

**TVSP - Tabela de Valores de Serviços e Procedimentos de Saúde do CIM POLO SUL**  
**Vigência a partir de 16/03/2023 - Reunião da Assembleia Geral e Câmara Setorial de Saúde do CIM POLO SUL**

Nº	A - CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM:	VALOR
01	ACUPUNTURISTA	R\$ 50,00
02	ALERGISTA	R\$ 50,00
03	ANGIOLOGIA	R\$ 50,00
04	ANESTESISTA	R\$ 100,00
05	CARDIOLOGIA	R\$ 50,00
06	CARDIOLOGIA COM RISCO CIRURGICO	R\$ 100,00
07	CARDIOLOGIA PEDIATRA	R\$ 60,00
08	CIRURGIA GERAL	R\$ 50,00
09	CLINICO GERAL	R\$ 50,00
10	CLINICA MÉDICA	R\$ 50,00
11	DERMATOLOGIA	R\$ 50,00
12	ENDOCRINOLOGISTA	R\$ 50,00
13	GASTROENTEROLOGISTA	R\$ 50,00
14	GERIATRIA	R\$ 50,00
15	GINECOLOGIA	R\$ 50,00
16	HEMATOLOGISTA	R\$ 60,00
17	HOMEOPATIA	R\$ 50,00
18	MEDICINA DO TRABALHO	R\$ 50,00
19	NEFROLOGIA	R\$ 50,00
20	NEUROLOGIA	R\$ 60,00
21	NEUROPEDIATRA	R\$ 60,00
22	OBSTETRICIA	R\$ 50,00
23	ONCOLOGISTA	R\$ 50,00
24	OFTALMOLOGISTA COM EXAME DE FUNDO DE OLHO	R\$ 50,00
25	ORTOPEDIA	R\$ 50,00
26	OTORRINOLARINGOLOGISTA	R\$ 50,00
27	PEDIATRIA	R\$ 50,00
28	PNEUMOLOGISTA	R\$ 50,00
29	PSIQUIATRIA	R\$ 60,00
30	PROCTOLOGISTA	R\$ 60,00



**CONSÓRCIO  
PÚBLICO**  
REGIÃO POLO SUL

05211/2024

13

"Integrando os Municípios da região sul capixaba visando à eficiência da gestão em saúde".

31	REUMATOLOGIA	R\$ 50,00
32	UROLOGIA	R\$ 50,00
<b>Nº</b>	<b>B - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR MEIO DE TELEMEDICINA EM:</b>	<b>VALOR</b>
01	ACUPUNTURISTA	R\$ 45,00
02	ALERGISTA	R\$ 45,00
03	ANGIOLOGIA	R\$ 45,00
04	ANESTESISTA	R\$ 45,00
05	CARDIOLOGIA	R\$ 45,00
06	CARDIOLOGIA COM RISCO CIRURGICO	R\$ 45,00
07	CARDIOLOGIA PEDIATRA	R\$ 45,00
08	CIRURGIA GERAL	R\$ 45,00
09	CLINICO GERAL	R\$ 45,00
10	CLINICA MÉDICA	R\$ 45,00
11	DERMATOLOGIA	R\$ 45,00
12	ENDOCRINOLOGISTA	R\$ 45,00
13	GASTROENTEROLOGISTA	R\$ 45,00
14	GERIATRIA	R\$ 45,00
15	GINECOLOGIA	R\$ 45,00
16	HEMATOLOGISTA	R\$ 45,00
17	HOMEOPATIA	R\$ 45,00
18	MEDICINA DO TRABALHO	R\$ 45,00
19	NEFROLOGIA	R\$ 45,00
20	NEUROLOGIA	R\$ 45,00
21	NEUROPEDIATRA	R\$ 45,00
22	OBSTETRICIA	R\$ 45,00
23	ONCOLOGISTA	R\$ 45,00
24	OFTALMOLOGISTA COM EXAME DE FUNDO DE OLHO	R\$ 45,00
25	ORTOPEDIA	R\$ 45,00
26	OTORRINOLARINGOLOGISTA	R\$ 45,00

Rua Siqueira Campos | Nº 75 | Centro | Mimoso do Sul | Espírito Santo | CEP: 29400-000  
Tel. | fax: (28) 3555-1990 | (28) 99923-0577 | [diretoria@cimposul.es.gov.br](mailto:diretoria@cimposul.es.gov.br) /  
[administrativo@cimposul.es.gov.br](mailto:administrativo@cimposul.es.gov.br) / [compras@cimposul.es.gov.br](mailto:compras@cimposul.es.gov.br)



27	PEDIATRIA	R\$ 45,00
28	PNEUMOLOGISTA	R\$ 45,00
29	PSIQUIATRIA	R\$ 45,00
30	PROCTOLOGISTA	R\$ 45,00
31	REUMATOLOGIA	R\$ 45,00
32	UROLOGIA	R\$ 45,00
<b>Nº</b>	<b>C - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) EM:</b>	<b>VALOR</b>
01	FONOAUDIOLOGIA	R\$ 40,00
02	FISIOTERAPEUTA	R\$ 40,00
03	NUTRICIONISTA	R\$ 40,00
04	PSICOLOGIA	R\$ 40,00
<b>Nº</b>	<b>C.1 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) EM ODONTOLOGIA</b>	<b>VALOR</b>
01	CONSULTA DE URGENCIA E EMERGENCIA (NOTURNA/FINAL DE SEMANA E FERIADOS)	70,80
02	CONSULTA DE CONDICIONAMENTO PEDIATRICO (MÁXIMO DE 2)	69,43
03	CONSULTA DE CONDICIONAMENTO DE PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS ALDULTO E PEDIATRICO (MÁXIMO 2)	95,03
04	CONSULTA DE ATM	90,20
<b>Nº</b>	<b>D - DIAGNÓSTICO EM OFTALMOLOGIA</b>	<b>VALOR</b>
01	ANGIOGRAFIA FLUORESCENTE	R\$ 185,00
02	BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)	R\$ 54,00
03	CAMPO VISUAL OU CAMPIMETRIA	R\$ 60,00
04	POTENCIAL ACUIDADE VISUAL	R\$ 27,00
05	GONIOSCOPIA	R\$ 43,20
06	ECOBIMETRIA	R\$ 50,00
07	ECOGRAFIA OU ULTRASSON DO OLHO	R\$ 40,50
08	TONOMETRIA OU PRESSAO OCULAR	R\$ 2,50
09	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Córnea	R\$ 60,00
10	OCT – TOMOGRAFIA COERENCIA OPTICA	R\$ 200,00
11	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA / CORNEANA	R\$ 60,00
12	PAM – TESTE ACUIDADE VISUAL	R\$ 27,00
13	MAPEAMENTO DE RETINA OU FUNDO DO OLHO	R\$ 43,20



14	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA	R\$ 84,50
15	RETINOGRAFIA COLORIDA POR OLHO	R\$ 39,88
16	CURVA TENSIONAL	R\$ 60,00
17	DACRIOCISTOGRAFIA (VIAS LACRIMAIS)	R\$ 130,00
<b>Nº</b>	<b>E - DIAGNÓSTICO POR BIOPSIA</b>	<b>VALOR</b>
1	ASPIRAÇÃO PULMONAR	R\$ 220,00
2	BIOPSIA DE MAMA	R\$ 250,00
3	BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES	R\$ 250,00
4	BIOPSIA DO COLO UTERINO	R\$ 250,00
5	BIOPSIA DE PROSTATA (GUIADA POR ULTRASSONOGRAFIA TRANS-RETAL)	R\$ 250,00
6	BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE (PAAF)	R\$ 120,00
7	BIOPSIA DE FIGADO POR PUNÇÃO	R\$ 200,00
8	ESTEROTAXIA	R\$ 150,00
9	CONIZAÇÃO (CAF)	R\$ 250,00
10	CORE BIOPSIA/ POR MAMOGRAFIA	R\$ 250,00
11	COREBIOPSIA/ POR ULTRASSON MAMÁRIA	R\$ 250,00
12	BIOPSIA MAIS PESQUISA HPV	R\$ 99,39
13	BIOPSIA MAIS PESQUISA H.PILORY	R\$ 99,39
14	BIOPSIA SIMPLES	R\$ 83,25
15	BIOPSIA SIMPLES PEÇA ADICIONAL	R\$ 77,00
<b>Nº</b>	<b>F - DIAGNÓSTICO POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO</b>	<b>VALOR</b>
1	CINTILOGRAFIA C/ GALIO	R\$ 550,00
2	CINTILOGRAFIA CEREBRAL COM FLUXO SANGUINIO	R\$ 230,00
3	CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILARERAL)	R\$ 480,00
4	CINTILOGRAFIA DIRETA	R\$ 250,00
5	CINTILOGRAFIA FIGADO E BAÇO	R\$ 260,00
6	CINTILOGRAFIA FIGADO EVIAS BILIARES	R\$ 270,00
7	CINTILOGRAFIA INDIRETA	R\$ 250,00
8	CINTILOGRAFIA OSSEA (CORPO INTEIRO COM OU SEM FLUXO SANGUINIO)	R\$ 260,00
9	CINTILOGRAFIA PARA TESTE DE HELICOBACTER PYLORI COM C14	R\$ 200,00
10	CINTILOGRAFIA PARATIREOIDES	R\$ 370,00
11	CINTILOGRAFIA PULMÃO POR INALAÇÃO	R\$ 250,00
12	CINTILOGRAFIA PULMÃO POR PERFUSÃO	R\$ 250,00
13	CINTILOGRAFIA RENAL DMSA-ESTÁTICA/ DINAMICA/ RENOGRAMA	R\$ 250,00



14	CINTILOGRAFIA TIREOIDE	R\$ 150,00
15	CINTILOGRAFIA TESTICO E BOLSA ESCROTAL	R\$ 220,00
16	CINTILOGRAFIA MIOCARDICA REPOUSO/ESFORÇO (SPECT)	R\$ 750,00
17	CINTILOGRAFIA ESOFAGICO COM Esvaziamento Gástrico	R\$ 250,00
18	CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE HEMORRAGIAS NÃO ATIVAS	R\$ 330,00
19	CINTILOGRAFIA COM PERFUSÃO CEREBRAL COM TALIO	R\$ 650,00
20	PESQUISA DE METASTASE DO CORPO TOTAL	R\$ 340,00
21	LINFOCINTILOGRAFIA	R\$ 240,00
<b>Nº</b>	<b>G - DIAGNÓSTICO EM GINECOLOGIA</b>	<b>VALOR</b>
01	COLPOSCOPIA	R\$ 65,00
02	COLPOSCOPIA + BIOPSIA	R\$ 73,50
<b>Nº</b>	<b>H - DIAGNÓSTICO EM PNEUMOLOGIA</b>	<b>VALOR</b>
01	BRONCOSCOPIA + 180,00 SERVIÇO DE ANESTESIA	R\$ 880,00
02	PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA C/ BRONCODILATADOR (ESPIROMETRIA)	R\$ 75,00
<b>Nº</b>	<b>I - ANESTESIOLOGIA</b>	<b>VALOR</b>
01	ANESTESIA GERAL E REGIONAL (SERVIÇO DE ANESTESIA)	R\$ 180,00
<b>Nº</b>	<b>J - TESTES ALÉRGICOS</b>	<b>VALOR</b>
01	TESTE ALIMENTAR	R\$ 100,00
02	TESTE DE CONTATO	R\$ 120,00
03	TESTE INALANTE	R\$ 70,00
<b>Nº</b>	<b>K - DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA</b>	<b>VALOR</b>
01	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	R\$ 120,00
02	RADIOGRAFIA COLUNA VERTEBRAL / TOTAL P ESCOLIOSE PANORAMICA AP/PERFIL	R\$ 100,00
03	RADIOGRAFIA DA FACE	R\$ 35,00
04	RADIOGRAFIA ABDOME	R\$ 25,00
05	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP E PERFIL)	R\$ 45,00
06	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP)	R\$ 40,00
07	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO	R\$ 40,00
08	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	R\$ 25,00
09	RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO-MALAR	R\$ 25,00
10	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	R\$ 30,00
11	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO BACIA SACRO-ILIACA	R\$ 30,00
12	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	R\$ 30,00



**CONSÓRCIO  
PÚBLICO**  
REGIÃO POLO SUL

05211/2024

14  
C

"Integrando os Municípios da região sul capixaba visando à eficiência da gestão em saúde".

13	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL (OMBRO)	R\$ 30,00
14	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	R\$ 25,00
15	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO EXTERNO	R\$ 30,00
16	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	R\$ 25,00
17	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	R\$ 25,00
18	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (TORNOZELO)	R\$ 25,00
19	RADIOGRAFIA DE BACIA	R\$ 35,00
20	RADIOGRAFIA DE BRAÇO	R\$ 30,00
21	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO	R\$ 30,00
22	RADIOGRAFIA DE CAVUM	R\$ 30,00
23	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	R\$ 30,00
24	RADIOGRAFIA CLISTER OPACO	R\$ 35,00
25	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL	R\$ 30,00
26	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	R\$ 35,00
27	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL)	R\$ 30,00
28	RADIOGRAFIA DE COLUNA DORSAL	R\$ 35,00
29	RADIOGRAFIA DE COLUNA DORSAL (AP + LAT + OBLIQUAS)	R\$ 35,00
30	RADIOGRAFIA DE COLUNA DORSAL (AP E LAT)	R\$ 30,00
31	RADIOGRAFIA DE COLUNA DORSO – LOMBAR AP-LAT (TORACICA)	R\$ 35,00
32	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBAR	R\$ 40,00
33	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBAR (PA E PERFIL)	R\$ 40,00
34	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBAR DINAMICA	R\$ 40,00
35	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBAR OBLIQUA	R\$ 45,00
36	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (AP + LAT + OBLIQUAS)	R\$ 40,00
37	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (AP E LAT)	R\$ 35,00
38	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (FM + MN + LAT + OBLIQUAS)	R\$ 35,00
39	RADIOGRAFIA DE COSTELA	R\$ 30,00
40	RADIOGRAFIA DE COSTELA (HEMITORAX)	R\$ 28,00
41	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R\$ 30,00
42	RADIOGRAFIA DE COXA	R\$ 30,00
43	RADIOGRAFIA DE CRANIO	R\$ 30,00
44	RADIOGRAFIA DE CRANIO (AP + LATERAL)	R\$ 30,00
45	RADIOGRAFIA DE CRANIO (AP + PERFIL + BRETTON)	R\$ 30,00
46	RADIOGRAFIA DE CRANIO (OBLIQUA + BRETTON HIRTZ)	R\$ 30,00

Rua Siqueira Campos | Nº 75 | Centro | Mimoso do Sul | Espírito Santo | CEP: 29400-000  
Tel. | fax: (28) 3555-1990 | (28) 99923-0577 | [diretoria@cimpolosul.es.gov.br](mailto:diretoria@cimpolosul.es.gov.br) /  
[administrativo@cimpolosul.es.gov.br](mailto:administrativo@cimpolosul.es.gov.br) / [compras@cimpolosul.es.gov.br](mailto:compras@cimpolosul.es.gov.br)



47	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	R\$ 35,00
48	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	R\$ 25,00
49	RADIOGRAFIA DE FEMUR	R\$ 30,00
50	RADIOGRAFIA DE MÃO, PUNHO (PARA DETERMINAÇÃO DE IDADE OSSEA)	R\$ 30,00
51	RADIOGRAFIA DE JOELHO	R\$ 30,00
52	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU ROTULA (AP + LATERAL + AXIAL)	R\$ 30,00
53	RADIOGRAFIA DE JOELHO(AP + LATERAL + AXIAL)	R\$ 30,00
54	RADIOGRAFIA DE MAO	R\$ 30,00
55	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	R\$ 30,00
56	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE	R\$ 35,00
57	RADIOGRAFIA DE MAXILAR INFERIOR (PA + OBLIQUA)	R\$ 23,00
58	RADIOGRAFIA DE OMBRO (AP+ PERFIL + ROTACOES)	R\$ 35,00
59	RADIOGRAFIA DE OMBRO (ARTICULAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR/OMOPLATA/ESCAPULO UMERAL)	R\$ 30,00
60	RADIOGRAFIA DE OMBRO OU OMOPLATA	R\$ 30,00
61	RADIOGRAFIA DE ORBITAS BILATERAL(PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	R\$ 30,00
62	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (AP + LAT / FN + MN + LAT)	R\$ 30,00
63	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE NARIZ TORCIDO (FN + MN + LATERAL)	R\$ 30,00
64	RADIOGRAFIA DE PE (PODACTILOS)	R\$ 30,00
65	RADIOGRAFIA DE PUNHO	R\$ 30,00
66	RADIOGRAFIA DE QUADRIL	R\$ 30,00
67	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIX	R\$ 30,00
68	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + PERFILL + HIRTZ)	R\$ 35,00
69	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN)	R\$ 30,00
70	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE E CAVUM	R\$ 35,00
71	RADIOGRAFIA DE SELA TURCICA (PA + LATERAL + BRETTON)	R\$ 30,00
72	RADIOGRAFIA DE TORAX	R\$ 25,00
73	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA)	R\$ 25,00
74	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 30,00
75	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL)	R\$ 35,00
76	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	R\$ 30,00
77	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	R\$ 25,00
78	RADIOGRAFIA DE TORNOZELO	R\$ 30,00
79	RADIOGRAFIA DE TRANSITO DELGADO COM CONTRASTE	R\$ 120,00





**CONSÓRCIO  
PÚBLICO**  
REGIÃO POLO SUL

05211/2024

"Integrando os Municípios da região sul capixaba visando à eficiência da gestão em saúde".

44  
C

80	RADIOGRAFIA DE UMIRO	R\$ 30,00
81	RADIOGRAFIA ESCANOMETRIA	R\$ 30,00
82	RADIOGRAFIA PANORAMICA DA COLUNA LOMBAR	R\$ 100,00
83	RADIOGRAFIA PANORAMICA DA COLUNA AP/PERFIL	R\$ 85,00
84	RADIOGRAFIA PARA ESCOLIOSE DINAMICA	R\$ 40,00
85	MAMOGRAFIA UNILATERAL	R\$ 45,00
86	MAMOGRAFIA BILATERAL	R\$ 90,00
87	DENSITOMETRIA OSSEA	R\$ 70,00
<b>Nº</b>	<b>L - DIAGNÓSTICO POR ULTRA-SONOGRAFIA</b>	<b>VALOR</b>
01	ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES	R\$ 60,00
02	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL COM DOPPLER	R\$ 95,00
03	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO VENOSO (CADA MEMBRO)	R\$ 115,00
04	ULTRASSONOGRRAFIA ABDOMINAL P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTROESOFÁGICO	R\$ 80,00
05	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA	R\$ 60,00
06	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN COM DOPPLER COLORIDO	R\$ 105,00
07	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 65,00
08	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 65,00
09	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINARIO	R\$ 70,00
10	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 65,00
11	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER	R\$ 85,00
12	ULTRASSONOGRRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)	R\$ 45,00
13	ULTRASSONOGRRAFIA DE MAMA	R\$ 60,00
14	ULTRASSONOGRRAFIA DE MUSCULO ESQUELETICO E ARTICULACAO (COTOVELO, OMBRO, PUNHO, MAO, QUADRIL, JOELHO, TORNOZELO, PE)	R\$ 60,00
15	ULTRASSONOGRRAFIA DE PETROPERINOMIO (GRANDES VASOS)	R\$ 50,00
16	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL)	R\$ 65,00
17	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 60,00
18	ULTRASSONOGRRAFIA DE PUNÇAO DE COLEÇÕES SUPERFICIAIS	R\$ 85,00
19	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSRETAL	R\$ 50,00
20	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE	R\$ 55,00
21	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE COM DOPPLER COLORIDO	R\$ 120,00
22	ULTRASSONOGRRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	R\$ 50,00
23	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER CARÓTIDAS	R\$ 100,00
24	ULTRASSONOGRRAFIA ENDOVAGINAL C/DOPPLERFLUXOMETRIA	R\$ 90,00

Rua Siqueira Campos | Nº 75 | Centro | Mimoso do Sul | Espírito Santo | CEP: 29400-000

Tel. | fax: (28) 3555-1990 | (28) 99923-0577 | [diretoria@cimpolosul.es.gov.br](mailto:diretoria@cimpolosul.es.gov.br) /

[administrativo@cimpolosul.es.gov.br](mailto:administrativo@cimpolosul.es.gov.br) / [compras@cimpolosul.es.gov.br](mailto:compras@cimpolosul.es.gov.br)





**CONSÓRCIO  
PÚBLICO**  
REGIÃO POLO SUL

05211/2024

"Integrando os Municípios da região sul capixaba visando à eficiência da gestão em saúde".

25	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	R\$ 65,00
26	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO (POR FETO)	R\$ 100,00
27	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA MORFOLOGICA FETAL (POR FETO)	R\$ 100,00
28	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA GEMELAR	R\$ 50,00
29	ULTRASSONOGRAFIA DO OLHO	R\$ 45,00
30	ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	R\$ 45,00
31	ULTRASSONOGRAFIA TRANSLUCENCIA NUCAL	R\$ 100,00
32	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL COM CONTROLE DE OVULACAO	R\$ 90,00
33	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL OU ENDOVAGINAL	R\$ 55,00
34	ULTRASSONOGRAFIA VIAS BILIARES	R\$ 55,00
35	ULTRASSONOGRAFIA DE CAROTIDAS E VERTEBRAIS	R\$ 170,00
36	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO ARTERIAL (CADA MEMBRO)	R\$ 165,00
37	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DAS ARTÉRIAS RENAIAS	R\$ 115,00
38	ULTRASSONOGRAFIA HEMITORAX	R\$ 40,00
39	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA C/ PERFIL BIOF. FETAL	R\$ 70,00
40	ULTRASSONOGRAFIA PELVICA CONTROLE DE OVULAÇÃO	R\$ 80,00
41	DOPPLER COLORIDO VENOSO DO MMI	R\$ 125,00
<b>Nº</b>	<b>M - DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA</b>	<b>VALOR</b>
01	TOMOGRAFIA APARELHO URINARIO	R\$ 420,00
02	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COXO FEMURAL	R\$ 190,00
03	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA FACE	R\$ 180,00
04	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 160,00
05	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR (COM CONTRASTE)	R\$ 210,00
06	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 420,00
07	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ANTEBRACOS APENDICULARES	R\$ 190,00
08	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES	R\$ 200,00
09	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE BRACO (APENDICULARES UNILATERAL)	R\$ 190,00
10	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL / DORSAL / LOMBAR	R\$ 190,00
11	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COTOVELOES	R\$ 200,00
12	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COXA	R\$ 200,00
13	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FARINGE E LARINGE	R\$ 200,00
14	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE JOELHO (ARTICULACAO)	R\$ 200,00

Rua Siqueira Campos | Nº 75 | Centro | Mimoso do Sul | Espírito Santo | CEP: 29400-000

Tel. | fax: (28) 3555-1990 | (28) 99923-0577 | [diretoria@cimpolosul.es.gov.br](mailto:diretoria@cimpolosul.es.gov.br) /

[administrativo@cimpolosul.es.gov.br](mailto:administrativo@cimpolosul.es.gov.br) / [compras@cimpolosul.es.gov.br](mailto:compras@cimpolosul.es.gov.br)



**CONSÓRCIO  
PÚBLICO**  
REGIÃO POLO SUL

05211/2024

12  
0

"Integrando os Municípios da região sul capixaba visando à eficiência da gestão em saúde".

15	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MANDIBULA (TEMPOROMANDIBULARES)	R\$ 190,00
16	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MAOS (APENDICULARES)	R\$ 190,00
17	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTOIDES OU OUVIDOS	R\$ 190,00
18	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE OMBROS	R\$ 200,00
19	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ORBITAS (COM CONTRASTE)	R\$ 170,00
20	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ORBITAS (SEM CONTRASTE)	R\$ 120,00
21	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PE (APENDICULARES)	R\$ 190,00
22	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA	R\$ 160,00
23	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA (COM CONTRASTE)	R\$ 210,00
24	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PERNAS (APENDICULARES)	R\$ 190,00
25	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO	R\$ 190,00
26	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO (COM CONTRASTE)	R\$ 210,00
27	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PUNHOS	R\$ 200,00
28	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES	R\$ 190,00
29	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEIOS DA FACE	R\$ 170,00
30	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA (COM CONTRASTE)	R\$ 180,00
31	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA (SEM CONTRASTE)	R\$ 120,00
32	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TIREOIDE	R\$ 190,00
33	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	R\$ 160,00
34	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX (COM CONTRASTE)	R\$ 210,00
35	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DINAMICA (RECONSTRUCAO)	R\$ 190,00
36	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO (COM CONTRASTE)	R\$ 180,00
37	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO (SEM CONTRASTE)	R\$ 120,00
38	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA OLHO OU OCULAR	R\$ 120,00
39	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA PARTES MOLES	R\$ 154,00
40	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SACRO-ILIACA	R\$ 180,00
41	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA TEMPOROMANDIBULAR	R\$ 200,00
42	ANGIOTOMOGRAFIA DE PELVE	R\$ 410,00
43	ANGIOTOMOGRAFIA DE ABDOMEN	R\$ 550,00
44	ANGIOTOMOGRAFIA DE CRANIO	R\$ 410,00
45	ANGIOTOMOGRAFIA DE TORAX	R\$ 510,00
46	ANGIOTOMOGRAFIA DAS ARTÉRIAS CORONÁRIAS	R\$ 1.362,50
Nº	<b>N - DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA</b>	<b>VALOR</b>

Rua Siqueira Campos | Nº 75 | Centro | Mimoso do Sul | Espírito Santo | CEP: 29400-000

Tel. | fax: (28) 3555-1990 | (28) 99923-0577 | [diretoria@cimpolosul.es.gov.br](mailto:diretoria@cimpolosul.es.gov.br) /

[administrativo@cimpolosul.es.gov.br](mailto:administrativo@cimpolosul.es.gov.br) / [compras@cimpolosul.es.gov.br](mailto:compras@cimpolosul.es.gov.br)



**CONSÓRCIO  
PÚBLICO**  
REGIÃO POLO SUL

05211/2024

414  
6

"Integrando os Municípios da região sul capixaba visando à eficiência da gestão em saúde".

01	RESSONANCIA COMPUTADORIZADA DE CRANIO (COM ESPECTROSCOPIA)	R\$ 550,00
02	RESSONANCIA MAGNETICA	R\$ 350,00
03	RESSONANCIA MAGNETICA (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
04	RESSONANCIA MAGNETICA DA MAMA (CADA MAMA)	R\$ 350,00
05	RESSONANCIA MAGNETICA DA MAMA BILATERAL (COM CONTRASTE)	R\$ 750,00
06	RESSONANCIA MAGNETICA DA MAMA COM ESTUDO DINAMICO	R\$ 350,00
07	RESSONANCIA MAGNETICA DA MAMA UNILATERAL (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
08	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
09	RESSONANCIA MAGNETICA DE ANTI-BRACO (UNILATERAL)	R\$ 350,00
10	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA E PELVE (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
11	RESSONANCIA MAGNETICA DE BRACO (UNILATERAL)	R\$ 350,00
12	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA	R\$ 350,00
13	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL	R\$ 350,00
14	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
15	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBAR	R\$ 350,00
16	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBAR (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
17	RESSONANCIA MAGNETICA DE COTOVELO (UNILATERAL)	R\$ 350,00
18	RESSONANCIA MAGNETICA DE COXA (UNILATERAL)	R\$ 350,00
19	RESSONANCIA MAGNETICA DE COXA FEMORAL (UNILATERAL)	R\$ 350,00
20	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	R\$ 400,00
21	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
22	RESSONANCIA MAGNETICA DE JOELHO UNILATERAL	R\$ 350,00
23	RESSONANCIA MAGNETICA DE MAO UNILATERAL	R\$ 350,00
24	RESSONANCIA MAGNETICA DE OMBRO (UNILATERAL)	R\$ 350,00
25	RESSONANCIA MAGNETICA DE ORBITAS (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
26	RESSONANCIA MAGNETICA DE PE (UNILATERAL)	R\$ 350,00
27	RESSONANCIA MAGNETICA DE PERNA (UNILATERAL)	R\$ 350,00
28	RESSONANCIA MAGNETICA DE PUNHO	R\$ 350,00
29	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL	R\$ 350,00
30	RESSONANCIA MAGNETICA DA PROSTATA ENDO-RETAL	R\$ 350,00
31	RESSONANCIA MAGNETICA DA PROSTATA ENDO-RETAL + ESPECTROSCOPIA DA PROSTATA	R\$ 350,00
32	RESSONANCIA MAGNETICA DO CORAÇÃO PARA ISQUEMIA E VIABILIDADE MIOCARDICA	R\$ 450,00
33	RESSONANCIA MAGNETICA MORFOLOGICA E FUNCIONAL DO CORAÇÃO	R\$ 400,00

Rua Siqueira Campos | Nº 75 | Centro | Mimoso do Sul | Espírito Santo | CEP: 29400-000

Tel. | fax: (28) 3555-1990 | (28) 99923-0577 | [diretoria@cimpolosul.es.gov.br](mailto:diretoria@cimpolosul.es.gov.br) /

[administrativo@cimpolosul.es.gov.br](mailto:administrativo@cimpolosul.es.gov.br) / [compras@cimpolosul.es.gov.br](mailto:compras@cimpolosul.es.gov.br)



**CONSÓRCIO  
PÚBLICO**  
REGIÃO POLO SUL

05211/2024

"Integrando os Municípios da região sul capixaba visando à eficiência da gestão em saúde".

34	RESSONANCIA MAGNETICA DE QUADRIL (BILATERAL)	R\$ 350,00
35	RESSONANCIA MAGNETICA DE SEIOS DA FACE OU FACE (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
36	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
37	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
38	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORNOZELO (UNILATERAL)	R\$ 350,00
39	RESSONANCIA MAGNETICA MASTOIDE/OUVIDOS BILATERAL (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
40	RESSONANCIA MAGNETICA PESCOÇO (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
41	RESSONANCIA MAGNETICA PLENO BRAQUIAL (COM CONTRASTE)	R\$ 400,00
42	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (ATM) COM CONTRASTE	R\$ 400,00
43	ANGIORESSONANCIA ABDOME	R\$ 400,00
44	ANGIORESSONANCIA CRANIO	R\$ 460,00
45	COLANGIO RESSONANCIA CRANIO	R\$ 400,00
46	ORTO TORÁCICA CRANIO	R\$ 400,00
<b>Nº</b>	<b>O - CARDIOLOGIA</b>	<b>VALOR</b>
01	ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 20,00
02	ECOCARDIOGRAMA	R\$ 155,00
03	ECOCARDIOGRAMA DOPPLER CARÓTIDAS	R\$ 150,00
04	ECOCARDIOGRAMA DOPPLER VERTEBRAIS E CAROTIDAS	R\$ 155,00
05	ECOCARDIOGRAMA FETAL	R\$ 330,00
06	ECOCARDIOGRAMA INFANTIL	R\$ 215,00
07	ECOCARDIOGRAMA FARMACOLOGICO	R\$ 400,00
08	ECOCARDIOGRAMA SOB STRESS	R\$ 500,00
09	TESTE DE ESFORÇO / TESTE ERGOMETRICO	R\$ 110,00
10	VENTRICULOGRAFIA REPOUSO E ESFORÇO (CORACÃO)	R\$ 450,00
11	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	R\$ 105,00
12	MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL – MAPA (24 HORAS)	R\$ 105,00
13	TILT TESTE	R\$ 250,00
<b>Nº</b>	<b>P - GASTROENTEROLOGIA E PROCTOLOGIA</b>	<b>VALOR</b>
01	COLONOSCOPIA	R\$ 500,00
02	COLONOSCOPIA COM ANESTESIA	R\$ 590,00
03	ECOENDOSCOPIA ALTA	R\$ 2.700,00
04	ECOENDOSCOPIABAIXA	R\$ 2.700,00

Rua Siqueira Campos | Nº 75 | Centro | Mimoso do Sul | Espírito Santo | CEP: 29400-000

Tel. | fax: (28) 3555-1990 | (28) 99923-0577 | [diretoria@cimpolosul.es.gov.br](mailto:diretoria@cimpolosul.es.gov.br) /

[administrativo@cimpolosul.es.gov.br](mailto:administrativo@cimpolosul.es.gov.br) / [compras@cimpolosul.es.gov.br](mailto:compras@cimpolosul.es.gov.br)



05	ECOENDOSCOPIA POR PUNÇÃO POR AGULHA	R\$ 4.500,00
06	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	R\$ 200,00
07	ENDOSCOPIA DIGESTIVA COM ANESTESIA	R\$ 350,00
08	ESOFAGOSCOPIA C/ DILATAÇÃO	R\$ 200,00
09	ESOFAGOMETRIA	R\$ 200,00
10	GASTRODUODENOSCOPIA	R\$ 150,00
11	POLIPECTOMIA ENDOSCÓPICA	R\$ 350,00
12	PH METRIA	R\$ 200,00
13	REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO (TRATAMENTO CIRURGIÃO GASTRO-ESOFÁGICO)	R\$ 250,00
14	RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXÍVEL OU RÍGIDA	R\$ 150,00
<b>Nº</b>	<b>Q - NEUROLOGIA</b>	<b>VALOR</b>
01	ELETROENCEFALOGRAMA	R\$ 100,00
02	ELETROENCEFALOGRAMA COM MAPEAMENTO	R\$ 180,00
03	ELETRONEUROMIOGRAFIA 01 (UM MEMBRO)	R\$ 200,00
04	ELETRONEUROMIOGRAFIA 02 (DOIS MEMBROS)	R\$ 313,00
05	POLISSONOGRAMA	R\$ 400,00
<b>Nº</b>	<b>R - UROLOGIA</b>	<b>VALOR</b>
01	URODINÂMICA COMPLETA	R\$ 130,00
02	UROGRAFIA ESCRETORA	R\$ 280,00
03	UROFLUXOMETRIA	R\$ 85,00
04	CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA	R\$ 310,00
05	ESTUDO URODINÂMICO MASCULINO	R\$ 250,00
06	ESTUDO RENAL DINÂMICO COM E SEM DIURÉTICO (DTPA)	R\$ 200,00
07	URETROCISTOGRAFIA	R\$ 130,00
<b>Nº</b>	<b>S - OTORRINOLARINGOLOGIA E FONOAUDIOLOGIA</b>	<b>VALOR</b>
01	AUDIOMETRIA	R\$ 60,00
02	AUDIOMETRIA COMPLETA ADULTO/INFANTIL	R\$ 60,00
03	AUDIOMETRIA COMPORTAMENTAL	R\$ 60,00
04	AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL	R\$ 60,00
05	IMPEDANCIOMETRIA	R\$ 60,00
06	NASOFINOLONINGOSCOPIA	R\$ 80,00
07	BERA	R\$ 200,00
08	VIDEO NASOFIBROSCOPIA	R\$ 80,00
09	VIDEOLARINGOSCOPIA	R\$ 75,00



10	VIDEOLARINGOSCOPIA E NASAL FLEXIVEL	R\$ 80,00
11	TERAPIA DE REABILITAÇÃO AUDITIVA	R\$ 40,00
12	VECTOELETRONISTAGMOGRAFIA	R\$ 105,00
13	EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS (TESTE DA ORELHINHA)	R\$ 130,00
<b>Nº</b>	<b>T - SESSÕES DE FISIOTERAPIA</b>	<b>VALOR</b>
01	SESSÃO DE FISIOTERAPIA NEUROLÓGICA	R\$ 12,00
02	SESSÃO DE FISIOTERAPIA ORTOPÉDICO/ TRAUMATOLÓGICO RESPIRATÓRIA/ REUMATOLÓGICA	R\$ 12,00
03	SESSÃO DE FISIOTERAPIA RPG	R\$ 12,00
04	SESSÃO DE ACUPUNTURA	R\$ 12,00
05	HIDROTERAPIA	R\$ 12,00
06	SESSÃO DE FISIOTERAPIA DE REFORÇO DO ACOALHO PÉLVICO	R\$ 12,00
07	TERAPIA OCUPACIONAL	R\$ 12,00
08	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS	R\$ 12,00
09	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS	R\$ 12,00
10	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NEONATO	R\$ 12,00
11	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS	R\$ 12,00
12	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE ONCOLÓGICO CLÍNICO	R\$ 12,00
13	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA	R\$ 12,00
14	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS C/ COMPROMETIMENTO SISTÊMICO	R\$ 12,00
15	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS	R\$ 12,00
16	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 12,00
17	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 12,00
18	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	R\$ 12,00
19	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS-CIRURGIA CARDIOVASCULAR	R\$ 12,00
20	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	R\$ 12,00
21	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS- OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS	R\$ 12,00



22	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	R\$ 12,00
23	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MUSCULO- ESQUELETICAS C/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 12,00
24	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO- CINÉTICOFUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 12,00
25	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO- CINÉTICOFUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R\$ 12,00
26	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR	R\$ 12,00
27	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO	R\$ 12,00
28	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA	R\$ 12,00
29	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE MÉDIO QUEIMADO	R\$ 12,00
30	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE GRANDE QUEIMADO	R\$ 12,00
31	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM SEQÜELAS POR QUEIMADURAS (MÉDIO E GRANDE QUEIMADOS)	R\$ 12,00
<b>Nº</b>	<b>T.1 - OUTRAS SESSÕES</b>	<b>VALOR</b>
01	SESSÃO HIPERBARICA	R\$ 220,00
02	DOSE TERAPEUTICA DE IODO	R\$ 750,00
<b>Nº</b>	<b>U - PROCEDIMENTOS EM PERIODONTIA (GENGIVA)</b>	<b>VALOR</b>
01	ENXERTO GENGIVAL	R\$ 211,35
02	GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE)	R\$189,34
03	GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE);	R\$ 160,01
04	TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE).	R\$ 155,50
05	RASPAGEM SUPRAGENGIVAL POR SEXTANTE	R\$ 73,00
06	RASPAGEM SUBIGENGIVAL POR SEXTANTE	R\$ 103,76
07	RASPAGEM CORONO RADICULAR POR SEXTANTE	R\$ 94,16
<b>Nº</b>	<b>U.1 - PROCEDIMENTOS EM ENDODONTIA (CANAL)</b>	<b>VALOR</b>
08	TRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR; COM 2 RAIOS X (INICIAL E FINAL)	R\$ 253,81
09	TRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE C/ TRÊS OU MAIS RAÍZES; COM 2 RAIOS X ( INICIAL E FINAL)	R\$ 309,83
10	TRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR; COM 2 RAIOS X ( INICIAL E FINAL)	R\$ 195,13
11	RETRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR; COM 2 RAIOS X ( INICIAL E FINAL)	R\$ 275,31
12	RETRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE C/ 3 OU MAIS RAÍZES; COM 2 RAIOS X ( INICIAL E FINAL)	R\$ 367,35
13	RETRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR; COM 2 RAIOS X ( INICIAL E FINAL)	R\$ 209,99





14	SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR.	R\$ 142,79
15	REMOÇÃO DE NUCLEO INTRARRADICULAR	R\$ 158,35
16	REMOÇÃO DE TRABALHO PROTETICO	R\$ 86,25
17	REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO INTRACANAL	R\$ 150,26
18	PULPOTOMIA EM DENTE DECIDUO	R\$ 103,75
19	TRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE DECIDUO	R\$ 139,25
20	CAPEAMENTO PULPAR DIRETO/INDIRETO	R\$ 59,47
<b>Nº</b>	<b>U.2 - PROCEDIMENTO CIRURGICO</b>	<b>VALOR</b>
21	BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR;	R\$ 100,07
22	BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE;	R\$ 126,32
23	BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA;	R\$ 100,07
24	CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM;	R\$ 156,13
25	OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVEOLO DENTÁRIAS;	R\$ 125,45
26	REDUÇÃO DE FRATURA ALVEOLO-DENTÁRIA SEM OSTEOSSÍNTESE;	R\$ 201,37
27	RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA/ DENTÁRIA;	R\$ 299,00
28	RECONSTRUÇÃO PARCIAL DO LÁBIO TRAUMATIZADO;	R\$ 156,07
29	EXCISÃO DE CÁLCULO DE GLÂNDULA SALIVAR;	R\$ 175,93
30	EXERESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO ODONTOGÊNICO;	R\$ 167,93
31	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA INTRA/ EXTRA-ORAL;	R\$ 197,00
32	SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR	R\$ 197,00
33	DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS;	R\$ 84,37
34	EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR;	R\$ 266,59
35	EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA;	R\$ 266,59
36	EXCISÃO EM CUNHA DO LÁBIO;	R\$ 167,92
37	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DOS OSSOS DA FACE;	R\$ 265,38
38	RETIRADA DE MEIOS DE FIXAÇÃO MAXILOMANDIBULAR	R\$ 136,00
39	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA OROSINUSAL/ ORO-NASAL	R\$ 235,50
40	APICECTOMIA S/ OBTURAÇÃO RETROGRADA;	R\$ 210,37
41	APICECTOMIA C/ OU S/ OBTURAÇÃO RETROGRADA;	R\$ 250,12
42	APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO ORAL (POR SEXTANTE);	R\$ 270,11
43	ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA INTRABUCAL;	R\$ 154,75
44	EXODONTIA MULTIPLA C/ ALVEOLO-PLASTIA POR SEXTANTE;	R\$ 174,86
45	MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS;	R\$ 167,92
46	REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO);	R\$ 236,98
47	REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO); COM 2 RAIOS X ( INICIAL E FINAL)	R\$ 276,60
48	REMOÇÃO DE TÓRUS E EXOSTOSES;	R\$ 165,05
49	TRATAMENTO CIRÚRGICO P/ TRACIONAMENTO DENTAL	R\$ 210,00
50	EXODONTIA SIMPLES DE DENTE DECIDUO	R\$ 53,36
51	EXODONTIA SIMPLES DE DENTE PERMANENTE	R\$ 86,06
52	EXODONTIA A RETALHO	R\$ 101,10
53	EXODONTIA RESTO RADICULAR	R\$ 98,77
54	FRENECTOMIA/FRENOTOMIA LABIAL OU LINGUAL	R\$ 115,50
55	TRATAMENTO DE ALVEOLITE	R\$ 59,70
56	ULOTOMIA/ULECTOMIA	R\$ 56,87



57	AUMENTO DE COROA CLINICA (POR ELEMENTO DENTAL)	R\$ 170,32
58	COLAGEM DE FRAGMENTO DENTÁRIO (POR ELEMENTO DENTAL)	R\$ 86,23
59	REDUÇÃO SIMPLES DE LUXAÇÃO DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR	R\$ 106,92
60	CONTROLE DE HEMORRAGIA COM OU SEM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	R\$ 65,55
61	REMOÇÃO DE CUNHA PROXIMAL OU DISTAL	R\$ 118,05
62	REMOÇÃO DE DENTE EXTRA-NUMERÁRIO	R\$ 123,17
<b>Nº</b>	<b>U.3 - PROCEDIMENTO PROTESE</b>	<b>VALOR</b>
63	RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R\$ 340,47
64	RESTAURAÇÃO EM CERÂMICA PURA (INLAY/ ONLAY) (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R\$ 432,34
65	NÚCLEO METÁLICO FUNDICO (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R\$ 151,40
66	NÚCLEO DE PREENCHIMENTO (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R\$ 99,30
67	COROA PROVISÓRIA COM PINO (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R\$ 110,50
68	COROA PRÓVISÓRIA SEM PINO (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R\$ 110,50
69	COROA TOTAL EM CERÂMICA PURA (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R\$ 519,88
70	COROA TOTAL METALO-CERÂMICA (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R\$ 492,00
71	COROA TOTAL METÁLICA (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R\$ 260,47
72	FACETA EM CERÂMICA PURA (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R\$ 411,72
73	RECIMENTAÇÃO DE TRABALHOS PROTÉTICOS (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R\$ 61,43
74	COROA TOTAL EM ARTGLASS (POR ELEMENTO DENTÁRIO)	R\$ 413,25
75	PROTESE PARCIAL REMOVÍVEL PROVISÓRIA EM ACRÍLICO COM OU SEM GRAMPOS	R\$ 252,80
76	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM GRAMPOS BILATERAL	R\$ 590,83
77	PROTESE TOTAL EM ACRÍLICO	R\$ 563,83
<b>Nº</b>	<b>U.4 - PROCEDIMENTO EM ORTODONTIA</b>	<b>VALOR</b>
78	BIONATOR/BIONATOR FECHADO	R\$ 264,80
79	ALÇAS-BANDA	R\$ 200,00
80	PLANAS SIMPLES (ESPANSOR À PARTE)	R\$ 264,80
81	FRANKEL I, II, IV	R\$ 299,20
82	TRATAMENTO CORRETIVO (MANUTENÇÃO)	R\$ 122,17
83	PLACA DE CONTENÇÃO	R\$ 154,20
84	PLACA DE HAWLEY	R\$ 98,80
85	PLACA LÁBIO-ATIVA	R\$ 200,80
86	PLACA DE HAWLEY COM EXPANSOR	R\$ 132,80
87	ARCO LINGUAL/BARRA TRANSPALATINA	R\$ 147,60
88	BIMLER TIPO A,B,C	R\$ 264,80
89	GRADE PALATINA FIXA	R\$ 146,80
90	BOTÃO DE NANCE	R\$ 147,60
<b>Nº</b>	<b>U.5 - PROCEDIMENTO CLÍNICO</b>	<b>VALOR</b>
91	RESTAURAÇÃO DE RESINA COMPOSTA FOTOPOLIMERIZÁVEL UMA FACE	R\$ 100,00
92	RESTAURAÇÃO DE RESINA COMPOSTA FOTOPOLIMERIZÁVEL DUAS FACES	R\$ 124,00
93	RESTAURAÇÃO DE RESINA COMPOSTA FOTOPOLIMERIZÁVEL TRÊS FACES	R\$ 152,00
94	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA DE PRATA UMA FACE	R\$ 86,40



95	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA DE PRATA DUAS FACES	R\$ 100,00
96	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA DE PRATA TRÊS FACES	R\$ 118,40
97	AJUSTE OCLUSAL POR DESGASTE SELETIVO/POR ACRÉSCIMO	R\$ 84,03
98	FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL	R\$ 141,00
99	COROA DE AÇO (DENTE DECIDUO)	R\$ 145,41
100	RESTAURAÇÃO EM IONOMERO DE VIDRO-UMA FACE	R\$ 56,70
101	RESTAURAÇÃO EM IONOMERO DE VIDRO-DUAS FACES	R\$ 64,22
102	RESTAURAÇÃO EM IONOMERO DE VIDRO-TRÊS OU MAIS FACES	R\$ 66,77
Nº	<b>U.6 - PROCEDIMENTO EM ODONTOPEDIATRIA/PREVENÇÃO</b>	<b>VALOR</b>
103	PROFILAXIA	R\$ 57,00
104	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (COM PROFILAXIA E ATIVIDADE EDUCATIVA INCLUÍDA)	R\$ 57,66
105	CONTROLE DE BIOFILME	R\$ 56,32
106	APLICAÇÃO DE SELANTES DE FÓSSULAS E FISSULAS (POR DENTE)	R\$ 39,44
107	APLICAÇÃO DE VERNIZ FLUORETADO (POR SESSÃO)	R\$ 32,70
108	APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (2 ARCADAS)	R\$ 60,90
Nº	<b>U.7 - PROCEDIMENTO RADIOLOGICO</b>	<b>VALOR</b>
109	RADIOGRAFIA PERIAPICAL OU INTERPROXIMAL	R\$ 10,79
110	RADIOGRAFIA OCLUSAL	R\$ 30,92
111	RADIOGRAFIA DA ATM	R\$ 56,85
112	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	R\$ 48,62
113	LEVANTAMENTO RADIOGRAFICO (PERIAPICAL COMPLETA)	R\$ 117,68
Nº	<b>V - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E AMBULATORIAIS</b>	<b>VALOR</b>
01	TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO	R\$ 750,00
02	CAUTERIZACAO DE COLO UTERINO	R\$ 60,00
03	EXERESSE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PALBEBRA E SUPERCILIOS	R\$ 300,00
04	CAPSULOTOMIA A YAG LASER	R\$ 189,00
05	FOTOCOAGULACAO A LASER	R\$ 185,00
06	ELETROCAUTERIZAÇÃO DO COLO UTERINO	R\$ 30,00
Nº	<b>V.1 - FACOEMULSIFICAÇÃO - Unilateral - com implante de lente;</b>	<b>VALOR</b>
01	Deverão ser inclusos no procedimento os seguintes serviços: <ul style="list-style-type: none"><li>• Consulta com anestesista;</li><li>• Consulta pré-cirúrgica;</li><li>• Facoemulsificação com implante de Lente Intra Ocular Rígida ou Dobrável;</li><li>• Procedimento cirúrgico (Com acompanhamento de anestesista).</li></ul>	R\$ 1.300,00 Unilateral
Nº	<b>V.2 - FACECTOMIA - Unilateral - sem implante de lente;</b>	<b>VALOR</b>



02	Deverão ser inclusos no procedimento os seguintes serviços: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta com anestesista;</li> <li>• Consulta pré-cirúrgica;</li> <li>• Facectomia sem implante de Lente intra ocular;</li> <li>• Procedimento cirúrgico (Com acompanhamento de anestesista).</li> </ul>	R\$ 1.250,00 Unilateral
<b>Nº</b>	<b>V.3- FACECTOMIA - Unilateral - com implante de lente;</b>	<b>VALOR</b>
03	Deverão ser inclusos no procedimento os seguintes serviços: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta com anestesista;</li> <li>• Consulta pré-cirúrgica;</li> <li>• Facectomia com implante de Lente Intra Ocular;</li> <li>• Procedimento cirúrgico (Com acompanhamento de anestesista).</li> </ul>	R\$ 1.300,00 Unilateral
<b>W - CIRURGIA GERAL ELETIVA</b>		
<b>INCLUINDO: CIRURGIÃO, AUXILIAR DE CIRURGIA, ANESTESISTA, CONSULTA PRÉ E PÓS CIRURGICA E ANESTESICA (SE NECESSÁRIO), INTERNAÇÃO DE ATÉ 72HS, CASO HAJA COMPLICAÇÃO O HOSPITAL DEVE ACOMPANHAR O PACIENTE QUANTAS VEZES FOR NECESSÁRIO. NÃO INCLUI RISCO CIRURGICO</b>		
<b>Nº</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR</b>
01	APENDICECTOMIA	R\$ 829,24
02	BARTOLINECTOMIA (achei Marsupialização de glândula de bartolin)	R\$ 449,36
03	COLEDOCOMIA COM OU SEM COLECISTECTOMIA	R\$ 1.234,82
04	FISTULECTOMIA OU FISTULOTOMIA ANAL	R\$ 508,24
05	HEMORROIDECTOMIA	R\$ 631,88
06	COLECISTECTOMIA	R\$ 1.391,54
07	COLECISTECTOMIA A VIDEO	R\$ 1.386,10
08	COLPOPERINEOPLASTIA ANT E POST	R\$ 944,86
09	CURETAGEM POS ABORTO	R\$ 359,24
10	CURETAGEM SEMIOTICA (achei c/ou s/ dilatação do colo do útero)	R\$ 334,84
11	POSTECTOMIA	R\$ 876,48
12	ORQUIOPEXIA UNILATERAL	R\$ 720,14
13	OOFORRECTOMIA UNILATERAL OU BILATERAL	R\$ 1.019,72
14	MIOMECTOMIA	R\$ 1.057,88
15	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	R\$ 869,98
16	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA BILATERAL	R\$ 1.119,74
17	HERNIOPLASTIA INGUINAL BILATERAL	R\$ 852,04
18	HERNIOPLASTIA INCISIONAL BILATERAL	R\$ 1.079,84
19	HERNIOPLASTIA CRURAL BILATERAL	R\$ 852,04



20	HERNIOPLASTIA CRURAL UNILATERAL	R\$ 891,02
21	HERNIOPLASTIA INGUINAL UNILATERAL	R\$ 891,02
22	HERNIOPLASTIA INCISIONAL UNILATERAL	R\$ 1.079,84
23	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA UNILATERAL (obs não fala se é uni ou bilateral)	R\$ 1.119,74
24	HISTERECTOMIA TOTAL	R\$ 1.268,06
25	SALPINGECTOMIA (LAQUEADURA TUBARIA)	R\$ 931,18
26	HIPERTROFIA PEQUENOS LÁBIOS (achei com nome de tratamento na frente)	R\$ 238,70
27	EXERESE DE CISTO EPIDIDIMO	R\$ 492,18
28	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA HIDROCELE	R\$ 513,94
29	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA CISTOCELE	R\$ 745,08
30	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA VARICOCELE	R\$ 515,12
31	TRATAMENTO DE VARIZES UNILATERAL (CADA PERNA)	R\$ 966,74
32	VASECTOMIA	R\$ 612,94
33	PARTO CESÁRIA ENFERMARIA	R\$ 1.091,46
34	PARTO NORMAL	R\$ 886,80
35	EXERESE DE CISTO TIREOGLOSSO	R\$ 960,12

\*Parto cesárea e normal inclui pediatria

**W.1 - CIRURGIA ORTOPÉDICA ELETIVA (MÃO)**

INCLUINDO: CIRURGIÃO, AUXILIAR DE CIRURGIA, ANESTESISTA, CONSULTA PRÉ E PÓS CIRÚRGICA E ANESTÉSICA (SE NECESSÁRIO), INTERNAÇÃO DE ATÉ 72HS, CASO HAJA COMPLICAÇÃO O HOSPITAL DEVE ACOMPANHAR O PACIENTE QUANTAS VEZES FOR NECESSÁRIO. NÃO INCLUI RISCO CIRÚRGICO.

Nº	DESCRIÇÃO	VALOR
01	ABCESSO MÃO E DEDOS	R\$ 446,62
02	ABCESSO DEDO	R\$ 446,62
03	AMPUTAÇÃO DE DEDO(CADA)	R\$ 488,60
04	RESSECÇÃO APONEUROSE PALMAR( DOENÇA DUPUYTREM)	R\$ 445,90
05	ARTRODESE INTERFALANGEANA(CADA)	R\$ 427,58
06	CAPSULECTOMIAS PEQUENAS ARTICULAÇÕES	R\$ 284,12
07	REGULARIZAÇÃO DE COTO DE AMPUTAÇÃO DEDOS (CADA)	R\$ 454,04
08	DEDO EM GATILHO(CADA)	R\$ 956,60
09	DEDO EM MARTELO(CADA)	R\$ 536,80
10	CISTO SINOVIAL DORSAL	R\$ 182,98
11	CISTO SINOVIAL VOLAR	R\$ 182,98
12	SINDROME DO TUNEL DO CARPO	R\$ 695,24





*Com material incluso		
<b>W.2 - CIRURGIA ORTOPEDICA ELETIVA (OMBRO)</b>		
INCLUINDO: CIRURGIÃO, AUXILIAR DE CIRURGIA, ANESTESISTA, CONSULTA PRÉ E PÓS CIRURGICA E ANESTESICA (SE NECESSÁRIO), INTERNAÇÃO DE ATÉ 72HS, CASO HAJA COMPLICAÇÃO O HOSPITAL DEVE ACOMPANHAR O PACIENTE QUANTAS VEZES FOR NECESSÁRIO. NÃO INCLUI RISCO CIRURGICO.		
Nº	DESCRIÇÃO	VALOR
01	BURSECTOMIAS	R\$ 484,10
02	TENODESE CABO LONGO DO BICEPS	R\$ 408,18
03	INFILTRAÇÕES	R\$ 61,38
*Com material incluso		
<b>W.3 - CIRURGIA ORTOPEDICA ELETIVA (COTOVELO)</b>		
INCLUINDO: CIRURGIÃO, AUXILIAR DE CIRURGIA, ANESTESISTA, CONSULTA PRÉ E PÓS CIRURGICA E ANESTESICA (SE NECESSÁRIO), INTERNAÇÃO DE ATÉ 72HS, CASO HAJA COMPLICAÇÃO O HOSPITAL DEVE ACOMPANHAR O PACIENTE QUANTAS VEZES FOR NECESSÁRIO. NÃO INCLUI RISCO CIRURGICO.		
Nº	DESCRIÇÃO	VALOR
01	INFILTRAÇÕES	R\$ 61,38
*Com material incluso		
<b>W.4 - CIRURGIA ORTOPEDICA ELETIVA (JOELHO)</b>		
INCLUINDO: CIRURGIÃO, AUXILIAR DE CIRURGIA, ANESTESISTA, CONSULTA PRÉ E PÓS CIRURGICA E ANESTESICA (SE NECESSÁRIO), INTERNAÇÃO DE ATÉ 72HS, CASO HAJA COMPLICAÇÃO O HOSPITAL DEVE ACOMPANHAR O PACIENTE QUANTAS VEZES FOR NECESSÁRIO. NÃO INCLUI RISCO CIRURGICO.		
Nº	DESCRIÇÃO	VALOR
01	INFILTRAÇÕES	R\$ 61,38
02	REPARO CIRURGICO TENDAO PATELAR	R\$ 3.204,36
03	REPARO CIRURGICO TENDAO QUADRICEPS	R\$ 3.204,36
04	SINOVECTOMIA ARTROSCOPICA	R\$ 61,38
*Com material incluso		
<b>W.5 - CIRURGIA ORTOPEDICA ELETIVA (PÉ)</b>		
INCLUINDO: CIRURGIÃO, AUXILIAR DE CIRURGIA, ANESTESISTA, CONSULTA PRÉ E PÓS CIRURGICA E ANESTESICA (SE NECESSÁRIO), INTERNAÇÃO DE ATÉ 72HS, CASO HAJA COMPLICAÇÃO O HOSPITAL DEVE ACOMPANHAR O PACIENTE QUANTAS VEZES FOR NECESSÁRIO. NÃO INCLUI RISCO CIRURGICO.		
Nº	DESCRIÇÃO	VALOR
01	AMPUTAÇÃO DE DEDO (CADA)	R\$ 676,06
02	CISTOS SINOVIAS	R\$ 182,98
03	RECONSTRUÇÃO TENDAO DE AQUILES	R\$ 411,82
*Com material incluso		
<b>X - EXAMES LABORATORIAIS</b>		



**CONSÓRCIO  
PÚBLICO**  
REGIÃO POLO SUL

05211/2024

"Integrando os Municípios da região sul capixaba visando à eficiência da gestão em saúde".

Nº	DESCRIÇÃO	VALOR
1	ACIDO FÓLICO	R\$ 13,00
2	ACIDEZ TITULÁVEL NO LEITE HUMANO (DORNIC)	R\$ 3,04
3	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
4	ADENOGRAMA	R\$ 5,79
5	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	R\$ 3,70
6	ANTIBIOGRAMA	R\$ 4,98
7	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	R\$ 13,33
8	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	R\$ 13,33
9	ANTI GLIADINA IGA	R\$ 30,40
10	ANTI-BETA 2 GLICOPROTEINA IgG/IgM	R\$ 125,00
11	ANTI Ccp	R\$ 105,61
12	ANTI COAGULANTE LUPICO	R\$ 110,00
13	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	R\$ 4,20
14	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	R\$ 4,20
15	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	R\$ 4,20
16	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	R\$ 2,80
17	BNP	R\$ 27,00
18	CALCIURIA 24HS	R\$ 8,37
19	CHAGAS IGG	R\$ 15,00
20	CHAGAS IGM	R\$ 15,00
21	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	R\$ 4,33
22	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	R\$ 4,33
23	CITOQUIMICA HEMATOLOGICA	R\$ 6,48
24	CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 3,51
25	CLEARANCE DE FOSFATO	R\$ 3,51
26	CLEARANCE DE UREIA	R\$ 3,51
27	CLEARANCE OSMOLAR	R\$ 3,51
28	COAGULOGRAMA	R\$ 13,50
29	CONTAGEM DE ADDIS	R\$ 2,04
30	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	R\$ 15,00
31	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	R\$ 15,00
32	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	R\$ 15,00
33	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 2,73

Rua Siqueira Campos | Nº 75 | Centro | Mimoso do Sul | Espírito Santo | CEP: 29400-000  
Tel. | fax: (28) 3555-1990 | (28) 99923-0577 | [diretoria@cimpolosul.es.gov.br](mailto:diretoria@cimpolosul.es.gov.br) /  
[administrativo@cimpolosul.es.gov.br](mailto:administrativo@cimpolosul.es.gov.br) / [compras@cimpolosul.es.gov.br](mailto:compras@cimpolosul.es.gov.br)





34	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$ 2,73
35	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89
36	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,89
37	CULTURA FEZES + TSA	R\$ 16,00
38	CULTURA FUNGOS + TSA	R\$ 70,00
39	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$ 5,62
40	CULTURA DO LEITE HUMANO (POS-PASTEURIZAÇÃO)	R\$ 5,62
41	CULTURA P/ HERPESVIRUS	R\$ 4,33
42	CULTURA PARA BAAR	R\$ 5,63
43	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	R\$ 10,25
44	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	R\$ 4,19
45	DETECCAO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)	R\$ 65,00
46	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	R\$ 96,00
47	DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 8,80
48	DETECCÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE	R\$ 66,00
49	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)	R\$ 66,00
50	DETECCÃO MOLECULAR DE MUTAÇÃO EM HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA	R\$ 66,00
51	DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)	R\$ 66,00
52	DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS	R\$ 10,65
53	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	R\$ 2,01
54	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 180,00
55	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS(C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 160,00
56	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 160,00
57	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	R\$ 9,25
58	DETERMINAÇÃO DE CREMATÓCRITO NOLEITE HUMANO ORDENHADO	R\$ 1,53
59	DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS	R\$ 15,65
60	DETERMINACAO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR	R\$ 2,73
61	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	R\$ 3,63
62	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA ( 5 DOSAGENS)	R\$ 6,55



63	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA C/ INDUÇÃO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)	R\$ 3,68
64	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	R\$ 10,00
65	DETERMINAÇÃO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)	R\$ 2,73
66	DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATOIDE	R\$ 2,83
67	DETERMINAÇÃO DE FOSFOLÍPIDIOS RELAÇÃO LECITINA - ESFINGOMIELINA NOLÍQUIDO AMNIÓTICO	R\$ 6,56
68	DETERMINAÇÃO DE ÍNDICE DE TIROXINA LIVRE	R\$ 12,54
69	DETERMINAÇÃO DE OSMOLALIDADE	R\$ 3,70
70	DETERMINAÇÃO DE OSMOLARIDADE	R\$ 3,51
71	DETERMINAÇÃO DE RETENÇÃO DE T3	R\$ 12,54
72	DETERMINAÇÃO DE SULFO-HEMOGLOBINA	R\$ 2,73
73	DETERMINAÇÃO DE T3 REVERSO	R\$ 14,69
74	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	R\$ 2,73
75	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	R\$ 2,73
76	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	R\$ 9,00
77	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	R\$ 2,73
78	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS	R\$ 5,79
79	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA	R\$ 2,85
80	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$ 5,77
81	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 2,73
82	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSÉDIMENTAÇÃO (VHS)	R\$ 2,73
83	DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,37
84	DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA	R\$ 9,25
85	DÍMERO D	R\$ 102,07
86	DOSAGEM DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SANGUE EM PAPEL DE FILTRO	R\$ 5,50
87	DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO	R\$ 17,16
88	DOSAGEM DE 17 HIDROXI PROGESTERONA EM PAPEL DE FILTRO	R\$ 8,00
89	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXI PROGESTERONA	R\$ 10,20
90	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	R\$ 6,72
91	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	R\$ 6,72
92	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$ 15,24
93	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	R\$ 3,51



94	DOSAGEM DE ACETONA	R\$ 1,85
95	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	R\$ 6,72
96	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	R\$ 2,01
97	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	R\$ 2,06
98	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	R\$ 2,23
99	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	R\$ 3,68
100	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	R\$ 2,04
101	DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$ 1,85
102	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	R\$ 15,65
103	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO	R\$ 9,00
104	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R\$ 14,12
105	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	R\$ 3,51
106	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	R\$ 2,01
107	DOSAGEM DE ALDOLASE	R\$ 3,68
108	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	R\$ 11,89
109	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	R\$ 3,68
110	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	R\$ 3,68
111	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	R\$ 3,68
112	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R\$ 15,06
113	DOSAGEM DE ALUMINIO	R\$ 27,50
114	DOSAGEM DE ANTICORPO ANTILÚPICO	R\$ 40,00
115	DOSAGEM DE AMILASE	R\$ 2,25
116	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	R\$ 10,00
117	DOSAGEM DE AMONIA	R\$ 3,51
118	DOSAGEM DE AMP CICLICO	R\$ 12,01
119	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	R\$ 11,53
120	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	R\$ 10,00
121	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	R\$ 4,11
122	DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA	R\$ 18,55
123	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	R\$ 10,00
124	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$ 16,42
125	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	R\$ 6,48
126	DOSAGEM DE BARBITURATOS	R\$ 13,13



**CONSÓRCIO  
PÚBLICO**  
REGIÃO POLO SUL

05211/2024

16  
0

"Integrando os Municípios da região sul capixaba visando à eficiência da gestão em saúde".

127	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	R\$ 13,48
128	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	R\$ 13,55
129	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$ 2,01
130	DOSAGEM DE CADMIO	R\$ 6,55
131	DOSAGEM DE CALCIO	R\$ 1,85
132	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	R\$ 3,51
133	DOSAGEM DE CALCITONINA	R\$ 14,38
134	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	R\$ 17,53
135	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	R\$ 4,11
136	DOSAGEM DE CAROTENO	R\$ 2,01
137	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	R\$ 3,68
138	DOSAGEM DE CHUMBO	R\$ 8,83
139	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	R\$ 58,61
140	DOSAGEM DE CITRATO	R\$ 2,01
141	DOSAGEM DE CLORETO	R\$ 1,85
142	DOSAGEM DE CLORETO NO SUOR	R\$ 150,00
143	DOSAGEM DE COBRE	R\$ 3,51
144	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$ 3,51
145	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$ 3,51
146	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$ 1,85
147	DOSAGEM DE COLINESTERASE	R\$ 3,68
148	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$ 17,16
149	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	R\$ 17,16
150	DOSAGEM DE CORTISOL	R\$ 9,86
151	DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 1,85
152	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 1,89
153	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 3,68
154	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$ 4,12
155	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	R\$ 2,83
156	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$ 11,25
157	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	R\$ 3,51
158	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	R\$ 3,51
159	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	R\$ 3,68
160	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	R\$ 3,68

Rua Siqueira Campos | Nº 75 | Centro | Mimoso do Sul | Espírito Santo | CEP: 29400-000

Tel. | fax: (28) 3555-1990 | (28) 99923-0577 | [diretoria@cimpolosul.es.gov.br](mailto:diretoria@cimpolosul.es.gov.br) /

[administrativo@cimpolosul.es.gov.br](mailto:administrativo@cimpolosul.es.gov.br) / [compras@cimpolosul.es.gov.br](mailto:compras@cimpolosul.es.gov.br)



161	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	R\$ 8,97
162	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R\$ 11,71
163	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	R\$ 1,65
164	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$ 10,15
165	DOSAGEM DE ESTRIOL	R\$ 11,55
166	DOSAGEM DE ESTRONA	R\$ 11,12
167	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA	R\$ 15,65
168	DOSAGEM DE FATOR II	R\$ 5,31
169	DOSAGEM DE FATOR IX	R\$ 7,61
170	DOSAGEM DE FATOR V	R\$ 4,73
171	DOSAGEM DE FATOR VII	R\$ 8,09
172	DOSAGEM DE FATOR VIII	R\$ 6,63
173	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	R\$ 15,00
174	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	R\$ 18,91
175	DOSAGEM DE FATOR X	R\$ 6,66
176	DOSAGEM DE FATOR XI	R\$ 9,11
177	DOSAGEM DE FATOR XII	R\$ 10,51
178	DOSAGEM DE FATOR XIII	R\$ 6,66
179	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 5,50
180	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4	R\$ 12,10
181	DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECCAO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA	R\$ 20,90
182	DOSAGEM DE FENITOINA	R\$ 35,22
183	DOSAGEM DE FENOL	R\$ 2,05
184	DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 15,59
185	DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$ 3,51
186	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	R\$ 4,60
187	DOSAGEM DE FOLATO	R\$ 15,65
188	DOSAGEM DE FORMALDEIDO	R\$ 3,51
189	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA	R\$ 2,01
190	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	R\$ 2,01
191	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 2,01
192	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	R\$ 2,01
193	DOSAGEM DE FOSFORO	R\$ 1,85



194	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	R\$ 2,01
195	DOSAGEM DE FRUTOSE	R\$ 2,01
196	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	R\$ 2,01
197	DOSAGEM DE GALACTOSE	R\$ 3,51
198	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 3,51
199	DOSAGEM DE GASTRINA	R\$ 14,15
200	DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 1,85
201	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
202	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	R\$ 3,68
203	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	R\$ 15,35
204	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$ 7,85
205	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	R\$ 3,04
206	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	R\$ 3,68
207	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$ 1,53
208	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC	R 2,73
209	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	R\$ 2,73
210	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 7,86
211	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	R\$ 2,73
212	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	R\$ 3,68
213	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	R\$ 10,21
214	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$ 7,89
215	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 8,97
216	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$ 8,96
217	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R\$ 17,16
218	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$ 9,25
219	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$ 17,16
220	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	R\$ 9,25
221	DOSAGEM DE INSULINA	R\$ 10,17
222	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	R\$ 3,51
223	DOSAGEM DE LACTATO	R\$ 3,68
224	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	R\$ 3,51
225	DOSAGEM DE LIPASE	R\$ 2,25
226	DOSAGEM DE LITIO	R\$ 2,25
227	DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$ 2,01



228	DOSAGEM DE MERCURIO	R\$ 2,04
229	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	R\$ 10,00
230	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	R\$ 4,11
231	DOSAGEM DE METOTREXATO	R\$ 10,00
232	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 8,12
233	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	R\$ 2,01
234	DOSAGEM DE HOMOCISTEINA NO SANGUE	R\$ 50,00
235	DOSAGEM DE OXALATO	R\$ 3,68
236	DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$ 43,13
237	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R\$ 15,35
238	DOSAGEM DE PIRUVATO	R\$ 3,68
239	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	R\$ 4,11
240	DOSAGEM DE PORFIRINAS	R\$ 3,51
241	DOSAGEM DE POTASSIO	R\$ 1,85
242	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$ 10,22
243	DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$ 10,15
244	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 2,83
245	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$ 2,04
246	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
247	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	R\$ 1,40
248	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$ 1,85
249	DOSAGEM DE QUINIDINA	R\$ 10,00
250	DOSAGEM DE RENINA	R\$ 13,19
251	DOSAGEM DE SALICILATOS	R\$ 2,01
252	DOSAGEM DE SODIO	R\$ 1,85
253	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	R\$ 15,35
254	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	R\$ 13,11
255	DOSAGEM DE SULFATOS	R\$ 3,51
256	DOSAGEM DE TEOFILINA	R\$ 15,65
257	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$ 10,43
258	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 13,11
259	DOSAGEM DE TIOCIANATO	R\$ 3,68
260	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$ 15,35
261	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$ 8,76





**CONSÓRCIO  
PÚBLICO**  
REGIÃO POLÍG SUL

05211/2024

"Integrando os Municípios da região sul capixaba visando à eficiência da gestão em saúde".

463  
0

262	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 11,60
263	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$ 2,01
264	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$ 2,01
265	DOSAGEM DE TRACOLIMUS	R\$ 190,00
266	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$ 4,12
267	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$ 3,51
268	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 8,71
269	DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA	R\$ 5,50
270	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	R\$ 3,51
271	DOSAGEM DE TROPONINA	R\$ 9,00
272	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 13,20
273	DOSAGEM DE UREIA	R\$ 1,85
274	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$ 15,24
275	DOSAGEM DE ZINCO	R\$ 15,65
276	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	R\$ 13,35
277	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	R\$ 3,04
278	DOSAGEM QUANTITATIVA DA ATIVIDADE DA BIOTINIDASE EM AMOSTRAS DE SORO	R\$ 137,00
279	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 5,41
280	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	R\$ 3,68
281	ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 4,42
282	ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR	R\$ 5,23
283	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	R\$ 2,73
284	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 6,56
285	ESPLENOGRAMA	R\$ 5,79
286	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	R\$ 1,89
287	EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO)	R\$ 2,80
288	EXAME PARASITOLÓGICO (MIF)	R\$ 6,00
289	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	R\$ 3,70
290	FALCIZAÇÃO (TESTE AFOIÇAMENTO)	R\$ 4,50
291	FATOR V DE LEIDEN	R\$ 123,00
292	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	R\$ 10,65
293	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE)	R\$ 15,65

Rua Siqueira Campos | Nº 75 | Centro | Mimoso do Sul | Espírito Santo | CEP: 29400-000

Tel. | fax: (28) 3555-1990 | (28) 99923-0577 | [diretoria@cimpolosul.es.gov.br](mailto:diretoria@cimpolosul.es.gov.br) /

[administrativo@cimpolosul.es.gov.br](mailto:administrativo@cimpolosul.es.gov.br) / [compras@cimpolosul.es.gov.br](mailto:compras@cimpolosul.es.gov.br)



294	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 298,48
295	HEMATOCRITO	R\$ 1,53
296	HEMOCULTURA	R\$ 11,49
297	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 4,11
298	HERPES IGG	R\$ 40,00
299	HERPES IGM	R\$ 40,00
300	HOMOCISTEINA	R\$ 2,04
301	INDICE DE SATURAÇÃO DE TRANSFERRINA	R\$ 16,34
302	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	R\$ 5,63
303	IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS	R\$ 10,65
304	IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	R\$ 1,65
305	IDENTIFICAÇÃO DE GLICÍDIOS URINÁRIOS POR CROMATOGRAFIA (CAMADA DELGADA)	R\$ 3,70
306	IMUNOELETOFORESE DE PROTEINAS	R\$ 17,16
307	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R\$ 80,00
308	LISTERIOSE	R\$ 17,80
309	LEUCOGRAMA	R\$ 2,73
310	MICOLOGICO DIRETO DE LESÃO	R\$ 21,00
311	MIELOGRAMA	R\$ 5,79
312	MUTAÇÃO DE GENE MTHFR A1298C	R\$ 128,00
313	MUTAÇÃO DE GENE MTHFR C677T	R\$ 171,00
314	MUTAÇÃO DE GENE PROTROMBINA	R\$ 115,00
315	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	R\$ 4,33
316	PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA)	R\$ 3,70
317	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	R\$ 2,04
318	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	R\$ 3,70
319	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	R\$ 10,00
320	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	R\$ 10,00
321	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	R\$ 9,25
322	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	R\$ 10,00
323	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	R\$ 9,25
324	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	R\$ 3,70
325	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	R\$ 5,83



326	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLOURESCENCIA)	R\$ 10,00
327	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEZ SUPRARENAL	R\$ 17,16
328	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$ 8,67
329	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS	R\$ 9,25
330	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	R\$ 10,00
331	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	R\$ 9,70
332	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES ( ELISA )	R\$ 9,70
333	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	R\$ 2,83
334	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	R\$ 10,00
335	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	R\$ 10,00
336	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	R\$ 17,16
337	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	R\$ 85,00
338	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R\$ 10,00
339	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R\$ 18,55
340	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	R\$ 10,00
341	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	R\$ 17,16
342	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	R\$ 4,10
343	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	R\$ 5,50
344	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R\$ 17,16
345	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	R\$ 17,16
346	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	R\$ 17,16
347	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	R\$ 17,16
348	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO (FAN)	R\$ 17,16
349	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	R\$ 17,16
350	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	R\$ 10,00
351	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	R\$ 17,16
352	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	R\$ 5,74
353	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$ 17,16
354	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$ 18,55
355	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	R\$ 18,55
356	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R\$ 17,16
357	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$ 18,55



358	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	R\$ 18,55
359	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	R\$ 7,78
360	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII	R\$ 9,71
361	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$ 18,55
362	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	R\$ 18,55
363	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	R\$ 9,25
364	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS	R\$ 4,10
365	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO	R\$ 18,55
366	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	R\$ 17,16
367	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 2,83
368	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,00
369	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	R\$ 9,25
370	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$ 16,97
371	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 9,25
372	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R\$ 30,00
373	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55
374	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16
375	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 17,16
376	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 17,16
377	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 17,16
378	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	R\$ 18,55
379	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 11,61
380	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	R\$ 10,00
381	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$ 18,55
382	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 9,25
383	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$ 18,55
384	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R\$ 20,00
385	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 18,55



386	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 17,16
387	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 17,16
388	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 17,16
389	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 17,16
390	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO	R\$ 5,79
391	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC	R\$ 5,79
392	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO	R\$ 5,79
393	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R\$ 13,35
394	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$ 18,55
395	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	R\$ 18,55
396	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	R\$ 25,00
397	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	R\$ 2,80
398	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA	R\$ 2,04
399	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	R\$ 2,40
400	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	R\$ 1,89
401	PESQUISA DE CELULAS LE	R\$ 4,11
402	PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS	R\$ 1,89
403	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	R\$ 2,04
404	PESQUISA DE CLAMIDIA (POR CAPTURA HIBRIDA)	R\$ 60,00
405	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	R\$ 2,04
406	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	R\$ 2,73
407	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	R\$ 2,83
408	PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA	R\$ 1,89
409	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	R\$ 1,65
410	PESQUISA DE EOSINOFILOS	R\$ 1,65
411	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	R\$ 3,70
412	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)	R\$ 4,80
413	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	R\$ 4,33
414	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	R\$ 4,10
415	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1,37
416	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	R\$ 2,04
417	PESQUISA DE FILARIA	R\$ 2,73



**CONSÓRCIO  
PÚBLICO**  
REGIÃO POLO SUL

05211/2024

"Integrando os Municípios da região sul capixaba visando à eficiência da gestão em saúde".

172  
0

418	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	R\$ 2,04
419	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	R\$ 3,36
420	PESQUISA DE GORDURA FECAL	R\$ 1,65
421	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	R\$ 2,80
422	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	R\$ 4,33
423	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	R\$ 2,73
424	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA	R\$ 10,00
425	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	R\$ 2,04
426	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	R\$ 9,25
427	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	R\$ 2,04
428	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	R\$ 1,65
429	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	R\$ 2,80
430	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	R\$ 1,65
431	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	R\$ 1,65
432	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	R\$ 12,15
433	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	R\$ 3,70
434	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO MUCOSA)	R\$ 1,65
435	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$ 1,65
436	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	R\$ 2,04
437	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	R\$ 4,44
438	PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
439	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	R\$ 10,25
440	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 1,65
441	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	R\$ 1,65
442	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	R\$ 2,04
443	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	R\$ 5,04
444	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	R\$ 2,73
445	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	R\$ 1,65
446	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	R\$ 1,65
447	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	R\$ 10,00
448	PESQUISA DE REFLUXO	R\$ 65,00
449	PROVA CONFIRMATÓRIA DA PRESENÇA DE MICRO-ORGANISMOS COLIFORMES	R\$ 5,62
450	PROVA DA D-XILOSE	R\$ 3,68
451	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	R\$ 4,11



**CONSÓRCIO  
PÚBLICO**  
REGIÃO POLO SUL

05211/2024

"Integrando os Municípios da região sul capixaba visando à eficiência da gestão em saúde".

119  
E

452	PROVA DE DILUICAO (URINA)	R\$ 2,04
453	PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)	R\$ 9,70
454	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	R\$ 2,73
455	PROVA DO LACO	R\$ 2,73
456	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)	R\$ 1,89
457	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	R\$ 1,89
458	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	R\$ 1,77
459	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	R\$ 1,77
460	PROTEINA C FUNCIONAL	R\$ 75,00
461	PROTEINAS S	R\$ 115,00
462	PROTEINA S LIVRE	R\$ 161,63
463	PSA LIVRE/TOTAL	R\$ 20,00
464	PTH - PARATORMONIO	R\$ 30,00
465	QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1	R\$ 18,00
466	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 168,48
467	QUANTIFICAÇÃO/AMPLIFICAÇÃO DO HER-2	R\$ 120,00
468	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	R\$ 2,73
469	REACAO DE HEMAGLUTINACAO (TPHA) P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 4,10
470	REACAO DE MONTENEGRO ID	R\$ 2,83
471	REACAO DE PANDY	R\$ 1,89
472	REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,89
473	RT-PCR PARA CITOMEGALOVIRUS	R\$ 326,00
474	SHBG	R\$ 15,00
475	T3 LIVRE	R\$ 15,00
476	TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS	R\$12,00
477	TESTE DE CLEMENTS	R\$ 1,89
478	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	R\$ 12,01
479	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	R\$ 12,01
480	TESTE DE ESTIMULO DE LH E FSH APOS GONADORRELINA	R\$ 12,01
481	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	R\$ 12,01
482	TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL P/60 EM 4 AMOSTRAS	R\$ 4,69
483	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	R\$ 2,73
484	TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO	R\$ 4,69
485	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	R\$ 12,01

Rua Siqueira Campos | Nº 75 | Centro | Mimoso do Sul | Espírito Santo | CEP: 29400-000

Tel. | fax: (28) 3555-1990 | (28) 99923-0577 | [diretoria@cimpolosul.es.gov.br](mailto:diretoria@cimpolosul.es.gov.br) /

[administrativo@cimpolosul.es.gov.br](mailto:administrativo@cimpolosul.es.gov.br) / [compras@cimpolosul.es.gov.br](mailto:compras@cimpolosul.es.gov.br)





486	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE	R\$ 12,01
487	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS	R\$ 6,55
488	TESTE DE VDRL P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$ 2,83
489	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$ 2,73
490	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00
491	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 10,00
492	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R\$ 2,73
493	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	R\$ 8,43
494	TESTE RT – PCR	R\$ 250,00
495	TESTE DE SUOR	R\$ 20,00
496	TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	R\$ 5,79
497	TIG (IMUNOLÓGICO GRAVIDEZ)	R\$ 7,50
498	TOTG	R\$ 25,70
499	TOTL	R\$ 33,37
500	VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE	R\$ 2,83
501	PESQUISA DE FUNGOS	R\$ 4,19
<b>X.1 - EXAMES DE CITOLOGIA E PATOLOGIA</b>		
<b>Nº</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR</b>
01	EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA	R\$ 13,72
02	IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R\$ 131,52
03	EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CERVICO-VAGINAL)	R\$ 20,96
04	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM LAMINA DE PAAF ATÉ 5 LAMINAS	R\$ 40,00
<b>Nº</b>	<b>Y- SERVIÇOS DE OFTALMOLOGIA MÓVEL</b>	<b>VALOR</b>
01	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA COM EXAME DE FUNDO DE OLHO E TONOMETRIA	R\$ 40,00
02	ANGIOGRAFIA/RETINOGRAFIA FLUORESCENTE	R\$ 185,00
03	BIOMETRIA ULTRASSONICA (MONOCULAR)	R\$ 54,00
04	CAMPO VISUAL OU CAMPIMETRIA (MONO)	R\$ 60,00
05	CERATOSCOPIA MONO	R\$ 70,00
06	CIRURGIA DE PTERÍGIO	R\$ 700,00
07	CURVA TENSIONAL DIÁRIA/ BI	R\$ 60,00
08	ECOGRAFIA/ULTRASSONOGRRAFIA	R\$ 40,50
09	MAPEAMENTO DE RETINA OU FUNDO DE OLHO/ MONO	R\$ 43,20
10	MICROSCOPIA ESPECULAR DA CORNEA/MONO	R\$ 85,00



11	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA/CORNEANA	R\$ 60,00
12	RETINOGRAFIA COLORIDA POR OLHO	R\$ 40,00

TABELA DE PREÇOS SERVIÇOS MÉDICOS - CIM POLO SUL -2018 – COM ALTERAÇÕES		
APROVADAS EM 16/03/2023		
TABELA 01 - ALEGRE		
DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA/DIURNO	12 HORAS	R\$1.000,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA/NOTURNO	12 HORAS	R\$1.100,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA/DIURNO	12 HORAS	R\$1.100,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA – FIM DE SEMANA/NOTURNO	12 HORAS	R\$1.200,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$140,00
TABELA 02 – CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM		
DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA -UNIDADE ITAOCA	12 HORAS	R\$ 900,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA	12 HORAS	R\$ 1.100,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FIM DE SEMANA	12 HORAS	R\$ 1.200,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA – DIA DE SEMANA/COORDENAÇÃO	12 HORAS	R\$ 1.250,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FIM DE SEMANA/COORDENAÇÃO	12 HORAS	R\$ 1.350,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00
SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 91,66



<b>TABELA 03 – JERÔNIMO MONTEIRO</b>		
<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>UNIDADE DE MEDIDA</b>	<b>VALOR LÍQUIDO</b>
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00
SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 63,14
<b>TABELA 04 – VARGEM ALTA</b>		
<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>UNIDADE DE MEDIDA</b>	<b>VALOR LÍQUIDO</b>
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00
SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 63,14
<b>TABELA 05 – DIVINO DE SÃO LOURENÇO</b>		
<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>UNIDADE DE MEDIDA</b>	<b>VALOR LÍQUIDO</b>
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00
SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 63,14
<b>TABELA 06 – DORES DO RIO PRETO</b>		
<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>UNIDADE DE MEDIDA</b>	<b>VALOR LÍQUIDO</b>
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00
SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 63,14
<b>TABELA 07 – ATÍLIO VIVÁQUA</b>		
<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>UNIDADE DE MEDIDA</b>	<b>VALOR LÍQUIDO</b>
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00
<b>TABELA 08 – MUQUI</b>		
<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>UNIDADE DE MEDIDA</b>	<b>VALOR LÍQUIDO</b>
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAIS MÉDICOS ESPECIALISTA – PLANTÕES SOBREAVISO	MENSAL	R\$ 5.000,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAIS MÉDICOS GENERALISTA- CLINICA MÉDICA	HORA	R\$ 140,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAIS MÉDICOS GENERALISTA – COORDENADOR CLÍNICO	HORA	R\$ 140,00



SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA/DIURNO/NOTURNO	12 HORAS	R\$ 900,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00
SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 63,14

**TABELA 09 – BOM JESUS DO NORTE**

DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAIS MÉDICOS GENERALISTA	12 HORAS	R\$ 750,00
SERVIÇOS/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAIS MÉDICOS ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00
SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 63,14
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA – DIREÇÃO CLÍNICA	12 HORAS	R\$ 1.000,00

**TABELA 10 – IBITIRAMA**

DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA/DIURNO/NOTURNO	12 HORAS	R\$ 800,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FIM DE SEMANA/DIURNO/NOTURNO	12 HORAS	R\$ 850,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00

**TABELA 11 – SÃO JOSÉ DO CALÇADO**

DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA – COORDENADOR CLÍNICO	HORA	R\$ 140,00

**TABELA 12 – MIMOSO DO SUL**

DESCRIÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR LÍQUIDO
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00
SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 63,14
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA/DIURNO	12 HORAS	R\$ 1.200,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL	12 HORAS	R\$ 1.400,00





MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA/NOTURNO		
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA – FIM DE SEMANA/DIURNO	12 HORAS	R\$ 1.400,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FIM DE SEMANA/NOTURNO	12 HORAS	R\$ 1.800,00
<b>TABELA 13 – PRESIDENTE KENNEDY</b>		
<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>UNIDADE DE MEDIDA</b>	<b>VALOR LÍQUIDO</b>
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA/DIURNO	12 HORAS	R\$ 1.200,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA/NOTURNO	12 HORAS	R\$ 1.250,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FIM DE SEMANA/DIURNO	12 HORAS	R\$ 1.250,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA – FINAL DE SEMANA/NOTURNO	12 HORAS	R\$ 1.300,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 160,00
SERVIÇO DE SUPERVISÃO MÉDICA POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA/GENERALISTA	HORA	R\$ 140,00
SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 63,14
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO CLINICO	HORA	R\$ 100,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - COORDENAÇÃO	12 HORAS	R\$ 1.150,00
<b>TABELA 14 – GUAÇUÍ</b>		
<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>UNIDADE DE MEDIDA</b>	<b>VALOR LÍQUIDO</b>
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA/DIURNO	12 HORAS	R\$ 1.000,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA/NOTURNO	12 HORAS	R\$ 1.100,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FIM DE SEMANA/DIURNO	12 HORAS	R\$ 1.100,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA – FINAL DE SEMANA/NOTURNO	12 HORAS	R\$ 1.200,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00
<b>TABELA 15 – CASTELO</b>		
<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>UNIDADE DE MEDIDA</b>	<b>VALOR LÍQUIDO</b>



SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA/DIURNO	12 HORAS	R\$ 1.000,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - DIA DE SEMANA/NOTURNO	12 HORAS	R\$ 1.100,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - FIM DE SEMANA/DIURNO	12 HORAS	R\$ 1.100,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA – FINAL DE SEMANA/NOTURNO	12 HORAS	R\$ 1.200,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00
SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 63,14
SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO CLINICO – DIA DE SEMANA/DIURNO	HORA	R\$ 100,00
SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO CLINICO – FIM DE SEMANA/DIURNO	HORA	R\$ 110,00
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA - COORDENAÇÃO	12 HORAS	R\$ 1.150,00
<b>TABELA 16 – APIACÁ</b>		
<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>UNIDADE DE MEDIDA</b>	<b>VALOR LÍQUIDO</b>
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$ 140,00
SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 63,14
<b>TABELA 17 – MUNIZ FREIRE</b>		
<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>UNIDADE DE MEDIDA</b>	<b>VALOR LÍQUIDO</b>
SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO GENERALISTA	HORA	R\$ 63,14
<b>TABELA 18 – IUNA</b>		
<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>UNIDADE DE MEDIDA</b>	<b>VALOR LÍQUIDO</b>
SERVIÇO/ATIVIDADES REALIZADAS POR PROFISSIONAL MÉDICO CLINICO	HORA	R\$100,00
SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALISTA	HORA	R\$140,00