ 377,03	R\$ 1.131,09	R\$ 1.080,54	R\$ 3.241,62	R\$ 1.457,57	R\$ 4.372,71
04.06.02.035-3	PONTE-TROMBOENDARTERECTOMIA AORTO-FEMURAL	R\$ 354,48	R\$ 1.063,44	R\$ 1.103,77	R\$ 3.311,31	R\$ 1.458,25	R\$ 4.374,75
04.06.02.036-1	PONTE-TROMBOENDARTERECTOMIA AORTO-ILÍACA	R\$ 354,48	R\$ 1.063,44	R\$ 1.103,77	R\$ 3.311,31	R\$ 1.458,25	R\$ 4.374,75
04.06.02.037-0	PONTE-TROMBOENDARTERECTOMIA DE CARÓTIDA	R\$ 433,42	R\$ 1.300,26	R\$ 797,94	R\$ 2.393,82	R\$ 1.231,36	R\$ 3.694,08
04.06.02.038-8	PONTE-TROMBOENDARTERECTOMIA ILIACO-FEMURAL	R\$ 377,03	R\$ 1.131,09	R\$ 1.080,54	R\$ 3.241,62	R\$ 1.457,57	R\$ 4.372,71

04.06.02.039-6	RETIRADA DE PROTESE INFECTADA EM POSICAO AORTO-ABDOMINAL C/ PONTE AXILO FEMURAL/AXILO BIFEMURAL CRUZADO	R\$ 433,36	R\$ 1.300,08	R\$ 820,96	R\$ 2.462,88	R\$ 1.254,32	R\$ 3.762,96
04.06.02.040-0	RETIRADA DE PRÓTESE INFECTADA EM POSIÇÃO NÃO AÓRTICA	R\$ 433,36	R\$ 1.300,08	R\$ 820,96	R\$ 2.462,88	R\$ 1.254,32	R\$ 3.762,96
04.06.02.041-8	REVASCULARIZAÇÃO DE ARTÉRIAS VISCERAIS	R\$ 323,53	R\$ 970,59	R\$ 816,27	R\$ 2.448,81	R\$ 1.139,80	R\$ 3.419,40
04.06.02.042-6	REVASCULARIZAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR	R\$ 433,34	R\$ 1.300,02	R\$ 797,42	R\$ 2.392,26	R\$ 1.230,76	R\$ 3.692,28
04.06.02.043-4	REVASCULARIZAÇÃO POR PONTE / TROMBOENDARTERECTOMIA DE OUTRAS ARTERIAS DISTAIS	R\$ 342,75	R\$ 1.028,25	R\$ 800,14	R\$ 2.400,42	R\$ 1.142,89	R\$ 3.428,67
04.06.02.044-2	REVASCULARIZAÇÃO POR PONTE / TROMBOENDARTERECTOMIA FEMURO-POPLÍTEA DISTAL	R\$ 377,03	R\$ 1.131,09	R\$ 1.080,54	R\$ 3.241,62	R\$ 1.457,57	R\$ 4.372,71
04.06.02.045-0	REVASCULARIZAÇÃO POR PONTE / TROMBOENDARTERECTOMIA FEMURO-POPLÍTEA PROXIMAL	R\$ 377,03	R\$ 1.131,09	R\$ 1.080,54	R\$ 3.241,62	R\$ 1.457,57	R\$ 4.372,71
04.06.02.046-9	TRANSPLANTE DE SEGMENTO VENOSO VALVULADO	R\$ 587,24	R\$ 1.761,72	R\$ 988,48	R\$ 2.965,44	R\$ 1.575,72	R\$ 4.727,16
04.06.02.047-7	TRANSPOSIÇÃO DE VEIAS DO SISTEMA VENOSO PROFUNDO	R\$ 587,24	R\$ 1.761,72	R\$ 988,48	R\$ 2.965,44	R\$ 1.575,72	R\$ 4.727,16
04.06.02.048-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ANEURISMAS DAS ARTERIAS VISCERAIS	R\$ 323,53	R\$ 970,59	R\$ 816,27	R\$ 2.448,81	R\$ 1.139,80	R\$ 3.419,40
04.06.02.049-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESOES VASCULARES TRAUMÁTICAS DA REGIAO CERVICAL	R\$ 294,62	R\$ 883,86	R\$ 312,38	R\$ 937,14	R\$ 607,00	R\$ 1.821,00
04.06.02.050-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES VASCULARES TRAUMÁTICAS DE MEMBRO INFERIOR BILATERAL	R\$ 294,62	R\$ 883,86	R\$ 312,38	R\$ 937,14	R\$ 607,00	R\$ 1.821,00
04.06.02.051-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES VASCULARES TRAUMÁTICAS DE MEMBRO INFERIOR UNILATERAL	R\$ 268,62	R\$ 805,86	R\$ 300,38	R\$ 901,14	R\$ 569,00	R\$ 1.707,00
04.06.02.052-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES VASCULARES TRAUMÁTICAS DE MEMBRO SUPERIOR BILATERAL	R\$ 294,62	R\$ 883,86	R\$ 312,38	R\$ 937,14	R\$ 607,00	R\$ 1.821,00
04.06.02.053-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES VASCULARES TRAUMÁTICAS DE MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL	R\$ 268,62	R\$ 805,86	R\$ 300,38	R\$ 901,14	R\$ 569,00	R\$ 1.707,00
04.06.02.054-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES VASCULARES TRAUMÁTICAS DO ABDÔMEN	R\$ 367,06	R\$ 1.101,18	R\$ 1.090,80	R\$ 3.272,40	R\$ 1.457,86	R\$ 4.373,58
04.06.02.055-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LINFEDEMA	R\$ 191,46	R\$ 574,38	R\$ 348,76	R\$ 1.046,28	R\$ 540,22	R\$ 1.620,66
04.06.02.056-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL)	R\$ 400,40	R\$ 1.201,20	R\$ 181,64	R\$ 544,92	R\$ 582,04	R\$ 1.746,12
04.06.02.057-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	R\$ 301,73	R\$ 905,19	R\$ 181,64	R\$ 544,92	R\$ 483,37	R\$ 1.450,11
04.06.02.058-2	TROCA DE AORTA DESCENDENTE (INCLUI ABDOMINAL)	R\$ 1.330,84	R\$ 3.992,52	R\$ 2.956,37	R\$ 8.869,11	R\$ 4.287,21	R\$ 12.861,63
04.06.02.059-0	TROMBECTOMIA DO SISTEMA VENOSO	R\$ 268,62	R\$ 805,86	R\$ 300,38	R\$ 901,14	R\$ 569,00	R\$ 1.707,00
04.06.02.060-4	VALVULOPLASTIAS DO SISTEMA VENOSO PROFUNDO	R\$ 587,24	R\$ 1.761,72	R\$ 988,48	R\$ 2.965,44	R\$ 1.575,72	R\$ 4.727,16



PREFEITURA
DE EXTREMA

Av. Nicolau Cesarino, 4000
Bela Vista | Extrema/MG | CEP 37645-002
Secretaria Municipal de Saúde
(35) 3435.5720
www.extrema.mg.gov.br

04.06.02.061-2	IMPLANTAÇÃO DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA SEMI OU TOTALMENTE IMPLANTAVEL (PROCEDIMENTO ESPECIAL)	R\$ 109,20	R\$ 327,60	R\$ 204,00	R\$ 612,00	R\$ 313,20	R\$ 939,60
04.06.02.062-0	RETIRADA DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA SEMI OU TOTALMENTE IMPLANTÁVEL	R\$ 5,34	R\$ 16,02	R\$ 15,40	R\$ 46,20	R\$ 20,74	R\$ 62,22

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.06.03.001-4	ANGIOPLASTIA CORONARIANA	R\$ 587,24	R\$ 1.761,72	R\$ 988,48	R\$ 2.965,44	R\$ 1.575,72	R\$ 4.727,16
04.06.03.002-2	ANGIOPLASTIA CORONARIANA C/ IMPLANTE DE DOIS STENTS	R\$ 997,72	R\$ 2.993,16	R\$ 988,48	R\$ 2.965,44	R\$ 1.986,20	R\$ 5.958,60
04.06.03.003-0	ANGIOPLASTIA CORONARIANA COM IMPLANTE DE STENT	R\$ 997,72	R\$ 2.993,16	R\$ 988,48	R\$ 2.965,44	R\$ 1.986,20	R\$ 5.958,60
04.06.03.004-9	ANGIOPLASTIA CORONARIANA PRIMÁRIA	R\$ 1.478,11	R\$ 4.434,33	R\$ 1.103,08	R\$ 3.309,24	R\$ 2.581,19	R\$ 7.743,57
04.06.03.005-7	ANGIOPLASTIA COM IMPLANTE DE DUPLO STENT EM AORTA/ARTERIA PULMONAR E RAMOS	R\$ 587,24	R\$ 1.761,72	R\$ 988,48	R\$ 2.965,44	R\$ 1.575,72	R\$ 4.727,16
04.06.03.006-5	ANGIOPLASTIA EM ENXERTO CORONARIANO	R\$ 997,72	R\$ 2.993,16	R\$ 988,48	R\$ 2.965,44	R\$ 1.986,20	R\$ 5.958,60
04.06.03.007-3	ANGIOPLASTIA EM ENXERTO CORONARIANO (COM IMPLANTE DE STENT)	R\$ 997,72	R\$ 2.993,16	R\$ 988,48	R\$ 2.965,44	R\$ 1.986,20	R\$ 5.958,60
04.06.03.008-1	ATRIOSEPTOSTOMIA COM CATETER BALÃO	R\$ 392,86	R\$ 1.178,58	R\$ 666,00	R\$ 1.998,00	R\$ 1.058,86	R\$ 3.176,58
04.06.03.009-0	FECHAMENTO PERCUTÂNEO DO CANAL ARTERIAL / FISTULAS ARTERIOVENOSAS COM LIBERAÇÃO DE COILS	R\$ 587,24	R\$ 1.761,72	R\$ 988,48	R\$ 2.965,44	R\$ 1.575,72	R\$ 4.727,16
04.06.03.010-3	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE SISTEMA CARDIOVASCULAR POR TÉCNICAS HEMODINÂMICAS	R\$ 122,20	R\$ 366,60	R\$ 534,52	R\$ 1.603,56	R\$ 656,72	R\$ 1.970,16
04.06.03.011-1	VALVULOPLASTIA AÓRTICA PERCUTÂNEA	R\$ 693,51	R\$ 2.080,53	R\$ 1.045,68	R\$ 3.137,04	R\$ 1.739,19	R\$ 5.217,57
04.06.03.012-0	VALVULOPLASTIA MITRAL PERCUTÂNEA	R\$ 693,51	R\$ 2.080,53	R\$ 1.045,68	R\$ 3.137,04	R\$ 1.739,19	R\$ 5.217,57
04.06.03.013-8	VALVULOPLASTIA PULMONAR PERCUTÂNEA	R\$ 392,86	R\$ 1.178,58	R\$ 666,00	R\$ 1.998,00	R\$ 1.058,86	R\$ 3.176,58
04.06.03.014-6	VALVULOPLASTIA TRICUSPIDE PERCUTANEA	R\$ 693,51	R\$ 2.080,53	R\$ 1.045,68	R\$ 3.137,04	R\$ 1.739,19	R\$ 5.217,57
04.06.03.015-4	FECHAMENTO PERCUTÂNEO DE COMUNICAÇÃO INTERATRIAL SEPTAL.	R\$ 3.365,37	R\$ 10.096,11	R\$ 13.778,81	R\$ 41.336,43	R\$ 17.144,18	R\$ 51.432,54

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.06.04.001-0	ALCOOLIZAÇÃO PERCUTÂNEA DE HEMANGIOMA E MALFORMAÇÃO VENOSAS (INCLUI ESTUDO ANGIOGRAFICO)	R\$ 60,58	R\$ 181,74	R\$ 222,60	R\$ 667,80	R\$ 283,18	R\$ 849,54
04.06.04.002-8	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE AORTA, VEIA CAVA / VASOS ILÍACOS (COM STENT)	R\$ 587,24	R\$ 1.761,72	R\$ 1.027,51	R\$ 3.082,53	R\$ 1.614,75	R\$ 4.844,25
04.06.04.004-4	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE AORTA, VEIA CAVA / VASOS ILÍACOS (SEM STENT)	R\$ 587,24	R\$ 1.761,72	R\$ 1.027,51	R\$ 3.082,53	R\$ 1.614,75	R\$ 4.844,25
04.06.04.005-2	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DAS EXTREMIDADES (SEM STENT)	R\$ 399,36	R\$ 1.198,08	R\$ 666,00	R\$ 1.998,00	R\$ 1.065,36	R\$ 3.196,08
04.06.04.006-0	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DAS EXTREMIDADES (COM STENT NÃO RECOBERTO)	R\$ 399,36	R\$ 1.198,08	R\$ 666,00	R\$ 1.998,00	R\$ 1.065,36	R\$ 3.196,08
04.06.04.007-9	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DAS EXTREMIDADES (COM STENT RECOBERTO)	R\$ 399,36	R\$ 1.198,08	R\$ 666,00	R\$ 1.998,00	R\$ 1.065,36	R\$ 3.196,08
04.06.04.008-7	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DO PESCOÇO / TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS (SEM STENT)	R\$ 399,36	R\$ 1.198,08	R\$ 666,00	R\$ 1.998,00	R\$ 1.065,36	R\$ 3.196,08
04.06.04.009-5	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS DO PESCOÇO OU TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS (COM STENT NÃO RECOBERTO)	R\$ 399,36	R\$ 1.198,08	R\$ 666,00	R\$ 1.998,00	R\$ 1.065,36	R\$ 3.196,08
04.06.04.010-9	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS VISCERAIS COM STENT NÃO RECOBERTO	R\$ 399,36	R\$ 1.198,08	R\$ 666,00	R\$ 1.998,00	R\$ 1.065,36	R\$ 3.196,08
04.06.04.011-7	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS VISCERAIS COM STENT RECOBERTO	R\$ 399,36	R\$ 1.198,08	R\$ 666,00	R\$ 1.998,00	R\$ 1.065,36	R\$ 3.196,08
04.06.04.012-5	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DE VASOS VISCERAIS / RENAIAS	R\$ 399,36	R\$ 1.198,08	R\$ 666,00	R\$ 1.998,00	R\$ 1.065,36	R\$ 3.196,08
04.06.04.013-3	ANGIOPLASTIA INTRALUMINAL DOS VASOS DO PESCOÇO / TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS (COM STENT RECOBERTO)	R\$ 399,36	R\$ 1.198,08	R\$ 666,00	R\$ 1.998,00	R\$ 1.065,36	R\$ 3.196,08
04.06.04.014-1	COLOCAÇÃO PERCUTÂNEA DE FILTRO DE VEIA CAVA (NA TROMBOSE VENOSA PERIFÉRICA E EMBOLIA PULMONAR)	R\$ 267,29	R\$ 801,87	R\$ 414,00	R\$ 1.242,00	R\$ 681,29	R\$ 2.043,87
04.06.04.015-0	CORREÇÃO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA / DISSECÇÃO DA AORTA ABDOMINAL COM ENDOPRÓTESE RETA / CÔNICA	R\$ 587,24	R\$ 1.761,72	R\$ 1.027,51	R\$ 3.082,53	R\$ 1.614,75	R\$ 4.844,25
04.06.04.016-8	CORREÇÃO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA / DISSECÇÃO DA AORTA ABDOMINAL E ILÍACAS COM ENDOPRÓTESE BIFURCADA	R\$ 587,24	R\$ 1.761,72	R\$ 1.027,52	R\$ 3.082,56	R\$ 1.614,76	R\$ 4.844,28
04.06.04.017-6	CORREÇÃO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA / DISSECÇÃO DA AORTA TORÁCICA COM ENDOPRÓTESE RETA OU CÔNICA	R\$ 587,24	R\$ 1.761,72	R\$ 1.027,51	R\$ 3.082,53	R\$ 1.614,75	R\$ 4.844,25
04.06.04.018-4	CORREÇÃO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA / DISSECÇÃO DAS ILÍACAS COM ENDOPRÓTESE TUBULAR	R\$ 587,24	R\$ 1.761,72	R\$ 1.027,51	R\$ 3.082,53	R\$ 1.614,75	R\$ 4.844,25

04.06.04.019-2	EMBOLIZAÇÃO ARTERIAL DE HEMORRAGIA DIGESTIVA (INCLUI PROCEDIMENTO ENDOSCÓPICO E/OU ESTUDO ANGIOGRÁFICO)	R\$ 399,36	R\$ 1.198,08	R\$ 666,00	R\$ 1.998,00	R\$ 1.065,36	R\$ 3.196,08
04.06.04.020-6	EMBOLIZAÇÃO DE MALFORMAÇÃO VASCULAR ARTÉRIO-VENOSA (INCLUI ESTUDO ANGIOGRÁFICO)	R\$ 399,36	R\$ 1.198,08	R\$ 666,00	R\$ 1.998,00	R\$ 1.065,36	R\$ 3.196,08
04.06.04.021-4	EMBOLIZAÇÃO DE MALFORMAÇÃO VASCULAR POR PUNÇÃO DIRETA (INCLUI DROGAS EMBOLIZANTES)	R\$ 399,36	R\$ 1.198,08	R\$ 666,00	R\$ 1.998,00	R\$ 1.065,36	R\$ 3.196,08
04.06.04.022-2	FECHAMENTO PERCUTÂNEO DE FISTULAS ARTERIOVENOSAS COM LIBERAÇÃO DE COILS	R\$ 399,36	R\$ 1.198,08	R\$ 666,00	R\$ 1.998,00	R\$ 1.065,36	R\$ 3.196,08
04.06.04.023-0	FIBRINOLISE INTRAVASCULAR POR CATETER (INCLUI FIBRINOLÍTICO)	R\$ 399,36	R\$ 1.198,08	R\$ 666,00	R\$ 1.998,00	R\$ 1.065,36	R\$ 3.196,08
04.06.04.024-9	FIBRINÓLISE PARA EMBOLIA PULMONAR MACICA INTRAVASCULAR POR CATETER (INCLUI FIBRINOLÍTICO)	R\$ 399,36	R\$ 1.198,08	R\$ 666,00	R\$ 1.998,00	R\$ 1.065,36	R\$ 3.196,08
04.06.04.025-7	FIBRINÓLISE VISCERAL INTRAVASCULAR POR CATETER (INCLUI FIBRINOLÍTICO)	R\$ 399,36	R\$ 1.198,08	R\$ 666,00	R\$ 1.998,00	R\$ 1.065,36	R\$ 3.196,08
04.06.04.026-5	IMPLANTAÇÃO DE SHUNT INTRA-HEPÁTICO PORTO-SISTÊMICO (TIPS) COM STENT NÃO RECOBERTO	R\$ 587,24	R\$ 1.761,72	R\$ 1.027,51	R\$ 3.082,53	R\$ 1.614,75	R\$ 4.844,25
04.06.04.027-3	OCCLUSÃO PERCUTÂNEA ENDOVASCULAR DE ARTÉRIA / VEIA	R\$ 399,36	R\$ 1.198,08	R\$ 666,00	R\$ 1.998,00	R\$ 1.065,36	R\$ 3.196,08
04.06.04.028-1	RECONSTRUÇÃO DA BIFURCAÇÃO AORTO-ILÍACA COM ANGIOPLASTIA E STENTS	R\$ 587,24	R\$ 1.761,72	R\$ 1.027,51	R\$ 3.082,53	R\$ 1.614,75	R\$ 4.844,25
04.06.04.029-0	TRATAMENTO DE EPISTAXE POR EMBOLIZAÇÃO (INCLUI ESTUDO ANGIOGRÁFICO E/OU ENDOSCÓPICO)	R\$ 399,36	R\$ 1.198,08	R\$ 666,00	R\$ 1.998,00	R\$ 1.065,36	R\$ 3.196,08
04.06.04.030-3	TRATAMENTO DE HEMATURIA OU SANGRAMENTO GENITAL POR EMBOLIZAÇÃO (INCLUI ESTUDO ANGIOGRÁFICO E/OU ENDOSCÓPICO)	R\$ 399,36	R\$ 1.198,08	R\$ 666,00	R\$ 1.998,00	R\$ 1.065,36	R\$ 3.196,08
04.06.04.031-1	TRATAMENTO DE HEMOPTISE POR EMBOLIZAÇÃO PERCUTÂNEA (INCLUI ESTUDO ANGIOGRÁFICO)	R\$ 399,36	R\$ 1.198,08	R\$ 666,00	R\$ 1.998,00	R\$ 1.065,36	R\$ 3.196,08
04.06.04.032-0	TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE FISTULAS ARTERIOVENOSAS	R\$ 399,36	R\$ 1.198,08	R\$ 666,00	R\$ 1.998,00	R\$ 1.065,36	R\$ 3.196,08
04.06.04.033-8	TRATAMENTO ENDOVASCULAR DO PSEUDOANEURISMA	R\$ 399,36	R\$ 1.198,08	R\$ 666,00	R\$ 1.998,00	R\$ 1.065,36	R\$ 3.196,08

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.06.05.001-5	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO DIAGNÓSTICO	R\$ 658,23	R\$ 1.974,69	R\$ 1.913,98	R\$ 5.741,94	R\$ 2.572,21	R\$ 7.716,63
04.06.05.002-3	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO I (ABLAÇÃO DE FLUTTER ATRIAL)	R\$ 867,15	R\$ 2.601,45	R\$ 3.462,72	R\$ 10.388,16	R\$ 4.329,87	R\$ 12.989,61
04.06.05.003-1	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO I (ABLAÇÃO DE TAQUICARDIA ATRIAL DIREITA)	R\$ 867,15	R\$ 2.601,45	R\$ 3.514,92	R\$ 10.544,76	R\$ 4.382,07	R\$ 13.146,21
04.06.05.004-0	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO I (ABLAÇÃO DE TAQUICARDIA POR REENTRADA NODAL DE VIAS ANÔMALAS DIREITAS, DE TV IDIOPÁTICA, DE VENTRÍCULO DIREITO E VENTRÍCULO ESQUERDO).	R\$ 867,15	R\$ 2.601,45	R\$ 3.439,19	R\$ 10.317,57	R\$ 4.306,34	R\$ 12.919,02
04.06.05.005-8	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO I (ABLAÇÃO DO NÓDULO ARCHOV-TAWARA)	R\$ 867,15	R\$ 2.601,45	R\$ 3.499,23	R\$ 10.497,69	R\$ 4.366,38	R\$ 13.099,14
04.06.05.006-6	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO II (ABLAÇÃO DAS VIAS ANÔMALAS MÚLTIPLAS)	R\$ 867,15	R\$ 2.601,45	R\$ 3.378,28	R\$ 10.134,84	R\$ 4.245,43	R\$ 12.736,29
04.06.05.007-4	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO II (ABLAÇÃO DE FIBRILAÇÃO ATRIAL)	R\$ 867,15	R\$ 2.601,45	R\$ 3.713,50	R\$ 11.140,50	R\$ 4.580,65	R\$ 13.741,95
04.06.05.008-2	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO II (ABLAÇÃO DE TAQUICARDIA ATRIAL CICATRICAL)	R\$ 867,15	R\$ 2.601,45	R\$ 4.175,87	R\$ 12.527,61	R\$ 5.043,02	R\$ 15.129,06
04.06.05.009-0	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO II (ABLAÇÃO DE TAQUICARDIA ATRIAL CICATRICAL)	R\$ 867,15	R\$ 2.601,45	R\$ 4.542,48	R\$ 13.627,44	R\$ 5.409,63	R\$ 16.228,89
04.06.05.010-4	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO II (ABLAÇÃO DE TAQUICARDIA ATRIAL ESQUERDA)	R\$ 867,15	R\$ 2.601,45	R\$ 3.886,83	R\$ 11.660,49	R\$ 4.753,98	R\$ 14.261,94
04.06.05.011-2	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO II (ABLAÇÃO DE TAQUICARDIA VENTRICULAR IDIOPÁTICA DO SEIO DE VALSALVA ESQUERDO)	R\$ 867,15	R\$ 2.601,45	R\$ 3.328,47	R\$ 9.985,41	R\$ 4.195,62	R\$ 12.586,86
04.06.05.012-0	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO II (ABLAÇÃO DE TAQUICARDIA VENTRICULAR SUSTENTADA COM CARDIOPATIA ESTRUTURAL)	R\$ 867,15	R\$ 2.601,45	R\$ 2.604,06	R\$ 7.812,18	R\$ 3.471,21	R\$ 10.413,63
04.06.05.013-9	ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO TERAPÊUTICO II (ABLAÇÃO DE VIAS ANÔMALAS ESQUERDAS)	R\$ 867,15	R\$ 2.601,45	R\$ 4.083,54	R\$ 12.250,62	R\$ 4.950,69	R\$ 14.852,07

GRUPO DE CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO	% DE ACRÉSCIDO NA TABELA SUS
CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO	200%

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.07.01.001-7	DEGASTROGASTRECTOMIA C/ OU S/ VAGOTOMIA	R\$ 244,95	R\$ 734,85	R\$ 542,08	R\$ 1.626,24	R\$ 787,03	R\$ 2.361,09
04.07.01.003-3	ESOFAGECTOMIA DISTAL C/ TORACOTOMIA	R\$ 269,08	R\$ 807,24	R\$ 1.564,48	R\$ 4.693,44	R\$ 1.833,56	R\$ 5.500,68
04.07.01.004-1	ESOFAGECTOMIA DISTAL S/ TORACOTOMIA	R\$ 269,08	R\$ 807,24	R\$ 1.564,48	R\$ 4.693,44	R\$ 1.833,56	R\$ 5.500,68
04.07.01.005-0	ESOFAGECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 245,03	R\$ 735,09	R\$ 532,20	R\$ 1.596,60	R\$ 777,23	R\$ 2.331,69
04.07.01.006-8	ESOFAGO-COLONPLASTIA	R\$ 350,13	R\$ 1.050,39	R\$ 1.564,44	R\$ 4.693,32	R\$ 1.914,57	R\$ 5.743,71
04.07.01.007-6	ESOFAGOGASTRECTOMIA	R\$ 284,91	R\$ 854,73	R\$ 900,76	R\$ 2.702,28	R\$ 1.185,67	R\$ 3.557,01
04.07.01.008-4	ESOFAGOPLASTIA / GASTROPLASTIA	R\$ 244,92	R\$ 734,76	R\$ 549,96	R\$ 1.649,88	R\$ 794,88	R\$ 2.384,64
04.07.01.009-2	ESOFAGORRAFIA CERVICAL	R\$ 245,00	R\$ 735,00	R\$ 542,65	R\$ 1.627,95	R\$ 787,65	R\$ 2.362,95
04.07.01.010-6	ESOFAGORRAFIA TORACICA	R\$ 245,07	R\$ 735,21	R\$ 542,58	R\$ 1.627,74	R\$ 787,65	R\$ 2.362,95
04.07.01.011-4	ESOFAGOSTOMIA	R\$ 245,04	R\$ 735,12	R\$ 542,81	R\$ 1.628,43	R\$ 787,85	R\$ 2.363,55
04.07.01.012-2	GASTRECTOMIA C/ OU S/ DESVIO DUODENAL	R\$ 2.000,00	R\$ 6.000,00	R\$ 2.350,00	R\$ 7.050,00	R\$ 4.350,00	R\$ 13.050,00
04.07.01.013-0	GASTRECTOMIA PARCIAL C/ OU S/ VAGOTOMIA	R\$ 197,30	R\$ 591,90	R\$ 704,89	R\$ 2.114,67	R\$ 902,19	R\$ 2.706,57
04.07.01.014-9	GASTRECTOMIA TOTAL	R\$ 179,39	R\$ 538,17	R\$ 521,76	R\$ 1.565,28	R\$ 701,15	R\$ 2.103,45
04.07.01.015-7	GASTRECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 175,00	R\$ 525,00	R\$ 434,16	R\$ 1.302,48	R\$ 609,16	R\$ 1.827,48
04.07.01.016-5	GASTROENTEROANASTOMOSE	R\$ 197,30	R\$ 591,90	R\$ 704,88	R\$ 2.114,64	R\$ 902,18	R\$ 2.706,54
04.07.01.017-3	GASTROPLASTIA C/ DERIVACAO INTESTINAL	R\$ 2.000,00	R\$ 6.000,00	R\$ 2.350,00	R\$ 7.050,00	R\$ 4.350,00	R\$ 13.050,00
04.07.01.018-1	GASTROPLASTIA VERTICAL COM BANDA	R\$ 1.500,00	R\$ 4.500,00	R\$ 2.350,00	R\$ 7.050,00	R\$ 3.850,00	R\$ 11.550,00
04.07.01.019-0	GASTRORRAFIA	R\$ 120,23	R\$ 360,69	R\$ 567,53	R\$ 1.702,59	R\$ 687,76	R\$ 2.063,28
04.07.01.020-3	GASTRORRAFIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 140,02	R\$ 420,06	R\$ 410,56	R\$ 1.231,68	R\$ 550,58	R\$ 1.651,74
04.07.01.021-1	GASTROSTOMIA	R\$ 120,23	R\$ 360,69	R\$ 567,53	R\$ 1.702,59	R\$ 687,76	R\$ 2.063,28
04.07.01.022-0	GASTROSTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 107,73	R\$ 323,19	R\$ 412,83	R\$ 1.238,49	R\$ 520,56	R\$ 1.561,68

04.07.01.023-8	PILOROPLASTIA	R\$ 197,27	R\$ 591,81	R\$ 704,92	R\$ 2.114,76	R\$ 902,19	R\$ 2.706,57
04.07.01.024-6	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA	R\$ 31,26	R\$ 93,78	R\$ -	R\$ -	R\$ 31,26	R\$ 93,78
04.07.01.025-4	RETIRADA DE POLIPO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA	R\$ -	R\$ -	R\$ 29,84	R\$ 89,52	R\$ 29,84	R\$ 89,52
04.07.01.027-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE ACALASIA (CARDIOMIOPLASTIA)	R\$ 295,91	R\$ 887,73	R\$ 1.974,30	R\$ 5.922,90	R\$ 2.270,21	R\$ 6.810,63
04.07.01.028-9	TRATAMENTO CIRURGICO DE DIVERTICULO DO TUBO DIGESTIVO	R\$ 256,74	R\$ 770,22	R\$ 566,17	R\$ 1.698,51	R\$ 822,91	R\$ 2.468,73
04.07.01.029-7	TRATAMENTO CIRURGICO DE REFLUXO GASTROESOFAGICO	R\$ 256,72	R\$ 770,16	R\$ 509,34	R\$ 1.528,02	R\$ 766,06	R\$ 2.298,18
04.07.01.030-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES ESOFAGICAS	R\$ 256,58	R\$ 769,74	R\$ 542,55	R\$ 1.627,65	R\$ 799,13	R\$ 2.397,39
04.07.01.033-5	TRATAMETO CIRURGICO DE MEGAESOFAGO SEM RESSECCAO / CONSERVADOR	R\$ 281,82	R\$ 845,46	R\$ 1.564,55	R\$ 4.693,65	R\$ 1.846,37	R\$ 5.539,11
04.07.01.034-3	VAGOTOMIA C/ OPERACAO DE DRENAGEM	R\$ 187,90	R\$ 563,70	R\$ 521,79	R\$ 1.565,37	R\$ 709,69	R\$ 2.129,07
04.07.01.035-1	VAGOTOMIA SUPERSELETIVA / GASTRICA PROXIMAL	R\$ 256,66	R\$ 769,98	R\$ 521,80	R\$ 1.565,40	R\$ 778,46	R\$ 2.335,38
04.07.01.036-0	GASTRECTOMIA VERTICAL EM MANGA (SLEEVE)	R\$ 1.745,00	R\$ 5.235,00	R\$ 2.350,00	R\$ 7.050,00	R\$ 4.095,00	R\$ 12.285,00
04.07.01.037-8	TRATAMENTO DE INTERCORRENCIAS CIRURGICA POS- CIRURGIA BARIÁTRICA	R\$ 183,00	R\$ 549,00	R\$ 792,00	R\$ 2.376,00	R\$ 975,00	R\$ 2.925,00
04.07.01.038-6	CIRURGIA BARIÁTRICA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	R\$ 2.000,00	R\$ 6.000,00	R\$ 4.145,00	R\$ 12.435,00	R\$ 6.145,00	R\$ 18.435,00

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.07.02.001-2	AMPUTACAO COMPLETA ABDOMINO-PERINEAL DO RETO	R\$ 256,59	R\$ 769,77	R\$ 1.147,31	R\$ 3.441,93	R\$ 1.403,90	R\$ 4.211,70
04.07.02.002-0	AMPUTACAO POR PROCIDENCIA DE RETO	R\$ 183,32	R\$ 549,96	R\$ 533,16	R\$ 1.599,48	R\$ 716,48	R\$ 2.149,44
04.07.02.003-9	APENDICECTOMIA	R\$ 161,03	R\$ 483,09	R\$ 253,59	R\$ 760,77	R\$ 414,62	R\$ 1.243,86
04.07.02.004-7	APENDICECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 178,43	R\$ 535,29	R\$ 242,97	R\$ 728,91	R\$ 421,40	R\$ 1.264,20
04.07.02.006-3	COLECTOMIA PARCIAL (HEMICOLECTOMIA)	R\$ 267,26	R\$ 801,78	R\$ 1.550,19	R\$ 4.650,57	R\$ 1.817,45	R\$ 5.452,35
04.07.02.007-1	COLECTOMIA TOTAL	R\$ 256,58	R\$ 769,74	R\$ 1.147,33	R\$ 3.441,99	R\$ 1.403,91	R\$ 4.211,73
04.07.02.008-0	COLECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 256,59	R\$ 769,77	R\$ 1.024,16	R\$ 3.072,48	R\$ 1.280,75	R\$ 3.842,25
04.07.02.009-8	COLORRAFIA POR VIA ABDOMINAL	R\$ 146,69	R\$ 440,07	R\$ 482,41	R\$ 1.447,23	R\$ 629,10	R\$ 1.887,30
04.07.02.010-1	COLOSTOMIA	R\$ 189,32	R\$ 567,96	R\$ 984,45	R\$ 2.953,35	R\$ 1.173,77	R\$ 3.521,31
04.07.02.011-0	CRIPTECTOMIA UNICA / MULTIPLA	R\$ 69,04	R\$ 207,12	R\$ 56,43	R\$ 169,29	R\$ 125,47	R\$ 376,41

04.07.02.012-8	DILATAÇÃO DIGITAL / INSTRUMENTAL DO ANUS E/OU RETO	R\$ -	R\$ -	R\$ 13,06	R\$ 39,18	R\$ 13,06	R\$ 39,18
04.07.02.013-6	DRENAGEM DE ABSCESSO ANU-RETAL	R\$ 50,62	R\$ 151,86	R\$ 108,53	R\$ 325,59	R\$ 159,15	R\$ 477,45
04.07.02.014-4	DRENAGEM DE ABSCESSO ISQUIORRETAL	R\$ 73,28	R\$ 219,84	R\$ 97,19	R\$ 291,57	R\$ 170,47	R\$ 511,41
04.07.02.015-2	DRENAGEM DE HEMATOMA / ABSCESSO RETRO-RETAL	R\$ 146,70	R\$ 440,10	R\$ 321,68	R\$ 965,04	R\$ 468,38	R\$ 1.405,14
04.07.02.017-9	ENTERECTOMIA	R\$ 189,33	R\$ 567,99	R\$ 1.027,87	R\$ 3.083,61	R\$ 1.217,20	R\$ 3.651,60
04.07.02.018-7	ENTEROANASTOMOSE (QUALQUER SEGMENTO)	R\$ 189,34	R\$ 568,02	R\$ 985,02	R\$ 2.955,06	R\$ 1.174,36	R\$ 3.523,08
04.07.02.019-5	ENTEROPEXIA (QUALQUER SEGMENTO)	R\$ 146,69	R\$ 440,07	R\$ 482,43	R\$ 1.447,29	R\$ 629,12	R\$ 1.887,36
04.07.02.020-9	ENTEROTOMIA E/OU ENTERORRAFIA C/ SUTURA / RESSECAO (QUALQUER SEGMENTO)	R\$ 145,34	R\$ 436,02	R\$ 642,70	R\$ 1.928,10	R\$ 788,04	R\$ 2.364,12
04.07.02.021-7	ESFINCTEROTOMIA INTERNA E TRATAMENTO DE FISSURA ANAL	R\$ 80,65	R\$ 241,95	R\$ 166,16	R\$ 498,48	R\$ 246,81	R\$ 740,43
04.07.02.022-5	EXCISAO DE LESAO / TUMOR ANU-RETAL	R\$ 97,44	R\$ 292,32	R\$ 237,91	R\$ 713,73	R\$ 335,35	R\$ 1.006,05
04.07.02.023-3	EXCISAO DE LESAO INTESTINAL / MESENTERICA LOCALIZADA	R\$ 146,69	R\$ 440,07	R\$ 503,39	R\$ 1.510,17	R\$ 650,08	R\$ 1.950,24
04.07.02.024-1	FECHAMENTO DE ENTEROSTOMIA (QUALQUER SEGMENTO)	R\$ 146,69	R\$ 440,07	R\$ 503,40	R\$ 1.510,20	R\$ 650,09	R\$ 1.950,27
04.07.02.025-0	FECHAMENTO DE FISTULA DE COLON	R\$ 177,31	R\$ 531,93	R\$ 718,94	R\$ 2.156,82	R\$ 896,25	R\$ 2.688,75
04.07.02.026-8	FECHAMENTO DE FISTULA DE RETO	R\$ 146,69	R\$ 440,07	R\$ 227,45	R\$ 682,35	R\$ 374,14	R\$ 1.122,42
04.07.02.027-6	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	R\$ 80,65	R\$ 241,95	R\$ 173,47	R\$ 520,41	R\$ 254,12	R\$ 762,36
04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA	R\$ 124,84	R\$ 374,52	R\$ 191,10	R\$ 573,30	R\$ 315,94	R\$ 947,82
04.07.02.029-2	HERNIORRAFIA C/ RESSECAO INTESTINAL (HERNIA ESTRANGULADA)	R\$ 109,99	R\$ 329,97	R\$ 268,70	R\$ 806,10	R\$ 378,69	R\$ 1.136,07
04.07.02.030-6	JEJUNOSTOMIA / ILEOSTOMIA	R\$ 183,19	R\$ 549,57	R\$ 759,38	R\$ 2.278,14	R\$ 942,57	R\$ 2.827,71
04.07.02.032-2	PLASTICA ANAL EXTERNA / ESFINCTEROPLASTIA ANAL	R\$ 73,11	R\$ 219,33	R\$ 105,13	R\$ 315,39	R\$ 178,24	R\$ 534,72
04.07.02.033-0	PROCTOCOLECTOMIA TOTAL C/ RESERVATORIO ILEAL	R\$ 256,60	R\$ 769,80	R\$ 1.197,19	R\$ 3.591,57	R\$ 1.453,79	R\$ 4.361,37
04.07.02.034-9	PROCTOPEXIA ABDOMINAL POR PROCIDENCIA DO RETO	R\$ 146,63	R\$ 439,89	R\$ 247,42	R\$ 742,26	R\$ 394,05	R\$ 1.182,15
04.07.02.035-7	PROCTOPLASTIA E PROCTORRAFIA POR VIA PERINEAL	R\$ 146,69	R\$ 440,07	R\$ 227,45	R\$ 682,35	R\$ 374,14	R\$ 1.122,42
04.07.02.036-5	REDUCAO CIRURGICA DE VOLVO POR LAPAROTOMIA	R\$ 153,55	R\$ 460,65	R\$ 637,67	R\$ 1.913,01	R\$ 791,22	R\$ 2.373,66
04.07.02.038-1	REMOCAO CIRURGICA DE FECALOMA	R\$ 117,07	R\$ 351,21	R\$ 310,10	R\$ 930,30	R\$ 427,17	R\$ 1.281,51
04.07.02.040-3	RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINAL	R\$ 256,56	R\$ 769,68	R\$ 1.197,23	R\$ 3.591,69	R\$ 1.453,79	R\$ 4.361,37
04.07.02.041-1	RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINO-PERINEAL	R\$ 256,56	R\$ 769,68	R\$ 1.197,23	R\$ 3.591,69	R\$ 1.453,79	R\$ 4.361,37
04.07.02.042-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE ANOMALIAS CONGENITAS DO ANUS E RETO	R\$ 100,93	R\$ 302,79	R\$ 111,92	R\$ 335,76	R\$ 212,85	R\$ 638,55

04.07.02.043-8	TRATAMENTO CIRURGICO DE AUENCIA DO RETO (ABDOMINO-PERINEAL)	R\$ 256,56	R\$ 769,68	R\$ 1.177,27	R\$ 3.531,81	R\$ 1.433,83	R\$ 4.301,49
04.07.02.044-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE ILEO MECONIAL	R\$ 183,30	R\$ 549,90	R\$ 761,23	R\$ 2.283,69	R\$ 944,53	R\$ 2.833,59
04.07.02.045-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE IMPERFURACAO MEMBRANOSA DO ANUS	R\$ 108,64	R\$ 325,92	R\$ 130,81	R\$ 392,43	R\$ 239,45	R\$ 718,35
04.07.02.046-2	TRATAMENTO CIRURGICO DE MA ROTACAO INTESTINAL	R\$ 256,64	R\$ 769,92	R\$ 761,22	R\$ 2.283,66	R\$ 1.017,86	R\$ 3.053,58
04.07.02.047-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE PROLAPSO ANAL	R\$ 73,33	R\$ 219,99	R\$ 110,31	R\$ 330,93	R\$ 183,64	R\$ 550,92

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.07.03.001-8	ANASTOMOSE BILEO-DIGESTIVA	R\$ 202,74	R\$ 608,22	R\$ 958,57	R\$ 2.875,71	R\$ 1.161,31	R\$ 3.483,93
04.07.03.002-6	COLECISTECTOMIA	R\$ 248,61	R\$ 745,83	R\$ 447,16	R\$ 1.341,48	R\$ 695,77	R\$ 2.087,31
04.07.03.003-4	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 171,78	R\$ 515,34	R\$ 521,27	R\$ 1.563,81	R\$ 693,05	R\$ 2.079,15
04.07.03.004-2	COLECISTOSTOMIA	R\$ 226,01	R\$ 678,03	R\$ 406,49	R\$ 1.219,47	R\$ 632,50	R\$ 1.897,50
04.07.03.005-0	COLEDOCOPLASTIA	R\$ 183,37	R\$ 550,11	R\$ 386,02	R\$ 1.158,06	R\$ 569,39	R\$ 1.708,17
04.07.03.006-9	COLEDOCOTOMIA C/ OU S/ COLECISTECTOMIA	R\$ 210,91	R\$ 632,73	R\$ 406,50	R\$ 1.219,50	R\$ 617,41	R\$ 1.852,23
04.07.03.007-7	COLEDOCOTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 183,36	R\$ 550,08	R\$ 381,43	R\$ 1.144,29	R\$ 564,79	R\$ 1.694,37
04.07.03.012-3	ESPLENECTOMIA	R\$ 186,86	R\$ 560,58	R\$ 789,12	R\$ 2.367,36	R\$ 975,98	R\$ 2.927,94
04.07.03.013-1	HEPATECTOMIA PARCIAL	R\$ 439,97	R\$ 1.319,91	R\$ 755,04	R\$ 2.265,12	R\$ 1.195,01	R\$ 3.585,03
04.07.03.014-0	HEPATORRAFIA	R\$ 196,64	R\$ 589,92	R\$ 914,23	R\$ 2.742,69	R\$ 1.110,87	R\$ 3.332,61
04.07.03.015-8	HEPATORRAFIA COMPLEXA C/ LESAO DE ESTRUTURAS VASCULARES BILIARES	R\$ 196,64	R\$ 589,92	R\$ 914,23	R\$ 2.742,69	R\$ 1.110,87	R\$ 3.332,61
04.07.03.016-6	HEPATOTOMIA E DRENAGEM DE ABSCESSO / CISTO	R\$ 178,76	R\$ 536,28	R\$ 680,31	R\$ 2.040,93	R\$ 859,07	R\$ 2.577,21
04.07.03.017-4	MARSUPIALIZACAO DE ABSCESSO / CISTO	R\$ 183,24	R\$ 549,72	R\$ 680,29	R\$ 2.040,87	R\$ 863,53	R\$ 2.590,59
04.07.03.018-2	PANCREATECTOMIA PARCIAL	R\$ 183,29	R\$ 549,87	R\$ 591,66	R\$ 1.774,98	R\$ 774,95	R\$ 2.324,85
04.07.03.019-0	PANCREATECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 110,00	R\$ 330,00	R\$ 574,13	R\$ 1.722,39	R\$ 684,13	R\$ 2.052,39
04.07.03.020-4	PANCREATO-DUODENECTOMIA	R\$ 256,73	R\$ 770,19	R\$ 1.346,73	R\$ 4.040,19	R\$ 1.603,46	R\$ 4.810,38
04.07.03.021-2	PANCREATO-ENTEROSTOMIA	R\$ 230,87	R\$ 692,61	R\$ 1.346,73	R\$ 4.040,19	R\$ 1.577,60	R\$ 4.732,80
04.07.03.022-0	PANCREATOTOMIA P/ DRENAGEM	R\$ 183,28	R\$ 549,84	R\$ 591,68	R\$ 1.775,04	R\$ 774,96	R\$ 2.324,88
04.07.03.024-7	TRATAMENTO CIRURGICO DE CISTOS PANCREATICOS	R\$ 230,87	R\$ 692,61	R\$ 1.346,72	R\$ 4.040,16	R\$ 1.577,59	R\$ 4.732,77

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.07.04.001-3	DRENAGEM DE ABSCESSO PELVICO	R\$ 152,19	R\$ 456,57	R\$ 564,94	R\$ 1.694,82	R\$ 717,13	R\$ 2.151,39
04.07.04.002-1	DRENAGEM DE ABSCESSO SUBFRENICO	R\$ 176,55	R\$ 529,65	R\$ 806,28	R\$ 2.418,84	R\$ 982,83	R\$ 2.948,49
04.07.04.003-0	DRENAGEM DE HEMATOMA / ABSCESSO PRE-PERITONEAL	R\$ 116,15	R\$ 348,45	R\$ 321,68	R\$ 965,04	R\$ 437,83	R\$ 1.313,49
04.07.04.004-8	HERNIOPLASTIA DIAFRAGMATICA (VIA ABDOMINAL)	R\$ 160,48	R\$ 481,44	R\$ 647,65	R\$ 1.942,95	R\$ 808,13	R\$ 2.424,39
04.07.04.005-6	HERNIOPLASTIA DIAFRAGMATICA (VIA TORACICA)	R\$ 183,39	R\$ 550,17	R\$ 647,51	R\$ 1.942,53	R\$ 830,90	R\$ 2.492,70
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA	R\$ 150,08	R\$ 450,24	R\$ 409,79	R\$ 1.229,37	R\$ 559,87	R\$ 1.679,61
04.07.04.007-2	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 110,01	R\$ 330,03	R\$ 251,53	R\$ 754,59	R\$ 361,54	R\$ 1.084,62
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	R\$ 147,69	R\$ 443,07	R\$ 392,23	R\$ 1.176,69	R\$ 539,92	R\$ 1.619,76
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	R\$ 146,99	R\$ 440,97	R\$ 279,03	R\$ 837,09	R\$ 426,02	R\$ 1.278,06
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	R\$ 146,96	R\$ 440,88	R\$ 298,55	R\$ 895,65	R\$ 445,51	R\$ 1.336,53
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	R\$ 137,40	R\$ 412,20	R\$ 279,03	R\$ 837,09	R\$ 416,43	R\$ 1.249,29
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	R\$ 136,44	R\$ 409,32	R\$ 298,55	R\$ 895,65	R\$ 434,99	R\$ 1.304,97
04.07.04.013-7	HERNIORRAFIA INGUINAL VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 110,01	R\$ 330,03	R\$ 266,94	R\$ 800,82	R\$ 376,95	R\$ 1.130,85
04.07.04.014-5	HERNIORRAFIA S/ RESSECCAO INTESTINAL (HERNIA ESTRANGULADA)	R\$ 106,45	R\$ 319,35	R\$ 313,49	R\$ 940,47	R\$ 419,94	R\$ 1.259,82
04.07.04.015-3	HERNIORRAFIA UMBILICAL VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 110,02	R\$ 330,06	R\$ 250,64	R\$ 751,92	R\$ 360,66	R\$ 1.081,98
04.07.04.016-1	LAPAROTOMIA EXPLORADORA	R\$ 139,99	R\$ 419,97	R\$ 497,20	R\$ 1.491,60	R\$ 637,19	R\$ 1.911,57
04.07.04.017-0	LAPAROTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA PARA DRENAGEM E/OU BIOPSIA	R\$ 133,43	R\$ 400,29	R\$ 472,72	R\$ 1.418,16	R\$ 606,15	R\$ 1.818,45
04.07.04.018-8	LIBERACAO DE ADERENCIAS INTESTINAIS	R\$ 145,22	R\$ 435,66	R\$ 683,84	R\$ 2.051,52	R\$ 829,06	R\$ 2.487,18
04.07.04.019-6	PARACENTESE ABDOMINAL	R\$ -	R\$ -	R\$ 12,27	R\$ 36,81	R\$ 12,27	R\$ 36,81
04.07.04.020-0	PERITONIOSTOMIA C/ TELA INORGANICA	R\$ 183,41	R\$ 550,23	R\$ 634,12	R\$ 1.902,36	R\$ 817,53	R\$ 2.452,59
04.07.04.021-8	PNEUMOPERITONIO (POR SESSAO)	R\$ -	R\$ -	R\$ 13,63	R\$ 40,89	R\$ 13,63	R\$ 40,89
04.07.04.022-6	REPARACAO DE OUTRAS HERNIAS	R\$ 118,75	R\$ 356,25	R\$ 263,44	R\$ 790,32	R\$ 382,19	R\$ 1.146,57
04.07.04.023-4	RESSECCAO DO EPILOM	R\$ 146,69	R\$ 440,07	R\$ 352,68	R\$ 1.058,04	R\$ 499,37	R\$ 1.498,11
04.07.04.024-2	RESSUTURA DE PAREDE ABDOMINAL (POR DEISCENCIA TOTAL / EVISCERACAO)	R\$ 106,45	R\$ 319,35	R\$ 425,44	R\$ 1.276,32	R\$ 531,89	R\$ 1.595,67
04.07.04.025-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE PERITONITE	R\$ 183,30	R\$ 549,90	R\$ 792,95	R\$ 2.378,85	R\$ 976,25	R\$ 2.928,75
04.07.04.026-9	VAGOTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 256,67	R\$ 770,01	R\$ 541,39	R\$ 1.624,17	R\$ 798,06	R\$ 2.394,18

GRUPO DE CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO	% DE ACRÉSCIDO NA TABELA SUS
CIRURGIA DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR	200%

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.08.01.001-0	ARTRODESE DE GRANDES ARTICULAÇÕES ESCAPULO-TORÁCICAS	R\$ 144,19	R\$ 432,57	R\$ 210,72	R\$ 632,16	R\$ 354,91	R\$ 1.064,73
04.08.01.002-9	ARTRODESE DE GRANDES ARTICULAÇÕES ESCAPULO-UMERAIS	R\$ 166,68	R\$ 500,04	R\$ 210,72	R\$ 632,16	R\$ 377,40	R\$ 1.132,20
04.08.01.003-7	ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL (NÃO CONVENCIONAL)	R\$ 146,93	R\$ 440,79	R\$ 445,21	R\$ 1.335,63	R\$ 592,14	R\$ 1.776,42
04.08.01.004-5	ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL PARCIAL	R\$ 232,77	R\$ 698,31	R\$ 380,58	R\$ 1.141,74	R\$ 613,35	R\$ 1.840,05
04.08.01.005-3	ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL TOTAL	R\$ 146,93	R\$ 440,79	R\$ 445,21	R\$ 1.335,63	R\$ 592,14	R\$ 1.776,42
04.08.01.006-1	ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL TOTAL - REVISÃO / RECONSTRUÇÃO	R\$ 192,47	R\$ 577,41	R\$ 405,33	R\$ 1.215,99	R\$ 597,80	R\$ 1.793,40
04.08.01.007-0	DESARTICULACAO DA ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	R\$ 226,07	R\$ 678,21	R\$ 220,02	R\$ 660,06	R\$ 446,09	R\$ 1.338,27
04.08.01.008-8	DESARTICULACAO INTERESCAPULO-TORÁCICA	R\$ 333,78	R\$ 1.001,34	R\$ 801,39	R\$ 2.404,17	R\$ 1.135,17	R\$ 3.405,51
04.08.01.009-6	ESCAPULOPEXIA C/ OU S/ OSTEOTOMIA DA ESCAPULA / RESSECÇÃO BARRA OMO-CERVICAL	R\$ 350,00	R\$ 1.050,00	R\$ 1.250,27	R\$ 3.750,81	R\$ 1.600,27	R\$ 4.800,81
04.08.01.010-0	OSTECTOMIA DA CLAVÍCULA OU DA ESCÁPULA	R\$ 104,50	R\$ 313,50	R\$ 192,62	R\$ 577,86	R\$ 297,12	R\$ 891,36
04.08.01.011-8	OSTEOTOMIA DA CLAVÍCULA OU DA ESCÁPULA	R\$ 101,26	R\$ 303,78	R\$ 183,01	R\$ 549,03	R\$ 284,27	R\$ 852,81
04.08.01.012-6	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA E FRATURA-LUXACAO AO NIVEL DA CINTURA ESCAPULAR	R\$ -	R\$ -	R\$ 44,28	R\$ 132,84	R\$ 44,28	R\$ 132,84
04.08.01.013-4	REDUCAO INCRUENTA DE LUXAÇÃO OU FRATURA / LUXAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL	R\$ 66,66	R\$ 199,98	R\$ 99,33	R\$ 297,99	R\$ 165,99	R\$ 497,97
04.08.01.014-2	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)	R\$ 133,28	R\$ 399,84	R\$ 162,47	R\$ 487,41	R\$ 295,75	R\$ 887,25
04.08.01.015-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA	R\$ 103,18	R\$ 309,54	R\$ 275,52	R\$ 826,56	R\$ 378,70	R\$ 1.136,10
04.08.01.016-9	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO COLO E CAVIDADE GLENOIDE DE ESCAPULA	R\$ 166,74	R\$ 500,22	R\$ 212,41	R\$ 637,23	R\$ 379,15	R\$ 1.137,45
04.08.01.017-7	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO CORPO DE ESCAPULA	R\$ 133,35	R\$ 400,05	R\$ 168,05	R\$ 504,15	R\$ 301,40	R\$ 904,20

04.08.01.018-5	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR	R\$ 102,15	R\$ 306,45	R\$ 275,44	R\$ 826,32	R\$ 377,59	R\$ 1.132,77
04.08.01.019-3	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ESCAPULO-UMERAL AGUDA	R\$ 133,35	R\$ 400,05	R\$ 168,05	R\$ 504,15	R\$ 301,40	R\$ 904,20
04.08.01.020-7	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ESTERNO-CLAVICULAR	R\$ 284,85	R\$ 854,55	R\$ 168,05	R\$ 504,15	R\$ 452,90	R\$ 1.358,70
04.08.01.021-5	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO RECIDIVANTE / HABITUAL DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	R\$ 166,74	R\$ 500,22	R\$ 212,41	R\$ 637,23	R\$ 379,15	R\$ 1.137,45
04.08.01.022-3	TRATAMENTO CIRURGICO DE RETARDO DE CONSOLIDACAO DA PSEUDARTROSE DE CLAVICULA / ESCAPULA	R\$ 101,26	R\$ 303,78	R\$ 183,01	R\$ 549,03	R\$ 284,27	R\$ 852,81
04.08.01.023-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SÍNDROME DO IMPACTO SUB-ACROMIAL	R\$ 133,28	R\$ 399,84	R\$ 162,47	R\$ 487,41	R\$ 295,75	R\$ 887,25

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.08.02.001-6	AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE MÃO E PUNHO	R\$ 83,43	R\$ 250,29	R\$ 109,87	R\$ 329,61	R\$ 193,30	R\$ 579,90
04.08.02.002-4	AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE MEMBROS SUPERIORES	R\$ 121,65	R\$ 364,95	R\$ 237,81	R\$ 713,43	R\$ 359,46	R\$ 1.078,38
04.08.02.003-2	ARTRODESE DE MÉDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 99,20	R\$ 297,60	R\$ 131,17	R\$ 393,51	R\$ 230,37	R\$ 691,11
04.08.02.004-0	ARTROPLASTIA DE ARTICULAÇÃO DA MÃO	R\$ 164,68	R\$ 494,04	R\$ 151,80	R\$ 455,40	R\$ 316,48	R\$ 949,44
04.08.02.005-9	ARTROPLASTIA DE CABEÇA DO RÁDIO	R\$ 99,84	R\$ 299,52	R\$ 182,82	R\$ 548,46	R\$ 282,66	R\$ 847,98
04.08.02.006-7	ARTROPLASTIA DE PUNHO	R\$ 110,53	R\$ 331,59	R\$ 135,90	R\$ 407,70	R\$ 246,43	R\$ 739,29
04.08.02.007-5	ARTROPLASTIA TOTAL DE COTOVELO	R\$ 211,57	R\$ 634,71	R\$ 283,36	R\$ 850,08	R\$ 494,93	R\$ 1.484,79
04.08.02.008-3	ARTROPLASTIA TOTAL DE COTOVELO (REVISAO / RECONSTRUCAO)	R\$ 165,23	R\$ 495,69	R\$ 237,35	R\$ 712,05	R\$ 402,58	R\$ 1.207,74
04.08.02.009-1	RESSECÇÃO DO OLECRANO E/OU CABEÇA DO RÁDIO	R\$ 101,38	R\$ 304,14	R\$ 208,13	R\$ 624,39	R\$ 309,51	R\$ 928,53
04.08.02.010-5	FASCIOTOMIA DE MEMBROS SUPERIORES	R\$ 87,16	R\$ 261,48	R\$ 113,35	R\$ 340,05	R\$ 200,51	R\$ 601,53
04.08.02.011-3	INSTALACAO DE TRAÇÃO ESQUELÉTICA DO MEMBRO SUPERIOR	R\$ 15,00	R\$ 45,00	R\$ -	R\$ -	R\$ 15,00	R\$ 45,00
04.08.02.012-1	REALINHAMENTO DE MECANISMO EXTENSOR DOS DEDOS DA MÃO	R\$ 88,58	R\$ 265,74	R\$ 116,95	R\$ 350,85	R\$ 205,53	R\$ 616,59
04.08.02.013-0	RECONSTRUÇÃO CAPSULO-LIGAMENTAR DE COTOVELO PUNHO	R\$ 97,48	R\$ 292,44	R\$ 143,95	R\$ 431,85	R\$ 241,43	R\$ 724,29
04.08.02.014-8	RECONSTRUÇÃO DE POLIA TENDINOSA DOS DEDOS DA MÃO	R\$ 88,58	R\$ 265,74	R\$ 116,95	R\$ 350,85	R\$ 205,53	R\$ 616,59

04.08.02.015-6	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA / LESÃO FISARIA DE COTOVELO	R\$ 76,69	R\$ 230,07	R\$ 75,68	R\$ 227,04	R\$ 152,37	R\$ 457,11
04.08.02.016-4	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA / LESÃO FISARIA DO EXTREMO PROXIMAL DO ÚMERO	R\$ 63,14	R\$ 189,42	R\$ 62,87	R\$ 188,61	R\$ 126,01	R\$ 378,03
04.08.02.017-2	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA / LESÃO FISARIA NO PUNHO	R\$ 55,90	R\$ 167,70	R\$ 51,34	R\$ 154,02	R\$ 107,24	R\$ 321,72
04.08.02.018-0	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA / LUXAÇÃO DE MONTEGGIA OU DE GALEAZZI	R\$ 60,19	R\$ 180,57	R\$ 55,26	R\$ 165,78	R\$ 115,45	R\$ 346,35
04.08.02.019-9	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO	R\$ 59,66	R\$ 178,98	R\$ 54,78	R\$ 164,34	R\$ 114,44	R\$ 343,32
04.08.02.020-2	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	R\$ 60,19	R\$ 180,57	R\$ 55,26	R\$ 165,78	R\$ 115,45	R\$ 346,35
04.08.02.021-0	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DOS METACARPÍANOS	R\$ 55,90	R\$ 167,70	R\$ 51,34	R\$ 154,02	R\$ 107,24	R\$ 321,72
04.08.02.022-9	REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO DO COTOVELO	R\$ 95,23	R\$ 285,69	R\$ 174,57	R\$ 523,71	R\$ 269,80	R\$ 809,40
04.08.02.024-5	REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO OU FRATURA / LUXAÇÃO NO PUNHO	R\$ 55,90	R\$ 167,70	R\$ 51,34	R\$ 154,02	R\$ 107,24	R\$ 321,72
04.08.02.025-3	REIMPLANTE DO OMBRO ATÉ O TERÇO MÉDIO DO ANTEBRAÇO	R\$ 443,21	R\$ 1.329,63	R\$ 2.017,91	R\$ 6.053,73	R\$ 2.461,12	R\$ 7.383,36
04.08.02.026-1	REIMPLANTE DO TERÇO DISTAL DO ANTEBRAÇO ATÉ OS METACARPÍANOS	R\$ 443,21	R\$ 1.329,63	R\$ 2.017,91	R\$ 6.053,73	R\$ 2.461,12	R\$ 7.383,36
04.08.02.027-0	REIMPLANTE OU REVASCULARIZAÇÃO AO NÍVEL DA MÃO E OUTROS DEDOS (EXCETO POLEGAR)	R\$ 102,75	R\$ 308,25	R\$ 256,09	R\$ 768,27	R\$ 358,84	R\$ 1.076,52
04.08.02.028-8	REIMPLANTE OU REVASCULARIZAÇÃO DO POLEGAR	R\$ 164,40	R\$ 493,20	R\$ 324,53	R\$ 973,59	R\$ 488,93	R\$ 1.466,79
04.08.02.029-6	REVISÃO CIRÚRGICA DE COTO DE AMPUTAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR (EXCETO MÃO)	R\$ 69,48	R\$ 208,44	R\$ 102,46	R\$ 307,38	R\$ 171,94	R\$ 515,82
04.08.02.030-0	TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO SUPERIOR	R\$ 87,13	R\$ 261,39	R\$ 107,76	R\$ 323,28	R\$ 194,89	R\$ 584,67
04.08.02.031-8	TRANSPOSIÇÃO DA ULNA PARA O RÁDIO	R\$ 132,67	R\$ 398,01	R\$ 233,70	R\$ 701,10	R\$ 366,37	R\$ 1.099,11
04.08.02.032-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO	R\$ 91,19	R\$ 273,57	R\$ 149,96	R\$ 449,88	R\$ 241,15	R\$ 723,45
04.08.02.033-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO ÚMERO	R\$ 134,59	R\$ 403,77	R\$ 364,39	R\$ 1.093,17	R\$ 498,98	R\$ 1.496,94
04.08.02.034-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DAS FALANGES DA MÃO (COM FIXAÇÃO)	R\$ 82,91	R\$ 248,73	R\$ 109,69	R\$ 329,07	R\$ 192,60	R\$ 577,80
04.08.02.035-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DE EPITROClea DO ÚMERO	R\$ 110,15	R\$ 330,45	R\$ 201,27	R\$ 603,81	R\$ 311,42	R\$ 934,26

04.08.02.036-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DO CÔNDILO / TRÓCLEA/APOFISE CORONÓIDE DO ULNA / CABEÇA DO RÁDIO	R\$ 121,17	R\$ 363,51	R\$ 247,47	R\$ 742,41	R\$ 368,64	R\$ 1.105,92
04.08.02.037-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS METACARPÍANOS	R\$ 111,51	R\$ 334,53	R\$ 146,75	R\$ 440,25	R\$ 258,26	R\$ 774,78
04.08.02.038-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA SUPRACONDILIANA DO ÚMERO	R\$ 134,68	R\$ 404,04	R\$ 365,06	R\$ 1.095,18	R\$ 499,74	R\$ 1.499,22
04.08.02.039-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO	R\$ 122,44	R\$ 367,32	R\$ 242,51	R\$ 727,53	R\$ 364,95	R\$ 1.094,85
04.08.02.040-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	R\$ 94,31	R\$ 282,93	R\$ 159,49	R\$ 478,47	R\$ 253,80	R\$ 761,40
04.08.02.041-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE EXTREMIDADES / METÁFISE PROXIMAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	R\$ 132,66	R\$ 397,98	R\$ 233,71	R\$ 701,13	R\$ 366,37	R\$ 1.099,11
04.08.02.042-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRAÇO (C/ SINTESE)	R\$ 172,11	R\$ 516,33	R\$ 375,19	R\$ 1.125,57	R\$ 547,30	R\$ 1.641,90
04.08.02.043-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA ULNA	R\$ 95,94	R\$ 287,82	R\$ 169,35	R\$ 508,05	R\$ 265,29	R\$ 795,87
04.08.02.044-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	R\$ 89,94	R\$ 269,82	R\$ 111,08	R\$ 333,24	R\$ 201,02	R\$ 603,06
04.08.02.045-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA-LUXAÇÃO DE GALEAZZI / MONTEGGIA / ESSEX-LOPRESTI	R\$ 132,66	R\$ 397,98	R\$ 233,71	R\$ 701,13	R\$ 366,37	R\$ 1.099,11
04.08.02.046-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO	R\$ 98,93	R\$ 296,79	R\$ 151,63	R\$ 454,89	R\$ 250,56	R\$ 751,68
04.08.02.047-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE GIGANTISMO DA MÃO	R\$ 100,01	R\$ 300,03	R\$ 119,66	R\$ 358,98	R\$ 219,67	R\$ 659,01
04.08.02.048-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO AGUDA CAPSULO-LIGAMENTAR DO MEMBRO SUPERIOR: COTOVELO / PUNHO	R\$ 97,48	R\$ 292,44	R\$ 143,95	R\$ 431,85	R\$ 241,43	R\$ 724,29
04.08.02.049-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO DA MUSCULATURA INTRÍNSECA DA MÃO	R\$ 95,78	R\$ 287,34	R\$ 126,31	R\$ 378,93	R\$ 222,09	R\$ 666,27
04.08.02.050-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO EVOLUTIVA FISARIA NO MEMBRO SUPERIOR	R\$ 100,99	R\$ 302,97	R\$ 160,65	R\$ 481,95	R\$ 261,64	R\$ 784,92
04.08.02.051-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO CARPO-METACARPIANA	R\$ 90,06	R\$ 270,18	R\$ 118,88	R\$ 356,64	R\$ 208,94	R\$ 626,82
04.08.02.052-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO DOS OSSOS DO CARPO	R\$ 89,94	R\$ 269,82	R\$ 111,08	R\$ 333,24	R\$ 201,02	R\$ 603,06
04.08.02.053-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METACARPO-FALANGIANA	R\$ 82,90	R\$ 248,70	R\$ 109,70	R\$ 329,10	R\$ 192,60	R\$ 577,80
04.08.02.054-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO OU FRATURA-LUXAÇÃO DO COTOVELO	R\$ 110,15	R\$ 330,45	R\$ 201,27	R\$ 603,81	R\$ 311,42	R\$ 934,26

04.08.02.055-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA MÃO	R\$ 87,53	R\$ 262,59	R\$ 115,59	R\$ 346,77	R\$ 203,12	R\$ 609,36
04.08.02.056-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DO ANTEBRAÇO	R\$ 148,18	R\$ 444,54	R\$ 323,20	R\$ 969,60	R\$ 471,38	R\$ 1.414,14
04.08.02.057-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DO ÚMERO	R\$ 122,44	R\$ 367,32	R\$ 254,87	R\$ 764,61	R\$ 377,31	R\$ 1.131,93
04.08.02.058-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE AO NÍVEL DO COTOVELO	R\$ 183,47	R\$ 550,41	R\$ 260,61	R\$ 781,83	R\$ 444,08	R\$ 1.332,24
04.08.02.059-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE NA REGIÃO METAFISE-EPIFISÁRIA DISTAL DO RÁDIO E ULNA	R\$ 102,76	R\$ 308,28	R\$ 126,53	R\$ 379,59	R\$ 229,29	R\$ 687,87
04.08.02.060-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDO-RETARDO / CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA AO ÍVEL DO CARPO	R\$ 102,76	R\$ 308,28	R\$ 126,53	R\$ 379,59	R\$ 229,29	R\$ 687,87
04.08.02.061-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA / DESINSERÇÃO / ARRANCAMENTO CAPSULO-TENO-LIGAMENTAR NA MÃO	R\$ 111,51	R\$ 334,53	R\$ 146,75	R\$ 440,25	R\$ 258,26	R\$ 774,78
04.08.02.062-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SINDACTILIA DA MÃO (POR ESPACO INTERDIGITAL)	R\$ 82,81	R\$ 248,43	R\$ 109,79	R\$ 329,37	R\$ 192,60	R\$ 577,80
04.08.02.063-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SINOSTOSE RÁDIO ULNAR	R\$ 134,71	R\$ 404,13	R\$ 237,17	R\$ 711,51	R\$ 371,88	R\$ 1.115,64
04.08.02.064-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO P/ CENTRALIZAÇÃO DO PUNHO	R\$ 110,53	R\$ 331,59	R\$ 135,90	R\$ 407,70	R\$ 246,43	R\$ 739,29

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.08.03.001-1	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO TORÁCICA POSTERIOR CINCO NIVEIS	R\$ 1.155,78	R\$ 3.467,34	R\$ 1.625,92	R\$ 4.877,76	R\$ 2.781,70	R\$ 8.345,10
04.08.03.002-0	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO-TORÁCICA POSTERIOR UM NIVEL	R\$ 611,00	R\$ 1.833,00	R\$ 965,00	R\$ 2.895,00	R\$ 1.576,00	R\$ 4.728,00
04.08.03.003-8	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO-TORÁCICA POSTERIOR DOIS NÍVEIS	R\$ 470,00	R\$ 1.410,00	R\$ 833,00	R\$ 2.499,00	R\$ 1.303,00	R\$ 3.909,00
04.08.03.004-6	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO-TORÁCICA POSTERIOR SEIS NÍVEIS	R\$ 350,00	R\$ 1.050,00	R\$ 1.250,27	R\$ 3.750,81	R\$ 1.600,27	R\$ 4.800,81
04.08.03.005-4	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO-TORÁCICA POSTERIOR TRES NÍVEIS	R\$ 1.155,78	R\$ 3.467,34	R\$ 1.625,92	R\$ 4.877,76	R\$ 2.781,70	R\$ 8.345,10
04.08.03.006-2	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR TRÊS NIVEIS	R\$ 611,00	R\$ 1.833,00	R\$ 1.461,72	R\$ 4.385,16	R\$ 2.072,72	R\$ 6.218,16
04.08.03.007-0	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR DOIS NÍVEIS	R\$ 470,00	R\$ 1.410,00	R\$ 943,00	R\$ 2.829,00	R\$ 1.413,00	R\$ 4.239,00
04.08.03.008-9	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR C1-C2 VIA TRANS-ORAL / EXTRA-ORAL	R\$ 638,76	R\$ 1.916,28	R\$ 1.080,30	R\$ 3.240,90	R\$ 1.719,06	R\$ 5.157,18
04.08.03.009-7	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR CINCO NÍVEIS	R\$ 1.155,78	R\$ 3.467,34	R\$ 1.625,92	R\$ 4.877,76	R\$ 2.781,70	R\$ 8.345,10

04.08.03.010-0	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR QUATRO NÍVEIS	R\$ 1.155,78	R\$ 3.467,34	R\$ 1.625,92	R\$ 4.877,76	R\$ 2.781,70	R\$ 8.345,10
04.08.03.011-9	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR UM NÍVEL	R\$ 470,00	R\$ 1.410,00	R\$ 943,00	R\$ 2.829,00	R\$ 1.413,00	R\$ 4.239,00
04.08.03.012-7	ARTRODESE CERVICAL POSTERIOR C1-C2	R\$ 470,00	R\$ 1.410,00	R\$ 833,15	R\$ 2.499,45	R\$ 1.303,15	R\$ 3.909,45
04.08.03.013-5	ARTRODESE INTERSOMATICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL UM NÍVEL	R\$ 611,00	R\$ 1.833,00	R\$ 1.272,27	R\$ 3.816,81	R\$ 1.883,27	R\$ 5.649,81
04.08.03.014-3	ARTRODESE INTERSOMATICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL DOIS NÍVEIS	R\$ 770,95	R\$ 2.312,85	R\$ 1.395,34	R\$ 4.186,02	R\$ 2.166,29	R\$ 6.498,87
04.08.03.015-1	ARTRODESE INTERSOMATICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL QUATRO NÍVEIS	R\$ 770,95	R\$ 2.312,85	R\$ 1.395,34	R\$ 4.186,02	R\$ 2.166,29	R\$ 6.498,87
04.08.03.016-0	ARTRODESE INTERSOMATICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL TRES NÍVEIS	R\$ 770,95	R\$ 2.312,85	R\$ 1.395,34	R\$ 4.186,02	R\$ 2.166,29	R\$ 6.498,87
04.08.03.017-8	ARTRODESE OCCIPITO-CERVICAL (C2) POSTERIOR	R\$ 611,00	R\$ 1.833,00	R\$ 943,00	R\$ 2.829,00	R\$ 1.554,00	R\$ 4.662,00
04.08.03.018-6	ARTRODESE OCCIPITO-CERVICAL (C3)POSTERIOR	R\$ 611,00	R\$ 1.833,00	R\$ 943,00	R\$ 2.829,00	R\$ 1.554,00	R\$ 4.662,00
04.08.03.019-4	ARTRODESE OCCIPITO-CERVICAL (C4)POSTERIOR	R\$ 611,00	R\$ 1.833,00	R\$ 943,00	R\$ 2.829,00	R\$ 1.554,00	R\$ 4.662,00
04.08.03.020-8	ARTRODESE OCCIPITO-CERVICAL (C5) POSTERIOR	R\$ 611,00	R\$ 1.833,00	R\$ 943,00	R\$ 2.829,00	R\$ 1.554,00	R\$ 4.662,00
04.08.03.021-6	ARTRODESE OCCIPITO-CERVICAL (C6)POSTERIOR	R\$ 611,00	R\$ 1.833,00	R\$ 943,00	R\$ 2.829,00	R\$ 1.554,00	R\$ 4.662,00
04.08.03.022-4	ARTRODESE OCCIPITO-CERVICAL (C7) POSTERIOR	R\$ 611,00	R\$ 1.833,00	R\$ 943,00	R\$ 2.829,00	R\$ 1.554,00	R\$ 4.662,00
04.08.03.023-2	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA ANTERIOR UM NÍVEL	R\$ 470,99	R\$ 1.412,97	R\$ 1.251,30	R\$ 3.753,90	R\$ 1.722,29	R\$ 5.166,87
04.08.03.024-0	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA ANTERIOR DOIS NIVEIS	R\$ 470,00	R\$ 1.410,00	R\$ 1.250,27	R\$ 3.750,81	R\$ 1.720,27	R\$ 5.160,81
04.08.03.025-9	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA ANTERIOR, TRES NIVEIS,	R\$ 1.155,78	R\$ 3.467,34	R\$ 1.625,92	R\$ 4.877,76	R\$ 2.781,70	R\$ 8.345,10
04.08.03.026-7	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR UM NÍVEL	R\$ 470,00	R\$ 1.410,00	R\$ 1.252,37	R\$ 3.757,11	R\$ 1.722,37	R\$ 5.167,11
04.08.03.027-5	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR TRÊS NIVEIS	R\$ 1.155,78	R\$ 3.467,34	R\$ 1.625,92	R\$ 4.877,76	R\$ 2.781,70	R\$ 8.345,10
04.08.03.028-3	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR CINCO NÍVEIS	R\$ 1.155,78	R\$ 3.467,34	R\$ 1.625,92	R\$ 4.877,76	R\$ 2.781,70	R\$ 8.345,10
04.08.03.029-1	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR, DOIS NÍVEIS,	R\$ 1.155,78	R\$ 3.467,34	R\$ 1.625,92	R\$ 4.877,76	R\$ 2.781,70	R\$ 8.345,10
04.08.03.030-5	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR, QUATRO NÍVEIS,	R\$ 1.155,78	R\$ 3.467,34	R\$ 1.625,92	R\$ 4.877,76	R\$ 2.781,70	R\$ 8.345,10

04.08.03.031-3	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR, SEIS NÍVEIS,	R\$ 1.155,78	R\$ 3.467,34	R\$ 1.625,92	R\$ 4.877,76	R\$ 2.781,70	R\$ 8.345,10
04.08.03.032-1	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR, SETE NIVEIS,	R\$ 1.155,78	R\$ 3.467,34	R\$ 1.625,92	R\$ 4.877,76	R\$ 2.781,70	R\$ 8.345,10
04.08.03.033-0	COSTO-TRANVERSECTOMIA	R\$ 328,44	R\$ 985,32	R\$ 843,39	R\$ 2.530,17	R\$ 1.171,83	R\$ 3.515,49
04.08.03.034-8	COSTOPLASTIA (3 OU MAIS COSTELAS)	R\$ 328,44	R\$ 985,32	R\$ 164,15	R\$ 492,45	R\$ 492,59	R\$ 1.477,77
04.08.03.035-6	DESCOMPRESSÃO DA JUNÇÃO CRANIO-CERVICAL VIA TRANSORAL / RETROFARINGEA	R\$ 830,00	R\$ 2.490,00	R\$ 953,10	R\$ 2.859,30	R\$ 1.783,10	R\$ 5.349,30
04.08.03.036-4	DESCOMPRESSÃO OSSEA NA JUNÇÃO CRANIO-CERVICAL VIA POSTERIOR	R\$ 470,00	R\$ 1.410,00	R\$ 795,63	R\$ 2.386,89	R\$ 1.265,63	R\$ 3.796,89
04.08.03.037-2	DESCOMPRESSÃO OSSEA NA JUNÇÃO CRANIO-CERVICAL VIA POSTERIOR C/ DUROPLASTIA	R\$ 611,00	R\$ 1.833,00	R\$ 833,26	R\$ 2.499,78	R\$ 1.444,26	R\$ 4.332,78
04.08.03.038-0	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (1 NÍVEL C/ MICROSCÓPIO)	R\$ 470,00	R\$ 1.410,00	R\$ 1.250,27	R\$ 3.750,81	R\$ 1.720,27	R\$ 5.160,81
04.08.03.039-9	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (UM NÍVEL)	R\$ 333,39	R\$ 1.000,17	R\$ 431,32	R\$ 1.293,96	R\$ 764,71	R\$ 2.294,13
04.08.03.040-2	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (DOIS NÍVEIS)	R\$ 380,00	R\$ 1.140,00	R\$ 625,48	R\$ 1.876,44	R\$ 1.005,48	R\$ 3.016,44
04.08.03.041-0	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (DOIS OU MAIS NÍVEIS C/ MICROSCÓPIO)	R\$ 533,52	R\$ 1.600,56	R\$ 1.252,40	R\$ 3.757,20	R\$ 1.785,92	R\$ 5.357,76
04.08.03.042-9	DISCECTOMIA CERVICAL ANTERIOR (ATÉ 2 NÍVEIS C/ MICROSCÓPIO)	R\$ 470,00	R\$ 1.410,00	R\$ 1.250,27	R\$ 3.750,81	R\$ 1.720,27	R\$ 5.160,81
04.08.03.043-7	DISCECTOMIA CERVICAL POR VIA ANTERIOR (1 NÍVEL)	R\$ 380,00	R\$ 1.140,00	R\$ 963,00	R\$ 2.889,00	R\$ 1.343,00	R\$ 4.029,00
04.08.03.044-5	DISCECTOMIA CERVICAL POR VIA ANTERIOR (2 OU MAIS NÍVEIS)	R\$ 533,52	R\$ 1.600,56	R\$ 1.193,00	R\$ 3.579,00	R\$ 1.726,52	R\$ 5.179,56
04.08.03.045-3	DISCECTOMIA TORACO-LOMBO-SACRA POR VIA ANTERIOR (C/ 2 OU MAIS NÍVEIS)	R\$ 456,00	R\$ 1.368,00	R\$ 1.250,27	R\$ 3.750,81	R\$ 1.706,27	R\$ 5.118,81
04.08.03.046-1	DISCECTOMIA TORACO-LOMBO-SACRA POR VIA ANTERIOR (1 NÍVEL)	R\$ 456,00	R\$ 1.368,00	R\$ 1.250,27	R\$ 3.750,81	R\$ 1.706,27	R\$ 5.118,81
04.08.03.047-0	DRENAGEM CIRÚRGICA DO ILIOPSOAS	R\$ 94,01	R\$ 282,03	R\$ 204,77	R\$ 614,31	R\$ 298,78	R\$ 896,34
04.08.03.048-8	INSTALAÇÃO DE TRAÇÃO CRANIANA	R\$ 35,00	R\$ 105,00	R\$ -	R\$ -	R\$ 35,00	R\$ 105,00

04.08.03.050-0	RESSECÇÃO DE 2 OU MAIS CORPOS VERTEBRAIS CERVICAIS	R\$ 611,00	R\$ 1.833,00	R\$ 1.342,23	R\$ 4.026,69	R\$ 1.953,23	R\$ 5.859,69
04.08.03.051-8	RESSECÇÃO DE 2 OU MAIS CORPOS VERTEBRAIS TORACO-LOMBO-SACROS	R\$ 611,00	R\$ 1.833,00	R\$ 1.342,23	R\$ 4.026,69	R\$ 1.953,23	R\$ 5.859,69
04.08.03.052-6	RESSECÇÃO DE COCCIX	R\$ 79,20	R\$ 237,60	R\$ 116,79	R\$ 350,37	R\$ 195,99	R\$ 587,97
04.08.03.053-4	RESSECÇÃO DE ELEMENTO VERTEBRAL POSTERIOR / POSTERO-LATERAL / DISTAL A C2 (MAIS DE 2 SEGMENTOS)	R\$ 345,60	R\$ 1.036,80	R\$ 833,26	R\$ 2.499,78	R\$ 1.178,86	R\$ 3.536,58
04.08.03.054-2	RESSECÇÃO DE ELEMENTO VERTEBRAL POSTERIOR / POSTERO-LATERAL DISTAL A C2 (AT 2 SEGMENTOS)	R\$ 288,00	R\$ 864,00	R\$ 795,63	R\$ 2.386,89	R\$ 1.083,63	R\$ 3.250,89
04.08.03.055-0	RESSECÇÃO DE UM CORPO VERTEBRAL CERVICAL	R\$ 470,00	R\$ 1.410,00	R\$ 1.252,40	R\$ 3.757,20	R\$ 1.722,40	R\$ 5.167,20
04.08.03.056-9	RESSECÇÃO DE UM CORPO VERTEBRAL TORACO-LOMBO-SACRO	R\$ 470,00	R\$ 1.410,00	R\$ 1.252,40	R\$ 3.757,20	R\$ 1.722,40	R\$ 5.167,20
04.08.03.057-7	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA COLUNA CERVICAL POR VIA ANTERIOR	R\$ 380,00	R\$ 1.140,00	R\$ 1.252,40	R\$ 3.757,20	R\$ 1.632,40	R\$ 4.897,20
04.08.03.058-5	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA COLUNA CERVICAL POR VIA POSTERIOR	R\$ 226,95	R\$ 680,85	R\$ 737,99	R\$ 2.213,97	R\$ 964,94	R\$ 2.894,82
04.08.03.059-3	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA COLUNA TORACO-LOMBO-SACRA POR VIA ANTERIOR	R\$ 380,00	R\$ 1.140,00	R\$ 1.252,40	R\$ 3.757,20	R\$ 1.632,40	R\$ 4.897,20
04.08.03.060-7	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA COLUNA TORACO-LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR	R\$ 226,95	R\$ 680,85	R\$ 1.656,48	R\$ 4.969,44	R\$ 1.883,43	R\$ 5.650,29
04.08.03.061-5	REVISÃO DE ARTRODESE / TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTOSE DA COLUNA TORACO-LOMBO-SACRA ANTERIOR	R\$ 611,00	R\$ 1.833,00	R\$ 1.317,11	R\$ 3.951,33	R\$ 1.928,11	R\$ 5.784,33
04.08.03.062-3	REVISÃO DE ARTRODESE / TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTOSE DA COLUNA CERVICAL POSTERIOR	R\$ 770,99	R\$ 2.312,97	R\$ 843,25	R\$ 2.529,75	R\$ 1.614,24	R\$ 4.842,72
04.08.03.063-1	REVISÃO DE ARTRODESE / TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTOSE DA COLUNA TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR	R\$ 768,86	R\$ 2.306,58	R\$ 843,25	R\$ 2.529,75	R\$ 1.612,11	R\$ 4.836,33
04.08.03.064-0	REVISÃO DE ARTRODESE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDOARTORSE DA COLUNA CERVICAL ANTERIOR	R\$ 470,00	R\$ 1.410,00	R\$ 943,00	R\$ 2.829,00	R\$ 1.413,00	R\$ 4.239,00
04.08.03.065-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERO-POSTERIOR NOVE OU MAIS NÍVEIS	R\$ 1.156,43	R\$ 3.469,29	R\$ 1.812,35	R\$ 5.437,05	R\$ 2.968,78	R\$ 8.906,34

04.08.03.066-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERIOR OITO NÍVEIS	R\$ 1.002,24	R\$ 3.006,72	R\$ 1.637,49	R\$ 4.912,47	R\$ 2.639,73	R\$ 7.919,19
04.08.03.067-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERIOR QUATRO NÍVEIS	R\$ 470,00	R\$ 1.410,00	R\$ 1.250,27	R\$ 3.750,81	R\$ 1.720,27	R\$ 5.160,81
04.08.03.068-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERIOR CINCO NÍVEIS	R\$ 611,00	R\$ 1.833,00	R\$ 1.395,34	R\$ 4.186,02	R\$ 2.006,34	R\$ 6.019,02
04.08.03.069-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERIOR POSTERIOR ATÉ OITO NÍVEIS	R\$ 611,00	R\$ 1.833,00	R\$ 1.395,34	R\$ 4.186,02	R\$ 2.006,34	R\$ 6.019,02
04.08.03.070-4	VERTEBROPLASTIA POR DISPOSITIVO GUIADO EM UM NÍVEL	R\$ 230,00	R\$ 690,00	R\$ 755,52	R\$ 2.266,56	R\$ 985,52	R\$ 2.956,56
04.08.03.071-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERIOR SEIS NÍVEIS	R\$ 1.155,12	R\$ 3.465,36	R\$ 1.625,65	R\$ 4.876,95	R\$ 2.780,77	R\$ 8.342,31
04.08.03.072-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERIOR SETE NÍVEIS	R\$ 611,00	R\$ 1.833,00	R\$ 1.395,34	R\$ 4.186,02	R\$ 2.006,34	R\$ 6.019,02
04.08.03.073-9	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR OITO NIVEIS	R\$ 611,00	R\$ 1.833,00	R\$ 1.463,13	R\$ 4.389,39	R\$ 2.074,13	R\$ 6.222,39
04.08.03.074-7	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA NIVEL C1 - C2 POR VIA ANTERIOR (OSTEOSSINTESE)	R\$ 470,00	R\$ 1.410,00	R\$ 1.250,27	R\$ 3.750,81	R\$ 1.720,27	R\$ 5.160,81
04.08.03.075-5	TRATAMENTO CIRURGICO DE TORCICOLO CONGENITO	R\$ 133,35	R\$ 400,05	R\$ 129,61	R\$ 388,83	R\$ 262,96	R\$ 788,88
04.08.03.076-3	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR NOVE NIVEIS	R\$ 1.002,24	R\$ 3.006,72	R\$ 1.638,49	R\$ 4.915,47	R\$ 2.640,73	R\$ 7.922,19
04.08.03.077-1	TRATAMENTO CIRURGICO DESCOMPRESSIVO AO NIVEL DO DESFILADEIRO TORACICO	R\$ 105,41	R\$ 316,23	R\$ 219,16	R\$ 657,48	R\$ 324,57	R\$ 973,71
04.08.03.078-0	VERTEBROPLASTIA POR DISPOSITIVO GUIADO DOIS NIVEIS	R\$ 350,00	R\$ 1.050,00	R\$ 756,52	R\$ 2.269,56	R\$ 1.106,52	R\$ 3.319,56
04.08.03.079-8	VERTEBROPLASTIA POR DISPOSITIVO GUIADO TRES NIVEIS	R\$ 230,00	R\$ 690,00	R\$ 755,52	R\$ 2.266,56	R\$ 985,52	R\$ 2.956,56
04.08.03.080-1	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR DOZE NIVEIS OU MAIS	R\$ 1.002,24	R\$ 3.006,72	R\$ 1.638,49	R\$ 4.915,47	R\$ 2.640,73	R\$ 7.922,19

04.08.03.081-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR DEZ NIVEIS	R\$ 1.002,24	R\$ 3.006,72	R\$ 1.638,49	R\$ 4.915,47	R\$ 2.640,73	R\$ 7.922,19
04.08.03.082-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR ONZE NÍVEIS	R\$ 1.002,24	R\$ 3.006,72	R\$ 1.638,49	R\$ 4.915,47	R\$ 2.640,73	R\$ 7.922,19
04.08.03.083-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERIOR DOIS NÍVEIS	R\$ 1.002,24	R\$ 3.006,72	R\$ 1.638,49	R\$ 4.915,47	R\$ 2.640,73	R\$ 7.922,19
04.08.03.084-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA ANTERIOR TRÊS NÍVEIS	R\$ 1.002,24	R\$ 3.006,72	R\$ 1.638,49	R\$ 4.915,47	R\$ 2.640,73	R\$ 7.922,19
04.08.03.085-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR CINCO NÍVEIS	R\$ 1.002,24	R\$ 3.006,72	R\$ 1.638,49	R\$ 4.915,47	R\$ 2.640,73	R\$ 7.922,19
04.08.03.086-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR SEIS NÍVEIS	R\$ 1.002,24	R\$ 3.006,72	R\$ 1.504,70	R\$ 4.514,10	R\$ 2.506,94	R\$ 7.520,82
04.08.03.087-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR TRÊS NÍVEIS	R\$ 1.002,24	R\$ 3.006,72	R\$ 1.638,49	R\$ 4.915,47	R\$ 2.640,73	R\$ 7.922,19
04.08.03.088-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR QUATRO NÍVEIS	R\$ 1.002,24	R\$ 3.006,72	R\$ 1.638,49	R\$ 4.915,47	R\$ 2.640,73	R\$ 7.922,19
04.08.03.089-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR DOIS NIVEIS	R\$ 1.002,24	R\$ 3.006,72	R\$ 1.618,49	R\$ 4.855,47	R\$ 2.620,73	R\$ 7.862,19
04.08.03.090-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE DA COLUNA VIA POSTERIOR SETE NÍVEIS	R\$ 1.002,24	R\$ 3.006,72	R\$ 1.618,49	R\$ 4.855,47	R\$ 2.620,73	R\$ 7.862,19
04.08.03.091-7	ARTRODESE CERVICAL / CERVICO TORÁCICA POSTERIOR QUATRO NÍVEIS	R\$ 1.155,78	R\$ 3.467,34	R\$ 1.625,92	R\$ 4.877,76	R\$ 2.781,70	R\$ 8.345,10

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.08.04.001-7	ARTRODESE COXOFEMORAL	R\$ 291,54	R\$ 874,62	R\$ 1.343,74	R\$ 4.031,22	R\$ 1.635,28	R\$ 4.905,84
04.08.04.002-5	ARTRODESE DA SÍNFISE PÚBLICA	R\$ 189,66	R\$ 568,98	R\$ 595,29	R\$ 1.785,87	R\$ 784,95	R\$ 2.354,85
04.08.04.003-3	ARTRODESE DE ARTICULAÇÕES SACROILIACAS	R\$ 189,66	R\$ 568,98	R\$ 595,29	R\$ 1.785,87	R\$ 784,95	R\$ 2.354,85
04.08.04.004-1	ARTROPLASTIA DE QUADRIL (NÃO CONVENCIONAL)	R\$ 291,52	R\$ 874,56	R\$ 1.343,75	R\$ 4.031,25	R\$ 1.635,27	R\$ 4.905,81
04.08.04.005-0	ARTROPLASTIA PARCIAL DE QUADRIL	R\$ 278,16	R\$ 834,48	R\$ 1.292,50	R\$ 3.877,50	R\$ 1.570,66	R\$ 4.711,98
04.08.04.006-8	ARTROPLASTIA TOTAL DE CONVERSÃO DO QUADRIL	R\$ 330,49	R\$ 991,47	R\$ 1.585,60	R\$ 4.756,80	R\$ 1.916,09	R\$ 5.748,27
04.08.04.007-6	ARTROPLASTIA DE REVISÃO OU RECONSTRUÇÃO DO QUADRIL	R\$ 377,09	R\$ 1.131,27	R\$ 1.301,78	R\$ 3.905,34	R\$ 1.678,87	R\$ 5.036,61
04.08.04.008-4	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO QUADRIL CIMENTADA	R\$ 291,52	R\$ 874,56	R\$ 1.343,75	R\$ 4.031,25	R\$ 1.635,27	R\$ 4.905,81
04.08.04.009-2	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO QUADRIL NÃO CIMENTADA / HÍBRIDA	R\$ 267,00	R\$ 801,00	R\$ 947,72	R\$ 2.843,16	R\$ 1.214,72	R\$ 3.644,16
04.08.04.010-6	DESARTICULAÇÃO COXOFEMORAL	R\$ 291,57	R\$ 874,71	R\$ 1.343,71	R\$ 4.031,13	R\$ 1.635,28	R\$ 4.905,84
04.08.04.011-4	DESARTICULAÇÃO INTERÍLIO-ABDOMINAL	R\$ 333,78	R\$ 1.001,34	R\$ 1.660,47	R\$ 4.981,41	R\$ 1.994,25	R\$ 5.982,75
04.08.04.012-2	EPIFISIODESE DO TROCANTER MAIOR DO FÊMUR	R\$ 225,28	R\$ 675,84	R\$ 534,15	R\$ 1.602,45	R\$ 759,43	R\$ 2.278,29
04.08.04.013-0	EPIFISIODESE FEMORAL PROXIMAL IN SITU	R\$ 225,28	R\$ 675,84	R\$ 534,14	R\$ 1.602,42	R\$ 759,42	R\$ 2.278,26
04.08.04.014-9	OSTECTOMIA DA PELVE	R\$ 189,67	R\$ 569,01	R\$ 595,28	R\$ 1.785,84	R\$ 784,95	R\$ 2.354,85
04.08.04.015-7	OSTEOTOMIA DA PELVE	R\$ 195,67	R\$ 587,01	R\$ 639,45	R\$ 1.918,35	R\$ 835,12	R\$ 2.505,36
04.08.04.016-5	RECONSTRUÇÃO OSTEOPLASTICA DO QUADRIL	R\$ 330,49	R\$ 991,47	R\$ 1.271,68	R\$ 3.815,04	R\$ 1.602,17	R\$ 4.806,51
04.08.04.017-3	REDUÇÃO INCRUENTA C/ MANIPULAÇÃO DE LUXAÇÃO ESPONTANEA / PROGRESSIVA DO QUADRIL COM APLICAÇÃO DE DISPOSITIVOS DE CONTENÇÃO	R\$ 37,24	R\$ 111,72	R\$ 112,80	R\$ 338,40	R\$ 150,04	R\$ 450,12
04.08.04.018-1	REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO CONGÊNITA COXOFEMORAL	R\$ 57,29	R\$ 171,87	R\$ 94,92	R\$ 284,76	R\$ 152,21	R\$ 456,63
04.08.04.019-0	REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO COXOFEMORAL TRAUMÁTICA / PÓS-ARTROPLASTIA	R\$ 69,08	R\$ 207,24	R\$ 63,43	R\$ 190,29	R\$ 132,51	R\$ 397,53
04.08.04.020-3	REDUÇÃO INCRUENTA DISJUNÇÃO / LUXAÇÃO / FRATURA / FRATURA-LUXAÇÃO AO NÍVEL DO ANEL PÉLVICO	R\$ 63,72	R\$ 191,16	R\$ 58,50	R\$ 175,50	R\$ 122,22	R\$ 366,66
04.08.04.021-1	RETIRADA DE ENXERTO AUTÓGENO DE ILÍACO	R\$ -	R\$ -	R\$ 57,61	R\$ 172,83	R\$ 57,61	R\$ 172,83

04.08.04.022-0	REVISÃO CIRÚRGICA DE LUXAÇÃO COXOFEMORAL CONGÊNITA	R\$ 437,28	R\$ 1.311,84	R\$ 1.343,75	R\$ 4.031,25	R\$ 1.781,03	R\$ 5.343,09
04.08.04.023-8	TRANSPOSIÇÃO / ALONGAMENTO MIOTENDINOSO DO ILIOPSOAS EM DOENÇA NEUROMUSCULAR	R\$ 189,76	R\$ 569,28	R\$ 595,19	R\$ 1.785,57	R\$ 784,95	R\$ 2.354,85
04.08.04.024-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA AVULSÃO DE TUBEROSIDADES / ESPINHAS E CRISTA ILÍACA S/ LESÃO DO ANEL PÉLVICO	R\$ 79,20	R\$ 237,60	R\$ 116,79	R\$ 350,37	R\$ 195,99	R\$ 587,97
04.08.04.025-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ASSOCIAÇÃO FRATURA / LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO / DISJUNÇÃO DO ANEL PÉLVICO	R\$ 284,64	R\$ 853,92	R\$ 761,30	R\$ 2.283,90	R\$ 1.045,94	R\$ 3.137,82
04.08.04.026-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO / DISJUNÇÃO DO ANEL PÉLVICO ANTERO-POSTERIOR	R\$ 221,15	R\$ 663,45	R\$ 650,15	R\$ 1.950,45	R\$ 871,30	R\$ 2.613,90
04.08.04.027-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO DO COCCIX	R\$ 79,20	R\$ 237,60	R\$ 116,79	R\$ 350,37	R\$ 195,99	R\$ 587,97
04.08.04.028-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LUXAÇÃO COXOFEMORAL C/ FRATURA DA EPÍFISE FEMORAL	R\$ 492,72	R\$ 1.478,16	R\$ 1.343,70	R\$ 4.031,10	R\$ 1.836,42	R\$ 5.509,26
04.08.04.029-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO ACETÁBULO	R\$ 291,57	R\$ 874,71	R\$ 1.343,70	R\$ 4.031,10	R\$ 1.635,27	R\$ 4.905,81
04.08.04.030-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO SACRO	R\$ 79,20	R\$ 237,60	R\$ 116,79	R\$ 350,37	R\$ 195,99	R\$ 587,97
04.08.04.031-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA-LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO COXOFEMORAL (DUPLO ACESSO)	R\$ 379,02	R\$ 1.137,06	R\$ 1.343,70	R\$ 4.031,10	R\$ 1.722,72	R\$ 5.168,16
04.08.04.032-7	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO COXO-FEMORAL CONGENITA	R\$ 291,55	R\$ 874,65	R\$ 1.343,72	R\$ 4.031,16	R\$ 1.635,27	R\$ 4.905,81
04.08.04.033-5	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO COXO-FEMORAL TRAUMATICA / POS-ARTROPLASTIA	R\$ 291,57	R\$ 874,71	R\$ 1.343,70	R\$ 4.031,10	R\$ 1.635,27	R\$ 4.905,81
04.08.04.034-3	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO ESPONTANEA / PROGRESSIVA / PARALITICA DO QUADRIL	R\$ 291,55	R\$ 874,65	R\$ 1.343,72	R\$ 4.031,16	R\$ 1.635,27	R\$ 4.905,81

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.08.05.001-2	AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE MEMBROS INFERIORES	R\$ 227,74	R\$ 683,22	R\$ 665,00	R\$ 1.995,00	R\$ 892,74	R\$ 2.678,22
04.08.05.002-0	AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE PE E TARSO	R\$ 116,59	R\$ 349,77	R\$ 157,42	R\$ 472,26	R\$ 274,01	R\$ 822,03
04.08.05.003-9	ARTRODESE DE MEDIAS / GRANDES ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 154,50	R\$ 463,50	R\$ 216,62	R\$ 649,86	R\$ 371,12	R\$ 1.113,36
04.08.05.004-7	ARTROPLASTIA DE JOELHO (NAO CONVENCIONAL)	R\$ 332,03	R\$ 996,09	R\$ 1.270,15	R\$ 3.810,45	R\$ 1.602,18	R\$ 4.806,54
04.08.05.005-5	ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO - REVISAO / RECONSTRUCAO	R\$ 271,19	R\$ 813,57	R\$ 1.270,15	R\$ 3.810,45	R\$ 1.541,34	R\$ 4.624,02
04.08.05.006-3	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO JOELHO	R\$ 234,92	R\$ 704,76	R\$ 919,92	R\$ 2.759,76	R\$ 1.154,84	R\$ 3.464,52
04.08.05.007-1	ARTROPLASTIA UNICOMPARTIMENTAL PRIMARIA DO JOELHO	R\$ 234,92	R\$ 704,76	R\$ 919,92	R\$ 2.759,76	R\$ 1.154,84	R\$ 3.464,52
04.08.05.008-0	FASCIOTOMIA DE MEMBROS INFERIORES	R\$ 120,15	R\$ 360,45	R\$ 217,59	R\$ 652,77	R\$ 337,74	R\$ 1.013,22
04.08.05.009-8	INSTALACAO DE TRACAO ESQUELETICA DO MEMBRO INFERIOR	R\$ 15,00	R\$ 45,00	R\$ -	R\$ -	R\$ 15,00	R\$ 45,00
04.08.05.010-1	PATELECTOMIA TOTAL OU PARCIAL	R\$ 123,51	R\$ 370,53	R\$ 220,55	R\$ 661,65	R\$ 344,06	R\$ 1.032,18
04.08.05.011-0	QUADRICEPSPLASTIA	R\$ 332,03	R\$ 996,09	R\$ 1.270,15	R\$ 3.810,45	R\$ 1.602,18	R\$ 4.806,54
04.08.05.012-8	REALINHAMENTO DO MECANISMO EXTENSOR DO JOELHO	R\$ 112,28	R\$ 336,84	R\$ 160,87	R\$ 482,61	R\$ 273,15	R\$ 819,45
04.08.05.013-6	RECONSTRUCAO DE TENDAO PATELAR / TENDAO QUADRICIPITAL	R\$ 332,03	R\$ 996,09	R\$ 1.270,15	R\$ 3.810,45	R\$ 1.602,18	R\$ 4.806,54
04.08.05.014-4	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR DO TORNOZELO	R\$ 169,13	R\$ 507,39	R\$ 263,01	R\$ 789,03	R\$ 432,14	R\$ 1.296,42
04.08.05.015-2	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR DO JOELHO	R\$ 143,22	R\$ 429,66	R\$ 435,67	R\$ 1.307,01	R\$ 578,89	R\$ 1.736,67
04.08.05.016-0	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	R\$ 332,03	R\$ 996,09	R\$ 1.270,15	R\$ 3.810,45	R\$ 1.602,18	R\$ 4.806,54
04.08.05.017-9	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR C/ OU S/ ANTERIOR)	R\$ 332,03	R\$ 996,09	R\$ 1.270,15	R\$ 3.810,45	R\$ 1.602,18	R\$ 4.806,54
04.08.05.019-5	REDUCAO INCRUENTA DA LUXACAO / FRATURA-LUXACAO METATARSO-FALANGIANA / INTERFALANGIANA DO PE	R\$ 59,66	R\$ 178,98	R\$ 54,78	R\$ 164,34	R\$ 114,44	R\$ 343,32
04.08.05.020-9	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS	R\$ 59,66	R\$ 178,98	R\$ 54,78	R\$ 164,34	R\$ 114,44	R\$ 343,32
04.08.05.021-7	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA / LUXACAO / FRATURA-LUXACAO DO TORNOZELO	R\$ 66,79	R\$ 200,37	R\$ 74,25	R\$ 222,75	R\$ 141,04	R\$ 423,12

04.08.05.022-5	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA / LESAO FISARIA DISTAL DA TIBIA C/ OU S/ FRATURA DA FIBULA	R\$ 56,43	R\$ 169,29	R\$ 51,82	R\$ 155,46	R\$ 108,25	R\$ 324,75
04.08.05.023-3	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA / LESAO FISARIA PROXIMAL DO FEMUR	R\$ 62,32	R\$ 186,96	R\$ 57,22	R\$ 171,66	R\$ 119,54	R\$ 358,62
04.08.05.024-1	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DOS OSSOS DO TARSO	R\$ 59,66	R\$ 178,98	R\$ 54,78	R\$ 164,34	R\$ 114,44	R\$ 343,32
04.08.05.025-0	REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA OU LESAO FISARIA DO JOELHO	R\$ 58,65	R\$ 175,95	R\$ 53,85	R\$ 161,55	R\$ 112,50	R\$ 337,50
04.08.05.026-8	REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO DO JOELHO	R\$ 56,43	R\$ 169,29	R\$ 51,82	R\$ 155,46	R\$ 108,25	R\$ 324,75
04.08.05.027-6	REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO FEMURO-PATELAR	R\$ 56,43	R\$ 169,29	R\$ 51,82	R\$ 155,46	R\$ 108,25	R\$ 324,75
04.08.05.028-4	REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO OU FRATURA / LUXACAO SUBTALAR E INTRATARSICA	R\$ 59,66	R\$ 178,98	R\$ 54,78	R\$ 164,34	R\$ 114,44	R\$ 343,32
04.08.05.029-2	REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO OU FRATURA / LUXACAO TARSO-METATARSICA	R\$ 59,66	R\$ 178,98	R\$ 54,78	R\$ 164,34	R\$ 114,44	R\$ 343,32
04.08.05.030-6	REIMPLANTE AO NIVEL DA COXA ATE O TERCO PROXIMAL DA PERNA	R\$ 443,21	R\$ 1.329,63	R\$ 2.017,91	R\$ 6.053,73	R\$ 2.461,12	R\$ 7.383,36
04.08.05.031-4	REIMPLANTE DO TERCO MEDIO DA PERNA ATE O PE	R\$ 443,21	R\$ 1.329,63	R\$ 2.017,91	R\$ 6.053,73	R\$ 2.461,12	R\$ 7.383,36
04.08.05.032-2	REPARO DE BAINHA TENDINOSA AO NIVEL DO TORNOZELO	R\$ 79,75	R\$ 239,25	R\$ 133,55	R\$ 400,65	R\$ 213,30	R\$ 639,90
04.08.05.033-0	REVISAO CIRURGICA DE COTO DE AMPUTACAO EM MEMBRO INFERIOR (EXCETO DEDOS DO PE)	R\$ 69,48	R\$ 208,44	R\$ 102,46	R\$ 307,38	R\$ 171,94	R\$ 515,82
04.08.05.034-9	REVISAO CIRURGICA DO PE TORTO CONGENITO	R\$ 181,37	R\$ 544,11	R\$ 163,15	R\$ 489,45	R\$ 344,52	R\$ 1.033,56
04.08.05.035-7	SINDACTILIA CIRURGICA DOS DEDOS DO PE (PROCEDIMENTO TIPO KELIKIAN)	R\$ 120,91	R\$ 362,73	R\$ 163,15	R\$ 489,45	R\$ 284,06	R\$ 852,18
04.08.05.036-5	TALECTOMIA	R\$ 114,20	R\$ 342,60	R\$ 154,21	R\$ 462,63	R\$ 268,41	R\$ 805,23
04.08.05.037-3	TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO INFERIOR	R\$ 81,77	R\$ 245,31	R\$ 162,04	R\$ 486,12	R\$ 243,81	R\$ 731,43
04.08.05.038-1	TRANSFERENCIA DO GRANDE TROCANTER (PROCEDIMENTO ISOLADO)	R\$ 225,27	R\$ 675,81	R\$ 534,15	R\$ 1.602,45	R\$ 759,42	R\$ 2.278,26
04.08.05.039-0	TRANSFERENCIA MUSCULAR / TENDINOSA NO MEMBRO INFERIOR	R\$ 130,12	R\$ 390,36	R\$ 368,04	R\$ 1.104,12	R\$ 498,16	R\$ 1.494,48
04.08.05.040-3	TRANSPLANTE DE MENISCO	R\$ 332,03	R\$ 996,09	R\$ 1.270,15	R\$ 3.810,45	R\$ 1.602,18	R\$ 4.806,54
04.08.05.041-1	TRANSPOSICAO DA FIBULA PARA A TIBIA	R\$ 180,22	R\$ 540,66	R\$ 434,06	R\$ 1.302,18	R\$ 614,28	R\$ 1.842,84
04.08.05.042-0	TRATAMENTO CIRURGICO DAS DESINSERCOES DAS ESPINHAS INTERCONDILARES / EPICONDILARES	R\$ 140,43	R\$ 421,29	R\$ 244,62	R\$ 733,86	R\$ 385,05	R\$ 1.155,15

04.08.05.043-8	TRATAMENTO CIRURGICO DE AVULSAO DO GRANDE E DO PEQUENO TROCANTER	R\$ 225,27	R\$ 675,81	R\$ 534,15	R\$ 1.602,45	R\$ 759,42	R\$ 2.278,26
04.08.05.044-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE COALIZAO TARSAL	R\$ 114,19	R\$ 342,57	R\$ 154,22	R\$ 462,66	R\$ 268,41	R\$ 805,23
04.08.05.045-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DE OSSOS DO MEDIO-PE	R\$ 114,17	R\$ 342,51	R\$ 154,24	R\$ 462,72	R\$ 268,41	R\$ 805,23
04.08.05.046-2	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS	R\$ 114,17	R\$ 342,51	R\$ 154,26	R\$ 462,78	R\$ 268,43	R\$ 805,29
04.08.05.047-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS	R\$ 125,59	R\$ 376,77	R\$ 211,01	R\$ 633,03	R\$ 336,60	R\$ 1.009,80
04.08.05.048-9	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA PROXIMAL (COLO) DO FEMUR (SINTESE)	R\$ 246,63	R\$ 739,89	R\$ 715,22	R\$ 2.145,66	R\$ 961,85	R\$ 2.885,55
04.08.05.049-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOZELO	R\$ 169,13	R\$ 507,39	R\$ 263,01	R\$ 789,03	R\$ 432,14	R\$ 1.296,42
04.08.05.050-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA	R\$ 215,11	R\$ 645,33	R\$ 631,25	R\$ 1.893,75	R\$ 846,36	R\$ 2.539,08
04.08.05.051-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR	R\$ 247,80	R\$ 743,40	R\$ 725,17	R\$ 2.175,51	R\$ 972,97	R\$ 2.918,91
04.08.05.052-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXAÇÃO INTERNA	R\$ 159,58	R\$ 478,74	R\$ 344,09	R\$ 1.032,27	R\$ 503,67	R\$ 1.511,01
04.08.05.053-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO CALCÂNEO	R\$ 114,13	R\$ 342,39	R\$ 154,29	R\$ 462,87	R\$ 268,42	R\$ 805,26
04.08.05.054-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL	R\$ 202,95	R\$ 608,85	R\$ 263,01	R\$ 789,03	R\$ 465,96	R\$ 1.397,88
04.08.05.055-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL	R\$ 145,07	R\$ 435,21	R\$ 252,08	R\$ 756,24	R\$ 397,15	R\$ 1.191,45
04.08.05.056-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TALUS	R\$ 114,13	R\$ 342,39	R\$ 154,29	R\$ 462,87	R\$ 268,42	R\$ 805,26
04.08.05.057-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR	R\$ 124,03	R\$ 372,09	R\$ 357,46	R\$ 1.072,38	R\$ 481,49	R\$ 1.444,47
04.08.05.058-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA INTERCONDILEANA / DOS CÔNDILOS DO FÊMUR	R\$ 145,07	R\$ 435,21	R\$ 252,08	R\$ 756,24	R\$ 397,15	R\$ 1.191,45
04.08.05.059-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISÁRIA AO NÍVEL DO JOELHO	R\$ 145,07	R\$ 435,21	R\$ 252,08	R\$ 756,24	R\$ 397,15	R\$ 1.191,45
04.08.05.060-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISÁRIA DISTAL DE TÍBIA	R\$ 174,74	R\$ 524,22	R\$ 413,48	R\$ 1.240,44	R\$ 588,22	R\$ 1.764,66
04.08.05.061-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA	R\$ 225,27	R\$ 675,81	R\$ 534,15	R\$ 1.602,45	R\$ 759,42	R\$ 2.278,26

04.08.05.062-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL)	R\$ 247,80	R\$ 743,40	R\$ 725,17	R\$ 2.175,51	R\$ 972,97	R\$ 2.918,91
04.08.05.063-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA	R\$ 247,80	R\$ 743,40	R\$ 725,17	R\$ 2.175,51	R\$ 972,97	R\$ 2.918,91
04.08.05.064-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE GIGANTISMO DO PÉ	R\$ 133,32	R\$ 399,96	R\$ 167,45	R\$ 502,35	R\$ 300,77	R\$ 902,31
04.08.05.065-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HALUX VALGUS C/ OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO	R\$ 171,29	R\$ 513,87	R\$ 184,52	R\$ 553,56	R\$ 355,81	R\$ 1.067,43
04.08.05.066-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO AGUDA CAPSULO-LIGAMENTAR MEMBRO INFERIOR (JOELHO / TORNOZELO)	R\$ 150,17	R\$ 450,51	R\$ 323,66	R\$ 970,98	R\$ 473,83	R\$ 1.421,49
04.08.05.067-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO EVOLUTIVA FISÁRIA NO MEMBRO INFERIOR	R\$ 167,88	R\$ 503,64	R\$ 356,55	R\$ 1.069,65	R\$ 524,43	R\$ 1.573,29
04.08.05.068-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO AO NÍVEL DO JOELHO	R\$ 145,07	R\$ 435,21	R\$ 252,08	R\$ 756,24	R\$ 397,15	R\$ 1.191,45
04.08.05.069-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METATARSO-FALANGIANA / INTER-FALANGIANA	R\$ 114,13	R\$ 342,39	R\$ 154,29	R\$ 462,87	R\$ 268,42	R\$ 805,26
04.08.05.070-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO SUBTALAR E INTRA-TARSICA	R\$ 114,13	R\$ 342,39	R\$ 154,29	R\$ 462,87	R\$ 268,42	R\$ 805,26
04.08.05.071-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO TARSO-METATARSICA	R\$ 114,13	R\$ 342,39	R\$ 154,29	R\$ 462,87	R\$ 268,42	R\$ 805,26
04.08.05.072-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE METATARSO PRIMO VARO	R\$ 114,19	R\$ 342,57	R\$ 154,23	R\$ 462,69	R\$ 268,42	R\$ 805,26
04.08.05.073-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ CAVO	R\$ 114,19	R\$ 342,57	R\$ 154,23	R\$ 462,69	R\$ 268,42	R\$ 805,26
04.08.05.074-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ PLANO VALGO	R\$ 114,19	R\$ 342,57	R\$ 154,23	R\$ 462,69	R\$ 268,42	R\$ 805,26
04.08.05.075-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ TALO VERTICAL	R\$ 181,37	R\$ 544,11	R\$ 163,15	R\$ 489,45	R\$ 344,52	R\$ 1.033,56
04.08.05.076-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ TORTO CONGÊNITO	R\$ 120,91	R\$ 362,73	R\$ 163,15	R\$ 489,45	R\$ 284,06	R\$ 852,18
04.08.05.077-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PÉ TORTO CONGÊNITO INVETERADO	R\$ 181,37	R\$ 544,11	R\$ 163,15	R\$ 489,45	R\$ 344,52	R\$ 1.033,56
04.08.05.078-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA AO NÍVEL DO TARSO	R\$ 144,20	R\$ 432,60	R\$ 154,21	R\$ 462,63	R\$ 298,41	R\$ 895,23
04.08.05.079-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA DIÁFISE DO FÊMUR	R\$ 225,27	R\$ 675,81	R\$ 534,15	R\$ 1.602,45	R\$ 759,42	R\$ 2.278,26
04.08.05.080-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA REGIÃO TROCANTERIANA	R\$ 225,27	R\$ 675,81	R\$ 534,15	R\$ 1.602,45	R\$ 759,42	R\$ 2.278,26

04.08.05.081-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DO COLO DO FÊMUR	R\$ 260,45	R\$ 781,35	R\$ 750,32	R\$ 2.250,96	R\$ 1.010,77	R\$ 3.032,31
04.08.05.082-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DO PÉ	R\$ 114,20	R\$ 342,60	R\$ 154,21	R\$ 462,63	R\$ 268,41	R\$ 805,23
04.08.05.083-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA METÁFISE DISTAL DO FÊMUR	R\$ 225,27	R\$ 675,81	R\$ 534,15	R\$ 1.602,45	R\$ 759,42	R\$ 2.278,26
04.08.05.084-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO AO NÍVEL DO JOELHO	R\$ 145,07	R\$ 435,21	R\$ 252,08	R\$ 756,24	R\$ 397,15	R\$ 1.191,45
04.08.05.085-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE CONGÊNITA DA TÍBIA	R\$ 177,71	R\$ 533,13	R\$ 420,89	R\$ 1.262,67	R\$ 598,60	R\$ 1.795,80
04.08.05.086-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA DIÁFISE TIBIAL	R\$ 195,55	R\$ 586,65	R\$ 573,86	R\$ 1.721,58	R\$ 769,41	R\$ 2.308,23
04.08.05.087-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO/ PERDA ÓSSEA DA METÁFISE TIBIAL	R\$ 177,77	R\$ 533,31	R\$ 420,84	R\$ 1.262,52	R\$ 598,61	R\$ 1.795,83
04.08.05.088-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DE MENISCO COM SUTURA MENISCAL UNI / BICOMPATIMENTAL	R\$ 143,22	R\$ 429,66	R\$ 435,67	R\$ 1.307,01	R\$ 578,89	R\$ 1.736,67
04.08.05.089-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	R\$ 119,23	R\$ 357,69	R\$ 213,03	R\$ 639,09	R\$ 332,26	R\$ 996,78
04.08.05.090-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HALUX RIGIDUS	R\$ 114,19	R\$ 342,57	R\$ 154,23	R\$ 462,69	R\$ 268,42	R\$ 805,26
04.08.05.091-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HALUX VALGUS S/ OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO	R\$ 125,61	R\$ 376,83	R\$ 210,99	R\$ 632,97	R\$ 336,60	R\$ 1.009,80
04.08.05.092-6	TRATAMENTO DAS LESÕES OSTEO-CONDRAIS POR FIXAÇÃO OU MOSAICOPLASTIA JOELHO/TORNOZELO	R\$ 283,43	R\$ 850,29	R\$ 1.046,94	R\$ 3.140,82	R\$ 1.330,37	R\$ 3.991,11

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.08.06.001-8	ALONGAMENTO / ENCURTAMENTO MIOTENDINOSO	R\$ 91,79	R\$ 275,37	R\$ 162,14	R\$ 486,42	R\$ 253,93	R\$ 761,79
04.08.06.002-6	ALONGAMENTO E/OU TRANSPORTE DE OSSOS DA MÃO E/OU DO PÉ	R\$ 111,51	R\$ 334,53	R\$ 146,75	R\$ 440,25	R\$ 258,26	R\$ 774,78
04.08.06.003-4	ALONGAMENTO E/OU TRANSPORTE ÓSSEO DE OSSOS LONGOS (EXCETO DA MÃO E DO PÉ)	R\$ 214,72	R\$ 644,16	R\$ 595,02	R\$ 1.785,06	R\$ 809,74	R\$ 2.429,22
04.08.06.004-2	AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE DEDO	R\$ 109,80	R\$ 329,40	R\$ 228,23	R\$ 684,69	R\$ 338,03	R\$ 1.014,09
04.08.06.005-0	ARTRODESE DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES	R\$ 91,66	R\$ 274,98	R\$ 122,13	R\$ 366,39	R\$ 213,79	R\$ 641,37
04.08.06.006-9	ARTROPLASTIA DE RESSECÇÃO DE MÉDIA / GRANDE ARTICULAÇÃO	R\$ 234,46	R\$ 703,38	R\$ 869,92	R\$ 2.609,76	R\$ 1.104,38	R\$ 3.313,14
04.08.06.007-7	ARTROPLASTIA DE RESSECÇÃO DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES	R\$ 114,17	R\$ 342,51	R\$ 154,24	R\$ 462,72	R\$ 268,41	R\$ 805,23
04.08.06.008-5	BURSECTOMIA	R\$ 82,24	R\$ 246,72	R\$ 131,39	R\$ 394,17	R\$ 213,63	R\$ 640,89
04.08.06.009-3	DESCOMPRESSÃO COM ESVAZIAMENTO MEDULAR POR BROCAGEM / VIA CORTICOTOMIA	R\$ 215,59	R\$ 646,77	R\$ 489,43	R\$ 1.468,29	R\$ 705,02	R\$ 2.115,06
04.08.06.010-7	DIAFISECTOMIA DE OSSOS LONGOS	R\$ 162,94	R\$ 488,82	R\$ 266,41	R\$ 799,23	R\$ 429,35	R\$ 1.288,05
04.08.06.011-5	ENCURTAMENTO DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ	R\$ 101,71	R\$ 305,13	R\$ 181,64	R\$ 544,92	R\$ 283,35	R\$ 850,05
04.08.06.012-3	EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE MÉDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES	R\$ 105,51	R\$ 316,53	R\$ 178,15	R\$ 534,45	R\$ 283,66	R\$ 850,98
04.08.06.013-1	EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES	R\$ 58,74	R\$ 176,22	R\$ 83,32	R\$ 249,96	R\$ 142,06	R\$ 426,18
04.08.06.014-1	FASCIECTOMIA	R\$ 95,66	R\$ 286,98	R\$ 127,29	R\$ 381,87	R\$ 222,95	R\$ 668,85
04.08.06.015-8	MANIPULAÇÃO ARTICULAR	R\$ 54,79	R\$ 164,37	R\$ 67,22	R\$ 201,66	R\$ 122,01	R\$ 366,03
04.08.06.016-6	OSTECTOMIA DE OSSOS DA MÃO E/OU DO PÉ	R\$ 110,41	R\$ 331,23	R\$ 148,20	R\$ 444,60	R\$ 258,61	R\$ 775,83
04.08.06.017-4	OSTECTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ	R\$ 194,45	R\$ 583,35	R\$ 455,29	R\$ 1.365,87	R\$ 649,74	R\$ 1.949,22
04.08.06.018-2	OSTEOTOMIA DE OSSOS DA MÃO E/OU DO PÉ	R\$ 119,50	R\$ 358,50	R\$ 207,75	R\$ 623,25	R\$ 327,25	R\$ 981,75
04.08.06.019-0	OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ	R\$ 185,10	R\$ 555,30	R\$ 460,58	R\$ 1.381,74	R\$ 645,68	R\$ 1.937,04
04.08.06.020-4	REINSERÇÃO MUSCULAR	R\$ 79,74	R\$ 239,22	R\$ 123,55	R\$ 370,65	R\$ 203,29	R\$ 609,87
04.08.06.021-2	RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL	R\$ 39,09	R\$ 117,27	R\$ 52,40	R\$ 157,20	R\$ 91,49	R\$ 274,47
04.08.06.023-9	RESSECÇÃO DE TUMOR E RECONSTRUÇÃO C/ RETALHO MICROCIRÚRGICO	R\$ 701,19	R\$ 2.103,57	R\$ 1.562,35	R\$ 4.687,05	R\$ 2.263,54	R\$ 6.790,62

04.08.06.024-7	RESSECÇÃO DE TUMOR E RECONSTRUÇÃO C/ RETALHO NÃO MICROCIRÚRGICO (EXCETO MÃO E PÉ)	R\$ 277,39	R\$ 832,17	R\$ 812,59	R\$ 2.437,77	R\$ 1.089,98	R\$ 3.269,94
04.08.06.025-5	RESSECÇÃO DE TUMOR E RECONSTRUÇÃO C/ TRANSPORTE ÓSSEO	R\$ 277,39	R\$ 832,17	R\$ 812,59	R\$ 2.437,77	R\$ 1.089,98	R\$ 3.269,94
04.08.06.026-3	RESSECÇÃO DE TUMOR ÓSSEO C/ SUBSTITUIÇÃO (ENDOPRÓTESE)	R\$ 592,22	R\$ 1.776,66	R\$ 1.969,02	R\$ 5.907,06	R\$ 2.561,24	R\$ 7.683,72
04.08.06.027-1	RESSECÇÃO DE TUMOR ÓSSEO E RECONSTRUÇÃO C/ ENXERTO	R\$ 277,39	R\$ 832,17	R\$ 812,59	R\$ 2.437,77	R\$ 1.089,98	R\$ 3.269,94
04.08.06.028-0	RESSECÇÃO DE TUMOR ÓSSEO E RECONSTRUÇÃO C/ RETALHO NÃO MICROCIRÚRGICO (APENAS MÃO E PÉ)	R\$ 277,39	R\$ 832,17	R\$ 812,59	R\$ 2.437,77	R\$ 1.089,98	R\$ 3.269,94
04.08.06.029-8	RESSECÇÃO DE TUMOR ÓSSEO E RECONSTRUÇÃO POR DESLIZAMENTO	R\$ 129,32	R\$ 387,96	R\$ 183,81	R\$ 551,43	R\$ 313,13	R\$ 939,39
04.08.06.030-1	RESSECÇÃO MUSCULAR	R\$ 79,74	R\$ 239,22	R\$ 123,55	R\$ 370,65	R\$ 203,29	R\$ 609,87
04.08.06.031-0	RESSECÇÃO SIMPLES DE TUMOR ÓSSEO / DE PARTES MOLES	R\$ 117,90	R\$ 353,70	R\$ 250,13	R\$ 750,39	R\$ 368,03	R\$ 1.104,09
04.08.06.032-8	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRA-ARTICULAR	R\$ 50,95	R\$ 152,85	R\$ 88,12	R\$ 264,36	R\$ 139,07	R\$ 417,21
04.08.06.033-6	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRA-ÓSSEO	R\$ 51,43	R\$ 154,29	R\$ 88,90	R\$ 266,70	R\$ 140,33	R\$ 420,99
04.08.06.034-4	RETIRADA DE ESPAÇADORES / OUTROS MATERIAIS	R\$ 55,96	R\$ 167,88	R\$ 95,71	R\$ 287,13	R\$ 151,67	R\$ 455,01
04.08.06.035-2	RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-ÓSSEO	R\$ 55,96	R\$ 167,88	R\$ 95,70	R\$ 287,10	R\$ 151,66	R\$ 454,98
04.08.06.036-0	RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO	R\$ 55,96	R\$ 167,88	R\$ 95,71	R\$ 287,13	R\$ 151,67	R\$ 455,01
04.08.06.037-9	RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS	R\$ 61,56	R\$ 184,68	R\$ 163,60	R\$ 490,80	R\$ 225,16	R\$ 675,48
04.08.06.038-7	RETIRADA DE PRÓTESE DE SUBSTITUIÇÃO DE GRANDES ARTICULAÇÕES (OMBRO / COTOVELO / QUADRIL / JOELHO)	R\$ 225,28	R\$ 675,84	R\$ 534,14	R\$ 1.602,42	R\$ 759,42	R\$ 2.278,26
04.08.06.039-5	RETIRADA DE PRÓTESE DE SUBSTITUIÇÃO EM PEQUENAS E MÉDIAS ARTICULAÇÕES	R\$ 112,64	R\$ 337,92	R\$ 267,07	R\$ 801,21	R\$ 379,71	R\$ 1.139,13
04.08.06.040-9	RETIRADA DE TRAÇÃO TRANS-ESQUELÉTICA	R\$ 61,56	R\$ 184,68	R\$ 163,61	R\$ 490,83	R\$ 225,17	R\$ 675,51
04.08.06.041-7	RETRAÇÃO CICATRICIAL DOS DEDOS C/ COMPROMETIMENTO TENDINOSO (POR DEDO)	R\$ 88,58	R\$ 265,74	R\$ 116,95	R\$ 350,85	R\$ 205,53	R\$ 616,59
04.08.06.042-5	REVISÃO CIRÚRGICA DE COTO DE AMPUTAÇÃO DOS DEDOS	R\$ 75,17	R\$ 225,51	R\$ 131,85	R\$ 395,55	R\$ 207,02	R\$ 621,06
04.08.06.043-3	TENODESE	R\$ 82,89	R\$ 248,67	R\$ 121,20	R\$ 363,60	R\$ 204,09	R\$ 612,27
04.08.06.044-1	TENÓLISE	R\$ 81,90	R\$ 245,70	R\$ 147,50	R\$ 442,50	R\$ 229,40	R\$ 688,20
04.08.06.045-0	TENOMIORRAFIA	R\$ 81,66	R\$ 244,98	R\$ 124,25	R\$ 372,75	R\$ 205,91	R\$ 617,73
04.08.06.046-8	TENOMIOTOMIA / DESINSERÇÃO	R\$ 82,77	R\$ 248,31	R\$ 126,17	R\$ 378,51	R\$ 208,94	R\$ 626,82
04.08.06.047-6	TENOPLASTIA OU ENXERTO DE TENDÃO UNICO	R\$ 173,80	R\$ 521,40	R\$ 506,40	R\$ 1.519,20	R\$ 680,20	R\$ 2.040,60

04.08.06.048-4	TENORRAFIA ÚNICA EM TÚNEL OSTEO-FIBROSO	R\$ 156,21	R\$ 468,63	R\$ 265,09	R\$ 795,27	R\$ 421,30	R\$ 1.263,90
04.08.06.049-2	TRANSPLANTE DO HALUX P/ O POLEGAR	R\$ 176,59	R\$ 529,77	R\$ 162,33	R\$ 486,99	R\$ 338,92	R\$ 1.016,76
04.08.06.050-6	TRANSPLANTE DO SEGUNDO PODODÁCTILO P/ POLEGAR / QUALQUER OUTRO DEDO DA MÃO	R\$ 180,68	R\$ 542,04	R\$ 221,48	R\$ 664,44	R\$ 402,16	R\$ 1.206,48
04.08.06.051-4	TRANSPLANTE MÚSCULO-CUTÂNEO C/ MICRO-ANASTOMOSE NO TRONCO / EXTREMIDADE	R\$ 334,84	R\$ 1.004,52	R\$ 962,17	R\$ 2.886,51	R\$ 1.297,01	R\$ 3.891,03
04.08.06.052-2	TRANSPLANTE OSTEO-MÚSCULO-CUTÂNEO C/ MICRO-ANASTOMOSE NO TRONCO OU EXTREMIDADES	R\$ 333,78	R\$ 1.001,34	R\$ 711,08	R\$ 2.133,24	R\$ 1.044,86	R\$ 3.134,58
04.08.06.053-0	TRANSPOSIÇÃO / TRANSFERÊNCIA MIOTENDINOSA MÚLTIPLA	R\$ 151,25	R\$ 453,75	R\$ 195,28	R\$ 585,84	R\$ 346,53	R\$ 1.039,59
04.08.06.054-9	TRANSPOSIÇÃO / TRANSFERÊNCIA MIOTENDINOSA ÚNICA	R\$ 84,03	R\$ 252,09	R\$ 130,18	R\$ 390,54	R\$ 214,21	R\$ 642,63
04.08.06.055-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ARTRITE INFECCIOSA (GRANDES E MÉDIAS ARTICULAÇÕES)	R\$ 154,13	R\$ 462,39	R\$ 266,07	R\$ 798,21	R\$ 420,20	R\$ 1.260,60
04.08.06.056-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ARTRITE INFECCIOSA DAS PEQUENAS ARTICULAÇÕES	R\$ 114,17	R\$ 342,51	R\$ 154,24	R\$ 462,72	R\$ 268,41	R\$ 805,23
04.08.06.057-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM MARTELO / EM GARRA (MÃO E PÉ)	R\$ 114,15	R\$ 342,45	R\$ 154,26	R\$ 462,78	R\$ 268,41	R\$ 805,23
04.08.06.058-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE ARTICULAR POR RETRACAO TENO-CAPSULO-LIGAMENTAR	R\$ 141,99	R\$ 425,97	R\$ 235,01	R\$ 705,03	R\$ 377,00	R\$ 1.131,00
04.08.06.059-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA VICIOSAMENTE CONSOLIDADA DOS OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ	R\$ 164,42	R\$ 493,26	R\$ 391,41	R\$ 1.174,23	R\$ 555,83	R\$ 1.667,49
04.08.06.060-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HERNIA MUSCULAR	R\$ 79,74	R\$ 239,22	R\$ 123,55	R\$ 370,65	R\$ 203,29	R\$ 609,87
04.08.06.061-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INFECÇÃO EM ARTROPLASTIA DAS MÉDIAS / PEQUENAS ARTICULAÇÕES	R\$ 116,39	R\$ 349,17	R\$ 219,02	R\$ 657,06	R\$ 335,41	R\$ 1.006,23
04.08.06.062-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INFECÇÃO PÓS-ARTROPLASTIA (GRANDES ARTICULAÇÕES)	R\$ 232,77	R\$ 698,31	R\$ 380,58	R\$ 1.141,74	R\$ 613,35	R\$ 1.840,05
04.08.06.063-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METATARSO INTER-FALANGEANA	R\$ 82,90	R\$ 248,70	R\$ 109,70	R\$ 329,10	R\$ 192,60	R\$ 577,80
04.08.06.064-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MÃO OU PÉ EM FENDA / DEDO BÍFIDO / MACRODACTILIA / POLIDACTILIA	R\$ 102,80	R\$ 308,40	R\$ 137,80	R\$ 413,40	R\$ 240,60	R\$ 721,80

04.08.06.065-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE POLIDACTILIA NÃO ARTICULADA	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
04.08.06.066-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE POLIDACTILIA ARTICULADA	R\$ 109,64	R\$ 328,92	R\$ 122,64	R\$ 367,92	R\$ 232,28	R\$ 696,84
04.08.06.067-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RETRAÇÃO MUSCULAR	R\$ 137,92	R\$ 413,76	R\$ 256,76	R\$ 770,28	R\$ 394,68	R\$ 1.184,04
04.08.06.069-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SINDACTILIA COMPLEXA (C/ FUSÃO ÓSSEA)	R\$ 133,34	R\$ 400,02	R\$ 136,22	R\$ 408,66	R\$ 269,56	R\$ 808,68
04.08.06.070-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SINDACTILIA SIMPLES (DOIS DEDOS)	R\$ 100,03	R\$ 300,09	R\$ 109,79	R\$ 329,37	R\$ 209,82	R\$ 629,46
04.08.06.071-9	VIDEOARTROSCOPIA	R\$ -	R\$ -	R\$ 300,00	R\$ 900,00	R\$ 300,00	R\$ 900,00

GRUPO DE CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO	% DE ACRÉSCIDO NA TABELA SUS
CIRURGIA DO APARELHO GENITUNIÁRIO	200%

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.09.01.001-4	CAPSULECTOMIA RENAL	R\$ 200,09	R\$ 600,27	R\$ 505,77	R\$ 1.517,31	R\$ 705,86	R\$ 2.117,58
04.09.01.002-2	CISTECTOMIA PARCIAL	R\$ 225,88	R\$ 677,64	R\$ 582,86	R\$ 1.748,58	R\$ 808,74	R\$ 2.426,22
04.09.01.003-0	CISTECTOMIA TOTAL	R\$ 352,73	R\$ 1.058,19	R\$ 1.572,99	R\$ 4.718,97	R\$ 1.925,72	R\$ 5.777,16
04.09.01.004-9	CISTECTOMIA TOTAL E DERIVACAO EM 1 SO TEMPO	R\$ 352,74	R\$ 1.058,22	R\$ 1.572,97	R\$ 4.718,91	R\$ 1.925,71	R\$ 5.777,13
04.09.01.005-7	CISTOENTEROPLASTIA	R\$ 352,75	R\$ 1.058,25	R\$ 1.572,97	R\$ 4.718,91	R\$ 1.925,72	R\$ 5.777,16
04.09.01.006-5	CISTOLITOTOMIA E/OU RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA BEXIGA	R\$ 160,06	R\$ 480,18	R\$ 389,66	R\$ 1.168,98	R\$ 549,72	R\$ 1.649,16
04.09.01.007-3	CISTOPLASTIA (CORRECAO DE EXTROFIA VESICAL)	R\$ 399,98	R\$ 1.199,94	R\$ 1.573,00	R\$ 4.719,00	R\$ 1.972,98	R\$ 5.918,94
04.09.01.008-1	CISTORRAFIA	R\$ 160,04	R\$ 480,12	R\$ 389,66	R\$ 1.168,98	R\$ 549,70	R\$ 1.649,10
04.09.01.009-0	CISTOSTOMIA	R\$ 139,60	R\$ 418,80	R\$ 464,69	R\$ 1.394,07	R\$ 604,29	R\$ 1.812,87
04.09.01.012-0	DIVERTICULECTOMIA VESICAL	R\$ 126,91	R\$ 380,73	R\$ 359,70	R\$ 1.079,10	R\$ 486,61	R\$ 1.459,83
04.09.01.013-8	DRENAGEM DE ABSCESSO RENAL / PERI-RENAL	R\$ 183,34	R\$ 550,02	R\$ 447,48	R\$ 1.342,44	R\$ 630,82	R\$ 1.892,46
04.09.01.014-6	EXTRACAO ENDOSCOPICA DE CALCULO EM Pelve RENAL	R\$ 146,61	R\$ 439,83	R\$ 256,24	R\$ 768,72	R\$ 402,85	R\$ 1.208,55
04.09.01.017-0	INSTALACAO ENDOSCOPICA DE CATETER DUPLO J	R\$ 79,80	R\$ 239,40	R\$ 138,88	R\$ 416,64	R\$ 218,68	R\$ 656,04
04.09.01.018-9	LITOTRIPSIA	R\$ 181,29	R\$ 543,87	R\$ 205,58	R\$ 616,74	R\$ 386,87	R\$ 1.160,61

04.09.01.019-7	LOMBOTOMIA	R\$ 183,40	R\$ 550,20	R\$ 466,87	R\$ 1.400,61	R\$ 650,27	R\$ 1.950,81
04.09.01.020-0	NEFRECTOMIA PARCIAL	R\$ 194,80	R\$ 584,40	R\$ 646,94	R\$ 1.940,82	R\$ 841,74	R\$ 2.525,22
04.09.01.021-9	NEFRECTOMIA TOTAL	R\$ 197,74	R\$ 593,22	R\$ 655,91	R\$ 1.967,73	R\$ 853,65	R\$ 2.560,95
04.09.01.022-7	NEFROLITOTOMIA	R\$ 189,00	R\$ 567,00	R\$ 629,24	R\$ 1.887,72	R\$ 818,24	R\$ 2.454,72
04.09.01.023-5	NEFROLITOTOMIA PERCUTANEA	R\$ 256,78	R\$ 770,34	R\$ 544,72	R\$ 1.634,16	R\$ 801,50	R\$ 2.404,50
04.09.01.024-3	NEFROPEXIA	R\$ 183,41	R\$ 550,23	R\$ 466,86	R\$ 1.400,58	R\$ 650,27	R\$ 1.950,81
04.09.01.025-1	NEFROPIELOSTOMIA	R\$ 256,58	R\$ 769,74	R\$ 471,28	R\$ 1.413,84	R\$ 727,86	R\$ 2.183,58
04.09.01.026-0	NEFRORRAFIA	R\$ 256,56	R\$ 769,68	R\$ 466,69	R\$ 1.400,07	R\$ 723,25	R\$ 2.169,75
04.09.01.028-6	NEFROSTOMIA C/ OU S/ DRENAGEM	R\$ 183,40	R\$ 550,20	R\$ 466,87	R\$ 1.400,61	R\$ 650,27	R\$ 1.950,81
04.09.01.029-4	NEFROSTOMIA PERCUTANEA	R\$ 183,33	R\$ 549,99	R\$ 417,14	R\$ 1.251,42	R\$ 600,47	R\$ 1.801,41
04.09.01.030-8	NEFROURETERECTOMIA TOTAL	R\$ 183,28	R\$ 549,84	R\$ 491,53	R\$ 1.474,59	R\$ 674,81	R\$ 2.024,43
04.09.01.031-6	PIELOTOTOMIA	R\$ 183,36	R\$ 550,08	R\$ 474,83	R\$ 1.424,49	R\$ 658,19	R\$ 1.974,57
04.09.01.032-4	PIELOPLASTIA	R\$ 183,28	R\$ 549,84	R\$ 468,88	R\$ 1.406,64	R\$ 652,16	R\$ 1.956,48
04.09.01.033-2	PIELOSTOMIA	R\$ 256,73	R\$ 770,19	R\$ 466,81	R\$ 1.400,43	R\$ 723,54	R\$ 2.170,62
04.09.01.034-0	PIELOTOMIA	R\$ 183,28	R\$ 549,84	R\$ 466,63	R\$ 1.399,89	R\$ 649,91	R\$ 1.949,73
04.09.01.035-9	PUNCAO / ASPIRACAO DA BEXIGA	R\$ -	R\$ -	R\$ 12,97	R\$ 38,91	R\$ 12,97	R\$ 38,91
04.09.01.036-7	RESSECCAO DO COLO VESICAL / TUMOR VESICAL A CEU ABERTO	R\$ 146,69	R\$ 440,07	R\$ 362,47	R\$ 1.087,41	R\$ 509,16	R\$ 1.527,48
04.09.01.037-5	RESSECCAO ENDOSCOPICA DA EXTREMIDADE DISTAL DO URETER	R\$ 183,28	R\$ 549,84	R\$ 295,98	R\$ 887,94	R\$ 479,26	R\$ 1.437,78
04.09.01.038-3	RESSECCAO ENDOSCOPICA DE LESAO VESICAL	R\$ 154,30	R\$ 462,90	R\$ 362,31	R\$ 1.086,93	R\$ 516,61	R\$ 1.549,83
04.09.01.039-1	RETIRADA PERCUTANEA DE CALCULO URETERAL C/ CATETER	R\$ 183,35	R\$ 550,05	R\$ 436,31	R\$ 1.308,93	R\$ 619,66	R\$ 1.858,98
04.09.01.040-5	SINFISIOTOMIA DO RIM EM FERRADURA (NEFROPLASTIA)	R\$ 183,33	R\$ 549,99	R\$ 475,57	R\$ 1.426,71	R\$ 658,90	R\$ 1.976,70
04.09.01.041-3	TRATAMENTO CIRURGICO DE BEXIGA NEUROGENICA	R\$ 192,17	R\$ 576,51	R\$ 227,80	R\$ 683,40	R\$ 419,97	R\$ 1.259,91
04.09.01.043-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE CISTOCELE	R\$ 146,64	R\$ 439,92	R\$ 225,90	R\$ 677,70	R\$ 372,54	R\$ 1.117,62
04.09.01.045-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA VESICO-ENTERICA	R\$ 256,75	R\$ 770,25	R\$ 538,02	R\$ 1.614,06	R\$ 794,77	R\$ 2.384,31
04.09.01.046-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA VESICO-RETAL	R\$ 256,75	R\$ 770,25	R\$ 538,02	R\$ 1.614,06	R\$ 794,77	R\$ 2.384,31
04.09.01.047-2	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULAS URETERAIS	R\$ 159,78	R\$ 479,34	R\$ 434,93	R\$ 1.304,79	R\$ 594,71	R\$ 1.784,13
04.09.01.048-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMORRAGIA VESICAL (FORMOLIZACAO DA BEXIGA)	R\$ 183,38	R\$ 550,14	R\$ 299,93	R\$ 899,79	R\$ 483,31	R\$ 1.449,93

04.09.01.049-9	TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA VIA ABDOMINAL	R\$ 183,30	R\$ 549,90	R\$ 202,90	R\$ 608,70	R\$ 386,20	R\$ 1.158,60
04.09.01.050-2	TRATAMENTO CIRURGICO DE REFLUXO VESICO-URETERAL	R\$ 183,37	R\$ 550,11	R\$ 392,56	R\$ 1.177,68	R\$ 575,93	R\$ 1.727,79
04.09.01.051-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE URETEROCELE	R\$ 183,36	R\$ 550,08	R\$ 434,98	R\$ 1.304,94	R\$ 618,34	R\$ 1.855,02
04.09.01.052-9	URETERECTOMIA	R\$ 183,29	R\$ 549,87	R\$ 435,05	R\$ 1.305,15	R\$ 618,34	R\$ 1.855,02
04.09.01.053-7	URETEROCISTONEOSTOMIA	R\$ 169,88	R\$ 509,64	R\$ 459,66	R\$ 1.378,98	R\$ 629,54	R\$ 1.888,62
04.09.01.054-5	URETEROENTEROPLASTIA	R\$ 183,24	R\$ 549,72	R\$ 491,71	R\$ 1.475,13	R\$ 674,95	R\$ 2.024,85
04.09.01.055-3	URETEROENTEROSTOMIA	R\$ 256,73	R\$ 770,19	R\$ 528,14	R\$ 1.584,42	R\$ 784,87	R\$ 2.354,61
04.09.01.056-1	URETEROLITOTOMIA	R\$ 176,45	R\$ 529,35	R\$ 589,66	R\$ 1.768,98	R\$ 766,11	R\$ 2.298,33
04.09.01.057-0	URETEROPLASTIA	R\$ 183,38	R\$ 550,14	R\$ 445,58	R\$ 1.336,74	R\$ 628,96	R\$ 1.886,88
04.09.01.058-8	URETEROSTOMIA CUTANEA	R\$ 183,38	R\$ 550,14	R\$ 445,58	R\$ 1.336,74	R\$ 628,96	R\$ 1.886,88

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.09.02.001-0	DRENAGEM DE COLECAO PERI-URETRAL	R\$ 73,33	R\$ 219,99	R\$ 140,75	R\$ 422,25	R\$ 214,08	R\$ 642,24
04.09.02.002-8	DRENAGEM DE FLEIMAO URINOSO	R\$ 108,90	R\$ 326,70	R\$ 134,87	R\$ 404,61	R\$ 243,77	R\$ 731,31
04.09.02.003-6	EXTRACAO ENDOSCOPICA DE CORPO ESTRANHO / CALCULO NA URETRA C/ CISTOSCOPIA	R\$ -	R\$ -	R\$ 34,10	R\$ 102,30	R\$ 34,10	R\$ 102,30
04.09.02.004-4	INJECAO DE GORDURA / TEFLON PERI-URETRAL	R\$ 146,65	R\$ 439,95	R\$ 205,75	R\$ 617,25	R\$ 352,40	R\$ 1.057,20
04.09.02.005-2	LIGADURA / SECCAO DE VASOS ABERRANTES	R\$ 146,73	R\$ 440,19	R\$ 258,55	R\$ 775,65	R\$ 405,28	R\$ 1.215,84
04.09.02.007-9	MEATOTOMIA SIMPLES	R\$ 80,66	R\$ 241,98	R\$ 225,92	R\$ 677,76	R\$ 306,58	R\$ 919,74
04.09.02.008-7	RESSECCAO DE CARUNCULA URETRAL	R\$ 73,33	R\$ 219,99	R\$ 134,88	R\$ 404,64	R\$ 208,21	R\$ 624,63
04.09.02.009-5	RESSECCAO DE PROLAPSO DA MUCOSA DA URETRA	R\$ 73,33	R\$ 219,99	R\$ 134,88	R\$ 404,64	R\$ 208,21	R\$ 624,63
04.09.02.010-9	RESSECCAO E FECHAMENTO DE FISTULA URETRAL	R\$ 148,61	R\$ 445,83	R\$ 224,35	R\$ 673,05	R\$ 372,96	R\$ 1.118,88
04.09.02.012-5	URETROPLASTIA (RESSECCAO DE CORDA)	R\$ 73,33	R\$ 219,99	R\$ 140,75	R\$ 422,25	R\$ 214,08	R\$ 642,24
04.09.02.013-3	URETROPLASTIA AUTOGENA	R\$ 163,48	R\$ 490,44	R\$ 306,07	R\$ 918,21	R\$ 469,55	R\$ 1.408,65
04.09.02.014-1	URETROPLASTIA HETEROGENEA	R\$ 183,34	R\$ 550,02	R\$ 227,41	R\$ 682,23	R\$ 410,75	R\$ 1.232,25
04.09.02.015-0	URETRORRAFIA	R\$ 148,61	R\$ 445,83	R\$ 224,35	R\$ 673,05	R\$ 372,96	R\$ 1.118,88
04.09.02.016-8	URETOSTOMIA PERINEAL / CUTANEA / EXTERNA	R\$ 126,26	R\$ 378,78	R\$ 179,03	R\$ 537,09	R\$ 305,29	R\$ 915,87

04.09.02.017-6	URETROTOMIA INTERNA	R\$ 83,53	R\$ 250,59	R\$ 236,39	R\$ 709,17	R\$ 319,92	R\$ 959,76
----------------	---------------------	-----------	------------	------------	------------	------------	------------

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.09.03.001-5	DRENAGEM DE ABSCESSO PROSTATICO	R\$ 110,00	R\$ 330,00	R\$ 157,37	R\$ 472,11	R\$ 267,37	R\$ 802,11
04.09.03.002-3	PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA	R\$ 426,47	R\$ 1.279,41	R\$ 575,24	R\$ 1.725,72	R\$ 1.001,71	R\$ 3.005,13
04.09.03.003-1	PROSTATOVESICULECTOMIA RADICAL	R\$ 513,16	R\$ 1.539,48	R\$ 575,24	R\$ 1.725,72	R\$ 1.088,40	R\$ 3.265,20
04.09.03.004-0	RESSECCAO ENDOSCOPICA DE PROSTATA	R\$ 328,54	R\$ 985,62	R\$ 266,14	R\$ 798,42	R\$ 594,68	R\$ 1.784,04

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.09.04.001-0	DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOLSA ESCROTAL	R\$ 101,99	R\$ 305,97	R\$ 101,07	R\$ 303,21	R\$ 203,06	R\$ 609,18
04.09.04.002-9	DRENAGEM DE ABSCESSO DO EPIDIDIMO E/OU CANAL DEFERENTE	R\$ -	R\$ -	R\$ 14,51	R\$ 43,53	R\$ 14,51	R\$ 43,53
04.09.04.003-7	EPIDIDIMECTOMIA	R\$ 109,98	R\$ 329,94	R\$ 113,03	R\$ 339,09	R\$ 223,01	R\$ 669,03
04.09.04.004-5	EPIDIDIMECTOMIA C/ ESVAZIAMENTO GANGLIONAR	R\$ 110,00	R\$ 330,00	R\$ 105,28	R\$ 315,84	R\$ 215,28	R\$ 645,84
04.09.04.005-3	ESPERMATOCELECTOMIA	R\$ 110,03	R\$ 330,09	R\$ 102,06	R\$ 306,18	R\$ 212,09	R\$ 636,27
04.09.04.006-1	EXERESE DE CISTO DE BOLSA ESCROTAL	R\$ -	R\$ -	R\$ 12,97	R\$ 38,91	R\$ 12,97	R\$ 38,91
04.09.04.007-0	EXERESE DE CISTO DE EPIDIDIMO	R\$ 110,03	R\$ 330,09	R\$ 102,06	R\$ 306,18	R\$ 212,09	R\$ 636,27
04.09.04.008-8	EXERESE DE LESAO DO CORDAO ESPERMATICO	R\$ 108,04	R\$ 324,12	R\$ 102,01	R\$ 306,03	R\$ 210,05	R\$ 630,15
04.09.04.009-6	EXPLORACAO CIRURGICA DA BOLSA ESCROTAL	R\$ 109,98	R\$ 329,94	R\$ 115,88	R\$ 347,64	R\$ 225,86	R\$ 677,58
04.09.04.011-8	NEOSTOMIA DE EPIDIDIMO / CANAL DEFERENTE	R\$ 110,04	R\$ 330,12	R\$ 117,83	R\$ 353,49	R\$ 227,87	R\$ 683,61
04.09.04.012-6	ORQUIDOPEXIA BILATERAL	R\$ 161,34	R\$ 484,02	R\$ 223,98	R\$ 671,94	R\$ 385,32	R\$ 1.155,96
04.09.04.013-4	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	R\$ 136,16	R\$ 408,48	R\$ 223,91	R\$ 671,73	R\$ 360,07	R\$ 1.080,21
04.09.04.014-2	ORQUIECTOMIA SUBCAPSULAR BILATERAL	R\$ 209,74	R\$ 629,22	R\$ 223,88	R\$ 671,64	R\$ 433,62	R\$ 1.300,86
04.09.04.015-0	ORQUIECTOMIA UNI OU BILATERAL C/ ESVAZIAMENTO GANGLIONAR	R\$ 123,26	R\$ 369,78	R\$ 130,81	R\$ 392,43	R\$ 254,07	R\$ 762,21
04.09.04.016-9	ORQUIECTOMIA UNILATERAL	R\$ 135,59	R\$ 406,77	R\$ 214,54	R\$ 643,62	R\$ 350,13	R\$ 1.050,39
04.09.04.017-7	PLASTICA DA BOLSA ESCROTAL	R\$ 73,36	R\$ 220,08	R\$ 105,47	R\$ 316,41	R\$ 178,83	R\$ 536,49

04.09.04.018-5	REPARACAO E OPERACAO PLASTICA DO TESTICULO	R\$ 146,67	R\$ 440,01	R\$ 130,81	R\$ 392,43	R\$ 277,48	R\$ 832,44
04.09.04.019-3	RESSECCAO PARCIAL DA BOLSA ESCROTAL	R\$ 109,98	R\$ 329,94	R\$ 115,88	R\$ 347,64	R\$ 225,86	R\$ 677,58
04.09.04.020-7	TRATAMENTO CIRURGICO DE ELEFANTIASE DA BOLSA ESCROTAL	R\$ 256,55	R\$ 769,65	R\$ 299,89	R\$ 899,67	R\$ 556,44	R\$ 1.669,32
04.09.04.021-5	TRATAMENTO CIRURGICO DE HIDROCELE	R\$ 75,12	R\$ 225,36	R\$ 181,85	R\$ 545,55	R\$ 256,97	R\$ 770,91
04.09.04.022-3	TRATAMENTO CIRURGICO DE TORCAO DO TESTICULO / DO CORDAO ESPERMATICO	R\$ 146,65	R\$ 439,95	R\$ 133,48	R\$ 400,44	R\$ 280,13	R\$ 840,39
04.09.04.023-1	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARICOCELE	R\$ 84,32	R\$ 252,96	R\$ 173,24	R\$ 519,72	R\$ 257,56	R\$ 772,68
04.09.04.024-0	VASECTOMIA	R\$ 173,15	R\$ 519,45	R\$ 133,32	R\$ 399,96	R\$ 306,47	R\$ 919,41

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.09.05.001-6	AMPUTACAO DE PENIS	R\$ 183,34	R\$ 550,02	R\$ 321,67	R\$ 965,01	R\$ 505,01	R\$ 1.515,03
04.09.05.002-4	CORRECAO DE EPISPADIA	R\$ 154,69	R\$ 464,07	R\$ 233,52	R\$ 700,56	R\$ 388,21	R\$ 1.164,63
04.09.05.003-2	CORRECAO DE HIPOSPADIA (10 TEMPO)	R\$ 148,62	R\$ 445,86	R\$ 224,34	R\$ 673,02	R\$ 372,96	R\$ 1.118,88
04.09.05.004-0	CORRECAO DE HIPOSPADIA (20 TEMPO)	R\$ 148,61	R\$ 445,83	R\$ 224,35	R\$ 673,05	R\$ 372,96	R\$ 1.118,88
04.09.05.007-5	PLASTICA TOTAL DO PENIS	R\$ 183,34	R\$ 550,02	R\$ 321,68	R\$ 965,04	R\$ 505,02	R\$ 1.515,06
04.09.05.008-3	POSTECTOMIA	R\$ 121,40	R\$ 364,20	R\$ 97,72	R\$ 293,16	R\$ 219,12	R\$ 657,36
04.09.05.009-1	REIMPLANTE DE PENIS	R\$ 329,73	R\$ 989,19	R\$ 536,44	R\$ 1.609,32	R\$ 866,17	R\$ 2.598,51
04.09.05.010-5	TRATAMENTO CIRURGICO DE ELEFANTIASE DO PENIS	R\$ 209,61	R\$ 628,83	R\$ 299,89	R\$ 899,67	R\$ 509,50	R\$ 1.528,50
04.09.05.011-3	TRATAMENTO CIRURGICO DE PRIAPRISMO	R\$ 256,74	R\$ 770,22	R\$ 321,67	R\$ 965,01	R\$ 578,41	R\$ 1.735,23
04.09.05.013-0	CIRURGIAS COMPLEMENTARES DE REDESIGNAÇÃO SEXUAL	R\$ 214,67	R\$ 644,01	R\$ 183,38	R\$ 550,14	R\$ 398,05	R\$ 1.194,15
04.09.05.014-8	REDESIGNAÇÃO SEXUAL NO SEXO MASCULINO	R\$ 528,06	R\$ 1.584,18	R\$ 760,22	R\$ 2.280,66	R\$ 1.288,28	R\$ 3.864,84

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.09.06.001-1	CERCLAGEM DE COLO DO UTERO	R\$ 80,70	R\$ 242,10	R\$ 97,31	R\$ 291,93	R\$ 178,01	R\$ 534,03
04.09.06.002-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR C/ AMPUTACAO DE COLO	R\$ 180,96	R\$ 542,88	R\$ 268,24	R\$ 804,72	R\$ 449,20	R\$ 1.347,60
04.09.06.003-8	EXCIÇÃO TIPO 3 DO COLO UTERINO	R\$ 138,46	R\$ 415,38	R\$ 305,20	R\$ 915,60	R\$ 443,66	R\$ 1.330,98
04.09.06.004-6	CURETAGEM SEMIOTICA C/ OU S/ DILATAÇAO DO COLO DO UTERO	R\$ 57,19	R\$ 171,57	R\$ 110,23	R\$ 330,69	R\$ 167,42	R\$ 502,26
04.09.06.005-4	CURETAGEM UTERINA EM MOLA HIDATIFORME	R\$ 70,88	R\$ 212,64	R\$ 66,50	R\$ 199,50	R\$ 137,38	R\$ 412,14
04.09.06.007-0	ESVAZIAMENTO DE UTERO POS-ABORTO POR ASPIRACAO MANUAL INTRA-UTERINA (AMIU)	R\$ 76,52	R\$ 229,56	R\$ 66,32	R\$ 198,96	R\$ 142,84	R\$ 428,52
04.09.06.010-0	HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)	R\$ 183,41	R\$ 550,23	R\$ 276,67	R\$ 830,01	R\$ 460,08	R\$ 1.380,24
04.09.06.011-9	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	R\$ 258,80	R\$ 776,40	R\$ 511,90	R\$ 1.535,70	R\$ 770,70	R\$ 2.312,10
04.09.06.012-7	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	R\$ 190,94	R\$ 572,82	R\$ 355,10	R\$ 1.065,30	R\$ 546,04	R\$ 1.638,12
04.09.06.013-5	HISTERECTOMIA TOTAL	R\$ 221,71	R\$ 665,13	R\$ 412,32	R\$ 1.236,96	R\$ 634,03	R\$ 1.902,09
04.09.06.014-3	HISTERECTOMIA TOTAL AMPLIADA (WERTHEIN-MEIGS)	R\$ 241,07	R\$ 723,21	R\$ 476,83	R\$ 1.430,49	R\$ 717,90	R\$ 2.153,70
04.09.06.015-1	HISTERECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 185,11	R\$ 555,33	R\$ 279,50	R\$ 838,50	R\$ 464,61	R\$ 1.393,83
04.09.06.016-0	HISTERORRAFIA	R\$ 183,29	R\$ 549,87	R\$ 251,40	R\$ 754,20	R\$ 434,69	R\$ 1.304,07
04.09.06.017-8	HISTEROSCOPIA CIRURGICA C/ RESSECTOSCOPIO	R\$ 78,52	R\$ 235,56	R\$ 94,81	R\$ 284,43	R\$ 173,33	R\$ 519,99
04.09.06.018-6	LAQUEADURA TUBARIA	R\$ 138,97	R\$ 416,91	R\$ 200,05	R\$ 600,15	R\$ 339,02	R\$ 1.017,06
04.09.06.019-4	MIOMECTOMIA	R\$ 184,97	R\$ 554,91	R\$ 343,97	R\$ 1.031,91	R\$ 528,94	R\$ 1.586,82
04.09.06.020-8	MIOMECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 183,30	R\$ 549,90	R\$ 254,16	R\$ 762,48	R\$ 437,46	R\$ 1.312,38
04.09.06.021-6	OOFORECTOMIA / OOFOROPLASTIA	R\$ 151,86	R\$ 455,58	R\$ 358,00	R\$ 1.074,00	R\$ 509,86	R\$ 1.529,58
04.09.06.022-4	RESSECCAO DE VARIZES PELVICAS	R\$ 146,69	R\$ 440,07	R\$ 177,05	R\$ 531,15	R\$ 323,74	R\$ 971,22
04.09.06.023-2	SALPINGECTOMIA UNI / BILATERAL	R\$ 152,87	R\$ 458,61	R\$ 312,72	R\$ 938,16	R\$ 465,59	R\$ 1.396,77
04.09.06.024-0	SALPINGECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 183,34	R\$ 550,02	R\$ 193,50	R\$ 580,50	R\$ 376,84	R\$ 1.130,52
04.09.06.025-9	SALPINGOPLASTIA	R\$ 146,65	R\$ 439,95	R\$ 187,67	R\$ 563,01	R\$ 334,32	R\$ 1.002,96
04.09.06.026-7	SALPINGOPLASTIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 146,72	R\$ 440,16	R\$ 190,45	R\$ 571,35	R\$ 337,17	R\$ 1.011,51
04.09.06.027-5	TRAQUELOPLASTIA	R\$ 146,64	R\$ 439,92	R\$ 177,59	R\$ 532,77	R\$ 324,23	R\$ 972,69

04.09.06.028-3	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA VESICO-UTERINA	R\$ 256,75	R\$ 770,25	R\$ 538,02	R\$ 1.614,06	R\$ 794,77	R\$ 2.384,31
04.09.06.029-1	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA BILATERAL E COLPECTOMIA SOB PROCESSO TRANSEXUALIZADOR	R\$ 511,90	R\$ 1.535,70	R\$ 683,90	R\$ 2.051,70	R\$ 1.195,80	R\$ 3.587,40

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.09.07.001-7	ALARGAMENTO DA ENTRADA VAGINAL	R\$ 70,62	R\$ 211,86	R\$ 48,73	R\$ 146,19	R\$ 119,35	R\$ 358,05
04.09.07.002-5	COLPECTOMIA	R\$ 146,64	R\$ 439,92	R\$ 225,90	R\$ 677,70	R\$ 372,54	R\$ 1.117,62
04.09.07.003-3	COLPOCLEISE (CIRURGIA DE LE FORT)	R\$ 159,98	R\$ 479,94	R\$ 191,40	R\$ 574,20	R\$ 351,38	R\$ 1.054,14
04.09.07.004-1	COLPOPERINEOCLEISE	R\$ 146,64	R\$ 439,92	R\$ 225,89	R\$ 677,67	R\$ 372,53	R\$ 1.117,59
04.09.07.005-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	R\$ 174,31	R\$ 522,93	R\$ 298,12	R\$ 894,36	R\$ 472,43	R\$ 1.417,29
04.09.07.006-8	COLPOPERINEOPLASTIA POSTERIOR	R\$ 146,65	R\$ 439,95	R\$ 225,89	R\$ 677,67	R\$ 372,54	R\$ 1.117,62
04.09.07.007-6	COLPOPERINEORRAFIA NAO OBSTETRICA	R\$ 146,65	R\$ 439,95	R\$ 225,89	R\$ 677,67	R\$ 372,54	R\$ 1.117,62
04.09.07.008-4	COLPOPLASTIA ANTERIOR	R\$ 146,65	R\$ 439,95	R\$ 225,89	R\$ 677,67	R\$ 372,54	R\$ 1.117,62
04.09.07.009-2	COLPORRAFIA NAO OBSTETRICA	R\$ 146,65	R\$ 439,95	R\$ 225,89	R\$ 677,67	R\$ 372,54	R\$ 1.117,62
04.09.07.010-6	COLPOTOMIA	R\$ 146,65	R\$ 439,95	R\$ 216,48	R\$ 649,44	R\$ 363,13	R\$ 1.089,39
04.09.07.011-4	CONSTRUCAO DE VAGINA	R\$ 183,38	R\$ 550,14	R\$ 214,67	R\$ 644,01	R\$ 398,05	R\$ 1.194,15
04.09.07.012-2	DRENAGEM DE GLANDULA DE BARTHOLIN / SKENE	R\$ -	R\$ -	R\$ 12,97	R\$ 38,91	R\$ 12,97	R\$ 38,91
04.09.07.013-0	EPISIOPERINEORRAFIA NAO OBSTETRICA	R\$ 73,35	R\$ 220,05	R\$ 55,09	R\$ 165,27	R\$ 128,44	R\$ 385,32
04.09.07.014-9	EXERESE DE CISTO VAGINAL	R\$ 146,65	R\$ 439,95	R\$ 225,89	R\$ 677,67	R\$ 372,54	R\$ 1.117,62
04.09.07.015-7	EXERESE DE GLANDULA DE BARTHOLIN / SKENE	R\$ 62,85	R\$ 188,55	R\$ 161,83	R\$ 485,49	R\$ 224,68	R\$ 674,04
04.09.07.016-5	EXTIRPAÇÃO DE LESÃO DE VULVA / PERINEO (POR ELETROCOAGULAÇÃO OU FULGURAÇÃO)	R\$ -	R\$ -	R\$ 13,54	R\$ 40,62	R\$ 13,54	R\$ 40,62
04.09.07.018-1	HIMENOTOMIA	R\$ -	R\$ -	R\$ 21,68	R\$ 65,04	R\$ 21,68	R\$ 65,04
04.09.07.019-0	MARSUPIALIZAÇÃO DE GLANDULA DE BARTOLIN	R\$ 45,82	R\$ 137,46	R\$ 94,14	R\$ 282,42	R\$ 139,96	R\$ 419,88
04.09.07.020-3	OPERACAO DE BURCH	R\$ 152,20	R\$ 456,60	R\$ 305,47	R\$ 916,41	R\$ 457,67	R\$ 1.373,01
04.09.07.021-1	RECONSTRUCAO DA VAGINA	R\$ 186,77	R\$ 560,31	R\$ 222,78	R\$ 668,34	R\$ 409,55	R\$ 1.228,65

04.09.07.022-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE COAPTACAO DE NINFAS	R\$ 70,62	R\$ 211,86	R\$ 48,73	R\$ 146,19	R\$ 119,35	R\$ 358,05
04.09.07.023-8	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA RETO-VAGINAL	R\$ 110,00	R\$ 330,00	R\$ 229,52	R\$ 688,56	R\$ 339,52	R\$ 1.018,56
04.09.07.024-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA URETRO-VAGINAL	R\$ 183,28	R\$ 549,84	R\$ 208,02	R\$ 624,06	R\$ 391,30	R\$ 1.173,90
04.09.07.025-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA VESICO-VAGINAL	R\$ 298,43	R\$ 895,29	R\$ 843,82	R\$ 2.531,46	R\$ 1.142,25	R\$ 3.426,75
04.09.07.026-2	TRATAMENTO CIRURGICO DE HIPERTROFIA DOS PEQUENOS LABIOS	R\$ 70,62	R\$ 211,86	R\$ 48,73	R\$ 146,19	R\$ 119,35	R\$ 358,05
04.09.07.027-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA POR VIA VAGINAL	R\$ 146,70	R\$ 440,10	R\$ 226,19	R\$ 678,57	R\$ 372,89	R\$ 1.118,67
04.09.07.028-9	TRATAMENTO CIRURGICO DE VAGINA SEPTADA / ATRESICA	R\$ 183,34	R\$ 550,02	R\$ 245,11	R\$ 735,33	R\$ 428,45	R\$ 1.285,35
04.09.07.029-7	VULVECTOMIA AMPLIADA C/ LINFADENECTOMIA	R\$ 326,50	R\$ 979,50	R\$ 567,04	R\$ 1.701,12	R\$ 893,54	R\$ 2.680,62
04.09.07.030-0	VULVECTOMIA SIMPLES	R\$ 73,35	R\$ 220,05	R\$ 55,09	R\$ 165,27	R\$ 128,44	R\$ 385,32
04.09.07.031-9	REDESIGNAÇÃO SEXUAL NO SEXO FEMININO	R\$ 528,06	R\$ 1.584,18	R\$ 760,22	R\$ 2.280,66	R\$ 1.288,28	R\$ 3.864,84

GRUPO DE CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO	% DE ACRÉSCIDO NA TABELA SUS
CIRURGIA DE MAMA	200%

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.10.01.001-4	DRENAGEM DE ABSCESSO DE MAMA	R\$ 48,93	R\$ 146,79	R\$ 122,58	R\$ 367,74	R\$ 171,51	R\$ 514,53
04.10.01.004-9	EXERESE DE MAMILO	R\$ -	R\$ -	R\$ 20,74	R\$ 62,22	R\$ 20,74	R\$ 62,22
04.10.01.005-7	MASTECTOMIA RADICAL C/ LINFADENECTOMIA	R\$ 278,97	R\$ 836,91	R\$ 504,54	R\$ 1.513,62	R\$ 783,51	R\$ 2.350,53
04.10.01.006-5	MASTECTOMIA SIMPLES	R\$ 162,82	R\$ 488,46	R\$ 299,98	R\$ 899,94	R\$ 462,80	R\$ 1.388,40
04.10.01.007-3	PLASTICA MAMARIA FEMININA NAO ESTETICA	R\$ 183,71	R\$ 551,13	R\$ 330,46	R\$ 991,38	R\$ 514,17	R\$ 1.542,51
04.10.01.008-1	PLASTICA MAMARIA MASCULINA	R\$ 161,39	R\$ 484,17	R\$ 289,25	R\$ 867,75	R\$ 450,64	R\$ 1.351,92
04.10.01.009-0	PLASTICA MAMARIA RECONSTRUTIVA - POS MASTECTOMIA C/ IMPLANTE DE PROTESE	R\$ 140,02	R\$ 420,06	R\$ 175,90	R\$ 527,70	R\$ 315,92	R\$ 947,76

04.10.01.011-1	SETORECTOMIA / QUADRANTECTOMIA	R\$ 128,13	R\$ 384,39	R\$ 185,31	R\$ 555,93	R\$ 313,44	R\$ 940,32
04.10.01.012-0	SETORECTOMIA / QUADRANTECTOMIA C/ Esvaziamento Ganglionar	R\$ 146,55	R\$ 439,65	R\$ 211,65	R\$ 634,95	R\$ 358,20	R\$ 1.074,60
04.10.01.013-8	RETIRADA DE PRÓTESE MAMÁRIA UNILATERAL EM CASOS DE COMPLICAÇÃO DA PRÓTESE MAMÁRIA IMPLANTADA	R\$ 128,52	R\$ 385,56	R\$ 161,48	R\$ 484,44	R\$ 290,00	R\$ 870,00
04.10.01.014-6	RETIRADA DE PRÓTESE MAMÁRIA BILATERAL EM CASOS DE COMPLICAÇÃO DA PRÓTESE MAMÁRIA IMPLANTADA	R\$ 257,05	R\$ 771,15	R\$ 322,95	R\$ 968,85	R\$ 580,00	R\$ 1.740,00
04.10.01.015-4	RETIRADA DE PRÓTESE MAMÁRIA UNILATERAL EM CASOS DE COMPLICAÇÃO DE IMPLANTAÇÃO DA PRÓTESE, COM IMPLANTAÇÃO DE NOVA PRÓTESE, NO MESMO ATO CIRÚRGICO	R\$ 140,02	R\$ 420,06	R\$ 175,90	R\$ 527,70	R\$ 315,92	R\$ 947,76
04.10.01.016-2	RETIRADA DE PRÓTESE MAMÁRIA BILATERAL EM CASOS DE COMPLICAÇÃO DE IMPLANTAÇÃO DA PRÓTESE, COM IMPLANTAÇÃO DE NOVA PRÓTESE NO MESMO ATO CIRÚRGICO	R\$ 280,04	R\$ 840,12	R\$ 351,80	R\$ 1.055,40	R\$ 631,84	R\$ 1.895,52
04.10.01.019-7	MASTECTOMIA SIMPLES BILATERAL SOB PROCESSO TRANSEXUALIZADOR	R\$ 284,93	R\$ 854,79	R\$ 524,96	R\$ 1.574,88	R\$ 809,89	R\$ 2.429,67
04.10.01.020-0	PLASTICA MAMARIA RECONSTRUTIVA BILATERAL INCLUINDO PROTESE MAMARIA DE SILICONE BILATERAL NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR	R\$ 140,02	R\$ 420,06	R\$ 1.663,90	R\$ 4.991,70	R\$ 1.803,92	R\$ 5.411,76

GRUPO DE CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO	% DE ACRÉSCIDO NA TABELA SUS
CIRURGIA OBSTÉTRICA	300%

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.11.01.001-8	DESCOLAMENTO MANUAL DE PLACENTA	R\$ 73,33	R\$ 293,32	R\$ 84,48	R\$ 337,92	R\$ 157,81	R\$ 631,24
04.11.01.002-6	PARTO CESARIANO EM GESTACAO DE ALTO RISCO	R\$ 230,15	R\$ 920,60	R\$ 660,79	R\$ 2.643,16	R\$ 890,94	R\$ 3.563,76
04.11.01.003-4	PARTO CESARIANO	R\$ 150,05	R\$ 600,20	R\$ 395,68	R\$ 1.582,72	R\$ 545,73	R\$ 2.182,92
04.11.01.004-2	PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBARIA	R\$ 150,05	R\$ 600,20	R\$ 395,68	R\$ 1.582,72	R\$ 545,73	R\$ 2.182,92
04.11.01.005-0	REDUCAO MANUAL DE INVERSAO UTERINA AGUDA POS-PARTO	R\$ 69,98	R\$ 279,92	R\$ 63,97	R\$ 255,88	R\$ 133,95	R\$ 535,80
04.11.01.007-7	SUTURA DE LACERACOES DE TRAJETO PELVICO	R\$ 56,82	R\$ 227,28	R\$ 88,76	R\$ 355,04	R\$ 145,58	R\$ 582,32

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.11.01.008-5	TRATAMENTO CIRURGICO DE INVERSAO UTERINA AGUDA POS PARTO	R\$ 210,69	R\$ 842,76	R\$ 229,93	R\$ 919,72	R\$ 440,62	R\$ 1.762,48
04.11.02.001-3	CURETAGEM POS-ABORTAMENTO / PUERPERAL	R\$ 70,41	R\$ 211,23	R\$ 109,21	R\$ 327,63	R\$ 179,62	R\$ 538,86
04.11.02.002-1	EMBRIOTOMIA	R\$ 139,98	R\$ 419,94	R\$ 87,52	R\$ 262,56	R\$ 227,50	R\$ 682,50
04.11.02.003-0	HISTERECTOMIA PUERPERAL	R\$ 245,03	R\$ 735,09	R\$ 242,09	R\$ 726,27	R\$ 487,12	R\$ 1.461,36
04.11.02.004-8	TRATAMENTO CIRURGICO DE GRAVIDEZ ECTOPICA	R\$ 128,70	R\$ 386,10	R\$ 330,48	R\$ 991,44	R\$ 459,18	R\$ 1.377,54

GRUPO DE CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO	% DE ACRÉSCIDO NA TABELA SUS
CIRURGIA TORÁCICA	200%

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.12.01.001-1	BRNCOTOMIA E/OU BRNCORRAFIA	R\$ 733,08	R\$ 2.199,24	R\$ 1.154,00	R\$ 3.462,00	R\$ 1.887,08	R\$ 5.661,24
04.12.01.002-0	COLOCAÇÃO DE MOLDE BRNCUICO POR TORACOTOMIA	R\$ 733,08	R\$ 2.199,24	R\$ 1.154,00	R\$ 3.462,00	R\$ 1.887,08	R\$ 5.661,24
04.12.01.003-8	COLOCAÇÃO DE PROTESE LARINGO-TRAQUEAL, TRAQUEAL, TRAQUEO-BRONQUICA, BRNCUICA POR VIA ENDOSCOPICA (INCLUI PROTESE)	R\$ 293,30	R\$ 879,90	R\$ 86,08	R\$ 258,24	R\$ 379,38	R\$ 1.138,14
04.12.01.004-6	COLOCACAO DE PROTESE LARINGO TRAQUEAL/ TRAQUEO-BRONQUICA (INCLUI PRÓTESE)	R\$ 361,98	R\$ 1.085,94	R\$ 101,90	R\$ 305,70	R\$ 463,88	R\$ 1.391,64
04.12.01.006-2	PUNCAO DE TRAQUEIA C/ ASPIRACAO	R\$ -	R\$ -	R\$ 15,79	R\$ 47,37	R\$ 15,79	R\$ 47,37
04.12.01.007-0	RESSECÇÃO DE TRAQUÉIA MEDIASTINAL, CARINAL OU CARINOPLASTIA	R\$ 733,08	R\$ 2.199,24	R\$ 1.154,00	R\$ 3.462,00	R\$ 1.887,08	R\$ 5.661,24
04.12.01.008-9	RESSECÇÃO DE TUMOR DE TRAQUEIA COM ANASTOMOSE	R\$ 293,30	R\$ 879,90	R\$ 86,08	R\$ 258,24	R\$ 379,38	R\$ 1.138,14
04.12.01.009-7	TRAQUEOPLASTIA POR ACESSO TORÁCICO	R\$ 348,28	R\$ 1.044,84	R\$ 385,40	R\$ 1.156,20	R\$ 733,68	R\$ 2.201,04
04.12.01.010-0	TRAQUEOPLASTIA E/OU LARINGOTRAQUEOPLASTIA	R\$ 348,28	R\$ 1.044,84	R\$ 385,40	R\$ 1.156,20	R\$ 733,68	R\$ 2.201,04
04.12.01.011-9	TRAQUEORRAFIA E/OU FECHAMENTO DE FISTULA TRAQUEO-CUTANEA	R\$ 160,66	R\$ 481,98	R\$ 355,56	R\$ 1.066,68	R\$ 516,22	R\$ 1.548,66

04.12.01.012-7	TRAQUEOSTOMIA COM COLOCAÇÃO DE ORTESE TRAQUEAL OU TRAQUEOBRONQUICA	R\$ 145,63	R\$ 436,89	R\$ 82,00	R\$ 246,00	R\$ 227,63	R\$ 682,89
04.12.01.013-5	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA BRONCOPEURAL COM AMPUTAÇÃO DE COTO BRONQUICO	R\$ 559,92	R\$ 1.679,76	R\$ 1.154,06	R\$ 3.462,18	R\$ 1.713,98	R\$ 5.141,94
04.12.01.014-3	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA TRAQUEOESOFAGICA ADQUIRIDA	R\$ 559,92	R\$ 1.679,76	R\$ 1.154,06	R\$ 3.462,18	R\$ 1.713,98	R\$ 5.141,94

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.12.02.001-7	MEDIASTINOTOMIA EXPLORADORA PARA-ESTERNAL / POR VIA ANTERIOR	R\$ 461,38	R\$ 1.384,14	R\$ 740,41	R\$ 2.221,23	R\$ 1.201,79	R\$ 3.605,37
04.12.02.002-5	MEDIASTINOTOMIA EXTRAPLEURAL POR VIA POSTERIOR	R\$ 461,38	R\$ 1.384,14	R\$ 740,41	R\$ 2.221,23	R\$ 1.201,79	R\$ 3.605,37
04.12.02.003-3	MEDIASTINOTOMIA P/ DRENAGEM	R\$ 513,16	R\$ 1.539,48	R\$ 740,35	R\$ 2.221,05	R\$ 1.253,51	R\$ 3.760,53
04.12.02.005-0	RESSECÇÃO DE TUMOR DO MEDIASTINO	R\$ 733,64	R\$ 2.200,92	R\$ 1.091,92	R\$ 3.275,76	R\$ 1.825,56	R\$ 5.476,68
04.12.02.006-8	TIMECTOMIA	R\$ 513,48	R\$ 1.540,44	R\$ 764,98	R\$ 2.294,94	R\$ 1.278,46	R\$ 3.835,38
04.12.02.007-6	TRAQUEOSTOMIA MEDIASTINAL	R\$ 348,28	R\$ 1.044,84	R\$ 385,40	R\$ 1.156,20	R\$ 733,68	R\$ 2.201,04
04.12.02.008-4	TRATAMENTO DE MEDIASTINITE (QUALQUER VIA)	R\$ 610,30	R\$ 1.830,90	R\$ 975,08	R\$ 2.925,24	R\$ 1.585,38	R\$ 4.756,14

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.12.03.001-2	DESCORTICAÇÃO PULMONAR	R\$ 616,16	R\$ 1.848,48	R\$ 1.539,20	R\$ 4.617,60	R\$ 2.155,36	R\$ 6.466,08
04.12.03.004-7	FECHAMENTO DE PLEUOSTOMIA	R\$ 321,32	R\$ 963,96	R\$ 355,56	R\$ 1.066,68	R\$ 676,88	R\$ 2.030,64
04.12.03.008-0	TRATAMENTO DE COAGULO RETIDO INTRATORACICO (QUALQUER VIA)	R\$ 354,12	R\$ 1.062,36	R\$ 447,28	R\$ 1.341,84	R\$ 801,40	R\$ 2.404,20
04.12.03.009-8	PLEUOSTOMIA	R\$ 293,38	R\$ 880,14	R\$ 209,59	R\$ 628,77	R\$ 502,97	R\$ 1.508,91
04.12.03.010-1	DRENAGEM TUBULAR PLEURAL ABERTA (PLEUOSTOMIA)	R\$ 334,10	R\$ 1.002,30	R\$ 423,94	R\$ 1.271,82	R\$ 758,04	R\$ 2.274,12
04.12.03.011-0	PLEURODESE	R\$ 513,42	R\$ 1.540,26	R\$ 747,08	R\$ 2.241,24	R\$ 1.260,50	R\$ 3.781,50
04.12.03.012-8	RETIRADA DE DRENO TUBULAR TORACICO	R\$ 21,00	R\$ 63,00	R\$ 12,97	R\$ 38,91	R\$ 33,97	R\$ 101,91

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.12.04.001-8	COSTECTOMIA	R\$ 293,44	R\$ 880,32	R\$ 196,98	R\$ 590,94	R\$ 490,42	R\$ 1.471,26
04.12.04.002-6	ESTERNECTOMIA COM OU SEM PRÓTESE	R\$ 733,54	R\$ 2.200,62	R\$ 582,49	R\$ 1.747,47	R\$ 1.316,03	R\$ 3.948,09
04.12.04.003-4	ESTERNECTOMIA SUBTOTAL	R\$ 733,54	R\$ 2.200,62	R\$ 582,49	R\$ 1.747,47	R\$ 1.316,03	R\$ 3.948,09
04.12.04.004-2	LIGADURA DO DUCTO TORACICO (QUALQUER METODO)	R\$ 354,12	R\$ 1.062,36	R\$ 447,28	R\$ 1.341,84	R\$ 801,40	R\$ 2.404,20
04.12.04.005-0	MOBILIZACAO DE RETALHOS MUSCULARES / DO OMENTO	R\$ 733,10	R\$ 2.199,30	R\$ 584,76	R\$ 1.754,28	R\$ 1.317,86	R\$ 3.953,58
04.12.04.006-9	PLUMBAGEM EXTRAFASCIAL	R\$ 366,55	R\$ 1.099,65	R\$ 582,47	R\$ 1.747,41	R\$ 949,02	R\$ 2.847,06
04.12.04.008-5	REDUÇÃO CIRÚRGICA DE FRATURA DE COSTELA	R\$ 293,32	R\$ 879,96	R\$ 244,94	R\$ 734,82	R\$ 538,26	R\$ 1.614,78
04.12.04.010-7	RESSECÇÃO DE TUMOR DO DIAFRAGMA E RECONSTRUÇÃO (QUALQUER TECNICA)	R\$ 733,08	R\$ 2.199,24	R\$ 1.154,00	R\$ 3.462,00	R\$ 1.887,08	R\$ 5.661,24
04.12.04.011-5	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA PAREDE TORÁCICA	R\$ 334,10	R\$ 1.002,30	R\$ 415,54	R\$ 1.246,62	R\$ 749,64	R\$ 2.248,92
04.12.04.012-3	TORACECTOMIA COM RECONSTRUÇÃO PARIETAL (POR PROTESE)	R\$ 733,10	R\$ 2.199,30	R\$ 582,47	R\$ 1.747,41	R\$ 1.315,57	R\$ 3.946,71
04.12.04.013-1	TORACECTOMIA SEM RECONSTRUÇÃO PARIETAL	R\$ 733,10	R\$ 2.199,30	R\$ 582,47	R\$ 1.747,41	R\$ 1.315,57	R\$ 3.946,71
04.12.04.015-8	TORACOPLASTIA (QUALQUER TECNICA)	R\$ 513,28	R\$ 1.539,84	R\$ 452,12	R\$ 1.356,36	R\$ 965,40	R\$ 2.896,20
04.12.04.016-6	TORACOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL FECHADA	R\$ 404,28	R\$ 1.212,84	R\$ 625,16	R\$ 1.875,48	R\$ 1.029,44	R\$ 3.088,32
04.12.04.017-4	TORACOTOMIA EXPLORADORA	R\$ 389,54	R\$ 1.168,62	R\$ 599,54	R\$ 1.798,62	R\$ 989,08	R\$ 2.967,24
04.12.04.018-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFEITOS CONGÊNITOS DO TORAX	R\$ 733,60	R\$ 2.200,80	R\$ 582,48	R\$ 1.747,44	R\$ 1.316,08	R\$ 3.948,24
04.12.04.019-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA, NECROSE OU INFECÇÃO DO ESTERNO	R\$ 513,28	R\$ 1.539,84	R\$ 452,12	R\$ 1.356,36	R\$ 965,40	R\$ 2.896,20
04.12.04.020-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS DO GRADIL COSTAL	R\$ 513,28	R\$ 1.539,84	R\$ 452,12	R\$ 1.356,36	R\$ 965,40	R\$ 2.896,20
04.12.04.021-2	TRATAMENTO CIRURGICO DE PAREDE TORACICA	R\$ 610,30	R\$ 1.830,90	R\$ 975,20	R\$ 2.925,60	R\$ 1.585,50	R\$ 4.756,50
04.12.04.022-0	VAGOTOMIA TRONCULAR TERAPEUTICA POR TORACOTOMIA	R\$ 513,40	R\$ 1.540,20	R\$ 555,34	R\$ 1.666,02	R\$ 1.068,74	R\$ 3.206,22

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.12.05.001-3	BUECTOMIA UNI OU BILATERAL	R\$ 513,40	R\$ 1.540,20	R\$ 746,87	R\$ 2.240,61	R\$ 3.780,81	R\$ 1.260,27
04.12.05.003-0	LIGADURA DE ARTÉRIAS BRONQUICAS POR TORACOTOMIA PARA CONTROLE DE HEMOPTISE	R\$ 354,12	R\$ 1.062,36	R\$ 447,28	R\$ 1.341,84	R\$ 2.404,20	R\$ 801,40
04.12.05.004-8	LOBECTOMIA PULMONAR	R\$ 513,26	R\$ 1.539,78	R\$ 746,94	R\$ 2.240,82	R\$ 3.780,60	R\$ 1.260,20
04.12.05.006-4	PNEUMOMECTOMIA	R\$ 559,88	R\$ 1.679,64	R\$ 1.154,09	R\$ 3.462,27	R\$ 5.141,91	R\$ 1.713,97
04.12.05.007-2	PNEUMONECTOMIA DE TOTALIZACAO	R\$ 513,40	R\$ 1.540,20	R\$ 746,87	R\$ 2.240,61	R\$ 3.780,81	R\$ 1.260,27
04.12.05.008-0	PNEUMORRAFIA	R\$ 513,40	R\$ 1.540,20	R\$ 746,87	R\$ 2.240,61	R\$ 3.780,81	R\$ 1.260,27
04.12.05.010-2	RESSECÇÃO EM CUNHA, TUMORECTOMIA / BIOPSIA DE PULMAO A CEU ABERTO	R\$ 513,40	R\$ 1.540,20	R\$ 746,87	R\$ 2.240,61	R\$ 3.780,81	R\$ 1.260,27
04.12.05.011-0	RESSECÇÃO PULMONAR ASSOCIADA A BRONCOPLASTIA/ ARTERIOPLASTIA	R\$ 733,08	R\$ 2.199,24	R\$ 1.154,00	R\$ 3.462,00	R\$ 5.661,24	R\$ 1.887,08
04.12.05.013-7	CIRURGIA REDUTORA DO VOLUME PULMONAR (QUALQUER METODO)	R\$ 513,40	R\$ 1.540,20	R\$ 746,87	R\$ 2.240,61	R\$ 3.780,81	R\$ 1.260,27
04.12.05.014-5	METASTASECTOMIA PULMONAR UNI OU BILATERAL (QUALQUER METODO)	R\$ 513,40	R\$ 1.540,20	R\$ 746,87	R\$ 2.240,61	R\$ 3.780,81	R\$ 1.260,27
04.12.05.015-3	TROMBOENDARTERECTOMIA PULMONAR	R\$ 733,48	R\$ 2.200,44	R\$ 797,94	R\$ 2.393,82	R\$ 4.594,26	R\$ 1.531,42
04.12.05.016-1	PNEUMOTOMIA COM RESSECÇÃO COSTAL PARA DRENAGEM CAVITÁRIA/RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	R\$ 366,74	R\$ 1.100,22	R\$ 433,64	R\$ 1.300,92	R\$ 2.401,14	R\$ 800,38
04.12.05.017-0	TORACOCENTESE/DRENAGEM DE PLEURA	R\$ 42,00	R\$ 126,00	R\$ 12,97	R\$ 38,91	R\$ 164,91	R\$ 54,97

GRUPO DE CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO	% DE ACRÉSCIDO NA TABELA SUS
CIRURGA REPARADORA	200%

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.13.01.001-5	ATENDIMENTO DE URGENCIA EM MEDIO E GRANDE QUEIMADO	R\$ 98,16	R\$ 294,48	R\$ 181,80	R\$ 545,40	R\$ 279,96	R\$ 839,88
04.13.01.006-6	TRATAMENTO DE GRANDE QUEIMADO	R\$ 653,74	R\$ 1.961,22	R\$ 1.165,78	R\$ 3.497,34	R\$ 1.819,52	R\$ 5.458,56
04.13.01.007-4	TRATAMENTO DE INTERCORRENCIA EM PACIENTE MEDIO E GRANDE QUEIMADO	R\$ 11,00	R\$ 33,00	R\$ 18,00	R\$ 54,00	R\$ 29,00	R\$ 87,00
04.13.01.008-2	TRATAMENTO DE MEDIO QUEIMADO	R\$ 245,42	R\$ 736,26	R\$ 442,82	R\$ 1.328,46	R\$ 688,24	R\$ 2.064,72
04.13.01.009-0	TRATAMENTO DE PEQUENO QUEIMADO	R\$ 113,75	R\$ 341,25	R\$ 127,82	R\$ 383,46	R\$ 241,57	R\$ 724,71

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.13.03.001-6	LIPOASPIRAÇÃO DE GIBA OU REGIÃO SUBMANDIBULAR EM PACIENTES COM LIPODISTROFIA DECORRENTE DO USO DE ANTI-RETROVIRAL	R\$ 351,62	R\$ 1.054,86	R\$ 485,00	R\$ 1.455,00	R\$ 836,62	R\$ 2.509,86
04.13.03.002-4	LIPOASPIRAÇÃO DE PAREDE ABDOMINAL OU DORSO EM PACIENTES COM LIPODISTROFIA DECORRENTE DO USO DE ANTI-RETROVIRAL	R\$ 353,47	R\$ 1.060,41	R\$ 485,00	R\$ 1.455,00	R\$ 838,47	R\$ 2.515,41
04.13.03.003-2	LIPOENXERTIA DE GLÚTEO EM PACIENTE COM LIPODISTROFIA GLÚTEA DECORRENTE DO USO DE ANTI-RETROVIRAL	R\$ 251,63	R\$ 754,89	R\$ 425,36	R\$ 1.276,08	R\$ 676,99	R\$ 2.030,97
04.13.03.005-9	PREENCHIMENTO FACIAL COM TECIDO GORDUROSO EM PACIENTE COM LIPOATROFIA DE FACE DECORRENTE DO USO DE ANTI-RETROVIRAIS	R\$ 92,25	R\$ 276,75	R\$ 149,47	R\$ 448,41	R\$ 241,72	R\$ 725,16
04.13.03.006-7	RECONSTRUÇÃO GLÚTEA E/OU PERIANAL EM PACIENTE COM LIPODISTROFIA GLÚTEA DECORRENTE DO USO DE ANTI-RETROVIRAL, COM LIPOENXERTIA OU PMMA	R\$ 351,63	R\$ 1.054,89	R\$ 825,36	R\$ 2.476,08	R\$ 1.176,99	R\$ 3.530,97

04.13.03.007-5	REDUÇÃO MAMARIA EM PACIENTE COM LIPODISTROFIA DECORRENTE DO USO DE ANTI-RETROVIRAIS	R\$ 333,47	R\$ 1.000,41	R\$ 485,00	R\$ 1.455,00	R\$ 818,47	R\$ 2.455,41
04.13.03.008-3	TRATAMENTO DE GINECOMASTIA OU PSEUDOGINECOMASTIA EM PACIENTE COM LIPODISTROFIA DECORRENTE DO USO DE ANTI-RETROVIRAIS	R\$ 239,73	R\$ 719,19	R\$ 329,16	R\$ 987,48	R\$ 568,89	R\$ 1.706,67

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.13.04.002-0	CORREÇÃO DE RETRAÇÃO CICATRICAL VÁRIOS ESTÁGIOS	R\$ 179,97	R\$ 539,91	R\$ 323,15	R\$ 969,45	R\$ 503,12	R\$ 1.509,36
04.13.04.003-8	DERMOLIPECTOMIA (1 OU 2 MEMBROS INFERIORES)	R\$ 163,76	R\$ 491,28	R\$ 323,16	R\$ 969,48	R\$ 486,92	R\$ 1.460,76
04.13.04.004-6	DERMOLIPECTOMIA ABDOMINAL NAO ESTETICA (PLASTICA ABDOMINAL)	R\$ 180,12	R\$ 540,36	R\$ 441,72	R\$ 1.325,16	R\$ 621,84	R\$ 1.865,52
04.13.04.005-4	DERMOLIPECTOMIA ABDOMINAL POS-CIRURGIA BARIATRICA	R\$ 360,15	R\$ 1.080,45	R\$ 502,20	R\$ 1.506,60	R\$ 862,35	R\$ 2.587,05
04.13.04.006-2	DERMOLIPECTOMIA BRAQUIAL POS-CIRURGIA BARIÁTRICA	R\$ 360,12	R\$ 1.080,36	R\$ 502,20	R\$ 1.506,60	R\$ 862,32	R\$ 2.586,96
04.13.04.007-0	DERMOLIPECTOMIA CRURAL POS-CIRURGIA BARIÁTRICA	R\$ 360,15	R\$ 1.080,45	R\$ 502,20	R\$ 1.506,60	R\$ 862,35	R\$ 2.587,05
04.13.04.008-9	MAMOPLASTIA PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA	R\$ 360,12	R\$ 1.080,36	R\$ 491,40	R\$ 1.474,20	R\$ 851,52	R\$ 2.554,56
04.13.04.009-7	PREPARO DE RETALHO	R\$ 99,64	R\$ 298,92	R\$ 150,48	R\$ 451,44	R\$ 250,12	R\$ 750,36
04.13.04.010-0	PREPARO DE TUBO PEDICULADO	R\$ 163,76	R\$ 491,28	R\$ 323,15	R\$ 969,45	R\$ 486,91	R\$ 1.460,73
04.13.04.011-9	RECONSTRUCAO DE LOBULO DA ORELHA	R\$ 161,38	R\$ 484,14	R\$ 230,50	R\$ 691,50	R\$ 391,88	R\$ 1.175,64
04.13.04.012-7	RECONSTRUCAO DE POLO SUPERIOR DA ORELHA	R\$ 146,71	R\$ 440,13	R\$ 135,01	R\$ 405,03	R\$ 281,72	R\$ 845,16
04.13.04.013-5	RECONSTRUCAO DO HELIX DA ORELHA	R\$ 146,71	R\$ 440,13	R\$ 135,01	R\$ 405,03	R\$ 281,72	R\$ 845,16
04.13.04.014-3	RECONSTRUCAO TOTAL DE ORELHA (MULTIPLoS ESTAGIOS)	R\$ 183,30	R\$ 549,90	R\$ 155,65	R\$ 466,95	R\$ 338,95	R\$ 1.016,85
04.13.04.015-1	TRANSFERENCIA INTERMEDIARIA DE RETALHO	R\$ 158,90	R\$ 476,70	R\$ 254,55	R\$ 763,65	R\$ 413,45	R\$ 1.240,35
04.13.04.016-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE ELEFANTIASE AO NIVEL DO PE	R\$ 256,55	R\$ 769,65	R\$ 299,89	R\$ 899,67	R\$ 556,44	R\$ 1.669,32
04.13.04.017-8	TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA	R\$ 201,82	R\$ 605,46	R\$ 539,87	R\$ 1.619,61	R\$ 741,69	R\$ 2.225,07
04.13.04.018-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE RETRACAO CICATRICAL DA AXILA	R\$ 166,79	R\$ 500,37	R\$ 359,05	R\$ 1.077,15	R\$ 525,84	R\$ 1.577,52
04.13.04.019-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE RETRACAO CICATRICAL DO COTOVELO	R\$ 146,65	R\$ 439,95	R\$ 168,96	R\$ 506,88	R\$ 315,61	R\$ 946,83

04.13.04.020-8	TRATAMENTO CIRURGICO DE RETRACAO CICATRICAL DOS DEDOS DA MAO/PE S/ COMPROMETIMENTO TENDINOSO	R\$ 115,94	R\$ 347,82	R\$ 140,29	R\$ 420,87	R\$ 256,23	R\$ 768,69
04.13.04.021-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RETRAÇÃO CICATRICAL EM UM ESTÁGIO	R\$ 179,97	R\$ 539,91	R\$ 323,15	R\$ 969,45	R\$ 503,12	R\$ 1.509,36
04.13.04.022-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE RETRACAO CICATRICAL NA REGIAO POPLITEA	R\$ 166,79	R\$ 500,37	R\$ 359,05	R\$ 1.077,15	R\$ 525,84	R\$ 1.577,52
04.13.04.023-2	TRATAMENTO CIRURGICO NAO ESTETICO DA ORELHA	R\$ 161,38	R\$ 484,14	R\$ 230,50	R\$ 691,50	R\$ 391,88	R\$ 1.175,64
04.13.04.024-0	TRATAMENTO CIRURGICO P/ REPARACOES DE PERDA DE SUBSTANCIA DA MAO	R\$ 100,33	R\$ 300,99	R\$ 223,87	R\$ 671,61	R\$ 324,20	R\$ 972,60
04.13.04.025-9	DERMOLIPECTOMIA ABDOMINAL CIRCUNFERENCIAL PÓS CIRURGIA BARIATRICA	R\$ 550,00	R\$ 1.650,00	R\$ 502,20	R\$ 1.506,60	R\$ 1.052,20	R\$ 3.156,60
04.13.04.026-7	RECONSTRUÇÃO POR MICROCIRURGIA QUALQUER PARTE	R\$ 1.051,79	R\$ 3.155,37	R\$ 3.046,58	R\$ 9.139,74	R\$ 4.098,37	R\$ 12.295,11

GRUPO DE CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO	% DE ACRÉSCIDO NA TABELA SUS
CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL	200%

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.14.01.002-7	MOLDAGEM / IMPLANTE EM MUCOSA (POR TRATAMENTO COMPLETO)	R\$ 349,95	R\$ 1.049,85	R\$ 436,69	R\$ 1.310,07	R\$ 786,64	R\$ 2.359,92
04.14.01.003-5	MOLDAGEM / IMPLANTE EM PELE / MUCOSA (POR TRATAMENTO COMPLETO)	R\$ 349,95	R\$ 1.049,85	R\$ 436,69	R\$ 1.310,07	R\$ 786,64	R\$ 2.359,92
04.14.01.025-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA ORO-SINUSAL / ORO-NASAL	R\$ 283,37	R\$ 850,11	R\$ 216,28	R\$ 648,84	R\$ 499,65	R\$ 1.498,95
04.14.01.027-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA CUTÂNEA DE ORIGEM DENTÁRIA	R\$ 73,50	R\$ 220,50	R\$ 99,13	R\$ 297,39	R\$ 172,63	R\$ 517,89
04.14.01.032-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CISTO DO COMPLEXO MAXILO-MANDIBULAR	R\$ 161,41	R\$ 484,23	R\$ 199,70	R\$ 599,10	R\$ 361,11	R\$ 1.083,33
04.14.01.034-5	EXCISÃO DE CÁLCULO DE GLÂNDULA SALIVAR	R\$ 160,08	R\$ 480,24	R\$ 512,54	R\$ 1.537,62	R\$ 672,62	R\$ 2.017,86
04.14.01.036-1	EXERESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO-ODONTOGÊNICO	R\$ -	R\$ -	R\$ 35,53	R\$ 106,59	R\$ 35,53	R\$ 106,59
04.14.01.038-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA INTRA / EXTRAORAL	R\$ -	R\$ -	R\$ 19,18	R\$ 57,54	R\$ 19,18	R\$ 57,54

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.14.02.002-2	APICECTOMIA COM OU SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	R\$ -	R\$ -	R\$ 21,92	R\$ 65,76	R\$ 21,92	R\$ 65,76
04.14.02.003-0	APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO ORAL (POR SEXTANTE)	R\$ -	R\$ -	R\$ 21,92	R\$ 65,76	R\$ 21,92	R\$ 65,76
04.14.02.004-9	CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES	R\$ -	R\$ -	R\$ 12,98	R\$ 38,94	R\$ 12,98	R\$ 38,94
04.14.02.005-7	CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR	R\$ -	R\$ -	R\$ 21,92	R\$ 65,76	R\$ 21,92	R\$ 65,76
04.14.02.006-5	CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR	R\$ -	R\$ -	R\$ 12,98	R\$ 38,94	R\$ 12,98	R\$ 38,94
04.14.02.007-3	CURETAGEM PERIAPICAL	R\$ -	R\$ -	R\$ 21,92	R\$ 65,76	R\$ 21,92	R\$ 65,76
04.14.02.008-1	ENXERTO GENGIVAL	R\$ -	R\$ -	R\$ 12,98	R\$ 38,94	R\$ 12,98	R\$ 38,94
04.14.02.009-0	ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA INTRABUCAL	R\$ -	R\$ -	R\$ 21,92	R\$ 65,76	R\$ 21,92	R\$ 65,76
04.14.02.014-6	EXODONTIA MÚLTIPLA COM ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE	R\$ -	R\$ -	R\$ 12,98	R\$ 38,94	R\$ 12,98	R\$ 38,94
04.14.02.015-4	GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE)	R\$ -	R\$ -	R\$ 15,02	R\$ 45,06	R\$ 15,02	R\$ 45,06
04.14.02.016-2	GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE)	R\$ -	R\$ -	R\$ 12,98	R\$ 38,94	R\$ 12,98	R\$ 38,94
04.14.02.020-0	MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS	R\$ -	R\$ -	R\$ 15,02	R\$ 45,06	R\$ 15,02	R\$ 45,06
04.14.02.021-9	ODONTOSECÇÃO / RADILECTOMIA / TUNELIZAÇÃO	R\$ -	R\$ -	R\$ 19,18	R\$ 57,54	R\$ 19,18	R\$ 57,54
04.14.02.024-3	REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO)	R\$ -	R\$ -	R\$ 19,18	R\$ 57,54	R\$ 19,18	R\$ 57,54
04.14.02.027-8	REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO)	R\$ -	R\$ -	R\$ 22,72	R\$ 68,16	R\$ 22,72	R\$ 68,16
04.14.02.029-4	REMOÇÃO DE TORUS E EXOSTOSES	R\$ -	R\$ -	R\$ 11,36	R\$ 34,08	R\$ 11,36	R\$ 34,08
04.14.02.036-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA TRACIONAMENTO DENTAL	R\$ -	R\$ -	R\$ 22,72	R\$ 68,16	R\$ 22,72	R\$ 68,16
04.14.02.037-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE)	R\$ -	R\$ -	R\$ 12,98	R\$ 38,94	R\$ 12,98	R\$ 38,94
04.14.02.041-3	TRATAMENTO ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS	R\$ 208,42	R\$ 625,26	R\$ 119,92	R\$ 359,76	R\$ 328,34	R\$ 985,02

GRUPO DE CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO	% DE ACRÉSCIDO NA TABELA SUS
OUTRAS CIRURGIAS	200%

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.15.04.002-7	DEBRIDAMENTO DE FASCEITE NECROTIZANTE	R\$ 170,11	R\$ 510,33	R\$ 351,66	R\$ 1.054,98	R\$ 521,77	R\$ 1.565,31
04.15.04.003-5	DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS	R\$ 215,91	R\$ 647,73	R\$ 327,17	R\$ 981,51	R\$ 543,08	R\$ 1.629,24

GRUPO DE CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO	% DE ACRÉSCIDO NA TABELA SUS
CIRURGIA EM ONCOLOGIA	200%

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.16.01.001-6	AMPUTAÇÃO DE PÊNIS EM ONCOLOGIA	R\$ 199,92	R\$ 599,76	R\$ 639,26	R\$ 1.917,78	R\$ 839,18	R\$ 2.517,54
04.16.01.002-4	CISTECTOMIA TOTAL E DERIVACAO EM 1 SO TEMPO EM ONCOLOGIA	R\$ 894,87	R\$ 2.684,61	R\$ 3.167,58	R\$ 9.502,74	R\$ 4.062,45	R\$ 12.187,35
04.16.01.003-2	CISTECTOMIA TOTAL COM DERIVAÇÃO SIMPLES EM ONCOLOGIA	R\$ 884,42	R\$ 2.653,26	R\$ 3.123,11	R\$ 9.369,33	R\$ 4.007,53	R\$ 12.022,59
04.16.01.004-0	CISTOENTEROPLASTIA EM ONCOLOGIA	R\$ 898,91	R\$ 2.696,73	R\$ 3.184,82	R\$ 9.554,46	R\$ 4.083,73	R\$ 12.251,19
04.16.01.007-5	NEFRECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	R\$ 436,91	R\$ 1.310,73	R\$ 1.316,39	R\$ 3.949,17	R\$ 1.753,30	R\$ 5.259,90
04.16.01.009-1	NEFROURETERECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	R\$ 567,98	R\$ 1.703,94	R\$ 1.711,30	R\$ 5.133,90	R\$ 2.279,28	R\$ 6.837,84
04.16.01.011-3	ORQUIECTOMIA UNILATERAL EM ONCOLOGIA	R\$ 264,40	R\$ 793,20	R\$ 588,09	R\$ 1.764,27	R\$ 852,49	R\$ 2.557,47
04.16.01.012-1	PROSTATECTOMIA EM ONCOLOGIA	R\$ 1.193,22	R\$ 3.579,66	R\$ 2.790,07	R\$ 8.370,21	R\$ 3.983,29	R\$ 11.949,87
04.16.01.013-0	PROSTATOVESICULECTOMIA RADICAL EM ONCOLOGIA	R\$ 949,95	R\$ 2.849,85	R\$ 3.466,31	R\$ 10.398,93	R\$ 4.416,26	R\$ 13.248,78
04.16.01.016-4	RESSECCAO DE TUMORES MULTIPLOS E SIMULTANEOS DO TRATO URINARIO EM ONCOLOGIA	R\$ 899,01	R\$ 2.697,03	R\$ 3.381,17	R\$ 10.143,51	R\$ 4.280,18	R\$ 12.840,54
04.16.01.017-2	RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE TUMOR VESICAL EM ONCOLOGIA	R\$ 210,11	R\$ 630,33	R\$ 830,31	R\$ 2.490,93	R\$ 1.040,42	R\$ 3.121,26

04.16.01.018-0	REIMPLANTE URETERAL EM ONCOLOGIA - URETEROCISTONEOSTOMIA	R\$ 873,18	R\$ 2.619,54	R\$ 2.976,86	R\$ 8.930,58	R\$ 3.850,04	R\$ 11.550,12
04.16.01.019-9	REIMPLANTE URETERAL EM ONCOLOGIA - URETEROENTEROSTOMIA	R\$ 892,95	R\$ 2.678,85	R\$ 3.057,98	R\$ 9.173,94	R\$ 3.950,93	R\$ 11.852,79
04.16.01.020-2	SUPRARRENALECTOMIA EM ONCOLOGIA	R\$ 580,92	R\$ 1.742,76	R\$ 2.130,18	R\$ 6.390,54	R\$ 2.711,10	R\$ 8.133,30
04.16.01.021-0	NEFRECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA	R\$ 567,98	R\$ 1.703,94	R\$ 1.711,30	R\$ 5.133,90	R\$ 2.279,28	R\$ 6.837,84
04.16.01.022-9	AMPUTAÇÃO TOTAL AMPLIADA DE PENIS EM ONCOLOGIA	R\$ 259,90	R\$ 779,70	R\$ 831,17	R\$ 2.493,51	R\$ 1.091,07	R\$ 3.273,21

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.16.02.002-0	LINFADENECTOMIA PELVICA EM ONCOLOGIA	R\$ 454,84	R\$ 1.364,52	R\$ 1.218,56	R\$ 3.655,68	R\$ 1.673,40	R\$ 5.020,20
04.16.02.015-1	LINFADENECTOMIA RADICAL CERVICAL UNILATERAL EM ONCOLOGIA	R\$ 477,77	R\$ 1.433,31	R\$ 1.452,79	R\$ 4.358,37	R\$ 1.930,56	R\$ 5.791,68
04.16.02.016-0	LINFADENECTOMIA RADICAL MODIFICADA CERVICAL UNILATERAL EM ONCOLOGIA	R\$ 621,10	R\$ 1.863,30	R\$ 1.888,63	R\$ 5.665,89	R\$ 2.509,73	R\$ 7.529,19
04.16.02.017-8	LINFADENECTOMIA CERVICAL SUPRAOMO-HIOIDEA UNILATERAL EM ONCOLOGIA	R\$ 621,10	R\$ 1.863,30	R\$ 1.888,66	R\$ 5.665,99	R\$ 2.509,76	R\$ 7.529,29
04.16.02.018-6	LINFADENECTOMIA CERVICAL RECORRENCIAL UNILATERAL EM ONCOLOGIA	R\$ 621,10	R\$ 1.863,30	R\$ 1.888,63	R\$ 5.665,89	R\$ 2.509,73	R\$ 7.529,19
04.16.02.019-4	LINFADENECTOMIA MEDIASTINAL EM ONCOLOGIA	R\$ 892,95	R\$ 2.678,85	R\$ 2.921,63	R\$ 8.764,89	R\$ 3.814,58	R\$ 11.443,74
04.16.02.020-8	LINFADENECTOMIA SUPRACLAVICULAR UNILATERAL EM ONCOLOGIA	R\$ 455,03	R\$ 1.365,09	R\$ 1.354,39	R\$ 4.063,17	R\$ 1.809,42	R\$ 5.428,26
04.16.02.021-6	LINFADENECTOMIA AXILAR UNILATERAL EM ONCOLOGIA	R\$ 484,28	R\$ 1.452,84	R\$ 1.453,53	R\$ 4.360,59	R\$ 1.937,81	R\$ 5.813,43
04.16.02.022-4	LINFADENECTOMIA RETROPERITONIAL EM ONCOLOGIA	R\$ 1.071,41	R\$ 3.214,23	R\$ 3.505,95	R\$ 10.517,85	R\$ 4.577,36	R\$ 13.732,08
04.16.02.023-2	LINFADENECTOMIA INGUINAL UNILATERAL EM ONCOLOGIA	R\$ 477,69	R\$ 1.433,07	R\$ 1.331,36	R\$ 3.994,08	R\$ 1.809,05	R\$ 5.427,15
04.16.02.024-0	LINFADENECTOMIA SELETIVA GUIADA (LINFONODO SENTINELA) EM ONCOLOGIA	R\$ 184,58	R\$ 553,74	R\$ 543,29	R\$ 1.629,87	R\$ 727,87	R\$ 2.183,61
04.16.02.025-9	LINFADENECTOMIA INGUINO-ILIACA UNILATERAL EM ONCOLOGIA	R\$ 999,42	R\$ 2.998,26	R\$ 3.303,63	R\$ 9.910,89	R\$ 4.303,05	R\$ 12.909,15

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.16.03.001-7	PAROTIDECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA	R\$ 455,01	R\$ 1.365,03	R\$ 1.041,30	R\$ 3.123,90	R\$ 1.496,31	R\$ 4.488,93
04.16.03.002-5	RESSECÇÃO DE GLANDULA SALIVAR MENOR EM ONCOLOGIA	R\$ 200,10	R\$ 600,30	R\$ 591,39	R\$ 1.774,17	R\$ 791,49	R\$ 2.374,47
04.16.03.003-3	RESSECÇÃO DE GLANDULA SUBLINGUAL EM ONCOLOGIA	R\$ 171,62	R\$ 514,86	R\$ 591,39	R\$ 1.774,17	R\$ 763,01	R\$ 2.289,03
04.16.03.004-1	RESSECÇÃO DE GLANDULA SUBMANDIBULAR EM ONCOLOGIA	R\$ 223,10	R\$ 669,30	R\$ 591,39	R\$ 1.774,17	R\$ 814,49	R\$ 2.443,47
04.16.03.006-8	GLOSSECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA	R\$ 559,95	R\$ 1.679,85	R\$ 517,20	R\$ 1.551,60	R\$ 1.077,15	R\$ 3.231,45
04.16.03.007-6	GLOSSECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	R\$ 1.087,57	R\$ 3.262,71	R\$ 2.949,84	R\$ 8.849,52	R\$ 4.037,41	R\$ 12.112,23
04.16.03.008-4	PARATIREOIDECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	R\$ 649,76	R\$ 1.949,28	R\$ 1.584,43	R\$ 4.753,29	R\$ 2.234,19	R\$ 6.702,57
04.16.03.009-2	PAROTIDECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	R\$ 540,42	R\$ 1.621,26	R\$ 987,83	R\$ 2.963,49	R\$ 1.528,25	R\$ 4.584,75
04.16.03.014-9	RESSECÇÃO EM CUNHA DE LÁBIO E SUTURA EM ONCOLOGIA	R\$ 198,96	R\$ 596,88	R\$ 191,76	R\$ 575,28	R\$ 390,72	R\$ 1.172,16
04.16.03.015-7	RESSECÇÃO PARCIAL DE LÁBIO COM ENXERTO OU RETALHO EM ONCOLOGIA	R\$ 200,10	R\$ 600,30	R\$ 591,39	R\$ 1.774,17	R\$ 791,49	R\$ 2.374,47
04.16.03.016-5	RESSECÇÃO TOTAL DE LÁBIO E RECONSTRUÇÃO COM RETALHO MIOCUTÂNEO EM ONCOLOGIA	R\$ 349,94	R\$ 1.049,82	R\$ 1.353,79	R\$ 4.061,37	R\$ 1.703,73	R\$ 5.111,19
04.16.03.017-3	MAXILECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA	R\$ 841,70	R\$ 2.525,10	R\$ 2.970,72	R\$ 8.912,16	R\$ 3.812,42	R\$ 11.437,26
04.16.03.018-1	MAXILECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	R\$ 1.094,20	R\$ 3.282,60	R\$ 3.861,94	R\$ 11.585,82	R\$ 4.956,14	R\$ 14.868,42
04.16.03.019-0	PELVIGLOSSOMANDIBULECTOMIA EM ONCOLOGIA	R\$ 1.568,48	R\$ 4.705,44	R\$ 5.816,30	R\$ 17.448,90	R\$ 7.384,78	R\$ 22.154,34
04.16.03.020-3	PAROTIDECTOMIA TOTAL AMPLIADA EM ONCOLOGIA	R\$ 804,35	R\$ 2.413,05	R\$ 2.982,72	R\$ 8.948,16	R\$ 3.787,07	R\$ 11.361,21
04.16.03.021-1	FARINGECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA	R\$ 487,93	R\$ 1.463,79	R\$ 1.781,11	R\$ 5.343,33	R\$ 2.269,04	R\$ 6.807,12
04.16.03.022-0	FARINGECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	R\$ 634,31	R\$ 1.902,93	R\$ 2.315,45	R\$ 6.946,35	R\$ 2.949,76	R\$ 8.849,28
04.16.03.023-8	RESSECÇÃO DE TUMOR DE RINOFARINGE EM ONCOLOGIA	R\$ 540,75	R\$ 1.622,25	R\$ 1.584,69	R\$ 4.754,07	R\$ 2.125,44	R\$ 6.376,32
04.16.03.024-6	EXENTERAÇÃO DE ÓRBITA EM ONCOLOGIA	R\$ 223,08	R\$ 669,24	R\$ 768,83	R\$ 2.306,49	R\$ 991,91	R\$ 2.975,73
04.16.03.025-4	LARINGECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA	R\$ 728,05	R\$ 2.184,15	R\$ 1.397,41	R\$ 4.192,23	R\$ 2.125,46	R\$ 6.376,38
04.16.03.026-2	LARINGECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	R\$ 1.212,76	R\$ 3.638,28	R\$ 4.605,92	R\$ 13.817,76	R\$ 5.818,68	R\$ 17.456,04
04.16.03.027-0	TIREOIDECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	R\$ 609,91	R\$ 1.829,73	R\$ 2.226,39	R\$ 6.679,17	R\$ 2.836,30	R\$ 8.508,90
04.16.03.028-9	RECONSTRUÇÃO PARA FONAÇÃO EM ONCOLOGIA	R\$ 441,93	R\$ 1.325,79	R\$ 468,57	R\$ 1.405,71	R\$ 910,50	R\$ 2.731,50
04.16.03.029-7	TRAQUEOSTOMIA TRANSTUMORAL EM ONCOLOGIA	R\$ 468,57	R\$ 1.405,71	R\$ 441,93	R\$ 1.325,79	R\$ 910,50	R\$ 2.731,50
04.16.03.030-0	MANDIBULECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA	R\$ 941,09	R\$ 2.823,27	R\$ 3.489,78	R\$ 10.469,34	R\$ 4.430,87	R\$ 13.292,61

04.16.03.031-9	MANDIBULECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	R\$ 1.254,79	R\$ 3.764,37	R\$ 4.653,04	R\$ 13.959,12	R\$ 5.907,83	R\$ 17.723,49
04.16.03.032-7	RESSECÇÃO DE PAVILHÃO AURICULAR EM ONCOLOGIA	R\$ 200,10	R\$ 600,30	R\$ 591,39	R\$ 1.774,17	R\$ 791,49	R\$ 2.374,47
04.16.03.033-5	LIGADURA DE CARÓTIDA EM ONCOLOGIA	R\$ 441,93	R\$ 1.325,79	R\$ 468,57	R\$ 1.405,71	R\$ 910,50	R\$ 2.731,50
04.16.03.034-3	RESSECÇÃO DE TUMOR GLOMICO EM ONCOLOGIA	R\$ 441,93	R\$ 1.325,79	R\$ 468,57	R\$ 1.405,71	R\$ 910,50	R\$ 2.731,50
04.16.03.035-1	RESSECÇÃO DE LESÃO MALIGNA DE MUCOSA BUCAL EM ONCOLOGIA	R\$ 260,11	R\$ 780,33	R\$ 768,81	R\$ 2.306,43	R\$ 1.028,92	R\$ 3.086,76
04.16.03.036-0	RESSECÇÃO DE TUMOR TIREOIDIANO POR VIA TRANSESTERNAL EM ONCOLOGIA	R\$ 1.123,47	R\$ 3.370,41	R\$ 3.063,17	R\$ 9.189,51	R\$ 4.186,64	R\$ 12.559,92

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.16.04.001-2	ANASTOMOSE BILEO-DIGESTIVA EM ONCOLOGIA	R\$ 325,12	R\$ 975,36	R\$ 927,48	R\$ 2.782,44	R\$ 1.252,60	R\$ 3.757,80
04.16.04.002-0	COLEDOCOSTOMIA COM OU SEM COLECISTECTOMIA EM ONCOLOGIA	R\$ 541,22	R\$ 1.623,66	R\$ 1.482,31	R\$ 4.446,93	R\$ 2.023,53	R\$ 6.070,59
04.16.04.003-9	ESOFAGOGASTRECTOMIA COM TORACOTOMIA EM ONCOLOGIA	R\$ 1.220,48	R\$ 3.661,44	R\$ 4.156,05	R\$ 12.468,15	R\$ 5.376,53	R\$ 16.129,59
04.16.04.004-7	ESOFAGOCOLOPLASTIA OU ESOFAGOGASTROPLASTIA EM ONCOLOGIA	R\$ 909,29	R\$ 2.727,87	R\$ 3.228,98	R\$ 9.686,94	R\$ 4.138,27	R\$ 12.414,81
04.16.04.005-5	ESOFAGOGASTRECTOMIA SEM TORACOTOMIA EM ONCOLOGIA	R\$ 901,77	R\$ 2.705,31	R\$ 3.196,97	R\$ 9.590,91	R\$ 4.098,74	R\$ 12.296,22
04.16.04.007-1	GASTRECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	R\$ 732,25	R\$ 2.196,75	R\$ 2.762,03	R\$ 8.286,09	R\$ 3.494,28	R\$ 10.482,84
04.16.04.010-1	HEPATECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA	R\$ 541,01	R\$ 1.623,03	R\$ 1.584,43	R\$ 4.753,29	R\$ 2.125,44	R\$ 6.376,32
04.16.04.011-0	PANCREATECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA	R\$ 853,47	R\$ 2.560,41	R\$ 3.019,10	R\$ 9.057,30	R\$ 3.872,57	R\$ 11.617,71
04.16.04.012-8	DUODENOPANCREATECTOMIA EM ONCOLOGIA	R\$ 1.206,29	R\$ 3.618,87	R\$ 4.300,74	R\$ 12.902,22	R\$ 5.507,03	R\$ 16.521,09
04.16.04.014-4	RESSECÇÃO DE TUMOR RETROPERITONIAL COM RESSECÇÃO DE ÓRGÃOS CONTÍGUOS EM ONCOLOGIA	R\$ 1.434,93	R\$ 4.304,79	R\$ 5.134,74	R\$ 15.404,22	R\$ 6.569,67	R\$ 19.709,01
04.16.04.017-9	ALCOOLIZAÇÃO PERCUTÂNEA DE CARCINOMA HEPÁTICO	R\$ 321,77	R\$ 965,31	R\$ 551,68	R\$ 1.655,04	R\$ 873,45	R\$ 2.620,35
04.16.04.018-7	TRATAMENTO DE CARCINOMA HEPÁTICO POR RADIOFREQUÊNCIA	R\$ 720,66	R\$ 2.161,98	R\$ 321,77	R\$ 965,31	R\$ 1.042,43	R\$ 3.127,29
04.16.04.019-5	QUIMIOEMBOLIZAÇÃO DE CARCINOMA HEPÁTICO	R\$ 292,05	R\$ 876,15	R\$ 807,95	R\$ 2.423,85	R\$ 1.100,00	R\$ 3.300,00
04.16.04.020-9	BIOPSIAS MULTIPLAS INTRA-ABDOMINAIS EM ONCOLOGIA	R\$ 1.025,40	R\$ 3.076,20	R\$ 3.526,40	R\$ 10.579,20	R\$ 4.551,80	R\$ 13.655,40
04.16.04.021-7	GASTRECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA	R\$ 585,80	R\$ 1.757,40	R\$ 2.209,62	R\$ 6.628,86	R\$ 2.795,42	R\$ 8.386,26
04.16.04.022-5	METASTASECTOMIA HEPÁTICA EM ONCOLOGIA	R\$ 432,81	R\$ 1.298,43	R\$ 1.267,55	R\$ 3.802,65	R\$ 1.700,36	R\$ 5.101,08
04.16.04.023-3	COLECISTECTOMIA EM ONCOLOGIA	R\$ 484,79	R\$ 1.454,37	R\$ 871,96	R\$ 2.615,88	R\$ 1.356,75	R\$ 4.070,25

04.16.04.024-1	RESSECÇÃO AMPLIADA DE VIA BILIAR EXTRA-HEPÁTICA EM ONCOLOGIA	R\$ 630,23	R\$ 1.890,69	R\$ 1.133,55	R\$ 3.400,65	R\$ 1.763,78	R\$ 5.291,34
04.16.04.025-0	RESSECÇÃO DE TUMOR RETROPERITONIAL EM ONCOLOGIA	R\$ 1.103,79	R\$ 3.311,37	R\$ 3.949,80	R\$ 11.849,40	R\$ 5.053,59	R\$ 15.160,77
04.16.04.026-8	RESSECÇÃO ALARGADA DE TUMOR DE PARTES MOLES DE PAREDE ABDOMINAL EM ONCOLOGIA	R\$ 1.434,93	R\$ 4.304,79	R\$ 5.134,74	R\$ 15.404,22	R\$ 6.569,67	R\$ 19.709,01
04.16.04.027-6	RESSECÇÃO ALARGADA DE TUMOR DE INTESTINO EM ONCOLOGIA	R\$ 1.103,79	R\$ 3.311,37	R\$ 3.949,80	R\$ 11.849,40	R\$ 5.053,59	R\$ 15.160,77
04.16.04.028-4	IMPLANTAÇÃO ENDOSCÓPICA DE STENT ESOFÁGICO	R\$ 1.500,00	R\$ 4.500,00	R\$ 1.388,96	R\$ 4.166,88	R\$ 2.888,96	R\$ 8.666,88

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.16.05.001-8	AMPUTAÇÃO ABDOMINO-PERINEAL DE RETO EM ONCOLOGIA	R\$ 1.215,75	R\$ 3.647,25	R\$ 4.341,01	R\$ 13.023,03	R\$ 5.556,76	R\$ 16.670,28
04.16.05.002-6	COLECTOMIA PARCIAL (HEMICOLECTOMIA) EM ONCOLOGIA	R\$ 655,47	R\$ 1.966,41	R\$ 1.316,30	R\$ 3.948,90	R\$ 1.971,77	R\$ 5.915,31
04.16.05.003-4	COLECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	R\$ 1.170,26	R\$ 3.510,78	R\$ 5.170,56	R\$ 15.511,68	R\$ 6.340,82	R\$ 19.022,46
04.16.05.005-0	EXCISÃO LOCAL DE TUMOR DO RETO EM ONCOLOGIA	R\$ 223,08	R\$ 669,24	R\$ 768,81	R\$ 2.306,43	R\$ 991,89	R\$ 2.975,67
04.16.05.007-7	RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINAL EM ONCOLOGIA	R\$ 1.170,86	R\$ 3.512,58	R\$ 4.263,54	R\$ 12.790,62	R\$ 5.434,40	R\$ 16.303,20
04.16.05.009-3	EXENTERAÇÃO PÉLVICA POSTERIOR EM ONCOLOGIA	R\$ 1.128,66	R\$ 3.385,98	R\$ 4.136,36	R\$ 12.409,08	R\$ 5.265,02	R\$ 15.795,06
04.16.05.010-7	EXENTERAÇÃO PÉLVICA TOTAL EM ONCOLOGIA	R\$ 1.467,26	R\$ 4.401,78	R\$ 5.377,27	R\$ 16.131,81	R\$ 6.844,53	R\$ 20.533,59
04.16.05.011-5	PROCTOCOLECTOMIA TOTAL EM ONCOLOGIA	R\$ 1.301,08	R\$ 3.903,24	R\$ 4.372,35	R\$ 13.117,05	R\$ 5.673,43	R\$ 17.020,29

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.16.06.001-3	AMPUTAÇÃO CÔNICA DE COLO DE ÚTERO COM COLPECTOMIA EM ONCOLOGIA	R\$ 454,86	R\$ 1.364,58	R\$ 1.353,83	R\$ 4.061,49	R\$ 1.808,69	R\$ 5.426,07
04.16.06.002-1	ANEXECTOMIA UNI / BILATERAL EM ONCOLOGIA	R\$ 405,23	R\$ 1.215,69	R\$ 1.139,87	R\$ 3.419,61	R\$ 1.545,10	R\$ 4.635,30
04.16.06.003-0	COLPECTOMIA EM ONCOLOGIA	R\$ 300,15	R\$ 900,45	R\$ 768,79	R\$ 2.306,37	R\$ 1.068,94	R\$ 3.206,82
04.16.06.005-6	HISTERECTOMIA COM RESSECÇÃO DE ÓRGÃOS CONTÍGUOS EM ONCOLOGIA	R\$ 1.128,66	R\$ 3.385,98	R\$ 4.136,36	R\$ 12.409,08	R\$ 5.265,02	R\$ 15.795,06

04.16.06.006-4	HISTERECTOMIA TOTAL AMPLIADA EM ONCOLOGIA	R\$ 1.164,93	R\$ 3.494,79	R\$ 4.238,50	R\$ 12.715,50	R\$ 5.403,43	R\$ 16.210,29
04.16.06.008-0	TRAQUELECTOMIA RADICAL EM ONCOLOGIA	R\$ 1.164,93	R\$ 3.494,79	R\$ 4.238,50	R\$ 12.715,50	R\$ 5.403,43	R\$ 16.210,29
04.16.06.009-9	VULVECTOMIA TOTAL AMPLIADA C/ LINFADENECTOMIA EM ONCOLOGIA	R\$ 1.233,88	R\$ 3.701,64	R\$ 3.955,01	R\$ 11.865,03	R\$ 5.188,89	R\$ 15.566,67
04.16.06.010-2	VULVECTOMIA PARCIAL EM ONCOLOGIA	R\$ 300,08	R\$ 900,24	R\$ 831,23	R\$ 2.493,69	R\$ 1.131,31	R\$ 3.393,93
04.16.06.011-0	HISTERECTOMIA COM OU SEM ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL) EM ONCOLOGIA	R\$ 568,00	R\$ 1.704,00	R\$ 1.711,24	R\$ 5.133,72	R\$ 2.279,24	R\$ 6.837,72
04.16.06.012-9	LAPAROTOMIA PARA AVALIAÇÃO DE TUMOR DE OVARIO EM ONCOLOGIA	R\$ 1.025,40	R\$ 3.076,20	R\$ 3.526,40	R\$ 10.579,20	R\$ 4.551,80	R\$ 13.655,40

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.16.08.001-4	EXCISÃO E ENXERTO DE PELE EM ONCOLOGIA	R\$ 105,00	R\$ 315,00	R\$ 291,18	R\$ 873,54	R\$ 396,18	R\$ 1.188,54
04.16.08.003-0	EXCISÃO E SUTURA COM PLASTICA EM Z NA PELE EM ONCOLOGIA	R\$ 105,00	R\$ 315,00	R\$ 291,18	R\$ 873,54	R\$ 396,18	R\$ 1.188,54
04.16.08.008-1	RECONSTRUÇÃO COM RETALHO MIOCUTÂNEO (QUALQUER PARTE) EM ONCOLOGIA	R\$ 963,90	R\$ 2.891,70	R\$ 2.395,14	R\$ 7.185,42	R\$ 3.359,04	R\$ 10.077,12
04.16.08.009-0	RECONSTRUÇÃO POR MICROCIURURGIA (QUALQUER PARTE) EM ONCOLOGIA	R\$ 1.051,79	R\$ 3.155,37	R\$ 3.046,58	R\$ 9.139,74	R\$ 4.098,37	R\$ 12.295,11
04.16.08.011-1	RECONSTRUÇÃO COM RETALHO OSTEOMIOCUTÂNEO EM ONCOLOGIA	R\$ 1.253,07	R\$ 3.759,21	R\$ 3.113,68	R\$ 9.341,04	R\$ 4.366,75	R\$ 13.100,25
04.16.08.012-0	EXTIRPAÇÃO MÚLTIPLA DE LESÃO DA PELE OU TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO EM ONCOLOGIA	R\$ 140,06	R\$ 420,18	R\$ 425,80	R\$ 1.277,40	R\$ 565,86	R\$ 1.697,58

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.16.09.001-0	AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES EM ONCOLOGIA	R\$ 851,99	R\$ 2.555,97	R\$ 2.008,64	R\$ 6.025,92	R\$ 2.860,63	R\$ 8.581,89
04.16.09.002-8	AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE MEMBROS SUPERIORES EM ONCOLOGIA	R\$ 851,99	R\$ 2.555,97	R\$ 2.008,64	R\$ 6.025,92	R\$ 2.860,63	R\$ 8.581,89

04.16.09.003-6	HEMIPELVECTOMIA EM ONCOLOGIA	R\$ 1.067,85	R\$ 3.203,55	R\$ 2.097,57	R\$ 6.292,71	R\$ 3.165,42	R\$ 9.496,26
04.16.09.007-9	SACRALECTOMIA (ENDOPELVECTOMIA) EM ONCOLOGIA	R\$ 1.143,34	R\$ 3.430,02	R\$ 4.198,84	R\$ 12.596,52	R\$ 5.342,18	R\$ 16.026,54
04.16.09.010-9	RESSECÇÃO DE TUMOR ÓSSEO COM SUBSTITUIÇÃO (ENDOPRÓTESE) OU COM RECONSTRUÇÃO E FIXAÇÃO EM ONCOLOGIA	R\$ 932,75	R\$ 2.798,25	R\$ 2.126,54	R\$ 6.379,62	R\$ 3.059,29	R\$ 9.177,87
04.16.09.011-7	DESARTICULAÇÃO INTERESCAPULO-TORÁCICA EM ONCOLOGIA	R\$ 1.067,85	R\$ 3.203,55	R\$ 2.097,57	R\$ 6.292,71	R\$ 3.165,42	R\$ 9.496,26
04.16.09.012-5	DESARTICULAÇÃO ESCAPULO-TORÁCICA INTERNA EM ONCOLOGIA	R\$ 1.388,21	R\$ 4.164,63	R\$ 2.726,84	R\$ 8.180,52	R\$ 4.115,05	R\$ 12.345,15
04.16.09.013-3	RESSECÇÃO DE TUMOR DE PARTES MOLES EM ONCOLOGIA	R\$ 1.032,80	R\$ 3.098,40	R\$ 2.939,41	R\$ 8.818,23	R\$ 3.972,21	R\$ 11.916,63

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.16.11.001-0	LOBECTOMIA PULMONAR EM ONCOLOGIA	R\$ 749,97	R\$ 2.249,91	R\$ 2.532,86	R\$ 7.598,58	R\$ 3.282,83	R\$ 9.848,49
04.16.11.002-9	PNEUMOMECTOMIA RADICAL EM ONCOLOGIA	R\$ 1.109,76	R\$ 3.329,28	R\$ 3.925,70	R\$ 11.777,10	R\$ 5.035,46	R\$ 15.106,38
04.16.11.003-7	TORACECTOMIA COMPLEXA EM ONCOLOGIA	R\$ 1.235,60	R\$ 3.706,80	R\$ 4.425,64	R\$ 13.276,92	R\$ 5.661,24	R\$ 16.983,72
04.16.11.004-5	TORACECTOMIA SIMPLES EM ONCOLOGIA	R\$ 1.132,79	R\$ 3.398,37	R\$ 2.769,23	R\$ 8.307,69	R\$ 3.902,02	R\$ 11.706,06
04.16.11.005-3	TORACOTOMIA EXPLORADORA EM ONCOLOGIA	R\$ 624,17	R\$ 1.872,51	R\$ 1.584,51	R\$ 4.753,53	R\$ 2.208,68	R\$ 6.626,04
04.16.11.006-1	SEGMENTECTOMIA PULMONAR EM ONCOLOGIA	R\$ 674,97	R\$ 2.024,91	R\$ 2.279,57	R\$ 6.838,71	R\$ 2.954,54	R\$ 8.863,62
04.16.11.007-0	RESSECÇÃO PULMONAR EM CUNHA EM ONCOLOGIA	R\$ 674,97	R\$ 2.024,91	R\$ 2.051,61	R\$ 6.154,83	R\$ 2.726,58	R\$ 8.179,74
04.16.11.008-8	TIMECTOMIA EM ONCOLOGIA	R\$ 1.123,47	R\$ 3.370,41	R\$ 3.063,17	R\$ 9.189,51	R\$ 4.186,64	R\$ 12.559,92

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Hospitalar			
04.16.12.002-4	MASTECTOMIA RADICAL COM LINFADENECTOMIA AXILAR EM ONCOLOGIA	R\$ 925,13	R\$ 2.775,39	R\$ 1.537,72	R\$ 4.613,16	R\$ 2.462,85	R\$ 7.388,55
04.16.12.003-2	MASTECTOMIA SIMPLES EM ONCOLOGIA	R\$ 732,69	R\$ 2.198,07	R\$ 1.312,38	R\$ 3.937,14	R\$ 2.045,07	R\$ 6.135,21
04.16.12.004-0	RESSECÇÃO DE LESÃO NÃO PALPÁVEL DE MAMA COM MARCAÇÃO EM ONCOLOGIA (POR MAMA)	R\$ 540,59	R\$ 1.621,77	R\$ 958,05	R\$ 2.874,15	R\$ 1.498,64	R\$ 4.495,92
04.16.12.005-9	SEGMENTECTOMIA/QUADRANTECTOMIA/SETORECTOMIA DE MAMA EM ONCOLOGIA	R\$ 732,69	R\$ 2.198,07	R\$ 1.181,14	R\$ 3.543,42	R\$ 1.913,83	R\$ 5.741,49

GRUPO DE CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO	% DE ACRÉSCIDO NA TABELA SUS
ANESTESIOLOGIA	200%

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun.
		Valor Profissional		Valor Ambulatorial			
04.17.01.004-4	ANESTESIA GERAL	R\$ 84,00	R\$ 252,00	R\$ -	R\$ -	R\$ 84,00	R\$ 252,00
04.17.01.006-0	SEDACAO	R\$ 15,15	R\$ 45,45	R\$ -	R\$ -	R\$ 15,15	R\$ 45,45

GRUPO DE CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO	% DE ACRÉSCIDO NA TABELA SUS
ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAIS ESPECIAIS	150%

Código	Descrição do Procedimento	Tabela SUS	Tabela Municipal	Total SUS	Total Tab. Mun
		Valor Ambulatorial			
07.01.03.001-1	APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO DE CONDUÇÃO ÓSSEA CONVENCIONAL TIPO A	R\$ 500,00	R\$ 1.250,00	R\$ 500,00	R\$ 1.250,00
07.01.03.002-0	APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO DE CONDUÇÃO ÓSSEA RETROAURICULAR TIPO A	R\$ 500,00	R\$ 1.250,00	R\$ 500,00	R\$ 1.250,00
07.01.03.003-8	APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO A	R\$ 525,00	R\$ 1.312,50	R\$ 525,00	R\$ 1.312,50
07.01.03.004-6	APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO B	R\$ 700,00	R\$ 1.750,00	R\$ 700,00	R\$ 1.750,00
07.01.03.005-4	APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO C	R\$ 1.100,00	R\$ 2.750,00	R\$ 1.100,00	R\$ 2.750,00

07.01.03.006-2	APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRACANAL TIPO A	R\$ 525,00	R\$ 1.312,50	R\$ 525,00	R\$ 1.312,50
07.01.03.007-0	APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRACANAL TIPO B	R\$ 700,00	R\$ 1.750,00	R\$ 700,00	R\$ 1.750,00
07.01.03.008-9	APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRACANAL TIPO C	R\$ 1.100,00	R\$ 2.750,00	R\$ 1.100,00	R\$ 2.750,00
07.01.03.009-7	APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO MICROCANAL TIPO A	R\$ 525,00	R\$ 1.312,50	R\$ 525,00	R\$ 1.312,50
07.01.03.010-0	APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO MICROCANAL TIPO B	R\$ 700,00	R\$ 1.750,00	R\$ 700,00	R\$ 1.750,00
07.01.03.011-9	APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO MICROCANAL TIPO C	R\$ 1.100,00	R\$ 2.750,00	R\$ 1.100,00	R\$ 2.750,00
07.01.03.012-7	APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO RETRO-AURICULAR TIPO A	R\$ 525,00	R\$ 1.312,50	R\$ 525,00	R\$ 1.312,50
07.01.03.013-5	APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO RETRO-AURICULAR TIPO B	R\$ 700,00	R\$ 1.750,00	R\$ 700,00	R\$ 1.750,00
07.01.03.014-3	APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO RETRO-AURICULAR TIPO C	R\$ 1.100,00	R\$ 2.750,00	R\$ 1.100,00	R\$ 2.750,00
07.01.03.015-1	MOLDE AURICULAR (REPOSIÇÃO)	R\$ 8,75	R\$ 21,88	R\$ 8,75	R\$ 21,88
07.01.03.016-0	REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO DE CONDUÇÃO ÓSSEA CONVENCIONAL TIPO A	R\$ 500,00	R\$ 1.250,00	R\$ 500,00	R\$ 1.250,00
07.01.03.017-8	REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO DE CONDUÇÃO ÓSSEA RETROAURICULAR TIPO A	R\$ 500,00	R\$ 1.250,00	R\$ 500,00	R\$ 1.250,00
07.01.03.018-6	REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO A	R\$ 525,00	R\$ 1.312,50	R\$ 525,00	R\$ 1.312,50
07.01.03.019-4	REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO B	R\$ 700,00	R\$ 1.750,00	R\$ 700,00	R\$ 1.750,00
07.01.03.020-8	REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO C	R\$ 1.100,00	R\$ 2.750,00	R\$ 1.100,00	R\$ 2.750,00
07.01.03.021-6	REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO INTRA-CANAL TIPO A	R\$ 525,00	R\$ 1.312,50	R\$ 525,00	R\$ 1.312,50
07.01.03.022-4	REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO INTRA-CANAL TIPO B	R\$ 700,00	R\$ 1.750,00	R\$ 700,00	R\$ 1.750,00
07.01.03.023-2	REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO INTRA-CANAL TIPO C	R\$ 1.100,00	R\$ 2.750,00	R\$ 1.100,00	R\$ 2.750,00
07.01.03.024-0	REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO MICRO-CANAL TIPO A	R\$ 525,00	R\$ 1.312,50	R\$ 525,00	R\$ 1.312,50



PREFEITURA
DE EXTREMA

Av. Nicolau Cesarino, 4000
Bela Vista | Extrema/MG | CEP 37645-002
Secretaria Municipal de Saúde
(35) 3435.5720
www.extrema.mg.gov.br

07.01.03.025-9	REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO MICRO-CANAL TIPO B	R\$ 700,00	R\$ 1.750,00	R\$ 700,00	R\$ 1.750,00
07.01.03.026-7	REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO MICRO-CANAL TIPO C	R\$ 1.100,00	R\$ 2.750,00	R\$ 1.100,00	R\$ 2.750,00
07.01.03.027-5	REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO RETROAURICULAR TIPO A	R\$ 525,00	R\$ 1.312,50	R\$ 525,00	R\$ 1.312,50
07.01.03.028-3	REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO RETROAURICULAR TIPO B	R\$ 700,00	R\$ 1.750,00	R\$ 700,00	R\$ 1.750,00
07.01.03.029-1	REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO RETROAURICULAR TIPO C	R\$ 1.100,00	R\$ 2.750,00	R\$ 1.100,00	R\$ 2.750,00

GRUPO DE CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO	% DE ACRÉSCIDO NA TABELA SUS
DIÁRIAS DE UTI	200%
AQUISIÇÃO DE LEITOS DE INTERNAÇÃO AMBULATORIAL	200%



Av. Nicolau Cesarino, 4000
Bela Vista | Extrema/MG | CEP 37645-002
Secretaria Municipal de Saúde
(35) 3435.5720
www.extrema.mg.gov.br

ANEXO II

Para o custeio de prestação de serviços ao profissional instrumentador cirúrgico a Secretaria Municipal de Saúde deverá considerar como base de cálculo o valor constante na tabela municipal a ser pago ao profissional médico.

Sobre este valor será calculado o percentual de 10% (dez por cento) que será o valor devido a ser pago, por procedimento cirúrgico, ao instrumentado cirúrgico



Av. Nicolau Cesarino, 4000
Bela Vista | Extrema/MG | CEP 37645-002
Secretaria Municipal de Saúde
(35) 3435.5720
www.extrema.mg.gov.br

ANEXO III

VALOR HOSPITALAR

SERÁ REALIZADO O PAGAMENTO DOS 3 (TRÊS) PRIMEIROS CÓDIGOS, ORGANIZADO EM ORDEM DECRESCENTE DE VALOR, NAS RESPECTIVAS PORCENTAGENS (100%, 70%, 50%) COM BASE NO VALOR DA TABELA MUNICIPAL

VALOR PROFISSIONAL

SERÁ REALIZADO O PAGAMENTO DOS 4 (QUATRO) PRIMEIROS CÓDIGOS, ORGANIZADO EM ORDEM DECRESCENTE DE VALOR, NAS RESPECTIVAS PORCENTAGENS (100%, 90%, 80%, 70%) COM BASE NO VALOR DA TABELA MUNICIPAL

ANEXO IV

Item	Descrição do Procedimento	Valor
1	ADICIONAL DE FRAGMENTOS DE PRÓSTATA POR FRAGMENTO (SEM ANÁLISE)	R\$ 195,00
2	ANGIOTOMOGRAFIA DE ABDOMEN	R\$ 830,00
3	ANGIOTOMOGRAFIA DE CARÓTIDAS E VERTEBRAIS	R\$ 650,00
4	ANGIOTOMOGRAFIA DE CORONÁRIAS	R\$ 1.360,00
5	ANGIOTOMOGRAFIA DE CRÂNIO	R\$ 450,00
6	ANGIOTOMOGRAFIA DE MEMBROS INFERIORES UNILATERAL	R\$ 500,00
7	ANGIOTOMOGRAFIA DE TORAX OU DE AORTA TORÁCIA	R\$ 500,00
8	BIOPSIA DE FÍGADO GUIADO POR USG (SEM ANÁLISE)	R\$ 1.500,00
9	BIÓPSIA DE PRÓSTATA GUIADA POR USG TRANSRETAL 12 FRAGMENTOS (SEM ANÁLISE)	R\$ 920,00
10	BIOPSIA DE RIM GUIADO POR USG (POR FRAGMENTO) (SEM ANÁLISE)	R\$ 680,00
11	BRONCOSCOPIA COM LAVADO + BIOPSIA	R\$ 2.000,00
12	CÂMARA HIPERBÁRICA - SESSÃO	R\$ 260,00
13	CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO	R\$ 1.027,00
14	CONTRASTE	R\$ 150,00
15	CORE BIOPSIA DE MASSA (ACRESCENTAR EXAME BASE)	R\$ 320,00
16	CORE BIOPSIA DE MASSA CERVICAL (POR NÓDULO)(SEM ANÁLISE)	R\$ 250,00
17	CORE BIOPSIA MAMA (POR NÓDULO) (SEM ANÁLISE)	R\$ 480,00
18	DOPPLER ARTERIAL DE ESTRUTURA ISOLADA	R\$ 79,20
19	DOPPLER ARTERIAL E VENOSO PARA AVALIAÇÃO DE FÍSTULA ARTÉRIO-VENOSA MEMRO SUPERIOR	R\$ 316,80
20	DOPPLER ARTERIAL/ VENOSO PARA AVALIAÇÃO DE HEMANGIOMA	R\$ 207,20
21	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR OU MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL	R\$ 79,20
22	DOPPLER COLORIDO DE AORTA ABDOMINAL/ARTÉRIAS ILÍACAS OU RENAIS/VEIA CAVA INFERIOR E SUPERIOR	R\$ 79,20
23	DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS ARTERIAIS/VENOSOS BILATERAL	R\$ 55,00
24	DOPPLER COLORIDO TRANSVAGINAL	R\$ 79,20



PREFEITURA
DE EXTREMA

Av. Nicolau Cesarino, 4000
Bela Vista | Extrema/MG | CEP 37645-002
Secretaria Municipal de Saúde
(35) 3435.5720
www.extrema.mg.gov.br

25	DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO INFERIOR OU MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL	R\$	79,20
26	DOPPLER PENIANO	R\$	207,20
27	DOPPLER VENOSO DE ESTRUTURA ISOLADA	R\$	79,20
28	DRENAGEM DE CISTO (ACRESCENTAR EXAMES BASE)	R\$	165,00
29	DRENAGEM DE COLEÇÕES (ACRESCENTAR EXAMES BASE)	R\$	280,00
30	DRENAGEM DE COLEÇÕES SUPERFICIAIS GUIADO POR USG/PARACENTESE GUIADO POR USG	R\$	810,00
31	ECOENDOSCOPIA ALTA/BAIXA SEM PUNÇÃO EM CENTRO CIRÚRGICO	R\$	3.700,00
32	ESCANOMETRIA	R\$	120,00
33	OBSTÉTRICO COM TRANSLUCÊNCIA NUCAL	R\$	73,20
34	ÓRGÃOS SURPECIAIS	R\$	48,80
35	PAAF DE NÓDULO DE MAMA (POR NÓDULO)(SEM ANÁLISE)	R\$	175,00
36	PAAF DE NÓDULO DE TIREÓIDE OU CERVICAL (POR NÓDULO)(SEM ANÁLISE)	R\$	185,00
37	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE CISTO (ACRESCENTAR EXAME BASE)	R\$	185,00
38	RECONSTRUÇÃO 3D	R\$	100,00
39	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO GUIADO POR USG EM ESTRUTURAS SUPERFICIAIS	R\$	560,00
40	RX DE COLUNA TOTAL	R\$	135,00
41	SEDAÇÃO PARA TOMOGRAFIA E ANGIOTOMOGRAFIA	R\$	350,00
42	SONDA BOTTON TIPO MICKEY	R\$	2.354,50
43	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ABDOMEN INFERIOR OU PELVE OU BACIA SEM CONTRASTE	R\$	257,00
44	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ABDOMEN SUPERIOR SEM CONTRASTE	R\$	257,00
45	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ABDOMEN TOTAL SEM CONTRASTE	R\$	350,00
46	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CRÂNIO, HIPOFISE, ORBITAS OU SELA TURSICA SEM CONTRASTE	R\$	250,00
47	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE APARELHO URINÁRIO OU UROTOMOGRAFIA	R\$	380,00
48	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX - PROTOCOLO TEP	R\$	450,00
49	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MASTÓIDE OU OUVIDO OU OSSOS TEMPORAIS SEM CONTRASTE	R\$	313,00
50	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PARTES MOLES OU LARINGE OU TIREÓIDE OU FARINGE SEM CONTRASTE	R\$	300,00
51	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL PARA CONTROLE DE OVULAÇÃO	R\$	73,20
52	ULTRASSONOGRRAFIA RINS E VIAS URINÁRIAS	R\$	48,80



PREFEITURA
DE EXTREMA

Av. Nicolau Cesarino, 4000
Bela Vista | Extrema/MG | CEP 37645-002
Secretaria Municipal de Saúde
(35) 3435.5720
www.extrema.mg.gov.br

53	ULTRASSONOGRAFIA CERVICA/TIREÓIDE/GLÂNDULAS SALIVARES/GLÂNDULAS PARÓTIDAS	R\$	48,80
54	ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA	R\$	300,00
55	ULTRASSONOGRAFIA ABDOME INFERIOR OU PELVE	R\$	48,80
56	ULTRASSONOGRAFIA FÍGADO E VIAS BILIARES	R\$	48,80
57	ULTRASSONOGRAFIA AXILA UNILATERAL/MAMA MASCULINA UNILATERAL	R\$	48,80
58	ULTRASSONOGRAFIA DE LINFONODOS	R\$	48,80
59	ULTRASSONOGRAFIA DE QUADRIL INFANTIL	R\$	144,00
60	ULTRASSONOGRAFIA DE TESTÍCULOS OU BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER	R\$	79,20
61	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE COM DOPLER	R\$	85,20
62	ULTRASSONOGRAFIA MÚSCULO/PAREDE ABDOMINAL/PARTES MOLES	R\$	48,80
63	ULTRASSONOGRAFIA PELE E SUBCUTÂNEO	R\$	48,80
64	ULTRASSONOGRAFIA REGIÃO INGUINAL UNILATERAL	R\$	48,80
65	ULTRASSONOGRAFIA RINS E VIAS URINÁRIAS C/ AVALIAÇÃO DE RESÍDUO PÓS MICCIONAL	R\$	48,80
66	ULTRASSONOGRAFIA TESTÍCULO/BOLSA ESCROTAL/PENIANO	R\$	48,80
67	ULTRASSONOGRAFIA TÓRAX/SUPRA CLAVICULAR/FACE	R\$	48,80
68	URETROCISTOGRAFIA	R\$	375,95
69	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL SEM CONTRASTE	R\$	216,90
70	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA SEM CONTRASTE	R\$	252,75
71	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA SEM CONTRASTE	R\$	216,90

Observação: Procedimentos a valor de Mercado, menor preço por cotação.



Av. Nicolau Cesarino, 4000
Bela Vista | Extrema/MG | CEP 37645-002
Secretaria Municipal de Saúde
(35) 3435.5720
www.extrema.mg.gov.br

ANEXO V - EXAMES LABORATORIAIS

Código	Descrição	Valor
59322	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$ 28,50
59838	25-HIDROXIVITAMINA D	R\$ 30,00
57509	ACIDO FÓLICO	R\$ 20,00
56218	ADENOSINA DEAMINASE (ADA)	R\$ 20,00
57513	ALBUMINA	R\$ 4,00
56225	ALDOLASE	R\$ 9,30
56332	ALDOSTERONA (SORO OU URINA)	R\$ 20,00
57789	ALFA 1 - ANTI TRIPSINA	R\$ 20,00
56219	ALFA FETOPROTEINA (AFP)	R\$ 22,00
56330	ALFA- HIDROXI PROGESTERONA (17 OHP)	R\$ 22,00
56319	ANDROSTENEDIONA	R\$ 20,04
59842	ANTI CENTROMERO	R\$ 25,00
56236	ANTI DNA- NATIVO	R\$ 25,00
56245	ANTI GAD	R\$ 110,00
61057	ANTI HBC IGG	R\$ 15,60
61173	ANTI HBC IGM	R\$ 21,60
60031	ANTI HBE	R\$ 25,00
56246	ANTI HIV I E II	R\$ 25,00
56239	ANTI MUSCULO LISO	R\$ 25,00
61111	ANTI RNP	R\$ 21,60
59843	ANTI SCL	R\$ 21,60
56249	ANTICORPOS ANTI GLIADINA IGG E IGA	R\$ 33,90
56252	ANTICORPOS ANTI TIREOGLOBULINA (ANTI TG)	R\$ 25,00
56251	ANTICORPOS ANTI TIREOPEROXIDASE (ANTI TPO)	R\$ 18,60
56420	ANTICORPOS ANTI TRANSGLUTAMINASE (TTG)	R\$ 98,00
61058	ANTICORPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTROFILOS	R\$ 60,00
60034	BAAR NA URINA	R\$ 9,74

56220	BETA 2- MICROGLOBULINA	R\$	50,00
61175	BHCG QUALITATIVO	R\$	14,40
61176	BLASTOMICOSE, SOROLOGIA	R\$	135,00
56255	C2- COMPLEMENTO	R\$	11,40
56256	C3- COMPLEMENTO	R\$	11,40
56257	C4- COMPLEMENTO	R\$	11,40
57512	CA 125	R\$	24,88
56358	CA 15-3	R\$	25,00
57523	CA 19-9	R\$	30,00
56360	CA 50	R\$	130,00
56361	CA 72-4	R\$	70,00
61114	CALCIO IONICO	R\$	8,10
61065	CALCITONINA	R\$	31,50
56416	CALCIURIA- CALCIO NA URINA DE 24 HORAS	R\$	18,34
61066	CAPACIDADE DE LIGAÇÃO TOTAL FERRO (TIBC)	R\$	15,70
56263	CARBAMAZEPINA	R\$	23,40
61101	CARDIOLIPINA, AUTOANTICORPOS IGG, IGM, IGA	R\$	42,00
56363	CARIOTIPO COM BANDA G	R\$	744,00
56356	CARIOTIPO COM PESQUISA DE X FRAGIL	R\$	420,00
61067	CATECOLAMINAS PLASMATICAS FRAÇÕES	R\$	75,00
56269	CATECOLAMINAS URINARIAS (TOTAIS)	R\$	100,00
56362	CEA	R\$	12,00
61068	CELULAS LE	R\$	15,00
56274	CERULOPLASMINA	R\$	35,00
56254	CH 50- COMPLEMENTO TOTAL	R\$	35,40
56334	CHAGAS- MACHADO GUERREIRO	R\$	40,00
56335	CHAGAS- SOROLOGIA IGG IGM	R\$	46,80
56231	CITOLOGIA DE PUNÇÃO ASPIRATIVA	R\$	105,00
56423	CITOLOGIA ONCOTICA URINARIA	R\$	60,00



Av. Nicolau Cesarino, 4000
Bela Vista | Extrema/MG | CEP 37645-002
Secretaria Municipal de Saúde
(35) 3435.5720
www.extrema.mg.gov.br

56366	CITOMEGALOVIRUS IGG E IGM	R\$	40,00
56417	CITRATURIA- CITRATO NA URINA DE 24 HRS	R\$	25,00
56337	CLAMIDIA IGG E IGM	R\$	60,00
60159	CLEARANCE DE CREATININA (URGENCIA)	R\$	10,48
61069	COAGULOGRAMA	R\$	16,00
56351	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$	10,00
61177	TESTE DE COOMBS DIRETO	R\$	15,00
56275	COPROCULTURA	R\$	20,00
61071	CORANTE AMARELO - ALIMENTARES	R\$	40,00
61072	CORANTE VERMELHO - ALIMENTARES	R\$	40,00
61073	CORTISOL SALIVAR	R\$	40,00
61074	CORTISOL TOTAL	R\$	18,00
56368	CORTISOL URINARIO	R\$	25,00
61103	CURVA GLICEMICA DE 5 TEMPOS	R\$	60,00
59837	CURVA INSULINICA (0, 30, 60, 90, 120 E 180)	R\$	47,00
61075	D1 DERMATOPHAGOIDES PTERONYSSINUS	R\$	25,00
61076	D2 DERMATOPHAGOIDES S. FARINAE	R\$	25,00
61077	DEIDROEPIANDROSTERONA, DHE	R\$	30,00
61078	DEIDROEPIANDROSTERONA, SULFATO - SDHEA	R\$	30,00
59333	DESIDROGENASE LÁTICA (DHL)	R\$	4,00
59331	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	R\$	18,42
59363	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	R\$	6,00
59273	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$	6,00
59274	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA(TAP)	R\$	6,00
59272	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTACAO (VHS)	R\$	14,00
59260	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	R\$	14,00
56429	DIHIDROTESTOSTERONA (DHT)	R\$	25,00
56341	DISMORFISMO ERITRICITARIO PESQUISA DE URINA	R\$	20,00
59254	DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$	4,00



PREFEITURA
DE EXTREMA

Av. Nicolau Cesarino, 4000
Bela Vista | Extrema/MG | CEP 37645-002
Secretaria Municipal de Saúde
(35) 3435.5720
www.extrema.mg.gov.br

56217	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	R\$	27,90
56318	DOSAGEM DE ACTH	R\$	27,18
56234	DOSAGEM DE AMILASE	R\$	5,00
59235	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$	4,00
59238	DOSAGEM DE CALCIO	R\$	4,00
60908	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL E FRAÇÕES	R\$	15,00
59243	DOSAGEM DE CREATININA	R\$	4,00
59239	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$	5,00
59311	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRAÇÃO MB (CKMB)	R\$	12,00
61079	DOSAGEM DE ERITROPOETINA	R\$	68,00
61179	ESTRADIOL, 17 BETA	R\$	16,24
59246	DOSAGEM DE FERRITINA	R\$	16,00
59245	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$	4,00
59247	DOSAGEM DE FOSFORO	R\$	4,00
59249	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$	4,00
59236	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA	R\$	20,00
59360	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$	11,00
59348	DOSAGEM DE LIPASE	R\$	5,00
59258	DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$	4,00
59256	DOSAGEM DE POTASSIO	R\$	4,00
59261	DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$	11,10
59263	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$	4,00
59259	DOSAGEM DE SODIO	R\$	3,60
59266	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$	11,00
59270	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$	4,00
59268	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$	11,00
59271	DOSAGEM DE UREIA	R\$	4,00
59275	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$	20,00
61180	ELETROFORESE DE PROTEINAS SERICAS	R\$	15,30

61181	ELETROFORESE DE PROTEINAS URINARIAS	R\$	15,30
56281	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$	21,80
61112	ENDOMISIO, ANTICORPOS IGG, IGM, IGA	R\$	63,00
57520	EPSTEIN BARR IGG E IGM	R\$	56,25
61182	ERITROGRAMA	R\$	10,00
56347	ESPERMOGRAMA	R\$	45,00
56348	ESQUISTOSSOMOSE SOROLOGIA	R\$	27,32
56321	ESTRIOL E3	R\$	25,00
56322	ESTRONA E1	R\$	40,00
57758	EX1 - (EPITÉLIO DE GATO, CAVALO, VACA E CÃO)	R\$	25,00
59381	EXAME DE ELEMENTOS E SEDIMENTOS ANORMAIS DE URINA(EAS)	R\$	5,00
61080	FAN, PESQUISA DE AUTOANTICORPOS	R\$	24,58
56235	FENITOINA	R\$	40,00
56266	FENOBARBITAL	R\$	25,00
59702	FERRO SERICO	R\$	8,24
61081	FIBRINOGENIO	R\$	16,50
61082	FOSFATURIA (FOSFORO NA URINA DE 24 HORAS)	R\$	7,68
56323	FSH	R\$	12,60
56369	FTA- ABS IGG E IGM	R\$	45,00
61183	FX1 - GRUPO (AMENDOIM F13, AVELÃ F17, CASTANHO DO PARÁ F18, AMENDOIA F20, COCO F36)	R\$	35,00
61184	FX2 - GRUPO (PEIXE: BACALHAU, ATUM, SALMÃO; MEXILHÃO E CAMARÃO)	R\$	35,00
61185	FX3 - GRUPO (TRIGO F4, AVEIA F7, MILHO F8, GERGELIM F10, TRIGO NEGRO, SARRACENO, MOURISCO)	R\$	30,00
61186	FX5 - GRUPO (CLARA DE OVO F1, LEITE F2, PEIXE BACALHAU F3, TRIGO F4, AMENDOIM F13, SOJA F14)	R\$	30,00
56242	GH- HORMONIO DO CRESCIMENTO	R\$	25,00
56243	GH- POS CLONIDINA (0` 30` 60` 90` 120`)	R\$	110,00
59835	GLICEMIA DE JEJUM	R\$	4,00
59836	GLICEMIA PÓS PRANDIAL	R\$	4,00
56286	GLICOSURIA FRACIONADA	R\$	15,00
61084	HAPTOGLOBINA	R\$	20,00



Av. Nicolau Cesarino, 4000
Bela Vista | Extrema/MG | CEP 37645-002
Secretaria Municipal de Saúde
(35) 3435.5720
www.extrema.mg.gov.br

60032	HBE AG	R\$	25,00
56278	HEMOCULTURA	R\$	55,01
56287	HEMOGLOBINA GLICOSILADA- HBA1C	R\$	15,00
59253	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$	7,00
60174	HEPATITE A-HAV IGM E IGG	R\$	25,00
56292	HEPATITE B- ANTI S (HBS)	R\$	25,00
56294	HEPATITE B- ANTIGENO E (HBE)	R\$	25,00
56295	HEPATITE B- ANTIGENO E (HBEAG)	R\$	25,00
61122	HOMOCISTEINA	R\$	30,00
61187	HX2 - GRUPO (POEIRA DE CASA, POEIRA	R\$	25,00
57776	IGE ESPECIFICO ABELHAS	R\$	35,00
56386	IGE ESPECIFICO ACARO BLOMIA TROPICALIS	R\$	25,00
57768	IGE ESPECIFICO AMOXICILINA	R\$	25,00
56391	IGE ESPECIFICO AMPICILINA	R\$	25,00
57777	IGE ESPECIFICO BARATA	R\$	25,40
57786	IGE ESPECIFICO CARNE DE PORCO	R\$	25,00
56394	IGE ESPECIFICO CASEINA	R\$	25,00
57771	IGE ESPECIFICO CHOCOLATE/CACAU	R\$	30,00
61120	IGE ESPECIFICO DICLOFENACO	R\$	40,00
61121	IGE ESPECIFICO DIPIRONA	R\$	40,00
57775	IGE ESPECIFICO FORMIGA	R\$	30,00
57780	IGE ESPECIFICO GEMA DE OVO	R\$	25,00
57781	IGE ESPECIFICO GLUTEN	R\$	25,00
61104	IGE ESPECIFICO INSETOS : VESPA	R\$	25,00
57782	IGE ESPECIFICO LACTOSE	R\$	25,00
57778	IGE ESPECIFICO MOSQUITO/PERNILONGO	R\$	25,00
60059	IGE ESPECIFICO PARA OVO	R\$	25,00
57779	IGE ESPECIFICO PEIXE/BACALHAU	R\$	25,00
57772	IGE ESPECIFICO PELO DE CÃO	R\$	25,00



PREFEITURA
DE EXTREMA

Av. Nicolau Cesarino, 4000
Bela Vista | Extrema/MG | CEP 37645-002
Secretaria Municipal de Saúde
(35) 3435.5720
www.extrema.mg.gov.br

57773	IGE ESPECIFICO PELO DE CAVALO	R\$	25,00
57774	IGE ESPECIFICO PELO DE GATO	R\$	25,00
61085	IGE ESPECIFICO PENICILINA	R\$	25,00
57785	IGE ESPECIFICO PÓ DE CASA	R\$	25,00
57765	IGE RAST PHADIATOP - PHADIATOP	R\$	30,00
56415	IGE TOTAL	R\$	16,00
56244	IGF- 1(SOMATOMEDINA C)	R\$	60,00
56300	ILHOTAS	R\$	80,00
61086	IMUNOFENOTIPAGEM DE SANGUE PERIFÉRICO	R\$	120,00
61087	IMUNOFIXAÇÃO SERICA	R\$	120,00
61088	IMUNOFIXAÇÃO URINARIA	R\$	120,00
56301	IMUNOGLOBULINA A- IGA	R\$	16,00
56302	IMUNOGLOBULINA E- IGE	R\$	16,00
56303	IMUNOGLOBULINA G- IGG	R\$	16,00
56304	IMUNOGLOBULINA M- IGM	R\$	16,00
56261	INDICE DE SATURAÇÃO DE TRANFERRINA	R\$	20,00
56288	INSULINA	R\$	17,86
61089	LH HORMONIO LUTEINIZANTE	R\$	9,60
61090	LIPOPROTEINA A	R\$	18,30
56268	LITEMIA	R\$	20,00
56267	LITIO	R\$	4,82
61091	LKM-1, ANTICORPOS	R\$	27,24
56325	MACROPROLACTINA	R\$	40,00
56270	METANEFRINA URINA DE 24 HORAS	R\$	95,00
61092	METANEFRINAS PLASMATICAS, FRAÇÕES	R\$	105,00
56289	MICROALBUMINURIA	R\$	25,00
61093	MIELOGRAMA	R\$	180,00
56306	MONONUCLEOSE	R\$	15,00
56226	MUCOPROTEINA	R\$	9,46



PREFEITURA
DE EXTREMA

Av. Nicolau Cesarino, 4000
Bela Vista | Extrema/MG | CEP 37645-002
Secretaria Municipal de Saúde
(35) 3435.5720
www.extrema.mg.gov.br

61094	MUTAÇÃO BCR-ABL QUALITATIVA (P210 E P190)	R\$	620,00
61095	MUTAÇÃO JAK2 (V617F)	R\$	381,00
61096	MX1 - GRUPO (FUNGOS E LEVEDURAS)	R\$	35,00
56418	NATRIÚRIA- SODIO NA URINA DE 24 HRS	R\$	15,00
56419	OXALURIA- OXALATO NA URINA DE 24 HRS	R\$	25,00
61189	PARASITOLÓGICO DE FEZES (POR AMOSTRA)	R\$	4,00
61190	PARATORMONIO INTACTO PTH	R\$	32,04
56371	PEPTÍDEO C	R\$	34,00
60043	PESQUISA DE ANTICOAGULANTE LÚPICO	R\$	25,50
59315	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	R\$	6,00
61117	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI IGG IGM	R\$	54,00
60030	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM IGG ANITOXOPLASMA	R\$	45,00
59312	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFÍCIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$	20,00
61059	PESQUISA DE BAAR (ESCARRO)	R\$	20,00
56350	PESQUISA DE OVOS PESADOS NAS FEZES	R\$	8,00
60096	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES (MÉTODO IMUNOCROMATOGRÁFICO)	R\$	8,86
61097	PPD (TESTE TUBERCULÍNICO)	R\$	80,00
56326	PROGESTERONA	R\$	21,20
56308	PROTEINURIA DE 24 HORAS	R\$	25,00
56309	PSA (TOTAL E LIVRE)	R\$	15,60
60909	RELAÇÃO ALBUMINA/ CREATININA EM AMOSTRA ISOLADA NA URINA	R\$	20,00
57521	RUBEOLA SOROLOGIA IGG E IGM	R\$	31,50
61191	SHBG GLOBULINA LIGADORA DE HORMÔNIOS SEXUAIS	R\$	32,00
61098	SM, ANTICORPOS	R\$	25,00
60029	SOROLOGIA DE LEISHMANIOSE IGG IGM	R\$	100,00
57788	SOROLOGIA PARA DENGUE IGG E IGM	R\$	47,00
61099	SOROLOGIA PARA LEPTOSPIROSE	R\$	180,00
61109	SSA(RO), ANTICORPOS	R\$	25,00
61110	SSB(LA), ANTICORPOS	R\$	25,00



PREFEITURA
DE EXTREMA

Av. Nicolau Cesarino, 4000
Bela Vista | Extrema/MG | CEP 37645-002
Secretaria Municipal de Saúde
(35) 3435.5720
www.extrema.mg.gov.br

61192	TESTE DE AVIDEZ PARA TOXOPLASMOSE IGG E IGM	R\$	50,00
59318	TESTE DE COOMBS INDIRETO	R\$	15,00
61100	TESTE DE TOLERANCIA A LACTOSE	R\$	38,00
56328	TESTOSTERONA LIVRE	R\$	27,00
56329	TESTOSTERONA TOTAL	R\$	25,00
61054	TIPAGEM SANGUINEA ABO-RH	R\$	12,00
56315	TIREOGLOBULINA	R\$	20,00
61119	TRANSAMINASE GLUTAMICO PIRUVICA (TGP) OU ALANINA AMINOTRANSFERASE (ALT)	R\$	4,00
61118	TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO) OU ASPARATO AMINOTRANSFERASE (AST)	R\$	4,00
56262	TRANSFERRINA	R\$	10,52
56352	URICOSURIA- ACIDO URICO NA URINA DE 24 HORAS	R\$	15,00
57959	UROCULTURA + ANTIBIOGRAMA	R\$	15,00
59698	VDRL	R\$	5,00
57517	VITAMINA A	R\$	80,00
57518	VITAMINA B1 (TIAMINA)	R\$	120,00
45618	VITAMINA C	R\$	50,00
56216	VITAMINA E	R\$	65,00
57516	VITAMINA K	R\$	270,00
59840	ZINCO SERICO	R\$	20,00
92802	IONOGRAMA	R\$	20,00
92803	TESTE GENÉTICO PARA LACTOSE	R\$	24,00
57791	ANTI TRAB	R\$	51,00
92804	SOROLOGIA HTLV 1 E 2	R\$	45,00
92806	TRAB	R\$	51,00
92807	IGG4	R\$	38,00
92808	D DIMERO	R\$	68,00
92809	HERPES	R\$	60,00
92810	APOLIPO PROTEINA	R\$	49,00
92812	WESTERN BLOT HTLV 1 E 2	R\$	467,00



Av. Nicolau Cesarino, 4000
Bela Vista | Extrema/MG | CEP 37645-002
Secretaria Municipal de Saúde
(35) 3435.5720
www.extrema.mg.gov.br

92813	ANTI CCP	R\$	52,00
92814	PCR COVID -19	R\$	150,00
92816	ANTICORPOS NEUTRALIZANTES COVID - 19	R\$	290,00
92818	IGG PARA COVID	R\$	210,00
92819	ACIDO LACTICO	R\$	26,00
92820	IGFBP3	R\$	68,00
92821	TESTE DE SUPRESSÃO DE CORTISOL, APÓS 1MG DE DEXAMETASONA	R\$	22,00
92822	ANTI CORPO ANTI INSULINA	R\$	45,00
92823	RELAÇÃO ADOSTERONA/ATIVIDADE DE RENINA PLASMÁTICA(RAR)	R\$	52,00
92824	NORMETANEFRINA URINA 24HS	R\$	102,00
92825	COPROCULTURA	R\$	22,00
92826	PROTEINA S LIVRE	R\$	93,00
92827	PROTEINA C FUNCIONAL	R\$	42,00
59722	C5	R\$	140,00
92829	ANTIGENO TUMORAL BEXIGA - BTA	R\$	314,00
92831	HEPATITE D	R\$	60,00
92832	HEPATITE E	R\$	220,00
61927	CALPROTECTINA FECAL	R\$	100,00
92833	SOROLOGIA PARA BARTONELLA (ARRANHADURA DE GATO)	R\$	340,00
92836	ANCA(C E T)	R\$	63,00
92837	MIF (PARASITOLÓGICO DE FEZES EM LÍQUIDO CONSERVANTE)	R\$	7,00
92838	WALLER ROSE	R\$	8,00
92839	FATOR V LEIDEN	R\$	60,00
92841	PROTEINA S	R\$	220,00
92842	ANTICORPO DO PEPTÍDEO CÍCLICO	R\$	52,00
92843	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	R\$	9,00
92844	ALFA LACTOGLOBULINA	R\$	22,00
92846	ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R\$	28,00
92847	SELENIO	R\$	40,00



PREFEITURA
DE EXTREMA

Av. Nicolau Cesarino, 4000
Bela Vista | Extrema/MG | CEP 37645-002
Secretaria Municipal de Saúde
(35) 3435.5720
www.extrema.mg.gov.br

92848	HERPES ZOSTER	R\$	72,00
92849	CULTURA DE FUNGOS	R\$	22,00
92850	COLORO	R\$	5,00
92853	T4 TOTAL	R\$	19,00
92854	IGE ESPECÍFICO (E7) - EPITÉLIOS - ECREM. DE POMBO	R\$	80,00
92855	TROPONINA	R\$	60,00
92856	PEPTIDEO NATRIURETICO	R\$	136,00
92857	LEPTINA	R\$	90,00
92858	T3 REVERSO	R\$	51,00
92859	SEROTONINA	R\$	38,00
92860	BHCG QUANTITATIVO	R\$	20,00
92805	CULTURA VAGINAL E ANAL STREPTOCOCCUS B	R\$	44,00
61063	ANALISE DE BIOPSIA DE NODULO DE MAMA ISOLADO	R\$	150,00
61064	ANALISE DE BIOPSIA DE OVARIO OU UTERO NÃO TUMORAL	R\$	150,00
61061	ANALISE DE BIOPSIA DE PEÇA CIRURGICA COMPLEXA	R\$	150,00
61062	ANALISE DE BIOPSIA PEÇA CIRURGICA SIMPLES	R\$	150,00
61060	ANALISE DE BIOPSIA PROSTATICA (ADICIONAL DE FRAGMENTO)	R\$	150,00
60049	BIÓPSIA DE COLORAÇÃO ESPECIAL	R\$	200,00
60050	BIÓPSIA DE MULTIPLOS FRAGMENTOS	R\$	150,00
60051	BIOPSIA PROSTATICA 12 FRASCOS	R\$	550,00
60053	BIÓPSIA SIMPLES	R\$	150,00
56233	IMUNOHISTOQUIMICA	R\$	325,00
56422	ANALISE DE CALCULO URINARIO	R\$	9,60
61113	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	R\$	10,00
56421	BACTERIOSCOPIA DE SECREÇÃO VAGINAL	R\$	14,00
56333	CAPTURA HIBRIDA PARA HPV	R\$	195,00
57519	CULTURA E ANTIBIOGRAMA DE SECREÇÃO	R\$	40,00
61102	CULTURA DE FUNGOS	R\$	30,00
56279	MICOLOGICO DIRETO	R\$	10,00



PREFEITURA
DE EXTREMA

Av. Nicolau Cesarino, 4000
Bela Vista | Extrema/MG | CEP 37645-002
Secretaria Municipal de Saúde
(35) 3435.5720
www.extrema.mg.gov.br

61055	ANALISE DE LIQUIDO PLEURAL (CITOLOGIA, BIOQUIMICA,CULTURA)	R\$	66,76
61105	ANALISE DE LIQUOR (CITOLOGIA, BIOQUIMICA E CULTURA)	R\$	100,60
61106	ANALISE DE LIQUOR (CITOLOGIA, BIOQUIMICA/CELULARIDADE, PESQUISA BACTERIAS E FUNGOS, ANTIBIOGRAMA)	R\$	100,60
61107	ANALISE DE LIQUOR (TINTA DA CHINA)	R\$	38,50
6108	ANALISE DE LIQUOR (TUBERCULOSE)	R\$	30,00
61056	ANALISE DE LUQUIDO PLEURAL (CITOLOGIA, BIOQUIMICA, CULTURA, ADA, CITOLOGIA ONCOTICA)	R\$	105,00
61083	GASOMETRIA	R\$	35,00

Observação: Utilizado o menor valor de cotação.