OBSERVAÇÕES GERAIS

"1) O IPSEMG se responsabiliza exclusivamente pelo pagamento dos procedimentos constantes nessa Tabela. 2) O IPSEMG remunera os seus credenciados através de pacotes pré-acordados que contemplam:
- Serviços hospitalares (SH): inclui diárias de acomodação hospitalar coletiva, materiais e medicamentos não codificados na Tabela do Ipsemg (campos cirúrgicos, clamp bulldog, clip de titânio, cateteres diagnósticos, conector em y, drenos de penrose e sucção, equipo gravitacional, extensor de bomba, fios de kirshner e steimann, agulhas, pinças e passadores de sutura, manifold, transdutor de pressão, etc.), material permanente, oxigenoterapia e taxas diversas (sala, registro, equipamento, etc.).
- Serviços Profissionais (SP): inclui honorários do profissional responsável pelo procedimento, dos seus auxiliares e do anestesista. Nesse valor estão contemplados os cuidados pós-operatórios da equipe cirúrgica até 10 (dez) dias após o procedimento.
- Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento (SADT): inclui honorários de laboratório, raios X simples e alguns traçados diagnósticos.
- QTDE (quantidade): refere-se à quantidade prevista de uso para um determinado exame ou mat/med.
- PERM (permanência): a) pacotes do tipo PRINCIPAL: nos procedimentos cirúrgicos indica o número de diárias de enfermaria previstas no SH (se valor = zero, indica que no SH já está contemplado o valor de 01 (uma) diária de hospital dia). b) pacotes do tipo SUPLEMENTAR, classificados como AMBOS, com permanência = zero permite associar a cobrança do código 16000014 (INTERNACAO EM HOSPITAL DIA) se houver necessidade de internação.
3) Os materiais não contemplados na composição dos pacotes estão codificados no Caderno Complementar e seus valores serão acrescidos ao pacote principal. A Tabela de Compatibilidade é uma referência para cobrança dos mesmos. 4) O adicional de isolamento, código 16100010 será remunerado na proporção de 01 (um) por dia de internação na enfermaria, nas situações em que houver necessidade do isolamento de contato e/ou respiratório. 5) Normatização para procedimentos remunerados por grupo de lesões: cada tipo de lesão é remunerado em grupo de cinco lesões e limitado a quatro grupos/dia. O primeiro grupo de lesões será remunerado em 100%, o segundo em 70% e a partir do terceiro em 50% do valor previsto na tabela. Na ocorrência de situações onde a regra citada é extrapolada, as negativas deverão ser encaminhadas para análise dos Auditores da Regulação."

PROCEDIMENTOS GERAIS

CONSULTAS

CONSULTAS

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
10101012	CONSULTA MEDICA EM CONSULTORIO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	0,00	50,00	0,00	50,00	NÃO	0
10101039	CONSULTA MEDICA EM PRONTO ATENDIMENTO	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	2,40	48,00	0,00	50,40	NÃO	0
10101047	INTERCONSULTA DE ESPECIALIDADE EM PRONTO ATENDIMENTO	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	0,00	48,00	0,00	48,00	NÃO	0

Observações: 1) Consulta eletiva: previamente agendada, com data e horário definidos para um determinado médico. O não comparecimento do beneficiário invalida a cobrança da consulta. 2) A consulta padrão em oftalmologia inclui: anamnese, refração, inspeção, exame das pupilas, acuidade visual, retinoscopia e ceratometria, fundoscopia, biomicroscopia do segmento anterior, exame sumario da motilidade ocular e do senso cromático. 3) A consulta em Pronto Socorro deve ser cobrada pelo hospital no qual o serviço foi prestado. Os atendimentos de consulta eletiva não serão remunerados nessa Unidade. Serão considerados retorno os atendimentos para retirada de pontos, curativos, apresentação de resultado de exames, controle pré e pós cirúrgico, controles regulares de PA, glicemia ou coagulação. 4) Para a consulta médica inicial na unidade de Pronto Atendimento (PA) deverá ser cobrado o código 10101039. Nas situações em que ocorrer consulta médica com outra especialidade no mesmo atendimento, deverá ser cobrado o código 10101047 para as consultas subsequentes, na quantidade de 01 (um) por especialidade.

VISITAS

PROCEDIMENTOS GERAIS

CONSULTAS

VISITAS

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
10102019	VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTERNADO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	0,00	37,00	0,00	37,00	NÃO	1
10103023	ATENDIMENTO AO RECEM NASCIDO EM SALA DE PARTO	Suplementar	Hospitalar	SIM	NÃO	0,00	140,62	0,00	140,62	NÃO	1
10104011	ATENDIMENTO DO INTENSIVISTA DIARISTA (POR DIA E POR PACIENTE)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	0,00	37,00	0,00	37,00	NÃO	1

Observações: 1) Nos procedimentos cirúrgicos os cuidados pré e pós-operatórios estão inclusos no valor do SP durante a permanência prevista no pacote. Esgotado esse prazo, a remuneração adicional obedece as regras de permanência a maior/tratamento contínuo. 2) Código 10102019 VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTERNADO): utilizar para remuneração do médico assistente nas internações clínicas, psiquiátricas e interconsultas, sendo pertinente a cobrança de 1 (um) ato para cada visita clínica ou parecer emitido por especialidade, na proporção de 1 (um) por dia de internação. Considera-se interconsulta o parecer de especialistas emitido por motivos diversos da patologia principal da internação. Não será considerada interconsulta o acompanhamento simultâneo por especialidades clínico-cirúrgicas, com condutas semelhantes, para condução da mesma patologia. Se indicado o acompanhamento pelo especialista será autorizado um período inicial de 7(sete) dias, que poderá ser renovado ao término do mesmo, desde que devidamente justificado pelo médico assistente, estando sujeito ao parecer da auditoria. 3) Nos partos múltiplos, remunerar-se-á o atendimento a cada um dos recém-nascidos na sala de parto e no berçário. Os honorários médicos do atendimento ao recém-nascido no berçário serão remunerados por dia de internação no código de visita hospitalar. 4) Para fazer jus ao recebimento do honorário referente ao código 10102019 é necessário a identificação do médico titular através de sua assinatura e carimbo com especialidade nas evoluções e prescrições médicas.
5) Os honorários do intensivista não-plantonista poderão ser cobrados na correspondência de uma visita por dia de internação na unidade, devendo constar no prontuário a evolução diária com assinatura e carimbo do responsável. Portanto, a quantidade cobrada desse código não poderá ser superior ao número de diárias de UTI e não será devida no dia da alta da Unidade. 6) Não será admitida a cobrança de mais de um tipo de visita pelo mesmo profissional na mesma diária (p. ex. coordenador, nutrólogo, especialista, etc), mas poderá haver remuneração por outros procedimentos como a passagem de SNE, acesso vascular para hemodiálise, punção intra-arterial, implante marcapasso e traqueostomia.

INTERNAÇÃO CLINICA

Código	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
16000010	INTERNACAO CLINICA (POR DIA DE INTERNACAO)	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	249,22	0,00	10,78	260,00	NÃO	1
16000013	INTERNACAO PARA CUIDADOS PROLONGADOS (POR DIA DE INTERNACAO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	119,22	0,00	10,78	130,00	NÃO	1

PROCEDIMENTOS GERAIS

INTERNAÇÃO CLINICA

16000014	INTERNACAO EM HOSPITAL DIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	84,04	0,00	0,00	84,04	NÃO	1
16000020	INTERNACAO PSIQUIATRICA (POR DIA DE INTERNACAO)	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	94,64	0,00	0,00	94,64	NÃO	1
16000024	INTERNACAO PSIQUIATRICA EM HOSPITAL DIA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	65,00	0,00	0,00	65,00	NÃO	1
16000032	INTERNACAO PARA QUIMIOTERAPIA DE ADMINISTRACAO CONTINUA (QQ VIA, EXCETO ORAL)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	94,64	0,00	0,00	94,64	NÃO	1
16000040	INTERNACAO ODONTOLOGICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	0,01	0,00	0,00	0,01	NÃO	1
16100010	ADICIONAL DE ISOLAMENTO - PACIENTE INTERNADO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	47,94	0,00	0,00	47,94	NÃO	
16100022	ADICIONAL DE ISOLAMENTO POR COVID -19 - PACIENTE INTERNADO	Suplementar	Hospitalar	SIM	SIM	200,00	0,00	0,00	200,00	NÃO	
40710041	TRATAMENTO DE CANCER DA TIREOIDE	Principal	Ambos	NÃO	SIM	150,00	94,14	0,00	244,14	NÃO	3

Observações: 1) Os códigos de Internação Clínica e os de Procedimentos Múltiplos e Sequenciais são excludentes entre si. 2) A solicitação de Novo Pacote somente é devida nos casos de intercorrência clínica após o parto ou intervenção cirúrgica, não relacionada aos mesmos, e somente depois de esgotada a permanência total prevista para o pacote cirúrgico. 3) O código 16000014 se aplica as situações de procedimentos classificados na Tabela do Ipsemg como SUPLEMENTARES e AMBOS, que necessitem ser realizados em regime de internação / Hospital Dia e não possuem esta diária já contemplada no SH. Nessas situações, solicitar a abertura da internação via SAFe informando os códigos 16000014 e do(s) procedimento(s) a ser(em) realizado(s). A abertura de internação em Hospital Dia só será autorizada quando o procedimento a ser realizado estiver classificado nessa modalidade, bem como o contrato do prestador for do tipo Hospital ou Hospital Dia. 4) O código 16000013 - Internação para cuidados prolongados - deve ser utilizado para remuneração do período de permanência hospitalar que exceder aos 10 (dez) dias de internação do paciente, seja nos casos de internação clínica ou cirúrgica. O período de internação anterior deve ser faturado parcialmente, por meio da execução de alta administrativa no SAFe. Nas internações por períodos prolongadas, ao final de cada mês é necessário realizar o fechamento parcial da conta por alta administrativa e solicitar novamente à Central de Regulação nova senha de pré-autorização para o código 16000013. 5) O ADICIONAL DE ISOLAMENTO POR COVID-19, código 16100022, será remunerado na proporção de 01 (um) por dia de internação na enfermaria, nas situações em que houver necessidade do isolamento de contato e/ou respiratório. Essa taxa é excludente com as diárias de UTI.

AUDITORIA TÉCNICA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

PROCEDIMENTOS GERAIS

AUDITORIA TÉCNICA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

AUDITORIA MÉDICA E DE ENFERMAGEM

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
20105030	CONSULTA DE AUDITORIA PRESENCIAL (INCLUI PARECER)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	0,00	86,00	0,00	86,00	NÃO	
20106012	AUDI-I-S AUDITORIA DE CONTA DE INTERNACAO SIMPLES - CONTAS CLINICAS DE INTERNACAO HOSPITALAR APRESENTADAS COM ATE 15 DIAS DE PERMANENCIA E/OU ATE 5 DIARIAS DE UTI(UTI ESPECIAL 97001011),CONTAS NEUROPSIQUIATRICAS INICIAIS OU DE TRAT CONTINUO(16000020/16000022),PACOTES CIRURGICOS DENTRO DA PERMANENCIA TOTAL PREVISTA(ATE O DOBRO DA PERMANENCIA DESCRITA NA TABELA),HEMODIALISE CRONICA POR FALTA DE EQUIPAMENTO FORA DESSA UNIDADE, ELETROCONVULSOTERAPIA, CARDIOVERSAO ELETRICA E OUTROS PROCED SEMELHANTES	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	0,00	20,00	0,00	20,00	NÃO	
20106013	AUDI-IC AUDITORIA DE CONTA DE INTERNACAO COMPLEXA - CONTAS DE INTERNACAO COM 16 A 29 DIARIAS E/OU 06 A 29 DIARIAS DE UTI SIMPLES 96001010,CONSTANDO OU NAO O CODIGO 16000013. NAO E DEVIDA A COBRANCA EM CASOS DE OBS CLINICA OU POS-OPERATORIA EM CTI DE ANGIOPLASTIA,MARCAPASSO, CIRURGIA VIDEOLAPARO E OUTRAS, HEMODIALISE CRON POR FALTA DE EQUIPAM FORA DESSA UNIDADE, ELETROCONVULSOT,CVE E OUTROS PROC SEMELHANTES, BEM COMO PROCED CIRURG DE CLASSIFIC AMBULAT, REALIZADOS EM CLINICAS OU EM REGIME HOSP-DIA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	0,00	30,00	0,00	30,00	NÃO	
20106014	AUDI-I-P AUDITORIA DE CONTA DE INTERNACAO PROLONGADA - CONTAS CLINICAS OU CIRURGICAS APRESENTADAS COM 30 DIARIAS OU MAIS, COM OU SEM CTI. NAO SE APLICA A CONTAS PSIQUIATRICAS OU NEUROPSIQUIATRICAS INICIAIS OU DE TRATAMENTO CONTINUO (16000020/16000022)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	0,00	40,00	0,00	40,00	NÃO	
20106020	AUDI II CONTAS DE PRONTO-ATENDIMENTO, PEQUENOS PROCEDIMENTOS E TRATAMENTOS, HEMODINAMICA, RADIOTERAPIA, QUIMIOTERAPIA, ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO, BLOQUEIO ANESTESICO, FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA, TERAPIA OCUPACIONAL E AVALIACAO DE RECURSOS DE GLOSAS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	0,00	3,00	0,00	3,00	NÃO	1

PROCEDIMENTOS GERAIS

AUDITORIA TÉCNICA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

AUDITORIA MÉDICA E DE ENFERMAGEM

20106030	LIBERACAO DE PENDENCIAS TECNICAS AUDITADAS POR OUTRO NO SISTEMA DESCENTRALIZADO DE ASSISTENCIA A SAUDE - SADS/IPSEMG	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	0,00	0,80	0,00	0,80	NÃO	1
20106040	VISITA TECNICA AO PRESTADOR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	0,00	12,00	0,00	12,00	NÃO	1
20106041	VISTORIA TECNICA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	0,00	48,00	0,00	48,00	NÃO	1
20106043	AUDITORIA ASSISTENCIAL POR PACIENTE QUANDO INDICADO PELA COORDENACAO DE AUDITORIA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	0,00	32,00	0,00	32,00	NÃO	1
20106044	EMISSAO DE PARECERES POR SOLICITACAO DA COORDENACAO DE AUDITORIA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	0,00	32,00	0,00	32,00	NÃO	1
20106045	PARTICIPACAO EM REUNIAO ESPECIAL POR CONVOCACAO DA COORDENACAO DE AUDITORIA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	0,00	32,00	0,00	32,00	NÃO	1
20106046	PARTICIPACAO EM GRUPOS DE ESTUDOS E DISCUSSOES POR CONVOCACAO DA COORDENACAO DE AUDITORIA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	0,00	50,00	0,00	50,00	NÃO	1
20106051	SUPORTE TECNICO DE ENFERMAGEM EM REGULACAO E AUDITORIA (PLANTAO DE 6 HORAS)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	0,00	136,36	0,00	136,36	NÃO	1
Atualizações:	Descrição Item										
20106053	SUPORTE TECNICO MEDICO EM REGULACAO E AUDITORIA (PLANTAO DE 4 HORAS)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	0,00	383,33	0,00	383,33	NÃO	1
Atualizações:	Descrição Item										

Observações: 1) Os códigos são excludentes entre si. 2) É obrigatória a apresentação dos comprovantes dos tipos e quantidades de auditorias cobrados e realizados. 3) É considerada AUDI- I somente a conta de internação hospitalar. 4) Procedimentos cirúrgicos de classificação ambulatorial realizados em Clínicas ou em regime de hospital-dia são considerados AUDI II. 5) Paciente crônico é aquele estável em que não há mudança da conduta médica ou paramédica, de prescrição ou do quadro clínico por mais de 15 dias, exceto nas internações psiquiátricas. 6) Cuidados prolongados usa-se o código 16000013, para fins de faturamento apenas, para permanências hospitalares acima de 10 dias. Não se aplica para a remuneração do auditor.

AUDITORIA ODONTOLÓGICA

PROCEDIMENTOS GERAIS

AUDITORIA TÉCNICA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

AUDITORIA ODONTOLÓGICA

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
10351010	AUDITORIA ODONTOLOGICA FISICA E/OU VIRTUAL	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	0,00	4,00	0,00	4,00	NÃO	1
10351020	AUDITORIA FOCAL POR PACIENTE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	0,00	32,00	0,00	32,00	NÃO	1
10351025	SUPORTE TECNICO EM AUDITORIA DE ODONTOLOGIA NA COORDENACAO DE AUDITORIA E NO SERVICO PROPRIO DO IPSEMG	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	0,00	156,00	0,00	156,00	NÃO	
10352010	PARAMETRIZACAO DA TABELA ODONTOLOGICA POR ITEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	0,00	12,00	0,00	12,00	NÃO	1
10353030	VISTORIA TECNICA AO PRESTADOR PARA AUDITORIA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	0,00	12,00	0,00	12,00	NÃO	1
10354010	EMISSAO DE PARECERES	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	0,00	32,00	0,00	32,00	NÃO	1
10354020	PARTICIPACAO EM REUNIAO, QUANDO INDICADA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	0,00	32,00	0,00	32,00	NÃO	1
10354022	PATICIPACAO EM GRUPOS DE ESTUDOS E DISCUSSOES, QUANDO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	0,00	50,00	0,00	50,00	NÃO	1
10354030	PROTOCOLOS CADA=1 EMISSAO DE PARECER 4 PARTICIPACOES EM REUNIOES 2 PARTICIPACOES EM GRUPOS DE ESTUDO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	0,00	84,00	0,00	84,00	NÃO	1

DESLOCAMENTO PARA AUDITORIAS

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm

PROCEDIMENTOS GERAIS

AUDITORIA TÉCNICA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

DESLOCAMENTO PARA AUDITORIAS

10354100	INSTRUTOR: ORIENTACAO E ACOMPANHAMENTO PRATICO DE COLEGA AUDITOR ATE 05 DIAS, COM AUTORIZACAO DA COORDENACAO DE AUDITORIA, MINISTRACAO DE AULA/PALESTRA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	0,00	100,00	0,00	100,00	NÃO	
91600010	DESLOCAMENTO POR KM PERCORRIDO PARA MUNICIPIOS FORA DA AREA DE ATUACAO DO AUDITOR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	0,00	0,80	0,00	0,80	NÃO	1
91600011	DESLOCAMENTO POR PERIODO ACIMA DE 12 HORAS, COM PERNOITE COMPROVADA, EM MUNICIPIOS FORA DA AREA DE ATUACAO DO AUDITOR. (POR PERNOITE)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	0,00	250,00	0,00	250,00	NÃO	1

Observações: NÃO é considerado deslocamento: 1)Do município de credenciamento do auditor para o município de residência na mesma Unidade Regional. 2) Do município de residência para o município de credenciamento na mesma Regional. 3) Dentro do mesmo município de credenciamento ou residência. 4) Auditorias realizadas nos escritório das Unidades Regionais de credenciamento do auditor. 5) Trechos inferiores a 20Km. 6) Sem autorização da Coordenação Regional com justificativa válida.

PROMOCAO DA SAUDE

PROMOCAO DA SAUDE

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
10101070	CONSULTA MEDICA EM PROMOCAO DE SAUDE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	0,00	35,00	0,00	35,00	NÃO	
20108010	ATENDIMENTO MEDICO EM GRUPO - PROMOCAO DE SAUDE (8 A 10 BENEFICIARIOS)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	0,00	120,00	0,00	120,00	NÃO	
20108020	PARTICIPACAO EM REUNIAO ESPECIAL POR CONVOCACAO DA COORDENACAO DE PROMOCAO EM SAUDE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	0,00	32,00	0,00	32,00	NÃO	

PROCEDIMENTOS GERAIS

PROMOCAO DA SAUDE

PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS

PRONTO ATENDIMENTO

Código	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
15005011	PEQUENOS PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM E/OU ADMINISTRACAO DE MEDICACAO INJETAVEL (INCLUI A DILUICAO)	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	4,50	0,00	0,00	4,50	NÃO	1
15005012	ATENDIMENTO MEDICO COM DURACAO MENOR QUE 8 HORAS MEDICACAO ORAL E/OU INJETAVEL	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	16,64	0,00	0,00	16,64	NÃO	0
15005013	ATENDIMENTO MEDICO C/ DURACAO MENOR QUE 8 HORAS MAIS MEDICACAO INJETAVEL E SOROTERAPIA	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	32,69	0,00	0,00	32,69	NÃO	0
15005015	ATENDIMENTO MEDICO COM DURACAO MAIOR QUE 8 HORAS MAIS MEDICACAO INJETAVEL E SOROTERAPIA	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	83,66	0,00	0,00	83,66	NÃO	1

Observações: 1) Nos pacotes dos atendimentos acima estão incluídos taxas e medicação básica. Exames laboratoriais e de imagem, bem como os ítens não inclusos no pacote (suplementares) serão remunerados separadamente. 2) Entende-se por soroterapia (códigos 15005013 e 15005015) a terapia de REPOSIÇÃO com líquidos, eletrólitos e/ou glicose, excluindo-se portanto, situações como soro para manutenção de acesso venoso e/ou diluição de medicamentos, independentemente do tempo de infusão. 3) Os códigos acima poderão ser cobrados na proporção de 01 (um) por atendimento, durante toda a permanência do beneficiário nesta Unidade. Com exceção do código 15005011, os demais podem ser associados a cobrança da consulta médica em PA (10101039 e 10101047). 4) Em casos de suturas, abscessos e outros procedimentos cirúrgicos que já são diagnosticados através de triagem, remunera-se apenas o procedimento, não sendo devida a cobrança da consulta médica. 5) Por pequenos procedimentos (15005011) entenda-se: administração parenteral de medicamentos, clister, passagem e troca de sondas. Não contempla glicemias capilares isoladas, curativos e retirada de pontos e gesso (já contemplados no procedimento original).

MONITORIZAÇÕES

Código	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
20101201	AVALIACAO CLINICA E ELETRONICA DE PACIENTE PORTADOR DE MARCAPASSO OU SINCRONIZADOR OU DESFIBRILADOR	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	0,00	32,00	0,00	32,00	NÃO	1

PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS

MONITORIZAÇÕES

20102011	HOLTER DE 24 HORAS - 2 OU MAIS CANAIS - ANALOGICO	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	75,00	0,00	0,00	75,00	NÃO	1
20102020	HOLTER DE 24 HORAS - 3 CANAIS - DIGITAL	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	80,00	0,00	0,00	80,00	NÃO	1
20102038	MONITORIZACAO AMBULATORIAL DA PRESSAO ARTERIAL - MAPA (24 HORAS)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	80,00	0,00	0,00	80,00	NÃO	1
20102070	TESTE DE INCLINACAO ORTOSTATICA (TILT TEST)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	150,60	0,00	0,00	150,60	NÃO	1

OUTROS

Código	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
10101543	SESSAO FONOAUDIOLOGIA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	16,80	0,00	0,00	16,80	NÃO	0
10101551	SESSAO TERAPIA OCUPACIONAL	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	16,80	0,00	0,00	16,80	NÃO	0

Observações: 1) Fonoaudiologia ambulatorial: permitida uma sessão/semana no total de 24 (vinte e quatro)/ano, nas seguintes situações: disfagia, anomalias dentofaciais, fenda palatina, labial ou labiopalatina, transtorno no desenvolvimento da fala e da linguagem, distúrbios da audição. 2) Fonoaudiologia hospitalar: permitida uma sessão/dia, no total de 7 (sete) por internação. Sua cobrança é permitida nas seguintes situações: disfagia no AVC agudo e em outras patologias neurológicas, para estímulo da sucção oral no RN prematuro.

REABILITAÇÕES - SESSÕES

Código	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
20102010	AVALIACAO FISIOTERAPEUTICA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	0,00	12,00	0,00	12,00	NÃO	1

PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS

REABILITAÇÕES - SESSÕES

20103018	ADAPTACAO E TREINAMENTO RECURSOS OPTICOS P/ VISAO SUBNORMAL(SESSAO) BINOCULAR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	10,24	0,00	0,00	10,24	NÃO	0
20103114	FISIOTERAPIA GENITO-URINARIA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	12,00	0,00	0,00	12,00	NÃO	1
20103132	EXAME DE BIOFEEDBACK COM EMG	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	SIM	25,15	0,00	0,00	25,15	NÃO	0
20103140	BLOQUEIO FENOLICO, ALCOOLICO OU COM TOXINA BOTULINICA POR SEGMENTO CORPORAL	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	38,58	0,00	0,00	38,58	NÃO	0
20103228	FISIOTERAPIA RESPIRATORIA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	12,00	0,00	0,00	12,00	NÃO	1
20103233	FISIOTERAPIA VASCULAR PERIFERICA ARTERIOVENOSA E/OU LINFATICA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	12,00	0,00	0,00	12,00	NÃO	1
20103239	EXERCICIOS DE ORTOPTICA (POR SESSAO)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	5,69	0,00	0,00	5,69	NÃO	0
20103301	INFILTRACAO DE PONTO GATILHO (POR GRUPO MUSCULAR) ARTICULAR OU TECIDOS MOLES OU AGULHAMENTO SECO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	15,00	0,00	0,00	15,00	NÃO	0
20103376	FISIOTERAPIA CARDIOLOGICA E POS-OPERATORIO CARDIOVASCULAR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	12,00	0,00	0,00	12,00	NÃO	
20103445	FISIOTERAPIA NEUROLOGICA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	14,50	0,00	0,00	14,50	NÃO	1
20103525	FISIOTERAPIA ORTOPEDICA, MUSCULO ESQUELETICA, REUMATOLOGICA, POS-OPERATORIOS E POS INTERNACAO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	14,50	0,00	0,00	14,50	NÃO	
20103637	FISIOTERAPIA QUEIMADOS, POS-OP TORACICA E ABDOMINAL E REABILITACAO CRANIOFACIAL	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	12,00	0,00	0,00	12,00	NÃO	1
20103647	REABILITACAO PERINEAL C/ BIOFEEDBACK E ELETROESTIMULACAO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	SIM	44,35	0,00	0,00	44,35	NÃO	0

PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS

REABILITAÇÕES - SESSÕES

20103782	FISIOTERAPIA ATENDIMENTO PROLONGADO, DOENCAS DEGENERATIVAS, CRONICAS QQ SISTEMA E SEQUELAS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	8,60	0,00	0,00	8,60	NÃO	1
20103801	ESTUDO CITO-ALERGOLOGICO (ECA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	6,00	0,00	0,00	6,00	NÃO	0

Observações: 1) Avaliação Fisioterapêutica (20102010): poderá ser cobrada na quantidade 01 (uma) por tratamento. Não é permitida sua cobrança mais de uma vez para o mesmo beneficiário e prestador, mesmo em casos de patologia diferente ou emissão de outros pedidos médicos. 2) Os códigos de reabilitação são globais e mutuamente excludentes e os valores se referem a cada sessão de tratamento. A nível ambulatorial permite-se a cobrança de apenas um código por dia, no qual todo o atendimento realizado deve estar contido, mesmo se bilaterais, ou acometerem mais de um segmento ou sistema. 3) Os procedimentos 20103132 - EXAME DE BIOFEEDBACK COM EMG, 20103140 - BLOQUEIO FENOLICO, ALCOOLICO OU COM TOXINA BOTULÍNICA POR SEGMENTO CORPORAL e 20103647 - REABILITACAO PERINEAL C/ BIOFEEDBACK E ELETROESTIMULAÇÃO são classificados como controlado e necessitam de pré-autorização, devendo a solicitação ser enviada ao Departamento Central de Regulação para avaliação. 4) O tratamento das incontinências esfincterianas anal e urinária está limitado a 10 (dez) sessões. Portanto, ao final dessas e na ausência de resultados, sugere-se a avaliação de outras alternativas terapêuticas. A cobrança do biofeedback com EMG (20103132) está restrita a uma única vez por tratamento de 10 (dez) sessões. 5) O código 20103376 - FISIOTERAPIA CARDIOLÓGICA E PÓS-OPERATÓRIO CARDIOVASCULAR é global e inclui a fisioterapia respiratória, vascular periférica e linfática. 6) O código 20103445 - FISIOTERAPIA NEUROLOGICA no tratamento da paralisia cerebral e dos retardos do desenvolvimento psicomotor é global e inclui a terapia ocupacional, o treino da atividade de vida diária e terapia de linguagem. 7) O código 20103782 - FISIOTERAPIA ATENDIMENTO PROLONGADO, DOENÇAS DEGENERATIVAS, CRÔNICAS QQ SISTEMA E SEQUELAS deve ser usado como início de tratamento para todas as condições de seu descritor, para continuidade de atendimento prolongado e quando atingido o limite de execução das sessões permitidas para a patologia. 8) O código de fisioterapia hospitalar 20203005 é global e pode ser cobrado por dia até 04 quatro vezes na UTI adulto, pediátrica ou neonatal e até 02 (duas) vezes na enfermaria.

PROCEDIMENTOS CLINICOS HOSPITALARES

AVALIACOES/ ACOMPANHAMENTOS

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
20201052	CARDIOVERSAO ELETRICA ELETIVA OU DE EMERGENCIA	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	40,00	0,00	0,00	40,00	NÃO	0
20201109	AVALIACAO CLINICA DIARIA ENTERAL	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	0,00	37,00	0,00	37,00	NÃO	0
20201117	AVALIACAO CLINICA DIARIA PARENTERAL	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	0,00	37,00	0,00	37,00	NÃO	0
20201125	AVALIACAO CLINICA DIARIA PARENTERAL E ENTERAL	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	0,00	48,00	0,00	48,00	NÃO	0

PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS

PROCEDIMENTOS CLINICOS HOSPITALARES

AVALIACOES/ ACOMPANHAMENTOS

MONITORIZACOES

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
20202016	TOCOCARDIOGRAFIA ANTEPARTO	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	22,96	0,00	0,00	22,96	NÃO	1
20202024	TOCOCARDIOGRAFIA INTRAPARTO (POR HORA) ATE 6 HORAS - EXTERNA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	32,00	0,00	0,00	32,00	NÃO	1
20202040	MONITORIZACAO NEUROFISIOLOGICA INTRA-OPERATORIA (INCLUINDO HONORARIOS, EQUIPAMENTO, DESCARTAVEIS E DESLOCAMENTO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	4830,00	0,00	0,00	4830,00	NÃO	1

Observações: "O código 20202040 nas cirurgias de cabeça e pescoço será autorizado nas seguintes situações: reoperações de cirurgias cervicais por câncer, grandes bócios mergulhantes com deformação da anatomia regional, cirurgias em parótidas e mastoidectomias (30403081 e 30403111) com preservação do nervo facial".

REABILITACOES/SESSOES

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
20203005	FISIOTERAPIA HOSPITALAR (MOTORA E RESPIRATORIA COM OU SEM VENTILACAO MECANICA)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	12,00	0,00	0,00	12,00	NÃO	4

Observações: 1) O código de fisioterapia hospitalar 20203005 é global e pode ser cobrado por dia até 04 quatro vezes na UTI adulto, pediátrica ou neonatal e até 02 (duas) vezes na enfermaria.

TERAPIAS

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
20204035	CARDIOVERSAO QUIMICA DE ARRITMIA PAROXISTICA EM UNIDADE DE EMERGENCIA	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	40,00	0,00	0,00	40,00	NÃO	1

PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS

PROCEDIMENTOS CLINICOS HOSPITALARES

TERAPIAS

20204043	PRIAPISMO - TRATAMENTO NAO CIRURGICO	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	22,80	57,29	0,00	80,09	NÃO	0
20204044	CARDIO-ESTIMULACAO TRANSESOFAGICA (CETE)TERAPEUTICA OU DIAGNOSTICA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	46,80	0,00	0,00	46,80	NÃO	0
20204159	PULSOTERAPIA/TERAPIA IMUNOLOGICA INTRAVENOSA (POR SESSAO) - HOSPITALAR	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	72,80	36,98	0,00	109,78	NÃO	1

TERAPEUTICA

Código	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
20104014	ACTINOTERAPIA - POR SESSAO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	6,14	0,00	0,00	6,14	NÃO	0
20104022	APLICACOES DE HIPOSSENSIBILIZANTE - EM CONSULTORIO -POR APLICACAO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	0,96	0,00	0,00	0,96	NÃO	0
20104049	CATETERISMO VESICAL EVACUADOR	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	42,80	15,36	0,00	58,16	NÃO	0
20104057	CAUTERIZACAO QUIMICA VESICAL	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	42,80	30,00	0,00	72,80	NÃO	0
20104065	CERUMEN - REMOCAO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	0,00	11,22	0,00	11,22	NÃO	0
20104073	CRIOTERAPIA (GRUPO DE ATE 5 LESOES)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	0,00	28,80	0,00	28,80	NÃO	

PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS

TERAPEUTICA

20104090	CURATIVOS EM GERAL COM ANESTESIA (EXCETO LOCAL)	Suplementar	Hospitalar	SIM	NÃO	53,09	117,17	0,00	170,26	SIM	0
20104103	CURATIVOS EM GERAL, SEM ANESTESIA	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	6,50	0,00	0,00	6,50	NÃO	1
20104111	DILATACAO URETRAL (SESSAO)	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	54,80	47,62	0,00	102,42	NÃO	1
20104120	FOTOTERAPIA COM UVA (PUVA) - POR SESSAO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	8,00	13,30	0,00	21,30	NÃO	0
20104138	IMUNOTERAPIA ESPECIFICA - 30 DIAS (IE)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	0,00	26,88	0,00	26,88	NÃO	0
20104146	IMUNOTERAPIA INESPECIFICA - 30 DIAS (II)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	0,00	26,88	0,00	26,88	NÃO	0
20104154	INSTILACAO VESICAL OU URETRAL	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	54,80	27,74	0,00	82,54	NÃO	1
20104170	SESSAO DE ELETROCONVULSOTERAPIA (EM SALA C/ OXIMETRO DE PULSO, MONITOR DE ECG, EEG) SOB ANESTESIA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	0,00	67,00	0,00	67,00	NÃO	0
20104189	SESSAO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBARICA -POR SESSAO DE 2 HORAS	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	297,00	0,00	0,00	297,00	NÃO	
20104235	TERAPIA INALATORIA - POR NEBULIZACAO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,60	0,00	0,00	3,60	NÃO	0
20104260	TERAPIA ONCOLOGICA COM APLICACAO MEDICAMENTOS POR VIA INTRACAVITARIA OU INTRATECAL-POR PROCEDIMENTO	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	40,00	34,74	0,00	74,74	NÃO	0
20104278	TERAPIA ONCOLOGICA COM APLICACAO INTRA-ARTERIAL OU INTRAVENOSA DE MEDICAMENTOS EM INFUSAO DE DURACAO MINIMA DE 6 HORAS - PLANEJAMENTO E 1 D	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	SIM	40,00	96,48	0,00	136,48	NÃO	0
20104286	TERAPIA ONCOLOGICA COM APLICACAO INTRA-ARTERIAL OU INTRAVENOSA DE MEDICAMENTOS EM INFUSAO DE DURACAO MINIMA DE 6 HORAS - POR DIA SUBSEQUENTE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	SIM	40,00	12,86	0,00	52,86	NÃO	0

PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS

TERAPEUTICA

20104294	TERAPIA ONCOLOGICA - PLANEJAMENTO E 1 DIA DE TRATAMENTO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	SIM	40,00	53,26	0,00	93,26	NÃO	0
20104308	TERAPIA ONCOLOGICA - POR DIA SUBSEQUENTE DE TRATAMENTO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	SIM	40,00	8,88	0,00	48,88	NÃO	0
20104383	PULSOTERAPIA/TERAPIA IMUNOLOGICA INTRAVENOSA (POR SESSAO)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	SIM	30,00	36,98	0,00	66,98	NÃO	1
20104390	ADMINISTRACAO AMBULATORIAL DE MEDICACAO ESPECIAL (QT)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	SIM	4,50	0,00	0,00	4,50	NÃO	0
20104391	TERAPIA IMUNOBIOLOGICA INTRAVENOSA (POR SESSAO)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	30,00	32,00	0,00	62,00	NÃO	1

Observações: 1) Os prontuários dos beneficiários em tratamento com antineoplásicos devem estar disponíveis para auditoria e conter obrigatoriamente as seguintes informações: diagnóstico do sítio primário do câncer e CID, estadiamento, local de metástases avaliáveis, cirurgias prévias, tratamentos radioterápicos e antineoplásicos anteriores, presença de comorbidades que possam influenciar as escolhas terapêuticas, anátomo- patológico, exames complementares de estadiamento e segmento, peso, altura, superfície corporal e os dados relevantes do exame físico, identificação legível do profissional responsável nas evoluções e prescrições médicas e de enfermagem. Registro da terapêutica global proposta: esquema, doses e n° de ciclos previstos, mudanças do esquema medicamentoso e intercorrências durante o tratamento antineoplásico. As sessões para tratamento antineoplásico necessitam de pré-autorização médica pelo Departamento Central de Regulação. 2) Em casos de internação, a remuneração prevista para as sessões de tratamento antineoplásico já contempla a visita hospitalar. 3) A bomba elastomérica (93481490) será autorizada apenas nas situações de tratamento antineoplásico com infusão contínua e prolongada. O código 93481490 é excludente com 20104286 e 20104308. 4) A heparinização do cateter de longa permanência, bem como a instalação e retirada da bomba elastomérica já estão inclusos no pacote de tratamento antineoplásico. 5) A fototerapia ultravioleta (Puva) será autorizada conforme abaixo: a) Vitiligo: serão liberadas até três sessões por semana no primeiro mês de tratamento, seguidas de duas sessões por semana por até 6 meses de tratamento. Caso haja necessidade de tratamento mais prolongado, o médico assistente deverá enviar, para o Departamento Central de Regulação, relatório circunstanciado com descrição do quadro clínico e proposta terapêutica (tempo de tratamento, número de sessões) podendo o beneficiário ser convocado para avaliação presencial; b) Psoríase: serão liberadas até três sessões por semana, por até três meses. Após esse período, será liberada uma sessão por semana c) Micose fungoide (linfoma cutâneo de células T): serão liberadas três sessões por semana, por 6 meses (ou até a remissão em período menor). Dose de manutenção: uma sessão por mês. Dose cumulativa recomendada, menor que 200 sessões. 6) O código 20104390 se destina a remunerar as situações de aplicação parenteral de medicação adjuvante do tratamento antineoplásico não associado a avaliação médica. 7) O curativo da ferida operatória já está incluso no valor do pacote, sendo devida a cobrança do código 20104103 somente após 10 (dez) dias da realização do procedimento. Durante a estada em UTI por motivo de pós-operatório, também não é devida sua cobrança. 8) O código 93499715 (curativo transparente estéril) é de uso exclusivo hospitalar, restrito a pacientes acamados com risco de desenvolver úlcera de pressão.

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTANEO/ANEXOS

Código	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTANEO/ANEXOS

30101069	AUTONOMIZACAO DE RETALHO - POR ESTAGIO	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	332,20	101,12	0,00	433,32	SIM	4
30101077	BIOPSIA DE PELE, TUMORES SUPERFICIAIS, TECIDO CELULAR SUBCUTANEO, LINFONODO SUPERFICIAL, ETC	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	34,80	40,18	0,00	74,98	NÃO	0
30101085	BIOPSIA DE UNHA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	34,80	28,76	0,00	63,56	NÃO	1
30101093	CALOSIDADE E/OU MAL PERFURANTE - DESBASTAMENTO (POR GRUPO DE ATE 5 LESOES)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	34,80	19,20	0,00	54,00	NÃO	0
30101107	CAUTERIZACAO QUIMICA (POR GRUPO DE ATE 5 LESOES)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	32,00	0,00	0,00	32,00	NÃO	0
30101115	CIRURGIA DA HIDROSADENITE (POR REGIAO)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	42,80	63,00	0,00	105,80	SIM	1
30101140	CORRECAO CIRURGICA DE LINFEDEMA (POR ESTAGIO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	661,32	577,97	38,72	1278,01	SIM	3
30101158	CORRECAO CIRURGICA DE SEQUELAS DE ALOPECIA TRAUMATICA COM MICROENXERTOS PILOSOS (POR REGIAO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	429,00	414,75	0,00	843,75	SIM	3
30101204	CRIOCIRURGIA (NITROGENIO LIQUIDO) DE NEOPLASIAS CUTANEAS (POR GRUPO DE ATE 5 LESOES)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	48,00	0,00	0,00	48,00	NÃO	0
30101212	CURATIVO DE QUEIMADURAS - POR UNIDADE TOPOGRAFICA (UT)	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	34,80	27,42	0,00	62,22	NÃO	0
30101247	CURETAGEM E ELETROCOAGULACAO DE CA DE PELE (POR GRUPO DE ATE 5 LESOES)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	42,80	65,47	0,00	108,27	NÃO	4
30101255	CURETAGEM SIMPLES DE LESOES DE PELE (POR GRUPO DE ATE 5	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	34,80	28,80	0,00	63,60	NÃO	0
30101263	DERMOABRASAO DE LESOES CUTANEAS (POR GRUPO DE ATE 5	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	34,80	50,00	0,00	84,80	SIM	0

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTANEO/ANEXOS

30101271	DERMOLIPECTOMIA PARA CORRECAO DE ABDOME EM AVENTAL APOS TRAT DE OBESIDADE MORBIDA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	848,63	939,08	0,00	1787,71	SIM	2
30101280	DESBRIDAMENTO CIRURGICO - POR UNIDADE TOPOGRAFICA (UT)	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	118,00	120,00	0,00	238,00	SIM	2
30101298	ELETROCOAGULACAO DE LESOES DE PELE E MUCOSAS - COM OU SEM CURETAGEM (POR GRUPO DE ATE 5 LESOES)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	42,80	28,80	0,00	71,60	NÃO	0
30101310	ENXERTO COMPOSTO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	332,20	297,28	13,92	643,40	SIM	2
30101328	ENXERTO DE MUCOSA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	316,80	258,88	11,00	586,68	SIM	2
30101336	ENXERTO DE PELE (HOMOENXERTO INCLUSIVE)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	316,80	283,20	11,00	611,00	SIM	2
30101344	ENXERTO DE PELE MULTIPLO - POR UNIDADE TOPOGRAFICA (UT)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	316,80	258,88	11,00	586,68	SIM	2
30101352	EPILACAO DE CILIOS POR ELETROLISE POR SESSAO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	0,00	25,00	0,00	25,00	NÃO	0
30101360	ESCALPO PARCIAL - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	429,00	368,64	13,92	811,56	SIM	2
30101379	ESCALPO TOTAL - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	762,30	573,09	13,92	1349,31	SIM	3
30101387	ESCAROTOMIA DESCOMPRESSIVA - POR UNIDADE TOPOGRAFICA (UT)	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	120,00	63,94	0,00	183,94	NÃO	1
30101425	EXERESE DE HIGROMA CISTICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	969,20	293,99	79,75	1342,94	SIM	4
30101433	EXERESE DE HIGROMA CISTICO NO RN E LACTENTE	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1069,20	892,86	79,75	2041,81	SIM	4
30101441	EXERESE DE LESAO COM AUTO-ENXERTIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	140,25	95,20	7,15	242,60	SIM	1

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTANEO/ANEXOS

30101450	EXERESE E SUTURA DE LESOES (CIRCULARES OU NAO) COM ROTACAO DE RETALHOS CUTANEOS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	298,10	246,40	11,00	555,50	SIM	2
30101468	EXERESE DE LESAO / TUMOR DE PELE E MUCOSAS	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	73,38	100,00	0,00	173,38	NÃO	0
30101476	EXERESE DE TUMOR E ROTACAO DE RETALHO MUSCULO-CUTANEO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	656,70	494,31	37,40	1188,41	SIM	2
30101484	EXERESE DE UNHA	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	32,80	40,18	0,00	72,98	NÃO	0
30101492	EXERESE E SUTURA SIMPLES DE PEQUENAS LESOES (POR GRUPO DE ATE 5 LESOES)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	42,80	48,00	0,00	90,80	NÃO	4
30101493	EXERESE E SUTURA SIMPLES DE PEQUENAS LESOES-GR DE ATE 5 LESOES(NA FACE)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	42,80	60,00	0,00	102,80	NÃO	4
30101514	EXPANSAO TISSULAR (POR SESSAO)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	57,20	22,32	0,00	79,52	NÃO	0
30101522	EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXCISAO E RETALHOS CUTANEOS DA REGIAO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	577,50	345,82	37,40	960,72	SIM	2
30101530	EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXERESE E EMPREGO DE RETALHOS CUTANEOS OU MUSCULARES CRUZADOS (POR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	584,10	691,28	13,92	1289,30	SIM	3
30101549	EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXERESE E RETALHOS CUTANEOS A DISTANCIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	423,50	359,84	13,92	797,26	SIM	3
30101557	EXTENSOS FERIMENTOS,CICATRIZES OU TUMORES-EXERESE E ROTACAO RETALHO FASCIOCUTANEO OU AXIAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	577,50	450,00	13,92	1041,42	SIM	3
30101565	EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXERESE E ROTACAO DE RETALHOS MIOCUTANEOS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	574,20	563,76	13,92	1151,88	SIM	3

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTANEO/ANEXOS

30101573	EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXERESE E ROTACAO DE RETALHOS MUSCULARES	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	574,20	482,99	13,92	1071,11	SIM	3
30101581	EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES, OU TUMORES - EXERESE E ENXERTO CUTANEO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	425,70	371,66	13,92	811,28	SIM	3
30101590	FACE - BIOPSIA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	34,80	30,20	0,00	65,00	NÃO	1
30101603	FERIMENTOS INFECTADOS E MORDIDAS DE ANIMAIS (DESBRIDAMENTO)	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	73,38	110,00	0,00	183,38	SIM	1
30101611	INCISAO E DRENAGEM DE TENOSSINOVITES PURULENTAS	Principal	Ambos	SIM	NÃO	133,10	176,00	0,00	309,10	SIM	1
30101620	INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO, HEMATOMA OU PANARICIO	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	37,80	40,18	0,00	77,98	NÃO	0
30101638	INCISAO E DRENAGEM DE FLEGMAO	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	72,80	72,28	0,00	145,08	SIM	0
30101646	INFILTRACAO INTRALESIONAL, CICATRICIAL E HEMANGIOMAS - POR SESSAO	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	12,00	15,45	0,00	27,45	NÃO	1
30101670	PLASTICA EM Z OU W	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	117,21	100,00	0,00	217,21	SIM	1
30101689	RECONSTRUCAO COM RETALHOS DE GALEA APONEUROTICA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	403,50	345,20	13,92	762,62	SIM	2
30101697	RETALHO COMPOSTO (INCLUINDO CARTILAGEM OU OSSO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	785,40	675,04	37,40	1497,84	SIM	3
30101700	RETALHO LOCAL OU REGIONAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	577,50	471,68	37,40	1086,58	SIM	3
30101719	RETALHO MUSCULAR OU MIOCUTANEO	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	656,70	649,12	37,40	1343,22	SIM	3

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTANEO/ANEXOS

30101735	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTANEO	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	37,80	47,62	0,00	85,42	NÃO	0
30101743	RETRACAO CICATRICIAL DE AXILA - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	462,00	381,44	7,15	850,59	SIM	2
30101751	RETRACAO CICATRICIAL DE ZONA DE FLEXAO E EXTENSAO DE MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	420,31	381,44	13,86	815,61	SIM	3
30101760	RETRACAO CICATRICIAL DO COTOVELO - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	462,00	297,28	7,15	766,43	SIM	2
30101778	RETRACAO DE APONEVROSE PALMAR (DUPUYTREN)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	420,31	297,28	13,86	731,45	SIM	2
30101786	SUTURA DE EXTENSOS FERIMENTOS COM OU SEM DESBRIDAMENTO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	243,37	305,98	11,00	560,35	SIM	0
30101794	SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS COM OU SEM DESBRIDAMENTO	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	42,80	40,18	0,00	82,98	NÃO	0
30101808	TRANSECCAO DE RETALHO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	269,50	189,75	0,00	459,25	SIM	2
30101816	TRANSFERENCIA INTERMEDIARIA DE RETALHO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	269,50	258,88	0,00	528,38	SIM	2
30101824	TRATAMENTO CIRURGICO DE BRIDAS CONSTRICTIVAS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	420,31	359,84	7,15	787,30	SIM	2
30101832	TRATAMENTO CIRURGICO DE GRANDES HEMANGIOMAS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	381,44	524,67	0,00	906,11	SIM	3
30101840	TRATAMENTO DA MIIASE FURUNCULOIDE (POR GRUPO DE ATE 5	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	0,00	30,00	0,00	30,00	NÃO	4
30101867	TRATAMENTO DE ESCARAS OU ULCERACOES COM ENXERTO DE PELE	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	316,80	381,79	11,00	709,59	SIM	2
30101875	TRATAMENTO DE ESCARAS OU ULCERACOES COM RETALHOS CUTANEOS LOCAIS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	269,50	269,84	0,00	539,34	SIM	2

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTANEO/ANEXOS

30101883	TRATAMENTO DE ESCARAS OU ULCERACOES COM RETALHOS MIOCUTANEOS OU MUSCULARES	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	425,70	581,75	37,40	1044,85	SIM	2
30101891	TRATAMENTO DE FISTULA CUTANEA	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	149,44	107,02	0,00	256,46	SIM	1
30101913	TU PARTES MOLES - EXERESE	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	190,21	114,92	0,00	305,13	SIM	0
30101921	EXERESE E SUTURA DE HEMANGIOMA, LINFANGIOMA OU NEVUS (POR GRUPO DE ATE 5 LESOES)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	32,80	52,08	0,00	84,88	NÃO	0
30101930	ABSCESSO DE UNHA (DRENAGEM) - TRATAMENTO CIRURGICO	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	32,80	29,13	0,00	61,93	NÃO	1
30101948	CANTOPLASTIA UNGUEAL	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	47,80	50,00	0,00	97,80	NÃO	1
30101956	UNHA (ENXERTO) - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	146,50	40,18	0,00	186,68	NÃO	0

Observações: 1) O código 30101670 - Plástica em Z ou W se aplica preferencialmente para correções de deformidades e cicatrizes, podendo ser autorizado também nas ressecções de lesões na face maiores de 2 cm (necessário apresentar laudo anátomo-patológico). 2) Queimaduras: unidade topográfica (UT) compreende-se segmento do corpo facilmente delimitável, que tem uma área aproximada de 9% de superfície corpórea. No corpo humano existem 11 (onze) UT: cabeça e pescoço - cada um dos membros superiores - face anterior do tórax - abdome - nádegas (da cintura a raiz da coxa) - cada uma das coxas - cada um dos conjuntos pernas e pés. Os genitais constituem uma UT à parte de (1%). Face, pescoço, mão, axila, região inguinais, assim como as regiões onde as lesões atingem estruturas profunadas (tendões, vasos e ossos, quando isoladas), cada um corresponde a 2 (duas) UT. 3) O primeiro atendimento ambulatorial de um beneficiário queimado é um procedimento de urgência e poderá ser realizado pelas especialidades de cirurgia plástica ou cirurgia geral. 4) A cobrança dos procedimentos dermatológicos remunerados por grupos de lesões, está limitada a 04 (quatro) grupos de 05 (cinco) lesões e são pagas no valor de 100% do procedimento para o 1º primeiro grupo, 70% para o 2º grupo e 50% para o 3º ou 4º grupo, caso ocorram.

CABEÇA E PESCOÇO

LÁBIO

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

CABEÇA E PESCOÇO

LÁBIO

30201012	BIOPSIA DE LABIO	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	37,80	29,13	0,00	66,93	NÃO	1
30201020	EXCISAO COM PLASTICA DE VERMELHAO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	520,08	363,20	7,15	890,43	SIM	2
30201039	EXCISAO COM RECONSTRUCAO A CUSTA DE RETALHOS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	542,85	526,40	7,15	1076,40	SIM	2
30201047	EXCISAO COM RECONSTRUCAO TOTAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1032,90	861,51	9,69	1904,10	SIM	3
30201055	EXCISAO EM CUNHA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	161,59	48,00	0,00	209,59	NÃO	0
30201063	FRENOTOMIA LABIAL	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	37,80	47,62	0,00	85,42	NÃO	1
30201071	QUEILOPLASTIA PARA FISSURA LABIAL UNILATERAL-POR ESTAGIO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	609,84	511,83	7,91	1129,58	SIM	2
30201080	RECONSTRUCAO DE SULCO GENGIVO-LABIAL	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	462,00	326,40	7,15	795,55	SIM	2
30201098	RECONSTRUCAO TOTAL DO LABIO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1032,90	798,81	9,69	1841,40	SIM	3
30201101	TRATAMENTO CIRURGICO DA MACROSTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	462,00	297,28	7,15	766,43	SIM	2
30201110	TRATAMENTO CIRURGICO DA MICROSTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	462,00	297,28	7,15	766,43	SIM	2

BOCA

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

CABEÇA E PESCOÇO

BOCA

30202019	ALONGAMENTO CIRURGICO DO PALATO MOLE	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	595,32	494,27	11,00	1100,59	SIM	3
30202027	BIOPSIA DE BOCA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	37,80	29,13	0,00	66,93	NÃO	1
30202035	EXCISAO DE LESAO MALIGNA COM RECONSTRUCAO A CUSTA DE RETALHOS LOCAIS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	595,32	540,80	11,00	1147,12	SIM	2
30202043	EXCISAO DE TUMOR DE BOCA COM MANDIBULECTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	595,32	864,22	30,80	1490,34	SIM	3
30202051	EXERESE DE TUMOR E ENXERTO CUTANEO OU MUCOSO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	536,14	318,08	11,00	865,22	SIM	2
30202060	FISTULA OROFACIAL - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	536,14	321,20	11,00	868,34	SIM	2
30202078	GLOSSECTOMIA SUBTOTAL OU TOTAL, COM OU SEM MANDIBULECTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	595,32	491,57	30,80	1117,69	SIM	5
30202086	PALATO-QUEILOPLASTIA UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	797,06	469,52	11,00	1277,58	SIM	3
30202094	PALATOPLASTIA COM ENXERTO OSSEO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	972,96	717,27	11,00	1701,23	SIM	3
30202108	PALATOPLASTIA COM RETALHO FARINGEO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	991,10	777,89	11,00	1779,99	SIM	3
30202116	PALATOPLASTIA COM RETALHO MIOMUCOSO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	991,10	501,16	11,00	1503,26	SIM	3
30202124	PALATOPLASTIA PARCIAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	797,06	557,82	11,00	1365,88	SIM	3
30202132	PALATOPLASTIA TOTAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	952,49	694,29	11,00	1657,78	SIM	3

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

CABEÇA E PESCOÇO

BOCA

30202140	PLASTICA DO DUCTO PAROTIDEO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	455,95	348,34	11,00	815,29	SIM	2
30202159	LASERTERAPIA PARA O TRATAMENTO DA MUCOSITE ORAL / OROFARINGE, POR SESSAO	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	60,00	0,00	0,00	60,00	NÃO	1

LÍNGUA

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30203015	FRENOTOMIA LINGUAL	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	37,80	47,62	0,00	85,42	NÃO	1
30203023	TUMOR DE LINGUA - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	251,79	152,30	30,80	434,89	SIM	2
30203031	BIOPSIA DA LINGUA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	57,20	23,30	0,00	80,50	NÃO	1
30208114	RECONSTRUCAO TOTAL DA MANDIBULA COM PROTESE E/OU ENXERTO OSSEO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1340,79	1043,31	22,00	2406,10	SIM	3

GLANDULAS SALIVARES

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30204011	BIOPSIA DE GLANDULA SALIVAR	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	37,80	40,18	0,00	77,98	NÃO	1
30204020	EXCISAO DE GLANDULA SUBMANDIBULAR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	419,64	478,40	30,80	928,84	SIM	2

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

CABEÇA E PESCOÇO

GLANDULAS SALIVARES

30204038	EXCISAO DE RANULA OU MUCOCELE	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	172,17	204,80	30,80	407,77	SIM	1
30204046	PAROTIDECTOMIA PARCIAL COM CONSERVACAO DO NERVO FACIAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	417,73	757,60	22,81	1198,14	SIM	2
30204054	PAROTIDECTOMIA TOTAL AMPLIADA COM OU SEM RECONSTRUCAO COM RETALHOS LOCAIS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	546,15	748,48	30,80	1325,43	SIM	2
30204062	PAROTIDECTOMIA TOTAL COM CONSERVACAO DO NERVO FACIAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	417,73	809,24	30,80	1257,77	SIM	2
30204070	PAROTIDECTOMIA TOTAL COM RECONSTRUCAO DO NERVO FACIAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	632,67	875,27	20,80	1528,74	SIM	2
30204089	PAROTIDECTOMIA TOTAL COM SACRIFICIO DO NERVO FACIAL, SEM RECONSTRUCAO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	417,73	630,40	22,81	1070,94	SIM	2
30204097	PLASTIA DE DUCTO SALIVAR OU EXERESE DE CALCULO/RANULA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	417,73	204,80	22,81	645,34	SIM	2
30204100	RESSECCAO DE TUMOR DE GLANDULA SUBLINGUAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	147,61	326,91	30,80	505,32	SIM	2

FARINGE

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30205018	ABSCESSO FARINGEO-QUALQUER AREA	Principal	Ambos	SIM	NÃO	123,93	83,33	0,00	207,26	NÃO	1
30205026	ADENO TONSILECTOMIA-REVISAO CIRURGICA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	305,25	309,29	3,12	617,66	SIM	2

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

CABEÇA E PESCOÇO

FARINGE

30205034	ADENO-AMIGDALECTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	610,95	267,40	0,00	878,35	SIM	2
30205042	ADENOIDECTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	378,90	217,60	0,00	596,50	SIM	2
30205050	AMIGDALECTOMIA DAS PALATINAS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	600,00	217,60	0,00	817,60	SIM	2
30205069	AMIGDALECTOMIA LINGUAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	305,25	264,73	3,12	573,10	SIM	1
30205077	BIOPSIA DO CAVUM,OROFARINGE OU HIPOFARINGE	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	37,80	52,08	0,00	89,88	NÃO	0
30205085	CAUTERIZACAO POR SESSAO LESOES DE FARINGE	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	42,80	22,32	0,00	65,12	NÃO	1
30205093	CORPO ESTRANHO DE FARINGE- RETIRADA EM CONSULTORIO	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	0,00	40,18	0,00	40,18	NÃO	0
30205107	CORPO ESTRANHO DE FARINGE - RETIRADA SOB ANESTESIA GERAL	Principal	Ambos	SIM	NÃO	123,93	122,74	3,12	249,79	SIM	1
30205115	CRIPTOLISE AMIGDALIANA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	147,61	255,68	0,00	403,29	SIM	2
30205140	FARINGOLARINGECTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1463,55	842,22	109,40	2415,17	SIM	4
30205158	FARINGOLARINGOESOFAGECTOMIA TOTAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1950,08	1408,86	203,50	3562,44	SIM	4
30205166	RESSECCAO DE NASOANGIOFIBROMA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	809,60	927,04	109,40	1846,04	SIM	4
30205174	RESSECCAO DE TUMOR DE FARINGE(VIA BUCAL OU NASAL)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	546,15	464,55	30,80	1041,50	SIM	2

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

CABEÇA E PESCOÇO

FARINGE

30205182	RESSECCAO DE TUMOR DE FARINGE COM ACESSO POR FARINGOTOMIA OU POR RETALHO JUGAL.	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1045,00	833,44	30,80	1909,24	SIM	3
30205190	RESSECCAO DE TUMOR DE FARINGE COM MANDIBULECTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	809,60	909,76	27,50	1746,86	SIM	3
30205204	RESSECCAO DE TUMOR DE FARINGE POR MANDIBULOTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	809,60	894,64	30,80	1735,04	SIM	3
30205212	RESSECCAO DE TUMOR DE NASOFARINGE VIA ENDOSCOPICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	546,15	392,19	30,80	969,14	SIM	2
30205239	TUMOR DE BOCA OU FARINGE-RESSECCAO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	148,50	139,47	7,62	295,59	SIM	1
30205247	UVULOPALATOFARINGOPLASTIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	792,00	687,84	30,80	1510,64	SIM	2

LARINGE

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30206014	ALARGAMENTO DE TRAQUEOSTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	381,70	294,88	0,00	676,58	SIM	1
30206022	ARITENOIDECTOMIA MICROCIRURGICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	303,60	278,40	23,10	605,10	SIM	3
30206030	ARITONOIDECTOMIA OU ARITENOPEXIA VIA EXTERNA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	592,67	505,09	45,38	1143,14	SIM	3
30206049	CONFECCAO DE FISTULA TRAQUEO-ESOFAGICA PARA PROTESE FONATORIA COM MIOTOMIA FARINGEA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	408,90	741,28	30,80	1180,98	SIM	3

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

CABEÇA E PESCOÇO

LARINGE

30206065	EXERESE DE TUMOR POR VIA ENDOSCOPICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	221,10	299,52	30,80	551,42	SIM	1
30206103	INJECAO INTRALARINGEA DE TOXINA BOTULINICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	125,00	192,48	0,00	317,48	SIM	1
30206120	LARINGECTOMIA PARCIAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	932,81	560,87	68,77	1562,45	SIM	4
30206138	LARINGECTOMIA TOTAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	932,80	842,27	68,77	1843,84	SIM	4
30206170	LARINGOFISSURA(INCLUSIVE COM CORDECTOMIA)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	503,25	441,44	45,38	990,07	SIM	3
30206200	LARINGOTRAQUEOPLASTIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	691,35	582,56	49,67	1323,58	SIM	4
30206219	MICROCIRURGIA COM LASER PARA REMOCAO DE LESOES MALIGNAS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	932,80	389,27	23,30	1345,37	SIM	3
30206227	MICROCIRURGIA COM USO DE LASER PARA RESSECCAO DE LESOES BENIGNAS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	932,80	262,40	23,30	1218,50	SIM	2
30206235	MICROCIRURGIA PARA DECORTICACAO OU TRATAMENTO DE EDEMA DE REINKE	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	503,25	278,40	45,38	827,03	SIM	2
30206243	MICROCIRURGIA PARA REMOCAO DE CISTO OU LESAO INTRACORDAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	403,25	240,00	23,30	666,55	SIM	2
30206251	MICROCIRURGIA PARA RESSECCAO DE PAPILOMA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	378,25	278,40	23,30	679,95	SIM	1
30206260	MICROCIRURGIA PARA RESSECCAO DE POLIPO, NODULO OU	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	455,50	214,50	23,30	693,30	SIM	1
30206278	MICROCIRURGIA PARA TRATAMENTO DE PARALISIA DE PREGA VOCAL (INCLUI INJECAO DE MATERIAIS)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	378,25	240,00	23,30	641,55	SIM	2

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

CABEÇA E PESCOÇO

LARINGE

30206294	RECONSTRUCAO PARA FONACAO APOS LARINGECTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	450,00	287,28	23,30	760,58	SIM	2
30206308	TIROPLASTIA TIPO 1 COM ROTACAO DE ARITENOIDE	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	402,68	490,00	23,30	915,98	SIM	3
30206316	TIROPLASTIA TIPO 1 SIMPLES	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	303,60	368,64	23,30	695,54	SIM	2
30206324	TIROPLASTIA TIPO 2 OU 3	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	341,60	410,24	23,30	775,14	SIM	2
30206359	TRATAMENTO CIRURGICO DA ESTENOSE LARINGO- TRAQUEAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	832,80	867,04	23,30	1723,14	SIM	4
30206367	TRATAMENTO CIRURGICO DE TRAUMA LARINGEO (AGUDO)	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	443,35	480,06	23,30	946,71	SIM	3

TRAUMA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30207010	REDUCAO DE FRATURA DO MALAR (SEM FIXACAO)	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	220,00	173,38	22,00	415,38	SIM	1
30207029	REDUCAO DE FRATURA DO MALAR (COM FIXACAO)	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	330,66	277,55	22,00	630,21	SIM	2
30207037	REDUCAO DE FRATURA DE SEIO FRONTAL (ACESSO FRONTAL)	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	220,00	230,51	22,00	472,51	SIM	2
30207045	REDUCAO DE FRATURA DE SEIO FRONTAL (ACESSO CORONAL)	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	280,00	359,77	22,00	661,77	SIM	2
30207061	FRATURA DO ARCO ZIGOMATICO - REDUCAO INSTRUMENTAL SEM	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	198,00	164,95	22,00	384,95	SIM	2

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

CABEÇA E PESCOÇO

TRAUMA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL

	FRATURA DO ARCO ZIGOMATICO - REDUCAO INSTRUMENTAL SEM FIXACAO										
30207070	FRATURA DO ARCO ZIGOMATICO - REDUCAO CIRURGICA COM FIXACAO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	330,66	277,55	22,00	630,21	SIM	2
30207088	FRATURA SIMPLES DE MANDIBULA COM CONTENCAO E BLOQUEIO INTERMAXILAR EVENTUAL	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	272,69	192,88	19,03	484,60	SIM	2
30207096	FRATURA SIMPLES DE MANDIBULA - REDUCAO CIRURGICA COM FIXACAO OSSEA E BLOQUEIO INTERMAXILAR EVENTUAL	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	443,36	467,92	20,68	931,96	SIM	2
30207100	FRATURA NASO ETMOIDO ORBITO-ETMOIDAL	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	560,90	729,44	22,00	1312,34	SIM	2
30207118	FRATURA COMINUTIVA DE MANDIBULA - REDUCAO CIRURGICA COM FIXACAO OSSEA E BLOQUEIO INTERMAXILAR EVENTUAL	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	382,53	547,00	20,68	950,21	SIM	2
30207126	FRATURAS COMPLEXAS DE MANDIBULA - REDUCAO CIRURGICA COM FIXACAO OSSEA E BLOQUEIO INTERMAXILAR	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	382,53	593,97	20,68	997,18	SIM	2
30207134	FRATURAS ALVEOLARES - FIXACAO COM APARELHO E CONTENCAO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	138,82	129,14	7,26	275,22	SIM	1
30207142	FRATURA DE MAXILA, TIPO LEFORT I E II - REDUCAO E APLICACAO DE LEVANTAMENTO ZIGOMATICO-MAXILAR COM BLOQUEIO INTERMAXILAR EVENTUAL	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	272,69	249,44	19,03	541,16	SIM	1
30207150	FRATURA DE MAXILA, TIPO LEFORT III - REDUCAO E APLICACAO DE LEVANTAMENTO CRANIO-MAXILAR COM BLOQUEIO INTERMAXILAR EVENTUAL	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	299,75	307,40	19,03	626,18	SIM	2
30207169	FRATURA LEFORT I - FIXACAO CIRURGICA COM SINTESE OSSEA, LEVANTAMENTO E BLOQUEIO INTERMAXILAR EVENTUAL	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	442,86	389,96	20,68	853,50	SIM	2

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

CABEÇA E PESCOÇO

TRAUMA CRÂNIO-MAXILO-FACIAL

30207177	FRATURA LEFORT II - FIXACAO CIRURGICA COM SINTESE OSSEA, LEVANTAMENTO E BLOQUEIO INTERMAXILAR EVENTUAL	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	442,86	574,60	20,68	1038,14	SIM	2
30207185	FRATURA LEFORT III - FIXACAO CIRURGICA COM SINTESE OSSEA, LEVANTAMENTO E BLOQUEIO INTERMAXILAR EVENTUAL	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	274,67	582,55	19,03	876,25	SIM	2
30207193	FRATURAS MULTIPLAS DE TERCO MEDIO DA FACE - FIXACAO CIRURGICA COM SINTESE OSSEA, LEVANTAMENTO CRANIO-MAXILAR E BLOQUEIO INTERMAXILAR	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	650,00	594,76	20,68	1265,44	SIM	3
30207207	FRATURAS COMPLEXAS DO TERCO MEDIO DA FACE - FIXACAO CIRURGICA COM SINTESE, LEVANTAMENTO CRANIO-MAXILAR, ENXERTO OSSEO, HALO CRANIANO EVENTUAL	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	561,44	813,00	44,60	1419,04	SIM	3
30207215	RETIRADA DOS MEIOS DE FIXACAO (NA FACE)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	78,00	46,60	20,00	144,60	NÃO	0
30207223	TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE OSSOS	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	65,50	26,76	19,03	111,29	NÃO	1
30207231	REDUCAO DE LUXACAO DO ATM	Principal	Ambos	SIM	NÃO	83,49	105,12	20,68	209,29	SIM	1

Observações: 1) Os procedimentos com esvaziamento ganglionar incluem ligadura de vasos e traqueostomia.

CIRURGIA REPARADORA E FUNCIONAL DA FACE

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30208017	ARTROPLASTIA PARA LUXACAO RECIDIVANTE DA ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	874,20	690,26	22,00	1586,46	SIM	2
30208025	OSTEOPLASTIA PARA PROGNATISMO, MICROGNATISMO OU LATEROGNATISMO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	510,40	692,68	22,00	1225,08	SIM	2

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

CABEÇA E PESCOÇO

CIRURGIA REPARADORA E FUNCIONAL DA FACE

30208033	OSTEOTOMIAS ALVEOLO-PALATINAS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	458,92	337,89	22,00	818,81	SIM	2
30208041	OSTEOTOMIAS SEGMENTARES DA MAXILA OU MALAR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	613,36	467,92	22,00	1103,28	SIM	2
30208050	OSTEOTOMIA TIPO LEFORT I	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	668,36	467,92	22,00	1158,28	SIM	2
30208068	OSTEOTOMIA TIPO LEFORT II	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1083,50	813,28	22,00	1918,78	SIM	2
30208076	OSTEOTOMIA TIPO LEFORT III - EXTRA CRANIANA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1142,90	842,22	22,00	2007,12	SIM	3
30208084	OSTEOTOMIA CRANIO-MAXILARES COMPLEXAS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1405,80	1155,03	33,00	2593,83	SIM	3
30208092	REDUCAO SIMPLES DA LUXACAO DA ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR COM FIXACAO INTERMAXILAR	Principal	Hospitalar	SIM	NÃO	353,25	211,70	22,00	586,95	SIM	1
30208106	RECONSTRUCAO PARCIAL DA MANDIBULA COM ENXERTO OSSEO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	971,30	715,59	22,00	1708,89	SIM	3
30208122	TRATAMENTO CIRURGICO DA ANQUILOSE DA ARTICULACAO TEMPORO MANDIBULAR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	668,36	467,92	22,00	1158,28	SIM	2

SEQUELAS DE TRAUMA DA FACE

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30209013	OSTEOPLASTIAS ETMOIDO ORBITAIS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1083,50	816,79	22,00	1922,29	SIM	2

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

CABEÇA E PESCOÇO

SEQUELAS DE TRAUMA DA FACE

30209021	OSTEOPLASTIAS DA MANDIBULA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	965,80	736,10	22,00	1723,90	SIM	2
30209030	OSTEOPLASTIAS DO ARCO ZIGOMATICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	510,40	381,79	22,00	914,19	SIM	2
30209048	OSTEOPLASTIAS DA ORBITA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1142,90	819,70	22,00	1984,60	SIM	2
30209056	CORRECAO CIRURGICA DEPRESSAO (AFUNDAMENTO)FS REG FRONTAL	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	510,40	388,04	22,00	920,44	SIM	2

FACE

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30210011	HEMIATROFIA FACIAL, CORRECAO COM ENXERTO DE GORDURA OU IMPLANTE	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	791,01	414,58	11,00	1216,59	SIM	3
30210020	CORRECAO TUMORES CICATRIZES OU FERIMENTOS C/ AUXILIO DE EXPANSORES DE TECIDOS (POR ESTAGIO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	792,00	301,04	11,00	1104,04	SIM	3
30210038	PARALISIA FACIAL - REANIMACAO COM MUSCULO TEMPORAL (REGIAO ORAL), SEM NEUROTIZACAO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	946,55	536,91	11,00	1494,46	SIM	3
30210046	PARALISIA FACIAL - REANIMACAO COM MUSCULO TEMPORAL (REGIAO ORBITAL), SEM NEUROTIZACAO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	946,55	441,44	11,00	1398,99	SIM	3
30210054	PARALISIA FACIAL - REANIMACAO COM MUSCULO TEMPORAL (REGIAO ORAL), COM NEUROTIZACAO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1101,98	742,37	11,00	1855,35	SIM	3
30210062	PARALISIA FACIAL - REANIMACAO COM MUSCULO TEMPORAL (REGIAO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	817,30	781,24	11,00	1609,54	SIM	3

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

CABEÇA E PESCOÇO

FACE

	PARALISIA FACIAL - REANIMACAO COM MUSCULO TEMPORAL (REGIAO ORBITAL E ORAL), COM NEUROTIZACAO										
30210070	RECONSTRUCAO COM RETALHOS AXIAIS, SUPRA -ORBITAIS E SUPRATROCLEARES	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	971,30	501,16	11,00	1483,46	SIM	3
30210089	RECONSTRUCAO COM RETALHO AXIAL DA ARTERIA TEMPORAL SUPERFICIAL SUPRA -ORBITAIS E SUPRATROCLEARES	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1050,00	501,16	11,00	1562,16	SIM	3
30210097	RECONSTRUCAO COM RETALHOS EM VY DE PEDICULO SUBARTERIAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1020,60	374,80	11,00	1406,40	SIM	3
30210100	RECONSTRUCAO COM ROTACAO DO MUSCULO TEMPORAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1050,00	501,16	11,00	1562,16	SIM	3
30210119	EXERESE DE TUMOR MALIGNO DE PELE	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	184,60	153,58	0,00	338,18	SIM	1
30210127	EXERESE DE TUMOR BENIGNO, CISTO OU FISTULA	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	103,70	70,75	0,00	174,45	NÃO	1

Observações: 1) O código 30210119 - exerese de tumor maligno de pele é exclusivo para lesões localizadas na face, sendo necessário anexar o laudo anátomo-patológico confirmando malignidade para sua remuneração.

MANDÍBULA

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30211018	BIOPSIA DE MANDIBULA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	68,20	103,78	0,00	171,98	SIM	0
30211034	RESSECCAO DE TUMOR DE MANDIBULA COM DESARTICULACAO DE ATM	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1252,08	691,28	132,00	2075,36	SIM	4
30211042	HEMIMANDIBULECTOMIA OU RESSECCAO SECCIONAL DA MANDIBULA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	809,60	616,50	27,50	1453,60	SIM	3

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

CABEÇA E PESCOÇO

MANDÍBULA

30211050	MANDIBULECTOMIA TOTAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1020,80	681,63	27,50	1729,93	SIM	3
30211069	MANDIBULECTOMIIA COM OU SEM ESVAZIAMENTO ORBITARIO E RINOTOMIA LATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1007,60	608,80	22,00	1638,40	SIM	4

PESCOÇO

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30212014	CERVICOTOMIA EXPLORADORA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	602,25	422,72	30,80	1055,77	SIM	2
30212022	DRENAGEM DE ABSCESSO CERVICAL PROFUNDO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	223,74	181,80	11,00	416,54	SIM	1
30212030	ESVAZIAMENTO CERVICAL RADICAL (ESPECIFICAR O LADO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	433,73	641,10	44,20	1119,03	SIM	3
30212049	ESVAZIAMENTO CERVICAL RADICAL AMPLIADO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	451,33	863,19	66,20	1380,72	SIM	4
30212057	ESVAZIAMENTO CERVICAL SELETIVO (ESPECIFICAR O LADO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	433,73	422,31	44,20	900,24	SIM	2
30212065	EXERESE DE CISTO BRANQUIAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	429,66	359,84	30,80	820,30	SIM	2
30212073	EXERESE DE CISTO TIREOGLOSSO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	429,66	359,84	30,80	820,30	SIM	2
30212081	EXERESE DE TUMOR BENIGNO, CISTO OU FISTULA CERVICAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	223,74	332,48	11,00	567,22	SIM	2

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

CABEÇA E PESCOÇO

PESCOÇO

30212090	LINFADENECTOMIA PROFUNDA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	135,00	208,84	7,80	351,64	SIM	2
30212103	LINFADENECTOMIA SUPERFICIAL	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	42,80	104,12	0,00	146,92	SIM	1
30212111	NEUROBLASTOMA CERVICAL - EXERESE	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	428,36	798,81	18,43	1245,60	SIM	3
30212120	PUNCAO BIOPSIA DE PESCOCO	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	57,20	32,75	0,00	89,95	NÃO	0
30212138	RECONSTRUCAO DE ESOFAGO CERVICAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1817,97	723,55	204,38	2745,90	SIM	5
30212146	RESSECCAO DE TUMOR DE CORPO CAROTIDEO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1072,50	763,60	109,40	1945,50	SIM	5
30212154	RETRACAO CICATRICIAL CERVICAL - POR ESTAGIO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	791,01	757,60	11,00	1559,61	SIM	2
30212162	RETRACAO CICATRICIAL CERVICAL COM EMPREGO DE EXPANSORES DE TECIDO - POR ESTAGIO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	820,05	469,52	11,00	1300,57	SIM	3
30212170	TORCICOLO CONGENITO - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	506,88	469,59	11,00	987,47	SIM	3
30212189	TRATAMENTO CIRURGICO DA LIPOMATOSE CERVICAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	428,36	307,40	18,43	754,19	SIM	2
30212197	TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA COM RETALHO CUTANEO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	429,66	297,28	11,00	737,94	SIM	2

TIREOIDE

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

CABEÇA E PESCOÇO

TIREOIDE

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30213010	BIOPSIA DE TIREOIDE	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	109,56	126,96	25,38	261,90	SIM	1
30213029	BOCIO MERGULHANTE: EXTIRPACAO POR ACESSO CERVICO-TORACICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	996,60	842,22	112,20	1951,02	SIM	3
30213037	ISTMECTOMIA OU NODULECTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	527,55	298,40	31,49	857,44	SIM	2
30213045	TIREOIDECTOMIA PARCIAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	802,55	613,19	31,49	1447,23	SIM	2
30213053	TIREOIDECTOMIA TOTAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	889,35	966,36	40,15	1895,86	SIM	2

PARATIREOIDE

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30214017	BIOPSIA DE PARATIREOIDE	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	129,80	205,71	30,80	366,31	SIM	1
30214025	PARATIREOIDECTOMIA COM TORACOTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	921,17	1109,50	41,82	2072,49	SIM	3
30214033	REIMPLANTE DE PARATIREOIDE PREVIAMENTE PRESERVADA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	506,88	367,04	31,49	905,41	SIM	2
30214041	TRATAMENTO CIRURGICO DO HIPERPARATIREOIDISMO PRIMARIO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	662,67	500,84	41,85	1205,36	SIM	3
30214050	TRATAMENTO CIRURGICO DO HIPERPARATIREOIDISMO SECUNDARIO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	662,67	597,60	41,85	1302,12	SIM	3

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

CABEÇA E PESCOÇO

PARATIREOIDE

CRÂNIO

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30215013	CRANIOPLASTIA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	584,30	467,92	34,30	1086,52	SIM	4
30215021	CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	856,34	594,80	75,55	1526,69	SIM	4
30215030	CRANIOTOMIA PARA TUMORES OSSEOS	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	856,48	352,31	68,95	1277,74	SIM	4
30215048	RECONSTRUCAO CRANIANA OU CRANIOFACIAL	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1552,08	1345,43	179,12	3076,63	SIM	4
30215056	RETIRADA DE CRANIOPLASTIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	539,78	230,79	34,30	804,87	SIM	3
30215072	TRATAMENTO CIRURGICO DA CRANIOSSINOSTOSE	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1371,50	716,80	68,95	2157,25	SIM	4
30215080	TRATAMENTO CIRURGICO DA FRATURA DO CRANIO - AFUNDAMENTO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	856,48	493,78	68,95	1419,21	SIM	3
30215099	TRATAMENTO CIRURGICO DA OSTEOMIELITE DE CRANIO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	856,48	359,84	68,95	1285,27	SIM	3

Observações: "O fechamento do crânio com placas e parafusos será remunerado pelo código 30215013 - CRANIOPLASTIA."

OLHOS

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

OLHOS

PÁLPEBRAS

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30301017	ABSCESSO DE PALPEBRA - DRENAGEM	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	30,00	40,18	0,00	70,18	NÃO	0
30301025	BIOPSIA DE PALPEBRA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	40,00	40,18	0,00	80,18	NÃO	0
30301033	BLEFARORRAFIA	Principal	Ambos	NÃO	SIM	135,00	146,72	0,00	281,72	SIM	1
30301041	CALAZIO - EXERESE	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	32,00	40,18	0,00	72,18	NÃO	0
30301050	CANTOPLASTIA LATERAL	Principal	Ambos	NÃO	SIM	198,00	217,28	0,00	415,28	SIM	1
30301068	CANTOPLASTIA MEDIAL	Principal	Ambos	NÃO	SIM	202,00	203,55	0,00	405,55	SIM	1
30301084	CORRECAO CIRURGICA DE ECTROPIO OU ENTROPIO	Principal	Ambos	NÃO	SIM	209,00	255,59	0,00	464,59	SIM	1
30301114	EPICANTO - CORRECAO CIRURGICA - UNILATERAL	Principal	Ambos	NÃO	SIM	200,00	255,59	0,00	455,59	SIM	1
30301149	FISSURA PALPEBRAL - CORRECAO CIRURGICA	Principal	Ambos	NÃO	SIM	115,00	100,00	0,00	215,00	SIM	1
30301157	LAGOFTALMO - CORRECAO CIRURGICA	Principal	Ambos	NÃO	SIM	252,00	308,80	0,00	560,80	SIM	1
30301165	PALPEBRA - RECONSTRUCAO PARCIAL (COM OU SEM RESSECCAO DE TUMOR)	Principal	Ambos	NÃO	SIM	252,00	346,37	0,00	598,37	SIM	1
30301173	PALPEBRA - RECONSTRUCAO TOTAL (COM OU SEM RESSECCAO DE TUMOR) - POR ESTAGIO	Principal	Ambos	NÃO	SIM	389,00	435,20	0,00	824,20	SIM	1

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

OLHOS

PÁLPEBRAS

30301181	PTOSE PALPEBRAL - CORRECAO CIRURGICA - UNILATERAL	Principal	Ambos	NÃO	SIM	180,00	202,00	0,00	382,00	SIM	1
30301190	RESSECCAO DE TUMORES PALPEBRAIS	Principal	Ambos	NÃO	SIM	135,00	189,20	0,00	324,20	SIM	1
30301203	RETRACAO PALPEBRAL	Principal	Ambos	NÃO	SIM	214,00	337,89	0,00	551,89	SIM	1
30301211	SIMBLEFARO COM OU SEM ENXERTO - CORRECAO CIRURGICA	Principal	Ambos	NÃO	SIM	168,80	255,59	0,00	424,39	SIM	1
30301220	SUPERCILIO - RECONSTRUCAO TOTAL	Principal	Ambos	SIM	SIM	292,00	431,04	0,00	723,04	SIM	1
30301238	SUTURA DE PALPEBRA	Principal	Ambos	SIM	NÃO	52,00	82,79	0,00	134,79	NÃO	0
30301246	TARSORRAFIA	Principal	Ambos	SIM	SIM	82,00	71,79	0,00	153,79	SIM	0
30301254	TELECANTO - CORRECAO CIRURGICA - UNILATERAL	Principal	Ambos	NÃO	SIM	304,00	329,00	0,00	633,00	SIM	1
30301262	TRIQUIASE COM OU SEM ENXERTO	Principal	Ambos	NÃO	SIM	40,00	60,30	0,00	100,30	NÃO	0

Observações: 1) O Ipsemg não autoriza o procedimento 30301181 (Ptose palpebral - correcao cirúrgica - unilateral) para correção de dermatocalaze, que não possui cobertura pelo Instituto.

CAVIDADE ORBITÁRIA

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30302013	CORRECAO DA ENOFTALMIA	Principal	Ambos	NÃO	SIM	286,00	474,08	0,00	760,08	SIM	1
30302021	DESCOMPRESSAO DE ORBITA OU NERVO OTICO	Principal	Ambos	SIM	SIM	346,00	532,50	0,00	878,50	SIM	1

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

OLHOS

CAVIDADE ORBITÁRIA

30302030	EXENTERACAO COM OSTEOTOMIA	Principal	Ambos	SIM	SIM	615,00	494,00	0,00	1109,00	SIM	1
30302048	EXENTERACAO DE ORBITA	Principal	Ambos	SIM	SIM	344,00	627,52	0,00	971,52	SIM	1
30302056	EXERESE DE TUMOR COM ABORDAGEM CRANIOFACIAL ONCOLOGICA (TEMPO FACIAL) PALPEBRA, CAVIDADE ORBITARIA E OLHOS	Principal	Ambos	NÃO	SIM	792,00	616,37	0,00	1408,37	SIM	1
30302064	FRATURA DE ORBITA - REDUCAO CIRURGICA	Principal	Ambos	SIM	SIM	342,00	399,07	0,00	741,07	SIM	1
30302072	FRATURA DE ORBITA - REDUCAO CIRURGICA E ENXERTO OSSEO	Principal	Ambos	SIM	SIM	468,00	520,98	0,00	988,98	SIM	1
30302080	IMPLANTE SECUNDARIO DE ORBITA	Principal	Ambos	SIM	SIM	417,00	484,00	0,00	901,00	SIM	1
30302099	MICROCIRURGIA PARA TUMORES ORBITARIOS	Principal	Ambos	NÃO	SIM	1259,50	1068,48	114,15	2442,13	SIM	1
30302102	RECONSTITUICAO DE PAREDES ORBITARIAS	Principal	Ambos	SIM	SIM	554,00	729,44	0,00	1283,44	SIM	1
30302110	RECONSTRUCAO PARCIAL DE CAVIDADE ORBITAL - POR ESTAGIO	Principal	Ambos	NÃO	SIM	420,00	377,09	0,00	797,09	SIM	1
30302129	RECONSTRUCAO TOTAL DA CAVIDADE ORBITAL - POR ESTAGIO	Principal	Ambos	NÃO	SIM	558,60	594,76	0,00	1153,36	SIM	1
30302137	TUMOR DE ORBITA - EXERESE	Principal	Ambos	NÃO	SIM	366,00	560,90	0,00	926,90	SIM	1

CONJUNTIVA

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

OLHOS

CONJUNTIVA

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30303010	AUTOTRANSPLANTE CONJUNTIVAL	Principal	Ambos	NÃO	SIM	320,00	371,68	0,00	691,68	SIM	1
30303028	BIOPSIA DE CONJUNTIVA	Principal	Ambos	NÃO	SIM	43,00	29,76	0,00	72,76	NÃO	0
30303044	INFILTRACAO SUBCONJUNTIVAL	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	25,00	16,64	0,00	41,64	NÃO	0
30303060	PTERIGIO - EXERESE	Principal	Ambos	NÃO	SIM	248,00	100,00	0,00	348,00	NÃO	0
30303079	RECONSTITUICAO DE FUNDO DE SACO	Principal	Ambos	NÃO	SIM	162,00	126,75	0,00	288,75	SIM	1
30303087	SUTURA DE CONJUNTIVA	Principal	Ambos	SIM	NÃO	248,00	65,47	0,00	313,47	NÃO	0
30303109	TUMOR DE CONJUNTIVA - EXERESE	Principal	Ambos	NÃO	SIM	220,00	95,23	0,00	315,23	NÃO	1

CÓRNEA

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30304016	CAUTERIZACAO DE CORNEA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	7,50	29,76	0,00	37,26	NÃO	0
30304024	CERATECTOMIA SUPERFICIAL - MONOCULAR	Principal	Ambos	NÃO	SIM	84,00	75,00	0,00	159,00	SIM	0
30304032	CORPO ESTRANHO DA CORNEA - RETIRADA	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	7,50	29,76	0,00	37,26	NÃO	0

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

OLHOS

CÓRNEA

30304040	PTK CERATECTOMIA FOTOTERAPEUTICA - MONOCULAR	Principal	Ambos	NÃO	SIM	155,80	272,00	0,00	427,80	NÃO	1
30304059	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL	Principal	Ambos	SIM	SIM	152,00	126,75	0,00	278,75	SIM	1
30304067	SUTURA DE CORNEA (COM OU SEM HERNIA DE IRIS)	Principal	Ambos	SIM	NÃO	274,14	235,95	0,00	510,09	SIM	1
30304075	TARSOCONJUNTIVOCERATOPLASTIA	Principal	Ambos	NÃO	SIM	200,00	295,00	0,00	495,00	SIM	1
30304083	IMPLANTE DE ANEL INTRA-ESTROMAL	Principal	Ambos	NÃO	SIM	378,48	432,00	0,00	810,48	NÃO	
30304091	FOTOABLACAO DE SUPERFICIE CONVENCIONAL PRK CORNEA	Principal	Ambos	NÃO	SIM	504,00	237,60	0,00	741,60	NÃO	1
30304105	DELAMINACAO CORNEANA COM FOTOABLACAO ESTROMAL LASIK	Principal	Ambos	NÃO	SIM	704,00	237,60	0,00	941,60	NÃO	1

CÂMARA ANTERIOR

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30305012	PARACENTESE DA CAMARA ANTERIOR	Suplementar	Ambos	SIM	SIM	52,00	65,47	0,00	117,47	NÃO	0
30305020	RECONSTRUCAO DA CAMARA ANTERIOR	Principal	Ambos	SIM	SIM	361,23	526,30	0,00	887,53	SIM	1
30305039	REMOCAO DE HIFEMA	Principal	Ambos	SIM	SIM	155,00	210,63	0,00	365,63	NÃO	1
30305047	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CAMARA ANTERIOR	Principal	Ambos	SIM	SIM	328,54	322,15	0,00	650,69	NÃO	1

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

OLHOS

CÂMARA ANTERIOR

CRISTALINO

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30306011	CAPSULOTOMIA CIRURGICA	Principal	Ambos	NÃO	SIM	496,78	284,88	0,00	781,66	SIM	0
30306019	CAPSULOTOMIA YAG	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	52,00	100,00	0,00	152,00	SIM	0
30306027	FACECTOMIA COM LENTE INTRA-OCULAR COM FACOEMULSIFICACAO	Principal	Ambos	NÃO	SIM	786,81	497,40	0,00	1284,21	SIM	1
30306035	FACECTOMIA COM LENTE INTRA-OCULAR SEM FACOEMULSIFICACAO	Principal	Ambos	NÃO	SIM	563,61	578,30	0,00	1141,91	SIM	1
30306043	FACECTOMIA SEM IMPLANTE	Principal	Ambos	NÃO	SIM	563,61	588,00	0,00	1151,61	SIM	1
30306051	FIXACAO ESCLERAL OU IRIANA DE LENTE INTRA OCULAR (EXCETO PARA CORRECAO ISOLADA DE DISTURBIOS DE REFRACAO)	Principal	Ambos	NÃO	SIM	276,10	337,67	0,00	613,77	SIM	1
30306060	IMPLANTE SECUNDARIO / EXPLANTE / FIXACAO ESCLERAL OU IRIANA	Principal	Ambos	NÃO	SIM	595,00	350,00	0,00	945,00	SIM	1
30306078	REMOCAO DE PIGMENTOS DA LENTE INTRA- OCULAR COM YAG-LASER	Principal	Ambos	NÃO	SIM	52,00	100,00	0,00	152,00	SIM	0

CORPO VITREO

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

OLHOS

CORPO VITREO

30307015	BIOPSIA DE TUMOR VIA PARS PLANA	Principal	Ambos	NÃO	SIM	201,00	284,88	0,00	485,88	SIM	1
30307023	BIOPSIA DE VITREO VIA PARS PLANA	Principal	Ambos	NÃO	SIM	132,00	184,00	0,00	316,00	SIM	1
30307031	ENDOLASER/ENDODIATERMIA	Principal	Ambos	SIM	SIM	65,00	284,88	0,00	349,88	SIM	1
30307040	IMPLANTE DE SILICONE INTRAVITREO	Principal	Ambos	SIM	SIM	150,00	459,50	0,00	609,50	SIM	1
30307058	INFUSAO DE PERFLUOCARBONO	Principal	Ambos	SIM	SIM	220,00	249,27	0,00	469,27	SIM	1
30307066	MEMBRANECTOMIA EPI OU SUB-RETINIANA	Principal	Ambos	SIM	SIM	150,00	240,00	0,00	390,00	SIM	1
30307074	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO CORPO VITREO	Principal	Ambos	SIM	SIM	481,00	468,15	0,00	949,15	SIM	1
30307082	RETIRADA DE OLEO DE SILICONE VIA PARS PLANA	Principal	Ambos	SIM	SIM	802,82	676,00	0,00	1478,82	SIM	1
30307090	TROCA FLUIDO GASOSA	Principal	Ambos	SIM	SIM	0,00	156,00	0,00	156,00	SIM	1
30307104	VITRECTOMIA A CEU ABERTO - CERATOPROTESE	Principal	Ambos	SIM	SIM	750,00	806,29	0,00	1556,29	SIM	1
30307112	VITRECTOMIA ANTERIOR	Principal	Ambos	SIM	SIM	672,82	453,30	0,00	1126,12	SIM	1
30307120	VITRECTOMIA VIAS PARS PLANA	Principal	Ambos	SIM	SIM	830,00	681,93	0,00	1511,93	SIM	1
30307148	TRATAMENTO OCULAR COM INJECAO DE MEDICACAO INTRAVITREO	Suplementar	Ambos	SIM	SIM	161,70	200,00	0,00	361,70	NÃO	0

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

OLHOS

CORPO VITREO

ESCLERA

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30308011	BIOPSIA DE ESCLERA	Principal	Ambos	NÃO	SIM	88,00	80,93	0,00	168,93	SIM	0
30308020	ENXERTO DE ESCLERA	Principal	Ambos	SIM	SIM	292,00	441,92	0,00	733,92	SIM	1
30308038	SUTURA DE ESCLERA	Principal	Ambos	SIM	NÃO	150,00	190,27	0,00	340,27	SIM	1
30308046	EXERESE DE TUMOR DE ESCLERA	Principal	Ambos	NÃO	SIM	101,00	195,20	0,00	296,20	SIM	1

BULBO OCULAR

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30309018	ENUCLEACAO OU EVISCERACAO COM OU SEM IMPLANTE	Principal	Ambos	NÃO	SIM	248,04	420,60	0,00	668,64	SIM	1
30309026	INJECAO RETROBULBAR	Principal	Ambos	SIM	SIM	30,00	29,76	0,00	59,76	NÃO	0
30309034	RECONSTITUICAO DE GLOBO OCULAR COM LESAO DE ESTRUTURAS INTRA-OCULARES	Principal	Ambos	SIM	SIM	400,00	729,44	0,00	1129,44	SIM	1

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

OLHOS

IRIS E CORPO CILIAR

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30310016	BIOPSIA DE IRIS E CORPO CILIAR	Principal	Ambos	NÃO	SIM	206,00	167,52	0,00	373,52	SIM	1
30310024	CICLOTERAPIA EM IRIS E CORPO CILIAR	Principal	Ambos	SIM	SIM	93,00	187,15	0,00	280,15	SIM	1
30310032	CIRURGIAS FISTULIZANTES ANTIGLAUCOMATOSAS	Principal	Ambos	SIM	SIM	374,30	678,62	0,00	1052,92	SIM	0
30310040	CIRURGIAS FISTULIZANTES COM IMPLANTES VALVULARES	Principal	Ambos	SIM	SIM	399,00	511,84	0,00	910,84	SIM	1
30310059	DRENAGEM DE DESCOLAMENTO DE COROIDE	Principal	Ambos	SIM	SIM	300,00	393,52	0,00	693,52	SIM	1
30310067	FOTOTRABECULOPLASTIA (LASER)	Principal	Ambos	NÃO	SIM	81,00	151,78	0,00	232,78	NÃO	0
30310075	GONIOTOMIA OU TRABECULOTOMIA	Principal	Ambos	NÃO	SIM	414,80	729,44	0,00	1144,24	SIM	1
30310083	IRIDECTOMIA (LASER)	Principal	Ambos	SIM	SIM	80,00	90,00	0,00	170,00	SIM	1
30310088	IRIDECTOMIA (CIRURGICA)	Principal	Ambos	NÃO	SIM	379,69	301,14	0,00	680,83	SIM	0
30310091	IRIDOCICLECTOMIA	Principal	Ambos	NÃO	SIM	451,00	779,35	0,00	1230,35	SIM	1
30310105	SINEQUIOTOMIA (CIRURGICA)	Principal	Ambos	SIM	SIM	200,00	284,80	0,00	484,80	SIM	1
30310113	SINEQUIOTOMIA (LASER)	Principal	Ambos	NÃO	SIM	155,00	134,40	0,00	289,40	SIM	1

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

OLHOS

IRIS E CORPO CILIAR

MÚSCULOS

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30311012	BIOPSIA DE MUSCULOS	Principal	Ambos	NÃO	SIM	98,00	65,47	0,00	163,47	NÃO	0
30311020	CIRURGIA COM SUTURA AJUSTAVEL	Principal	Ambos	NÃO	SIM	220,00	415,80	0,00	635,80	SIM	1
30311039	ESTRABISMO CICLO VERTICAL / TRANSPOSICAO MONOCULAR	Principal	Ambos	NÃO	SIM	491,37	405,66	0,00	897,03	SIM	1
30311047	ESTRABISMO HORIZONTAL MONOCULAR	Principal	Ambos	NÃO	SIM	251,00	405,66	0,00	656,66	SIM	1
30311055	INJECAO DE TOXINA BOTULINICA - MONOCULAR	Principal	Ambos	NÃO	SIM	95,00	35,00	0,00	130,00	NÃO	0

RETINA

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30312019	APLICACAO DE PLACA RADIATIVA EPISCLERAL	Principal	Ambos	NÃO	SIM	275,00	400,60	0,00	675,60	SIM	1
30312027	BIOPSIA DE RETINA	Principal	Ambos	NÃO	SIM	225,00	368,56	0,00	593,56	SIM	1
30312035	EXERESE DE TUMOR DE COROIDE E/OU CORPO CILIAR	Principal	Ambos	NÃO	SIM	351,00	568,14	0,00	919,14	SIM	1

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

OLHOS

RETINA

30312043	FOTOCOAGULACAO (LASER) - POR SESSAO - MONOCULAR	Principal	Ambos	NÃO	SIM	0,00	131,78	0,00	131,78	NÃO	1
30312060	PANCRIOTERAPIA PERIFERICA	Principal	Ambos	SIM	SIM	204,00	299,49	0,00	503,49	SIM	1
30312078	REMOCAO DE IMPLANTE EPISCLERAL	Principal	Ambos	NÃO	SIM	136,00	228,15	0,00	364,15	SIM	1
30312086	RETINOPEXIA COM INTROFLEXAO ESCLERAL	Principal	Ambos	SIM	SIM	484,00	729,44	0,00	1213,44	SIM	1
30312094	RETINOPEXIA PNEUMATICA	Principal	Ambos	SIM	SIM	151,00	246,26	0,00	397,26	NÃO	1
30312108	RETINOPEXIA PROFILATICA (CRIOPEXIA)	Principal	Ambos	SIM	SIM	244,43	228,04	0,00	472,47	SIM	0

VIAS LACRIMAIS

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30313015	CIRURGIA DA GLANDULA LACRIMAL	Principal	Ambos	NÃO	SIM	311,10	431,04	0,00	742,14	SIM	1
30313023	DACRIOCISTECTOMIA - UNILATERAL	Principal	Ambos	NÃO	SIM	250,00	255,59	0,00	505,59	SIM	1
30313031	DACRIOCISTORRINOSTOMIA COM OU SEM INTUBACAO - UNILATERAL	Principal	Ambos	NÃO	SIM	315,00	578,72	0,00	893,72	SIM	1
30313040	FECHAMENTO DOS PONTOS LACRIMAIS	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	76,50	29,76	0,00	106,26	NÃO	0
30313058	RECONSTITUICAO DE VIAS LACRIMAIS COM SILICONE OU OUTRO	Principal	Ambos	NÃO	SIM	358,00	357,75	0,00	715,75	SIM	1

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

OLHOS

VIAS LACRIMAIS

	RECONSTITUICAO DE VIAS LACRIMAIS COM SILICONE OU OUTRO MATERIAL										
30313066	SONDAGEM DAS VIAS LACRIMAIS - COM OU SEM LAVAGEM	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	59,98	61,20	0,00	121,18	NÃO	0

ORELHA

PAVILHÃO AURICULAR

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30401011	BIOPSIA DE PAVILHAO AURICULAR	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	37,80	21,78	0,00	59,58	NÃO	0
30401020	EXERESE DE TUMOR COM ABORDAGEM CRANIOFACIAL ONCOLOGICA PAVILHAO AURICULAR(TEMPO FACIAL)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1162,00	1434,00	30,80	2626,80	SIM	3
30401038	EXRESE DE TUMOR COM FECHAMENTO PRIMARIO	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	73,38	60,00	0,00	133,38	SIM	1
30401054	RECONSTRUCAO DE ORELHA-RETOQUES	Principal	Ambos	NÃO	SIM	204,95	145,52	0,00	350,47	SIM	1
30401062	RECONSTRUCAO DE UNIDADES ANATOMICA DO PAVILHAO AURICULAR-POR ESTAGIO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	390,00	313,23	7,15	710,38	SIM	2
30401070	RECONSTRUCAO TOTAL DE ORELHA(UNICO ESTAGIO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	459,50	724,00	7,15	1190,65	SIM	2

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

ORELHA

PAVILHÃO AURICULAR

30401089	RESSECCAO DE TUMOR DE PAVILHAO AURICULAR,INCUINDO PARTE DO OSSO TEMPORAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	809,60	1302,24	56,80	2168,64	SIM	3
30401097	RESSECCAO SUBTOTAL OU TOTAL DE ORELHA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	390,00	324,80	22,00	736,80	SIM	2
30401100	TRATAMENTO CIRURGICO DE SINUS PRE-AURICULAR	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	181,50	186,90	22,00	390,40	SIM	1

ORELHA EXTERNA

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30402018	ASPIRACAO AURICULAR OU CURATIVO	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	12,00	25,00	0,00	37,00	NÃO	1
30402026	BIOPSIA (ORELHA EXTERNA)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	37,80	35,00	0,00	72,80	NÃO	0
30402034	CISTO PRE-AURICULAR(COLOBOMA AURIS)-EXERESE-UNILATERAL	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	229,85	219,00	3,12	451,97	SIM	0
30402042	CORPOS ESTRANHOS,POLIPOS OU BIOPSIA-EM CONSULTORIO	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	0,00	30,20	0,00	30,20	NÃO	1
30402050	CORPOS ESTRANHOS,POLIPOS OU BIOPSIA-EM HOSPITAL SOB-ANESTESIA GERAL	Principal	Ambos	SIM	NÃO	148,50	122,74	3,12	274,36	SIM	1
30402069	ESTENOSE DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO-CORRECAO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	477,18	462,72	4,95	944,85	SIM	2
30402077	FURUNCULO-DRENAGEM(OUVIDO)	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	37,80	40,18	0,00	77,98	NÃO	1

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

ORELHA

ORELHA EXTERNA

30402085	PERICONDRITE DE PAVILHAO-TRATAMENTO CIRURGICO COM DESBRIDAMENTO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	204,93	186,24	3,12	394,29	SIM	1
30402093	TUMOR BENIGNO DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO-EXERESE	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	148,50	130,80	3,12	282,42	SIM	1

ORELHA MÉDIA

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30403014	CAUTERIZACAO DE MEMBRANA TIMPANICA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	25,00	20,00	0,00	45,00	SIM	1
30403030	ESTAPEDECTOMIA OU ESTAPEDOTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	692,01	655,68	8,61	1356,30	SIM	2
30403049	EXPLORACAO E DESCOMPRESSAO PARCIAL DO NERVO FACIAL INTRATEMPORAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	803,39	684,80	18,17	1506,36	SIM	2
30403057	FISTULA PERILINFATICA-FECHAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	415,80	326,40	4,95	747,15	SIM	2
30403065	GLOMUS JUGULAR-RESSECCAO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	803,39	891,04	18,17	1712,60	SIM	2
30403073	GLOMUS TIMPANICUS-RESSECCCAO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	649,11	581,84	3,12	1234,07	SIM	2
30403081	MASTOIDECTOMIA SIMPLES OU RADICAL MODIFICADA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	692,01	655,68	3,12	1350,81	SIM	2
30403090	OUVIDO CONGENITO-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	874,50	765,44	15,39	1655,33	SIM	2

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

ORELHA

ORELHA MÉDIA

30403103	PARACENTESE DO TIMPANO-MIRINGOTOMIA,UNILATERAL(EM CONSULTORIO)	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	37,80	29,76	0,00	67,56	NÃO	1
30403111	TIMPANO-MASTOIDECTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	973,50	906,39	3,12	1883,01	SIM	2
30403120	TIMPANOPLASTIA COM RECONSTRUCAO DA CADEIA OSSICULAR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	692,01	620,53	3,12	1315,66	SIM	2
30403138	TIMPANOPLASTIA TIPO 1-MIRINGOPLASTIA UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	524,78	472,00	3,47	1000,25	SIM	2
30403146	TIMPANOTOMIA EXPLORADORA-UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	181,50	176,00	3,12	360,62	SIM	1
30403154	TIMPANOTOMIA PARA TUBO DE VENTILACAO-UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	204,60	179,52	3,12	387,24	SIM	1
30403162	PARACENTESE DO TIMPANO,UNILATERAL,EM HOSPITAL,SOB ANESTESIA GERAL	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	110,00	86,70	0,00	196,70	SIM	1

ORELHA INTERNA

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30404010	DOENCA DE MENIERE-TRATAMENTO CIRURGICO-DESCOMPRESSAO DO SACO ENDOLINFATICO OU SHUNT	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	933,91	768,46	18,17	1720,54	SIM	2
30404029	ENXERTO PARCIAL INTRATEMPORAL DO NERVO FACIAL-DO FORAMEM ESTILO-MASTOIDEO AO GANGLIO GENICULADO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	840,40	1019,83	15,39	1875,62	SIM	2
30404037	ENXERTO PARCIAL INTRATEMPORAL DO NERVO FACIAL-DO GANGLIO GENICULADO AO MEATO ACUSTICO INTERNO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	983,40	1150,95	15,39	2149,74	SIM	2

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

ORELHA

ORELHA INTERNA

30404045	ENXERTO TOTAL DO NERVO FACIAL INTRATEMPORAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	988,90	1007,68	15,39	2011,97	SIM	2
30404053	EXPLORACAO E DESCOMPRESSAO TOTAL DO NERVO FACIAL(TRANSMATOIDEO),TRANSLABIRINTICO,FOSSA MEDIA)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1362,90	1212,15	18,17	2593,22	SIM	2
30404061	IMPLANTE COCLEAR(EXCETO A PROTESE)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1168,75	1115,67	170,88	2455,30	SIM	2
30404088	LABIRINTECTOMIA(MEMBRANOSA OU OSSEA)-SEM AUDICAO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	712,80	536,91	18,17	1267,88	SIM	2
30404096	NEURECTOMIA VESTIBULAR PARA FOSSA MEDIA OU POSTERIOR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	984,50	995,08	15,39	1994,97	SIM	2
30404100	NEURECTOMIA VESTIBULAR TRANSLABIRINTICA-SEM AUDICAO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	869,00	725,05	15,39	1609,44	SIM	2
30404126	RESSECCAO DO OSSO TEMPORAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1491,60	1284,63	15,39	2791,62	SIM	4
30404134	TUMOR DO NERVO ACUSTICO-RESSECCAO VIA TRANSLABIRINTICA OU FOSSA MEDIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1362,90	1284,63	15,39	2662,92	SIM	2

NARIZ E SEIOS PARANASAIS

NARIZ

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30501016	ABSCESSO OU HEMATOMA DE SEPTO NASAL-DRENAGEM	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	42,80	60,00	0,00	102,80	NÃO	0

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

NARIZ E SEIOS PARANASAIS

NARIZ

30501024	ABSCESSO OU HEMATOMA DE SEPTO NASAL-DRENAGEM SOB ANESTESIA GERAL	Principal	Ambos	SIM	NÃO	221,10	87,36	0,00	308,46	NÃO	1
30501040	ALONGAMENTO DE COLUMELA EM PACIENTES COM LESOES LABIOPALATAIS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	486,75	298,58	7,15	792,48	SIM	1
30501059	BIOPSIA DE NARIZ	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	37,80	40,18	0,00	77,98	NÃO	0
30501067	CORNETO INFERIOR-CAUTERIZACAO LINEAR-UNILATERAL	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	110,00	110,74	0,00	220,74	SIM	1
30501075	CORNETO INFERIOR-INFILTRACAO MEDICAMENTOSA(UNILATERAL)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	57,20	26,33	0,00	83,53	NÃO	0
30501083	CORPOS ESTRANHOS-RETIRADA EM CONSULTORIO(NARIZ)	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	0,00	30,20	0,00	30,20	NÃO	0
30501091	CORPOS ESTRANHOS-RETIRADA SOB ANESTESIA GERAL/HOSPITAL	Principal	Ambos	SIM	NÃO	138,60	119,52	0,00	258,12	SIM	1
30501113	EPISTAXE CAUTERIZACAO	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	10,00	40,18	0,00	50,18	NÃO	1
30501121	EPISTAXE-CAUTERIZACAO DA ARTERIA ESFENOPLATINA COM MICROSCOPIA-UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	484,88	425,68	22,00	932,56	SIM	2
30501130	EPISTAXE-CAUTERIZACAO DAS ARTERIAS ETMOIDAIS COM MICROSCOPIA-UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	484,88	425,68	22,00	932,56	SIM	2
30501148	EPISTAXE-LIGADURA DAS ARTERIAS ETMOIDAIS-ACESSO TRANSORBITARIO-UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	484,88	557,82	22,00	1064,70	SIM	2
30501156	EPISTAXE-TAMPONAMENTO ANTERO-POSTERIOR	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	204,60	120,00	0,00	324,60	NÃO	1

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

NARIZ E SEIOS PARANASAIS

NARIZ

30501164	EPISTAXE-TAMPONAMENTO ANTERIOR	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	204,60	70,00	0,00	274,60	NÃO	1
30501172	EPISTAXE-TAMPONAMENTO ANTERO-POSTERIOR SOB ANESTESIA	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	204,60	274,40	0,00	479,00	SIM	1
30501180	EXERESE DE TUMOR COM ABORDAGEM CRANIOFACIAL ONCOLOGICA(TEMPO FACIAL)PIRAMIDE NASAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1052,08	1334,00	56,00	2442,08	SIM	4
30501199	EXERESE DE TUMOR NASAL POR VIA ENDOSCOPICA	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	395,00	204,69	21,00	620,69	SIM	2
30501202	FECHAMENTO DE FISTULA LIQUORICA TRANSNASAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1371,50	695,20	22,00	2088,70	SIM	4
30501210	FISTULA LIQUORICA-TRAT CIRURGICO ENDOSCOPICO NASAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1371,50	589,38	22,00	1982,88	SIM	4
30501229	FRATURAS DOS OSSOS NASAIS-REDUCAO CIRURGICA E GESSO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	264,00	230,96	20,68	515,64	SIM	1
30501237	FRATURAS DOS OSSOS NASAIS-REDUCAO INCRUENTA E GESSO	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	85,00	101,52	20,68	207,20	NÃO	1
30501245	IMPERFURACAO COANAL-CORRECAO CIRURGICA INTRANASAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	412,50	431,18	4,90	848,58	SIM	2
30501253	IMPERFURACAO COANAL-CORRECAO CIRURGICA TRANSPALATINA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	589,71	526,50	4,95	1121,16	SIM	2
30501261	OZENA-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	407,88	343,39	9,77	761,04	SIM	1
30501270	PERFURACAO DO SEPTO NASAL-CORRECAO CIRRUGICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	356,40	299,49	7,15	663,04	SIM	1
30501288	POLIPECTOMIA-UNILATERAL	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	138,60	83,33	0,00	221,93	NÃO	1

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

NARIZ E SEIOS PARANASAIS

NARIZ

30501296	RECONSTRUCAO DE UNIDADE ANATOMICA DO NARIZ-POR ESTAGIO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	558,36	585,59	7,15	1151,10	SIM	2
30501300	RECONSTRUCAO TOTAL DE NARIZ-POR ESTAGIO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	558,36	620,53	7,15	1186,04	SIM	2
30501318	RESSECCAO DE TUMORES MALIGNOS TRANSNASAIS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	188,10	426,30	0,00	614,40	SIM	2
30501326	RINECTOMIA PARCIAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	558,36	434,24	7,15	999,75	SIM	2
30501334	RINECTOMIA TOTAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	770,55	568,64	4,90	1344,09	SIM	2
30501342	RINOPLASTIA REPARADORA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	493,50	475,76	7,15	976,41	SIM	2
30501350	RINOSSEPTOPLASTIA FUNCIONAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	777,98	816,79	7,15	1601,92	SIM	2
30501369	SEPTOPLASTIA(QUALQUER TECNICA SEM VIDEO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	536,25	280,00	7,15	823,40	SIM	2
30501377	SENEQUIAS-RESSECCAO	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	93,50	88,80	0,00	182,30	SIM	0
30501385	TRATAMENTO CIRURGICO DA ATRESIA NARINARIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	336,60	326,40	7,15	670,15	SIM	2
30501393	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEFORMIDADE NASAL CONGENITA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	632,61	336,80	7,15	976,56	SIM	3
30501407	TRATAMENTO CIRURGICO DO RINOFIMA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	374,22	297,28	8,02	679,52	SIM	1
30501423	TRATAMENTO DE DEFORMIDADE TRAUMATICA NASAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	777,98	680,50	22,00	1480,48	SIM	3

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

NARIZ E SEIOS PARANASAIS

NARIZ

30501431	TUMOR INTRANASAL-EXERESE POR RINOTOMIA NASAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	529,10	388,80	4,90	922,80	SIM	2
30501440	TUMOR INTRANASAL-EXERESE POR VIA INTRANASAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	188,10	156,50	0,00	344,60	SIM	1
30501458	TURBINECTOMIA OU TURBINOPLASTIA UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	304,16	154,16	4,90	463,22	SIM	1
30501474	CORPOS ESTRANHOS-RETIRADA SOB ANESTESIA GERAL/HOSPITALAR(NARIZ) POR VIDEOENDOSCOPIA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	138,60	119,52	0,00	258,12	SIM	1
30501547	FRATURA DE OSSO PROPRIO DE NARIZ TRATAMENTO CONSERVADOR GESSO	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	79,20	51,46	0,00	130,66	NÃO	0

SEIOS PARANASAIS

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30502012	ANGIOFIBROMA-RESSECCAO TRANSMAXILAR E/OU TRANSPALATINA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	602,50	736,64	30,80	1369,94	SIM	3
30502020	ANTROSTOMIA MAXILAR INTRANASAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	572,00	186,90	21,00	779,90	SIM	3
30502039	ARTERIA MAXILAR INTERNA-LIGADURA TRANSMAXILAR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	593,34	683,84	21,00	1298,18	SIM	3
30502047	CISTO NASO-ALVEOLAR E GLOBULAR-EXERESE	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	188,10	222,43	21,00	431,53	SIM	2
30502063	DESCOMPRESSAO TRANSEMOIDAL DO CANAL OPTICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	707,36	725,05	21,00	1453,41	SIM	3

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

NARIZ E SEIOS PARANASAIS

SEIOS PARANASAIS

30502071	ETMOIDECTOMIA EXTERNA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	458,92	365,33	11,00	835,25	SIM	3
30502080	ETMOIDECTOMIA INTRANASAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	375,00	230,79	11,00	616,79	SIM	3
30502098	EXERESE DE TUMOR COM ABORDAGEM CRANIOFACIAL ONCOLOGICA SEIOS...(TEMPO FACIAL)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	632,61	1552,47	30,80	2215,88	SIM	3
30502101	EXERESE DE TUMOR DE SEIOS PARANASAIS POR VIA ENDOSCOPICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	412,50	209,00	30,80	652,30	SIM	3
30502110	FISTULA ORO ANTRAL-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	356,40	403,73	11,00	771,13	SIM	2
30502128	FISTULA ORONASAL-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	356,40	203,04	11,00	570,44	SIM	2
30502136	MAXILECTOMIA INCLUINDO EXENTERACAO DE ORBITA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	595,00	846,40	11,00	1452,40	SIM	3
30502144	MAXILECTOMIA PARCIAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	460,00	552,56	11,00	1023,56	SIM	3
30502152	MAXILECTOMIA TOTAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	515,00	858,40	30,80	1404,20	SIM	3
30502160	POLIPO ANTRO-COANAL DE KILLIAM-EXERESE	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	72,80	288,00	30,80	391,60	SIM	1
30502179	PUNCAO MAXILAR TRANSMEATICA OU VIA FOSSA CANINA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	57,20	83,33	0,00	140,53	NÃO	0
30502187	RESSECCAO DE TUMOR BENIGNO	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	188,10	254,80	0,00	442,90	SIM	1
30502195	SEIOS PARANASAIS BIOPSIA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	57,20	113,77	30,80	201,77	SIM	0

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

NARIZ E SEIOS PARANASAIS

SEIOS PARANASAIS

30502209	SINUSECTOMIA MAXILAR-VIA ENDONASAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	572,00	512,96	4,90	1089,86	SIM	2
30502217	SINUSECTOMIA FRONTAL COM RETALHO OSTEOPLASTICO OU VIA CORONAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	533,94	517,76	7,15	1058,85	SIM	2
30502225	SINUSECTOMIA FRONTO-ETMOIDAL POR VIA EXTERNA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	533,94	494,67	7,15	1035,76	SIM	2
30502233	SINUSECTOMIA MAXILAR-VIA ORAL(CALDWELL-LUC)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	356,40	299,49	7,15	663,04	SIM	2
30502241	SINUSECTOMIA TRANSMAXILAR (ERMIRO DE LIMA)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	455,40	381,79	4,90	842,09	SIM	2
30502250	SINUSOTOMIA ESFENOIDAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	462,00	393,56	4,90	860,46	SIM	2
30502268	SINUSOTOMIA FRONTAL INTRANASAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	382,14	299,49	4,90	686,53	SIM	2
30502276	SINUSOTOMIA FRONTAL VIA EXTERNA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	382,13	321,44	4,90	708,47	SIM	2
30502284	ANTROSTOMIA MAXILAR ETMOIDECTOMIA ETC(ABERTURA DE TODAS AS CAVIDADES PARANASAIS)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	572,00	428,26	7,15	1007,41	SIM	3
30502292	ANTROSTOMIA MAXILAR INTRANASAL POR VIDEOENDOSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	533,94	186,90	7,15	727,99	SIM	2
30502314	ETMOIDECTOMIA INTRANASAL POR VIDEOENDOSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	572,00	230,79	4,90	807,69	SIM	2
30502322	SINUSECTOMIA MAXILAR-VIA ENDONASAL POR VIDEOENDOSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	572,00	448,64	4,90	1025,54	SIM	2
30502349	SINUSECTOMIA ESFENOIDAL POR VIDEOENDOSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	572,00	448,64	4,90	1025,54	SIM	2

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

NARIZ E SEIOS PARANASAIS

SEIOS PARANASAIS

30502357	SINUSECTOMIA FRONTAL INTRANASAL POR VIDEOENDOSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	572,00	381,01	4,90	957,91	SIM	2

Observações: 1) A realização de diversos atos cirúrgicos com via de acesso pelo nariz serão considerados como PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS. 2) Nas intervenções com abertura de três ou mais cavidades paranasais deverá ser utilizado o código 30502284 (antrostomia maxilar, etmoidectomia, etc - abertura de todas as cavidades paranasais), não sendo pertinente nessa situação a utilização do código de Procedimentos Seqüenciais. 3) Para a cobrança dos códigos de sinusectomia é mandatório anexar cópia do laudo anátomo-patológico na conta.

PAREDE TORÁCICA

PAREDE TORÁCICA

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30601010	CORRECAO DE DEFORMIDADES DA PAREDE TORACICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1117,05	758,24	79,35	1954,64	SIM	8
30601029	COSTECTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	279,18	189,50	25,98	494,66	SIM	2
30601037	ESTERNECTOMIA SUBTOTAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	743,52	504,67	79,33	1327,52	SIM	5
30601045	ESTERNECTOMIA TOTAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1009,80	685,44	79,35	1774,59	SIM	5
30601053	FECHAMENTO DE PLEUROSTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	408,84	280,00	53,37	742,21	SIM	2
30601070	MOBILIZACAO DE RETALHOS MUSCULARES OU DO OMENTO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	497,30	691,00	23,10	1211,40	SIM	4
30601088	PLUMBAGEM EXTRAFASCIAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	721,57	470,40	79,35	1271,32	SIM	5

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

PAREDE TORÁCICA

PAREDE TORÁCICA

30601096	RECONSTRUCAO DA PAREDE TORACICA(COM OU SEM PROTESE)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1032,90	701,12	79,35	1813,37	SIM	5
30601100	RECONSTRUCAO DA PAREDE TORACICA COM RETALHOS CUTANEOS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	891,60	549,90	79,35	1520,85	SIM	5
30601118	RECONSTRUCAO DA PAREDE TORACICA COM RETALHOS MUSCULARES OU MIOCUTANEOS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1020,85	619,10	79,35	1719,30	SIM	5
30601126	RECONSTRUCAO DA REGIAO ESTERNAL C/ RETALHOS MUSCULARES BILATERAIS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1020,85	780,60	79,35	1880,80	SIM	5
30601134	RESSECCAO DE TUMOR DO DIAFRAGMA E RECONSTRUCAO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1259,56	868,00	171,38	2298,94	SIM	7
30601142	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA PAREDE TORACICA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	356,40	241,92	53,46	651,78	SIM	5
30601150	TORACECTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	928,95	630,56	79,35	1638,86	SIM	5
30601169	TORACOPLASTIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	891,00	604,80	79,35	1575,15	SIM	5
30601177	TORACOTOMIA COM BIOPSIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	792,00	537,60	79,35	1408,95	SIM	5
30601185	TORACOTOMIA EXPLORADORA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	792,00	537,60	79,35	1408,95	SIM	5
30601193	TORACOTOMIA PARA PROCEDIMENTOS ORTOPEDICOS E NEUROCIRURGICOS SOBRE A COLUNA VERTEBRAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	543,51	574,56	52,11	1170,18	SIM	5
30601207	TRACAO ESQUELETICA DO GRADIL COSTO-ESTERNAL (TRAUMATISMO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	313,50	212,80	52,11	578,41	SIM	5
30601215	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS DO GRADIL COSTAL	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	693,00	470,27	52,10	1215,37	SIM	5

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

PAREDE TORÁCICA

PAREDE TORÁCICA

30601223	BIOPSIA CIRURGICA DE COSTELA OU ESTERNO	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	147,95	111,44	30,80	290,19	SIM	1
30601231	FRATURA-LUXACAO DE ESTERNO OU COSTELA - REDUCAO INCRUENTA	Principal	Hospitalar	SIM	NÃO	112,20	50,22	30,80	193,22	NÃO	1
30601240	FRATURA-LUXACAO DE ESTERNO OU COSTELA - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	NÃO	264,00	183,57	25,24	472,81	SIM	2
30601258	OSTEOMIELITE DE COSTELA OU ESTERNO - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	408,20	309,12	46,77	764,09	SIM	2
30601266	PUNCAO BIOPSIA DA COSTELA OU ESTERNO	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	57,20	62,16	30,80	150,16	NÃO	0
30601304	FRATURA DE COSTELA - TRATAMENTO CONSERVADOR	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	57,20	21,60	0,00	78,80	NÃO	1

MAMAS

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30602017	BIOPSIA INCISIONAL DA MAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	85,00	76,85	30,80	192,65	NÃO	0
30602025	COLETA DE FLUXO PAPILAR DA MAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	5,00	9,00	0,00	14,00	NÃO	1
30602041	CORRECAO DE INVERSAO PAPILAR - UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	176,88	171,52	9,02	357,42	SIM	1
30602050	DRENAGEM DE ABSCESSO DE MAMA	Principal	Ambos	SIM	NÃO	74,70	65,47	0,00	140,17	NÃO	0

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

PAREDE TORÁCICA

MAMAS

30602068	DRENAGEM E/OU ASPIRACAO DE SEROMA	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	42,70	15,36	0,00	58,06	NÃO	1
30602076	EXERESE DE LESAO DA MAMA P/ MARCACAO ESTEREOTAXICA OU ROLL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	402,60	500,00	30,80	933,40	SIM	2
30602084	EXERESE DE MAMA SUPRA-NUMERARIA - UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	270,80	201,53	21,00	493,33	SIM	2
30602092	EXERESE DE NODULO	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	341,51	210,00	0,00	551,51	SIM	0
30602106	FISTULECTOMIA DE MAMA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	496,10	318,08	9,02	823,20	SIM	2
30602114	GINECOMASTIA - UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	385,39	327,52	15,01	727,92	SIM	2
30602130	LINFADENECTOMIA AXILAR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	690,47	774,30	44,20	1508,97	SIM	1
30602149	MASTECTOMIA RADICAL OU RADICAL MODIFICADA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	881,10	1194,05	166,10	2241,25	SIM	6
30602157	MASTECTOMIA SIMPLES	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	671,81	632,59	30,80	1335,20	SIM	3
30602165	MASTECTOMIA SUBCUTANEA EM CASOS DE LESOES TRAUMATICAS E TUMORES	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	712,80	1009,86	9,02	1731,68	SIM	3
30602173	MASTOPLASTIA EM MAMA OPOSTA APOS RECONSTRUCAO DA CONTRALATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	594,00	539,98	30,80	1164,78	SIM	3
30602181	PUNCAO OU BIOPSIA PERCUTANEA DE AGULHA FINA LESAO PALPAVEL	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	37,80	60,25	0,00	98,05	NÃO	0
30602190	QUADRANTECTOMIA E LINFADENECTOMIA AXILAR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	704,59	902,82	166,10	1773,51	SIM	1

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

PAREDE TORÁCICA

MAMAS

30602203	QUADRANTECTOMIA - RESSECCAO SEGMENTAR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	540,00	450,00	90,20	1080,20	SIM	2
30602211	RECONSTRUCAO DA PLACA AREOLO MAMILAR - UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	293,70	280,34	11,00	585,04	SIM	2
30602238	RECONSTRUCAO MAMARIA COM RETALHO MUSCULAR OU MIOCUTANEO EM CASOS DE LESOES TRAUMATICAS E TUMORES - UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1434,50	1000,08	92,40	2526,98	SIM	3
30602246	RECONSTRUCAO MAMARIA COM RETALHOS CUTANEOS REGIONAIS EM CASOS DE LESOES TRAUMATICAS E TUMORES	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	970,00	863,20	92,40	1925,60	SIM	3
30602254	RECONSTRUCAO PARCIAL DA MAMA POS-QUADRANDECTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	516,00	386,30	25,00	927,30	SIM	3
30602262	RECONSTRUCAO DA MAMA COM PROTESE E/OU EXPANSOR EM CASOS DE LESOES TRAUMATICAS E TUMORES	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	774,40	694,29	30,80	1499,49	SIM	3
30602289	RESSECCAO DO LINFONODO SENTINELA/TORACICA LATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	332,75	448,64	30,80	812,19	SIM	2
30602297	RESSECCAO DO LINFONODO SENTINELA/TORACICA MEDIAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	332,75	448,64	30,80	812,19	SIM	2
30602300	RESSECCAO DOS DUCTOS PRINCIPAIS DA MAMA - UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	496,10	318,08	30,80	844,98	SIM	2
30602319	RETIRADA DA VALVULA APOS COLOCACAO DE EXPANSOR PERMANENTE	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	126,50	129,24	25,00	280,74	NÃO	1
30602327	SUBSTITUICAO DE PROTESE EM CASOS DE LESOES TRAUMATICAS E TUMORES DE MAMA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	574,65	227,52	25,00	827,17	SIM	2
30602335	BIOPSIA PERCUTANEA COM AGULHA GROSSA EM CONSULTORIO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	34,80	44,44	0,00	79,24	NÃO	0

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

PAREDE TORÁCICA

MAMAS

Observações: Quando o procedimento 30602165 Mastectomia subcutânea e inclusão de prótese em casos de lesões traumáticas e tumores for realizado por equipes médicas de especialidades distintas (Mastologia e Cirurgia Plástica) a cobrança do procedimento deve ser realizada pela somatória dos códigos: 30101000 30602157 30602262.

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

TRANSPLANTES CUTÂNEOS (COM MICROANASTOMOSES VASCULARES)

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30701015	ABDOMINAL OU HIPOGASTRICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1270,45	1136,40	72,00	2478,85	SIM	9
30701023	ANTEBRACO TRANSPLANTES CUTANEOS(COM MICROANASTOMOSES VASCULARES)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1270,45	973,59	72,00	2316,04	SIM	9
30701040	COURO CABELUDO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	970,20	973,59	46,00	1989,79	SIM	8
30701058	DELTOPEITORAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	970,20	1136,40	46,00	2152,60	SIM	8
30701066	DIGITAIS(DA FACE VOLAR E LATERO-CUBITAL DOS DEDOS MEDIOS E ANULAR DA MAO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	781,22	748,88	32,00	1562,10	SIM	8
30701074	DIGITAL DO HALLUX	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	781,22	748,88	32,00	1562,10	SIM	8
30701082	DORSAL DO PE	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	781,22	973,59	32,00	1786,81	SIM	8
30701090	ESCAPULAR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	781,22	1136,40	32,00	1949,62	SIM	8
30701104	FEMORAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1270,45	973,59	46,00	2290,04	SIM	8

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

TRANSPLANTES CUTÂNEOS (COM MICROANASTOMOSES VASCULARES)

30701112	FOSSA POPLITEA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1270,45	973,59	46,00	2290,04	SIM	8
30701120	INGUINO CRURAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1270,45	1136,40	46,00	2452,85	SIM	8
30701139	INTERCOSTAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	781,22	1136,40	46,00	1963,62	SIM	8
30701147	INTERDIGITAL DA 1A COMISSURA DOS DEDOS DO PE	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	679,80	973,59	32,00	1685,39	SIM	8
30701155	OUTROS TRANSPLANTES CUTANEOS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	679,80	748,88	32,00	1460,68	SIM	8
30701163	PARAESCAPULAR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	781,22	1034,64	46,00	1861,86	SIM	8
30701171	RETROAURICULAR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	781,22	973,59	46,00	1800,81	SIM	8
30701180	TEMPORAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	781,22	973,59	46,00	1800,81	SIM	8
30701198	TRANSPLANTE CUTANEO COM MICROANASTOMOSE	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	970,20	973,59	72,00	2015,79	SIM	8
30701201	TRANSPLANTE CUTANEO SEM MICROANASTOMOSE,ILHA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	656,70	435,00	72,00	1163,70	SIM	8
30701210	TRANSPLANTE MIOCUTANEO COM MICROANASTOMOSE	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	781,22	781,23	32,00	1594,45	SIM	8
30702011	GRANDE DORSAL(LATISSIMUS DORSI) TRANSPLANTES MUSCULOS CUTANEOS(COM MICROANASTOMOSES VASCULARES)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1270,45	781,23	72,00	2123,68	SIM	9
30702020	GRANDE GLUTEO(GLUTEUS MAXIMUS)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	970,20	973,59	72,00	2015,79	SIM	8

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

TRANSPLANTES CUTÂNEOS (COM MICROANASTOMOSES VASCULARES)

30702038	OUTROS TRANSPLANTES MUSCULO-CUTANEOS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	970,20	973,59	72,00	2015,79	SIM	8
30702046	RETO ABDOMINAL(RECTUS ABDOMINIS)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	970,20	1136,40	72,00	2178,60	SIM	8
30702054	RETO INTERNO(GLACILIS)TRANSPLANTES MUSCULO CUTANEOS(COM MICROANASTOMOSES VASCULARES)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	970,20	1136,40	72,00	2178,60	SIM	8
30702062	SERRATO MAIOR(SERRATUS) TRANSPLANTES MUSCULO CUTANEOS(COM MICROANASTOMOSES VASCULARES)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	970,20	1136,40	72,00	2178,60	SIM	8
30702070	TENSOR DA FASCIA LATA(TENSOR FASCIA LATA)TRANSPLANTES MUSCULOS CUTANEOS(COM MICROANASTOMOSES VASCULARES)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	970,20	1136,40	72,00	2178,60	SIM	8
30702089	TRAPEZIO(TRAPEZIUS)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	970,20	973,59	72,00	2015,79	SIM	8
30703018	BICEPS FEMORAL(BICEPS FEMORIS)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	970,20	973,59	32,00	1975,79	SIM	8
30703026	EXTENSOR COMUM DOS DEDOS(EXTENSOR DIGITORUM LONGUS)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	679,80	851,48	32,00	1563,28	SIM	8
30703034	EXTENSOR PROPRIO DO DEDO GORDO(EXTENSOR HALLUCIS LONGUS)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	679,80	748,88	32,00	1460,68	SIM	8
30703042	FLEXOR CURTO PLANTAR(FLEXOR DIGITORUM BREVIS)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	781,22	973,59	32,00	1786,81	SIM	8
30703050	GRANDE DORSAL(LATISSIMUS DORSI) TRANSPLANTES MUSCULARES(COM MICROANASTOMOSES VASCULARES)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	970,20	1136,40	72,00	2178,60	SIM	8
30703069	GRANDE PEITORAL(PECTORALIS MAJOR)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	970,20	1136,40	72,00	2178,60	SIM	8

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

TRANSPLANTES CUTÂNEOS (COM MICROANASTOMOSES VASCULARES)

30703077	MUSCULO PEDIO(EXTENSOR DIGITORUM BREVIS)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	781,22	748,88	32,00	1562,10	SIM	8
30703085	OS MUSCULOS LATISSIMUS DORSI GRACILIS RECTUS FEMORIS TENSOR FASCIA LATA FLEXOR DIGITORUM BREVIS QUANDO TRANSPLANTADOS COM SUA INERVACAO E PRATICADA A MICRONEURORRAFIA COM FINALIDADE DE RESTAURAR FUNCAO E SENSIBILIDADE,SERAO CONSIDERADOS RETALHOS NEUROVASCULARES LIVRES E SERAO CONSIDERADOS POR ESSE CODIGO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	133,10	106,02	18,43	257,55	SIM	8
30703107	PRIMEIRO RADIAL EXTERNO(EXTENSOR CARPI RADIALIS LONGUS)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	781,22	748,88	32,00	1562,10	SIM	8
30703115	RETO ANTERIOR(RECTUS FEMORIS)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	656,70	445,76	37,40	1139,86	SIM	8
30703123	RETO INTERNO(GLACILIS)TRANSPLANTES MUSCULARES(COM MICROANASTOMOSES VASCULARES)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1270,45	621,00	76,65	1968,10	SIM	8
30703131	SARTORIO(SARTORIUS)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	656,70	445,76	37,40	1139,86	SIM	8
30703140	SEMIMEMBRANOSO(SEMIMEBRANOSUS)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	656,70	445,76	37,40	1139,86	SIM	8
30703158	SEMITENDINOSO(SEMITENDINOSUS)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	656,70	445,76	37,40	1139,86	SIM	8
30703166	SERRATO MAIOR(SERRATUS)TRANSPLANTES MUSCULARES(COM MICROANASTOMOSES VASCULARES)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1270,45	621,00	76,65	1968,10	SIM	8
30703174	SUPINADOR LONGO(BRACHIORADIALIS)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	781,22	748,88	32,00	1562,10	SIM	8
30703182	TENSOR DA FASCIA LATA(TENSOR FASCIA LATA)TRANSPLANTES MUSUCLARES(COMMICROANASTOMOSES VASCULARES)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	781,22	1136,40	46,00	1963,62	SIM	8

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

TRANSPLANTES CUTÂNEOS (COM MICROANASTOMOSES VASCULARES)

30704014	COSTELA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	995,00	1136,40	76,65	2208,05	SIM	8
30704022	ILIACO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	995,00	1136,40	76,65	2208,05	SIM	8
30704030	OSTEOCUTANEO DE ILIACO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	995,00	1136,40	76,65	2208,05	SIM	8
30704049	OSTEOCUTANEOS DE COSTELA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	995,00	1136,40	76,65	2208,05	SIM	8
30704057	OSTEOMUSCULOCUTANEO DE COSTELA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	995,00	1136,40	76,65	2208,05	SIM	8
30704065	OUTROS TRANSPLANTES OSSEOS E OSTEOMUSCULOCUTANEOS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	995,00	1095,70	76,65	2167,35	SIM	8
30704073	PERONIO OU FIBULA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	995,00	1272,06	76,65	2343,71	SIM	8
30704081	TRANSPLANTE OSSEO VASCULARIZADO(MICROANASTOMOSE)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	995,00	992,58	76,65	2064,23	SIM	8
30705010	AUTOTRANSPLANTE DE DOIS RETALHOS MUSCULARES COMBINADOS,ISOLADOS E ASSOCIADOS ENTRE SI,LIGADOS POR UM	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	785,40	1269,92	37,40	2092,72	SIM	8
30705029	AUTOTRANSPLANTE DE DOIS RETALHOS CUTANEOS COMBINADOS,ISOLADOS E ASSOCIADOS ENTRE SI,LIGADOS POR UM UNICO PEDICULO VASCULAR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	785,40	1269,92	37,40	2092,72	SIM	8
30705037	AUTOTRANSPLANTE DE DOIS RETALHOS,UM CUTANEO COMBINADO A UM MUSCULAR,ISOLADOS E ASSOCIADOS ENTRE SI,LIGADOS POR UM UNICO PEDICULO VASCULAR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	785,40	1269,92	37,40	2092,72	SIM	8
30705045	AUTOTRANSPLANTE DE DOIS RETALHOS,UM CUTANEO COMBINADO A RETALHO OSTEOMUSCULAR,ISOLADOS E ASSOCIADOS ENTRE	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	785,40	1351,32	37,40	2174,12	SIM	8

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

TRANSPLANTES CUTÂNEOS (COM MICROANASTOMOSES VASCULARES)

	AUTOTRANSPLANTE DE DOIS RETALHOS,UM CUTANEO COMBINADO A RETALHO OSTEOMUSCULAR,ISOLADOS E ASSOCIADOS ENTRE SI,LIGADOS POR UM UNICO PEDICULO VASCULAR										
30705053	AUTOTRANSPLANTE DE EPIPLON	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	785,40	1066,40	0,00	1851,80	SIM	8
30705061	AUTOTRANSPLANTE DE OUTROS RETALHOS,ISOLADOS ENTRE SI,ASSOCIADOS MEDIANTE UM UNICO PEDICULO VASCULAR COMUNS AOS RETALHOS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	785,40	1269,92	37,40	2092,72	SIM	8
30705070	AUTOTRANSPLANTE DE TRES RETALHOS,UM CUTANEO SEPARADO,COMBINADO A OUTROS DOIS RETALHOS MUSCULARES,ISOLADOS E ASSOCIADOS,LIGADOS POR UM UNICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	656,70	1432,73	37,40	2126,83	SIM	8
30705100	REIMPLANTE DE SEGMENTOS DISTAIS DO MEMBRO SUPERIOR OU INFERIOR COM RESSECCAO SEGMENTAR GRANDES RECONSTRUCOES DE CABECA E PESCOCO NAS EXTENSAS PERDAS DE SUBSTANCIA E NA ABLACAO DE TUMORES AO NIVEL DOS MEBROS(COM	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	2685,00	1405,58	63,42	4154,00	SIM	9

REIMPLANTE E REVASCULARIZAÇÕES DOS MEMBROS

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30706017	REIMPLANTE DO MEMBRO INFERIOR DO NIVEL MEDIO PROXIMAL DA PERNA ATE A COXA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	2486,28	1339,91	63,42	3889,61	SIM	9
30706025	REIMPLANTE DO MEMBRO INFERIOR DO PE ATE O TERCO MEDIO DA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	2486,28	1339,91	63,42	3889,61	SIM	9
30706033	REIMPLANTE DO MEMBRO SUPERIOR,DO NIVEL MEDIO DO ANTEBRACO ATE O OMBRO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	2486,28	1339,91	63,42	3889,61	SIM	9

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

REIMPLANTE E REVASCULARIZAÇÕES DOS MEMBROS

TRANSPLANTES DE DEDOS DO PE PARA A MAO

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30707013	TRANSPLANTE ARTICULAR DE METATARSOFALANGICA PAR A MAO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	970,20	1055,00	50,74	2075,94	SIM	9
30707021	TRANSPLANTE DE SEGUNDO PODODACTILO PARA MAO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	970,20	1136,40	50,74	2157,34	SIM	9
30707030	TRANSPLANTE DE DEDOS DO PE PARA MAO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	970,20	1136,40	50,74	2157,34	SIM	9
30707048	TRANSPLANTE DO SEGUNDO PODODACTILO PARA O POLEGAR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	970,20	1136,40	50,74	2157,34	SIM	9
30707056	TRANSPLANTE DO HALLUX POLEGAR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	970,20	1136,40	50,74	2157,34	SIM	9
30707064	TRANSPLANTE DE DOIS PODODACTILOS PARA A MAO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	970,20	1136,40	50,74	2157,34	SIM	9

TRAÇÃO ORTOPÉDICA

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30709016	INSTALACAO DE HALO CRANIANO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	133,65	69,00	0,00	202,65	NÃO	0
30709024	TRACAO CUTANEA	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	57,20	19,20	0,00	76,40	NÃO	1

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

TRAÇÃO ORTOPÉDICA

30709032	TRACAO TRANSESQUELETICA (POR MEMBRO)	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	133,65	93,05	0,00	226,70	NÃO	0

RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE ORTOPÉDICA

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30710014	RETIRADA DE FIOS OU PINOS METALICOS TRANSOSSEOS	Principal	Ambos	SIM	NÃO	126,50	63,18	7,59	197,27	NÃO	0
30710022	RETIRADA PINOS, PARAFUSOS OU HASTES METALICAS INTRA-OSSEAS	Principal	Ambos	SIM	NÃO	207,24	137,55	7,59	352,38	SIM	1
30710030	RETIRADA DE PLACAS	Principal	Ambos	SIM	NÃO	207,24	184,00	7,59	398,83	SIM	1
30710049	RETIRADA DE PROTESES DE SUBSTITUICAO PEQUENAS ARTICULACOES	Principal	Ambos	NÃO	SIM	368,56	269,92	17,54	656,02	SIM	3
30710057	RETIRADA DE FIXADORES EXTERNOS - QUALQUER QUANTIDADE	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	129,80	105,28	7,59	242,67	SIM	1

IMOBILIZACOES PROVISORIAS - TALAS GESSADAS

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30711010	IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	34,48	8,32	0,00	42,80	NÃO	0
30711029	MEMBRO INFERIOR	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	26,50	16,64	0,00	43,14	NÃO	0

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

IMOBILIZACOES PROVISORIAS - TALAS GESSADAS

30711037	MEMBRO SUPERIOR	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	26,50	8,00	0,00	34,50	NÃO	0

APARELHOS GESSADOS

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30712017	AXILO-PALMAR OU PENDENTE	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	22,00	14,40	0,00	36,40	NÃO	0
30712025	BOTA COM OU SEM SALTO	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	23,50	14,40	0,00	37,90	NÃO	0
30712033	COLAR	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	18,50	14,40	0,00	32,90	NÃO	0
30712041	COLETE	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	30,50	22,32	0,00	52,82	NÃO	0
30712050	CRURO-PODALICO	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	26,50	22,32	0,00	48,82	NÃO	0
30712068	DUPLA ABDUCAO OU DUCROQUET	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	45,00	19,20	0,00	64,20	NÃO	0
30712076	HALO-GESSO	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	52,40	104,04	0,00	156,44	NÃO	0
30712084	INGUINO-MALEOLAR	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	22,50	22,32	0,00	44,82	NÃO	0
30712092	LUVA	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	19,50	14,40	0,00	33,90	NÃO	0
30712106	MINERVA OU RISSER PARA ESCOLIOSE	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	32,00	40,00	0,00	72,00	NÃO	0

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

APARELHOS GESSADOS

30712114	PELVIPODALICO	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	35,00	47,62	0,00	82,62	NÃO	0
30712122	SPICA-GESSADA	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	32,00	40,18	0,00	72,18	NÃO	0
30712130	TIPO VELPEAU	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	28,50	24,00	0,00	52,50	NÃO	0
30712149	TORACO-BRAQUIAL	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	30,50	47,62	0,00	78,12	NÃO	0

OUTROS PROCEDIMENTOS / PUNCOES

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30713021	BIOPSIA OSSEA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	57,20	96,00	0,00	153,20	NÃO	0
30713030	BIOPSIA PERCUTANEA SINOVIAL OU DE TECIDOS MOLES	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	57,20	90,00	0,00	147,20	SIM	0
30713048	ENXERTOS EM OUTRAS PSEUDARTROSES	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	483,90	501,76	46,77	1032,43	SIM	4
30713064	MANIPULACAO ARTICULAR SOB ANESTESIA GERAL	Principal	Hospitalar	SIM	NÃO	170,50	151,20	30,80	352,50	SIM	1
30713072	RETIRADA DE ENXERTO OSSEO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	0,00	116,28	0,00	116,28	SIM	1
30713102	ARTROCENTESE OU PUNCAO DIAGNOSTICA DE ESTRUTURAS OU CAVIDADES EXTRA-ARTICULARES	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	27,00	26,25	0,00	53,25	NÃO	0

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

OUTROS PROCEDIMENTOS / PUNCOES

30713137	PUNCAO ARTICULAR DIAGNOSTICA OU TERAPEUTICA (INFILTRACAO). QUANDO ORIENTADA POR RX, US, TC E RM, COBRAR CODIGO CORRESPONDENTE	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	27,00	26,25	0,00	53,25	NÃO	0
30713145	PUNCAO EXTRA-ARTICULAR DIAGNOSTICA OU TERAPEUTICA (INFILTRACAO/AGULHAMENTO SECO - ORIENTADA OU NAO POR METODO DE IMAGEM	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	27,00	26,25	0,00	53,25	NÃO	0
30713153	ARTROSCOPIA P/ DIAGNOSTICO COM OU SEM BIOPSIA SINOVIAL (EXCLUI ARTICULACAO TEMPOROMANDIBULAR)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	577,69	290,06	30,80	898,55	SIM	0

CORPO ESTRANHO

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30714010	CORPO ESTRANHO INTRA-ARTICULAR-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	207,24	172,50	4,95	384,69	SIM	1
30714028	CORPO ESTRANHO INTRA-OSSEO-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Ambos	SIM	NÃO	207,24	172,50	4,95	384,69	SIM	1
30714036	CORPO ESTRANHO INTRAMUSCULAR-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	207,24	149,25	4,95	361,44	SIM	1

COLUNA VERTEBRAL

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30715016	ARTRODESE DA COLUNA COM INSTRUMENTACAO VIA ANTERIOR OU POSTERIOR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1751,95	1215,85	71,52	3039,32	SIM	4

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

COLUNA VERTEBRAL

30715024	ARTRODESE DE COLUNA VIA ANTERIOR OU POSTERO-LATERAL - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1751,95	1026,68	71,52	2850,15	SIM	4
30715032	BIOPSIA DA COLUNA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	373,76	286,40	56,76	716,92	SIM	1
30715040	BIOPSIA DE CORPO VERTEBRAL COM AGULHA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	158,22	163,62	56,76	378,60	SIM	1
30715067	CORDOTOMIA-MIELOTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	560,40	725,05	55,32	1340,77	SIM	3
30715075	COSTELA CERVICAL-TRAT. CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	869,35	533,12	56,76	1459,23	SIM	4
30715083	DERIVACAO LOMBAR EXTERNA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1097,03	406,40	55,33	1558,76	SIM	4
30715091	DESCOMPRESSAO MEDULAR E/OU CAUDA EQUINA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	560,40	837,29	55,33	1453,02	SIM	3
30715105	DORSO CURVO/ESCOLIOSE/GIBA COSTAL-TRAT.CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	2627,93	3801,36	71,52	6500,81	SIM	7
30715113	ESPONDILOLISTESE-TRAT.CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	880,90	906,44	55,33	1842,67	SIM	4
30715121	FRATURA DE COLUNA SEM GESSO - TRATAMENTO CONSERVADOR	Principal	Ambos	SIM	NÃO	112,20	45,00	24,86	182,06	NÃO	0
30715130	FRATURA DO COCCIX-REDUCAO INCRUENTA	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	167,20	65,47	47,52	280,19	NÃO	1
30715148	FRATURA DO COCCIX-TRAT.CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	442,20	55,20	47,52	544,92	SIM	2
30715156	FRATURA E/OU LUXACAO DE COLUNA VERTEBRAL-REDUCAO	Principal	Ambos	SIM	NÃO	311,85	203,90	45,43	561,18	SIM	2

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

COLUNA VERTEBRAL

30715164	FRATURAS OU FRATURA-LUXACAO DE COLUNA-TRAT.CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1328,00	258,88	70,05	1656,93	SIM	4
30715172	HEMIVERTEBRA-RESSECCAO VIA ANTERIOR OU POSTERIOR-TRAT.CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1302,58	724,05	56,75	2083,38	SIM	5
30715180	HERNIA DE DISCO TORACO-LOMBAR-TRAT.CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	803,77	755,30	71,52	1630,59	SIM	6
30715199	LAMINECTOMIA OU LAMINOTOMIA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	560,40	863,25	55,32	1478,97	SIM	6
30715202	MICROCIRURGIA PARA TUMORES EXTRA- INTRADURAIS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	3191,43	711,76	116,66	4019,85	SIM	10
30715210	OSTEOMIELITE DE COLUNA-TRAT.CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	497,20	668,43	46,77	1212,40	SIM	4
30715229	OSTEOTOMIA DE COLUNA -TRAT.CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1302,58	1342,58	56,75	2701,91	SIM	5
30715237	OUTRAS AFECCOES DA COLUNA-REDUCAO INCRUENTA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	311,85	88,00	45,43	445,28	NÃO	1
30715245	PSEUDARTROSE DE COLUNA-TRAT.CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	906,40	724,05	58,96	1689,41	SIM	4
30715253	PUNCAO LIQUORICA	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	21,90	26,78	0,00	48,68	NÃO	1
30715261	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO NA COLUNA - TRAT. CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	760,69	667,16	56,76	1484,61	SIM	4
30715270	RETIRADA DE MATERIAL DE SINTESE NA COLUNA - TRAT. CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	734,80	479,50	56,76	1271,06	SIM	4
30715288	SUBSTITUICAO DE CORPO VERTEBRAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	2177,67	594,80	73,48	2845,95	SIM	6

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

COLUNA VERTEBRAL

30715296	TRACAO CERVICAL TRANSESQUELETICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	335,50	162,08	24,86	522,44	NÃO	2
30715300	TRATAMENTO CIRURGICO DA CIFOSE INFANTIL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	2337,28	1215,86	71,52	3624,66	SIM	7
30715318	TRATAMENTO CIRURGICO DA LESAO TRAUMATICA RAQUIMEDULAR	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	560,40	101,30	55,33	717,03	SIM	4
30715326	TRATAMENTO CIRURGICO DAS MALFORMACOES CRANIOVERTEBRAIS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1129,95	937,75	56,76	2124,46	SIM	4
30715334	TRATAMENTO CIRURGICO DO DISRAFISMO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1067,33	869,77	56,76	1993,86	SIM	4
30715342	TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR (POR DIA)	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	165,00	37,00	24,86	226,86	NÃO	1
30715350	TRAT MICROCIRURGICO DAS LESOES INTRAMEDULARES (TUMOR, MALFORMACOES ARTERIOVENOSAS, SIRINGOMIELIA, PARASITOSES)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1754,01	634,41	56,76	2445,18	SIM	4
30715369	TRAT MICROCIRURGICO DO CANAL VERTEBRAL ESTREITO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	2272,05	972,66	78,10	3322,81	SIM	4
30715385	TUMOR OSSEO VERTEBRAL-RESSECCAO COM SUBSTITUICAO COM OU SEM INSTRUMENTACAO-TRAT.CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	2213,04	1301,82	71,51	3586,37	SIM	9
30715393	HERNIA DE DISCO CERVICAL-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1401,95	972,66	56,76	2431,37	SIM	4
30715407	FRATURA DE COLUNA COM GESSO TRATAMENTO CONSERVADOR	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	165,00	51,75	24,86	241,61	NÃO	1
40814092	OSTEOPLASTIA OU DISCECTOMIA PERCUTANEA (VERTEBROPLASTIA E OUTRAS)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1040,00	527,50	56,00	1623,50	SIM	2

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

COLUNA VERTEBRAL

Observações: 1) As intervenções sobre a coluna vertebral serão remuneradas por segmento, que corresponde a unidade anatômica e funcional composta por duas vértebras e um disco. 2) Será autorizado esse modelo de cobrança até o limite de 6 (seis) segmentos. A abordagem de 7 (sete) ou mais segmentos será remunerada pelo código 30715105, na quantidade de 1 (um) para cada curvatura patológica abordada da coluna. 3) Os códigos 30715016 e 30715024 são excludentes com 30715105.

ARTICULAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL E CINTURA ESCAPULAR

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30717019	ARTRODESE AO NIVEL DO OMBRO-TRAT.CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	524,70	472,95	57,53	1055,18	SIM	3
30717027	ARTROPLASTIA ESCAPULO UMERAL COM IMPLANTE-TRAT.CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1109,46	832,63	75,83	2017,92	SIM	4
30717035	ARTROTOMIA GLENOUMERAL-TRAT-CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	276,10	233,64	30,80	540,54	SIM	2
30717043	BIOPSIA CIRURGICA DA CINTURA ESCAPULAR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	147,95	111,44	30,80	290,19	SIM	1
30717051	DEFORMIDADE(DOENCA) SPRENGEL-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	754,69	676,00	57,53	1488,22	SIM	3
30717060	DESARTICULACAO AO NIVEL DO OMBRO-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1117,28	420,80	91,47	1629,55	SIM	7
30717078	ESCAPULA EM RESSALTO - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	276,10	193,26	57,53	526,89	SIM	1
30717086	FRATURA DE CLAVICULA OU ESCAPULA TRATAMENTO CONSERVADOR	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	66,00	47,04	30,80	143,84	NÃO	1
30717094	FRATURAS E/OU LUXACOES E/OU AVULSOES-REDUCAO INCRUENTA	Principal	Ambos	SIM	NÃO	118,47	126,96	46,55	291,98	SIM	1
30717108	FRATURAS E/OU LUXACOES E/OU AVULSOES-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	508,20	378,24	46,55	932,99	SIM	2

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

ARTICULAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL E CINTURA ESCAPULAR

30717116	LUXACOES CRONICAS INVETERADAS E RECIDIVANTES-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	551,10	523,62	57,53	1132,25	SIM	3
30717124	OSTEOMIELITE AO NIVEL DA CINTURA ESCAPULAR-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	754,69	293,99	57,53	1106,21	SIM	3
30717132	PSEUDARTROSES E/OU OSTEOTOMIAS DA CINTURA ESCAPULAR-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	540,10	472,95	57,53	1070,58	SIM	3
30717140	RESSECCAO PARCIAL OU TOTAL DE CLAVICULA-TRATAMENTO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	439,23	275,40	57,53	772,16	SIM	2
30717159	REVISAO CIRURGICA DE PROTESE DE OMBRO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1126,18	957,99	75,83	2160,00	SIM	4
30717167	TRANSFERENCIAS MUSCULARES AO NIVEL DO OMBRO-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	508,20	299,49	57,53	865,22	SIM	3
30717175	FRATURA DE CINTURA ESCAPULAR-TRATAMENTO CONSERVADOR	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	32,80	34,78	0,00	67,58	NÃO	1

BRAÇO

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30718015	AMPUTACAO AO NIVEL DO BRACO - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	503,80	345,20	30,80	879,80	SIM	4
30718023	BIOPSIA CIRURGICA DO UMERO	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	165,00	127,68	30,80	323,48	SIM	1
30718031	FIXADOR EXTERNO DINAMICO COM OU SEM ALONGAMENTO - TRAT CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	721,05	538,64	46,55	1306,24	SIM	4

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

BRAÇO

30718040	FRATURA (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISARIO) - REDUCAO INCRUENTA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	156,20	150,40	46,55	353,15	SIM	2
30718058	FRATURA (INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISARIO) - TRAT CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	552,20	517,68	46,55	1116,43	SIM	4
30718066	FRATURA DE UMERO - TRATAMENTO CONSERVADOR	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	79,20	53,76	46,55	179,51	NÃO	1
30718074	FRATURAS E PSEUDARTROSES - FIXADOR EXTERNO - TRAT CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	695,20	472,64	46,55	1214,39	SIM	3
30718082	OSTEOMIELITE DE UMERO - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	512,60	434,55	30,80	977,95	SIM	3
30718090	PSEUDOARTROSES, OSTEOTOMIAS, ALONGAMENTOS/ENCURTAMENTOS - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	721,05	572,55	46,55	1340,15	SIM	4

COTOVELO

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30719011	ARTRODESE - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	563,20	383,00	46,55	992,75	SIM	3
30719020	ARTROPLASTIA COM IMPLANTE - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	964,48	695,20	72,19	1731,87	SIM	3
30719038	ARTROPLASTIAS SEM IMPLANTE - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	662,20	288,00	46,55	996,75	SIM	3
30719046	ARTROTOMIA DE COTOVELO - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	391,60	186,90	30,80	609,30	SIM	2

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

COTOVELO

30719054	BIOPSIA CIRURGICA DO COTOVELO	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	199,10	125,60	30,80	355,50	SIM	1
30719062	DESARTICULACAO AO NIVEL DO COTOVELO - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	523,60	422,31	46,55	992,46	SIM	3
30719070	FRATURA DE COTOVELO - TRATAMENTO CONSERVADOR	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	66,00	53,76	46,55	166,31	NÃO	1
30719089	FRATURAS / PSEUDARTROSES / ARTROSES/ COM FIXADOR EXTERNO DINAMICO - TRAT CIRURGICO EM COTOVELO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	620,40	472,64	46,55	1139,59	SIM	4
30719097	FRATURAS E/OU LUXACOES - REDUCAO INCRUENTA	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	199,10	141,48	46,55	387,13	SIM	1
30719100	FRATURAS E/OU LUXACOES - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	964,49	337,78	46,55	1348,82	SIM	3
30719119	LESOES LIGAMENTARES - REDUCAO INCRUENTA	Principal	Ambos	SIM	NÃO	233,04	123,20	46,55	402,79	SIM	1
30719127	TENDINITES, SINOVITES E ARTRITES - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	391,60	217,28	30,80	639,68	SIM	2
30719135	ARTRODIASTASE - TRATAMENTO CIRURGICO COM FIXADOR EXTERNO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	391,60	284,80	30,80	707,20	SIM	2

ANTEBRAÇO

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30720010	ABAIXAMENTO MIOTENDINOSO NO ANTEBRACO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	398,20	326,40	30,80	755,40	SIM	2

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

ANTEBRAÇO

30720028	ALONGAMENTO DOS OSSOS DO ANTEBRACO COM FIXADOR EXTERNO DINAMICO-TRAT.CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	590,93	441,22	46,55	1078,70	SIM	3
30720036	AMPUTACAO AO NIVEL DE ANTEBRACO-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	475,20	274,40	30,80	780,40	SIM	3
30720044	BIOPSIA CIRURGICA DO ANTEBRACO	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	199,10	146,72	30,80	376,62	SIM	1
30720052	CONTRATURA ISQUEMICA DE VOLKMANN - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	320,10	386,96	17,27	724,33	SIM	2
30720060	CORRECAO DE DEFORMIDADE ADQUIRIDA DE ANTEBRACO COM FIXADOR EXTERNO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	428,50	330,40	46,55	805,45	SIM	3
30720079	ENCURTAMENTO.SEGMENTAR DOS OSSOS DO ANTEBRACO C/ OSTEOSSINTESE-TRAT.CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	331,10	358,40	46,55	736,05	SIM	2
30720087	FRATURA DE ANTEBRACO - TRATAMENTO CONSERVADOR	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	66,00	53,76	46,55	166,31	NÃO	1
30720095	FRATURA E/OU LUXACOES(INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISARIO COTOVELO-PUNHO)- TRAT.CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	433,40	357,84	46,55	837,79	SIM	3
30720109	FRATURA E/OU LUXACOES(INCLUINDO DESCOLAMENTO EPIFISARIO)- REDUCAO INCRUENTA	Principal	Ambos	SIM	NÃO	199,10	171,69	46,55	417,34	SIM	1
30720117	FRATURA VICIOSAMENTE CONSOLIDADA DE ANTEBRACO-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	388,08	456,08	46,55	890,71	SIM	3
30720125	OSTEOMIELITE DOS OSSOS DO ANTEBRACO-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	233,08	286,40	46,55	566,03	SIM	2
30720133	PSEUDARTROSES E/ OU OSTEOTOMIAS-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	554,40	568,64	46,55	1169,59	SIM	3

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

ANTEBRAÇO

30720141	RESSECCAO DA CABECA DO RADIO E/OU DA EXTREMIDADE DISTAL ULNA -TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	286,33	233,92	46,55	566,80	SIM	2
30720150	RESSECCAO DO PROCESSO ESTILOIDE DO RADIO-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	286,33	164,95	46,55	497,83	SIM	2
30720168	SINOSTOSE RADIO-ULNAR-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	311,07	230,51	30,80	572,38	SIM	2
30720176	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS COM FIXADOR EXTERNO EM ANTEBRACO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	433,40	289,93	46,55	769,88	SIM	2

PUNHO

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30721016	AGENESIA DE RADIO(CENTRALIZACAO DA ULNA NO CARPO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	563,20	643,04	46,55	1252,79	SIM	3
30721024	ALONGAMENTO DO RADIO/ULNA - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	590,92	483,84	46,55	1121,31	SIM	3
30721032	ARTRODESE ENTRE OS OSSOS DO CARPO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	309,10	209,12	46,55	564,77	SIM	3
30721040	ARTRODESE -FIXADOR EXTERNO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	386,10	241,54	46,55	674,19	SIM	3
30721059	ARTRODESE RADIO-CARPICA OU DO PUNHO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	386,10	349,46	46,55	782,11	SIM	2
30721067	ARTROPLASTIA DO PUNHO(COM IMPLANTE)-TRAT.CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	618,20	724,00	46,55	1388,75	SIM	4

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

PUNHO

30721075	ARTROPLASTIA PARA OSSOS DO CARPO(COM IMPLANTE)-	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	545,60	492,80	46,55	1084,95	SIM	3
30721083	ARTROTOMIA-TRATAMENTO CIRURGICO EM PUNHO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	270,60	159,20	13,75	443,55	SIM	2
30721091	BIOPSIA CIRURGICA DE PUNHO	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	165,00	139,44	30,80	335,24	SIM	1
30721105	COTO DE AMPUTACAO PUNHO E ANTEBRACO - REVISAO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	277,20	173,49	30,80	481,49	SIM	2
30721113	DESARTICULACAO DO PUNHO-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	392,70	268,14	46,55	707,39	SIM	2
30721121	ENCURTAMENTO RADIO/ULNAR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	331,10	329,28	46,55	706,93	SIM	2
30721130	FRATURA E/OU LUXACAO DE PUNHO - TRATAMENTO CONSERVADOR	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	57,20	47,51	46,55	151,26	NÃO	1
30721148	FRATURA DE OSSO DO CARPO-REDUCAO CIRURGICA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	265,10	226,33	46,55	537,98	SIM	1
30721156	FRATURA DO CARPO - REDUCAO INCRUENTA	Principal	Ambos	SIM	NÃO	172,70	123,20	46,55	342,45	SIM	1
30721164	FRATURAS-FIXADOR EXTERNO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	187,40	400,20	46,55	634,15	SIM	1
30721172	FRATURA E/OU LUXACAO DE CARPO TRATAMENTO CONSERVADOR	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	57,20	41,40	46,55	145,15	NÃO	1
30721180	FRATURAS E/OU LUXACOES DO PUNHO-REDUCAO INCRUENTA	Principal	Ambos	SIM	NÃO	172,70	176,00	46,55	395,25	SIM	1
30721199	FRATURAS E/OU LUXACOES DO PUNHO-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	382,25	233,64	46,55	662,44	SIM	2

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

PUNHO

30721202	LUXACAO DO CARPO - REDUCAO INCRUENTA	Principal	Ambos	SIM	NÃO	172,70	123,20	46,55	342,45	SIM	1
30721210	PSEUDARTROSES-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	502,70	337,89	46,55	887,14	SIM	3
30721229	RESSECCAO DE OSSO DO CARPO-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	236,50	186,90	46,55	469,95	SIM	2
30721237	REPARACAO LIGAMENTAR DO CARPO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	256,30	297,28	17,27	570,85	SIM	2
30721245	SINOVECTOMIA DE PUNHO-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	287,10	228,94	17,27	533,31	SIM	2
30721253	TRANSPOSICAO DO RADIO PARA ULNA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	547,80	489,44	46,55	1083,79	SIM	3

MÃO

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30722012	ABSCESSO DE MAO E DEDOS-TENOSSINOVITES/ESPACOS PALMARES/DORSAIS E COMISSURAIS-TRAT.CIRURGICO	Principal	Ambos	SIM	NÃO	187,40	175,76	14,13	377,29	SIM	1
30722039	ABSCESSO DE DEDO(DRENAGEM) TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Ambos	SIM	NÃO	156,20	117,60	14,14	287,94	SIM	1
30722047	ALONGAMENTO/TRANSPORTE OSSEO COM FIXADOR EXTERNO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	343,20	276,26	17,27	636,73	SIM	2
30722055	ALONGAMENTOS TENDINOSOS DE MAO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	211,20	163,86	0,00	375,06	SIM	2

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

MÃO

30722063	AMPUTACAO AO NIVEL DOS METACARPIANOS-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	271,92	194,66	17,27	483,85	SIM	2
30722071	AMPUTACAO DE DEDO(CADA)-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	161,92	146,72	17,27	325,91	SIM	1
30722080	AMPUTACAO TRANSMETACARPIANA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	271,70	211,70	17,27	500,67	SIM	2
30722098	AMPUTACAO TRANSMETACARPIANA COM TRANSPOSICAO DO DEDO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	310,20	368,64	17,27	696,11	SIM	2
30722101	APONEVROSE PALMAR(RESSECCAO)-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	287,10	297,28	17,27	601,65	SIM	2
30722110	ARTRODESE INTERFALANGEANA/METACARPOFALANGEANA-TRAT.CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	183,70	175,07	46,55	405,32	SIM	1
30722128	ARTROPLASTIA COM IMPLANTE NA MAO (MF E IF) MULTIPLA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	313,50	330,40	46,55	690,45	SIM	4
30722136	ARTROPLASTIA COM IMPLANTE NA MAO (MF OU IF)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	313,50	309,12	46,55	669,17	SIM	4
30722144	ARTROPLASTIA INTERFALANGEANA/METACARPOFALANGEANA-TRAT.CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	313,50	381,79	46,55	741,84	SIM	2
30722152	ARTROTOMIA AO NIVEL DA MAO-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	141,46	151,76	6,27	299,49	SIM	4
30722160	BIOPSIA CIRURGICA DOS OSSOS DA MAO	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	156,20	137,57	30,80	324,57	SIM	1
30722179	BRIDAS CONGENITAS - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	466,40	413,95	17,27	897,62	SIM	3
30722209	CAPSULECTOMIAS MULTIPLAS MF OU IF	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	221,10	186,90	17,27	425,27	SIM	2

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

MÃO

30722217	CAPSULECTOMIAS UNICA MF E IF	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	161,92	159,20	17,27	338,39	SIM	1
30722225	CENTRALIZACAO DA ULNA (TRATAMENTO DA MAO TORTA RADIAL)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	563,20	489,44	46,55	1099,19	SIM	2
30722233	CONTRATURA ISQUEMICA DE MAO-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	320,10	363,20	17,27	700,57	SIM	2
30722241	COTO DE AMPUTACAO DIGITAL - REVISAO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	161,92	108,19	17,27	287,38	SIM	1
30722250	DEDO COLO DE CISNE - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	187,40	151,20	17,27	355,87	SIM	1
30722268	DEDO EM BOTOEIRA - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	187,40	151,20	17,27	355,87	SIM	1
30722276	DEDO EM GATILHO,CAPSULOTOMIA/FASCIOTOMIA-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	172,70	138,82	17,27	328,79	SIM	1
30722284	DEDO EM MARTELO - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	188,06	286,72	17,80	492,58	SIM	1
30722292	DEDO EM MARTELO - TRATAMENTO CONSERVADOR	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	57,20	66,89	0,00	124,09	NÃO	1
30722306	ENXERTO OSSEO (PERDA DE SUBSTANCIA) - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	396,00	271,04	46,55	713,59	SIM	2
30722314	EXPLORACAO CIRURGICA DE TENDAO DE MAO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	161,92	112,00	17,27	291,19	SIM	2
30722322	FALANGIZACAO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	430,10	575,68	17,27	1023,05	SIM	3
30722330	FIXADOR EXTERNO EM CIRURGIA DA MAO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1123,10	896,00	46,22	2065,32	SIM	4

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

MÃO

30722349	FRATURA DA FALANGE-TRATAMENTO CONSERVADOR	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	57,20	40,18	23,27	120,65	NÃO	1
30722357	FRATURA DE BENNETT - REDUCAO INCRUENTA	Principal	Ambos	SIM	NÃO	138,60	78,40	23,27	240,27	SIM	1
30722365	FRATURA DE BENNETT - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Ambos	SIM	NÃO	187,40	146,38	46,55	380,33	SIM	2
30722373	FRATURA DE OSSO DA MAO - TRATAMENTO CONSERVADOR	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	57,20	33,60	23,27	114,07	NÃO	1
30722381	FRATURA DO METACARPIANO-TRATAMENTO CONSERVADOR	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	57,20	30,91	23,27	111,38	NÃO	1
30722390	FRATURA/ARTRODESE COM FIXADOR EXTERNO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	188,06	146,39	46,55	381,00	SIM	2
30722403	FRATURA DE FALANGES OU METACARPIANOS-REDUCAO INCRUENTA	Principal	Ambos	SIM	NÃO	64,83	28,80	13,97	107,60	NÃO	1
30722411	FRATURA DE FALANGES OU METACARPIANOS-TRAT.CIRURGICO C/FIXACAO	Principal	Ambos	SIM	SIM	188,06	178,35	46,55	412,96	SIM	2
30722420	FRATURAS E/OU LUXACOES DE FALANGES(INTERFALANGEANAS)REDUCAO INCRUENTA	Principal	Ambos	SIM	NÃO	123,20	98,88	23,27	245,35	SIM	1
30722438	FRATURAS E/OU LUXACOES DE FALANGES(INTERFALANGEANAS)-TRAT.CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	188,06	214,18	46,55	448,79	SIM	1
30722454	GIGANTISMO AO NIVEL DA MAO-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	466,40	494,67	17,27	978,34	SIM	2
30722462	LESOES LIGAMENTARES AGUDAS DA MAO - REPARACAO CIRURGICA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	188,06	286,72	17,80	492,58	SIM	1
30722470	LESOES LIGAMENTARES CRONICAS DA MAO - REPARACAO CIRURGICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	188,06	286,72	17,80	492,58	SIM	1

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

MÃO

30722489	LIGAMENTOPLASTIA COM ANCORA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	188,06	286,72	17,80	492,58	SIM	1
30722497	LUXACAO METACARPOFALANGEANA-REDUCAO INCRUENTA	Principal	Ambos	SIM	NÃO	64,83	103,20	17,27	185,30	SIM	1
30722500	LUXACAO METACARPOFALANGEANA-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	187,40	153,20	46,55	387,15	SIM	1
30722519	OSTEOMIELITE AO NIVEL DA MAO-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	161,92	171,52	23,27	356,71	SIM	1
30722527	OSTEOSSINTESE DE FRATURA DE FALANGE E METACARPEANA COM FIXACAO EXTERNA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	188,06	146,39	46,55	381,00	SIM	1
30722535	OSTEOSSINTESE DE FRATURA DE FALANGE E METACARPEANA COM USO DE MINI PARAFUSO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	188,06	146,39	46,55	381,00	SIM	1
30722543	PERDA DE SUBSTANCIA DA MAO (REPARACAO) - TRATAMENTO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1123,10	896,00	46,22	2065,32	SIM	4
30722560	POLICIZACAO OU TRANSFERENCIA DIGITAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	430,10	575,68	17,27	1023,05	SIM	2
30722578	POLIDACTILIA ARTICULADA - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	265,65	180,32	22,00	467,97	SIM	2
30722586	POLIDACTILIA NAO ARTICULADA - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	110,00	73,92	7,15	191,07	SIM	1
30722594	PROTESE (IMPLANTE) PARA OSSOS DO CARPO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	545,60	412,16	46,55	1004,31	SIM	4
30722608	PSEUDARTROSE COM PERDA DE SUBSTANCIAS DE METACARPIANO E FALANGES	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	396,00	358,40	46,55	800,95	SIM	2
30722616	PSEUDARTROSE DO ESCAFOIDE-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	396,00	337,89	46,55	780,44	SIM	2

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

MÃO

30722624	PSEUDARTOSE DOS OSSOS DA MAO-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	396,00	268,16	46,55	710,71	SIM	2
30722632	RECONSTRUCAO DA FALANGE COM RETALHO HOMODIGITAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	577,50	392,00	37,40	1006,90	SIM	4
30722640	RECONSTRUCAO DE LEITO UNGUEAL	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	57,20	93,20	0,00	150,40	NÃO	0
30722659	RECONSTRUCAO DO POLEGAR COM RETALHO ILHADO OSTEOCUTANEO ANTEBRAQUIAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	785,40	533,12	37,40	1355,92	SIM	6
30722667	REIMPLANTE DE DOIS DEDOS DA MAO (PARA CADA DEDO ADICIONAL REIMPLANTADO SERAO ADICIONADO 200 UT)	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	970,20	1058,40	50,74	2079,34	SIM	8
30722675	REIMPLANTE DO MEMBRO SUPERIOR NIVEL TRANSMETACARPIANO ATE O TERCO DISTAL DO ANTEBRACO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	2486,28	1351,84	63,43	3901,55	SIM	8
30722683	REIMPLANTE DO POLEGAR	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	970,20	1058,40	50,74	2079,34	SIM	8
30722691	REPARACOES CUTANEAS COM RETALHO ILHADO ANTEBRAQUIAL INVERTIDO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	577,50	392,00	37,40	1006,90	SIM	6
30722705	RESSECCAO PRIMEIRA FILEIRA DOS OSSOS DO CARPO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	236,50	151,87	46,55	434,92	SIM	2
30722713	RESSECCAO DE CISTO SINOVIAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	178,20	132,50	17,27	327,97	SIM	1
30722721	RETRACAO CICATRICIAL DE MAIS DE UM DEDO, SEM COMPROMETIMENTO TENDINOSO - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	353,93	240,24	7,15	601,32	SIM	1
30722730	RETRACAO CICATRICIAL DE UM DEDO SEM COMPROMETIMENTO TENDINOSO - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	353,93	240,24	7,15	601,32	SIM	1

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

MÃO

30722748	RETRACAO CICATRICIAL DOS DEDOS COM LESAO TENDINEA-TRAT.CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	187,40	297,28	17,27	501,95	SIM	1
30722756	REVASCULARIZACAO DO POLEGAR OU OUTRO DEDO (POR CADA DEDO ADICIONAL REVASCULARIZADO SERA ADICIONADO O VALOR)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	970,20	1058,40	50,74	2079,34	SIM	4
30722764	ROTURAS DO APARELHO EXTENSOR DE DEDO-REDUCAO INCRUENTA	Principal	Ambos	SIM	NÃO	57,20	28,80	0,00	86,00	NÃO	1
30722772	ROTURAS TENDINO-LIGAMENTARES DA MAO(MAIS QUE 1)-TRAT.CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	188,06	179,26	17,80	385,12	SIM	1
30722780	SEQUESTRECTOMIAS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	161,92	154,88	17,27	334,07	SIM	1
30722799	SINDACTILIA DE 2 DIGITOS-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	334,95	297,28	7,15	639,38	SIM	1
30722802	SINDACTILIA MULTIPLA - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	609,40	413,95	7,15	1030,50	SIM	1
30722810	SINOVECTOMIA DA MAO(1 ARTICULACAO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	161,92	126,96	17,27	306,15	SIM	1
30722829	SINOVECTOMIA DA MAO(MULTIPLAS)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	258,50	297,28	17,27	573,05	SIM	2
30722845	TRANSPOSICAO DE DEDO-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	430,10	631,52	17,27	1078,89	SIM	2
30722853	TRATAMENTO CIRURGICO DA POLIDACTILIA MULTIPLA E/OU COMPLEXA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	265,65	180,32	22,00	467,97	SIM	1
30722861	TRATAMENTO CIRURGICO DA SINDACTILIA MULTIPLA COM EMPREGO DE EXPANSOR - POR ESTAGIO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	609,40	413,95	7,15	1030,50	SIM	1

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

MÃO

30722870	TRATAMENTO DA DOENCA DE KIEMBUCK COM TRANSPLANTE VASCULARIZADO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	970,20	1058,40	50,74	2079,34	SIM	9
30722888	TRATAMENTO DA PSEUDOARTROSE DO ESCAFOIDE COM TRANSPLANTE OSSEO VASCULARIZADO E FIXACAO COM MICRO PARAFUSO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	970,20	1058,40	50,74	2079,34	SIM	9

CINTURA PÉLVICA

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30723019	BIOPSIA CIRURGICA DE CINTURA PELVICA	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	221,98	146,72	30,80	399,50	SIM	1
30723027	DESARTICULACAO INTERILIO ABDOMINAL-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1661,11	687,42	158,62	2507,15	SIM	6
30723035	FRATURA DA CINTURA PELVICA - TRATAMENTO CONSERVADOR	Principal	Ambos	SIM	NÃO	133,60	33,12	47,52	214,24	NÃO	1
30723043	FRATURA/LUXACAO COM FIXADOR EXTERNO-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	236,50	389,32	47,52	673,34	SIM	2
30723051	FRATURAS E/OU LUXACOES DO ANEL PELVICO (COM UMA OU MAIS ABORDAGENS) TRAT CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	797,07	496,72	63,86	1357,65	SIM	4
30723060	FRATURAS E/OU LUXACOES DO ANEL PELVICO - REDUCAO INCRUENTA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	236,50	170,69	47,52	454,71	SIM	2
30723078	OSTEOMIELITE AO NIVEL DA PELVE-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	521,95	381,79	47,52	951,26	SIM	7
30723086	OSTEOTOMIAS/ARTRODESES-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	880,00	494,67	63,86	1438,53	SIM	5

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

CINTURA PÉLVICA

30723094	FRATURA DE PELVE SEM APARELHO PELVE-PODALICO - TRATAMENTO CONSERVADOR	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	133,60	28,80	47,52	209,92	NÃO	1
30723108	FRATURA E/OU LUXACAO DO ANEL PELVICO TRATAMENTO CONSERVADOR	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	133,60	28,80	47,52	209,92	NÃO	1
30723116	FRATURA OU DISJUNCAO AO NIVEL DA PELVE TRATAMENTO CONSERVADOR COM GESSO	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	133,60	28,80	47,52	209,92	NÃO	1
30723124	FRATURA OU DISJUNCAO AO NIVEL DA PELVE TRATAMENTO CONSERVADOR SEM GESSO	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	133,60	28,80	47,52	209,92	NÃO	1

ARTICULAÇÃO COXO-FEMURAL

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30724015	ARTRITE SEPTICA-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	560,62	472,64	47,96	1081,22	SIM	4
30724023	ARTRODESE / FRATURA DE ACETABULO (LIGAMENTOTAXIA) COM FIXADOR EXTERNO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1651,71	834,40	87,62	2573,73	SIM	4
30724031	ARTRODESE COXO-FEMORAL EM GERAL-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1430,15	674,72	47,96	2152,83	SIM	8
30724040	ARTRODIASTASE DE QUADRIL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	398,23	642,40	47,96	1088,59	SIM	4
30724058	ARTROPLASTIA (QUALQUER TECNICA OU VERSAO DE QUADRIL) - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1443,20	1375,83	87,62	2906,65	SIM	8

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

ARTICULAÇÃO COXO-FEMURAL

30724066	ARTROPLASTIA DE QUADRIL INFECTADA (RETIRADA DOS COMPONENTES) - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1001,00	465,92	121,00	1587,92	SIM	8
30724074	ARTROPLASTIA DE RESSECCAO DO QUADRIL (GIRDLESTONE) - TRAT.CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1443,20	371,66	121,00	1935,86	SIM	8
30724082	ARTROPLASTIA PARCIAL DO QUADRIL(TIPO THOMPSON OU QUALQUER TECNICA)-TRAT.CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1289,62	724,00	143,22	2156,84	SIM	8
30724090	ARTROTOMIA DE QUADRIL INFECTADA(INCISAO E DRENAGEM DE ARTRITE SEPTICA) SEM RETIRADA DE COMPONENTE-TRAT.CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	585,70	371,66	47,96	1005,32	SIM	4
30724104	ARTROTOMIA COXO-FEMORAL-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	390,39	282,61	47,52	720,52	SIM	3
30724112	BIOPSIA CIRURGICA COXO-FEMORAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	303,60	282,61	30,80	617,01	SIM	2
30724120	DESARTICULACAO COXO-FEMORAL-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1667,38	661,04	143,22	2471,64	SIM	8
30724139	EPIFISIODESE C/ ABAIXAMENTO DO GRANDE TROCANTER - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	551,10	253,12	46,55	850,77	SIM	6
30724147	EPIFISIOLISTESE PROXIMAL DE FEMUR(FIXACAO IN SITU)-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	706,70	413,70	46,55	1166,95	SIM	6
30724155	FRATURA DE ACETABULO(COM UMA OU MAIS ABORDAGENS)-TRAT.CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1651,71	835,99	87,62	2575,32	SIM	6
30724163	FRATURA DE ACETABULO-REDUCAO INCRUENTA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	356,40	235,30	38,50	630,20	SIM	1
30724171	FRATURA E/OU LUXACAO E/OU AVULSAO COXO-FEMORAL-REDUCAO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	311,85	224,00	47,96	583,81	SIM	1

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

ARTICULAÇÃO COXO-FEMURAL

	FRATURA E/OU LUXACAO E/OU AVULSAO COXO-FEMORAL-REDUCAO INCRUENTA										
30724180	FRATURA E/OU LUXACAO E/OU AVULSAO COXO-FEMORAL-TRAT.CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1443,20	702,40	47,96	2193,56	SIM	6
30724198	LUXACAO CONGENITA QUADRIL (REDUCAO CIRURGICA E OSTEOTOMIA) - TRAT CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1443,20	512,96	47,96	2004,12	SIM	6
30724201	LUXACAO CONGENITA DE QUADRIL(REDUCAO CIRURGICA SIMPLES) - TRAT.CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1443,20	621,44	47,96	2112,60	SIM	6
30724210	LUXACAO CONGENITA DE QUADRIL(REDUCAO INCRUENTA COM OU SEM TENOTOMIA DE ADUTORES)	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	311,85	417,68	47,96	777,49	SIM	6
30724228	OSTEOTOMIA - FIXADOR EXTERNO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	820,05	556,64	46,55	1423,24	SIM	4
30724236	OSTEOTOMIAS AO NIVEL DO COLO OU REGIAO TROCANTERIANA (SUGIOKA, MARTIN, BOMBELLI ETC) - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	820,05	556,64	46,55	1423,24	SIM	4
30724244	OSTEOTOMIAS SUPRA-ACETABULARES(CHIARI,PEMBERTONI,DIAL ETC)-TRA.CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1443,20	716,80	69,08	2229,08	SIM	4
30724252	PUNCAO-BIOPSIA COXO-FEMORAL- ARTROCENTESE	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	57,20	33,60	12,67	103,47	NÃO	0
30724260	RECONSTRUCAO DE QUADRIL COM FIXADOR EXTERNO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1661,94	751,84	167,75	2581,53	SIM	8
30724279	REVISAO DE ARTROPLASTIAS DE QUADRIL COM RETIRADA DE COMPONENTES E IMPLANTE DE PROTESE	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1661,94	1375,83	167,75	3205,52	SIM	8

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

ARTICULAÇÃO COXO-FEMURAL

30724287	TRAT. DE NECROSE AVASCULAR POR FORAGEM DE ESTAQUEAMENTO ASSOCIADA A NECROSE MICROCIRURGICA DA CABECA FEMORAL-TRAT.CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	864,60	627,75	47,96	1540,31	SIM	6

COXA-FEMUR

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30725011	ALONGAMENTO/TRANSPORTE OSSEO/PSEUDOARTROSE C/ FIXADOR EXTERNO EM COXA/FEMUR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1039,39	610,71	96,25	1746,35	SIM	6
30725020	ALONGAMENTO DE FEMUR - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1039,39	566,72	96,25	1702,36	SIM	6
30725038	AMPUTACAO AO NIVEL DA COXA-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	705,65	498,28	46,55	1250,48	SIM	6
30725046	BIOPSIA CIRURGICA DE FEMUR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	231,00	159,20	30,80	421,00	SIM	2
30725054	CORRECAO DE DEFORMIDADE ADQUIRIDA DE FEMUR COM FIXADOR EXTERNO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1007,82	618,24	46,55	1672,61	SIM	6
30725062	DESCOLAMENTO EPIFISARIO (TRAUMATICO OU NAO) - REDUCAO INCRUENTA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	288,20	241,92	46,55	576,67	SIM	2
30725070	DESCOLAMENTO EPIFISARIO (TRAUMATICO OU NAO) - TRAT CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	706,75	350,78	46,55	1104,08	SIM	6
30725089	ENCURTAMENTO DE FEMUR-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	705,65	480,20	61,05	1246,90	SIM	6

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

COXA-FEMUR

30725097	EPIFISIODESE (POR SEGMENTO)-TRAT.CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	551,10	233,92	46,55	831,57	SIM	4
30725100	FRATURA DE FEMUR - TRATAMENTO CONSERVADOR	Principal	Ambos	SIM	NÃO	121,00	80,64	46,55	248,19	NÃO	1
30725119	FRATURAS DE FEMUR-REDUCAO INCRUENTA	Principal	Ambos	SIM	NÃO	288,20	233,92	46,55	568,67	SIM	2
30725127	FRATURAS DE FEMUR-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1043,24	695,20	46,55	1784,99	SIM	6
30725143	OSTEOMIELITE DE FEMUR-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	820,05	616,50	46,55	1483,10	SIM	4
30725151	PSEUDARTROSES E/OU OSTEOTOMIAS -TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1007,80	547,81	74,24	1629,85	SIM	6
30725160	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS COM FIXADOR EXTERNO EM COXA/FEMUR	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1443,20	602,24	57,55	2102,99	SIM	6
30725178	FEMUR DESCOLAMENTO EPIFISARIO EXTREMIDADES SUPERIOR - TRAT CONSERVADOR COM GESSO	Suplementar	Hospitalar	SIM	SIM	158,51	80,64	46,55	285,70	NÃO	4
30725194	FRATURA DE EXTREMIDADE SUPERIOR DO FEMUR OU CAVIDADE COTILOIDE TRATAMENTO CONSERVADOR COM GESSO	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	133,60	62,00	57,55	253,15	NÃO	1

JOELHO

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30726018	ARTRITE SEPTICA - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	336,60	241,92	46,77	625,29	SIM	2

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

JOELHO

30726026	ARTRODESE DE JOELHO-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	495,00	602,24	46,55	1143,79	SIM	4
30726034	ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO COM IMPLANTES-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1168,15	1187,05	116,66	2471,86	SIM	3
30726042	ARTROTOMIA TRATAMENTO CIRURGICO EM JOELHO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	353,10	233,64	46,55	633,29	SIM	3
30726050	BIOPSIA CIRURGICA DE JOELHO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	133,10	184,00	30,80	347,90	SIM	2
30726069	DESARTICULACAO DE JOELHO-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	514,80	465,73	46,55	1027,08	SIM	4
30726077	EPIFISITES E TENDINITES-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	351,78	361,04	30,80	743,62	SIM	3
30726085	FRATURA DE JOELHO-TRATAMENTO CONSERVADOR	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	82,50	41,40	46,77	170,67	NÃO	1
30726093	FRATURA E/OU LUXACAO DE PATELA(INCLUSIVE OSTEOCONDRAL)-REDUCAO INCRUENTA	Principal	Ambos	SIM	NÃO	412,92	135,80	46,77	595,49	SIM	1
30726107	FRATURA E/OU LUXACAO DE PATELA-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	484,06	358,54	46,77	889,37	SIM	3
30726115	FRATURAS E/OU LUXACOES AO NIVEL DO JOELHO-REDUCAO INCRUENTA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	170,50	150,60	46,77	367,87	SIM	1
30726123	FRATURAS E/OU LUXACOES AO NIVEL DO JOELHO-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	537,25	579,20	46,77	1163,22	SIM	4
30726131	LESAO AGUDA DE LIGAMENTO COLATERAL, ASSOCIADA A LIGAMENTO CRUZADO E MENISCO - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	425,92	274,18	46,77	746,87	SIM	4

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

JOELHO

30726140	LESOES AGUDAS E/OU LUXACOES DE MENISCOS(1OU A)-	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	537,24	322,71	46,77	906,72	SIM	4
30726158	LESOES COMPLEXAS DE JOELHO (FRATURA COM LESAO LIGAMENTAR E MENISCAL) - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	981,97	670,32	113,08	1765,37	SIM	7
30726166	LESOES INTRINSECAS DE JOELHO (LESOES CONDRAIS, OSTEOCONDRITE DISSECANTE, PLICA PATOLOGICA, CORPOS LIVRES, ARTROFITOSE.) - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1104,40	478,80	138,60	1721,80	SIM	4
30726174	LESOES LIGAMENTARES AGUDAS-TRATAMENTO INCRUENTO	Principal	Ambos	SIM	NÃO	88,00	48,00	46,77	182,77	NÃO	0
30726182	LESOES LIGAMENTARES AGUDAS-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	425,92	337,89	46,77	810,58	SIM	4
30726190	LESOES LIGAMENTARES PERIFERICAS CRONICAS-TRATAMENTO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	473,00	498,28	30,80	1002,08	SIM	4
30726204	LIBERACAO LATERAL E FACECTOMIAS - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	993,08	751,52	46,77	1791,37	SIM	7
30726212	MENISCORRAFIA-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	537,24	306,54	46,77	890,55	SIM	4
30726220	OSTEOTOMIAS AO NIVEL DO JOELHO-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	696,30	455,73	46,55	1198,58	SIM	4
30726239	REALINHAMENTOS DO APARELHO EXTENSOR-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	993,08	362,13	46,77	1401,98	SIM	3
30726247	RECONSTRUCOES LIGAMENTARES DO PIVOT CENTRAL-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1104,40	478,80	138,60	1721,80	SIM	7
30726255	REVISOES DE ARTROPLASTIA TOTAL-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1432,97	700,89	314,60	2448,46	SIM	6

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

JOELHO

30726263	REVISOES DE REALINHAMENTOS DO APARELHO EXTENSOR - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	993,08	751,52	46,77	1791,37	SIM	6
30726271	REVISOES DE RECONSTRUCOES INTRA-ARTICULARES-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1432,97	401,90	314,60	2149,47	SIM	7
30726280	TOALETE CIRURGICA-CORRECAO DE JOELHO FLEXO-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	351,78	364,62	30,80	747,20	SIM	3
30726298	TRANSPLANTES HOMOLOGOS AO NIVEL DO JOELHO-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1104,40	328,69	138,60	1571,69	SIM	8
30726301	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACOES / ARTRODESE / CONTRATURAS COM FIXADOR EXTERNO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	495,00	452,48	46,55	994,03	SIM	4

PERNA

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30727014	ALONGAMENTO/TRANSPORTE OSSEO/PSEUDOARTROSE COM FIXADOR EXTERNO EM PERNA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	808,72	642,40	76,34	1527,46	SIM	5
30727022	ALONGAMENTO COM FIXADOR DINAMICO-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	808,72	602,24	76,34	1487,30	SIM	5
30727030	ALONGAMENTO DOS OSSOS DA PERNA-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	808,72	602,24	76,34	1487,30	SIM	5
30727049	AMPUTACAO DE PERNA-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	610,50	480,20	30,80	1121,50	SIM	6

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

PERNA

30727057	BIOPSIA CIRURGICA DE TIBIA OU FIBULA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	195,80	159,20	30,80	385,80	SIM	1
30727065	CORRECAO DE DEFORMIDADE ADQUIRIDA DE TIBIA COM FIXADOR EXTERNO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	594,00	580,40	46,77	1221,17	SIM	6
30727073	CORRECAO DE DEFORMIDADES CONGENITAS NA PERNA COM FIXADOR EXTERNO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	594,00	487,04	50,07	1131,11	SIM	6
30727081	ENCURTAMENTO DOS OSSOS DA PERNA-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	594,00	465,73	46,77	1106,50	SIM	6
30727090	EPIFISIODESE DE TIBIA/FIBULA-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	352,00	247,23	46,77	646,00	SIM	4
30727111	FRATURAS DE FIBULA(INCLUI O DESCOLAMENTO EPIFISARIO)-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	756,17	545,67	46,77	1348,61	SIM	2
30727138	FRATURAS DE TIBIA ASSOCIADA OU NAO A FIBULA(INCLUI DESLOCAMENTO EPIFISARIO)-TRAT.CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	684,20	591,18	46,77	1322,15	SIM	6
30727146	FRATURAS DE TIBIA E FIBULA(INCLUI DESCOLAMENTO EPIFISARIO)-REDUCAO INCRUENTA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	140,50	65,47	46,77	252,74	NÃO	1
30727154	OSTEOMIELITE DOS OSSOS DA PERNA-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	411,40	320,00	50,07	781,47	SIM	2
30727162	OSTEOTOMIAS E/OU PSEUDARTROSES-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	684,20	552,45	46,77	1283,42	SIM	6
30727170	TRANSPOSICAO DE FIBULA/TIBIA-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	594,00	650,24	46,77	1291,01	SIM	6
30727197	FRATURAS DE DOIS OSSOS DA PERNA TRATAMENTO CONSERVADOR	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	62,50	55,20	46,77	164,47	NÃO	1

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

PERNA

TORNOZELO

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30728029	ARTRITE OU OSTEOARTRITE-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	339,50	226,18	30,80	596,48	SIM	2
30728037	ARTRODESE(COM OU SEM ALONGAMENTO SIMULTANEO) COM FIXADOR EXTERNO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	430,10	444,30	50,07	924,47	SIM	4
30728045	ARTRODESE AO NIVEL DO TORNOZELO-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	277,20	472,95	27,50	777,65	SIM	4
30728053	ARTROPLASTIA DE TORNOZELO(COM IMPLANTE)-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	624,80	805,60	46,77	1477,17	SIM	4
30728070	ARTROTOMIA DE TORNOZELO-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	301,18	186,90	30,80	518,88	SIM	4
30728088	BIOPSIA CIRURGICA DO TORNOZELO	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	134,42	148,80	30,80	314,02	SIM	1
30728096	FRATURA DE TORNOZELO-TRATAMENTO CONSERVADOR	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	57,20	28,80	46,77	132,77	NÃO	0
30728118	FRATURAS E/OU LUXACOES AO NIVEL DO TORNOZELO-REDUCAO INCRUENTA	Principal	Ambos	SIM	NÃO	275,00	133,65	46,77	455,42	SIM	1
30728126	FRATURAS E/OU LUXACOES AO NIVEL DO TORNOZELO-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	717,73	632,64	46,77	1397,14	SIM	2
30728134	LESOES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNOZELO-REDUCAO INCRUENTO	Principal	Ambos	SIM	NÃO	254,10	126,96	46,77	427,83	SIM	2

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

TORNOZELO

30728142	LESOES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNOZELO-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	301,18	255,59	46,77	603,54	SIM	4
30728150	LESOES LIGAMENTARES CRONICAS AO NIVEL DO TORNOZELO-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	328,90	336,58	46,77	712,25	SIM	4
30728169	OSTEOCONDRITE DE TORNOZELO-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	361,96	337,89	46,77	746,62	SIM	4
30728177	PSEUDARTROSES OU OSTEOTOMIAS-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	499,40	429,19	46,77	975,36	SIM	6

PÉ

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30729017	AMPUTACAO AO NIVEL DO PE-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	256,30	343,39	17,27	616,96	SIM	2
30729025	AMPUTACAO/DESARTICULACAO DE PODODACTILOS(POR SEGMENTO)-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	237,38	164,95	17,27	419,60	SIM	2
30729033	ARTRITE OU OSTEOARTRITE DOS OSSOS DO PE (INCLUI OSTEOMIELITE) - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	398,20	184,00	68,20	650,40	SIM	4
30729041	ARTRODESE DE TARSO E/OU MEDIO PE-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	397,10	299,49	46,77	743,36	SIM	4
30729050	ARTRODESE METATARSO-FALANGICA OU INTERFALANGICA-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	237,38	233,64	17,27	488,29	SIM	4
30729068	BIOPSIA CIRURGICA DOS OSSOS DO PE	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	143,00	137,57	68,20	348,77	SIM	1

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

PÉ

30729092	CORRECAO DE PE TORTO CONGENITO COM FIXADOR EXTERNO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	519,30	326,40	21,00	866,70	SIM	2
30729106	DEFORMIDADE DOS DEDOS-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	335,50	192,77	68,20	596,47	SIM	2
30729122	FASCIOTOMIA OU RESSECCAO DE FASCIA PLANTAR-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	258,50	199,88	17,27	475,65	SIM	2
30729130	FRATURA DE OSSO DO PE- TRATAMENTO CONSERVADOR	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	57,20	36,80	46,77	140,77	NÃO	0
30729149	FRATURA E/OU LUXACOES DO PE(EXCETO ANTEPE)-REDUCAO	Principal	Ambos	SIM	NÃO	180,40	52,00	46,77	279,17	NÃO	1
30729157	FRATURA E/OU LUXACOES DO PE(EXCETO ANTEPE)-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	237,38	208,84	46,77	492,99	SIM	2
30729165	FRATURAS E/OU LUXACOES DO ANTEPE-REDUCAO INCRUENTA	Principal	Ambos	SIM	NÃO	105,80	103,20	46,77	255,77	SIM	1
30729173	FRATURAS E/OU LUXACOES DO ANTEPE-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	247,80	175,21	46,77	469,78	SIM	2
30729181	HALLUX VALGUS (UM PE) - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	550,12	424,90	0,00	975,02	SIM	2
30729190	OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DO TARSO E MEDIO PE-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	383,90	216,60	46,77	647,27	SIM	2
30729203	OSTEOTOMIA OU PSEUDARTROSE DOS METATARSOS/FALANGES-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	383,90	259,76	46,77	690,43	SIM	2
30729211	OSTEOTOMIAS/FRATURAS COM FIXADOR EXTERNO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	383,90	231,49	46,77	662,16	SIM	2

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

PÉ

30729220	PE PLANO/PE CAVO/COALISAO TARSAL-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	470,80	516,01	46,77	1033,58	SIM	2
30729238	PE TORTO CONGENITO(UM PE)-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	509,30	504,00	17,27	1030,57	SIM	2
30729246	RESSECCAO DO OSSO DO PE-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	258,50	208,84	17,27	484,61	SIM	2
30729254	RETRACAO CICATRICIAL DOS DEDOS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	288,20	251,60	17,27	557,07	SIM	2
30729262	ROTURA DO TENDAO DE AQUILES - TRATAMENTO INCRUENTO	Principal	Ambos	SIM	NÃO	254,10	116,48	46,77	417,35	SIM	1
30729270	ROTURA DO TENDAO DE AQUILES - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	254,10	201,60	17,27	472,97	SIM	2
30729289	TRATAMENTO CIRURGICO DA SINDACTILIA COMPLEXA E/OU MULTIPLA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	609,40	469,59	7,15	1086,14	SIM	3
30729297	TRATAMENTO CIRURGICO DA SINDACTILIA SIMPLES	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	369,20	321,20	17,27	707,67	SIM	2
30729300	TRATAMENTO CIRURGICO DE GIGANTISMO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	468,60	457,04	17,27	942,91	SIM	3
30729319	TRATAMENTO CIRURGICO DE LINFEDEMA AO NIVEL DO PE	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	661,32	448,90	38,72	1148,94	SIM	3
30729327	TRATAMENTO CIRURGICO DE POLIDACTILIA MULTIPLA E/OU COMPLEXA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	376,20	211,04	17,27	604,51	SIM	2
30729335	TRATAMENTO CIRURGICO DE POLIDACTILIA SIMPLES	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	376,20	105,85	17,27	499,32	SIM	2
30729343	TRATAMENTO CIRURGICO DO MAL PERFURANTE PLANTAR	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	524,70	421,12	68,20	1014,02	SIM	3

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

PÉ

MÚSCULOS E FASCIAS

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30730015	ALONGAMENTO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	271,70	167,36	11,00	450,06	SIM	2
30730023	BIOPSIA DE MUSCULO	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	148,50	117,60	30,80	296,90	SIM	1
30730031	DESBRIDAMENTO CIRURGICO DE FERIDAS OU EXTREMIDADES	Principal	Ambos	SIM	NÃO	162,25	146,72	13,92	322,89	SIM	1
30730040	DESINSERCAO OU MIOTOMIA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	183,08	159,20	11,00	353,28	SIM	1
30730058	DISSECCAO MUSCULAR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	271,70	159,20	11,00	441,90	SIM	1
30730066	DRENAGEM CIRURGICA DE PSOAS - DESINSERCAO OU MIOTOMIA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	183,08	194,66	11,00	388,74	SIM	1
30730074	FASCIOTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	271,70	219,22	11,00	501,92	SIM	1
30730082	FASCIOTOMIA-POR COMPARTIMENTO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	183,08	219,22	11,00	413,30	SIM	1
30730090	FASCIOTOMIAS (DESCOMPRESSIVAS)	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	271,70	272,32	11,00	555,02	SIM	1
30730104	FASCIOTOMIAS ACIMA DO PUNHO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	271,70	188,00	11,00	470,70	SIM	1
30730112	MIORRAFIAS	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	183,08	156,29	11,00	350,37	SIM	1

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

MÚSCULOS E FASCIAS

30730155	TRANSPOSICAO MUSCULAR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	317,90	233,92	11,00	562,82	SIM	2
30730171	LESOES MUSCULO-TENDINOSAS - TRATAMENTO INCRUENTO	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	183,08	104,74	11,00	298,82	SIM	1

TENDÕES

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30731011	ABERTURA DE BAINHA TENDINOSA-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	133,10	138,82	0,00	271,92	SIM	1
30731020	BIOPSIAS CIRURGICAS DE TENDOES,BURSAS E SINOVIAS	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	133,10	138,82	30,80	302,72	SIM	1
30731038	BURSECTOMIA-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	133,10	164,00	0,00	297,10	SIM	1
30731046	CISTO SINOVIAL-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	133,10	155,04	0,00	288,14	SIM	1
30731054	ENCURTAMENTO DE TENDAO-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	211,20	184,00	0,00	395,20	SIM	2
30731062	SINOVECTOMIA-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	211,20	246,62	30,80	488,62	SIM	1
30731070	TENOARTROPLASTIA PARA OSSOS DO CARPO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	545,60	412,16	46,55	1004,31	SIM	2
30731089	TENODESE	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	183,08	232,72	0,00	415,80	SIM	1
30731097	TENOLISE NO TUNEL OSTEO FIBROSO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	183,08	326,40	0,00	509,48	SIM	1

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

TENDÕES

30731100	TENOLISE/TENDONESE-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	183,08	226,33	0,00	409,41	SIM	1
30731119	TENOPLASTIA/ENXERTO DE TENDAO-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	441,10	326,40	19,25	786,75	SIM	4
30731127	TENOPLASTIA DE TENDAO EM OUTRAS REGIOES	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	441,10	314,56	19,25	774,91	SIM	4
30731135	TENORRAFIA MULTIPLA EM OUTRAS REGIOES	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	296,84	214,92	7,14	518,90	SIM	1
30731143	TENORRAFIA NO TUNEL OSTEOFIBROSO-MAIS DE 2 DIGITOS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	296,84	368,00	7,15	671,99	SIM	1
30731151	TENORRAFIA NO TUNEL OSTEOFIBROSO ATE 2 DIGITOS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	296,84	254,72	7,15	558,71	SIM	1
30731160	TENORRAFIA UNICA EM OUTRAS REGIOES	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	183,08	184,00	0,00	367,08	SIM	1
30731178	TENOSSINOVECTOMIA DE MAO OU PUNHO	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	265,32	163,74	17,27	446,33	SIM	1
30731186	TENOSSINOVITES ESTENOSANTES - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	172,70	97,61	17,27	287,58	SIM	1
30731194	TENOSSINOVITES INFECCIOSAS - DRENAGEM	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	187,40	132,16	14,14	333,70	SIM	1
30731208	TENOTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	296,84	156,52	0,00	453,36	SIM	1
30731216	TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	448,80	368,64	0,00	817,44	SIM	2
30731224	TRANSPOSICAO UNICA DE TENDAO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	291,50	272,32	0,00	563,82	SIM	2

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

TENDÕES

30731232	TUMORES DE TENDAO OU SINOVIAL - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	271,70	147,84	11,00	430,54	SIM	2

TUMORES ÓSSEOS

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30732018	CURETAGEM OU RESSECCAO EM BLOCO DE TUMOR COM RECONSTRUCAO E ENXERTO VASCULARIZADO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	902,00	1093,59	59,85	2055,44	SIM	8
30732026	ENXERTO OSSEO PARA TUMOR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	858,00	540,80	59,85	1458,65	SIM	4
30732034	RESSECCAO DA LESAO COM CIMENTACAO E OSTEOSINTESE	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	617,10	650,24	46,77	1314,11	SIM	4
30732085	TUMOR OSSEO (RESSECCAO COM SUBSTITUICAO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	2057,00	757,60	110,00	2924,60	SIM	8
30732093	TUMOR OSSEO (RESSECCAO E ARTRODESE)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	617,10	650,24	46,77	1314,11	SIM	4
30732107	TUMOR OSSEO (RESSECCAO E CIMENTO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	617,10	650,24	46,77	1314,11	SIM	4
30732115	TUMOR OSSEO (RESSECCAO E ENXERTO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	858,00	787,75	59,85	1705,60	SIM	6
30732123	TUMOR OSSEO (RESSECCAO SEGMENTAR)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	287,10	248,67	46,77	582,54	SIM	2
30732131	TUMOR OSSEO (RESSECCAO SIMPLES) OU TRATAMENTO CIRURGICO DE TUMORES E EXOSTOSES	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	287,10	333,03	46,77	666,90	SIM	2

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

TUMORES ÓSSEOS

Observações: Nos honorários dos procedimentos ortopédicos e traumatológicos, já está incluído o valor da primeira imobilização e da retirada do gesso. Constitui exceção à regra o tratamento das entorses, contusões e distensões musculares, onde será cobrada a consulta mais a imobilização realizada. Será permitido ao médico cobrar o aparelho gessado trocado posteriormente, desde que comprovada a sua necessidade e obedecidos os valores da presente tabela.

PROCEDIMENTOS VIDEOARTROSCÓPICOS EM JOELHO

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30733014	SINOVECTOMIA TOTAL (PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO EM JOELHO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	519,75	520,94	30,80	1071,49	SIM	2
30733022	SINOVECTOMIA PARCIAL OU SUBTOTAL (PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO EM JOELHO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	343,20	309,40	30,80	683,40	SIM	2
30733030	CONDROPLASTIA COM REMOCAO DE CORPOS LIVRES (PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO EM JOELHO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	343,20	309,40	30,80	683,40	SIM	2
30733049	OSTEOCONDROPLASTIA ESTABILIZACAO RESSECCAO E/OU PLASTIA (PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO EM JOELHO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	519,75	520,94	30,80	1071,49	SIM	2
30733057	MENISCECTOMIA UM MENISCO (PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO EM JOELHO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	519,75	409,60	30,80	960,15	SIM	2
30733065	REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO (PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO EM JOELHO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	519,75	616,45	30,80	1167,00	SIM	2
30733073	RECONSTRUCAO RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR OU POSTERIOR (PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO EM JOELHO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	519,75	722,65	30,80	1273,20	SIM	2
30733081	FRATURA COM REDUCAO E/OU ESTABILIZACAO DA SUPERFICIE ARTICULAR UM COMPARTIMENTO (PROCEDIMENTO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	519,75	666,54	30,80	1217,09	SIM	2

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

PROCEDIMENTOS VIDEOARTROSCÓPICOS EM JOELHO

30733090	TRATAMENTO CIRURGICO DA ARTROFIBROSE (PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO EM JOELHO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	519,75	409,60	30,80	960,15	SIM	2
30733103	INSTABILIDADE FEMORO PATELAR RELEASE LATERAL DA PATELA RETENCIONAMENTO REFORCO OU RECONSTRUCAO DO LIGAMENTO PATELO FEMORAL MEDIAL (PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO EM JOELHO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	519,75	520,94	30,80	1071,49	SIM	2

PROCEDIMENTOS VIDEOARTROSCÓPICOS EM TORNOZELO

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30734010	SINOVECTOMIA TOTAL (PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO EM TORNOZELO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	519,75	520,94	30,80	1071,49	SIM	2
30734029	SINOVECTOMIA PARCIAL OU SUBTOTAL (PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO EM TORNOZELO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	343,20	309,40	30,80	683,40	SIM	2
30734037	CONDROPLASTIA COM REMOCAO DE CORPOS LIVRES (PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO EM TORNOZELO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	343,20	309,40	30,80	683,40	SIM	2
30734045	OSTEOCONDROPLASTIA ESTABILIZACAO RESSECCAO E OU PLASTIA (ENXERTIA) (PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO EM TORNOZELO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	519,75	409,60	30,80	960,15	SIM	2
30734053	RECONSTRUCAO RETENCIONAMENTO OU REFORCO DE LIGAMENTO (PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO EM TORNOZELO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	519,75	309,40	30,80	859,95	SIM	2
30734061	FRATURAS REDUCAO E ESTABILIZACAO DE CADA SUPERFICIE (PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO EM TORNOZELO)	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	519,75	409,60	30,80	960,15	SIM	2

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

PROCEDIMENTOS VIDEOARTROSCÓPICOS EM TORNOZELO

PROCEDIMENTOS VIDEOARTROSCÓPICOS DE OMBRO

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30735017	SINOVECTOMIA TOTAL (PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO EM OMBRO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	519,75	465,65	30,80	1016,20	SIM	2
30735025	SINOVECTOMIA PARCIAL OU SUBTOTAL (PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO EM OMBRO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	343,20	309,40	30,80	683,40	SIM	2
30735033	ACROMIOPLASTIA (PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO EM OMBRO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	519,75	521,38	30,80	1071,93	SIM	2
30735041	LESAO LABRAL (PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO EM OMBRO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	519,75	465,65	30,80	1016,20	SIM	2
30735050	LUXACAO GLENO UMERAL (PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO EM OMBRO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	519,75	695,01	30,80	1245,56	SIM	2
30735068	RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR (PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO EM OMBRO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	519,75	722,87	30,80	1273,42	SIM	2
30735076	INSTABILIDADE MULTIDIRECIONAL (PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO EM OMBRO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	519,75	695,01	30,80	1245,56	SIM	2
30735084	RESSECCAO LATERAL DA CLAVICULA (PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO EM OMBRO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	519,75	521,38	30,80	1071,93	SIM	2
30735092	TENOTOMIA DA PORCAO LONGA DO BICEPS (PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO EM OMBRO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	629,55	685,56	30,80	1345,91	SIM	1

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

PROCEDIMENTOS VIDEOARTROSCÓPICOS DE OMBRO

PROCEDIMENTOS VIDEOARTROSCÓPICOS DE COTOVELO

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30736013	SINOVECTOMIA TOTAL (PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO EM COTOVELO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	519,75	520,94	30,80	1071,49	SIM	2
30736021	SINOVECTOMIA PARCIAL OU SUBTOTAL (PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO EM COTOVELO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	343,20	309,40	30,80	683,40	SIM	2
30736030	CONDROPLASTIA COM REMOCAO DE CORPOS LIVRES (PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO EM COTOVELO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	343,20	309,40	30,80	683,40	SIM	2
30736048	OSTEOCONDROPLASTIA ESTABILIZACAO RESSECCAO E OU PLASTIA (ENXERTIA) (PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO EM COTOVELO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	519,75	309,40	30,80	859,95	SIM	2
30736056	RECONSTRUCAO RETENCIONAMENTO OU REFORCO DE LIGAMENTO (PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO EM COTOVELO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	519,75	521,38	30,80	1071,93	SIM	2
30736064	FRATURAS REDUCAO E ESTABILIZACAO PARA CADA SUPERFICIE (PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO EM COTOVELO)	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	519,75	409,60	30,80	960,15	SIM	2

PROCEDIMENTOS VIDEOARTROSCÓPICOS DE PUNHO E TUNEL DO CARPO

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30737010	SINOVECTOMIA TOTAL (PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO EM PUNHO E TUNEL DO CARPO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	519,75	520,94	30,80	1071,49	SIM	2

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

PROCEDIMENTOS VIDEOARTROSCÓPICOS DE PUNHO E TUNEL DO CARPO

30737028	SINOVECTOMIA PARCIAL OU SUBTOTAL (PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO EM PUNHO E TUNEL DO CARPO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	343,20	309,40	30,80	683,40	SIM	2
30737036	CONDROPLASTIA COM REMOCAO DE CORPOS LIVRES (PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO EM PUNHO E TUNEL DO CARPO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	343,20	521,38	30,80	895,38	SIM	2
30737044	OSTEOCONDROPLASTIA ESTABILIZACAO RESSECCAO E/OU PLASTIA (ENXERTIA) (PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO EM PUNHO E TUNEL DO CARPO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	519,75	409,60	30,80	960,15	SIM	2
30737052	RECONSTRUCAO RETENCIONAMENTO OU REFORCO DE LIGAMENTO OU REPARO DE CARTILAGEM TRIANGULAR (PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO EM PUNHO E TUNEL DO CARPO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	519,75	409,60	30,80	960,15	SIM	2
30737060	FRATURAS REDUCAO E ESTABILIZACAO DE CADA SUPERFICIE (PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO EM PUNHO E TUNEL DO CARPO)	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	519,75	409,60	30,80	960,15	SIM	2
30737079	TUNEL DO CARPO DESCOMPRESSAO (PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	343,20	521,38	30,80	895,38	SIM	2

PROCEDIMENTOS VIDEOARTROSCÓPICOS DE COXOFEMORAL

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30738016	SINOVECTOMIA TOTAL (PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO EM COXO-FEMORAL)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	519,75	465,65	30,80	1016,20	SIM	2
30738024	SINOVECTOMIA PARCIAL E/OU REMOCAO DE CORPOS LIVRES (PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO EM COXO-FEMORAL)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	343,20	309,40	30,80	683,40	SIM	2

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO E ARTICULAÇÕES

PROCEDIMENTOS VIDEOARTROSCÓPICOS DE COXOFEMORAL

30738032	DESBRIDAMENTO DO LABRUM OU LIGAMENTO REDONDO COM OU SEM CONDROPLASTIA (PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO EM COXO-FEMORAL)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	343,20	309,40	30,80	683,40	SIM	2
30738040	TRATAMENTO DO IMPACTO FEMORO ACETABULAR (PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	519,75	465,65	30,80	1016,20	SIM	2
30738059	CONDROPLASTIA COM SUTURA LABRAL (PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	519,75	639,27	30,80	1189,82	SIM	2

Observações: 1) Nas cirurgias videoartroscópicas quando houver a necessidade de atuar em mais de uma estrutura articular, procedimentos intra-articulares poderão ser associados para conclusão do ato operatório até um limite de três por articulação. 2) Nas artroplastias o enxerto ósseo local já está incluso no valor do procedimento principal.

SISTEMA RESPIRATORIO E MEDIASTINO

TRAQUÉIA

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30801010	COLOCACAO DE ORTESE TRAQUEAL,TRAQUEOBRONQUICA OU BRONQUICA,POR VIA ENDOSCOPICA(TUBO DE SILICONE OU METALICO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	275,00	282,20	30,80	588,00	SIM	2
30801028	COLOCACAO DE PROTESE TRAQUEAL OU TRANQUEOBRONQUICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	772,20	1049,75	30,80	1852,75	SIM	5
30801036	FECHAMENTO DE FISTULA TRAQUEIO-CUTANEO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	408,84	262,62	53,37	724,83	SIM	2
30801044	PUNCAO TRAQUEAL	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	57,20	57,89	0,00	115,09	NÃO	1

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA RESPIRATORIO E MEDIASTINO

TRAQUÉIA

30801052	RESSECCAO CARINAL(TRAQUEOBRONQUICA)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1259,56	1248,20	158,14	2665,90	SIM	2
30801060	RESSECCAO DE TUMOR TRAQUEAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1212,12	1212,16	158,14	2582,42	SIM	3
30801079	TRAQUEOPLASTIA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	608,15	722,62	57,86	1388,63	SIM	4
30801087	TRAQUEORRAFIA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	381,59	339,52	53,37	774,48	SIM	4
30801109	TRAQUEOSTOMIA COM COLOCACAO DE ORTESE TRAQUEAL OU TRAQUEOBRONQUICA POR VIA CERVICAL	Suplementar	Hospitalar	SIM	NÃO	250,00	294,88	0,00	544,88	SIM	2
30801117	TRAQUEOSTOMIA MEDIASTINAL	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	608,15	789,60	57,86	1455,61	SIM	4
30801133	PLASTIA DE TRAQUEOSTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	608,15	317,09	57,86	983,10	SIM	4
30801141	TRAQUEOTOMIA OU FECHAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	408,84	228,00	53,37	690,21	SIM	2
30801150	TROCA DE PROTESE TRAQUEO-ESOFAGICA	Suplementar	Ambos	SIM	SIM	57,20	33,60	0,00	90,80	SIM	0
30801168	RESSECCAO DE TUMOR TRAQUEAL POR VIDEOTORACOSCOPIA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1212,12	1212,16	158,14	2582,42	SIM	3
30801176	TRAQUEORRAFIA POR VIDEOTORACOSCOPIA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	381,59	339,52	53,37	774,48	SIM	3

Observações: Os procedimentos 30801010 (Colocação de órtese traqueal, traqueobrônquica ou brônquica, por via endoscópica - tubo de silicone ou metálico), 30801028 (Colocação de prótese traqueal ou tranqueobrônquica) e 30801150 (Troca de prótese traqueo-esofágica) não se aplicam para a troca de cânula de traqueostomia.

BRONQUIOS

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA RESPIRATORIO E MEDIASTINO

BRONQUIOS

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30802016	BRONCOPLASTIA E/OU ARTERIOPLASTIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1084,60	1103,61	135,85	2324,06	SIM	5
30802024	BRONCOTOMIA E /OU BRONCORRAFIA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	794,86	486,26	135,85	1416,97	SIM	5
30802032	COLOCACAO DE MOLDE BRONQUICO POR TORACOTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	775,50	463,79	46,20	1285,49	SIM	5
30802040	BRONCOPLASTIA E/OU ARTERIOPLASTIA POR VIDEOTORACOSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1084,60	1103,61	135,85	2324,06	SIM	5
30802059	BRONCOTOMIA E /OU BRONCORRAFIA POR VIDEOTORACOSCOPIA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	794,86	486,26	135,85	1416,97	SIM	5

PULMÃO

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30803012	BULECTOMIA UNILATERAL	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	862,92	717,80	164,03	1744,75	SIM	6
30803020	CIRURGIA REDUTORA DO VOLUME PULMONAR UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1432,75	507,30	164,03	2104,08	SIM	6
30803039	CISTO PULMONAR CONGENITO-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1239,63	908,25	164,03	2311,91	SIM	6
30803047	CORRECAO DE FISTULA BRONCO PLEURAL	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1239,63	995,08	164,03	2398,74	SIM	5
30803055	DRENAGEM TUBULAR ABERTA DE CAVIDADE PULMONAR	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	510,00	410,78	72,91	993,69	SIM	4

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA RESPIRATORIO E MEDIASTINO

PULMÃO

30803063	EMBOLECTOMIA PULMONAR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1344,53	973,37	164,03	2481,93	SIM	5
30803071	LOBECTOMIA POR MALFORMACAO PULMONAR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	863,05	908,25	163,99	1935,29	SIM	6
30803080	LOBECTOMIA PULMONAR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	863,05	819,10	163,99	1846,14	SIM	6
30803098	METASTASECTOMIA PULMONAR UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	862,92	761,18	164,03	1788,13	SIM	6
30803101	PNEUMONECTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1239,63	725,80	236,71	2202,14	SIM	5
30803110	PNEUMONECTOMIA DE TOTALIZACAO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1239,63	1212,16	236,71	2688,50	SIM	5
30803128	PNEUMORRAFIA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	577,24	584,96	74,80	1237,00	SIM	4
30803136	PNEUMOSTOMIA(CAVERNOSTOMIA) COM COSTECTOMIA E ESTOMA CUTANEO-CAVITARIO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	522,06	425,68	74,79	1022,53	SIM	5
30803144	POSICIONAMENTO DE AGULHAS RADIATIVAS POR TORACOTOMIA (BRAQUITERAPIA)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	492,80	522,30	74,80	1089,90	SIM	1
30803152	SEGMENTECTOMIA EM PULMAO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	771,62	566,36	164,02	1502,00	SIM	6
30803160	TROMBOENDARTERECTOMIA PULMONAR	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1344,53	2023,84	164,03	3532,40	SIM	6
30803179	BULECTOMIA UNILATERAL-POR VIDEOTORACOSCOPIA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	862,92	717,80	164,03	1744,75	SIM	6
30803209	DRENAGEM TUBULAR ABERTA DE CAVIDADE PULMONAR POR VIDEOTORACOSCOPIA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	510,00	410,78	72,91	993,69	SIM	4

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA RESPIRATORIO E MEDIASTINO

PULMÃO

30803217	LOBECTOMIA PULMONAR POR VIDEOTORACOSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1693,44	2273,76	0,00	3967,20	SIM	6
30803225	METASTASECTOMIA PULMONAR UNILATERAL POR VIDEOTORACOSPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	862,92	883,36	164,03	1910,31	SIM	6
30803233	SEGMENTECTOMIA POR VIDEOTORACOSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	771,62	768,23	164,03	1703,88	SIM	6

PLEURA

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30803241	BIOPSIA PERCUTANEA DE PULMAO E BACO	Principal	Ambos	NÃO	SIM	291,46	115,58	0,00	407,04	NÃO	1
30804019	BIOPSIA PERCUTANEA DE PLEURA POR AGULHA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	57,20	95,23	30,80	183,23	NÃO	1
30804027	DESCORTICACAO PULMONAR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1082,95	679,54	164,03	1926,52	SIM	7
30804035	PLEURECTOMIA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	699,05	620,53	80,06	1399,64	SIM	4
30804043	PLEURODESE	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	343,64	228,18	74,80	646,62	SIM	3
30804051	PLEUROSCOPIA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	456,50	388,40	30,80	875,70	SIM	2
30804060	PLEUROSTOMIA(ABERTA)	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	385,00	362,13	30,80	777,93	SIM	3
30804086	PUNCAO PLEURAL	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	57,20	83,33	30,80	171,33	NÃO	1

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA RESPIRATORIO E MEDIASTINO

PLEURA

30804094	REPLECAO DE CAVIDADE PLEURAL COM SOLUCAO DE ANTIBIOTICO PARA TRAT. DE EMPIEMA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	165,00	263,20	0,00	428,20	SIM	1
30804108	RESSECCAO DE TUMOR DA PLEURA LOCALIZADO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	699,05	643,51	80,06	1422,62	SIM	4
30804116	RETIRADA DE DRENO TUBULAR TORACICO(COLOCADO EM OUTRO SERVICO)	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	57,20	43,68	0,00	100,88	NÃO	1
30804124	TENDA PLEURAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	699,05	552,64	80,06	1331,75	SIM	5
30804132	TORACOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL FECHADA	Principal	Ambos	SIM	NÃO	273,51	333,22	0,00	606,73	SIM	1
30804140	TRATAMENTO OPERATORIO DA HEMORRAGIA INTRAPLEURAL	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	699,05	319,45	80,06	1098,56	SIM	4
30804159	DESCORTICACAO PULMONAR POR VIDEOTORACOSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1082,95	679,54	164,03	1926,52	SIM	7
30804167	PLEURECTOMIA POR VIDEOTORACOSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	699,05	620,53	80,06	1399,64	SIM	4
30804175	PLEURODESE POR VIDEO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	343,64	228,18	74,80	646,62	SIM	3
30804183	PLEUROSCOPIA POR VIDEO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	456,50	388,40	30,80	875,70	SIM	2
30804191	RESSECCAO DE TUMOR DA PLEURA LOCALIZADO POR VIDEO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	699,05	643,51	80,06	1422,62	SIM	4
30804205	TENDA PLEURAL POR VIDEO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	699,05	508,10	80,06	1287,21	SIM	5
30804213	TRAT OPERATORIO DA HEMORRAGIA INTRAPLEURAL POR VIDEO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	699,05	319,45	80,06	1098,56	SIM	4

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA RESPIRATORIO E MEDIASTINO

PLEURA

Observações: É indevida a cobrança do procedimento 30804183 (PLEUROSCOPIA POR VÍDEO) em concomitância com outros códigos de cirurgias torácicas ipsilaterais por vídeo, sendo pertinente a sua cobrança apenas quando for realizada em ato cirúrgico distinto da(s) cirurgia(s) principal(is), para fins diagnósticos com ou sem biópsia.

MEDIASTINO

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30805015	RESSECCAO DE BOCIO INTRATORACICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	502,50	695,20	30,80	1228,50	SIM	4
30805023	BIOPSIA DE LINFONODOS PRE-ESCALENICOS OU DO CONFLUENTE	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	165,00	153,31	30,80	349,11	SIM	1
30805031	BIOPSIA DE TUMOR DO MEDIASTINO	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	79,80	416,40	30,80	527,00	NÃO	1
30805040	CISTO OU DUPLICACAO BRONQUICA OU ESOFAGICA-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	759,99	756,29	56,65	1572,93	SIM	5
30805074	LIGADURA DE ARTERIAS BRONQUICAS POR TORACOTOMIA PARA CONTROLE DE HEMOPTISE	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	989,44	666,87	79,35	1735,66	SIM	5
30805082	LIGADURA DO DUCTO TORACICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	841,30	709,20	79,35	1629,85	SIM	5
30805090	LINFADENECTOMIA MEDIASTINAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	996,60	1015,83	112,20	2124,63	SIM	5
30805104	MEDIASTINOSCOPIA VIA CERVICAL	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	275,00	425,68	59,40	760,08	SIM	1
30805112	MEDIASTINOTOMIA (VIA PARAESTERNAL, TRANSESTERNAL, CERVICAL)	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1249,54	812,11	91,45	2153,10	SIM	5
30805120	MEDIASTINOTOMIA EXTRAPLEURAL POR VIA POSTERIOR	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	822,09	652,48	91,44	1566,01	SIM	5

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA RESPIRATORIO E MEDIASTINO

MEDIASTINO

30805139	PERICARDIOTOMIA COM ABERTURA PLEURO PERICARDICA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1295,18	674,72	157,82	2127,72	SIM	5
30805147	RESSECCAO DE TUMOR DE MEDIASTINO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1194,21	1052,97	146,59	2393,77	SIM	5
30805155	TIMECTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	992,17	725,80	167,20	1885,17	SIM	5
30805163	TRATAMENTO DA MEDIASTINITE	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	673,20	422,72	80,06	1175,98	SIM	5
30805171	VAGOTOMIA TRONCULAR TERAPEUTICA POR TORACOTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	841,50	709,20	52,10	1602,80	SIM	5
30805180	BIOPSIA DE TUMOR DO MEDIASTINO POR VIDEO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	165,00	488,80	30,80	684,60	NÃO	1
30805198	CISTO OU DUPLICACAO BRONQUICA OU ESOFAGICA-TRATAMENTO CIRURGICO POR VIDEO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	759,99	756,29	56,65	1572,93	SIM	5
30805228	LINFADENECTOMIA MEDIASTINAL POR VIDEO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	996,60	1015,83	112,20	2124,63	SIM	5
30805236	MEDIASTINOSCOPIA VIA CERVICAL POR VIDEO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	275,00	425,68	59,40	760,08	SIM	1
30805244	MEDIASTINOTOMIA EXTRAPLEURAL POR VIA POSTERIOR POR VIDEO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	822,09	652,48	91,44	1566,01	SIM	5
30805252	PERICARDIOTOMIA COM ABERTURA PLEURO-PERICARDICA POR VIDEO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1295,18	674,72	157,82	2127,72	SIM	5
30805260	RESSECCAO DE TUMOR DE MEDIASTINO POR VIDEO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1194,21	1052,97	146,58	2393,76	SIM	5
30805279	TIMECTOMIA POR VIDEO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	992,17	725,80	153,05	1871,02	SIM	5

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA RESPIRATORIO E MEDIASTINO

MEDIASTINO

30805295	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO MEDIASTINO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	165,00	153,31	30,80	349,11	SIM	1

DIAFRAGMA

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30806011	ABSCESSO SUBFRENICO - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	950,29	594,80	96,25	1641,34	SIM	7
30806020	EVENTRACAO DIAFRAGMATICA - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	822,50	791,56	96,25	1710,31	SIM	5
30806038	HERNIA DIAFRAGMATICA - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	772,20	744,50	35,20	1551,90	SIM	5

SISTEMA CARDIO-CIRCULATÓRIO

DEFEITOS CARDIÁCOS CONGÊNITOS

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30901014	AMPLIACAO (ANEL VALVAR, GRANDES VASOS, ATRIO, VENTRICULO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	4686,98	2321,70	0,00	7008,68	SIM	8
30901022	CANAL ARTERIAL PERSISTENTE - CORRECAO CIRURGICA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	3208,59	1861,43	0,00	5070,02	SIM	5

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA CARDIO-CIRCULATÓRIO

DEFEITOS CARDIÁCOS CONGÊNITOS

30901030	COARCTACAO DA AORTA - CORRECAO CIRURGICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	3487,95	1782,53	0,00	5270,48	SIM	5
30901049	CONFECCAO DE BANDAGEM DA ARTERIA PULMONAR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	2747,77	1952,63	0,00	4700,40	SIM	5
30901057	CORRECAO CIRURGICA DA COMUNICACAO INTERATRIAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	3894,60	2169,23	0,00	6063,83	SIM	5
30901065	CORRECAO CIRURGICA DA COMUNICACAO INTERVENTRICULAR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	4313,78	2805,02	0,00	7118,80	SIM	5
30901073	CORRECAO DE CARDIOPATIA CONGENITA + CIRURGIA VALVAR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	4931,96	4342,27	0,00	9274,23	SIM	8
30901081	CORRECAO DE CARDIOPATIA CONGENITA + REVASCULARIZACAO DO MIOCARDIO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	4931,96	4683,03	0,00	9614,99	SIM	8
30901090	REDIRECIONAMENTO DO FLUXO SANGUINEO (COM ANASTOMOSE DIRETA, RETALHO, TUBO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	4931,96	4097,25	0,00	9029,21	SIM	8
30901103	RESSECCAO (INFUNDIBULO, SEPTO, MEMBRANAS, BANDAS)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	4055,81	2169,23	0,00	6225,04	SIM	8
30901111	TRANSPOSICOES (VASOS, CAMARAS)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	4931,96	4405,05	0,00	9337,01	SIM	8

VALVOPLASTIAS

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30902010	AMPLIACAO DO ANEL VALVAR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	4687,64	2479,04	318,82	7485,50	SIM	8

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA CARDIO-CIRCULATÓRIO

VALVOPLASTIAS

30902029	CIRURGIA MULTIVALVAR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	4181,65	4321,19	318,82	8821,66	SIM	5
30902037	COMISSUROTOMIA VALVAR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	3923,69	2100,96	318,82	6343,47	SIM	5
30902045	PLASTIA VALVAR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	3923,69	4276,00	318,82	8518,51	SIM	5
30902053	TROCA VALVAR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	3923,69	4276,00	318,82	8518,51	SIM	5

CORONARIOPATIAS

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30903017	ANEURISMECTOMIA DE VE	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	3923,14	2479,04	318,82	6721,00	SIM	5
30903025	REVASCULARIZACAO DO MIOCARDIO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	3923,14	4797,19	318,82	9039,15	SIM	5
30903033	REVASCULARIZACAO DO MIOCARDIO + CIRURGIA VALVAR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	4181,65	4800,00	318,82	9300,47	SIM	5
30903041	VENTRICULECTOMIA PARCIAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	3923,14	3943,28	318,82	8185,24	SIM	5

MARCAPASSO

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA CARDIO-CIRCULATÓRIO

MARCAPASSO

30904013	CARDIO-ESTIMULACAO TRANSESOFAGICA (CETE), TERAPEUTICA OU DIAGNOSTICA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	72,50	57,60	0,00	130,10	NÃO	1
30904021	IMPLANTE DE DESFIBRILADOR INTERNO, PLACAS E ELETRODOS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1119,21	968,80	0,00	2088,01	SIM	1
30904064	IMPLANTE DE ESTIMULADOR CARDIACO ARTIFICIAL MULTISSITIO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1119,21	860,54	0,00	1979,75	SIM	1
30904080	INSTALACAO DE MARCAPASSO EPIMIOCARDIO DEFINITIVO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	171,94	491,55	38,00	701,49	SIM	1
30904099	IMPLANTE DE MARCAPASSO TEMPORARIO (EXCLUI POS OPERATORIO CIRURGIA CARDIACA)	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	220,00	235,98	4,50	460,48	SIM	1
30904102	RECOLOCACAO DE ELETRODO/GERADOR COM OU SEM TROCA DE UNIDADES	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	220,00	473,29	0,00	693,29	SIM	1
30904110	RETIRADA DO SISTEMA (NAO APLICAVEL NA TROCA DO GERADOR)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	220,00	337,89	0,00	557,89	SIM	1
30904129	TROCA DE GERADOR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	220,00	326,40	0,00	546,40	SIM	1
30904137	IMPLANTE DE MARCAPASSO MONOCAMERAL (GERADOR + ELETRODO ATRIAL OU VENTRICULAR)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	238,13	502,53	38,00	778,66	SIM	1
30904145	IMPLANTE DE MARCAPASSO BICAMERAL (GERADOR + ELETRODO ATRIAL OU VENTRICULAR)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	238,13	650,53	38,00	926,66	SIM	1
30904161	IMPLANTE DE CARDIODESFIBRILADOR MULTISSITIO TRC D (GERADOR E ELETRODOS)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1077,25	1200,00	0,00	2277,25	SIM	1

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA CARDIO-CIRCULATÓRIO

OUTROS PROCEDIMENTOS

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30905010	COLOCACAO DE BALAO INTRA-AORTICO	Suplementar	Hospitalar	SIM	NÃO	125,00	397,76	0,00	522,76	SIM	1
30905028	COLOCACAO DE STENT NA AORTA SEM CEC	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1983,82	839,20	160,04	2983,06	SIM	3
30905036	INSTALACAO DO CIRCUITO DE CIRCULACAO EXTRACORPOREA CONVENCIONAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	496,96	349,60	0,00	846,56	SIM	1
30905044	INSTALACAO DO CIRCUITO DE CIRCULACAO EXTRACORPOREA EM CRIANCAS DE BAIXO PESO (10 KG)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	496,96	695,00	0,00	1191,96	SIM	1
30905052	DERIVACAO CAVO-ATRIAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	4237,75	1081,91	318,82	5638,48	SIM	8
30905060	PERFUSIONISTA	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	0,00	235,52	0,00	235,52	NÃO	1

Observações: 1) Serão considerados PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS os atos cirúrgicos, complementares ao ato principal, realizados para solucionar uma mesma patologia (ex.: procedimento(s) CEC PIA PVC), independentemente da vias de acesso utilizada.

CIRURGIA ARTERIAL

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30906016	ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL INFRA-RENAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	2005,24	2105,77	81,10	4192,11	SIM	5
30906024	ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL SUPRA-RENAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	2059,11	2427,63	81,10	4567,84	SIM	5
30906032	ANEURISMA DE AORTA TORACICA - CORRECAO CIRURGICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	3923,14	2479,04	318,82	6721,00	SIM	5

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA CARDIO-CIRCULATÓRIO

CIRURGIA ARTERIAL

30906040	ANEURISMA DE ARTERIAS VISCERAIS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1559,25	1159,84	60,74	2779,83	SIM	5
30906059	ANEURISMA DE AXILAR, FEMORAL, POPLITEA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1209,25	1028,00	60,74	2297,99	SIM	5
30906067	ANEURISMA DE CAROTIDA, SUBCLAVIA,ILIACA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1559,25	1054,47	60,74	2674,46	SIM	5
30906075	ANEURISMA - OUTROS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1559,25	849,51	60,74	2469,50	SIM	5
30906083	ANEURISMAS TORACICOS OU TORACO-ABDOMINAIS - CORRECAO CIRURGICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	3923,14	4198,33	318,82	8440,29	SIM	5
30906113	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL TRANSOPERATORIA - POR ARTERIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	818,55	805,38	11,20	1635,13	SIM	1
30906121	ARTERIA HIPOGASTRICA UNILATERAL - CIRURGIA ARTERIAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1337,38	1061,27	60,74	2459,39	SIM	5
30906130	ARTERIA MESENTERICA INFERIOR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1337,38	947,03	60,74	2345,15	SIM	5
30906148	ARTERIA MESENTERICA SUPERIOR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1337,38	1218,50	60,74	2616,62	SIM	5
30906156	ARTERIA RENAL BILATERAL - REVASCULARIZACAO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1069,20	1410,07	88,20	2567,47	SIM	5
30906164	CATETERISMO DA ARTERIA RADIAL - PARA PAM	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	79,86	46,78	0,00	126,64	NÃO	1
30906172	CORRECOES DAS DISSECCOES DA AORTA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	3923,14	4198,33	318,82	8440,29	SIM	5
30906180	ENDARTERECTOMIA AORTO-ILIACA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1014,75	996,64	60,83	2072,22	SIM	5

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA CARDIO-CIRCULATÓRIO

CIRURGIA ARTERIAL

30906199	ENDARTERECTOMIA CAROTIDEA - UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1492,26	1182,50	59,38	2734,14	SIM	5
30906202	ENDARTERECTOMIA ILIACO-FEMORAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	819,06	756,64	60,83	1636,53	SIM	5
30906210	LIGADURA DE CAROTIDA OU RAMOS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	699,00	510,27	68,95	1278,22	SIM	3
30906229	PONTE AORTO-BIFEMORAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1065,90	1513,43	60,83	2640,16	SIM	5
30906237	PONTE AORTO-BIILIACA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1014,75	1410,07	60,83	2485,65	SIM	5
30906245	PONTE AORTO-FEMORAL - UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1065,90	922,23	60,83	2048,96	SIM	5
30906253	PONTE AORTO-ILIACA - UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1014,75	947,03	60,83	2022,61	SIM	5
30906261	PONTE AXILO-BIFEMORAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1295,25	1056,47	60,83	2412,55	SIM	5
30906270	PONTE AXILO-FEMORAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1015,41	875,78	60,83	1952,02	SIM	5
30906288	PONTE DISTAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1374,12	1109,14	59,38	2542,64	SIM	5
30906296	PONTE FEMORO POPLITEA PROXIMAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1015,41	947,03	60,83	2023,27	SIM	5
30906300	PONTE FEMORO-FEMORAL CRUZADA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	916,41	871,36	60,83	1848,60	SIM	5
30906318	PONTE FEMORO-FEMORAL IPSILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	916,41	947,03	60,83	1924,27	SIM	5

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA CARDIO-CIRCULATÓRIO

CIRURGIA ARTERIAL

30906326	PONTE SUBCLAVIO BIFEMORAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1295,25	985,22	60,83	2341,30	SIM	5
30906334	PONTE SUBCLAVIO FEMORAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1015,41	875,78	60,83	1952,02	SIM	5
30906342	PONTES AORTO-CERVICAIS OU ENDARTERECTOMIAS DOS TRONCOS SUPRA-AORTICOS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1643,73	1447,51	59,38	3150,62	SIM	5
30906350	PONTES TRANSCERVICAIS QUALQUER TIPO - CIRURGIA ARTERIAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1492,26	1037,75	59,38	2589,39	SIM	5
30906385	ARTERIOPLASTIA DA FEMORAL PROFUNDA (PROFUNDOPLASTIA)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	795,30	734,88	45,85	1576,03	SIM	4
30906393	REOPERACAO DE AORTA ABDOMINAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1905,75	1513,44	61,52	3480,71	SIM	5
30906407	RETIRADA DE ENXERTO INFECTADO EM POSICAO NAO AORTICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1396,89	1163,91	60,78	2621,58	SIM	5
30906415	REVASCULARIZACAO AORTO-FEMORAL - UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1065,90	922,23	60,83	2048,96	SIM	5
30906423	REVASCULARIZACAO ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1140,48	926,03	59,38	2125,89	SIM	5
30906431	TRATAMENTO CIRURGICO DA ISQUEMIA CEREBRAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1371,50	1081,91	179,12	2632,53	SIM	5
30906440	TRATAMENTO CIRURGICO DE SINDROME VERTEBRO BASILAR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1015,41	1110,78	60,83	2187,02	SIM	5
30906458	TRATAMENTO CIRURGICO DE TUMOR CAROTIDEO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1005,84	849,51	60,74	1916,09	SIM	5
30906466	TRONCO CELIACO - CIRURGIA ARTERIAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1337,38	1218,50	60,74	2616,62	SIM	5

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA CARDIO-CIRCULATÓRIO

CIRURGIA ARTERIAL

CIRURGIA VENOSA

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30907012	CIRURGIA DE RESTAURACAO VENOSA COM PONTES EM CAVIDADES	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1165,56	922,08	51,29	2138,93	SIM	5
30907020	CIRURGIA DE RESTAURACAO VENOSA COM PONTES NOS MEMBROS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1165,56	807,27	51,29	2024,12	SIM	5
30907039	CURA CIRURGICA DA IMPOTENCIA COEUNDI VENOSA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	650,00	874,06	51,29	1575,35	SIM	3
30907047	CURA CIRURGICA DE HIPERTENSAO PORTAL QUALQUER TIPO CIRURGIA VENOSA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1475,10	1191,15	61,52	2727,77	SIM	3
30907071	FULGURACAO DE TELANGIECTASIAS (POR GRUPO DE ATE 5 LESOES)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	34,80	19,20	0,00	54,00	NÃO	0
30907080	IMPLANTE DE FILTRO DE VEIA CAVA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	656,70	552,80	84,00	1293,50	SIM	3
30907098	INTERRUPCAO CIRURGICA VEIA CAVA INFERIOR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	656,70	623,04	84,00	1363,74	SIM	3
30907110	TROMBECTOMIA VENOSA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	858,00	898,75	41,27	1798,02	SIM	3
30907128	VALVULOPLASTIA OU INTERPOSICAO DE SEGMENTO VALVULADO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1165,56	1120,26	51,29	2337,11	SIM	5
30907136	VARIZES - TRATAMENTO CIRURGICO DE DOIS MEMBROS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	546,10	590,00	0,00	1136,10	SIM	1

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA CARDIO-CIRCULATÓRIO

CIRURGIA VENOSA

30907144	VARIZES - TRATAMENTO CIRURGICO DE UM MEMBRO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	450,10	295,00	0,00	745,10	SIM	1

Observações:

FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS CONGÊNITAS OU ADQUIRIDAS

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30908019	FISTULA AORTO-CAVA, RENO-CAVA OU ILIO-ILIACA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1396,90	1552,48	51,29	3000,67	SIM	3
30908027	FISTULA ARTERIOVENOSA - COM ENXERTO-SUPERFIC VEIA SAFENA OU BASILICA E BRAQUIO-CEFALICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	624,00	650,24	0,00	1274,24	SIM	3
30908035	FISTULA ARTERIOVENOSA CERVICAL OU CEFALICA EXTRACRANIANA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1396,89	1220,22	51,29	2668,40	SIM	3
30908043	FISTULA ARTERIOVENOSA CONGENITA - REINTERVENCAO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	816,41	558,08	0,00	1374,49	SIM	3
30908051	FISTULA ARTERIOVENOSA CONGENITA - CIRURGIA RADICAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	916,41	1261,84	51,29	2229,54	SIM	3
30908060	FISTULA ARTERIOVENOSA CONGENITA PARA REDUCAO DE FLUXO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	916,41	1056,48	51,29	2024,18	SIM	3
30908078	FISTULA ARTERIOVENOSA DIRETA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	241,50	233,92	0,00	475,42	SIM	1
30908086	FISTULA ARTERIOVENOSA DOS GRANDES VASOS INTRATORACICOS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1786,62	1552,48	81,10	3420,20	SIM	5
30908094	FISTULA ARTERIOVENOSA DOS MEMBROS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	916,41	739,52	51,29	1707,22	SIM	3

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA CARDIO-CIRCULATÓRIO

FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS CONGÊNITAS OU ADQUIRIDAS

30908108	TROMBOEMBOLECTOMIA DE FISTULA ARTERIOVENOSA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	624,00	291,20	0,00	915,20	SIM	3

HEMODIÁLISE DE CURTA E LONGA PERMANÊNCIA

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30909031	HEMODIALISE CRONICA (POR SESSAO)	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	200,00	43,50	0,00	243,50	NÃO	1
30909035	HEMODIALISE CRONICA PARA SOROPOSITIVOS (POR SESSAO)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	280,00	43,50	0,00	323,50	NÃO	1
30909139	HEMODEPURACAO DE CASOS AGUDOS (SESSAO HEMODIALISE,HEMOFILTRACAO, HEMODIAFILTRACAO ISOLADA, HEMOPERFUSAO) - ATE 4 HORAS OU FRACAO	Suplementar	Hospitalar	SIM	NÃO	280,00	72,35	0,00	352,35	NÃO	0
30909147	HEMODEPURACAO DE CASOS AGUDOS (SESSAO HEMODIALISE,HEMOFILTRACAO, HEMODIAFILTRACAO ISOLADA, HEMOPERFUSAO) - ACIMA DE 4 HORAS ATE 12HORAS	Suplementar	Hospitalar	SIM	NÃO	315,00	72,35	0,00	387,35	NÃO	1

Observações: 1) A pré-autorização para o código 30909035 deve ser solicitada com antecedência mínima de 07 (sete) dias úteis, anexando o laudo de exame que comprova a soropositividade. 2) Em caráter temporário, o código 30909035 poderá ser utilizado, até o limite de 6 (seis) sessões, na realização de hemodiálise crônica em pacientes com diagnóstico suspeito ou confirmado de Covid-19. Durante o período inicial de suspeita da doença, poderão ser solicitadas no máximo 3 (três) sessões do código 30909035. A autorização para a realização das demais 03 (três) sessões está condicionada à apresentação do resultado do exame de PESQUISA POR METODO MOLECULAR (RT PCR SARS COV2) confirmando a doença. Em caso de descarte da doença, deverão ser retomadas a cobrança do código 30909031, de hemodiálise convencional. Os critérios citados serão verificados pela Auditoria de Contas para fins de pagamento.

CIRUGIA VASCULAR DE URGÊNCIA

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30910013	ANEURISMA ROTO OU TROMBOSADO DE AORTA ABDOMINAL ABAIXO DA ARTERIA RENAL	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	3923,14	1798,37	318,82	6040,33	SIM	5

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA CARDIO-CIRCULATÓRIO

CIRUGIA VASCULAR DE URGÊNCIA

30910021	ANEURISMAS ROTOS OU TROMBOSADOS - OUTROS	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1559,25	1798,37	60,74	3418,36	SIM	5
30910030	ANEURISMAS ROTOS OU TROMBOSADOS DE AORTA ABDOMINAL ACIMA DA ARTERIA RENAL	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	3923,14	1798,37	318,82	6040,33	SIM	5
30910048	ANEURISMAS ROTOS OU TROMBOSADOS DE ARTERIAS VISCERAIS	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1559,25	1313,11	60,74	2933,10	SIM	5
30910056	ANEURISMAS ROTOS OU TROMBOSADOS DE AXILAR, FEMORAL,	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1559,25	1170,71	60,74	2790,70	SIM	5
30910064	ANEURISMAS ROTOS OU TROMBOSADOS DE CAROTIDA, SUBCLAVIA, ILIACA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1559,25	1313,11	60,74	2933,10	SIM	5
30910072	ANEURISMAS ROTOS OU TROMBOSADOS TORACICOS OU TORACO-ABDOMINAIS	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	3923,14	2866,24	318,82	7108,20	SIM	5
30910080	EMBOLECTOMIA OU TROMBO - EMBOLECTOMIA ARTERIAL	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	829,95	691,28	52,30	1573,53	SIM	5
30910099	EXPLORACAO VASCULAR EM TRAUMAS DE OUTROS SEGMENTOS	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	851,40	691,28	41,27	1583,95	SIM	5
30910102	EXPLORACAO VASCULAR EM TRAUMAS TORACICOS E ABDOMINAIS	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1172,16	1552,47	41,27	2765,90	SIM	5
30910110	LESOES VASCULARES CERVICAIS E CERVICO TORACICAS	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1172,16	980,66	41,27	2194,09	SIM	4
30910129	LESOES VASCULARES DE MEMBRO INFERIOR OU SUPERIOR-	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	851,40	691,28	41,27	1583,95	SIM	4
30910137	LESOES VASCULARES INTRA-ABDOMINAIS	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1657,26	1410,07	71,41	3138,74	SIM	4
30910145	LESOES VASCULARES TRAUMATICAS INTRATORACICAS	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1905,75	1655,83	71,41	3632,99	SIM	4

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA CARDIO-CIRCULATÓRIO

CIRUGIA VASCULAR DE URGÊNCIA

HEMODINAMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA - PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30911028	AVALIACAO FISIOLOGICA DA GRAVIDADE DE OBSTRUCOES (CATETER OU GUIA)	Principal	Ambos	NÃO	SIM	210,00	293,76	0,00	503,76	SIM	4
30911036	BIOPSIA ENDOMIOCARDICA	Principal	Ambos	NÃO	SIM	489,97	318,08	28,00	836,05	SIM	2
30911044	CATETERISMO CARDIACO D E/OU E C/ OU S/ CINECORONARIOGR/CINEANGIOGRAFIA, AVALIACAO REATIVIDADE VASC PULMONAR OU TESTE DE SOBRECARGA	Suplementar	Ambos	SIM	SIM	1072,20	400,00	0,00	1472,20	SIM	1
30911052	CATETERISMO CARDIACO D E/OU E COM ESTUDO CINEANGIOGRAFICO E DE REVASCULARIZACAO CIRURGICA DO MIOCARDIO	Suplementar	Ambos	SIM	SIM	1001,56	446,25	0,00	1447,81	SIM	1
30911060	CATETERISMO CARDIACO DIREITO COM ESTUDO ANGIOGRAFICO DA ARTERIA PULMONAR	Suplementar	Ambos	SIM	SIM	689,31	244,00	0,00	933,31	SIM	1
30911079	CATETERISMO CARDIACO E E/OU D COM CINEANGIOCORONARIOGRAFIA E VENTRICULOGRAFIA	Suplementar	Ambos	SIM	SIM	730,04	375,20	0,00	1105,24	SIM	1
30911087	CATETERISMO CARDIACO E E/OU D COM CINEANGIOCORONARIOGRAFIA, VENTRICULOGRAFIA E ESTUDO ANGIOGRAFICO DA AORTA E/OU RAMOS TORACO-ABDOMINAIS	Suplementar	Ambos	SIM	SIM	1003,26	418,95	0,00	1422,21	SIM	1
30911095	CATETERISMO E E ESTUDO CINEANGIOGRAFICO DA AORTA E/OU SEUS RAMOS	Suplementar	Ambos	SIM	SIM	863,77	309,75	0,00	1173,52	SIM	1
30911109	CATETERIZACAO CARDIACA E POR VIA TRANSEPTAL	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	495,80	284,80	0,00	780,60	SIM	1

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA CARDIO-CIRCULATÓRIO

HEMODINAMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA - PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS

30911125	ESTUDO HEMODINAMICO DAS CARDIOPATIAS CONGENITAS ESTRUTURALMENTE COMPLEXAS (MENOS: CIA, CIV, PCA, CO, AO, ESTENOSE AORTICA E PULMONAR I	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	1072,20	485,00	0,00	1557,20	SIM	1
30911133	ESTUDO HEMODINAMICO DE CARDIOPATIAS CONGENITAS E/OU VALVOPATIAS COM OU SEM CINECORONARIOGRAFIA OU OXIMETRIA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	1072,20	400,00	0,00	1472,20	SIM	1
30911141	ESTUDO ULTRASSONOGRAFICO INTRAVASCULAR	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	619,71	375,20	0,00	994,91	SIM	1
30911176	MAPEAMENTO ELETROFISIOLOGICO CARDIACO CONVENCIONAL	Principal	Ambos	NÃO	SIM	712,22	490,13	0,00	1202,35	SIM	1
30912164	PUNCAO TRANSEPTAL COM INTRODUCAO DE CATETER MULTIPOLAR NAS CAMARAS ESQUERDAS E/OU VEIAS PULMONARES	Principal	Ambos	NÃO	SIM	495,80	284,80	0,00	780,60	SIM	1
30918014	ESTUDO ELETROFISIOLOGICO CARDIACO COM OU SEM SENSIBILIZACAO FARMACOLOGICA	Principal	Ambos	NÃO	SIM	732,65	429,27	0,00	1161,92	SIM	1
30918022	MAPEAMENTO DE GATILHOS OU SUBSTRATOS ARRITMOGENICOS POR TECNICA ELETROFISIOLOGICA COM OU SEM PROVAS FARMACOLOGICAS	Principal	Ambos	NÃO	SIM	712,22	784,77	4,65	1501,64	SIM	
30918030	MAPEAMENTO ELETRO ANATOMICO TRIDIMENSIONAL	Principal	Ambos	NÃO	SIM	732,65	488,74	4,65	1226,04	SIM	

HEMODINAMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA - PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30912016	ABLACAO DE CIRCUITO ARRITMOGENICO POR CATETER DE RADIOFREQUENCIA	Principal	Ambos	NÃO	SIM	712,22	1765,04	0,00	2477,26	SIM	1

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA CARDIO-CIRCULATÓRIO

HEMODINAMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA - PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS

30912024	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL DA AORTA OU RAMOS OU DA ARTERIA PULMONAR E RAMOS (POR VASO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1547,18	909,08	160,04	2616,30	SIM	1
30912032	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTANEA DE MULTIPLOS VASOS, COM IMPLANTE DE STENT	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1632,38	1388,08	160,04	3180,50	SIM	1
30912040	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTANEA POR BALAO (1 VASO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1302,65	671,95	84,00	2058,60	SIM	1
30912059	ATRIOSSEPTOSTOMIA POR BALAO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1776,08	360,32	84,00	2220,40	SIM	2
30912067	ATRIOSSEPTOSTOMIA POR LAMINA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1776,08	385,28	84,00	2245,36	SIM	3
30912075	EMBOLOTERAPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	471,83	933,87	22,06	1427,76	SIM	2
30912083	COLOCACAO DE CATETER INTRACAVITARIO PARA MONITORIZACAO HEMODINAMICA	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	656,70	164,42	84,00	905,12	SIM	2
30912091	IMPLANTE DE PROTESE INTRAVASCULAR NA AORTA/PULMONAR OU RAMOS COM OU SEM ANGIOPLASTIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1776,08	621,57	84,00	2481,65	SIM	4
30912105	IMPLANTE DE STENT CORONARIO COM OU SEM ANGIOPLASTIA POR BALAO CONCOMITANTE (1VASO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1433,66	1119,95	84,00	2637,61	SIM	1
30912113	INFUSAO SELETIVA INTRAVASCULAR DE ENZIMAS TROMBOLITICAS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	471,83	300,00	22,06	793,89	NÃO	2
30912121	OCLUSAO PERCUTANEA DE SHUNTS INTRACARDIACOS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	3645,31	708,73	160,04	4514,08	SIM	3
30912130	OCLUSAO PERCUTANEA DE FISTULA E/OU CONEXOES SISTEMICO PULMONARES	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1776,08	300,00	56,00	2132,08	NÃO	3

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA CARDIO-CIRCULATÓRIO

HEMODINAMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA - PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS

30912148	OCLUSAO PERCUTANEA DO CANAL ARTERIAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1983,82	708,73	160,04	2852,59	SIM	3
30912156	PUNCAO SACO PERICARDICO COM INTRODUCAO DE CATETER MULTIPOLAR NO ESPACO PERICARDICO	Principal	Ambos	NÃO	SIM	712,22	670,20	0,00	1382,42	SIM	1
30912180	RECANALIZACAO ARTERIAL NO IAM - ANGIOPLASTIA PRIMARIA - COM IMPLANTE DE STENT COM OU SEM SUPORTE CIRCULATORIO (BALAO INTRA-AORTICO)	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1570,42	1850,88	160,04	3581,34	SIM	2
30912199	RECANALIZACAO MECANICA DO IAM (ANGIOPLASTIA PRIMARIA COM BALAO)	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1445,32	1168,08	160,04	2773,44	SIM	3
30912210	RETIRADA PERCUTANEA DE CORPOS ESTRANHOS VASCULARES	Principal	Ambos	NÃO	SIM	471,83	514,24	22,06	1008,13	SIM	2
30912237	TRATAMENTO PERCUTANEO DO ANEURISMA/ DISSECCAO DA AORTA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1776,08	1045,59	84,00	2905,67	SIM	3
30912245	VALVOPLASTIA PERCUTANEA POR VIA ARTERIAL OU VENOSA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	2436,08	678,82	160,04	3274,94	SIM	3
30912253	VALVOPLASTIA PERCUTANEA POR VIA TRANSEPTAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	2436,08	811,87	160,04	3407,99	SIM	3
30912261	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTANEA DE BIFURCACAO E DE TRONCO COM IMPLANTE DE STENT	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1632,38	1470,95	84,00	3187,33	SIM	1
30912288	PROCEDIMENTO TERAPEUTICO NAS CARDIOPATIAS CONGENITAS EXCETO ATRIOSSEPTOSTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1172,16	552,32	318,82	2043,30	SIM	3
30912296	IMPLANTE TRANSCATETER DE PROTESE VALVAR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1743,00	3255,65	0,00	4998,65	SIM	3
Atualizações:	Descrição Item										
30918081	ABLACAO PERCUTANEA POR CATETER P/ TRATAMENTO DE ARRITMIAS CARDIACAS COMPLEXAS (FIBRILACAO ATRIAL, TAQUICARDIA	Principal	Ambos	NÃO	SIM	712,22	1349,08	4,64	2065,94	SIM	1

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA CARDIO-CIRCULATÓRIO

HEMODINAMICA - CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA - PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS

MACRORREENTRANTES COM MODIFICACAO DE CICATRIZ) POR ENERGIA
DE RADIOFREQUENCIA

ACESSOS VASCULARES

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30913012	IMPLANTE DE CATETER VENOSO CENTRAL POR PUNCAO PARA NPP, QT, HEMODEPURACAO OU P/ INFUSAO DE SOROS/DROGAS	Suplementar	Ambos	SIM	SIM	50,00	84,48	0,00	134,48	SIM	0
30913020	INSTALACAO DE CATETER PARA MONITORIZACAO HEMODINAMICA A BEIRA DO LEITO (SWAN GANZ)	Suplementar	Hospitalar	SIM	NÃO	116,97	99,84	0,00	216,81	NÃO	0
30913047	INSTALACAO DE CIRCUITO PARA ASSISTENCIA MECANICA CIRCULATORIA PROLONGADA (TORACOTOMIA)	Suplementar	Hospitalar	SIM	NÃO	792,00	758,56	0,00	1550,56	SIM	0
30913055	MANUTENCAO DE CIRCUITO PARA ASSISTENCIA MECANICA CIRCULATORIA PROLONGADA - PERIODO DE 6 HORAS	Suplementar	Hospitalar	SIM	NÃO	0,00	128,00	0,00	128,00	NÃO	1
30913071	DISSECCAO DE VASO UMBILICAL COM COLOCACAO DE CATETER	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	50,00	47,62	0,00	97,62	NÃO	1
30913080	DISSECCAO DE VEIA EM RN OU LACTENTE	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	50,00	220,56	0,00	270,56	SIM	1
30913098	DISSECCAO DE VEIA COM COLOCACAO DE CATETER VENOSO	Suplementar	Ambos	SIM	SIM	79,86	65,47	0,00	145,33	NÃO	1
30913101	IMPLANTE CIRURGICO DE CATETER DE LONGA PERMANENCIA PARA NPP, QT OU PARA HEMODEPURACAO	Suplementar	Ambos	SIM	SIM	100,00	216,68	0,00	316,68	NÃO	0

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA CARDIO-CIRCULATÓRIO

ACESSOS VASCULARES

30913128	RETIRADA CIRURGICA DE CATETER DE LONGA PERMANENCIA PARA NPP, QT OU PARA HEMODEPURACAO	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	100,00	109,78	0,00	209,78	NÃO	0
30913144	CONFECCAO DE FISTULA AV PARA HEMODIALISE	Principal	Ambos	SIM	SIM	100,00	204,80	0,00	304,80	SIM	1
30913152	RETIRADA/DESATIVACAO DE FISTULA AV PARA HEMODIALISE	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	100,00	66,00	0,00	166,00	SIM	0

CIRURGIA LINFÁTICA

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30914019	ANASTOMOSE LINFOVENOSA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	829,95	739,52	61,52	1630,99	SIM	3
30914027	DOENCA DE HODGKIN - ESTADIAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	592,35	385,28	197,01	1174,64	SIM	2
30914043	LINFADENECTOMIA INGUINAL OU ILIACA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	433,73	557,82	44,20	1035,75	SIM	3
30914051	LINFADENECTOMIA CERVICAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	870,35	1160,03	0,00	2030,38	SIM	3
30914060	LINFADENECTOMIA PELVICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1122,30	1027,26	0,00	2149,56	SIM	3
30914078	LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1776,33	1448,22	0,00	3224,55	SIM	5
30914086	LINFANGIOPLASTIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	743,49	691,28	61,52	1496,29	SIM	3

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA CARDIO-CIRCULATÓRIO

CIRURGIA LINFÁTICA

30914094	LINFEDEMA - RESSECCAO TOTAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1239,48	842,22	38,72	2120,42	SIM	3
30914108	LINFEDEMA GENITAL - RESSECCAO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	672,21	558,08	16,50	1246,79	SIM	3
30914116	MARSUPIALIZACAO DE LINFOCELE	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	743,49	562,47	16,50	1322,46	SIM	3
30914124	PUNCAO BIOPSIA GANGLIONAR	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	108,92	18,00	30,80	157,72	NÃO	1
30914132	LINFEDEMA - RESSECCAO PARCIAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	661,32	555,72	38,72	1255,76	SIM	3
30914140	LINFADENECTOMIA PELVICA LAPAROSCOPICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1266,54	1427,04	151,58	2845,16	SIM	3
30914159	LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL LAPAROSCOPICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	974,26	1638,24	116,59	2729,09	SIM	3
30914167	MARSUPIALIZACAO LAPAROSCOPICA DE LINFOCELE	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	743,49	508,89	16,50	1268,88	SIM	3

PERICÁRDIO

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30915023	DRENAGEM DO PERICARDIO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	110,00	400,64	4,50	515,14	SIM	3
30915031	PERICARDIOCENTESE	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	66,00	166,60	4,50	237,10	SIM	3
30915040	PERICARDIOTOMIA / PERICARDIECTOMIA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1295,18	730,60	157,82	2183,60	SIM	5

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA CARDIO-CIRCULATÓRIO

PERICÁRDIO

30915058	DRENAGEM DO PERICARDIO POR VIDEO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	110,00	400,64	4,50	515,14	SIM	3
30915066	PERICARDIOTOMIA / PERICARDIECTOMIA POR VIDEO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1295,18	650,24	157,82	2103,24	SIM	5

HIPOTERMIA

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30916011	HIPOTERMIA PROFUNDA COM OU SEM PARADA CIRCULATORIA TOTAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	875,80	1063,83	61,52	2001,15	SIM	4

MIOCÁRDIO

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30917018	BIOPSIA DO MIOCARDIO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	489,97	461,66	28,00	979,63	SIM	3
30917034	CARDIOTOMIA (FERIMENTO, CORPO ESTRANHO, EXPLORACAO)	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1334,53	884,23	157,82	2376,58	SIM	5
30917042	RETIRADA DE TUMORES INTRACARDIACOS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	4687,64	3365,37	444,08	8497,09	SIM	8

Observações: 1) As cirurgias cardiacas com circulação extracorpórea devem ser acrescidas do codigo 30905036 ou 30905044, conforme a indicação especifica. Os códigos referentes a drenagem das cavidades pleural/pericárdica (30804132, 30915023, 30915058) bem como o implante do cabo MP epicárdico (30904080) já estão inclusos no pacote, portanto sua cobrança não é devida.

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS

ESOFAGO

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
31001017	ATRESIA DE ESOFAGO COM FISTULA TRAQUEAL - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1312,75	950,00	145,19	2407,94	SIM	5
31001025	ATRESIA DE ESOFAGO SEM FISTULA (DUPLA ESTOMIA) - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	673,20	517,44	57,37	1248,01	SIM	4
31001033	AUTOTRANSPLANTE COM MICROCIRURGIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1212,75	1523,04	204,38	2940,17	SIM	6
31001041	ESOFAGECTOMIA DISTAL COM TORACOTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1817,97	1215,84	204,38	3238,19	SIM	7
31001050	ESOFAGECTOMIA DISTAL SEM TORACOTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1122,00	1073,44	204,38	2399,82	SIM	5
31001068	ESOFAGOPLASTIA (COLOPLASTIA)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1835,63	996,80	204,38	3036,81	SIM	7
31001076	ESOFAGOPLASTIA (GASTROPLASTIA)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1497,10	996,80	145,09	2638,99	SIM	7
31001084	ESTENOSE DE ESOFAGO - TRAT CIRURGICO VIA TORACICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1717,97	950,00	204,38	2872,35	SIM	7
31001092	FARINGOLARINGO-ESOFAGECTOMIA TOTAL COM OU SEM TORACOTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1950,08	1523,04	203,50	3676,62	SIM	10
31001106	FISTULA TRAQUEO ESOFAGICA - TRAT CIRURGICO VIA CERVICAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1078,00	774,40	158,14	2010,54	SIM	7
31001114	FISTULA TRAQUEO ESOFAGICA - TRAT CIRURGICO VIA TORACICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1078,00	898,72	158,14	2134,86	SIM	7
31001149	REINTERVENCAO SOBRE A TRANSICAO ESOFAGO GASTRICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	987,80	946,83	57,36	1991,99	SIM	5

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS

ESOFAGO

31001157	RESSECCAO DO ESOFAGO CERVICAL E/OU TORACICO E TRANSPLANTE COM MICROCIRURGIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1817,97	1661,28	204,38	3683,63	SIM	7
31001165	SUBSTITUICAO ESOFAGICA - COLON OU TUBO GASTRICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1497,10	996,80	204,38	2698,28	SIM	7
31001173	TRATAMENTO CIRURGICO DAS VARIZES ESOFAGICAS	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	656,59	757,60	56,71	1470,90	SIM	5
31001181	TRATAMENTO CIRURGICO CONSERVADOR DO MEGAESOFAGO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	992,75	731,84	56,71	1781,30	SIM	5
31001190	TUNELIZACAO ESOFAGICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	563,68	533,12	56,65	1153,45	SIM	5
31001203	ESOFAGORRAFIA CERVICAL	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	563,68	523,62	56,65	1143,95	SIM	5
31001211	ESOFAGORRAFIA TORACICA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	759,99	681,63	56,65	1498,27	SIM	5
31001220	ESOFAGOSTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	469,81	387,28	56,71	913,80	SIM	4
31001238	TRAT CIRURGICO DO DIVERTICULO ESOFAGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	623,59	739,52	56,71	1419,82	SIM	5
31001246	TRAT CIRURGICO DO DIVERTICULO FARINGOESOFAGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	623,59	477,24	56,71	1157,54	SIM	5
31001254	ESOFAGECTOMIA SUBTOTAL COM LINFADENECTOMIA COM OU SEM TORACOTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1835,63	1131,20	203,50	3170,33	SIM	10
31001262	REFLUXO GASTROESOFAGICO - TRATAMENTO CIRURGICO (HERNIA DE HIATO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1087,27	1024,50	56,71	2168,48	SIM	3
31001270	RECONSTRUCAO DO ESOFAGO CERVICAL E TORACICO COM	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1212,75	1470,34	145,09	2828,18	SIM	8

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS

ESOFAGO

	RECONSTRUCAO DO ESOFAGO CERVICAL E TORACICO COM TRANSPLANTE SEGMENTAR DE INTESTINO										
31001289	RECONSTRUCAO DO ESOFAGO CERVICAL OU TORACICO COM TRANSPLANTE DE INTESTINO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1212,75	1224,31	145,09	2582,15	SIM	8
31001297	DISSECCAO DO ESOFAGO TORACICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	874,81	1015,83	56,71	1947,35	SIM	5
31001319	REINTERVENCAO SOBRE A TRANSICAO ESOFAGO GASTRICA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1644,33	1323,38	45,39	3013,10	SIM	3
31001335	TRATAMENTO CIRURGICO CONSERVADOR DO MEGAESOFAGO POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1369,56	779,52	45,39	2194,47	SIM	3
31001343	ESOFAGORRAFIA TORACICA POR VIDEOTORACOSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1255,95	927,29	45,39	2228,63	SIM	3
31001360	REFLUXO GASTROESOFAGICO - TRATAMENTO CIRURGICO (HERNIA DE HIATO) - POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1312,20	927,36	48,29	2287,85	SIM	3

ESTOMAGO

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
31002013	COLOCACAO DE BANDA GASTRICA PARA CIRURGIA DE OBESIDADE MORBIDA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	490,00	755,25	44,44	1289,69	SIM	2
31002021	CONVERSAO DE ANASTOMOSE GASTROJEJUNAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	771,10	664,64	44,44	1480,18	SIM	4

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS

ESTOMAGO

31002030	DEGASTROGASTRECTOMIA COM VAGOTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	796,95	890,23	45,50	1732,68	SIM	5
31002048	DEGASTROGASTRECTOMIA SEM VAGOTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	796,95	867,04	45,50	1709,49	SIM	5
31002056	GASTROSTOMIA CONFECCAO / FECHAMENTO	Suplementar	Hospitalar	SIM	SIM	457,05	326,40	24,00	807,45	SIM	3
Atualizações:	Pacote Suplementar										
31002064	GASTRECTOMIA PARCIAL COM LINFADENECTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1494,44	1196,63	203,63	2894,70	SIM	6
31002072	GASTRECTOMIA PARCIAL COM VAGOTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	723,80	683,84	63,69	1471,33	SIM	5
31002080	GASTRECTOMIA PARCIAL SEM VAGOTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	723,80	854,80	63,69	1642,29	SIM	5
31002099	GASTRECTOMIA POLAR SUPERIOR COM RECONSTRUCAO JEJUNAL COM TORACOTOMIA COM VAGOTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	723,80	958,14	63,69	1745,63	SIM	5
31002102	GASTRECTOMIA POLAR SUPERIOR COM RECONSTRUCAO JEJUNAL COM TORACOTOMIA SEM VAGOTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	723,80	1203,04	63,69	1990,53	SIM	5
31002110	GASTRECTOMIA TOTAL COM LINFADENECTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1321,79	1203,04	203,63	2728,46	SIM	10
31002129	GASTRECTOMIA TOTAL VIA ABDOMINAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1447,93	1325,63	63,69	2837,25	SIM	5
31002137	GASTROENTEROANASTOMOSE	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1089,61	623,84	41,09	1754,54	SIM	5
31002145	GASTRORRAFIA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	346,50	326,40	44,44	717,34	SIM	3
31002153	GASTROTOMIA COM SUTURA DE VARIZES	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	357,50	630,44	44,44	1032,38	SIM	3

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS

ESTOMAGO

31002161	GASTROTOMIA PARA RETIRADA DE CE OU LESAO ISOLADA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	357,50	326,40	44,44	728,34	SIM	3
31002170	GASTROTOMIA PARA QUALQUER FINALIDADE	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	457,05	326,40	24,00	807,45	SIM	3
31002188	MEMBRANA ANTRAL - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	563,80	507,97	44,44	1116,21	SIM	5
31002196	PILOROPLASTIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	627,00	431,96	58,41	1117,37	SIM	5
31002218	CIRURGIA PARA OBESIDADE MORBIDA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1989,73	1409,88	184,64	3584,25	SIM	10
31002242	TRATAMENTO CIRURGICO DAS VARIZES GASTRICAS	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	723,80	762,45	63,69	1549,94	SIM	5
31002250	VAGOTOMIA COM OPERACAO DE DRENAGEM	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	528,88	487,04	54,45	1070,37	SIM	5
31002269	VAGOTOMIA GASTRICA PROXIMAL OU SUPERSELETIVA COM DUODENOPLASTIA (OPERACAO DE DRENAGEM)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	612,37	553,89	54,45	1220,71	SIM	5
31002277	VAGOTOMIA SUPERSELETIVA OU VAGOTOMIA GASTRICA PROXIMAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	563,42	621,44	54,45	1239,31	SIM	5
31002307	GASTRECTOMIA PARCIAL COM LINFADENECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1536,81	1133,35	45,39	2715,55	SIM	3
31002315	GASTRECTOMIA PARCIAL COM VAGOTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1356,62	810,00	45,39	2212,01	SIM	3
31002323	GASTRECTOMIA PARCIAL SEM VAGOTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1126,27	810,00	45,39	1981,66	SIM	3
31002331	GASTRECTOMIA TOTAL COM LINFADENECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1633,33	1309,32	45,39	2988,04	SIM	3

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS

ESTOMAGO

31002340	GASTRECTOMIA TOTAL VIA ABDOMINAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1536,81	1179,71	45,39	2761,91	SIM	3
31002374	PILOROPLASTIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1053,64	623,84	45,39	1722,87	SIM	3
31002390	GASTROPLASTIA PARA OBESIDADE MORBIDA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1817,57	2000,64	184,64	4002,85	SIM	3
31002412	VAGOTOMIA SUPERSELETIVA OU VAGOTOMIA GASTRICA PROXIMAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1053,64	669,12	45,39	1768,15	SIM	3

INTESTINO

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
31003010	AMPUTACAO ABDOMINO PERINEAL DO RETO (COMPLETA)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1672,64	1421,25	123,95	3217,84	SIM	7
31003028	AMPUTACAO DO RETO POR PROCIDENCIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	623,09	464,00	39,88	1126,97	SIM	6
31003036	ANOMALIA ANORRETAL - CORRECAO VIA SAGITAL POSTERIOR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1215,06	963,99	40,00	2219,05	SIM	7
31003044	ANOMALIA ANORRETAL - TRATAMENTO CIRURGICO VIA ABDOMINO-PERINEAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1325,06	1006,23	126,80	2458,09	SIM	7
31003052	ANOMALIA ANORRETAL - TRATAMENTO CIRURGICO VIA PERINEAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1104,76	787,75	126,80	2019,31	SIM	7
31003060	ANORRETOMIOMECTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	563,81	255,59	40,00	859,40	SIM	3

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS

INTESTINO

31003079	APENDICECTOMIA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	641,78	606,62	36,08	1284,48	SIM	2
31003087	APPLE-PEEL - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	453,20	752,06	36,08	1241,34	SIM	3
31003095	ATRESIA DE COLON - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	673,20	468,44	57,37	1199,01	SIM	4
31003109	ATRESIA DE DUODENO - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	673,20	446,50	57,37	1177,07	SIM	4
31003117	ATRESIA JEJUNAL DISTAL OU ILEAL - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	673,20	424,03	57,37	1154,60	SIM	4
31003125	ATRESIA JEJUNAL PROXIMAL - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	673,20	432,80	57,37	1163,37	SIM	4
31003133	CIRURGIA DE ABAIXAMENTO EM INTESTINO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1104,76	1155,04	51,32	2311,12	SIM	5
31003141	CIRURGIA DE ACESSO POSTERIOR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	825,51	800,80	38,44	1664,75	SIM	5
31003150	CISTO MESENTERICO - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1267,22	696,41	38,45	2002,08	SIM	5
31003168	COLECTOMIA PARCIAL COM COLOSTOMIA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1718,19	1258,13	123,28	3099,60	SIM	7
31003176	COLECTOMIA PARCIAL SEM COLOSTOMIA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1716,57	1074,00	123,28	2913,85	SIM	7
31003184	COLECTOMIA TOTAL COM ILEO-RETO-ANASTOMOSE	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1325,06	1155,04	123,27	2603,37	SIM	7
31003192	COLECTOMIA TOTAL COM ILEOSTOMIA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1594,19	1325,63	123,27	3043,09	SIM	7

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS

INTESTINO

31003206	COLOCACAO DE SONDA ENTERAL	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	57,20	33,60	0,00	90,80	NÃO	1
31003214	COLOSTOMIA OU ENTEROSTOMIA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1052,71	598,05	51,31	1702,07	SIM	5
31003230	COLOTOMIA E COLORRAFIA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1261,26	666,30	36,08	1963,64	SIM	5
31003249	DISTORCAO DE VOLVO POR LAPAROTOMIA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1182,20	598,05	52,80	1833,05	SIM	5
31003257	DISTORCAO DE VOLVO POR VIA ENDOSCOPICA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	165,00	254,96	0,00	419,96	SIM	3
31003265	DIVERTICULO DE MECKEL - EXERESE	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1232,28	700,72	36,08	1969,08	SIM	5
31003273	DUPLICACAO DO TUBO DIGESTIVO - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	830,00	551,38	36,08	1417,46	SIM	7
31003281	ENTERECTOMIA SEGMENTAR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	825,51	602,24	118,69	1546,44	SIM	7
31003290	ENTERO-ANASTOMOSE (QUALQUER SEGMENTO)	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	629,53	504,32	118,80	1252,65	SIM	5
31003303	ENTEROCOLITE NECROTIZANTE - TRAT CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	580,80	813,28	36,08	1430,16	SIM	5
31003311	ENTEROPEXIA (QUALQUER SEGMENTO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	814,34	662,90	36,08	1513,32	SIM	3
31003320	ENTEROTOMIA E/OU ENTERORRAFIA DE QUALQUER SEGMENTO (POR SUTURA OU RESSECCAO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1098,68	662,90	36,08	1797,66	SIM	5
31003338	ESPORAO RETAL - RESSECCAO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	170,00	315,08	11,00	496,08	SIM	2

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS

INTESTINO

31003346	ESVAZIAMENTO PELVICO ANTERIOR OU POSTERIOR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1266,54	906,40	151,58	2324,52	SIM	8
31003354	ESVAZIAMENTO PELVICO TOTAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1266,54	1155,04	151,58	2573,16	SIM	8
31003362	FECALOMA - REMOCAO MANUAL	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	110,00	60,00	0,00	170,00	NÃO	1
31003370	FECHAMENTO DE COLOSTOMIA OU ENTEROSTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1070,34	568,35	36,08	1674,77	SIM	5
31003389	FIXACAO DO RETO POR VIA ABDOMINAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	826,00	501,12	36,08	1363,20	SIM	3
31003397	ILEO MECONIAL - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	669,02	573,09	87,89	1330,00	SIM	5
31003427	INVAGINACAO INTESTINAL - RESSECCAO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	720,00	646,85	33,00	1399,85	SIM	5
31003435	INVAGINACAO INTESTINAL SEM RESSECCAO - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	563,81	530,88	36,08	1130,77	SIM	5
31003451	MA ROTACAO INTESTINAL - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	825,51	530,88	81,61	1438,00	SIM	7
31003460	MEGACOLON CONGENITO - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1104,76	892,86	38,45	2036,07	SIM	5
31003478	MEMBRANA DUODENAL - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	673,20	446,50	57,37	1177,07	SIM	5
31003486	PANCREAS ANULAR - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	673,20	446,50	57,37	1177,07	SIM	5
31003494	PERFURACAO DUODENAL OU DELGADO - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	563,81	560,00	36,08	1159,89	SIM	5

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS

INTESTINO

31003508	PILOROMIOTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	645,00	431,96	38,45	1115,41	SIM	5
31003516	PROCIDENCIA DO RETO - REDUCAO MANUAL	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	65,00	42,00	0,00	107,00	NÃO	0
31003524	PROCTOCOLECTOMIA TOTAL	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1325,06	1197,76	123,95	2646,77	SIM	7
31003532	PROCTOCOLECTOMIA TOTAL COM RESERVATORIO ILEAL	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1871,76	1423,83	153,58	3449,17	SIM	10
31003540	RESSECCAO TOTAL DE INTESTINO DELGADO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1302,76	773,65	123,27	2199,68	SIM	7
31003559	RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1104,76	971,83	123,27	2199,86	SIM	7
31003567	TUMOR ANORRETAL- RESSECCAO ANAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	354,37	186,90	33,00	574,27	SIM	2
31003575	AMPUTACAO ABDOMINO-PERINEAL DO RETO (COMPLETA) POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1491,04	1443,72	45,39	2980,15	SIM	3
31003583	APENDICECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1017,80	918,02	13,00	1948,82	SIM	2
31003591	CIRURGIA DE ABAIXAMENTO POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1503,03	1690,28	45,39	3238,70	SIM	3
31003605	CISTO MESENTERICO - TRATAMENTO CIRURGICO POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1311,28	607,68	45,39	1964,35	SIM	3
31003613	COLECTOMIA PARCIAL COM COLOSTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1502,75	1921,88	123,28	3547,91	SIM	2
31003621	COLECTOMIA PARCIAL SEM COLOSTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1424,24	1576,50	123,28	3124,02	SIM	2

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS

INTESTINO

31003630	COLECTOMIA TOTAL COM ILEO-RETO-ANASTOMOSE POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1659,78	2001,36	45,39	3706,53	SIM	3
31003648	COLECTOMIA TOTAL COM ILEOSTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1637,19	1916,66	45,39	3599,24	SIM	3
31003656	DISTORCAO DE VOLVO POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	995,26	523,34	45,39	1563,99	SIM	3
31003664	DIVERTICULO DE MECKEL - EXERESE POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1155,22	667,58	45,39	1868,19	SIM	3
31003672	ENTERECTOMIA SEGMENTAR POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1282,43	669,12	45,39	1996,94	SIM	3
31003680	ENTERO-ANASTOMOSE (QQ SEGMENTO) POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1297,65	648,46	45,39	1991,50	SIM	3
31003699	ENTEROPEXIA (QUALQUER SEGMENTO) POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1013,32	691,38	36,08	1740,78	SIM	2
31003702	ESVAZIAMENTO PELVICO ANTERIOR OU POSTERIOR POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1421,45	1118,95	45,39	2585,79	SIM	3
31003710	ESVAZIAMENTO PELVICO TOTAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1469,91	1383,00	45,39	2898,30	SIM	3
31003729	FIXACAO DO RETO POR VIA ABDOMINAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1168,51	648,46	45,39	1862,36	SIM	3
31003770	PROCTOCOLECTOMIA TOTAL COM RESERVATORIO ILEAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1279,24	1964,64	45,39	3289,27	SIM	3
31003788	PROCTOCOLECTOMIA TOTAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1279,24	2308,26	45,39	3632,89	SIM	3
31003796	RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1542,23	1236,80	45,39	2824,42	SIM	3

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS

INTESTINO

ÂNUS

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
31004016	ABSCESSO ANORRETAL - DRENAGEM	Principal	Ambos	SIM	NÃO	74,50	88,00	6,07	168,57	NÃO	1
31004024	ABSCESSO ISQUIO-RETAL - DRENAGEM	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	165,00	109,50	6,07	280,57	NÃO	1
31004032	CERCLAGEM ANAL	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	139,15	90,00	2,62	231,77	NÃO	1
31004040	CORPO ESTRANHO DO RETO - RETIRADA	Principal	Ambos	SIM	NÃO	57,70	68,68	0,00	126,38	NÃO	0
31004059	CRIPTECTOMIA (UNICA OU MULTIPLA)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	57,70	42,00	6,07	105,77	NÃO	1
31004067	DILATACAO DIGITAL OU INSTRUMENTAL DO ANUS E/OU RETO	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	22,80	35,46	0,00	58,26	NÃO	1
31004075	ESFINCTEROPLASTIA ANAL (QUALQUER TECNICA)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	451,20	415,38	6,07	872,65	SIM	1
31004083	ESTENOSE ANAL - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	213,24	222,43	6,07	441,74	SIM	1
31004091	EXCISAO DE PLICOMA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	37,50	55,50	0,00	93,00	NÃO	1
31004105	FISSURECTOMIA COM OU SEM ESFINCTEROTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	262,36	318,24	6,07	586,67	SIM	1
31004113	FISTULA RETO-VAGINAL E FISTULA ANAL EM FERRADURA - TRATAMENTO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	601,63	708,06	30,80	1340,49	SIM	0

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS

ÂNUS

	FISTULA RETO-VAGINAL E FISTULA ANAL EM FERRADURA - TRATAMENTO CIRURGICO VIA PERINEAL										
31004121	FISTULECTOMIA ANAL EM DOIS TEMPOS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	448,72	341,87	6,07	796,66	SIM	1
31004130	FISTULECTOMIA ANAL EM FERRADURA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	390,00	514,03	30,80	934,83	SIM	1
31004148	FISTULECTOMIA ANAL EM UM TEMPO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	398,48	341,87	6,07	746,42	SIM	0
31004156	FISTULECTOMIA ANORRETAL COM ABAIXAMENTO MUCOSO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	324,24	474,16	6,07	804,47	SIM	0
31004164	FISTULECTOMIA PERINEAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	541,28	278,03	9,50	828,81	SIM	0
31004180	HEMORROIDAS - LIGADURA ELASTICA (POR SESSAO)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	42,00	32,16	0,00	74,16	NÃO	1
31004199	HEMORROIDAS - TRATAMENTO ESCLEROSANTE (POR SESSAO)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	42,00	32,16	0,00	74,16	NÃO	1
31004202	HEMORROIDECTOMIA ABERTA OU FECHADA COM OU SEM ESFINCTEROTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	422,36	277,62	0,00	699,98	SIM	1
31004210	LACERACAO ANORRETAL -TRATAMENTO CIRURGICO VIA PERINEAL	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	551,28	350,64	8,31	910,23	SIM	2
31004229	LESAO ANAL-ELETROCAUTERIZACAO (POR GRUPO DE ATE 5 LESOES)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	37,50	40,20	0,00	77,70	NÃO	0
31004237	PAPILECTOMIA (UNICA OU MULTIPLA)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	196,80	88,80	0,00	285,60	SIM	1
31004245	POLIPO RETAL - RESSECCAO ENDOANAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	277,15	206,08	0,00	483,23	SIM	0

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS

ÂNUS

31004253	PROLAPSO RETAL - ESCLEROSE (POR SESSAO)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	211,02	195,07	0,00	406,09	SIM	0
31004261	PROLAPSO RETAL -TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	421,53	390,38	30,80	842,71	SIM	1
31004270	RECONSTITUICAO DE ESFINCTER ANAL POR PLASTICA MUSCULAR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	771,10	957,99	11,00	1740,09	SIM	5
31004288	RECONSTRUCAO TOTAL ANOPERINEAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	625,80	1073,92	8,31	1708,03	SIM	5
31004300	TRATAMENTO CIRURGICO DE RETOCELE (COLPOPERINEOPLASTIA POSTERIOR)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	147,30	224,80	6,07	378,17	SIM	2
31004318	TROMBOSE HEMORROIDARIA - EXERESE	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	220,61	42,00	2,84	265,45	SIM	1
31004326	PRURIDO ANAL - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	147,30	149,27	6,07	302,64	SIM	1
31004334	ESFINCTEROTOMIA EM ANUS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	274,09	37,80	6,07	317,96	SIM	1

FÍGADO E VIAS BILIARES

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
31005012	ABSCESSO HEPATICO - DRENAGEM CIRURGICA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	935,89	507,62	45,39	1488,90	SIM	3
31005020	ALCOOLIZACAO PERCUTANEA DIRIGIDA DE TUMOR HEPATICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	471,83	512,00	22,06	1005,89	SIM	3

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS

FÍGADO E VIAS BILIARES

31005039	ANASTOMOSE BILIODIGESTIVA INTRA-HEPATICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1047,42	1284,64	133,93	2465,99	SIM	5
31005047	ATRESIA DE VIAS BILIARES - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1328,80	973,37	45,39	2347,56	SIM	5
31005063	BIOPSIA HEPATICA POR LAPAROTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	110,00	109,50	56,00	275,50	NÃO	1
31005071	BIOPSIA HEPATICA TRANSPARIETAL	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	110,00	100,00	30,80	240,80	NÃO	1
31005080	LAPAROTOMIA PARA IMPLANTACAO CIRURGICA DE CATETER ARTERIAL VISCERAL PARA QUIMIOTERAPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	501,40	345,20	56,00	902,60	SIM	3
31005098	CISTO DE COLEDOCO - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1001,00	757,60	45,39	1803,99	SIM	3
31005101	COLECISTECTOMIA COM COLANGIOGRAFIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	990,90	941,53	45,38	1977,81	SIM	3
31005110	COLECISTECTOMIA COM FISTULA BILIODIGESTIVA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	816,37	800,32	45,39	1662,08	SIM	3
31005128	COLECISTECTOMIA SEM COLANGIOGRAFIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	824,65	788,64	45,38	1658,67	SIM	3
31005136	COLECISTOJEJUNOSTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	911,70	684,32	61,52	1657,54	SIM	3
31005144	COLECISTOSTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	928,86	551,34	45,38	1525,58	SIM	3
31005152	COLEDOCO OU HEPATICO-JEJUNOSTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	911,70	757,60	61,52	1730,82	SIM	8
31005160	COLEDOCO OU HEPATICOPLASTIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	826,21	906,39	45,39	1777,99	SIM	3

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS

FÍGADO E VIAS BILIARES

31005179	COLEDOCO-DUODENOSTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1445,74	963,54	45,39	2454,67	SIM	8
31005187	COLEDOCOTOMIA OU COLEDOCOSTOMIA SEM COLECISTECTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	629,20	621,44	45,39	1296,03	SIM	3
31005195	COLEDOCOSCOPIA INTRA-OPERATORIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	497,20	237,82	45,39	780,41	SIM	2
31005209	DERIVACAO PORTO SISTEMICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1475,10	1284,64	61,52	2821,26	SIM	5
31005217	DESCONEXAO AZIGOS - PORTAL COM ESPLENECTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1475,10	1043,31	61,52	2579,93	SIM	5
31005225	DESCONEXAO AZIGOS - PORTAL SEM ESPLENECTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1475,10	861,51	61,52	2398,13	SIM	5
31005233	DESVASCULARIZACAO HEPATICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1328,80	600,80	45,39	1974,99	SIM	5
31005241	DRENAGEM BILIAR TRANS-HEPATICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	911,70	621,44	61,52	1594,66	SIM	3
31005250	ENUCLEACAO DE METASTASES HEPATICAS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	629,20	621,44	45,39	1296,03	SIM	3
31005268	ENUCLEACAO DE METASTASES, POR METASTASE	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	629,20	529,28	45,39	1203,87	SIM	3
31005276	HEPATORRAFIA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	497,20	451,84	45,39	994,43	SIM	3
31005284	HEPATORRAFIA COMPLEXA COM LESAO DE ESTRUTURAS VASCULARES BILIARES	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1328,80	1081,91	45,39	2456,10	SIM	5
31005292	LOBECTOMIA HEPATICA DIREITA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1336,72	1203,03	94,96	2634,71	SIM	5

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS

FÍGADO E VIAS BILIARES

31005306	LOBECTOMIA HEPATICA ESQUERDA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1336,72	977,44	94,96	2409,12	SIM	5
31005314	PAPILOTOMIA TRANSDUODENAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	753,50	731,84	45,39	1530,73	SIM	5
31005322	PUNCAO HEPATICA PARA DRENAGEM DE ABSCESSOS	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	497,20	326,40	45,39	868,99	SIM	3
31005357	RESSECCAO DE CISTO HEPATICO COM HEPATECTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	731,94	867,04	45,39	1644,37	SIM	3
31005365	RESSECCAO DE CISTO HEPATICO SEM HEPATECTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	731,94	695,20	45,39	1472,53	SIM	3
31005373	RESSECCAO DE TUMOR DE VESICULA OU DA VIA BILIAR COM HEPATECTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1676,40	1414,24	94,95	3185,59	SIM	5
31005381	RESSECCAO DE TUMOR DE VESICULA OU DA VIA BILIAR SEM HEPATECTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1512,50	954,40	94,95	2561,85	SIM	5
31005390	SEGMENTECTOMIA HEPATICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1091,86	964,48	45,39	2101,73	SIM	5
31005403	SEQUESTRECTOMIA HEPATICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1091,86	778,00	45,39	1915,25	SIM	5
31005420	TRATAMENTO CIRURGICO DE ESTENOSE CICATRICIAL DAS VIAS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	911,70	1207,84	61,52	2181,06	SIM	5
31005438	TRISSEGMENTECTOMIAS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1457,85	1495,83	95,00	3048,68	SIM	5
31005446	COLEDOCOTOMIA OU COLEDOCOSTOMIA COM COLECISTECTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	629,20	575,36	45,39	1249,95	SIM	3
31005454	ABSCESSO HEPATICO - DRENAGEM CIRURGICA POR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1206,92	475,50	45,39	1727,81	SIM	3

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS

FÍGADO E VIAS BILIARES

31005470	COLECISTECTOMIA COM COLANGIOGRAFIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	959,69	1160,14	45,38	2165,21	SIM	2
31005489	COLECISTECTOMIA COM FISTULA BILIODIGESTIVA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1178,45	1032,70	45,39	2256,54	SIM	3
31005497	COLECISTECTOMIA SEM COLANGIOGRAFIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	924,85	980,40	45,38	1950,63	SIM	2
31005500	COLECISTOJEJUNOSTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1846,33	1139,94	0,00	2986,27	SIM	3
31005519	COLECISTOSTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	972,38	587,95	45,39	1605,72	SIM	3
31005527	COLEDOCO OU HEPATICO-JEJUNOSTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1415,03	845,35	45,39	2305,77	SIM	3
31005535	COLEDOCO-DUODENOSTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1555,83	1121,09	45,39	2722,31	SIM	3
31005543	COLEDOCOTOMIA OU COLEDOCOSTOMIA COM COLECISTECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1554,35	1139,94	45,39	2739,68	SIM	3
31005551	COLEDOCOTOMIA OU COLEDOCOSTOMIA SEM COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1221,47	755,16	45,39	2022,02	SIM	3
31005560	DESCONEXAO AZIGOS - PORTAL COM ESPLENECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1475,10	1072,32	45,39	2592,81	SIM	3
31005578	DESCONEXAO AZIGOS - PORTAL SEM ESPLENECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1475,10	950,95	45,39	2471,44	SIM	3
31005586	ENUCLEACAO DE METASTASE HEPATICAS POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1264,22	926,60	0,00	2190,82	SIM	3

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS

FÍGADO E VIAS BILIARES

31005632	PUNCAO HEPATICA PARA DRENAGEM DE ABSCESSOS POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	650,56	387,25	45,39	1083,20	SIM	3
31005659	RESSECCAO DE CISTO HEPATICO COM HEPATECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	951,70	1069,50	45,39	2066,59	SIM	3
31005667	RESSECCAO DE CISTO HEPATICO SEM HEPATECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	951,70	868,99	45,39	1866,08	SIM	3
31005675	BIOPSIA HEPATICA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	110,00	136,68	30,80	277,48	NÃO	2

PÂNCREAS

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
31006019	BIOPSIA DE PANCREAS POR LAPAROTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	673,33	505,68	84,99	1264,00	SIM	2
31006027	BIOPSIA DE PANCREAS POR PUNCAO DIRIGIDA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	442,75	484,00	35,20	961,95	SIM	2
31006035	ENUCLEACAO DE TUMORES PANCREATICOS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	970,84	842,50	134,48	1947,82	SIM	3
31006043	HIPOGLICEMIA - TRAT CIRURGICO (PANCREATOTOMIA PARCIAL OU TOTAL)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	563,33	796,98	84,99	1445,30	SIM	5
31006051	PANCREATECTOMIA CORPO CAUDAL COM PRESERVACAO DO BACO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	940,79	781,15	134,48	1856,42	SIM	5
31006060	PANCREATECTOMIA PARCIAL OU SEQUESTRECTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	940,79	884,23	134,48	1959,50	SIM	7

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS

PÂNCREAS

31006078	PANCREATO-DUODENECTOMIA COM LINFADENECTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	2051,50	1556,64	134,48	3742,62	SIM	7
31006086	PANCREATO-ENTEROSTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	717,64	683,84	134,48	1535,96	SIM	7
31006094	PANCREATORRAFIA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	600,73	602,24	84,99	1287,96	SIM	5
31006108	PSEUDOCISTO PANCREAS - DRENAGEM EXTERNA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1075,83	624,41	64,99	1765,23	SIM	4
31006116	PSEUDOCISTO PANCREAS - DRENAGEM INTERNA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1254,79	827,70	84,99	2167,48	SIM	5
31006167	ENUCLEACAO DE TUMORES PANCREATICOS POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1171,31	684,47	35,20	1890,98	SIM	3
31006175	PSEUDOCISTO PANCREAS - DRENAGEM EXTERNA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1064,22	594,95	45,39	1704,56	SIM	3
31006183	PSEUDOCISTO PANCREAS - DRENAGEM INTERNA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1239,15	731,52	45,39	2016,06	SIM	3

BAÇO

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
31007015	BIOPSIA ESPLENICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	110,00	112,84	30,80	253,64	NÃO	1
31007023	ESPLENECTOMIA PARCIAL	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	941,60	884,23	96,25	1922,08	SIM	5

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS

BAÇO

31007031	ESPLENECTOMIA TOTAL	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1159,09	755,16	96,25	2010,50	SIM	4
31007040	ESPLENORRAFIA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	552,09	496,64	35,20	1083,93	SIM	3
31007058	ESPLENECTOMIA PARCIAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1152,68	937,92	45,39	2135,99	SIM	3
31007066	ESPLENECTOMIA TOTAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1244,86	738,24	45,39	2028,49	SIM	3

PERITONIO

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
31008011	DIALISE PERITONEAL INTERMITENTE - AGUDO OU CRONICO (POR DIA)	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	315,00	85,00	0,00	400,00	NÃO	1
31008020	DIALISE PERITONEAL AMBULATORIAL CONTINUA (CAPD) 9 DIAS - TREINAMENTO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	1934,88	95,00	0,00	2029,88	NÃO	1
31008038	DIALISE PERITONEAL AMBULATORIAL CONTINUA (CAPD) POR MES/PACIENTE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2529,36	168,80	0,00	2698,16	NÃO	1
31008046	DIALISE PERITONEAL AUTOMATICA (APD) - TRATAMENTO (AGUDO OU CRONICO)	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	365,00	85,00	0,00	450,00	NÃO	1
31008054	EPIPLOPLASTIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	332,09	297,28	11,00	640,37	SIM	3
31008062	IMPLANTE DE CATETER PERITONEAL	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	50,00	95,23	0,00	145,23	NÃO	0

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS

PERITONIO

31008070	INSTALACAO DE CATETER TENCKHOFF	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	100,00	100,00	0,00	200,00	SIM	1
31008097	RETIRADA DE CATETER TENCKHOFF	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	68,61	70,00	0,00	138,61	SIM	0
31008119	DIALISE PERITONEAL AUTOMATICA POR MES (AGUDO OU CRONICO)	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	2819,40	168,80	0,00	2988,20	NÃO	1

ABDOME, PAREDE E CAVIDADE

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
31009026	BIOPSIA DE PAREDE ABDOMINAL	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	110,00	63,18	30,80	203,98	NÃO	0
31009042	CISTO SACRO-COCCIGEO (CISTO PILONIDAL)- TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	564,53	278,03	11,00	853,56	SIM	2
31009050	DIASTASE DOS RETOS ABDOMINAIS - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	335,61	258,88	11,00	605,49	SIM	3
31009069	HERNIA INGUINAL ENCARCERADA EM RN OU LACTENTE	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	725,66	657,77	11,00	1394,43	SIM	2
31009077	HERNIORRAFIA COM RESSECCAO INTESTINAL - ESTRANGULADA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	703,21	678,62	35,20	1417,03	SIM	2
31009085	HERNIORRAFIA CRURAL - UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	594,15	606,62	11,00	1211,77	SIM	2
31009093	HERNIORRAFIA EPIGASTRICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	546,54	308,02	11,00	865,56	SIM	2
31009107	HERNIORRAFIA INCISIONAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	601,36	388,80	0,00	990,16	SIM	2

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS

ABDOME, PAREDE E CAVIDADE

31009115	HERNIORRAFIA INGUINAL (UNILATERAL)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	637,29	391,20	0,00	1028,49	SIM	2
31009123	HERNIORRAFIA INGUINAL NO RN OU LACTENTE	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	629,45	617,01	11,00	1257,46	SIM	2
31009131	HERNIORRAFIA LOMBAR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	418,77	368,00	11,00	797,77	SIM	2
31009140	HERNIORRAFIA RECIDIVANTE	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	766,09	472,00	8,31	1246,40	SIM	2
31009158	HERNIORRAFIA SEM RESSECCAO INTESTINAL ENCARCERADA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	616,20	452,86	11,00	1080,06	SIM	2
31009166	HERNIORRAFIA UMBILICAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	387,65	246,40	0,00	634,05	SIM	1
31009174	LAPAROTOMIA EXPLORADORA OU P/ BIOPSIA, OU P/DRENAGEM ABSCESSOS OU P/LIBERACAO DE BRIDAS EM VIGENCIA DE OCLUSAO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1194,64	522,78	81,87	1799,29	SIM	2
31009204	NEUROBLASTOMA ABDOMINAL - EXERESE	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	501,40	968,85	56,00	1526,25	SIM	5
31009220	ONFALOCELE/GASTROSQUISE EM 1 TEMPO OU PRIMEIRO TEMPO OU PROTESE - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	685,80	711,98	21,50	1419,28	SIM	7
31009239	ONFALOCELE/GASTROSQUISE -SEGUNDO TEMPO - TRAT CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	442,42	475,86	21,50	939,78	SIM	5
31009247	PARACENTESE ABDOMINAL	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	57,20	63,18	0,00	120,38	NÃO	1
31009255	RECONSTRUCAO DA PAREDE ABDOMINAL COM RETALHO MUSCULAR OU MIOCUTANEO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	970,50	849,75	56,00	1876,25	SIM	5
31009263	REPARACAO OUTRAS HERNIAS (INCLUI HERNIORRAFIA MUSCULAR)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	575,67	307,65	11,00	894,32	SIM	2

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA DIGESTIVO E ANEXOS

ABDOME, PAREDE E CAVIDADE

31009271	RESSECCAO DE CISTO OU FISTULA DE URACO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	867,35	387,25	11,00	1265,60	SIM	2
31009280	RESSECCAO DE CISTO OU FISTULA OU RESTOS DO DUCTO ONFALOMESENTERICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	831,67	477,89	11,00	1320,56	SIM	2
31009298	RESSUTURA DA PAREDE ABDOMINAL (POR DEISCENCIA TOTAL OU EVISCERACAO)	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	442,42	326,40	11,00	779,82	SIM	3
31009301	TERATOMA SACRO-COCCIGEO - EXERESE	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	501,40	641,83	56,00	1199,23	SIM	5
31009310	HERNIORRAFIA COM RESSECCAO INTESTINAL - ESTRANGULADA - POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	989,42	591,04	35,20	1615,66	SIM	3
31009328	HERNIORRAFIA CRURAL - UNILATERAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	612,72	774,80	11,00	1398,52	SIM	3
31009336	HERNIORRAFIA INGUINAL - UNILATERAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	990,52	659,39	0,00	1649,91	SIM	1
31009344	HERNIORRAFIA RECIDIVANTE POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	645,99	472,00	8,31	1126,30	SIM	2
31009352	LAPAROTOMIA EXPLORADORA OU P/ BIOPSIA OU P/DRENAGEM ABSCESSOS OU P/LIBERACAO DE BRIDAS EM VIGENCIA DE OCLUSAO POR VIDEOLAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	898,55	430,40	0,00	1328,95	SIM	4
31009360	HERNIORRAFIA INGUINAL EM CRIANCA UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	550,00	342,08	21,50	913,58	SIM	2

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA URINÁRIO

RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
31101011	ABSCESSO RENAL OU PERI-RENAL - DRENAGEM CIRURGICA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	442,92	247,23	57,31	747,46	SIM	4
31101020	ABSCESSO RENAL OU PERI-RENAL - DRENAGEM PERCUTANEA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	442,92	189,75	57,31	689,98	SIM	3
31101038	ADRENALECTOMIA UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	836,79	836,79	165,59	1839,17	SIM	5
31101046	ANGIOPLASTIA RENAL UNILATERAL A CEU ABERTO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1776,08	757,60	84,00	2617,68	SIM	5
31101054	ANGIOPLASTIA RENAL UNILATERAL TRANSLUMINAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1237,74	710,04	84,00	2031,78	SIM	2
31101062	AUTOTRANSPLANTE RENAL UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1212,75	1841,00	204,38	3258,13	SIM	5
31101070	BIOPSIA RENAL CIRURGICA UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	496,99	319,49	30,80	847,28	SIM	1
31101089	CISTO RENAL-ESCLEROTERAPIA PERCUTANEA-POR CISTO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	225,00	122,74	0,00	347,74	SIM	2
31101097	ENDOPIELOTOMIA PERCUTANEA UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	762,30	906,39	57,31	1726,00	SIM	2
31101100	ESTENOSE DE JUNCAO PIELOURETERAL-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	442,92	618,92	30,80	1092,64	SIM	4
31101119	FISTULA PIELO-CUTANEA-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	589,60	375,20	57,42	1022,22	SIM	2
31101127	LOMBOTOMIA EXPLORADORA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	442,78	388,80	57,37	888,95	SIM	4

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA URINÁRIO

RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL

31101135	MARSUAPIALIZACAO DE CISTOS RENAIS UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	569,54	362,43	57,37	989,34	SIM	4
31101151	NEFRECTOMIA PARCIAL COM URETERECTOMIA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1123,82	933,87	79,94	2137,63	SIM	4
31101160	NEFRECTOMIA PARCIAL UNILATERAL	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1100,49	1065,84	79,94	2246,27	SIM	2
31101178	NEFRECTOMIA PARCIAL UNILATERAL EXTRACORPOREA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1421,61	2049,79	79,94	3551,34	SIM	2
31101186	NEFRECTOMIA RADICAL UNILATERAL	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1397,33	1017,20	137,50	2552,03	SIM	4
31101194	NEFRECTOMIA TOTAL UNILATERAL	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1162,01	1006,23	82,15	2250,39	SIM	2
31101208	NEFRO OU PIELOENTEROCISTOSTOMIA UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1148,06	1141,32	57,31	2346,69	SIM	2
31101216	NEFROLITOTOMIA ANATROFICA UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1134,23	898,11	82,15	2114,49	SIM	4
31101224	NEFROLITOTOMIA PERCUTANEA UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	770,55	952,35	59,79	1782,69	SIM	4
31101232	NEFROLITOTOMIA SIMPLES UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	770,55	708,40	59,79	1538,74	SIM	4
31101240	NEFROLITOTRIPSIA EXTRACORPOREA 1 SESSAO	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	152,00	389,47	0,00	541,47	SIM	1
31101259	NEFROLITOTRIPSIA EXTRACORPOREA - REAPLICACAES (ATE 3 MESES)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	152,90	205,50	0,00	358,40	SIM	1
31101275	NEFROLITOTRIPSIA PERCUTANEA UNILATERAL (MEC..,E.H.. OU US)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	731,45	1135,27	48,51	1915,23	SIM	1

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA URINÁRIO

RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL

31101283	NEFROPEXIA UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	569,54	362,43	40,96	972,93	SIM	4
31101291	NEFRORRAFIA (TRAUMA) UNILATERAL	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	619,08	518,10	50,00	1187,18	SIM	4
31101305	NEFROSTOMIA A CEU ABERTO UNILATERAL	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	559,68	403,73	50,17	1013,58	SIM	4
31101313	NEFROSTOMIA PERCUTANEA UNILATERAL	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	443,30	237,84	50,82	731,96	SIM	2
31101321	NEFROURETERECTOMIA COM RESSECCAO VESICAL UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1009,80	842,22	53,67	1905,69	SIM	4
31101330	PIELOLITOTOMIA COM NEFROLITOTOMIA ANATROFICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	731,45	705,28	52,27	1489,00	SIM	4
31101348	PIELOLITOTOMIA COM NEFROLITOTOMIA SIMPLES UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	731,45	573,09	52,28	1356,82	SIM	4
31101356	PIELOLITOTOMIA UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	577,50	552,56	52,28	1182,34	SIM	4
31101364	PIELOPLASTIA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	798,34	618,92	52,28	1469,54	SIM	4
31101372	PIELOSTOMIA UNILATERAL	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	445,72	297,28	63,99	806,99	SIM	4
31101380	PIELOTOMIA EXPLORADORA UNILATERAL	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	637,12	472,80	52,28	1162,20	SIM	4
31101399	PUNCAO ASPIRATIVA RENAL PARA DIAGNOSTICO DE REJEICAO (ATO MEDICO)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	131,45	69,46	0,00	200,91	NÃO	1
31101402	PUNCAO BIOPSIA RENAL PERCUTANEA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	194,06	105,31	30,80	330,17	NÃO	0

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA URINÁRIO

RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL

31101410	REVASCULARIZACAO RENAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1069,20	939,74	88,20	2097,14	SIM	3
31101429	SINFISIOTOMIA(RIM EM FERRADURA)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	700,48	507,97	52,87	1261,32	SIM	4
31101437	TRANSURETERO ANASTOMOSE	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1009,80	535,04	53,67	1598,51	SIM	4
31101445	TRATAMENTO CIRURGICO DA FISTULA PIELOINTESTINAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	563,81	507,97	81,61	1153,39	SIM	4
31101453	TUMOR RENAL-ENUCLEACAO UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	60,80	565,86	52,28	678,94	SIM	4
31101461	TUMOR WILMS-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	655,90	973,37	52,28	1681,55	SIM	4
31101470	TUMORES RETRO-PERITONEAIS MALIGNOS UNILATERAIS - EXERESE	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	700,48	973,37	52,28	1726,13	SIM	4
31101488	ADRENALECTOMIA LAPAROSCOPICA UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	836,79	836,79	165,59	1839,17	SIM	4
31101496	MARSUPIALIZACAO LAPAROSCOPICA DE CISTO RENAL UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1057,46	414,99	57,37	1529,82	SIM	4
31101500	BIOPSIA RENAL LAPAROSCOPICA UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	496,99	319,49	30,80	847,28	SIM	2
31101518	NEFROPEXIA LAPAROSCOPICA UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	569,54	362,43	40,96	972,93	SIM	4
31101526	PIELOPLASTIA LAPAROSCOPICA UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	798,34	618,92	52,28	1469,54	SIM	4
31101534	PIELOLITOTOMIA LAPAROSCOPICA UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	577,50	552,56	52,28	1182,34	SIM	2

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA URINÁRIO

RIM, BACINETE E SUPRA-RENAL

31101542	NEFROURETERECTOMIA COM RESSECCAO VESICAL LAPAROSCOPICA UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1009,80	842,22	53,67	1905,69	SIM	3
31101550	NEFRECTOMIA RADICAL LAPAROSCOPICA UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1397,33	1006,23	137,50	2541,06	SIM	4
31101569	NEFRECTOMIA PARCIAL LAPAROSCOPICA UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	762,30	641,83	79,94	1484,07	SIM	4
31101577	NEFROLITOTRIPSIA PERCUTANEA UNILATERAL A LASER	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	770,55	952,35	59,79	1782,69	SIM	1
31101585	NEFRECTOMIA TOTAL UNILATERAL LAPAROSCOPICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1289,94	661,79	82,15	2033,88	SIM	4

URETER

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
31102018	BIOPSIA CIRURGICA DE URETER UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	223,74	168,08	30,80	422,62	SIM	0
31102026	BIOPSIA ENDOSCOPICA DE URETER UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	223,74	183,84	30,80	438,38	SIM	0
31102034	CATETERISMO URETERAL UNILATERAL	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	562,90	206,08	0,00	768,98	SIM	1
31102042	COLOCACAO CIRURGICA DE DUPLO J UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	336,60	287,92	0,00	624,52	SIM	1
31102050	COLOCACAO CISTOSCOPICA DE DUPLO J UNILATERAL	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	336,60	287,92	0,00	624,52	SIM	1

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA URINÁRIO

URETER

31102069	COLOCACAO NEFROSCOPICA DE DUPLO J UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	NÃO	336,60	395,43	0,00	732,03	SIM	1
31102077	COLOCACAO URETEROSCOPICA DE DUPLO J UNILATERAL	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	336,60	375,20	0,00	711,80	SIM	1
31102085	DILATACAO ENDOSCOPICA UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	215,66	151,68	0,00	367,34	SIM	1
31102093	DUPLICACAO PIELOURETERAL-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	718,34	724,00	31,52	1473,86	SIM	4
31102107	FISTULA URETERO -CUTANEA UNILATERAL (TRATAMENTO CIRURGICO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	731,28	406,69	43,84	1181,81	SIM	2
31102115	FISTULA URETERO-INTESTINAL UNILATERAL(TRATAMENTO CIRURGICO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	731,28	649,04	43,84	1424,16	SIM	2
31102123	FISTULA URETERO -VAGINAL UNILATERAL (TRATAMENTO CIRURGICO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	731,28	422,31	43,84	1197,43	SIM	2
31102131	MEATOTOMIA ENDOSCOPICA UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	215,64	151,68	24,37	391,69	SIM	1
31102174	REIMPLANTE URETEROINTESTINAL-UNI OU BILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	829,95	863,19	43,84	1736,98	SIM	5
31102182	REIMPLANTE URETERAL POR VIA EXTRA OU INTRAVESICAL-UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	561,99	641,83	43,84	1247,66	SIM	4
31102204	REIMPLANTE URETERO-VESICAL UNILATERAL VIA COMBINADA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	561,99	789,43	43,84	1395,26	SIM	4
31102220	RETIRADA ENDOSCOPICA DE CALCULO DE URETER -UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	733,83	414,75	37,24	1185,82	SIM	1
31102239	TRANSURETEROSTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	970,20	388,54	47,85	1406,59	SIM	6

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA URINÁRIO

URETER

31102247	URETERECTOMIA UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	516,45	414,46	43,84	974,75	SIM	4
31102255	URETEROCELE UNILATERAL-RESSECCAO A CEU ABERTO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	477,18	319,49	43,84	840,51	SIM	4
31102263	URETEROCELES -TRATAMENTO ENDOSCOPICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	477,18	320,00	43,84	841,02	SIM	4
31102271	URETEROILEOCISTOSTOMIA -UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	970,20	1150,79	47,85	2168,84	SIM	4
31102280	URETERO-ILEO-CISTOSTOMIA CUTANEA UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1250,70	837,39	47,90	2135,99	SIM	4
31102298	URETEROLISE UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	176,81	355,35	0,00	532,16	SIM	2
31102301	URETEROLITOTOMIA UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	455,71	425,00	49,35	930,06	SIM	4
31102310	URETEROLITOTRIPSIA EXTRACORPOREA (PRIMEIRA SESSAO)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	152,90	366,88	0,00	519,78	SIM	1
31102328	URETEROLITOTRIPSIA EXTRACORPOREA - REAPLICACAES (ATE 3	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	152,90	205,50	0,00	358,40	SIM	1
31102344	URETEROPLASTIA UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	829,95	601,71	49,12	1480,78	SIM	4
31102352	URETERORRENOLITOMIA UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1192,42	761,10	59,79	2013,31	SIM	4
31102360	URETERORRENOLITOTRIPSIA FLEXIVEL A LASER UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1233,87	992,75	48,51	2275,13	SIM	4
31102379	URETERORRENOLITOTRIPSIA RIGIDA UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	830,50	915,12	55,40	1801,02	SIM	4

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA URINÁRIO

URETER

31102409	URETEROSSIGMOIDOPLASTIA UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1250,70	798,81	47,85	2097,36	SIM	4
31102417	URETEROSSIGMOIDOSTOMIA UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1250,70	839,20	47,85	2137,75	SIM	4
31102425	URETEROSTOMIA CUTANEA UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	829,95	532,10	55,40	1417,45	SIM	2
31102433	URETEROTOMIA INTERNA PERCUTANEA UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	570,00	570,05	55,40	1195,45	SIM	2
31102441	URETEROTOMIA INTERNA URETEROSCOPICA FLEXIVEL UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	650,00	493,36	55,40	1198,76	SIM	2
31102450	URETERO INTERNA URETEROSCOPICA RIGIDA UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	835,00	493,36	55,40	1383,76	SIM	4
31102468	URETEROURETEROCISTONEOSTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	970,20	906,39	47,85	1924,44	SIM	4
31102476	URETEROURETEROSTOMIA UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	970,20	640,16	47,85	1658,21	SIM	4
31102492	URETEROLITOTOMIA LAPAROSCOPICA UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	455,71	425,00	49,35	930,06	SIM	3
31102506	URETEROLISE LAPAROSCOPICA UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	176,81	355,35	0,00	532,16	SIM	2
31102514	URETEROURETEROSTOMIA LAPAROSCOPICA UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	970,20	640,16	47,85	1658,21	SIM	4
31102522	URETEROPLASTIA LAPAROSCOPICA UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	829,95	601,71	49,12	1480,78	SIM	4
31102530	CORRECAO LAPAROSCOPICA DE REFLUXO VESICO-URETERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	435,66	563,36	38,17	1037,19	SIM	3

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA URINÁRIO

URETER

31102549	REIMPLANTE URETERO-VESICAL LAPAROSCOPICO UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	561,99	789,43	43,83	1395,25	SIM	4
31102557	REIMPLANTE URETERO-INTESTINAL LAPAROSCOPICO UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	561,99	972,63	43,83	1578,45	SIM	4
31102565	URETERORRENOLITOTRIPSIA RIGIDA UNILATERAL A LASER	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1033,80	976,16	48,51	2058,47	SIM	4

BEXIGA

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
31103014	AMPLIACAO VESICAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1486,38	892,86	169,40	2548,64	SIM	6
31103022	BEXIGA PSOICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	459,35	523,62	25,91	1008,88	SIM	5
31103030	BIOPSIA ENDOSCOPICA DE BEXIGA(INCLUI CISTOSCOPIA)	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	110,00	135,20	30,80	276,00	SIM	1
31103049	BIOPSIA VESICAL A CEU ABERTO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	110,00	155,60	30,80	296,40	SIM	1
31103057	CALCULO VESICAL-EXTRACAO ENDOSCOPICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	396,44	425,76	38,78	860,98	SIM	2
31103065	CISTECTOMIA PARCIAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	596,93	425,68	52,45	1075,06	SIM	5
31103073	CISTECTOMIA RADICAL(INCLUI PROSTATA OU UTERO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1706,38	899,03	169,40	2774,81	SIM	6
31103081	CISTECTOMIA TOTAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1084,68	787,75	169,40	2041,83	SIM	6

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA URINÁRIO

BEXIGA

31103090	CISTOLITOTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	408,97	279,14	34,71	722,82	SIM	3
31103103	CISTOLITOTRIPSIA EXTRACORPOREA(PRIMEIRA SESSAO	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	409,40	310,41	16,00	735,81	SIM	1
31103111	CISTOLITOTRIPSIA EXTRACORPOREA-REAPLICACOES(ATE 3 MESES)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	409,40	285,77	16,00	711,17	SIM	1
31103138	CISTOLITOTRIPSIA PERCUTANEA (U.S., E.H., E.C.)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	409,40	410,24	16,00	835,64	SIM	1
31103146	CISTOLITOTRIPSIA TRANSURETRAL (U.S., E.H., E.C.)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	409,40	430,40	16,00	855,80	SIM	1
31103154	CISTOPLASTIA REDUTORA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1084,71	318,79	70,40	1473,90	SIM	6
31103162	CISTORRAFIA (TRAUMA)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	416,41	299,49	45,20	761,10	SIM	3
31103170	CISTOSTOMIA CIRURGICA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	541,94	211,70	40,64	794,28	SIM	3
31103189	CISTOSTOMIA COM PROCEDIMENTO ENDOSCOPICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	541,94	318,08	40,64	900,66	SIM	2
31103197	CISTOSTOMIA POR PUNCAO COM TROCATER	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	541,94	87,36	40,64	669,94	NÃO	2
31103200	COLO DE DIVERTICULO-RESSECCAO ENDOSCOPICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	396,44	321,44	25,90	743,78	SIM	2
31103219	COLO VESICAL-RESSECCAO ENDOSCOPICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	641,92	387,25	25,90	1055,07	SIM	0
31103227	CORPO ESTRANHO-EXTRACAO CIRURGICA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	396,44	181,30	38,78	616,52	SIM	3

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA URINÁRIO

BEXIGA

31103235	CORPO ESTRANHO-EXTRACAO ENDOSCOPICA	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	73,38	114,00	0,00	187,38	SIM	2
31103243	DIVERTICULECTOMIA VESICAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	435,66	425,68	34,70	896,04	SIM	3
31103251	ENTEROCISTOPLASTIA(AMPLIACAO VESICAL)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1486,38	979,02	169,40	2634,80	SIM	6
31103260	EXTROFIA EM CLOACA-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1084,71	1212,16	70,40	2367,27	SIM	6
31103278	EXTROFIA VESICAL-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1084,71	901,61	70,40	2056,72	SIM	6
31103286	FISTULA VESICO-CUTANEA-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1004,30	321,44	52,14	1377,88	SIM	5
31103294	FISTULA VESICO-ENTERICA-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	514,34	787,75	63,08	1365,17	SIM	3
31103308	FISTULA VESICO-RETAL-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1004,30	789,43	52,14	1845,87	SIM	5
31103316	FISTULA VESICO-UTERINA-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	514,34	461,66	52,14	1028,14	SIM	2
31103324	FISTULA VESICO-VAGINAL-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	514,34	511,83	52,14	1078,31	SIM	2
31103332	INCONTINENCIA URINARIA-SLING VAGINAL OU ABDOMINAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	640,14	740,95	25,75	1406,84	SIM	2
31103340	INCONTINENCIA URINARIA-SUSPENSAO ENDOSCOPICA DE COLO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	810,28	528,46	25,75	1364,49	SIM	2
31103359	INCONTINENCIA URINARIA-TRATAMENTO CIRURGICO SUPRA-PUBICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	634,67	755,16	25,75	1415,58	SIM	2

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA URINÁRIO

BEXIGA

31103367	INCONTINENCIA URINARIA-TRATAMENTO ENDOSCOPICO(INJECAO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	514,34	335,36	25,75	875,45	SIM	3
31103375	INCONTINENCIA URINARIA COM COLPOPLASTIA ANTERIOR-TRAT.CIRURGICO(COM OU SEM USO DE PROTESE)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	651,91	827,70	25,75	1505,36	SIM	2
31103383	POLIPOS VESICAIS-RESSECCAO CIRURGICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	435,66	359,84	34,71	830,21	SIM	3
31103391	POLIPOS VESICAIS-RESSECCAO ENDOSCOPICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	335,66	258,88	25,75	620,29	SIM	2
31103405	PUNCAO E ASPIRACAO VESICAL	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	57,20	47,62	0,00	104,82	NÃO	1
31103413	REIMPLANTE URETERO-VESICAL A BOARI	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	435,66	837,39	25,75	1298,80	SIM	3
31103430	RETENCAO POR COAGULO-ASPIRACAO VESICAL	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	57,20	82,22	0,00	139,42	SIM	0
31103448	TUMOR VESICAL-FOTOCOAGULACAO A LASER	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	384,50	434,27	0,00	818,77	SIM	3
31103456	TUMOR VESICAL-RESSECCAO ENDOSCOPICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	988,67	519,62	34,10	1542,39	SIM	2
31103464	VESICOSTOMIA CUTANEA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	409,40	339,52	22,17	771,09	SIM	3
31103472	RETIRADA ENDOSCOPICA DE DUPLO J	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	73,38	114,00	0,00	187,38	SIM	1
31103480	NEOBEXIGA CUTANEA CONTINENTE	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1250,70	1345,44	169,40	2765,54	SIM	6
31103499	NEOBEXIGA RETAL CONTINENTE	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1250,70	1638,23	169,40	3058,33	SIM	6

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA URINÁRIO

BEXIGA

31103502	NEOBEXIGA URETRAL CONTINENTE	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1250,70	1345,44	169,40	2765,54	SIM	6
31103510	CORRECAO LAPAROSCOPICA DA INCONTINENCIA URINARIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	459,35	478,88	25,75	963,98	SIM	3
31103529	CISTECTOMIA PARCIAL LAPAROSCOPICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	596,93	472,95	52,46	1122,34	SIM	4
31103537	CISTECTOMIA RADICAL LAPAROSCOPICA (INCLUI PROSTATA OU UTERO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1706,38	836,44	96,85	2639,67	SIM	6
31103545	NEOBEXIGA LAPAROSCOPICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1706,38	1345,44	96,85	3148,67	SIM	6
31103553	DIVERTICULECTOMIA VESICAL LAPAROSCOPICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	435,66	307,28	34,71	777,65	SIM	3
31103561	CISTOLITOTRIPSIA A LASER	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	152,90	292,80	0,00	445,70	SIM	1

URETRA

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
31104010	ABCESSO PERIURETRAL - TRAMENTO CIRURGICO	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	157,20	63,18	4,50	224,88	NÃO	1
31104029	BIOPSIA ENDOSCOPICA DA URETRA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	90,20	125,60	30,80	246,60	SIM	1
31104037	CORPO ESTRANHO OU CALCULO - EXTRACAO CIRURGICA	Principal	Ambos	SIM	SIM	441,69	267,48	0,00	709,17	SIM	1
31104045	CORPO ESTRANHO OU CALCULO - EXTRACAO ENDOSCOPICA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	510,77	211,96	0,00	722,73	SIM	1

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA URINÁRIO

URETRA

31104053	DIVERTICULO URETRAL - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	411,19	515,48	11,78	938,45	SIM	1
31104061	ELETROCOAGULACAO ENDOSCOPICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	180,90	205,42	0,00	386,32	SIM	1
31104070	ESFINCTEROTOMIA EM URETRA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	198,98	204,80	4,50	408,28	SIM	2
31104088	FISTULA URETRO-CUTANEA - CORRECAO CIRURGICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	332,20	321,44	12,65	666,29	SIM	2
31104096	FISTULA URETRO-RETAL - CORRECAO CIRURGICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	442,20	704,13	12,65	1158,98	SIM	2
31104100	FISTULA URETRO-VAGINAL - CORRECAO CIRURGICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	442,20	535,43	12,65	990,28	SIM	2
31104118	INCONTINENCIA URINARIA MASCULINA - TRATAMENTO CIRURGICO (EXCLUI IMPLANTE DE ESFINCTER ARTIFICIAL)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	459,35	577,67	25,75	1062,77	SIM	3
31104134	MEATOPLASTIA (RETALHO CUTANEO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	250,40	211,70	0,00	462,10	SIM	1
31104142	MEATOTOMIA URETRAL	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	157,20	63,18	16,72	237,10	NÃO	1
31104150	NEOURETRA PROXIMAL (CISTOURETROPLASTIA)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	442,20	620,53	0,00	1062,73	SIM	2
31104169	RESSECCAO DA CARUNCULA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	157,22	78,98	12,65	248,85	NÃO	1
31104177	RESSECCAO DE VALVULA URETRAL POSTERIOR	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	551,13	688,27	0,00	1239,40	SIM	1
31104185	TUMOR URETRAL - EXCISAO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	632,01	356,25	12,23	1000,49	SIM	1

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA URINÁRIO

URETRA

31104193	URETROPLASTIA ANTERIOR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	640,38	593,27	17,93	1251,58	SIM	3
31104207	URETROPLASTIA POSTERIOR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	387,20	561,19	11,79	960,18	SIM	4
31104215	URETROSTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	343,57	261,80	11,78	617,15	SIM	1
31104223	URETROTOMIA INTERNA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	463,72	227,96	15,84	707,52	SIM	1
31104231	URETROTOMIA INTERNA COM PROTESE ENDOURETRAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	408,97	293,99	34,71	737,67	SIM	2
31104240	URETRECTOMIA TOTAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	332,20	385,97	17,93	736,10	SIM	2

SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO

PROSTÁTA E VESÍCULAS SEMINAIS

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
31201024	ABCESSO DE PROSTATA - DRENAGEM	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	208,44	288,00	6,05	502,49	SIM	1
31201032	BIOPSIA PROSTATICA - ATE 8 FRAGMENTOS	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	149,66	141,63	0,00	291,29	SIM	0
31201040	BIOPSIA PROSTATICA - MAIS DE 8 FRAGMENTOS	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	368,50	182,27	0,00	550,77	SIM	0

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO

PROSTÁTA E VESÍCULAS SEMINAIS

31201075	HEMORRAGIA DA LOJA PROSTATICA - REVISAO ENDOSCOPICA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	364,40	340,76	6,05	711,21	SIM	2
31201091	HIPERTROFIA PROSTATICA - IMPLANTE DE PROTESE	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	332,50	218,74	35,00	586,24	SIM	3
31201105	HIPERTROFIA PROSTATICA - TRATAMENTO POR DILATACAO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	240,00	163,55	0,00	403,55	SIM	1
31201113	PROSTATAVESICULECTOMIA RADICAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1621,79	1477,50	112,20	3211,49	SIM	5
31201121	PROSTATECTOMIA A CEU ABERTO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	688,69	717,80	35,89	1442,38	SIM	4
31201130	RESSECCAO ENDOSCOPICA DA PROSTATA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	686,51	690,27	35,89	1412,67	SIM	3
31201148	PROSTATAVESICULECTOMIA RADICAL LAPAROSCOPICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1846,60	1841,76	112,20	3800,56	SIM	6

BOLSA ESCROTAL

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
31202020	DRENAGEM DE ABSCESSO EM ESCROTO	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	112,20	40,18	8,64	161,02	NÃO	1
31202039	ELEFANTIASE PENO-ESCROTAL - TRAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	312,40	565,86	4,09	882,35	SIM	3
31202047	EXERESE DE CISTO ESCROTAL (POR GRUPO DE ATE 5 LESOES)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	57,20	50,65	0,00	107,85	NÃO	0
31202063	RECONSTRUCAO DA BOLSA ESCROTAL COM RETALHO INGUINAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	312,40	436,62	4,09	753,11	SIM	4

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO

BOLSA ESCROTAL

	RECONSTRUCAO DA BOLSA ESCROTAL COM RETALHO INGUINAL PEDICULADO - POR ESTAGIO										
31202071	RESSECCAO PARCIAL DA BOLSA ESCROTAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	248,60	247,23	4,09	499,92	SIM	1

TESTÍCULO

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
31203019	AUTOTRANSPLANTE DE UM TESTICULO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	594,80	1038,50	11,00	1644,30	SIM	4
31203027	BIOPSIA UNILATERAL DE TESTICULO	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	110,00	121,04	30,80	261,84	SIM	0
31203035	ESCROTO AGUDO - EXPLORACAO CIRURGICA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	126,72	114,40	4,09	245,21	SIM	1
31203043	HIDROCELE UNILATERAL - CORRECAO CIRURGICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	280,10	184,00	5,83	469,93	SIM	1
31203051	IMPLANTE DE PROTESE TESTICULAR UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	353,44	211,70	0,00	565,14	SIM	1
31203060	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	512,20	526,98	30,80	1069,98	SIM	1
31203078	ORQUIECTOMIA UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	353,44	320,98	30,80	705,22	SIM	1
31203086	PUNCAO DA VAGINAL	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	57,20	40,18	0,00	97,38	NÃO	0

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO

TESTÍCULO

31203094	REPARACAO DE PLASTICA (TRAUMA)	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	334,61	411,06	4,95	750,62	SIM	2
31203108	TORCAO DO TESTICULO - CURA CIRURGICA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	334,61	425,68	4,95	765,24	SIM	1
31203116	TUMOR DE TESTICULO - RESSECCAO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	420,20	522,40	110,00	1052,60	SIM	3
31203124	VARICOCELE UNILATERAL - CORRECAO CIRURGICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	356,76	300,60	5,83	663,19	SIM	0
31203132	ORQUIDOPEXIA LAPAROSCOPICA UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	780,07	459,07	30,80	1269,94	SIM	2
31203140	ORQUIECTOMIA INTRA-ABDOMINAL LAPAROSCOPICA UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	482,85	826,57	30,80	1340,22	SIM	2
31203159	CORRECAO LAPAROSCOPICA DE VARICOCELE UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	500,53	730,61	5,83	1236,97	SIM	0

EPIDÍDIMO

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
31204015	BIOPISIA DE EPIDIDIMO	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	57,20	41,67	30,80	129,67	NÃO	0
31204023	DRENAGEM DE ABSCESSO EM EPIDIDIMO	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	57,20	63,18	0,00	120,38	NÃO	0
31204031	EPIDIDIMECTOMIA UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	132,48	184,00	30,80	347,28	SIM	1
31204040	EPIDIDIMOVASOPLASTIA UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	395,78	380,48	3,64	779,90	SIM	1

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO

EPIDÍDIMO

31204058	EPIDIDIMOVASOPLASTIA UNILATERAL MICROCIRURGICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	395,78	585,40	3,64	984,82	SIM	1
31204066	EXERESE DE CISTO UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	116,78	159,20	3,64	279,62	SIM	1

CORDÃO ESPERMÁTICO

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
31205011	ESPERMATOCELECTOMIA UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	167,20	159,20	12,50	338,90	SIM	1
31205020	EXPLORACAO CIRURGICA DO DEFERENTE UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	185,00	159,20	12,50	356,70	SIM	1
31205046	VASECTOMIA UNILATERAL	Principal	Ambos	NÃO	SIM	185,00	159,20	0,00	344,20	SIM	1
31205054	VASO-VASOSTOMIA MICROCIRURGICA UNILATERAL (EXCETO PARA REVERSAO DE VASECTOMIA)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	385,00	496,48	12,50	893,98	SIM	1

PÊNIS

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
31206018	AMPUTACAO PARCIAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	369,84	259,39	30,80	660,03	SIM	2
31206026	AMPUTACAO TOTAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	401,85	438,67	30,80	871,32	SIM	2

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO

PÊNIS

31206034	BIOPSIA PENIANA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	60,00	100,00	0,00	160,00	NÃO	0
31206042	DOENCA DE PEYRONIE - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	401,85	425,68	17,60	845,13	SIM	3
31206050	ELETROCOAGULACAO DE LESOES CUTANEAS EM PENIS (POR GRUPO DE ATE 5 LESOES)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	38,80	55,00	0,00	93,80	NÃO	0
31206077	EPISPADIA - RECONSTRUCAO POR ETAPA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	585,90	419,84	22,00	1027,74	SIM	1
31206085	EPISPADIA COM INCONTINENCIA - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	603,45	679,73	8,85	1292,03	SIM	2
31206093	FRATURA DE PENIS - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	369,84	326,40	8,86	705,10	SIM	1
31206107	HIPOSPADIA - POR ESTAGIO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	401,85	440,61	8,53	850,99	SIM	1
31206115	HIPOSPADIA DISTAL - TRATAMENTO EM 1 TEMPO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	401,85	340,82	8,53	751,20	SIM	1
31206123	HIPOSPADIA PROXIMAL TRATAMENTO EM 1 TEMPO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	401,85	549,86	8,53	960,24	SIM	1
31206140	IMPLANTE DE PROTESE SEMI-RIGIDA (EXCLUI PROTESES INFLAVEIS)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	369,84	394,76	8,86	773,46	SIM	1
31206158	NEOFALOPLASTIA - POR ESTAGIO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	770,55	502,64	11,00	1284,19	SIM	3
31206166	NEOFALOPLASTIA COM RETALHO INGUINAL PEDICULADO COM RECONSTRUCAO URETRAL - POR ESTAGIO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	770,55	539,00	11,00	1320,55	SIM	3
31206174	PARAFIMOSE - REDUCAO MANUAL OU CIRURGICA	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	68,38	58,25	0,00	126,63	NÃO	0

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR MASCULINO

PÊNIS

31206182	PENIS CURVO CONGENITO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	247,04	151,87	12,65	411,56	SIM	3
31206190	PLASTICA - RETALHO CUTANEO A DISTANCIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	692,05	502,95	11,00	1206,00	SIM	4
31206204	PLASTICA DE CORPO CAVERNOSO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	602,80	321,44	11,00	935,24	SIM	4
31206212	PLASTICA DO FREIO BALANO-PREPUCIAL	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	81,58	107,80	11,00	200,38	SIM	1
31206220	POSTECTOMIA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	215,78	266,38	1,12	483,28	SIM	0
31206239	PRIAPISMO - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	369,84	345,93	0,00	715,77	SIM	3
31206247	RECONSTRUCAO DE PENIS COM ENXERTO - PLASTICA TOTAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	692,34	469,95	16,50	1178,79	SIM	3
31206255	REIMPLANTE DO PENIS	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1145,10	777,28	37,95	1960,33	SIM	3
31206263	REVASCULARIZACAO PENIANA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	380,00	840,03	22,00	1242,03	SIM	3

SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO

VULVA

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO

VULVA

31009018	ABSCESSO PERINEAL - DRENAGEM CIRURGICA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	551,71	239,52	0,00	791,23	SIM	5
31301010	BARTOLINECTOMIA UNILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	276,43	143,00	13,42	432,85	SIM	1
31301029	BIOPSIA DA VULVA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	57,20	40,18	30,80	128,18	NÃO	0
31301037	CAUTERIZACAO QUIMICA, OU ELETROCAUTERIZACAO, OU CRIOCAUTERIZACAO DE LESOES DA VULVA (POR GRUPO DE ATE 5	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	10,00	40,18	0,00	50,18	NÃO	0
31301045	CLITORIDECTOMIA (PARCIAL OU TOTAL)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	112,20	164,92	2,66	279,78	SIM	1
31301053	CLITOROPLASTIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	201,50	397,76	4,50	603,76	SIM	1
31301061	EXCISAO RADICAL LOCAL DA VULVA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	895,80	720,22	116,60	1732,62	SIM	5
31301070	EXERESE DE GLANDULA DE SKENE	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	112,20	121,04	4,50	237,74	SIM	1
31301088	EXERESE DE LESOES DA VULVA E/OU DO PERINEO (POR GRUPO DE ATE 5 LESOES)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	57,20	47,62	0,00	104,82	NÃO	0
31301096	HIPERTROFIA DOS PEQUENOS LABIOS - CORRECAO CIRURGICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	114,07	122,21	4,50	240,78	SIM	1
31301100	INCISAO E DRENAGEM GLANDULA DE BARTHOLIN OU SKENE	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	82,39	88,80	0,00	171,19	SIM	1
31301118	MARSUPIALIZACAO DE GLANDULA DE BARTHOLIN	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	114,07	121,04	0,00	235,11	SIM	1
31301126	VULVECTOMIA AMPLIADA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1223,34	895,09	116,60	2235,03	SIM	5

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO

VULVA

31301134	VULVECTOMIA SIMPLES	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	401,85	523,62	30,80	956,27	SIM	3

VAGINA

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
31302017	BIOPSIA DA VAGINA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	57,29	40,18	30,80	128,27	NÃO	0
31302025	COLPECTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	495,37	469,59	30,80	995,76	SIM	1
31302033	COLPOCLEISE (LEFORT)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	279,51	282,61	8,30	570,42	SIM	1
31302041	COLPOPLASTIA ANTERIOR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	355,80	282,61	8,30	646,71	SIM	1
31302050	COLPOPLASTIA POSTERIOR COM PERINEORRAFIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	835,56	479,70	8,30	1323,56	SIM	4
31302068	COLPORRAFIA OU COLPOPERINEOPLASTIA INCLUINDO RESSECCAO DE SEPTO OU RESSUTURA DA PAREDE VAGINAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	474,38	282,61	61,60	818,59	SIM	1
31302076	COLPOTOMIA OU CULDOCENTESE	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	256,60	160,80	2,25	419,65	SIM	1
31302084	EXERESE DE CISTO VAGINAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	206,47	121,04	2,24	329,75	SIM	1
31302092	EXTRACAO DE CORPO ESTRANHO COM ANESTESIA GERAL OU	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	313,50	121,04	0,00	434,54	SIM	1

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO

VAGINA

31302106	FISTULA GINECOLOGICA - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	514,34	691,28	14,45	1220,07	SIM	3
31302114	HIMENOTOMIA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	112,20	121,04	0,00	233,24	SIM	1
31302122	NEOVAGINA (COLON, DELGADO, TUBO DE PELE)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	716,91	861,51	56,32	1634,74	SIM	5

ÚTERO

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
31303013	ASPIRACAO MANUAL INTRAUTERINA - (AMIU)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	174,01	86,94	8,50	269,45	NÃO	0
31303021	BIOPSIA DO COLO UTERINO	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	57,20	40,18	0,00	97,38	NÃO	0
31303030	BIOPSIA DO ENDOMETRIO	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	82,39	40,18	0,00	122,57	NÃO	0
31303056	CURETAGEM SEMIOTICA E/OU TERAPEUTICA COM OU SEM DILATACAO DO COLO UTERINO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	267,38	180,75	30,80	478,93	SIM	1
31303064	DILATACAO DO COLO UTERINO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	78,00	84,00	0,00	162,00	SIM	1
31303072	EXCISAO DE POLIPO CERVICAL	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	155,93	110,40	15,60	281,93	SIM	1
31303080	HISTERECTOMIA SUBTOTAL COM OU SEM ANEXECTOMIA UNI OU BILATERAL VIA ALTA OU BAIXA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	920,12	703,37	0,00	1623,49	SIM	3

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO

ÚTERO

31303102	HISTERECTOMIA TOTAL (QUALQUER VIA)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1014,90	1053,85	0,00	2068,75	SIM	3
31303110	HISTERECTOMIA TOTAL AMPLIADA - QUALQUER VIA (NAO INCLUI A LINFADENECTOMIA PELVICA)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1443,35	1078,59	106,14	2628,08	SIM	4
31303129	HISTERECTOMIA TOTAL COM ANEXECTOMIA UNI OU BILATERAL (QUALQUER VIA)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1180,89	1116,85	0,00	2297,74	SIM	4
31303137	METROPLASTIA (STRASSMANN OU OUTRA TECNICA)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	875,42	564,08	0,00	1439,50	SIM	3
31303145	MIOMECTOMIA UTERINA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	666,93	693,50	30,80	1391,23	SIM	2
31303153	TRAQUELECTOMIA - AMPUTACAO, CONIZACAO - (COM OU SEM CIRURGIA DE ALTA FREQUENCIA / CAF)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	337,32	313,52	10,45	661,29	SIM	3
31303161	TRAQUELECTOMIA RADICAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	337,32	313,52	10,45	661,29	SIM	3
31303170	HISTEROSCOPIA CIRURGICA P/ BIOPSIA DIRIGIDA, LISE DE SINEQUIAS, RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	552,77	439,44	0,00	992,21	SIM	0
31303188	HISTEROSCOPIA C/ RESSECTOSC P/ MIOMECTOMIA/ POLIPECTOMIA/ METROPLASTIA/ ENDOMETRECTOMIA/ RESSECCAO DE SINEQUIAS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	779,45	558,99	0,00	1338,44	SIM	1
31303196	CAUTERIZACAO QUIMICA, OU ELETROCAUTERIZACAO, OU CRIOCAUTERIZACAO DE LESOES DE COLO UTERINO (P/ GR DE ATE 5 LESOES)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	33,80	40,18	0,00	73,98	NÃO	1
31303200	HISTERECTOMIA SUBTOTAL LAPAROSCOPICA COM OU SEM ANEXECTOMIA UNI OU BILATERAL (VIA ALTA)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	528,44	472,95	54,47	1055,86	SIM	4

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO

ÚTERO

31303218	HISTERECTOMIA TOTAL LAPAROSCOPICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	572,61	667,16	54,47	1294,24	SIM	2
31303226	HISTERECTOMIA TOTAL LAPAROSCOPICA AMPLIADA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1443,35	1078,59	106,14	2628,08	SIM	4
31303234	HISTERECTOMIA TOTAL LAPAROSCOPICA COM ANEXECTOMIA UNI OU BILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	661,98	787,75	60,72	1510,45	SIM	3
31303242	METROPLASTIA LAPAROSCOPICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	497,53	460,16	0,00	957,69	SIM	3
31303250	MIOMECTOMIA UTERINA LAPAROSCOPICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1046,95	660,84	30,80	1738,59	SIM	2
31303269	IMPLANTE DE DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU) NAO HORMONAL	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	0,00	108,29	0,00	108,29	NÃO	0
31303293	IMPLANTE DE DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU) HORMONAL	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	0,00	108,29	0,00	108,29	NÃO	0

TUBAS

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
31304010	LAQUEADURA TUBARIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	296,50	388,80	20,74	706,04	SIM	2
31304028	NEOSSALPINGOSTOMIA DISTAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	528,70	687,84	30,80	1247,34	SIM	4
31304036	RECANALIZACAO TUBARIA UNI OU BILATERAL (COM MICROSCOPIO OU LUPA) EXCETO PARA REVERSAO DE LAQUEADURA TUBARIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	495,00	568,74	20,74	1084,48	SIM	2

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO

TUBAS

31304044	SALPINGECTOMIA UNI OU BILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	345,95	411,06	30,80	787,81	SIM	2
31304052	LAQUEADURA TUBARIA LAPAROSCOPICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	296,50	388,80	20,74	706,04	SIM	2
31304060	NEOSSALPINGOSTOMIA DISTAL LAPAROSCOPICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	528,70	797,28	30,80	1356,78	SIM	2
31304079	RECANALIZACAO TUBARIA LAPAROSCOPICA UNI OU BILATERAL EXCETO PARA REVERSAO DE LAQUEADURA TUBARIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	495,80	642,50	20,74	1159,04	SIM	2
31304087	SALPINGECTOMIA UNI OU BILATERAL LAPAROSCOPICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	738,87	606,85	30,80	1376,52	SIM	0

OVÁRIOS

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
31305016	OOFORECTOMIA UNI OU BILATERAL OU OOFOROPLASTIA UNI OU BILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	736,10	559,41	20,74	1316,25	SIM	2
31305024	TRANSLOCACAO DE OVARIOS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	495,80	658,72	11,00	1165,52	SIM	4
31305032	OOFORECTOMIA LAPAROSCOPICA UNI OU BILATERAL OU OOFOROPLASTIA UNI OU BILATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	806,44	596,99	0,00	1403,43	SIM	3

PERINEO

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO

PERINEO

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
31306012	CORRECAO DE DEFEITO LATERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	498,80	481,04	4,50	984,34	SIM	3
31306020	CORRECAO DE ENTEROCELE	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	502,80	282,61	4,50	789,91	SIM	1
31306039	CORRECAO DE ROTURA PERINEAL DE III GRAU (COM LESAO DO ESFINCTER) E RECONSTITUICAO POR PLASTICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	514,50	535,86	4,50	1054,86	SIM	3
31306047	PERINEORRAFIA (NAO OBSTETRICA) E/OU EPISIOTOMIA E/OU	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	197,20	122,74	4,50	324,44	SIM	1
31306055	RECONSTRUCAO PERINEAL COM RETALHOS MIOCUTANEOS	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	614,50	838,88	4,50	1457,88	SIM	4
31306063	RESSECCAO DE TUMOR DO SEPTO RETO-VAGINAL COM OU SEM REPARO COM RETALHO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	639,95	521,68	54,70	1216,33	SIM	4
31306071	SEIO UROGENITAL - PLASTICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	498,80	511,83	4,50	1015,13	SIM	4

CAVIDADES E PAREDES PÉLVICAS

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
31307019	CANCER DE OVARIO (DEBULKING)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	922,57	670,00	96,80	1689,37	SIM	4
31307027	CIRURGIA (VIA ALTA OU BAIXA) DO PROLAPSO DE CUPULA VAGINAL (FIXACAO SACRAL OU NO LIGAMENTO SACRO ESPINHOSO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	740,81	523,62	25,75	1290,18	SIM	3

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO

CAVIDADES E PAREDES PÉLVICAS

31307035	CULDOPLASTIA (MAC CALL, MOSCHOWICZ,ETC)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	497,53	438,80	0,00	936,33	SIM	3
31307043	ENDOMETRIOSE PERITONIAL-TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	747,74	678,62	0,00	1426,36	SIM	3
31307051	EPIPLOPLASTIA OU APLICACAO DE MEMBRANAS ANTIADERENTES	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	332,09	297,28	11,00	640,37	SIM	3
31307060	LAPAROSCOPIA GINECOLOGICA COM OU SEM BIOPSIA(INCLUI A CROMOTUBAGEM)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	880,85	621,88	0,00	1502,73	SIM	2
31307078	LIBERACAO DE ADERENCIAS PELVICAS COM OU SEM RESSECCAO DE CISTOS PERITONIAIS OU SALPINGOLISE	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	497,53	394,76	0,00	892,29	SIM	2
31307086	LIGADURA DE VEIA OVARIANA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	340,50	297,28	11,00	648,78	SIM	2
31307094	LIGAMENTOPEXIA PELVICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	355,85	359,84	11,00	726,69	SIM	2
31307108	NEURECTOMIA PRE - SACRAL OU DO NERVO GENITO-FEMORAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	397,95	360,32	11,00	769,27	SIM	4
31307116	OMENTECTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	332,09	526,40	11,00	869,49	SIM	3
31307124	RESSECCAO DE TUMOR DE PAREDE ABDOMINAL PELVICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	497,53	344,10	30,80	872,43	SIM	4
31307132	RESSECCAO OU LIGADURA DE VARIZES PELVICAS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	380,11	478,40	14,43	872,94	SIM	3
31307140	SECCAO DE LIGAMENTOS UTERO-SACROS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	397,95	360,32	11,00	769,27	SIM	4
31307159	CANCER DE OVARIO (DEBULKING) LAPAROSCOPICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	922,57	670,00	96,80	1689,37	SIM	4

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO

CAVIDADES E PAREDES PÉLVICAS

31307167	CIRURGIA LAPAROSCOPICA DE PROLAPSO DE CUPULA VAGINAL(FIXACAO SACRAL OU NO LIGAMENTO SACRO-ESPINHOSO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	740,80	523,62	11,00	1275,42	SIM	3
31307175	CULDOPLASTIA LAPAROSCOPICA(MAC CALL,MOSCHOWICZ,ETC)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1059,23	753,67	4,50	1817,40	SIM	3
31307183	ENDOMETRIOSE PERITONEAL-TRATAMENTO CIRURGICO VIA LAPAROSCOPICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1198,39	904,26	0,00	2102,65	SIM	3
31307205	LIBERACAO LAPAROSCOPICA DE ADERENCIAS PELVICAS C/ OU SEM RESSECCAO DE CISTOS PERITONEAIS OU SALPINGOLISE	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	929,12	528,46	0,00	1457,58	SIM	3
31307213	LIGADURA DE VEIA OVARIANA LAPAROSCOPICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	340,50	388,72	4,50	733,72	SIM	2
31307221	LIGAMENTOPEXIA PELVICA LAPAROSCOPICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	355,85	359,84	4,50	720,19	SIM	2
31307230	NEURECTOMIA LAPAROSCOPICA PRE-SACRAL OU DO NERVO GENITO - FEMORAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	397,95	459,04	4,50	861,49	SIM	3
31307248	OMENTECTOMIA LAPAROSCOPICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	332,09	526,40	4,50	862,99	SIM	2
31307256	RESSECCAO LAPAROSCOPICA DE TUMOR DE PAREDE ABDOMINAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	497,53	344,10	4,50	846,13	SIM	2
31307264	RESSECCAO OU LIGADURA LAPAROSCOPICA DE VARIZES PELVICAS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	380,11	430,40	4,50	815,01	SIM	2
31307272	SECCAO LAPAROSCOPICA DE LIGAMENTOS UTERO-SACROS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	397,95	459,04	4,50	861,49	SIM	2
31307280	ENDOMETRIOSE - TRATAMENTO CIRURGICO VIA LAPAROSCOPICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	919,89	782,58	0,00	1702,47	SIM	1

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO

CAVIDADES E PAREDES PÉLVICAS

Observações: Os códigos 31307019 e 31307159 (DEBULKING) incluem os procedimentos de histerectomia, anexectomia bilateral, omentectomia, linfadenectomia retroperitoneal e apendicectomia.

PARTO E OUTROS PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
31309011	AMNIORREDUCAO OU AMNIOINFUSAO	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	95,80	76,16	0,00	171,96	NÃO	0
31309020	ASPIRACAO MANUAL INTRA-UTERINA (AMIU) POS-ABORTAMENTO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	174,01	113,83	30,80	318,64	NÃO	0
31309038	ASSISTENCIA AO TRABALHO DE PARTO POR HORA (ATE O LIMITE DE 6 HORAS)	Suplementar	Hospitalar	SIM	NÃO	0,00	164,91	0,00	164,91	NÃO	1
31309046	CERCLAGEM DO COLO UTERINO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	546,87	280,21	9,41	836,49	SIM	2
31309054	CESARIANA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	920,88	822,40	6,38	1749,66	SIM	2
31309062	CURETAGEM POS ABORTAMENTO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	431,31	271,45	0,00	702,76	SIM	1
31309089	GRAVIDEZ ECTOPICA - CIRURGIA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	903,26	730,61	7,98	1641,85	SIM	3
31309097	MATURACAO CERVICAL PARA INDUCAO DE ABORTAMENTO OU DE TRABALHO DE PARTO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	171,81	388,32	30,80	590,93	SIM	2
31309100	INVERSAO UTERINA AGUDA - REDUCAO MANUAL	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	677,43	288,20	0,00	965,63	SIM	2
31309119	INVERSAO UTERINA - TRATAMENTO CIRURGICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	794,38	726,66	0,00	1521,04	SIM	2

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA GENITAL E REPRODUTOR FEMININO

PARTO E OUTROS PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS

31309127	PARTO (VIA VAGINAL)	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	830,55	714,75	6,38	1551,68	SIM	2
31309135	PARTO MULTIPLO (CADA UM SUBSEQUENTE AO INICIAL)	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	192,03	326,03	0,00	518,06	SIM	2
31309151	REVISAO OBSTETRICA DE PARTO OCORRIDO FORA DO HOSPITAL (INCLUI EXAME, DEQUITACAO E SUTURA DE LACERACOES ATE DE SEGUNDO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	436,53	382,87	0,00	819,40	SIM	1
31309186	GRAVIDEZ ECTOPICA - CIRURGIA LAPAROSCOPICA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	941,70	873,88	7,98	1823,56	SIM	2
31309194	INVERSAO UTERINA - TRATAMENTO CIRURGICO LAPAROSCOPICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	921,98	1327,67	0,00	2249,65	SIM	1

Observações: 1) O código 31309038 não será remunerado se o parto ocorrer na primeira hora após o início da assistência. Sua cobrança é devida nas situações de parto vaginal com registro de no mínimo duas evoluções no partograma pelo obstetra. O procedimento também será devido quando a solicitação inicial de parto vaginal evoluir para parto cesáreo, desde que a justificativa da mudança esteja adequadamente justificada no prontuário médico. No parto cesáreo eletivo essa assistência não será remunerada. Havendo a participação de mais de um obstetra durante essa assistência, o valor pago a cada um será proporcional ao tempo registrado no partograma.

SISTEMA NERVOSO CENTRAL E PERIFÉRICO

ENCÉFALO

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
31401015	BIOPSIA ESTEREOTAXICA DE ENCEFALO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1075,37	1148,82	0,00	2224,19	SIM	2
31401031	CIRURGIA INTRACRANIANA POR VIA ENDOSCOPICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	2182,35	1230,88	0,00	3413,23	SIM	4
31401040	CRANIOTOMIA PARA REMOCAO DE CORPO ESTRANHO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	892,08	756,99	75,55	1724,62	SIM	4

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA NERVOSO CENTRAL E PERIFÉRICO

ENCÉFALO

31401058	DERIVACAO VENTRICULAR EXTERNA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	701,75	522,40	34,45	1258,60	SIM	4
31401066	DRENAGEM ESTEREOTAXICA -CISTOS, HEMATOMAS E ABSCESSOS	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1371,04	1015,83	78,10	2464,97	SIM	2
31401074	HIPOFISECTOMIA(INCLUI A CIRURGIA DE ACESSO QUANDO REALIZADA PELO NEUROCIRURGIAO)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1365,69	1038,08	179,12	2582,89	SIM	6
31401082	IMPLANTE DE CATETER INTRACRANIANO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	560,40	617,12	34,45	1211,97	SIM	2
31401090	IMPLANTE DE ELETRODO CEREBRAL PROFUNDO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1486,63	936,38	0,00	2423,01	SIM	2
31401104	IMPLANTE DE ELETRODOS CEREBRAL OU MEDULAR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1486,63	1201,08	0,00	2687,71	SIM	2
31401112	IMPLANTE ESTEREOTAXICO DE CATETER PARA BRAQUITERAPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	979,31	1326,05	34,45	2339,81	SIM	2
31401120	IMPLANTE INTRATECAL DE BOMBAS PARA INFUSAO DE FARMACOS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	939,84	724,00	78,10	1741,94	SIM	2
31401139	LOCALIZACAO ESTEREOTAXICA DE CORPO ESTRANHO INTRACRANIANO COM OU SEM REMOCAO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1296,91	1148,82	0,00	2445,73	SIM	4
31401147	LOCALIZACAO ESTEREOTAXICA DE LESOES INTRACRANIANAS COM OU SEM REMOCAO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1296,91	1148,82	0,00	2445,73	SIM	4
31401155	MICROCIRURGIA PARA TUMORES INTRACRANIANOS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1259,50	1755,03	179,12	3193,65	SIM	6
31401163	MICROCIRURGIA POR VIA TRANSESFENOIDAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1359,50	1259,50	179,12	2798,12	SIM	6
31401171	MICROCIRURGIA VASCULAR INTRACRANIANA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1259,50	1535,65	179,12	2974,27	SIM	6

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA NERVOSO CENTRAL E PERIFÉRICO

ENCÉFALO

31401198	PUNCAO SUBDURAL OU VENTRICULAR TRANSFONELA	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	57,20	77,56	0,00	134,76	SIM	1
31401201	RESSECCAO DE MUCOCELE FRONTAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	856,48	507,97	78,10	1442,55	SIM	4
31401228	REVISAO DE SISTEMA DE NEUROESTIMULACAO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	828,76	244,37	0,00	1073,13	SIM	1
31401236	DERIVACAO VENTRICULAR INTERNA COM VALVULAS OU REVISOES	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	856,48	970,43	68,95	1895,86	SIM	4
31401244	TERCEIRO VENTRICULOSTOMA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	856,48	629,74	68,95	1555,17	SIM	4
31401252	TRATAMENTO CIRURGICO DA EPILEPSIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	3849,57	2503,20	80,03	6432,80	SIM	4
31401260	TRATAMENTO CIRURGICO DA FISTULA LIQUORICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1371,50	738,40	113,71	2223,61	SIM	6
31401279	TRATAMENTO CIRURGICO DA MENINGOENCEFALOCELE	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	856,48	565,86	68,95	1491,29	SIM	4
31401287	TRATAMENTO CIRURGICO DE TUMORES CEREBRAIS SEM MICROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1559,50	1067,43	75,55	2702,48	SIM	6
31401295	TRATAMENTO CIRURGICO DO ABSCESSO ENCEFALICO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	856,48	736,95	34,43	1627,86	SIM	6
31401309	TRATAMENTO CIRURGICO DO HEMATOMA INTRACRANIANO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	1591,81	681,45	121,61	2394,87	SIM	6
31401333	TRATAMENTO PRE-NATAL DAS HIDROCEFALIAS E CISTOS CEREBRAIS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	856,48	814,72	121,61	1792,81	SIM	6
31401341	ACESSO ENDOSCOPICO AO TRATAMENTO CIRURGICO DOS TUMORES DA REGIAO SELAR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	701,75	390,96	0,00	1092,71	SIM	2

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA NERVOSO CENTRAL E PERIFÉRICO

ENCÉFALO

31401350	IMPLANTACAO DE HALO PARA RADIOCIRURGIA	Principal	Ambos	NÃO	SIM	133,65	94,08	0,00	227,73	SIM	2

MEDULA

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
31402011	CORDOTOMIA MIELOTOMIAS POR RADIOFREQUENCIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	560,40	1015,83	55,33	1631,56	SIM	2
31402020	LESAO DE SUBSTANCIA GELATINOSA MEDULAR(DREZ) POR RADIOFREQUENCIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1287,99	1215,86	78,10	2581,95	SIM	4
31402038	TAMPAO SANGUINEO PERIDURAL PARA TRATAMENTO DE CEFALEIA APOS PUNCAO(NAO INDICADA NA PROFILAXIA DA CEFALEIA)	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	82,39	104,88	0,00	187,27	SIM	1

NERVOS PERIFÉRICOS

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
31403018	BIOPSIA DE NERVO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	82,39	135,20	30,80	248,39	SIM	1
31403034	DENERVACAO PERCUTANEA DE FACETA ARTICULAR-POR SEGMENTO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	317,37	325,76	0,00	643,13	SIM	3
31403042	ENXERTO DE NERVO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	537,09	621,44	18,43	1176,96	SIM	2
31403050	ENXERTO DE NERVO INTERFASCICULAR PEDICULADO(PRIMEIRO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	537,09	1043,31	18,43	1598,83	SIM	2

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA NERVOSO CENTRAL E PERIFÉRICO

NERVOS PERIFÉRICOS

31403069	ENXERTO DE NERVO INTERFASCICULAR PEDICULADO(SEGUNDO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	537,09	973,37	18,43	1528,89	SIM	2
31403077	ENXERTO INTERFASCICULAR DE NERVO VASCULARIZADO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	537,09	1103,61	18,43	1659,13	SIM	2
31403085	ENXERTO INTERFASCICULAR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	537,09	757,60	18,43	1313,12	SIM	2
31403093	ENXERTO DE REPARO DE 2 OU MAIS NERVOS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	537,09	752,80	18,43	1308,32	SIM	2
31403107	EXCISAO DE TUMORES DE NERVOS PERIFERICOS COM ENXERTO INTERFASCICULAR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	856,53	504,00	34,33	1394,86	SIM	3
31403115	EXCISAO DE TUMORES DOS NERVOS PERIFERICOS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	856,53	472,00	34,33	1362,86	SIM	3
31403123	EXPLORACAO CIRURGICA DE NERVO(NEUROLISE EXTERNA)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	444,07	297,28	18,43	759,78	SIM	2
31403131	EXTIRPACAO DE NEUROMA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	425,41	143,00	18,15	586,56	SIM	2
31403140	IMPLANTE DE GERADOR PARA NEUROESTIMULACAO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1033,61	558,38	0,00	1591,99	SIM	2
31403158	LESAO DE NERVOS ASSOCIADA A LESAO OSSEA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	444,07	469,59	18,43	932,09	SIM	2
31403166	LESAO ESTEREOTAXICA DE ESTRUTURAS PROFUNDAS PARA TRATAMENTO DA DOR OU MOVIMENTO ANORMAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	979,31	1160,31	62,70	2202,32	SIM	2
31403174	MICROCIRURGIA DO PLEXO BRAQUIAL COM A EXPLORACAO,NEUROLISE E ENXERTOS INTERFASCICULARES PARA REPAROS DAS LESOES	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1854,82	1095,00	66,22	3016,04	SIM	3
31403182	MICROCIRURGIA DO PLEXO BRAQUIAL COM EXPLORACAO E NEUROLISE	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1854,82	1095,47	66,22	3016,51	SIM	3

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA NERVOSO CENTRAL E PERIFÉRICO

NERVOS PERIFÉRICOS

31403204	MICRONEUROLISE INTRANEURAL OU INTRAFASCICULAR DE UM NERVO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	353,05	469,38	18,43	840,86	SIM	3
31403212	MICRONEUROLISE INTRANEURAL OU INTRAFASCICULAR DE DOIS OU MAIS NERVOS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	353,05	520,06	18,43	891,54	SIM	3
31403220	MICRONEUROLISE MULTIPLAS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	353,05	507,97	18,43	879,45	SIM	3
31403239	MICRONEUROLISE UNICA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	353,05	320,00	18,43	691,48	SIM	2
31403255	MICRONEURORRAFIA DE DEDOS DA MAO	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	450,31	594,80	18,43	1063,54	SIM	2
31403263	MICRONEURORRAFIA MULTIPLA(PLEXO NERVOSO)	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	728,42	1288,68	18,43	2035,53	SIM	3
31403271	MICRONEURORRAFIA UNICA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	425,41	596,48	18,43	1040,32	SIM	2
31403280	NEUROLISE DAS SINDROMES COMPRESSIVAS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	353,05	364,78	18,43	736,26	SIM	2
31403298	NEUROTRIPSIA(CADA EXTREMIDADE)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	627,77	215,40	0,00	843,17	SIM	2
31403301	REPOSICAO DE FARMACO(S) EM BOMBAS IMPLANTADAS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	205,00	131,20	0,00	336,20	SIM	2
31403310	RESSECCAO DE NEUROMA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	425,41	185,29	18,15	628,85	SIM	2
31403328	REVISAO DE SISTEMA IMPLANTADOS PARA INFUSAO DE FARMACOS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	180,00	278,40	0,00	458,40	SIM	1
31403344	SIMPATECTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	921,19	802,81	26,90	1750,90	SIM	4

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA NERVOSO CENTRAL E PERIFÉRICO

NERVOS PERIFÉRICOS

31403352	TRANSPOSICAO DE NERVO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	725,12	481,18	18,15	1224,45	SIM	2
31403360	TRAT MICROCIRURGICO DAS NEUROPATIAS COMPRESSIVAS (TUMORAL,INFLAMATORIO,ETC)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1189,65	405,85	34,33	1629,83	SIM	3
31403379	SIMPATECTOMIA TORACICA POR VIDEOTORACOSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	948,75	591,43	26,90	1567,08	SIM	2
31403387	NEUROTOMIA	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	425,41	284,63	18,43	728,47	SIM	3

NERVOS CRANIANOS

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
31404014	DESCOMPRESSAO VASCULAR DE NERVOS CRANIANOS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1952,17	1203,03	179,12	3334,32	SIM	6
31404022	NEUROTOMIA SELETIVA DO TRIGEMIO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1706,76	797,23	38,06	2542,05	SIM	3

SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
31405029	LESAO DO SISTEMA NERVOSO AUTONOMO POR AGENTES QUIMICOS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1084,44	263,12	78,10	1425,66	SIM	2
31405037	TRATAMENTO DA SINDROME DO DESFILADEIRO CERVICO-TORACICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	440,00	345,20	38,06	823,26	SIM	2

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

SISTEMA NERVOSO CENTRAL E PERIFÉRICO

SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO

Observações: 1) Para cobrança dos procedimentos denominados como "microcirúrgicos" é necessário a descrição e comprovação do uso do microscópio cirúrgico.

TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

CÓRNEA

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
31501010	TRANSPLANTE DE CORNEA	Principal	Ambos	SIM	NÃO	904,75	866,71	1569,75	3341,21	SIM	2

RENAL

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
31506011	TRANSPLANTE RENAL (RECEPTOR)	Principal	Hospitalar	SIM	SIM	8452,06	3707,08	2669,03	14828,17	SIM	10
31506038	NEFRECTOMIA EM DOADOR VIVO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	671,55	805,07	82,15	1558,77	SIM	4

OUTROS PROCEDIMENTOS INVASIVOS

BLOQUEIO ANESTÉSICO DE NERVOS E ESTÍMULOS NEUROVASCULARES

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

OUTROS PROCEDIMENTOS INVASIVOS

BLOQUEIO ANESTÉSICO DE NERVOS E ESTÍMULOS NEUROVASCULARES

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
31602071	BLOQUEIO ANESTESICO FORAMINAL DE RAIZES SEM FINALIDADE CIRURGICA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	47,20	62,95	0,00	110,15	NÃO	1
31602126	BLOQUEIO FACETARIO PARA-ESPINHOSO UNI OU BILATERAL (POR SEGMENTO)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	123,03	317,37	0,00	440,40	SIM	0
31602169	BLOQUEIO PERIDURAL OU SUBARACNOIDEO COM CORTICOIDE	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	323,72	102,24	0,00	425,96	NÃO	0
31602231	ANESTESIA PARA ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	47,80	88,74	0,00	136,54	SIM	1
31602240	ANESTESIA PARA ENDOSCOPIA INTERVENCIONISTA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	47,80	118,40	0,00	166,20	SIM	1
31602258	ANESTESIA PARA EXAMES RADIOLOGICOS DE ANGIORRADIOLOGIA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	62,60	63,94	0,00	126,54	SIM	1
31602266	ANESTESIA PARA EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	62,60	63,94	0,00	126,54	SIM	1
31602274	ANESTESIA PARA EXAMES DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	62,60	63,94	0,00	126,54	SIM	1
31602282	ANESTESIA PARA EXAMES DE RESSONANCIA MAGNETICA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	72,60	88,74	0,00	161,34	SIM	1
31602290	ANESTESIA PARA PROCEDIMENTOS DE RADIOTERAPIA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	62,60	63,94	0,00	126,54	SIM	1
31602304	ANESTESIA PARA EXAMES ESPECIFICOS TESTE PARA DIAGNOSTICO E OUTROS PROCEDIMENTOS	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	62,60	63,94	0,00	126,54	SIM	1
31602312	ANESTESIA PARA PROCEDIMENTOS CLINICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	62,60	63,94	0,00	126,54	SIM	1

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E INVASIVOS

OUTROS PROCEDIMENTOS INVASIVOS

BLOQUEIO ANESTÉSICO DE NERVOS E ESTÍMULOS NEUROVASCULARES

ANESTESIA PARA PROCEDIMENTOS CLINICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES

Observações: 1) Nos procedimentos que contemplam a participação do anestesista, o valor desse ato está discriminado na coluna ANE. 2) Quando a coluna ANE = NÃO, significa que a participação do anestesista não está prevista para aquele procedimento. Nas situações de EXCEPCIONALIDADE em que houver necessidade do concurso do anestesista em procedimento sem participação prevista, utilizar o código 31602312, anexando a devida justificativa do médico assistente ou executante para o ato. 3) O ato anestésico se inicia com a avaliação do beneficiário e aplicação de drogas pré-anestésicas, prossegue na sala de cirurgia com a administração de agentes anestésicos, vigilância clínica e terapia, se encerrando com a recuperação total da consciência e da estabilidade dos seus parâmetros vitais, exceto nos casos onde haja indicação de seguimento em UTI. 4) O código 31602231 será remunerado uma única vez, independente da ocorrência de procedimentos concomitantes ou não. 5) O código 31602071 é bilateral e remunera os bloqueios das regiões facial, cervical, torácica, lombar e periférico. 6) Os códigos de bloqueio (31403034, 31602071, 31602126 e 31602169) são mutuamente excludentes para tratamento de uma mesma região anatômica. 7) O código 31602169 será sempre autorizado na quantidade 1. Os demais serão autorizados na quantidade de até 4/dia, sendo remunerado o primeiro em 100%, o segundo em 50% e a partir do terceiro em 20% do valor previsto na tabela. 8) Por segmento entende-se o conjunto de 1 (um) disco intervertebral entre 2 (dois) corpos vertebrais. 9) Os honorários constantes nessa tabela incluem a anestesia geral, condutiva regional ou sedação, bem como a assistência do anestesista, por indicação do cirurgião, seja em procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou terapêuticos, tanto em regime de internação ou ambulatorial.

PROCEDIMENTOS MULTIPLOS E SEQUENCIAIS

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
30100000	PROCEDIMENTOS MULTIPLOS	Principal	Ambos	SIM	SIM	0,01	0,00	0,00	0,01	NÃO	1
30101000	PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS	Principal	Ambos	SIM	SIM	0,01	0,00	0,00	0,01	NÃO	

Observações: 1) Procedimentos Múltiplos (30100000): são atos cirúrgicos distintos, bilaterais ou não, realizados no mesmo ato anestésico, por diferentes vias de acesso, independentemente da região anatômica. O SP (equipe cirúrgica e anestesista) será remunerado em 100% para o procedimento de maior valor e 70% para os demais. 2) Procedimentos Sequenciais (30101000): são atos cirúrgicos distintos, bilaterais ou não, realizados no mesmo ato anestésico, pela mesma via de acesso, independentemente da região anatômica. O SP (equipe cirúrgica e anestesista) será remunerado em 100% para o procedimento de maior valor e 50% para os demais. 3) Quando duas equipes distintas realizarem simultaneamente atos cirúrgicos distintos, o SP da equipe cirúrgica de cada uma delas será remunerada em 100% para o procedimento de maior valor. O SH e o SADT serão remunerados em 100% para o procedimento de maior valor e em 50% para todos os demais.

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

ELETROFISIOLÓGICOS/MECANICOS E FUNCIONAIS

Código	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
40104060	MEDIDA DE PRESSAO SEGMENTAR NOS DOIS MEMBROS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	6,40	0,00	0,00	6,40	NÃO	1
40104079	MEDIDA DE PRESSAO SEGMENTAR POR LATERALIDADE (NOS QUATRO SEGMENTOS)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	6,40	0,00	0,00	6,40	NÃO	1

ECG - TE

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
40101010	ELETROCARDIOGRAMA - ECG (INCLUI LAUDO)	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	13,50	0,00	0,00	13,50	NÃO	1
40101029	ELETROCARDIOGRAMA DE ALTA RESOLUCAO - DETERMINACAO DE POTENCIAIS TARDIOS	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	22,00	0,00	0,00	22,00	NÃO	1
40101045	TESTE ERGOMETRICO COMPUTADORIZADO	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	70,00	0,00	0,00	70,00	NÃO	1
40101053	VARIABILIDADE DE R-R	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	13,91	0,00	0,00	13,91	NÃO	1

TUBO DIGESTIVO

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
40102025	MANOMETRIA COMPUTADORIZADA ANORRETAL	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	58,94	106,56	0,00	165,50	NÃO	1
40102068	MANOMETRIA ESOFAGICA COMPUTADORIZADA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	24,00	110,09	0,00	134,09	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

ELETROFISIOLÓGICOS/MECANICOS E FUNCIONAIS

TUBO DIGESTIVO

40102092	PH-METRIA - MONITORIZACAO CONTINUA DO PH ESOFAGICO	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	41,00	163,31	0,00	204,31	NÃO	1

SISTEMA NERVOSO

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
40103021	ANALISE COMPUTADORIZADA DE PAPILA E/OU FIBRAS NERVOSAS - MONOCULAR	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	120,00	0,00	0,00	120,00	NÃO	1
40103072	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR COM TESTES DE DISCRIMINACAO	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	21,60	0,00	0,00	21,60	NÃO	1
40103080	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR INFANTIL CONDICIONADA (QUALQUER TECNICA), PEEP-SHOW	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	33,60	0,00	0,00	33,60	NÃO	1
40103099	AUDIOMETRIA VOCAL, PESQUISA DE LIMIAR DE DISCRIMINACAO	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	9,60	0,00	0,00	9,60	NÃO	1
40103102	AUDIOMETRIA VOCAL, PESQUISA DE LIMIAR DE INTELIGIBILIDADE (SRT)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	9,60	0,00	0,00	9,60	NÃO	1
40103137	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA - MONOCULAR	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	30,00	0,00	0,00	30,00	NÃO	1
40103196	EEGQ QUANTITATIVO (MAPEAMENTO CEREBRAL)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	139,95	0,00	0,00	139,95	NÃO	1
40103200	ELETROENCEFALOGRAMA ESPECIAL: TERAPIA INTENSIVA, MORTE CEREBRAL, SONO, SEDACAO, EEG PROLONGADO (MAIOR OU IGUAL 01H) E ELETRODOS ESPECIAIS	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	57,60	0,00	0,00	57,60	NÃO	1
40103218	ELETROENCEFALOGRAMA DE ROTINA: VIGILIA, HIPERVENTILACAO, FOTOESTIMULACAO, ANALOGICO OU DIGITAL	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	28,05	0,00	0,00	28,05	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

ELETROFISIOLÓGICOS/MECANICOS E FUNCIONAIS

SISTEMA NERVOSO

ELETROENCEFALOGRAMA DE ROTINA: VIGILIA, HIPERVENTILACAO, FOTOESTIMULACAO, ANALOGICO OU DIGITAL

40103234	ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO E VIGILIA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	48,00	0,00	0,00	48,00	NÃO	1
40103242	ELETRO-OCULOGRAFIA MONOCULAR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	34,56	0,00	0,00	34,56	NÃO	1
40103250	ELETRO-RETINOGRAFIA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	34,56	0,00	0,00	34,56	NÃO	1
40103269	ELETROCOCLEOGRAFIA (ECOC) - BILATERAL	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	70,08	0,00	0,00	70,08	NÃO	1
40103277	ELETROCORTICOGRAFIA INTRA-OPERATORIA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	92,30	0,00	0,00	92,30	NÃO	1
40103285	ELETROGLOTOGRAFIA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	35,00	0,00	0,00	35,00	NÃO	1
40103307	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE FACE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	188,10	0,00	0,00	188,10	NÃO	1
40103315	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMII	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	213,72	0,00	0,00	213,72	NÃO	1
40103323	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	213,72	0,00	0,00	213,72	NÃO	1
40103331	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS E MMII	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	306,74	0,00	0,00	306,74	NÃO	1
40103340	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE SEGMENTO COMPLEMENTAR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	29,48	0,00	0,00	29,48	NÃO	1
40103358	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE SEGMENTO ESPECIAL	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	83,25	0,00	0,00	83,25	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

ELETROFISIOLÓGICOS/MECANICOS E FUNCIONAIS

SISTEMA NERVOSO

40103366	ELETRONEUROMIOGRAFIA GENITOPERINEAL	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	145,75	0,00	0,00	145,75	NÃO	1
40103374	EMG C/ REGISTRO MOVIM. INVOLUNTARIO (TESTE DINAMICO ESCRITA, EST. FUNCIONAL TREMORES)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	52,72	0,00	0,00	52,72	NÃO	1
40103382	EMG PARA MONITORACAO DE QUIMODENERVACAO (POR SESSAO)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	98,29	0,00	0,00	98,29	NÃO	1
40103390	EMG QUANTITATIVA OU EMG DE FIBRA UNICA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	140,00	0,00	0,00	140,00	NÃO	1
40103404	ESPECTOGRAFIA VOCAL	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	43,00	0,00	0,00	43,00	NÃO	1
40103412	GUSTOMETRIA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	7,20	0,00	0,00	7,20	NÃO	1
40103439	IMPEDANCIOMETRIA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	21,60	0,00	0,00	21,60	NÃO	1
40103447	METODO DE PROETZ (POR SESSAO)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	5,08	0,00	0,00	5,08	NÃO	1
40103455	OTOEMISSOES ACUSTICAS PRODUTO DE DISTORCAO	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	30,00	0,00	0,00	30,00	NÃO	1
40103463	OTOEMISSOES EVOCADAS TRANSIENTES	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	30,00	0,00	0,00	30,00	NÃO	1
40103480	PESQUISA DE PARES CRANIANOS RELACIONADOS COM VIII PAR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	24,03	0,00	0,00	24,03	NÃO	1
40103498	PESQUISA DE POTENCIAIS AUDITIVOS DE TRONCO CEREBRAL (BERA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	136,03	0,00	0,00	136,03	NÃO	1
40103501	PESQUISA DO FENOMENO DE TULLIO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	7,51	0,00	0,00	7,51	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

ELETROFISIOLÓGICOS/MECANICOS E FUNCIONAIS

SISTEMA NERVOSO

40103510	POLIGRAFIA DE RECEM-NASCIDO (MAIOR OU IGUAL 2 HORAS) - (PG/RN)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	86,25	0,00	0,00	86,25	NÃO	1
40103528	POLISSONOGRAFIA DE NOITE INTEIRA (PSG) INCLUI POLISSONOGRAMAS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	311,92	0,00	0,00	311,92	NÃO	1
40103536	POLISSONOGRAFIA COM EEG DE NOITE INTEIRA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	SIM	244,00	0,00	0,00	244,00	NÃO	1
40103544	POLISSONOGRAMA COM TESTE DE CPAP NASAL	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	SIM	255,50	0,00	0,00	255,50	NÃO	1
40103560	POTENCIAL EVOCADO - P300	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	192,00	0,00	0,00	192,00	NÃO	1
40103579	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE MEDIA LATENCIA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	96,00	0,00	0,00	96,00	NÃO	1
40103587	POTENCIAL EVOCADO CIRURGICO PARA LOCALIZACAO SENSORIAL	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	173,95	0,00	0,00	173,95	NÃO	1
40103595	POTENCIAL EVOCADO GENITO-CORTICAL (PEGC)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	60,00	0,00	0,00	60,00	NÃO	1
40103609	POTENCIAL EVOCADO MOTOR (PEM) - P/ MEMBRO OU SEGMENTO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	111,87	0,00	0,00	111,87	NÃO	1
40103617	POTENCIAL EVOCADO SOMATO-SENSITIVO - MEMBROS INFERIORES	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	120,00	0,00	0,00	120,00	NÃO	1
40103625	POTENCIAL EVOCADO SOMATO-SENSITIVO - MEMBROS SUPERIORES	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	120,00	0,00	0,00	120,00	NÃO	1
40103633	POTENCIAL OCCIPITAL VISUAL E EVOCADO - BILATERAL	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	120,00	0,00	0,00	120,00	NÃO	1
40103668	RINOMANOMETRIA COMPUTADORIZADA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	40,08	0,00	0,00	40,08	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

ELETROFISIOLÓGICOS/MECANICOS E FUNCIONAIS

SISTEMA NERVOSO

40103676	RINOMANOMETRIA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	9,60	0,00	0,00	9,60	NÃO	1
40103730	TESTE DE LATENCIAS MULTIPLAS DE SONO (TLMS)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	71,18	0,00	0,00	71,18	NÃO	1
40103757	VIDEO-ELETROENCEFALOGRAFIA CONTINUA NAO INVASIVA - 24H-INTERNACAO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	555,57	501,76	47,69	1105,02	NÃO	1
40103889	PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL INFANTIL (DE 3 A 7 ANOS)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	108,96	0,00	0,00	108,96	NÃO	1
40103897	PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL INFANTIL (A PARTIR DOS 7 ANOS E ADULTOS)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	145,44	0,00	0,00	145,44	NÃO	1
41301463	TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL/INFANTIL	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	30,00	0,00	0,00	30,00	NÃO	

Observações: 1) Indicações de mapeamento cerebral: a) Epilepsias. b) Monitoramento continuo de ECG no bloco cirúrgico ou centro de tratamento intensivo para detecção precoce de crises convulsivas em beneficiários de alto risco. c) Análise topográfica e temporal de voltagens e dipolos de espículas na avaliação pré-cirúrgica de alguns tipos de epilepsia. d) Doenças cerebrovasculares quando outros testes como os exames de imagem e o ECG convencional se mostram inconclusivos. e) Para avaliação de demência e encefalopatia quando o diagnóstico permanece obscuro após avaliação clínica. 2) A Eletroneuromiografia inclui eletromiografia, velocidade de condução e teste de estímulos.

EXAMES OSTEO-MUSCULO-ARTICULARES

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
40104010	AVALIACAO MUSCULAR P/ DINAMOMETRIA COMPUTADORIZADA ISOCINETICA-P/ ARTICULACAO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	48,77	0,00	0,00	48,77	NÃO	1
40104028	CRONAXIMETRIA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	7,20	0,00	0,00	7,20	NÃO	1
40104036	CURVA I/T - MEDIDA DE LATENCIA DE NERVO PERIFERICO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	13,41	0,00	0,00	13,41	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

ELETROFISIOLÓGICOS/MECANICOS E FUNCIONAIS

EXAMES OSTEO-MUSCULO-ARTICULARES

40104045	EXAME MUSCULAR MANUAL	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	5,40	0,00	0,00	5,40	NÃO	1

FUNCAO RESPIRATORIA

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
40105016	DETERMINACAO DAS PRESSOES RESPIRATORIAS MAXIMAS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	12,00	0,00	0,00	12,00	NÃO	1
40105024	DETERMINACAO DOS VOLUMES PULMONARES POR DILUICAO DE GASES	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	19,20	0,00	0,00	19,20	NÃO	1
40105032	DETERMINACAO DOS VOLUMES PULMONARES POR PLETISMOGRAFIA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	19,20	0,00	0,00	19,20	NÃO	1
40105040	MEDIDA DA DIFUSAO DO MONOXIDO DE CARBONO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	35,00	0,00	0,00	35,00	NÃO	1
40105059	MEDIDA DE PICO DE FLUXO EXPIRATORIO (PEAK FLOW)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,06	0,00	0,00	2,06	NÃO	1
40105067	MEDIDA SERIADA POR 3 SEMANAS DO PICO DE FLUXO EXPIRATORIO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	12,00	0,00	0,00	12,00	NÃO	1
40105075	PROVA DE FUNCAO PULMONAR VENTILATORIA (ESPIROMETRIA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	57,07	0,00	0,00	57,07	NÃO	1
40105083	RESISTENCIA DAS VIAS AEREAS POR OSCILOMETRIA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	44,63	0,00	0,00	44,63	NÃO	1
40105091	RESISTENCIA DAS VIAS AEREAS POR PLETISMOGRAFIA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	44,63	0,00	0,00	44,63	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

ELETROFISIOLÓGICOS/MECANICOS E FUNCIONAIS

ENDOSCOPICOS

ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
40201015	AMNIOSCOPIA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	0,00	8,00	0,00	8,00	NÃO	1
40201031	BRONCOSCOPIA COM BIOPSIA TRANSBRONQUICA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	59,76	132,80	0,00	192,56	SIM	1
40201040	BRONCOSCOPIA COM BIOPSIA, ESCOVADO, LAVADO BRONCOALVEOLAR E PUNCAO	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	59,76	132,80	0,00	192,56	NÃO	1
40201058	BRONCOSCOPIA COM OU SEM ASPIRADO OU LAVADO BRONQUICO BILATERAL	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	30,26	118,40	0,00	148,66	NÃO	1
40201066	CISTOSCOPIA E/OU URETROSCOPIA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	42,80	35,50	0,00	78,30	NÃO	1
40201074	COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA C/ OU S/ BIOPSIA E/OU CITOLOGIA BILIAR E PANCREATICA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	693,95	300,00	0,00	993,95	SIM	1
40201082	COLONOSCOPIA COM OU SEM BIOPSIA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	127,72	191,08	0,00	318,80	NÃO	1
40201090	COLONOSCOPIA COM MAGNIFICACAO	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	218,62	231,57	0,00	450,19	NÃO	1
40201104	ECOENDOSCOPIA ALTA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	1500,00	0,00	0,00	1500,00	NÃO	1
40201112	ECOENDOSCOPIA BAIXA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	1500,00	0,00	0,00	1500,00	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

ENDOSCOPICOS

ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA

40201120	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	57,20	94,35	0,00	151,55	NÃO	1
40201139	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM MAGNIFICACAO	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	199,01	117,73	0,00	316,74	NÃO	1
40201163	LAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	610,40	114,00	0,00	724,40	SIM	1
40201171	RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXIVEL (COM OU SEM BIOPSIA)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	57,18	51,20	0,00	108,38	NÃO	1
40201180	RETOSSIGMOIDOSCOPIA RIGIDA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	0,00	28,80	0,00	28,80	NÃO	1
40201198	VIDEO-ENDOSCOPIA ESFINCTER VELO-PALATINO C/ OTICA FLEXIVEL	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	20,56	74,12	0,00	94,68	NÃO	1
40201201	VIDEO-ENDOSCOPIA DO ESFINCTER VELO-PALATINO COM OTICA RIGIDA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	20,56	67,41	0,00	87,97	NÃO	1
40201210	VIDEO-ENDOSCOPIA NASO-SINUSAL COM OTICA FLEXIVEL	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	17,93	76,30	0,00	94,23	NÃO	1
40201228	VIDEO-ENDOSCOPIA NASO-SINUSAL COM OTICA RIGIDA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	17,93	68,78	0,00	86,71	NÃO	1
40201236	VIDEO-LARINGO-ESTROBOSCOPIA COM ENDOSCOPIO FLEXIVEL	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	46,51	96,11	0,00	142,62	NÃO	1
40201244	VIDEO-LARINGO-ESTROBOSCOPIA COM ENDOSCOPIO RIGIDO	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	46,51	90,15	0,00	136,66	NÃO	1
40201252	VIDEO-FARINGO-LARINGOSCOPIA COM ENDOSCOPIO FLEXIVEL	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	24,20	72,54	0,00	96,74	NÃO	1
40201260	VIDEO-FARINGO-LARINGOSCOPIA COM ENDOSCOPIO RIGIDO	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	24,20	66,42	0,00	90,62	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

ENDOSCOPICOS

ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA

40201279	URETEROSCOPIA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	228,59	159,94	0,00	388,53	NÃO	1
40202674	COLONOSCOPIA COM DILATACAO SEGMENTAR	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	218,62	256,91	0,00	475,53	NÃO	1
40202747	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM CROMOSCOPIA E / OU CITOLOGIA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	201,95	94,35	0,00	296,30	NÃO	1

ENDOSCOPIA INTERVENCIONISTA

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
40202038	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM BIOPSIA E/OU CITOLOGIA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	87,31	94,35	0,00	181,66	NÃO	1
40202054	BRONCOSCOPIA COM BIOPSIA TRANSBRONQUICA COM ACOMPANHAMENTO RADIOSCOPICO	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	120,88	118,40	0,00	239,28	SIM	1
40202062	CECOSTOMIA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	130,00	300,00	0,00	430,00	SIM	1
40202070	CISTOENTEROSTOMIA COM COLOCACAO DE PROTESE OU DRENO	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	365,43	273,00	0,00	638,43	SIM	1
40202089	COLAGEM DE FISTULA POR VIA ENDOSCOPICA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	62,00	86,00	0,00	148,00	SIM	1
40202097	COLOCACAO DE CANULA SOB ORIENTACAO ENDOSCOPICA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	62,00	100,00	0,00	162,00	SIM	1
40202119	COLOCACAO DE PROTESES COLEDOCIANAS POR VIA ENDOSCOPICA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	365,43	273,00	0,00	638,43	SIM	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

ENDOSCOPICOS

ENDOSCOPIA INTERVENCIONISTA

40202135	COLONOSCOPIA COM MAGNIFICACAO E TATUAGEM	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	230,42	323,14	0,00	553,56	NÃO	1
40202143	DESCOMPRESSAO COLONICA POR COLONOSCOPIA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	115,56	202,00	0,00	317,56	SIM	0
40202178	DILATACAO DE ESTENOSE BRONQUICA (POR SESSAO)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	85,38	120,00	0,00	205,38	NÃO	1
40202186	DILATACAO INSTRUMENTAL ESOFAGO, ESTOMAGO E DUODENO (P/SESSAO)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	154,39	124,18	0,00	278,57	NÃO	0
40202208	DIVERTICULECTOMIA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	80,00	179,07	0,00	259,07	NÃO	1
40202216	DRENAGEM CAVITARIA POR LAPAROSCOPIA	Principal	Ambos	NÃO	SIM	349,23	114,00	0,00	463,23	SIM	1
40202240	ECOENDOSCOPIA COM PUNCAO POR AGULHA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	3000,00	0,00	0,00	3000,00	NÃO	1
40202259	ESCLEROSE DE VARIZES DE ESOFAGO, ESTOMAGO E DUODENO (POR SESSAO)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	100,00	113,06	0,00	213,06	NÃO	1
40202267	ESTENOSTOMIA ENDOSCOPICA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	80,00	125,00	0,00	205,00	SIM	1
40202275	ESVAZIAMENTO DE LIQUIDO ASCITICO POR LAPAROSCOPIA	Principal	Ambos	NÃO	NÃO	349,23	114,00	0,00	463,23	SIM	1
40202283	GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	248,12	398,88	0,00	647,00	SIM	1
40202292	ENDOSCOPIA C/ HEMOSTASIA ESOFAGO, ESTOMAGO E DUODENO-PATOLOGIA NAO-VARICOSA -(SESSAO)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	70,00	152,00	0,00	222,00	SIM	1
40202313	COLONOSCOPIA COM HEMOSTASIA DO COLON	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	91,00	180,00	0,00	271,00	SIM	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

ENDOSCOPICOS

ENDOSCOPIA INTERVENCIONISTA

40202321	HEMOSTASIAS POR LAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	349,23	114,00	0,00	463,23	SIM	1
40202348	INTRODUCAO ENDOSCOPICA DE PROTESES ESOFAGEANAS	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	38,00	125,00	0,00	163,00	NÃO	1
40202356	JEJUNOSTOMIA ENDOSCOPICA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	122,00	264,96	0,00	386,96	NÃO	1
40202364	LARINGOSCOPIA COM MICROSCOPIA PARA EXERESE DE POLIPO/NODULO/PAPILOMA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	73,38	100,00	0,00	173,38	SIM	1
40202372	LARINGOSCOPIA COM RETIRADA DE CORPO ESTRANHO LARINGE/FARINGE (TUBO FLEXIVEL)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	0,00	82,33	0,00	82,33	NÃO	1
40202380	LARINGOSCOPIA/TRAQUEOSCOPIA COM DILATACAO DE ESTENOSE (POR SESSAO)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	68,38	82,33	0,00	150,71	NÃO	1
40202399	LARINGOSCOPIA/TRAQUEOSCOPIA COM EXERESE DE POLIPO/NODULO/PAPILOMA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	68,38	92,00	0,00	160,38	SIM	1
40202410	LARINGOSCOPIA/TRAQUEOSCOPIA COM RETIRADA DE CORPO ESTRANHO (TUBO RIGIDO)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	0,00	70,93	0,00	70,93	NÃO	1
40202429	LARINGOSCOPIA/TRAQUEOSCOPIA PARA DIAGNOSTICO E BIOPSIA (TUBO RIGIDO)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	0,00	70,93	0,00	70,93	NÃO	1
40202437	LARINGOSCOPIA/TRAQUEOSCOPIA PARA DIAGNOSTICO E BIOPSIA COM APARELHO FLEXIVEL	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	0,00	52,80	0,00	52,80	NÃO	1
40202453	LIGADURA ELASTICA DO ESOFAGO, ESTOMAGO E DUODENO (POR SESSAO)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	86,00	150,00	0,00	236,00	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

ENDOSCOPICOS

ENDOSCOPIA INTERVENCIONISTA

40202461	LISE DE BRIDAS POR LAPAROSCOPIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	349,23	114,00	0,00	463,23	SIM	1
40202470	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	154,61	233,22	0,00	387,83	NÃO	1
40202518	COLANGIOPANCREATOGRAFIA ENDOSCOPICA COM PAPILOTOMIA (PARA RETIRADA DE CALCULOS OU DRENAGEM BILIAR)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	693,95	412,75	0,00	1106,70	SIM	1
40202519	COLANGIOPANCREATOGRAFIA ENDOSCOPICA COM PAPILOTOMIA, INCLUINDO COLOCACAO DE PROTESE E DRENO BILIAR/PANCREATICO E RETIRADA DE CALCULOS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	693,95	440,00	0,00	1133,95	SIM	1
40202535	PASSAGEM DE SONDAS POR ENDOSCOPIA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	35,00	81,60	0,00	116,60	NÃO	1
40202542	POLIPECTOMIA DO COLON (INDEPENDENTE DO N DE POLIPOS)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	84,78	200,00	0,00	284,78	NÃO	1
40202550	POLIPECTOMIA ESOFAGO, ESTOMAGO E DUODENO	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	73,50	120,00	0,00	193,50	NÃO	1
40202569	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO COLON	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	85,00	110,63	0,00	195,63	NÃO	1
40202577	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO ESOFAGO, ESTOMAGO E DUODENO	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	61,17	110,63	0,00	171,80	NÃO	0
40202607	TAMPONAMENTO DE VARIZES DO ESOFAGO E ESTOMAGO	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	88,25	51,46	0,00	139,71	NÃO	1
40202615	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA C/ BIOPSIA E TESTE DE UREASE(PESQUISA H. PYLORI)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	88,74	96,10	0,00	184,84	NÃO	1
40202631	TRATAMENTO ENDOSCOPICO DE HEMOPTISE	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	82,70	182,15	0,00	264,85	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

ENDOSCOPICOS

ENDOSCOPIA INTERVENCIONISTA

40202712	COLONOSCOPIA COM MUCOSECTOMIA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	164,61	373,15	0,00	537,76	NÃO	1

Observações: 1) Se durante um procedimento endoscópico diagnóstico for identificado condição patológica que resulte também na execução de um ato intervencionista terapêutico, os dois códigos serão remunerados integralmente. 2) Nos valores dos procedimentos intervencionistas eletivos, já estão incluídos os respectivos exames diagnósticos, não sendo portanto, pertinentes a sua cobrança. 3) Quando forem realizados dois ou mais procedimentos intervencionistas a valoração destes atos obedecerá as regras dos procedimentos múltiplos/seqüenciais. 4) Serão considerados pólipos para execução dos procedimentos 40202542 e 40202550, bem como para cobrança da alça de polipectomia, apenas as lesões descritas como tal no anátomo-patológico que possuírem diâmetros maiores que 5 mm. 5) Se o procedimento de maior valor já contemplar a participação do anestesista, não será devida a cobrança concomitante dos procedimentos do subgrupo bloqueio anestésico de nervos e estímulos (31602XXX). 6) A participação do anestesista nas colonoscopias (40201082) deverá ser remunerada pelo código 31602240.

MEDICINA LABORATORIAL

BIOQUÍMICA

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
40301010	3-METIL HISTIDINA, DOSAGEM NO SORO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,32	0,00	0,00	3,32	NÃO	1
40301028	5 - NUCLEOTIDASE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	4,32	0,00	0,00	4,32	NÃO	1
40301036	ACETAMINOFEN	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	12,15	0,00	0,00	12,15	NÃO	1
40301044	ACETIL COLINESTERASE, EM ERITROCITOS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	4,32	0,00	0,00	4,32	NÃO	1
40301060	ACIDO ASCORBICO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,02	0,00	0,00	3,02	NÃO	1
40301087	ACIDO FOLICO, DOSAGEM NOS ERITROCITOS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	15,70	0,00	0,00	15,70	NÃO	1
40301109	ACIDO LACTICO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	4,80	0,00	0,00	4,80	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

BIOQUÍMICA

40301117	ACIDO OROTICO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	18,00	0,00	0,00	18,00	NÃO	1
40301125	ACIDO OXALICO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	6,69	0,00	0,00	6,69	NÃO	1
40301133	ACIDO PIRUVICO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	4,80	0,00	0,00	4,80	NÃO	1
40301141	ACIDO SIALICO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	4,80	0,00	0,00	4,80	NÃO	1
40301150	ACIDO URICO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,55	0,00	0,00	2,55	NÃO	1
40301168	ACIDO VALPROICO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	18,00	0,00	0,00	18,00	NÃO	1
40301184	ACIDOS GRAXOS LIVRES	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,24	0,00	0,00	3,24	NÃO	1
40301192	ACIDOS ORGANICOS (PERFIL QUANTITATIVO)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	201,94	0,00	0,00	201,94	NÃO	1
40301206	ACILCARNITINAS (PERFIL QUALITATIVO)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	157,80	0,00	0,00	157,80	NÃO	1
40301214	ACILCARNITINAS (PERFIL QUANTITATIVO)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	241,07	0,00	0,00	241,07	NÃO	1
40301222	ALBUMINA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,04	0,00	0,00	2,04	NÃO	1
40301230	ALDOLASE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	4,80	0,00	0,00	4,80	NÃO	1
40301249	ALFA 1 ANTITRIPSINA, DOSAGEM NO SORO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	6,00	0,00	0,00	6,00	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

BIOQUÍMICA

40301257	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	6,00	0,00	0,00	6,00	NÃO	1
40301265	ALFA 2 MACROGLOBULINA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	6,00	0,00	0,00	6,00	NÃO	1
40301273	ALUMINIO, DOSAGEM NO SORO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	22,50	0,00	0,00	22,50	NÃO	1
40301281	AMILASE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,36	0,00	0,00	3,36	NÃO	1
40301290	AMINOACIDOS, FRACIONAMENTO E QUANTIFICACAO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	6,63	0,00	0,00	6,63	NÃO	1
40301303	AMIODARONA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	39,50	0,00	0,00	39,50	NÃO	1
40301311	AMITRIPTILINA, NORTRIPTILINA (CADA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	13,50	0,00	0,00	13,50	NÃO	1
40301320	AMONIA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	4,80	0,00	0,00	4,80	NÃO	1
40301346	ANTIBIOTICOS, DOSAGEM NO SORO - CADA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	13,90	0,00	0,00	13,90	NÃO	1
40301354	APOLIPOPROTEINA A	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	9,70	0,00	0,00	9,70	NÃO	1
40301362	APOLIPOPROTEINA B	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	9,70	0,00	0,00	9,70	NÃO	1
40301370	BARBITURATOS, ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS - CADA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	15,70	0,00	0,00	15,70	NÃO	1
40301389	BETA-GLICURONIDASE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	4,08	0,00	0,00	4,08	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

BIOQUÍMICA

40301397	BILIRRUBINA TOTAL DIRETA E INDIRETA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,95	0,00	0,00	2,95	NÃO	1
40301400	CALCIO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,55	0,00	0,00	2,55	NÃO	1
40301419	CALCIO IONICO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	4,80	0,00	0,00	4,80	NÃO	1
40301427	CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,02	0,00	0,00	3,02	NÃO	1
40301435	CARBAMAZEPINA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	18,00	0,00	0,00	18,00	NÃO	1
40301443	CARNITINA LIVRE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	30,58	0,00	0,00	30,58	NÃO	1
40301451	CARNITINA TOTAL E FRACOES	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	221,40	0,00	0,00	221,40	NÃO	1
40301460	CAROTENO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,00	0,00	0,00	3,00	NÃO	1
40301478	CERULOPLASMINA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	6,00	0,00	0,00	6,00	NÃO	1
40301486	CICLOSPORINA, METROTREXATE - CADA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	58,61	0,00	0,00	58,61	NÃO	1
40301494	CLEARANCE DE ACIDO URICO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,95	0,00	0,00	3,95	NÃO	1
40301508	CLEARANCE DE CREATININA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,95	0,00	0,00	3,95	NÃO	1
40301516	CLEARANCE DE FOSFATO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,95	0,00	0,00	3,95	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

BIOQUÍMICA

40301524	CLEARANCE DE UREIA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,95	0,00	0,00	3,95	NÃO	1
40301540	CLOMIPRAMINA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	12,15	0,00	0,00	12,15	NÃO	1
40301559	CLORO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,55	0,00	0,00	2,55	NÃO	1
40301567	COBRE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	6,99	0,00	0,00	6,99	NÃO	1
40301583	COLESTEROL (HDL)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	4,80	0,00	0,00	4,80	NÃO	1
40301591	COLESTEROL (LDL)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,95	0,00	0,00	3,95	NÃO	1
40301605	COLESTEROL TOTAL	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,65	0,00	0,00	2,65	NÃO	1
40301621	CREATINA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,00	0,00	0,00	3,00	NÃO	1
40301630	CREATININA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,65	0,00	0,00	2,65	NÃO	1
40301648	CREATINOFOSFOQUINASE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	7,50	0,00	0,00	7,50	NÃO	1
40301656	CREATINOFOSFOQUINASE - CK MASSA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	17,27	0,00	0,00	17,27	NÃO	1
40301664	CREATINOFOSFOQUINASE - FRACAO MB	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	15,00	0,00	0,00	15,00	NÃO	1
40301672	CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS (PERFIL QUALITATIVO)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	19,95	0,00	0,00	19,95	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

BIOQUÍMICA

40301680	CURVA GLICEMICA (4 DOSAGENS) VIA ORAL OU ENDOVENOSA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	9,75	0,00	0,00	9,75	NÃO	1
40301682	CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS) -ORAL / ENDOVENOSA (INCLUI SCALP E SORO)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	11,25	0,00	0,00	11,25	NÃO	1
40301699	DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	4,80	0,00	0,00	4,80	NÃO	1
40301702	DESIDROGENASE GLUTAMICA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	4,80	0,00	0,00	4,80	NÃO	1
40301729	DESIDROGENASE LATICA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	4,80	0,00	0,00	4,80	NÃO	1
40301737	DESIDROGENASE LATICA - ISOENZIMAS FRACIONADAS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	12,15	0,00	0,00	12,15	NÃO	1
40301745	DIAZEPAN E SIMILARES (CADA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	22,50	0,00	0,00	22,50	NÃO	1
40301753	DIGITOXINA OU DIGOXINA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	15,65	0,00	0,00	15,65	NÃO	1
40301761	ELETROFORESE DE PROTEINAS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	6,00	0,00	0,00	6,00	NÃO	1
40301770	ELETROFORESE DE GLICOPROTEINAS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	6,00	0,00	0,00	6,00	NÃO	1
40301788	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	6,00	0,00	0,00	6,00	NÃO	1
40301796	ENOLASE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	36,50	0,00	0,00	36,50	NÃO	1
40301800	ETOSUXIMIDA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	22,50	0,00	0,00	22,50	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

BIOQUÍMICA

40301818	FENILALANINA, DOSAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	8,40	0,00	0,00	8,40	NÃO	1
40301826	FENITOINA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	22,50	0,00	0,00	22,50	NÃO	1
40301834	FENOBARBITAL	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	22,50	0,00	0,00	22,50	NÃO	1
40301842	FERRO SERICO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,51	0,00	0,00	3,51	NÃO	1
40301850	FORMALDEIDO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	4,80	0,00	0,00	4,80	NÃO	1
40301869	FOSFATASE ACIDA - FRACAO PROSTATICA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	8,21	0,00	0,00	8,21	NÃO	1
40301877	FOSFATASE ACIDA TOTAL	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,70	0,00	0,00	2,70	NÃO	1
40301885	FOSFATASE ALCALINA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,63	0,00	0,00	3,63	NÃO	1
40301893	FOSFATASE ALCALINA C/ FRACIONAMENTO DE ISOENZIMAS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	11,88	0,00	0,00	11,88	NÃO	1
40301907	FOSFATASE ALCALINA FRACAO OSSEA - ELISA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	24,30	0,00	0,00	24,30	NÃO	1
40301915	FOSFATASE ALCALINA TERMO-ESTAVEL	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,00	0,00	0,00	3,00	NÃO	1
40301923	FOSFOLIPIDIOS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,55	0,00	0,00	2,55	NÃO	1
40301931	FOSFORO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,55	0,00	0,00	2,55	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

BIOQUÍMICA

40301940	FOSFORO, PROVA DE REABSORCAO TUBULAR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,00	0,00	0,00	3,00	NÃO	1
40301958	FRUTOSAMINAS (PROTEINAS GLICOSILADAS)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	6,75	0,00	0,00	6,75	NÃO	1
40301966	FRUTOSE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,35	0,00	0,00	3,35	NÃO	1
40301974	GALACTOSE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	7,20	0,00	0,00	7,20	NÃO	1
40301982	GALACTOSE 1 - FOSFATOURIDIL TRANSFERASE, DOSAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	30,97	0,00	0,00	30,97	NÃO	1
40301990	GAMA-GLUTAMIL TRANSFERASE - GAMA GT	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,60	0,00	0,00	3,60	NÃO	1
40302016	GASOMETRIA (PH, PCO2, SA, 02, EXCESSO BASE)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	15,70	0,00	0,00	15,70	NÃO	1
40302024	GASOMETRIA HB HT NA K CL CA GLICOSE LACTATO(QUANDO EFETUADO NO GASOMETRO)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	15,90	0,00	0,00	15,90	NÃO	1
40302032	GLICEMIA APOS SOBRECARGA C/ DEXTROSOL OU GLICOSE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	4,50	0,00	0,00	4,50	NÃO	1
40302040	GLICOSE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,65	0,00	0,00	2,65	NÃO	1
40302059	GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE (GGFD)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	4,80	0,00	0,00	4,80	NÃO	1
40302067	HAPTOGLOBINA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	6,00	0,00	0,00	6,00	NÃO	1
40302075	HEMOGLOBINA GLICOSILADA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	7,90	0,00	0,00	7,90	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

BIOQUÍMICA

40302083	HEMOGLOBINA PLASMATICA LIVRE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,60	0,00	0,00	3,60	NÃO	1
40302091	HEXOSAMINIDASE A	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	102,50	0,00	0,00	102,50	NÃO	1
40302105	HIDROXIPROLINA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	6,35	0,00	0,00	6,35	NÃO	1
40302113	HOMOCISTEINA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	32,50	0,00	0,00	32,50	NÃO	1
40302121	IMIPRAMINA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	15,46	0,00	0,00	15,46	NÃO	1
40302130	ISOENZIMAS DA AMILASE OU ALFA AMILASE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	21,60	0,00	0,00	21,60	NÃO	1
40302156	ISONIAZIDA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	19,45	0,00	0,00	19,45	NÃO	1
40302164	LACTOSE, TESTE DE TOLERANCIA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	16,05	0,00	0,00	16,05	NÃO	1
40302180	LIDOCAINA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	25,20	0,00	0,00	25,20	NÃO	1
40302199	LIPASE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,95	0,00	0,00	2,95	NÃO	1
40302229	LITIO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,60	0,00	0,00	3,60	NÃO	1
40302230	PORFIRINAS QUANTITATIVAS (CADA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,89	0,00	0,00	3,89	NÃO	1
40302237	MAGNESIO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,55	0,00	0,00	2,55	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

BIOQUÍMICA

40302245	MIOGLOBINA, DOSAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	12,15	0,00	0,00	12,15	NÃO	1
40302270	OSMOLALIDADE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,70	0,00	0,00	3,70	NÃO	1
40302288	OXCARBAZEPINA, DOSAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	19,20	0,00	0,00	19,20	NÃO	1
40302298	PIRUVATO QUINASE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	46,57	0,00	0,00	46,57	NÃO	1
40302318	POTASSIO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,55	0,00	0,00	2,55	NÃO	1
40302326	PRE ALBUMINA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	12,15	0,00	0,00	12,15	NÃO	1
40302334	PRIMIDONA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	25,81	0,00	0,00	25,81	NÃO	1
40302342	PROCAINAMIDA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	25,20	0,00	0,00	25,20	NÃO	1
40302350	PROPANOLOL	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	25,20	0,00	0,00	25,20	NÃO	1
40302377	PROTEINAS TOTAIS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,65	0,00	0,00	2,65	NÃO	1
40302385	PROTEINAS TOTAIS ALBUMINA E GLOBULINA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,10	0,00	0,00	3,10	NÃO	1
40302393	QUINIDINA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,13	0,00	0,00	2,13	NÃO	1
40302407	RESERVA ALCALINA (BICARBONATO)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,55	0,00	0,00	2,55	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

BIOQUÍMICA

40302415	SACAROSE, TESTE DE TOLERANCIA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	16,05	0,00	0,00	16,05	NÃO	1
40302423	SODIO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,55	0,00	0,00	2,55	NÃO	1
40302431	SUCCINIL ACETONA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	150,07	0,00	0,00	150,07	NÃO	1
40302458	TACROLIMUS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	103,15	0,00	0,00	103,15	NÃO	1
40302474	TEOFILINA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	24,30	0,00	0,00	24,30	NÃO	1
40302482	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA OU HIPOGLICEMIANTES ORAIS (ATE 6 DOSAGENS)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	19,44	0,00	0,00	19,44	NÃO	1
40302490	TIROSINA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	12,62	0,00	0,00	12,62	NÃO	1
40302504	TRANSAMINASE OXALACETICA (AMINO TRANSFERASE ASPARTATO)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,36	0,00	0,00	3,36	NÃO	1
40302512	TRANSAMINASE PIRUVICA (AMINO TRANSFERASE DE ALANINA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,36	0,00	0,00	3,36	NÃO	1
40302520	TRANSFERRINA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	7,20	0,00	0,00	7,20	NÃO	1
40302539	TRIAZOLAN	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	25,72	0,00	0,00	25,72	NÃO	1
40302547	TRIGLICERIDEOS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,60	0,00	0,00	3,60	NÃO	1
40302555	TRIMIPRAMINA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,13	0,00	0,00	2,13	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

BIOQUÍMICA

40302563	TRIPSINA IMUNO-REATIVA (IRT)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	13,90	0,00	0,00	13,90	NÃO	1
40302571	TROPONINA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	30,30	0,00	0,00	30,30	NÃO	1
40302580	UREIA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,55	0,00	0,00	2,55	NÃO	1
40302598	UROBILINOGENIO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,16	0,00	0,00	2,16	NÃO	1
40302601	VITAMINA A, DOSAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	15,34	0,00	0,00	15,34	NÃO	1
40302610	VITAMINA E	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	14,93	0,00	0,00	14,93	NÃO	1
40302628	XILOSE, TESTE DE ABSORCAO A	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	19,20	0,00	0,00	19,20	NÃO	1
40302636	LIPIDIOS TOTAIS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,16	0,00	0,00	2,16	NÃO	1
40302644	MALTOSE, TESTE DE TOLERENCIA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	16,05	0,00	0,00	16,05	NÃO	1
40302652	MUCOPOLISSACARIDOSE, PESQUISA E/OU DOSAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	4,32	0,00	0,00	4,32	NÃO	
40302660	MUCOPROTEINAS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,40	0,00	0,00	3,40	NÃO	1
40302679	OCITOCINASE, PESQUISA E/OU DOSAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	6,48	0,00	0,00	6,48	NÃO	
40302687	PROCALCITONINA PESQUISA E/OU DOSAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	104,04	0,00	0,00	104,04	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

BIOQUÍMICA

40302695	COLESTEROL (VLDL)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,65	0,00	0,00	2,65	NÃO	1
40302709	TESTE ORAL DE TOLERANCIA A GLICOSE - 2 DOSAGENS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	8,15	0,00	0,00	8,15	NÃO	
40302717	ELETROFORESE DE PROTEINAS DE ALTA RESOLUCAO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	17,27	0,00	0,00	17,27	NÃO	
40302725	IMUNOFIXACAO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	17,27	0,00	0,00	17,27	NÃO	
40302750	PERFIL LIPIDICO / LIPIDOGRAMA (LIPIDIOS TOTAIS, COLESTEROL, TRIGLICERIDIOS E ELETROFORESE LIPOPROTEINAS)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	15,12	0,00	0,00	15,12	NÃO	
40302830	VITAMINA D 25 HIDROXI, PESQUISA E/OU DOSAGEM (VITAMINA D3)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	16,59	0,00	0,00	16,59	NÃO	1
40302903	ACIDOS GRAXOS CADEIA MUITO LONGA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	188,28	0,00	0,00	188,28	NÃO	
40309266	AMINOACIDOS NO LIQUIDO CEFALORAQUIDIANO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	23,45	0,00	0,00	23,45	NÃO	
40321509	PORFIRINAS FRACIONADAS PLASMATICAS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,89	0,00	0,00	3,89	NÃO	
40321568	SIROLIMUS, DOSAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	35,58	0,00	0,00	35,58	NÃO	
40321614	TOPIRAMATO, DOSAGEM (SANGUE)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	64,13	0,00	0,00	64,13	NÃO	
40322378	ALBUMINA, LIQUOR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,24	0,00	0,00	2,24	NÃO	
40502180	DOSAGEM QUANTITATIVA DE ACIDOS GRAXOS DE CADEIA MUITO LONGA PARA O DIAGNOSTICO DE EIM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	183,83	0,00	0,00	183,83	NÃO	

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

BIOQUÍMICA

40502236	DOSAGEM QUANTITATIVA DE ACIDOS ORGANICOS P/ DIAGNOSTICO DE ERROS INATOS DO METABOLISMO (PERFIL ACIDOS ORGANICOS NUMA AMOSTRA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	183,83	0,00	0,00	183,83	NÃO

COPROLOGIA

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
40303012	ALFA 1 - ANTITRIPSINA (FEZES)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	10,08	0,00	0,00	10,08	NÃO	1
40303020	ANAL SWAB, PESQUISA DE OXIURUS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,05	0,00	0,00	2,05	NÃO	1
40303039	COPROLOGICO FUNCIONAL (CARACTERES,PH,DIGESTIBILIDADE, AMONIA,ACIDOS ORGANICOS E INTERPRETACAO)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	6,60	0,00	0,00	6,60	NÃO	1
40303055	GORDURA FECAL, DOSAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	4,80	0,00	0,00	4,80	NÃO	1
40303063	HEMATOXILINA FERRICA, PESQUISA DE PROTOZOARIOS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,05	0,00	0,00	2,05	NÃO	1
40303071	IDENTIFICACAO DE HELMINTOS, EXAMES DE FRAGMENTOS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,05	0,00	0,00	2,05	NÃO	1
40303080	LARVAS (FEZES), PESQUISA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,16	0,00	0,00	2,16	NÃO	1
40303098	LEUCOCITOS E HEMACEAS, PESQUISA NAS FEZES	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,05	0,00	0,00	2,05	NÃO	1
40303101	LEVEDURAS, PESQUISA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,05	0,00	0,00	2,05	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

COPROLOGIA

40303110	PARASITOLOGICO (MINIMO DE 3 METODOS POR AMOSTRA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,49	0,00	0,00	3,49	NÃO	1
40303128	PARASITOLOGICO - COLETA MULTIPLA - COM FORNECIMENTO LIQ. CONSERVANTE (MINIMO DE 3 METODOS POR AMOSTRA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,49	0,00	0,00	3,49	NÃO	1
40303136	SANGUE OCULTO, PESQUISA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	5,59	0,00	0,00	5,59	NÃO	1
40303144	SHISTOSSOMA, PESQUISA OVOS EM FRAGMENTOS MUCOSA APOS BIOPSIA RETAL	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	4,32	0,00	0,00	4,32	NÃO	1
40303152	SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,16	0,00	0,00	2,16	NÃO	1
40303160	TRIPSINA, PROVA DE (DIGESTAO DA GELATINA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,25	0,00	0,00	2,25	NÃO	1
40303179	ESTEATOCRITO, TRIAGEM PARA GORDURA FECAL	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,16	0,00	0,00	2,16	NÃO	1
40303187	ESTERCOBILINOGENIO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,02	0,00	0,00	3,02	NÃO	1
40303250	SANGUE OCULTO NAS FEZES, PESQUISA IMUNOLOGICA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	6,13	0,00	0,00	6,13	NÃO	
40303268	OOGRAMA NAS FEZES	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	4,32	0,00	0,00	4,32	NÃO	
40303330	DOSAGEM FECAL DE CALPROTECTINA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	81,64	0,00	0,00	81,64	NÃO	1

HEMATOLOGIA LABORATORIAL

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

HEMATOLOGIA LABORATORIAL

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
40304019	ANTICOAGULANTE LUPICO, PESQUISA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	12,95	0,00	0,00	12,95	NÃO	1
40304027	ANTICORPO ANTI A E ANTI B	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	6,60	0,00	0,00	6,60	NÃO	1
40304035	ANTICORPOS ANTI PLAQUETARIOS, CITOMETRIA DE FLUXO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	20,52	0,00	0,00	20,52	NÃO	1
40304043	ANTICORPOS IRREGULARES	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	20,25	0,00	0,00	20,25	NÃO	1
40304051	ANTICORPOS IRREGULARES, PESQUISA (MEIO SALINO A TEMP. AMBIENTE E 37 E TESTE INDIRETO DE COOMBS)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	6,60	0,00	0,00	6,60	NÃO	1
40304060	ANTITROMBINA III - DOSAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	17,28	0,00	0,00	17,28	NÃO	1
40304078	ATIVADOR TISSULAR DE PLASMINOGENIO (TPA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	21,60	0,00	0,00	21,60	NÃO	1
40304086	C D ...ANTIGENO DE DIF. CELULAR, CADA DETERMINACAO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	27,15	0,00	0,00	27,15	NÃO	1
40304094	CITOQUIMICA P/ CLASSIFICAR LEUCEMIA: ESTERASE, FOSFATASE LEUCOCITARIA, PAS, PEROXIDASE OU SB ETC) - CADA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	10,50	0,00	0,00	10,50	NÃO	1
40304095	CELULAS LE, PESQUISA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,50	0,00	0,00	3,50	NÃO	1
40304108	COOMBS DIRETO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,00	0,00	0,00	3,00	NÃO	1
40304116	ENZIMAS ERITROCITARIAS (ADENILATOQUINASE, DESIDROGENASE LACTICA, FOSFOFRUCTOQUINASE, FOSFOGLICERATO QUINASE,	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	6,48	0,00	0,00	6,48	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

HEMATOLOGIA LABORATORIAL

ENZIMAS ERITROCITARIAS (ADENILATOQUINASE, DESIDROGENASE LACTICA, FOSFOFRUCTOQUINASE, FOSFOGLICERATO QUINASE, GLICERALDEIDO, 3-FOSFATO DESIDR

40304132	FALCIZACAO, TESTE DE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,16	0,00	0,00	2,16	NÃO	1
40304140	FATOR 4 PLAQUETARIO, DOSAGENS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	12,72	0,00	0,00	12,72	NÃO	1
40304159	FATOR II - DOSAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	7,20	0,00	0,00	7,20	NÃO	1
40304167	FATOR IX - DOSAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	8,64	0,00	0,00	8,64	NÃO	1
40304175	FATOR V- DOSAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	7,20	0,00	0,00	7,20	NÃO	1
40304183	FATOR VIII - DOSAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	8,64	0,00	0,00	8,64	NÃO	1
40304191	FATOR VIII - DOSAGEM DO ANTIGENO (VON WILLEBRAND)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	12,72	0,00	0,00	12,72	NÃO	1
40304205	FATOR VIII - DOSAGEM DO INIBIDOR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	12,72	0,00	0,00	12,72	NÃO	1
40304213	FATOR X - DOSAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	12,72	0,00	0,00	12,72	NÃO	1
40304221	FATOR XI - DOSAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	9,60	0,00	0,00	9,60	NÃO	1
40304230	FATOR XII - DOSAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	9,60	0,00	0,00	9,60	NÃO	1
40304248	FATOR XIII - PESQUISA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	9,60	0,00	0,00	9,60	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

HEMATOLOGIA LABORATORIAL

40304256	FENOTIPAGEM DO SISTEMA RH-HR(ANTI RHO(D) ANTI RH(C) ANTI RH(E)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	14,47	0,00	0,00	14,47	NÃO	1
40304264	FIBRINOGENIO - TESTE FUNCIONAL, DOSAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	4,60	0,00	0,00	4,60	NÃO	1
40304272	FILARIA - PESQUISA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,75	0,00	0,00	2,75	NÃO	1
40304280	GRUPO ABO, CLASSIFICACAO REVERSA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	4,23	0,00	0,00	4,23	NÃO	1
40304299	GRUPO SANGUINEO ABO E FATOR RHO (INCLUI DU)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,00	0,00	0,00	3,00	NÃO	1
40304302	HAM, TESTE DE (HEMOLISE ACIDA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,00	0,00	0,00	3,00	NÃO	1
40304310	HEINZ - PESQUISA DE CORPUSCULOS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,05	0,00	0,00	2,05	NÃO	1
40304337	HEMATOCRITO, DETERMINACAO DO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,05	0,00	0,00	2,05	NÃO	1
40304345	HEMOGLOBINA, DOSAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,16	0,00	0,00	2,16	NÃO	1
40304353	HEMOGLOBINA - ELETROFORESE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	8,64	0,00	0,00	8,64	NÃO	1
40304361	HEMOGRAMA COM CONTAGEM DE PLAQUETAS OU FRACOES (ERITROGRAMA, LEUCOGRAMA, PLAQUETAS)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	5,07	0,00	0,00	5,07	NÃO	1
40304370	HEMOSSEDIMENTACAO (VHS)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,16	0,00	0,00	2,16	NÃO	1
40304388	HEMOSSIDERINA (SIDEROCITOS) NO SANGUE E URINA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,16	0,00	0,00	2,16	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

HEMATOLOGIA LABORATORIAL

40304418	LEUCOCITOS, CONTAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,16	0,00	0,00	2,16	NÃO	1
40304434	META-HEMOGLOBINA - DETERMINACAO DA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	4,95	0,00	0,00	4,95	NÃO	1
40304450	PLAQUETAS - TESTE DE AGREGACAO (POR AGENTE AGREGANTE) - CADA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	14,26	0,00	0,00	14,26	NÃO	1
40304469	PLASMINOGENIO - DOSAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	5,83	0,00	0,00	5,83	NÃO	1
40304477	PLASMODIO, PESQUISA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,55	0,00	0,00	2,55	NÃO	1
40304485	MEDULA OSSEA - ASPIRACAO P/ MIELOGRAMA OU MICROBIOLOGICO	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	35,02	42,00	0,00	77,02	NÃO	1
40304507	PROTEINA C, COAGULACAO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	31,97	0,00	0,00	31,97	NÃO	1
40304515	PROTEINA S, TESTE FUNCIONAL	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	39,10	0,00	0,00	39,10	NÃO	1
40304523	PROTOPORFIRINA ERITROCITARIA LIVRE - ZINCO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	9,15	0,00	0,00	9,15	NÃO	1
40304531	PROVA DO LACO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,75	0,00	0,00	2,75	NÃO	1
40304540	RESISTENCIA GLOBULAR, CURVA DE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,05	0,00	0,00	2,05	NÃO	1
40304558	RETICULOCITOS - CONTAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,16	0,00	0,00	2,16	NÃO	1
40304566	RETRACAO DO COAGULO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,05	0,00	0,00	2,05	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

HEMATOLOGIA LABORATORIAL

40304574	RISTOCETINA - CO -FATOR, TESTE FUNCIONAL, DOSAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	14,47	0,00	0,00	14,47	NÃO	1
40304582	TEMPO DE COAGULACAO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,05	0,00	0,00	2,05	NÃO	1
40304590	TEMPO DE PROTROMBINA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,75	0,00	0,00	2,75	NÃO	1
40304612	TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	4,15	0,00	0,00	4,15	NÃO	1
40304620	TEMPO DE TROMBINA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,60	0,00	0,00	3,60	NÃO	1
40304639	TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,60	0,00	0,00	3,60	NÃO	1
40304647	TRIPANOSSOMA - PESQUISA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,75	0,00	0,00	2,75	NÃO	1
40304655	TROMBOELASTOGRAMA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	22,32	0,00	0,00	22,32	NÃO	1
40304671	ANTICORPO ANTIMIELOPEROXIDASE, MPO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	60,00	0,00	0,00	60,00	NÃO	1
40304680	FATOR VII - DOSAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	12,72	0,00	0,00	12,72	NÃO	1
40304698	FATOR XIII - DOSAGEM, TESTE FUNCIONAL	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	26,25	0,00	0,00	26,25	NÃO	1
40304701	IMUNOFENOTIPAGEM PARA DOENCA RESIDUAL MINIMA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	226,20	0,00	0,00	226,20	NÃO	1
40304710	IMUNIFENOTIPAGEM P/ HEMOGLOBINURIA PAROXISTICA NOTURNA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	111,91	0,00	0,00	111,91	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

HEMATOLOGIA LABORATORIAL

40304728	IMUNOFENOTIPAGEM P/ LEUCEMIAS AGUDAS / SINDROME MIELODISPLASICA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	450,93	0,00	0,00	450,93	NÃO	1
40304736	IMUNOFENOTIPAGEM PARA LINFOMA NAO HODGKIN/SINDR. LINFOPROLIFERATIVA CRONICA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	180,51	0,00	0,00	180,51	NÃO	1
40304752	INIBIDOR DO FATOR IX, DOSAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	60,71	0,00	0,00	60,71	NÃO	1
40304760	INIBIDOR DOS FATORES DA HEMOSTASIA, TRIAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	60,02	0,00	0,00	60,02	NÃO	1
40304787	PROTEINA S LIVRE, (DA COAGULACAO)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	27,00	0,00	0,00	27,00	NÃO	1
40304809	CONSUMO DE PROTROMBINA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	6,48	0,00	0,00	6,48	NÃO	
40304825	ESPLENOGRAMA (CITOLOGIA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	15,12	0,00	0,00	15,12	NÃO	
40304850	HEMOGLOBINOPATIA - TRIAGEM (EL.HB., HEMOGLOB. FETAL. RETICULOCITOS, CORPOS DE H, T. FALCIZACAO HEMACIAS, RESIST. OSMOTICA, TERMO ESTABILIDADE)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	17,93	0,00	0,00	17,93	NÃO	
40304876	SULFO-HEMOGLOBINA, DETERMINACAO DA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,75	0,00	0,00	2,75	NÃO	1
40304892	MIELOGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	37,47	0,00	0,00	37,47	NÃO	1
40304901	COOMBS INDIRETO (INCLUI QUANTITATIVO)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	4,90	0,00	0,00	4,90	NÃO	1
40304910	DIMERO D	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	38,66	0,00	0,00	38,66	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

HEMATOLOGIA LABORATORIAL

40304914	TEMPO DE SANGRAMENTO (DUKE) - DETERMINACAO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,16	0,00	0,00	2,16	NÃO	
40304926	ENZIMAS ERITROCITARIAS, RASTREIO PARA DEFICIENCIA DE (GLICOSE 6 FOSFATO DESIDROGENASE E PIRUVATO QUINASE)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	5,83	0,00	0,00	5,83	NÃO	1
40304930	BACO, EXAME DE ESFREGACO DE ASPIRADO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	74,23	0,00	0,00	74,23	NÃO	
40304949	LINFONODO, EXAME DE ESFREGACO DE ASPIRADO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	74,23	0,00	0,00	74,23	NÃO	
40304972	HEMOGLOBINA FETAL - DOSAGEM POR DESNATURACAO ALCALINA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,02	0,00	0,00	3,02	NÃO	1
40304983	HEMOLISE POR SACAROSE, TESTE DE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,95	0,00	0,00	2,95	NÃO	1
40319091	FATOR X ATIVADO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	11,45	0,00	0,00	11,45	NÃO	
40319113	HEMACIAS, CONTAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,16	0,00	0,00	2,16	NÃO	
40319172	MICROESFEROCITOS, PESQUISA DE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,16	0,00	0,00	2,16	NÃO	
40319288	TESTE CRUZADO DE GRUPOS SANGUINEOS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	4,23	0,00	0,00	4,23	NÃO	
40319466	FIBRINOGENIO QUANTITATIVO, NEFELOMETRIA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	4,32	0,00	0,00	4,32	NÃO	
40319474	HEMOGLOBINOPATIAS, NEONATAL, SANGUE PERIFERICO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	8,64	0,00	0,00	8,64	NÃO	

Observações: 1) Nas solicitações de coagulograma serão autorizados os seguintes códigos: 40304590 - Tempo de protrombina, 40304639 - Tempo de tromboplastina parcial ativada e 40304361 Hemograma com contagem de plaquetas ou frações (Eritrograma, Leucograma, Plaquetas), sendo pertinente a cobrança desse último apenas nas situações em que não houver no pedido, solicitação concomitante do mesmo.

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
40305015	1,25 - DIHIDROXI VITAMINA D	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	39,10	0,00	0,00	39,10	NÃO	1
40305066	17-CETOSTEROIDES (17-CTS) - CROMATOGRAFIA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	10,65	0,00	0,00	10,65	NÃO	1
40305074	17-CETOSTEROIDES - RELACAO ALFA / BETA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	6,15	0,00	0,00	6,15	NÃO	1
40305082	17-CETOSTEROIDES TOTAIS (17-CTS)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	6,15	0,00	0,00	6,15	NÃO	1
40305090	17-HIDROXIPREGNENOLONA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	29,81	0,00	0,00	29,81	NÃO	1
40305112	ACIDO-5-HIDROXI INDOL ACETICO, DOSAGEM NA URINA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	12,96	0,00	0,00	12,96	NÃO	1
40305120	ACIDO HOMO VANILICO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	16,50	0,00	0,00	16,50	NÃO	1
40305163	AMP-CICLICO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	12,00	0,00	0,00	12,00	NÃO	1
40305210	CORTISOL LIVRE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	22,95	0,00	0,00	22,95	NÃO	1
40305228	CURVA GLICEMICA (6 DOSAGENS)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	16,95	0,00	0,00	16,95	NÃO	1
40305236	CURVA INSULINICA (6 DOSAGENS)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	60,48	0,00	0,00	60,48	NÃO	1
40305279	DOSAGEM DE RECEPTOR DE PROGESTERONA OU DE ESTROGENIO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	100,80	0,00	0,00	100,80	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL

40305287	ENZIMA CONVERSORA DA ANGIOTENSINA (ECA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	21,60	0,00	0,00	21,60	NÃO	1
40305295	ERITROPOIETINA - PESQUISA E/ OU DOSAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	40,05	0,00	0,00	40,05	NÃO	1
40305341	GAD-AB-ANTIDESCARBOXILASE DO ACIDO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	43,20	0,00	0,00	43,20	NÃO	1
40305368	GLUCAGON, DOSAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	16,95	0,00	0,00	16,95	NÃO	1
40305384	HORMONIO ANTIDIURETICO (VASOPRESSINA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	16,95	0,00	0,00	16,95	NÃO	1
40305406	IGF BP3 (PROTEINA LOGADORA DOS FATORES DE CRESCIMENTO INSULIN-LIKE)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	39,10	0,00	0,00	39,10	NÃO	1
40305449	N - TELOPEPTIDEO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	49,90	0,00	0,00	49,90	NÃO	1
40305465	PARATORMONIO - PTH	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	40,05	0,00	0,00	40,05	NÃO	1
40305503	PREGNANDIOL	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	12,00	0,00	0,00	12,00	NÃO	1
40305546	PROVA DO LH-RH, DOSAGEM DO FSH SEM FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO (CADA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	15,60	0,00	0,00	15,60	NÃO	1
40305554	PROVA DO LH-RH, DOSAGEM DO LH SEM FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO (CADA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	15,60	0,00	0,00	15,60	NÃO	1
40305562	PROVA DO TRH-HPR: DOSAGEM DO HPR SEM FORNECIMENTO DE MATERIAL -CADA AMOSTRA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	19,95	0,00	0,00	19,95	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL

40305570	PROVA DO TRH-TSH:DOSAGEM DO TSH SEM FORNECIMENTO DE MATERIAL-CADA AMOSTRA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	19,95	0,00	0,00	19,95	NÃO	1
40305589	PROVA PARA DIABETE INSIPIDO (RESTRICAO HIDRICA NACL 3% VASOPRESSINA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	14,47	0,00	0,00	14,47	NÃO	1
40305612	BIG-PROLACTINA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	38,00	0,00	0,00	38,00	NÃO	1
40305624	BNP - PEPTIDEO NATRIURETICO DO TIPO B	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	67,57	0,00	0,00	67,57	NÃO	1
40305627	PROVAS DE FUNCAO TIREOIDEANA (T3, T4, INDICES E TSH)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	46,44	0,00	0,00	46,44	NÃO	
40305740	11- DESOXICORTICOSTERONA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	4,31	0,00	0,00	4,31	NÃO	1
40305759	HORMONIO GONODOTROFICO CORIONICO QUALITATIVO (HCG-BETA-HCG) - PESQUISA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	14,04	0,00	0,00	14,04	NÃO	
40305767	HORMONIO GONODOTROFICO CORIONICO QUANTITATIVO (HCG-BETA-HCG) - DOSAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	14,04	0,00	0,00	14,04	NÃO	
40305783	17-HIDROXICORTICOSTEROIDES (17-OHS) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	8,64	0,00	0,00	8,64	NÃO	
40316017	17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	26,20	0,00	0,00	26,20	NÃO	1
40316025	3-ALFA ANDROSTONEDIOL GLUCORONIDEO (3 ALFDADIOL)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	21,60	0,00	0,00	21,60	NÃO	1
40316033	ACIDO VANILMANDELICO (VMA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	14,50	0,00	0,00	14,50	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL

40316041	ADRENOCORTICOTROFICO, HORMONIO (ACTH)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	42,00	0,00	0,00	42,00	NÃO	1
40316050	ALDOSTERONA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	27,17	0,00	0,00	27,17	NÃO	1
40316068	ALFA-FETOPROTEINA (AFP)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	27,00	0,00	0,00	27,00	NÃO	1
40316076	ANDROSTENEDIONA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	33,32	0,00	0,00	33,32	NÃO	1
40316084	ANTICORPO ANTI-RECEPTOR DE TSH (TRAB)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	34,94	0,00	0,00	34,94	NÃO	1
40316092	ANTICORPOS ANTI-INSULINA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	14,50	0,00	0,00	14,50	NÃO	1
40316106	ANTICORPOS ANTI-TIREOIDE (TIREOGLOBULINA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	24,50	0,00	0,00	24,50	NÃO	1
40316114	ANTIGENO AUSTRALIA (HBSAG)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	15,54	0,00	0,00	15,54	NÃO	1
40316122	ANTIGENO CARCINOEMBRIOGENICO (CEA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	25,95	0,00	0,00	25,95	NÃO	1
40316130	ANTIGENO ESPECIFICO PROSTATICO LIVRE (PSA LIVRE)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	24,50	0,00	0,00	24,50	NÃO	1
40316149	ANTIGENO ESPECIFICO PROSTATICO TOTAL (PSA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	18,00	0,00	0,00	18,00	NÃO	1
40316157	ANTI-TPO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	17,93	0,00	0,00	17,93	NÃO	1
40316165	CALCITONINA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	45,90	0,00	0,00	45,90	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL

40316173	CATECOLAMINAS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	14,16	0,00	0,00	14,16	NÃO	1
40316181	COMPOSTO S (11 - DESOXICORTISOL)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	28,24	0,00	0,00	28,24	NÃO	1
40316190	CORTISOL	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	16,72	0,00	0,00	16,72	NÃO	1
40316203	CRESCIMENTO, HORMONIO DO (HGH)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	16,15	0,00	0,00	16,15	NÃO	1
40316211	DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	22,68	0,00	0,00	22,68	NÃO	1
40316220	DEHIDROTESTOSTERONA (DHT)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	33,35	0,00	0,00	33,35	NÃO	1
40316238	DROGAS (IMUNOSSUPRESSORA, ANTICONVULSIVANTE, DIGITALICO ETC) CADA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	24,50	0,00	0,00	24,50	NÃO	1
40316246	ESTRADIOL	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	20,17	0,00	0,00	20,17	NÃO	1
40316254	ESTRIOL	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	23,76	0,00	0,00	23,76	NÃO	1
40316262	ESTRONA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	21,60	0,00	0,00	21,60	NÃO	1
40316270	FERRITINA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	14,53	0,00	0,00	14,53	NÃO	1
40316289	FOLICULO ESTIMULANTE, HORMONIO (FSH)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	14,04	0,00	0,00	14,04	NÃO	1
40316297	GASTRINA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	21,60	0,00	0,00	21,60	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL

40316300	GLOBULINA DE LIGACAO DE HORMONIOS SEXUAIS (SHBG)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	37,42	0,00	0,00	37,42	NÃO	1
40316319	GLOBULINA TRANSPORTADORA DA TIROXINA (TBG)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	28,24	0,00	0,00	28,24	NÃO	1
40316327	GONADOTROFICO CORIONICO, HORMONIO (HCG)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	12,55	0,00	0,00	12,55	NÃO	1
40316335	HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	14,04	0,00	0,00	14,04	NÃO	1
40316343	IMUNOGLOBULINA (IGE)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	15,15	0,00	0,00	15,15	NÃO	1
40316351	INDICE DE TIROXINA LIVRE (ITL)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	16,59	0,00	0,00	16,59	NÃO	1
40316360	INSULINA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	11,88	0,00	0,00	11,88	NÃO	1
40316378	MARCADORES TUMORAIS (CA 19.9, CA 125, CA 72-4, CA 15-3 ETC) - CADA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	42,00	0,00	0,00	42,00	NÃO	1
40316386	OSTEOCALCINA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	32,40	0,00	0,00	32,40	NÃO	1
40316394	PEPTIDEO C	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	25,92	0,00	0,00	25,92	NÃO	1
40316408	PROGESTERONA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	22,05	0,00	0,00	22,05	NÃO	1
40316416	PROLACTINA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	19,55	0,00	0,00	19,55	NÃO	1
40316432	RENINA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	24,52	0,00	0,00	24,52	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL

40316440	SOMATOMEDINA C (IGF 1)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	40,05	0,00	0,00	40,05	NÃO	1
40316459	SULFATO DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (S-DHEA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	25,05	0,00	0,00	25,05	NÃO	1
40316467	T 3 LIVRE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	16,95	0,00	0,00	16,95	NÃO	1
40316475	T 3 RETENCAO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	11,88	0,00	0,00	11,88	NÃO	1
40316483	T 3 REVERSO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	42,12	0,00	0,00	42,12	NÃO	1
40316491	T 4 LIVRE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	18,70	0,00	0,00	18,70	NÃO	1
40316505	TESTOSTERONA LIVRE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	18,65	0,00	0,00	18,65	NÃO	1
40316513	TESTOSTERONA TOTAL	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	22,95	0,00	0,00	22,95	NÃO	1
40316521	TIREOESTIMULANTE, HORMONIO (TSH)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	16,95	0,00	0,00	16,95	NÃO	1
40316530	TIREOGLOBULINA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	28,05	0,00	0,00	28,05	NÃO	1
40316548	TIROXINA (T4)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	14,50	0,00	0,00	14,50	NÃO	1
40316556	TRIIODOTIRONINA (T3)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	14,50	0,00	0,00	14,50	NÃO	1
40316564	VASOPRESSINA (ADH)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	21,60	0,00	0,00	21,60	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL

40316572	VITAMINA B12	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	14,10	0,00	0,00	14,10	NÃO	1
40316599	AMP CICLICO NEFROGENICO NA URINA (24H)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,16	0,00	0,00	2,16	NÃO	
40316602	AMP CICLICO NEFROGENICO NA URINA (AMOSTRA ISOLADA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,16	0,00	0,00	2,16	NÃO	
40316769	DEOXICORTICOSTERONA, DOSAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	4,31	0,00	0,00	4,31	NÃO	
40316866	GONADOTROFINA CORIONICA - HEMAGLUTINACAO OU LATEX	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	14,04	0,00	0,00	14,04	NÃO	
40316955	INSULINA LIVRE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	11,88	0,00	0,00	11,88	NÃO	
40321770	DISOPIRAMIDA, DOSAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	32,40	0,00	0,00	32,40	NÃO	
40322360	ALFA FETOPROTEINA L3 LIQUOR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	27,00	0,00	0,00	27,00	NÃO	

IMUNOLOGIA

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
40304973	ALFA TALASSEMIA ANAL MOLECULAR SANGUE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	181,78	0,00	0,00	181,78	NÃO	
40306011	ADENOVIRUS , IGG	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	12,25	0,00	0,00	12,25	NÃO	1
40306020	ADENOVIRUS , IGM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	12,25	0,00	0,00	12,25	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

IMUNOLOGIA

40306038	AMEBIASE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,02	0,00	0,00	3,02	NÃO	1
40306046	ANTI CANDIDA - IGG E IGM (CADA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	9,66	0,00	0,00	9,66	NÃO	1
40306054	ANTI-ACTINA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	14,26	0,00	0,00	14,26	NÃO	1
40306062	ANTI-DNA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	8,50	0,00	0,00	8,50	NÃO	1
40306070	ANTI-JO1	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	10,60	0,00	0,00	10,60	NÃO	1
40306089	ANTI-LA/SSB	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	18,55	0,00	0,00	18,55	NÃO	1
40306097	ANTI-LKM-1	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	7,13	0,00	0,00	7,13	NÃO	1
40306100	ANTI-RNP	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	17,16	0,00	0,00	17,16	NÃO	1
40306119	ANTI-RO / SSA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	14,71	0,00	0,00	14,71	NÃO	1
40306127	ANTI-SM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	17,16	0,00	0,00	17,16	NÃO	1
40306135	ANTI-CARDIOLIPINA - IGA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	15,12	0,00	0,00	15,12	NÃO	1
40306143	ANTI-CARDIOLIPINA - IGG	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	13,30	0,00	0,00	13,30	NÃO	1
40306151	ANTI-CARDIOLIPINA - IGM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	18,20	0,00	0,00	18,20	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

IMUNOLOGIA

40306160	ANTICENTROMERO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	11,26	0,00	0,00	11,26	NÃO	1
40306194	ANTICORPOS ANTI VIRUS DA HEPATITE E (TOTAL)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	24,50	0,00	0,00	24,50	NÃO	1
40306208	ANTICORPOS ANTI-ILHOTA DE LANGHERANS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	17,28	0,00	0,00	17,28	NÃO	1
40306216	ANTICORPOS ANTI-INFLUENZA A, IGG	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	10,80	0,00	0,00	10,80	NÃO	1
40306224	ANTICORPOS ANTI-INFLUENZA A, IGM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	10,80	0,00	0,00	10,80	NÃO	1
40306232	ANTICORPOS ANTI-INFLUENZA B, IGG	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	10,80	0,00	0,00	10,80	NÃO	1
40306240	ANTICORPOS ANTI-INFLUENZA B, IGM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	10,80	0,00	0,00	10,80	NÃO	1
40306259	ANTICORPOS ANTIENDOMISIO - IGG - IGM, IGA - (CADA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	36,40	0,00	0,00	36,40	NÃO	1
40306267	ANTICORPOS NATURAIS - ISOAGLUTININAS, PESQUISAS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	9,60	0,00	0,00	9,60	NÃO	1
40306275	ANTICORPOS NATURAIS - ISOAGLUTININAS, TITULAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	16,80	0,00	0,00	16,80	NÃO	1
40306283	ANTICORTEX SUPRA-RENAL	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	15,12	0,00	0,00	15,12	NÃO	1
40306291	ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	12,00	0,00	0,00	12,00	NÃO	1
40306305	ANTIGLIADINA (GLUTEN) - IGA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	16,80	0,00	0,00	16,80	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

IMUNOLOGIA

40306313	ANTIGLIADINA (GLUTEN) - IGG	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	16,80	0,00	0,00	16,80	NÃO	1
40306330	ANTIMEMBRANA BASAL	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	16,80	0,00	0,00	16,80	NÃO	1
40306348	ANTIMICROSSOMAL	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	18,20	0,00	0,00	18,20	NÃO	1
40306356	ANTIMITICONDRIA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	8,64	0,00	0,00	8,64	NÃO	1
40306364	ANTIMITICONDRIA , M2	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	18,00	0,00	0,00	18,00	NÃO	1
40306372	ANTIMUSCULO CARDIACO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	9,00	0,00	0,00	9,00	NÃO	1
40306380	ANTIMUSCULO ESTRIADO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	16,80	0,00	0,00	16,80	NÃO	1
40306399	ANTIMUSCULO LISO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	9,00	0,00	0,00	9,00	NÃO	1
40306402	ANTINEUTROFILOS (ANCA) C	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	18,20	0,00	0,00	18,20	NÃO	1
40306410	ANTINEUTROFILOS (ANCA) P	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	18,20	0,00	0,00	18,20	NÃO	1
40306429	ANTIPARIETAL	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	8,64	0,00	0,00	8,64	NÃO	1
40306437	ANTIPEROXIDASE TIROIDEANA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	17,93	0,00	0,00	17,93	NÃO	1
40306445	ASLO (ANTIESTREPTOLISINA) - DETERMINACAO QUANTITATIVA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	4,37	0,00	0,00	4,37	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

IMUNOLOGIA

40306453	ASPERGILUS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	19,20	0,00	0,00	19,20	NÃO	1
40306461	AVIDEZ DE IGG P/ TOXOPLASMOSE, CITOMEGALIA, RUBEOLA, EB E OUTROS - CADA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	17,41	0,00	0,00	17,41	NÃO	1
40306470	BETA 2 MICROGLOBULINA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	50,40	0,00	0,00	50,40	NÃO	1
40306488	BIOTINIDASE, ATIVIDADE DA, QUALITATIVO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	13,44	0,00	0,00	13,44	NÃO	1
40306496	BLASTOMICOSE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	5,30	0,00	0,00	5,30	NÃO	1
40306500	BRUCELA - IGG	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	5,30	0,00	0,00	5,30	NÃO	1
40306518	BRUCELA - IGM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	6,42	0,00	0,00	6,42	NÃO	1
40306534	C 1 Q	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	14,47	0,00	0,00	14,47	NÃO	1
40306542	C 3 PROATIVADOR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	17,41	0,00	0,00	17,41	NÃO	1
40306550	C 3 A (FATOR B)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	9,80	0,00	0,00	9,80	NÃO	1
40306593	CAXUMBA, IGG	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	14,47	0,00	0,00	14,47	NÃO	1
40306607	CAXUMBA, IGM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	14,47	0,00	0,00	14,47	NÃO	1
40306615	CHAGAS , IGG	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	6,48	0,00	0,00	6,48	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

IMUNOLOGIA

40306623	CHAGAS , IGM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	6,48	0,00	0,00	6,48	NÃO	1
40306631	CHLAMYDIA - IGG	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	10,80	0,00	0,00	10,80	NÃO	1
40306640	CHLAMYDIA - IGM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	10,80	0,00	0,00	10,80	NÃO	1
40306658	CISTICERCOSE, AC	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	13,44	0,00	0,00	13,44	NÃO	1
40306666	CITOMEGALOVIRUS - IGG	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	12,90	0,00	0,00	12,90	NÃO	1
40306674	CITOMEGALOVIRUS - IGM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	16,25	0,00	0,00	16,25	NÃO	1
40306682	CLOSTRIDIUM DIFFICILE, TOXINA A, PESQUISA E/OU DOSAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	28,52	0,00	0,00	28,52	NÃO	1
Atualizações:	Descrição Item										
40306692	COMPLEMENTO C 2	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	19,81	0,00	0,00	19,81	NÃO	1
40306704	COMPLEMENTO C 3	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	8,62	0,00	0,00	8,62	NÃO	1
40306712	COMPLEMENTO C 4	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	7,50	0,00	0,00	7,50	NÃO	1
40306739	COMPLEMENTO CH-100	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	10,50	0,00	0,00	10,50	NÃO	1
40306747	COMPLEMENTO CH-50	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	9,60	0,00	0,00	9,60	NÃO	1
40306755	CRIO-AGLUTININA, GLOBULINA, PESQUISA - CADA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	8,40	0,00	0,00	8,40	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

IMUNOLOGIA

40306763	CRIO-AGLUTININA, GLOBULINA, DOSAGEM - CADA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,02	0,00	0,00	3,02	NÃO	1
40306771	CROSS MATCH (PROVA CRUZADA DE HISTOCOMPATIBILIDADE P/ TRANSPLANTE RENAL)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	32,40	0,00	0,00	32,40	NÃO	1
40306780	CULTURA OU ESTIMULACAO DOS LINFOCITOS IN VITRO POR CONCANAVALINA, PHA OU POKWEED	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	30,24	0,00	0,00	30,24	NÃO	1
40306798	DENGUE - IGG E IGM (CADA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	16,99	0,00	0,00	16,99	NÃO	1
40306801	ECHOVIRUS (PAINEL) SOROLOGIA PARA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	44,71	0,00	0,00	44,71	NÃO	1
40306810	EQUINOCOCOSE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	4,54	0,00	0,00	4,54	NÃO	1
40306852	FATOR ANTINUCLEO (FAN)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	7,50	0,00	0,00	7,50	NÃO	1
40306860	FATOR REUMATOIDE, TESTE DO LATEX	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,40	0,00	0,00	3,40	NÃO	1
40306879	FILARIA, SOROLOGIA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	11,09	0,00	0,00	11,09	NÃO	1
40306887	GENOTIPAGEM DO SISTEMA HLA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	47,00	0,00	0,00	47,00	NÃO	1
40306895	GIARDIA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	19,20	0,00	0,00	19,20	NÃO	1
40306909	HELICOBACTER PYLORI - IGA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	70,17	0,00	0,00	70,17	NÃO	1
40306917	HELICOBACTER PYLORI - IGG	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	16,99	0,00	0,00	16,99	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

IMUNOLOGIA

40306925	HELICOBACTER PYLORI - IGM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	19,58	0,00	0,00	19,58	NÃO	1
40306933	HEPATITE A - HAV - IGG	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	18,55	0,00	0,00	18,55	NÃO	1
40306941	HEPATITE A - HAV - IGM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	18,55	0,00	0,00	18,55	NÃO	1
40306950	HEPATITE B - HBCAC - IGG (ANTI-CORE IGG OU ACOREG)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	18,55	0,00	0,00	18,55	NÃO	1
40306968	HEPATITE B - HBCAC - IGM (ANTI-CORE IGM OU ACOREM)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	18,55	0,00	0,00	18,55	NÃO	1
40306976	HEPATITE B - HBE - (ANTI HBE)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	19,58	0,00	0,00	19,58	NÃO	1
40306984	HEPATITE B - HBEAG - (ANTIGENO E)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	18,55	0,00	0,00	18,55	NÃO	1
40306992	HEPATITE B - ANTI-HBS (ANTI-ANTIGENO DE SUPERFICIE)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	18,55	0,00	0,00	18,55	NÃO	1
40307018	HEPATITE B - HBSAG -(AU, ANTIGENO AUSTRALIA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	15,12	0,00	0,00	15,12	NÃO	1
40307026	HEPATITE C - ANTI-HCV	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	18,55	0,00	0,00	18,55	NÃO	1
40307034	HEPATITE C - ANTIGENO HCV - IGM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	33,60	0,00	0,00	33,60	NÃO	1
40307042	HEPATITE C - IMUNOBLOT	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	82,13	0,00	0,00	82,13	NÃO	1
40307050	HEPATITE DELTA, ANTICORPO IGG	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	33,60	0,00	0,00	33,60	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

IMUNOLOGIA

40307069	HEPATITE DELTA, ANTICORPO IGM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	33,60	0,00	0,00	33,60	NÃO	1
40307077	HEPATITE DELTA, ANTIGENO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	23,41	0,00	0,00	23,41	NÃO	1
40307085	HERPES SIMPLES, IGG	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	18,87	0,00	0,00	18,87	NÃO	1
40307093	HERPES SIMPLES, IGM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	18,87	0,00	0,00	18,87	NÃO	1
40307107	HERPES ZOSTER, IGG	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	18,87	0,00	0,00	18,87	NÃO	1
40307115	HERPES ZOSTER, IGM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	18,87	0,00	0,00	18,87	NÃO	1
40307123	HIPERSENSIBILIDADE RETARDADA (INTRADERMO REACAO IDER) CANDIDINA, CAXUMBA, ESTREPTOQUINASE-DORNASE, PPD, TRICOFITINA, VIRUS VACINAL, OUTRO(S)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	6,50	0,00	0,00	6,50	NÃO	1
40307144	HISTONA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	17,28	0,00	0,00	17,28	NÃO	1
40307158	HISTOPLASMOSE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	5,83	0,00	0,00	5,83	NÃO	1
40307166	HIV - ANTIGENO P 24	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	36,50	0,00	0,00	36,50	NÃO	1
40307174	HIV 1 OU HIV 2 - PESQUISA DE ANTICORPOS	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	25,20	0,00	0,00	25,20	NÃO	1
40307182	HIV 1 HIV 2 - (DETERMINACAO CONJUNTA) - PESQUISA DE ANTICORPOS	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	24,00	0,00	0,00	24,00	NÃO	1
40307190	HLA - DR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	115,13	0,00	0,00	115,13	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

IMUNOLOGIA

40307204	HLA - DR DQ	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	136,87	0,00	0,00	136,87	NÃO	1
40307212	HTLV 1 OU HTLV 2 - PESQUISA DE ANTICORPO (CADA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	23,93	0,00	0,00	23,93	NÃO	1
40307220	IGA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	10,80	0,00	0,00	10,80	NÃO	1
40307247	IGD	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	13,94	0,00	0,00	13,94	NÃO	1
40307255	IGE, GRUPO ESPECIFICO - CADA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	12,83	0,00	0,00	12,83	NÃO	1
40307263	IGE, POR ALERGENO - CADA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	12,83	0,00	0,00	12,83	NÃO	1
40307271	IGE TOTAL	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	12,83	0,00	0,00	12,83	NÃO	1
40307280	IGG	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	10,80	0,00	0,00	10,80	NÃO	1
40307298	IGG, SUBCLASSES 1, 2, 3, 4 - (CADA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	29,18	0,00	0,00	29,18	NÃO	1
40307301	IGM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	10,80	0,00	0,00	10,80	NÃO	1
40307336	IMUNOELETROFORESE (ESTUDO DA GAMOPATIA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	25,92	0,00	0,00	25,92	NÃO	1
40307344	INIBIDOR DE C1 - ESTERASE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	14,54	0,00	0,00	14,54	NÃO	1
40307352	ISOSPORA, PESQUISA DE ANTIGENO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,65	0,00	0,00	2,65	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

IMUNOLOGIA

40307387	LEGIONELA - IGG E IGM (CADA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	29,93	0,00	0,00	29,93	NÃO	1
40307395	LEISHMANIOSE - IGG E IGM - (CADA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	6,65	0,00	0,00	6,65	NÃO	1
40307409	LEPTOSPIROSE - IGG	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	8,15	0,00	0,00	8,15	NÃO	1
40307417	LEPTOSPIROSE - IGM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	13,94	0,00	0,00	13,94	NÃO	1
40307425	LEPTOSPIROSE, AGLUTINACAO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	6,65	0,00	0,00	6,65	NÃO	1
40307433	LINFOCITOS T SUPRESSORES CONTAGEM DE (IF COM OKT-8) (D-8) CITOMETRIA DE FLUXO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	24,00	0,00	0,00	24,00	NÃO	1
40307441	LINFOCITOS T HELPER, CONTAGEM DE (IF C/ OKT-4) (CD-4) - CITOMETRIA DE FLUXO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	24,00	0,00	0,00	24,00	NÃO	1
40307450	LISTERIOSE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	6,65	0,00	0,00	6,65	NÃO	1
40307468	LYME - IGG	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	30,24	0,00	0,00	30,24	NÃO	1
40307476	LYME - IGM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	30,24	0,00	0,00	30,24	NÃO	1
40307484	MALARIA - IGG	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	6,48	0,00	0,00	6,48	NÃO	1
40307492	MALARIA - IGM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	6,48	0,00	0,00	6,48	NÃO	1
40307522	MICOPLASMA PNEUMONIAE - IGG	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	14,47	0,00	0,00	14,47	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

IMUNOLOGIA

40307530	MICOPLASMA PNEUMONIAE - IGM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	21,60	0,00	0,00	21,60	NÃO	1
40307557	MONONUCLEOSE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	4,10	0,00	0,00	4,10	NÃO	1
40307565	MONONUCLEOSE, EPSTEIN BARR - IGG	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	12,96	0,00	0,00	12,96	NÃO	1
40307573	MONONUCLEOSE, ANTI-VCA (EBV) - IGG	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	25,20	0,00	0,00	25,20	NÃO	1
40307581	MONONUCLEOSE, ANTI-VCA (EBV) - IGM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	25,20	0,00	0,00	25,20	NÃO	1
40307603	OUTROS TESTES BIOQUIMICOS P/ DETERMINACAO DO RISCO FETAL (CADA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	20,49	0,00	0,00	20,49	NÃO	1
40307611	PARVOVIRUS - IGG, IGM (CADA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	4,10	0,00	0,00	4,10	NÃO	1
40307620	PEPTIDEO INTESTINAL VASOATIVO, DOSAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	86,40	0,00	0,00	86,40	NÃO	1
40307638	PPD (TUBERCULINA), IDER	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,95	0,00	0,00	2,95	NÃO	1
40307646	PROTEINA C REATIVA , PESQUISA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,40	0,00	0,00	3,40	NÃO	1
40307647	PROTEINA C REATIVA, DETERMINACAO QUANTITATIVA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	12,10	0,00	0,00	12,10	NÃO	1
40307670	PSITACOSE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	33,25	0,00	0,00	33,25	NÃO	1
40307689	REACAO SOROLOGICA PARA COXSACKIE, NEUTRALIZACAO IGG - IGM - CADA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	13,39	0,00	0,00	13,39	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

IMUNOLOGIA

40307697	RUBEOLA - ANTICORPOS IGG	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	14,40	0,00	0,00	14,40	NÃO	1
40307700	RUBEOLA - ANTICORPOS IGM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	18,00	0,00	0,00	18,00	NÃO	1
40307719	SCHISTOSOMOSE IGG	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	5,83	0,00	0,00	5,83	NÃO	1
40307727	SCHISTOSOMOSE IGM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	5,83	0,00	0,00	5,83	NÃO	1
40307735	SIFILIS - FTA - ABS - IGG	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	7,56	0,00	0,00	7,56	NÃO	1
40307743	SIFILIS - FTA - ABS - IGM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	10,00	0,00	0,00	10,00	NÃO	1
40307751	SIFILIS - TPHA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	4,24	0,00	0,00	4,24	NÃO	1
40307760	SIFILIS - VDRL (INCLUSIVE QUANTITATIVO)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	4,32	0,00	0,00	4,32	NÃO	1
40307786	TESTE RESPIRATORIO PARA H. PYLORI	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	57,60	0,00	0,00	57,60	NÃO	1
40307794	TOXOCARA CANNIS - IGG	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	10,61	0,00	0,00	10,61	NÃO	1
40307808	TOXOCARA CANNIS - IGM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	12,82	0,00	0,00	12,82	NÃO	1
40307824	TOXOPLASMOSE, IGG	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	11,59	0,00	0,00	11,59	NÃO	1
40307832	TOXOPLASMOSE, IGM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	16,05	0,00	0,00	16,05	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

IMUNOLOGIA

40307840	UREASE, TESTE RAPIDO PARA HELICOBACTER PYLORI	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	4,20	0,00	0,00	4,20	NÃO	1
40307859	VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	29,90	0,00	0,00	29,90	NÃO	1
40307867	WALER-ROSE (FATOR REUMATOIDE), TESTE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	4,10	0,00	0,00	4,10	NÃO	1
40307875	WESTERN BLOT (ANTICORPOS ANTI-HIV)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	140,00	0,00	0,00	140,00	NÃO	1
40307883	WESTERN BLOT (ANTICORPOS ANTI HTV I OU HTLV II) - CADA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	125,93	0,00	0,00	125,93	NÃO	1
40307905	ALERGENOS - PERFIL ANTIGENICO (PAINEL C/36 ANTIGENOS) - PESQUISA E/OU DOSAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	151,20	0,00	0,00	151,20	NÃO	
40307948	ANTIFIGADO (GLOMERULO, TUB. RENAL CORTE RIM DE RATO), IFI - PESQUISA E/OU DOSAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	15,12	0,00	0,00	15,12	NÃO	
40307980	CHAGAS, HA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	5,30	0,00	0,00	5,30	NÃO	1
40307999	COMPLEMENTO C3, C4 - TURBID. OU NEFOLOMETRICO C3A - PESQUISA E/OU DOSAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	12,53	0,00	0,00	12,53	NÃO	
40308014	CRIOGLOBULINAS, CARACTERIZACAO - IMUNOELETROFORESE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	21,60	0,00	0,00	21,60	NÃO	
40308022	DNCB - TESTE DE CONTATO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	5,83	0,00	0,00	5,83	NÃO	
40308090	NTB ESTIMULADO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	10,80	0,00	0,00	10,80	NÃO	1
40308120	SARAMPO - ANTICORPOS IGG	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	34,78	0,00	0,00	34,78	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

IMUNOLOGIA

40308138	SARAMPO - ANTICORPOS IGM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	34,78	0,00	0,00	34,78	NÃO	1
40308154	TOXOPLASMOSE - IGA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	17,93	0,00	0,00	17,93	NÃO	
40308162	VARICELA - IGG	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	28,22	0,00	0,00	28,22	NÃO	1
40308170	VARICELA - IGM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	17,93	0,00	0,00	17,93	NÃO	1
40308286	SIFILIS ANTICORPO TOTAL - PESQUISA E/OU DOSAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	9,35	0,00	0,00	9,35	NÃO	
40308308	AMEBIASE IGG	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	16,82	0,00	0,00	16,82	NÃO	1
40308317	AMEBIASE IGM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	23,11	0,00	0,00	23,11	NÃO	1
40308367	PSITACOSE - IGM - PESQUISA E/OU DOSAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	54,32	0,00	0,00	54,32	NÃO	
40308413	PARACOCCIDIOIDOMICOSE, ANTICORPOS TOTAIS - IGG	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	46,80	0,00	0,00	46,80	NÃO	
40308443	ANTI-RECEPTOR DE ACETIL COLINA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	97,60	0,00	0,00	97,60	NÃO	1
40308453	ANTI TRANSGLUTAMINASE TECIDUAL - IGA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	15,12	0,00	0,00	15,12	NÃO	1
40308529	ANTICORPOS ANTIPNEUMOCOCCO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	43,20	0,00	0,00	43,20	NÃO	
40308804	ANTICORPOS ANTI PEPTIDEO CICLICO CITRULINADO -IGG	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	33,00	0,00	0,00	33,00	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

IMUNOLOGIA

40314430	HLA B 27, FENOTIPAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	77,60	0,00	0,00	77,60	NÃO	1
40319040	CADEIA KAPPA-LAMBDA LEVE LIVRE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	4,73	0,00	0,00	4,73	NÃO	
40319121	HEMACIAS, TEMPO DE SOBREVIDA DAS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	10,80	0,00	0,00	10,80	NÃO	
40319270	TEMPO DE LISE DE EUGLOBULINA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,02	0,00	0,00	3,02	NÃO	
40319318	ANALISE DE MULTIMEROS PARA PACIENTES COM DOENCA DE VON WILLEBRAND	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	11,45	0,00	0,00	11,45	NÃO	
40319326	PROTROMBINA, PESQUISA DE MUTACAO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	181,78	0,00	0,00	181,78	NÃO	
40323048	ACETILCOLINA, ANTICORPOS MODULADOR RECEPTOR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	259,56	0,00	0,00	259,56	NÃO	
40323153	C4D FRAGMENTO (PESQUISA EM AMOSTRAS DE BIOPSIA DE RIM TRANSPLANTADO)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	227,33	0,00	0,00	227,33	NÃO	1
40323404	HEPATITE E - IGM/IGG	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	44,21	0,00	0,00	44,21	NÃO	
40323897	ANTICORPOS ANTIDIFTERIA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	43,20	0,00	0,00	43,20	NÃO	
40323900	ANTICORPOS ANTITETANO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	25,06	0,00	0,00	25,06	NÃO	
40323919	TESTE RAPIDO PARA DETECCAO DE HIV EM GESTANTE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	36,07	0,00	0,00	36,07	NÃO	
40323978	CADEIAS LEVES LIVRES KAPPA/LAMBDA EM URINA, DOSAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	4,32	0,00	0,00	4,32	NÃO	

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

IMUNOLOGIA

40324052	COXSACKIE B1-6, ANTICORPOS IGM	Principal	Ambulatorial	NÃO	NÃO	44,21	0,00	0,00	44,21	NÃO	
40324060	EPSTEIN BARR VIRUS ANTIGENO PRECOCE, ANTICORPOS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	44,21	0,00	0,00	44,21	NÃO	
40324176	CHIKUNGUNYA ANTICORPOS INCLUI IGG E IGM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	70,71	0,00	0,00	70,71	NÃO	1
40324192	ANTIGENO NS1 DO VIRUS DA DENGUE, PESQUISA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	20,00	0,00	0,00	20,00	NÃO	1
40324559	DENGUE, ANTICORPOS IGG, SORO (TESTE RAPIDO)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	18,90	0,00	0,00	18,90	NÃO	1
40324567	DENGUE, ANTICORPOS IGM, SORO (TESTE RAPIDO)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	18,90	0,00	0,00	18,90	NÃO	1
40324591	ZIKA IGG	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	100,00	0,00	0,00	100,00	NÃO	1
40324605	ZIKA IGM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	100,00	0,00	0,00	100,00	NÃO	1

LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS)

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
40309010	ADENOSINA DE AMINASE (ADA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	17,17	0,00	0,00	17,17	NÃO	1
40309029	BIOQUIMICA LCR (PROTEINAS PANDY GLICOSE CLORO)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,16	0,00	0,00	2,16	NÃO	1
40309037	CELULAS, CONTAGEM TOTAL E ESPECIFICA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,85	0,00	0,00	2,85	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS)

40309045	CELULAS, PESQUISA DE CELULAS NEOPLASICAS (CITOLOGIA ONCOTICA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	12,90	0,00	0,00	12,90	NÃO	1
40309053	CRIPTOCOCOSE CANDIDA, ASPERGILUS (LATEX) - CADA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	14,40	0,00	0,00	14,40	NÃO	1
40309061	ELETROFORESE DE PROTEINAS COM CONCENTRACAO (LIQUOR)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	11,95	0,00	0,00	11,95	NÃO	1
40309070	H. INFLUENZAE, S. PNEUMONIEAE, N. MENINGITIDIS, A,B,C W 135 (CADA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	6,60	0,00	0,00	6,60	NÃO	1
40309088	HAEMOPHILUS INFLUENZAE - PESQUISA DE ANTICORPOS - CADA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	12,00	0,00	0,00	12,00	NÃO	1
40309096	INDICE DE IMUNOPRODUCAO (ELETROF. E IGG EM SORO E LIQUOR)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	16,50	0,00	0,00	16,50	NÃO	1
40309118	LCR ROTINA (ASPECTOS COR/INDICES+CONTAGEM LEUCOCITOS/HEMACIAS +PROTEINA+GLICOSE+CLORO+REACOES NEUROCISTICERCOSE/NEUROLUES (2)+BACTERIOSCOPIA+CULTURA+LATEX P/ BACTERIAS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	21,60	0,00	0,00	21,60	NÃO	1
40309134	PESQUISA DE BANDAS OLIGOCLONAIS POR ISOFOCALIZACAO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	139,94	0,00	0,00	139,94	NÃO	1
40309142	PROTEINA MIELINA BASICA, ANTICORPO ANTI	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	51,59	0,00	0,00	51,59	NÃO	1
40309150	PUNCAO CISTERNAL SUB-OCCIPITAL COM MANOMETRIA P/ COLETA DE LIQUOR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	30,63	0,00	0,00	30,63	NÃO	1
40309169	PUNCAO LOMBAR COM MANOMETRIA P/ COLETA DE LIQUOR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	32,09	0,00	0,00	32,09	NÃO	1
40309304	ANTICORPO ANTIESPERMATOZOIDE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	7,20	0,00	0,00	7,20	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

LÍQUIDOS (CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAL E OUTROS)

40309305	ROTINA LIQ. AMNIOTICO - AMNIOGRAMA (CITOLOGICO, ESPECTROFOTOMETRIA, CREATININA E TESTE DE CLEMENTS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	8,45	0,00	0,00	8,45	NÃO	1
40309312	ESPERMOGRAMA (CARACTERES FISICOS, PH, FLUIDIFICACAO, MOTILIDADE, VITALIDADE, CONTAGEM E MORFOLOGIA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	9,70	0,00	0,00	9,70	NÃO	1
40309320	ESPERMOGRAMA E TESTE DE PENETRACAO IN VITRO, VELOCIDADE DE PENETRACAO VERTICAL, COLOCACAO VITAL, TESTE DE REVITALIZACAO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	11,85	0,00	0,00	11,85	NÃO	1
40309401	CLEMENTS , TESTE DE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,55	0,00	0,00	2,55	NÃO	1
40309410	ESPECTROFOTOMETRIA (LIQUIDO AMNIOTICO)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	4,32	0,00	0,00	4,32	NÃO	1
40309428	FOSFOLIPIDIOS (RELACAO LECITINA/ESFINGOMIELINA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	9,60	0,00	0,00	9,60	NÃO	1
40309436	MATURIDADE PULMONAR FETAL	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	18,48	0,00	0,00	18,48	NÃO	1
40309509	CRISTAIS COM LUZ POLARIZADA, PESQUISA DE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,16	0,00	0,00	2,16	NÃO	1
40309517	RAGOCITOS, PESQUISA DE (LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,16	0,00	0,00	2,16	NÃO	1
40309525	ROTINA LIQ. SINOVIAL (CARACTERES FISICOS,CITOLOGIA,GLICOSE, PROTEINAS E FRACOES, ACIDO URICO, PROVA DO LATEX P/ FATOR REUMATOIDE, BACTERIOS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	10,05	0,00	0,00	10,05	NÃO	1
40322084	SWELLING TEST	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,60	0,00	0,00	3,60	NÃO	

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

MICROBIOLOGIA

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
40310019	A FRESCO, EXAME	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,80	0,00	0,00	2,80	NÃO	1
40310027	ANTIBIOGRAMA P/ BACILO ALCOOL-ACIDO RESISTENTES (DROGAS DE 2 LINHAS)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	18,70	0,00	0,00	18,70	NÃO	1
40310035	ANTIBIOGRAMA(TESTE DE SENSIBILIDADE P/ ANTIBIOTICOS E QUIMIOTERAPICOS) - POR BACTERIA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	4,80	0,00	0,00	4,80	NÃO	1
40310043	ANTIGENOS FUNGICOS, PESQUISA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	16,10	0,00	0,00	16,10	NÃO	1
40310051	BACILOS ALCOOL-ACIDO-RESISTENTES(ZIEHL OU FLUORESCENCIA DIRETA E APOS HOMOGEINIZACAO)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	4,20	0,00	0,00	4,20	NÃO	1
40310060	BACTERIOSCOPIA (GRAM, ZIEHL, ALBERT ETC) - POR LAMINA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,80	0,00	0,00	2,80	NÃO	1
40310078	CLAMIDIA , CULTURA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	14,92	0,00	0,00	14,92	NÃO	1
40310086	COLERA, IDENTIFICACAO (SOROTIPAGEM INCLUIDA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	30,00	0,00	0,00	30,00	NÃO	1
40310094	CORPUSCULOS DE DONOVANI, PESQUISA DIRETA DE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,80	0,00	0,00	2,80	NÃO	1
40310108	CRIPTOCOCOS (TINTA DA CHINA), PESQUISA DE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,00	0,00	0,00	3,00	NÃO	1
40310116	CRIPTOSPORIDIUM, PESQUISA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	7,50	0,00	0,00	7,50	NÃO	1
40310124	CULTURA BACTERIANA (EM DIVERSOS MATERIAIS BIOLOGICOS)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	8,36	0,00	0,00	8,36	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

MICROBIOLOGIA

40310132	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	10,80	0,00	0,00	10,80	NÃO	1
40310140	CULTURA PARA FUNGOS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	8,45	0,00	0,00	8,45	NÃO	1
40310159	CULTURA PARA MICOBACTERIAS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	8,45	0,00	0,00	8,45	NÃO	1
40310167	CULTURA QUANTITATIVA SECRECOES PULMONARES (QDO. NECESSITAR TTO PREVIO COM N.C.A.	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	18,91	0,00	0,00	18,91	NÃO	1
40310175	CULTURA, FEZES: SALMONELLA, SHIGELLA E ESCHERICHIA COLI ENTEROPATOGENICAS, ENTEROINVASORA (SOROLOGIA INCLUIDA) + CAMPYLOBACTER SP. + ESCHERICHIA COLI ENTEROHEMORRAGICA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	12,96	0,00	0,00	12,96	NÃO	1
40310183	CULTURA, FEZES: SALMONELLA, SHIGELLA E ESCHERICHIA COLI ENTEROPATOGENICAS (SOROLOGIA INCLUIDA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	12,96	0,00	0,00	12,96	NÃO	
40310191	CULTURA, HERPESVIRUS OU OUTRO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	34,36	0,00	0,00	34,36	NÃO	1
40310205	MICOPLASMA OU UREAPLASMA, CULTURA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	14,47	0,00	0,00	14,47	NÃO	1
40310213	CULTURA - URINA COM CONTAGEM DE COLONIAS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	7,80	0,00	0,00	7,80	NÃO	1
40310221	ESTREPTOCOCOS - A, TESTE RAPIDO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	14,47	0,00	0,00	14,47	NÃO	1
40310230	FUNGOS, PESQUISA DE (A FRESCO, LACTOFENOL, TINTA DA CHINA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,00	0,00	0,00	3,00	NÃO	1
40310248	HEMOCULTURA -ANTIBIOGRAMA QUANDO NECESSARIO (POR AMOSTRA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	10,25	0,00	0,00	10,25	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

MICROBIOLOGIA

40310256	HEMOCULTURA AUTOMATIZADA (POR AMOSTRA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	13,92	0,00	0,00	13,92	NÃO	1
40310264	HEMOCULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBIAS - POR AMOSTRA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	12,00	0,00	0,00	12,00	NÃO	1
40310272	BORDETELLA(HEMOPHILUS) PERTUSSIS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	12,72	0,00	0,00	12,72	NÃO	1
40310280	HANSEN (LEPRA), PESQUISA DE (POR MATERIAL)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,80	0,00	0,00	2,80	NÃO	1
40310299	LEPTOSPIRA (CAMPO ESCURO APOS CONCENTRACAO), PESQUISA DE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,80	0,00	0,00	2,80	NÃO	1
40310302	MICOBACTERIA - TESTE DE SENSIBILIDADE A DROGAS MIC, POR DROGA TESTADA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	42,90	0,00	0,00	42,90	NÃO	1
40310310	PARACOCCIDIOIDES, PESQUISA DE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,00	0,00	0,00	3,00	NÃO	1
40310329	PNEMOCYSTIS CARINII, PEQUISA POR COLORACAO ESPECIAL	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	8,40	0,00	0,00	8,40	NÃO	1
40310337	ROTAVIRUS, PESQUISA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	10,25	0,00	0,00	10,25	NÃO	1
40310345	TREPONEMA (CAMPO ESCURO), PESQUISA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	4,32	0,00	0,00	4,32	NÃO	1
40310361	CITOMEGALOVIRUS, SHELL VIAL	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	191,18	0,00	0,00	191,18	NÃO	1
40310370	MICROSPORIDIA, PESQUISA NAS FEZES	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,00	0,00	0,00	3,00	NÃO	1
40310388	SARCOPTES SCABEI, PESQUISA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,05	0,00	0,00	2,05	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

MICROBIOLOGIA

40310396	CLAMIDIA , PCR, AMPLIFICACAO DE DNA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	41,47	0,00	0,00	41,47	NÃO	1
40310400	CULTURA AUTOMATIZADA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	9,45	0,00	0,00	9,45	NÃO	1
40310426	ANTIBIOGRAMA AUTOMATIZADO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	19,44	0,00	0,00	19,44	NÃO	
40310434	LEISHMANIA, PESQUISA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	43,25	0,00	0,00	43,25	NÃO	
40310540	PROTOZOARIOS CULTURA PARA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	10,80	0,00	0,00	10,80	NÃO	
40310566	TESTE DE SENSIBILIDADE MYCOBACTERIUM CEPAS DE BACTERIAS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	7,94	0,00	0,00	7,94	NÃO	
40310604	ANTIFUNGIGRAMA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	8,71	0,00	0,00	8,71	NÃO	
40310620	CULTURA, PARA AGENTES MULTIRRESISTENTES, VARIOS MATERIAIS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	10,80	0,00	0,00	10,80	NÃO	
40310647	CULTURA QUANTITATIVO QUEIMADOS (PELE)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	10,80	0,00	0,00	10,80	NÃO	
40310671	CULTURA EM LEITE MATERNO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	10,80	0,00	0,00	10,80	NÃO	

Observações: 1) Os códigos 40310140 - CULTURA PARA FUNGOS e 40310230 - FUNGOS, PESQUISA DE (A FRESCO, LACTOFENOL, TINTA DA CHINA) para pesquisa em fâneros, regiões palmares e plantares serão remunerados na quantidade de 1 por membro, máximo de quatro.

URINÁLISE

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
40311015	ACIDO CITRICO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,10	0,00	0,00	3,10	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

URINÁLISE

40311023	ACIDO HOMOGENTISICO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,94	0,00	0,00	3,94	NÃO	1
40311031	ALCAPTONURIA, PESQUISA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,55	0,00	0,00	2,55	NÃO	1
40311040	CALCULOS URINARIOS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	5,34	0,00	0,00	5,34	NÃO	1
40311058	CATECOLAMINAS FRACIONADAS (DOPAMINA, EPINEFRINA, NOREPINEFRINA) - CADA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	36,46	0,00	0,00	36,46	NÃO	1
40311082	CORPOS CETONICOS, PESQUISA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	1,95	0,00	0,00	1,95	NÃO	1
40311090	CROMATOGRAFIA DE ACUCARES	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	17,21	0,00	0,00	17,21	NÃO	1
40311104	DISMORFISMO ERITROCITARIO, PESQUISA (CONTRASTE DE FASE)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,07	0,00	0,00	3,07	NÃO	1
40311112	ERROS INATOS DO METABOLISMO - BATERIAS DE TESTES QUIMICOS DE TRIAGEM EM URINA (MINIMO DE 6 TESTES)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	7,92	0,00	0,00	7,92	NÃO	1
40311120	FRUTOSURIA , PESQUISA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,55	0,00	0,00	2,55	NÃO	1
40311139	GALACTOSURIA , PESQUISA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,55	0,00	0,00	2,55	NÃO	1
40311147	LIPOIDES, PESQUISA DE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,55	0,00	0,00	2,55	NÃO	1
40311155	MELANINA , PESQUISA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,55	0,00	0,00	2,55	NÃO	1
40311163	METANEFRINAS URINARIAS, DOSAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	19,43	0,00	0,00	19,43	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

URINÁLISE

40311171	MICROALBUMINURIA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	15,00	0,00	0,00	15,00	NÃO	1
40311180	PESQUISA OU DOSAGEM DE UM COMPONENTE URINARIO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,55	0,00	0,00	2,55	NÃO	1
40311198	PORFIBILINOGENIO, PESQUISA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,55	0,00	0,00	2,55	NÃO	1
40311201	PROTEINA DE BENCE JONES, PESQUISA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,07	0,00	0,00	3,07	NÃO	1
40311210	ROTINA DE URINA (CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS ANORMAIS E SEDIMENTOSCOPIA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,70	0,00	0,00	3,70	NÃO	1
40311228	UROPORFIRINAS, DOSAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	32,42	0,00	0,00	32,42	NÃO	1
40311236	2,5 - HEXANODIONA, DOSAGEM NA URINA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	7,95	0,00	0,00	7,95	NÃO	1
40311244	CISTINA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	4,32	0,00	0,00	4,32	NÃO	1
40311252	PORFOBILINOGENIO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,55	0,00	0,00	2,55	NÃO	1
40311309	ELETROFORESE DE PROTEINAS URINARIAS COM CONCENTRACAO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	8,25	0,00	0,00	8,25	NÃO	1
40311317	FENILCETONURIA, PESQUISA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,55	0,00	0,00	2,55	NÃO	1
40311325	HISTIDINA, PESQUISA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,55	0,00	0,00	2,55	NÃO	1
40311341	MIOGLOBINA, PESQUISA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	5,53	0,00	0,00	5,53	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

URINÁLISE

40311350	OSMOLALIDADE, DETERMINACAO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,81	0,00	0,00	3,81	NÃO	1
40311368	PROVA DE CONCENTRACAO (FISHBERG OU VOLHARD) - NA URINA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,02	0,00	0,00	3,02	NÃO	
40311430	HEMOGLOBINA LIVRE NA URINA (AMOSTRA ISOLADA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,16	0,00	0,00	2,16	NÃO	
40311465	SUBSTANCIAS REDUTORAS, PESQUISA (URINA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,40	0,00	0,00	2,40	NÃO	1
40311473	TESTE DE CONCENTRACAO URINARIA APOS DDAVP	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	2,16	0,00	0,00	2,16	NÃO	
40311503	PESQUISA DE SULFATIDEOS E MATERIAL METACROMATICO NA URINA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,54	0,00	0,00	3,54	NÃO	
40312011	CRISTALIZACAO DO MUCO CERVICAL, PESQUISA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,60	0,00	0,00	3,60	NÃO	1
40312020	CROMATINA SEXUAL, PESQUISA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,54	0,00	0,00	3,54	NÃO	1
40322270	ACIDO CITRICO (CITRATO) DOSAGEM SANGUE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,02	0,00	0,00	3,02	NÃO	
40322289	ACIDO CITRICO (CITRATO) DOSAGEM ESPERMA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,02	0,00	0,00	3,02	NÃO	
40322408	BICARBONATO NA URINA AMOSTRA ISOLADA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	6,48	0,00	0,00	6,48	NÃO	

DIVERSOS

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

DIVERSOS

40312046	IONTOFORESE P/ COLHEITA DE SUOR COM DOSAGEM DE CLORO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	9,70	0,00	0,00	9,70	NÃO	1
40312054	MUCO NASAL, PESQUISA DE EOSINOFILOS E MASTOCITOS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	4,80	0,00	0,00	4,80	NÃO	1
40312070	GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL PARA 60 E 4 AMOSTRAS APOS O ESTIMULO (FORNECIMENTO DE MATERIAL INCLUSIVE TUBAGEM)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	17,28	0,00	0,00	17,28	NÃO	
40312097	PANCREOZIMA - SECRETINA NO SUCO DUODENAL, TESTE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	21,60	0,00	0,00	21,60	NÃO	
40312100	ROTINA DA BILES A, B, C E DO SUCO DUODENAL (CARACTERES FISICOS E MICROSCOPICOS INCLUSIVE TUBAGEM)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	21,60	0,00	0,00	21,60	NÃO	
40312127	PERFIL REUMATOLOGICO (ACIDO URICO, ELETROFORESE DE PROTEINAS, FAN, VHS, PROVA DO LATEX P/F. R, W. ROSE)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	21,60	0,00	0,00	21,60	NÃO	
40312143	PROVA ATIVIDADE DE FEBRE REUMATICA (ASLO, ELETROFORESE DE PROTEINAS, MUCOPROTEINAS E PROTEINA C REATIVA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	27,00	0,00	0,00	27,00	NÃO	
40312151	PROVAS DE FUNCAO HEPATICA (BILIRRUBINAS, ELETROFORESE DE PROTEINAS. FA, TGO, TGP E GAMA-PGT)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	30,02	0,00	0,00	30,02	NÃO	
40312160	TESTE DO PEZINHO BASICO (TSH NEONATAL FENILALANINA ELETROFORESE DE HB P/ TRIAGEM DE HEMOPATIAS)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	36,75	0,00	0,00	36,75	NÃO	1
40312178	TESTE DO PEZINHO AMPLIADO (TSH NEONATAL 17 OH PROGESTERONA FENILALANINA TRIPSINA IMUNO-REATIVA ELETROFORESE DE HB PARA TRIAGEM DE HEMOPATIAS)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	70,84	0,00	0,00	70,84	NÃO	

TOXICOLOGIA/ MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

TOXICOLOGIA/ MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
40302881	ACIDO MICOFENOLICO, DOSAGEM SORO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	32,40	0,00	0,00	32,40	NÃO	
40313018	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO (P/ CHUMBO INORGANICO)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	6,00	0,00	0,00	6,00	NÃO	1
40313026	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO DESIDRATASE (P/ CHUMBO INORGANICO)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	12,00	0,00	0,00	12,00	NÃO	1
40313034	ACIDO FENILGLIOXILICO (PARA ESTIRENO)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	7,20	0,00	0,00	7,20	NÃO	1
40313042	ACIDO HIPURICO (PARA TOLUENO)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	7,20	0,00	0,00	7,20	NÃO	1
40313050	ACIDO MANDELICO (PARA ESTIRENO)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	7,20	0,00	0,00	7,20	NÃO	1
40313069	ACIDO METILHIPURICO (PARA XILENOS)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	7,20	0,00	0,00	7,20	NÃO	1
40313077	ACIDO SALICILICO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,02	0,00	0,00	3,02	NÃO	1
40313093	CARBOXIHEMOGLOBINA (P/ MONOXIDO DE CARBONO DICLOROMETANO)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	4,50	0,00	0,00	4,50	NÃO	1
40313107	CHUMBO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	14,40	0,00	0,00	14,40	NÃO	1
40313115	COLINESTERASE (P/ CARBAMATOS ORGANOFOSFORADOS)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	4,50	0,00	0,00	4,50	NÃO	1
40313123	COPROPORFINAS (P/ CHUMBO INORGANICO)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	5,34	0,00	0,00	5,34	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

TOXICOLOGIA/ MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA

40313140	ETANOL	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	7,95	0,00	0,00	7,95	NÃO	1
40313158	FENOL (PARA BENZENO, FENOL)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	7,20	0,00	0,00	7,20	NÃO	1
40313166	FLUOR (PARA FLUORETOS)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	7,20	0,00	0,00	7,20	NÃO	1
40313174	FORMALDEIDO, PESQUISA E/OU DOSAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	7,95	0,00	0,00	7,95	NÃO	1
40313182	META-HEMOGLOBINA (P/ ANILINA NITROBENZENO)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	4,50	0,00	0,00	4,50	NÃO	1
40313190	METAIS - AL, AS, CD, MM, HG, NI, ZN, CO, CR. E OUTROS - ABSORCAO ATOMICA - CADA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	16,32	0,00	0,00	16,32	NÃO	1
40313204	METANOL	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	7,50	0,00	0,00	7,50	NÃO	1
40313212	P- AMINOFENOL (P/ ANILINA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	6,00	0,00	0,00	6,00	NÃO	1
40313247	PROTOPORFIRINAS ZN (P/ CHUMBO INORGANICO)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	4,27	0,00	0,00	4,27	NÃO	1
40313263	SULFATOS (ORGANICOS OU INORGANICOS) PESQUISA - CADA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,60	0,00	0,00	3,60	NÃO	1
40313280	TRICLOROCOMPOSTOS TOTAIS (P/ TETRACLOROETILENO, TRICLOROETANO,TRICLOROETILENO)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	6,35	0,00	0,00	6,35	NÃO	1
40313298	ACIDO ACETICO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	7,95	0,00	0,00	7,95	NÃO	1
40313301	ACIDO METIL MALONICO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	94,12	0,00	0,00	94,12	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

TOXICOLOGIA/ MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA

40313336	ZINCO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	19,43	0,00	0,00	19,43	NÃO	1
40313344	METIL ETIL CETONA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	32,40	0,00	0,00	32,40	NÃO	
40313391	GENTAMICINA, DOSAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	22,00	0,00	0,00	22,00	NÃO	1
40313413	LAMOTRIGINA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	32,40	0,00	0,00	32,40	NÃO	1
40313447	VANCOMICINA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	22,00	0,00	0,00	22,00	NÃO	1
40316785	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO EM URINA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	12,96	0,00	0,00	12,96	NÃO	
40321967	MANGANES SERICO, DOSAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	25,92	0,00	0,00	25,92	NÃO	
40322505	ZINCO ERITROCITARIO, DOSAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	25,92	0,00	0,00	25,92	NÃO	

BIOLOGIA MOLECULAR

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
40314022	CITOMEGALOVIRUS, QUALITATIVO, PCR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	131,20	0,00	0,00	131,20	NÃO	1
40314030	CITOMEGALOVIRUS, QUANTITATIVO, PCR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	131,54	0,00	0,00	131,54	NÃO	1
40314049	CROMOSSOMO PHILADELFIA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	190,73	0,00	0,00	190,73	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

BIOLOGIA MOLECULAR

40314055	GENE MUTANTE DA PROTROMBINA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	130,00	0,00	0,00	130,00	NÃO	1
40314057	FATOR V DE LAYDEN, PCR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	148,10	0,00	0,00	148,10	NÃO	1
40314065	FIBROSE CISTICA, PESQUISA DE UMA MUTACAO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	105,00	0,00	0,00	105,00	NÃO	1
40314081	HEPATITE B QUANTITATIVO, PCR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	148,10	0,00	0,00	148,10	NÃO	1
40314090	HEPATITE C QUALITATIVO, PCR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	126,00	0,00	0,00	126,00	NÃO	1
40314103	HEPATITE C QUANTITATIVO, PCR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	241,27	0,00	0,00	241,27	NÃO	1
40314111	HEPATITE C - GENOTIPAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	402,50	0,00	0,00	402,50	NÃO	1
40314120	HIV - CARGA VIRAL - PCR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	200,23	0,00	0,00	200,23	NÃO	1
40314138	HIV - QUALITATIVO - PCR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	127,50	0,00	0,00	127,50	NÃO	1
40314146	HIV - GENOTIPAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	434,80	0,00	0,00	434,80	NÃO	1
40314154	HPV VIRUS PAPILOMA HUMANO SUBTIPAGEM, QDO NECESSARIO, PCR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	102,60	0,00	0,00	102,60	NÃO	1
40314162	HTLV I / II POR PCR (CADA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	32,40	0,00	0,00	32,40	NÃO	1
40314170	MYCOBACTERIA - PCR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	78,90	0,00	0,00	78,90	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA LABORATORIAL

BIOLOGIA MOLECULAR

40314197	PROTEINA S TOTAL E LIVRE, DOSAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	39,10	0,00	0,00	39,10	NÃO	1
40314227	TOXOPLASMOSE - PESQUISA EM LIQUIDO AMINIOTICO POR PCR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	73,88	0,00	0,00	73,88	NÃO	1
40314235	X FRAGIL - PCR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	228,50	0,00	0,00	228,50	NÃO	1
40314252	HPV - CAPTURA HIBRIDA COLETA DO MATERIAL	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	41,47	0,00	0,00	41,47	NÃO	1
40314421	PAPILOMA VIRUS HUMANO, GENOTIPAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	102,60	0,00	0,00	102,60	NÃO	
40314502	HIV AMPLIFICACAO DO DNA (PCR)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	200,23	0,00	0,00	200,23	NÃO	
40314545	MYCOBACTERIA AMPLIFICACAO DE DNA (PCR)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	99,58	0,00	0,00	99,58	NÃO	
40314561	ZIKA VIRUS DETECCAO PCR (APENAS PARA A GESTANTE)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	150,00	0,00	0,00	150,00	NÃO	1
40314618	CORONAVIRUS (COVID-19), PESQUISA POR METODO MOLECULAR	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	210,00	0,00	0,00	210,00	NÃO	1
40403068	COLETA DE BIOPSIA DE MEDULA POR AGULHA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	35,02	51,20	0,00	86,22	NÃO	0
40503542	REARRANJO GENICO QUANTITATIVO BCR/ABL POR PCR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	199,87	0,00	0,00	199,87	NÃO	

Observações: O código 40314618 - CORONAVIRUS (COVID-19), PESQUISA POR MÉTODO MOLECULAR será remunerado para pacientes com sintomas de Covid 19 atendidos nas unidades de pronto atendimento e internação. No pronto atendimento, é devida a cobrança do código 40314618 para pacientes cuja coleta do material para testagem ocorrer exclusivamente no período de 03 (três) a 08 (oito) dias do início dos sintomas, devendo constar no prontuário a descrição e tempo de manifestação dos sintomas, bem como comprovação da realização do exame e seu resultado (se disponível).

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

GENÉTICA

CITOGENÉTICA

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
40314251	CITOGENETICA DE MEDULA OSSEA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	163,41	0,00	0,00	163,41	NÃO	
40501019	CARIOTIPO COM BANDAS DE PELE, TUMOR E DEMAIS TECIDOS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	223,58	0,00	0,00	223,58	NÃO	1
40501027	CARIOTIPO COM PESQUISA DE TROCA DE CROMATIDES IRMAS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	198,20	0,00	0,00	198,20	NÃO	1
40501035	CARIOTIPO COM TECNICAS DE ALTA RESOLUCAO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	205,00	0,00	0,00	205,00	NÃO	1
40501043	CARIOTIPO DE MEDULA (TECNICAS COM BANDAS)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	138,16	0,00	0,00	138,16	NÃO	1
40501051	CARIOTIPO DE SANGUE (TECNICAS COM BANDAS)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	115,00	0,00	0,00	115,00	NÃO	1
40501060	CARIOTIPO DE SANGUE OBTIDO POR CORDOCENTESE PRE-NATAL	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	202,50	0,00	0,00	202,50	NÃO	1
40501078	CARIOTIPO DE SANGUE - PESQUISA DE MARCADORES TUMORAIS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	204,30	0,00	0,00	204,30	NÃO	1
40501086	CARIOTIPO DE SANGUE - PESQUISA DE SITIO FRAGIL X	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	202,50	0,00	0,00	202,50	NÃO	1
40501094	CARIOTIPO EM VILOSIDADES CORIONICAS (CULTIVO DE TROFOBLASTOS)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	271,10	0,00	0,00	271,10	NÃO	1
40501108	CARIOTIPO PARA PESQUISA DE INSTABILIDADE CROMOSSOMICA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	206,60	0,00	0,00	206,60	NÃO	1
40501124	CULTURA DE ABORTO E OBTENCAO DE CARIOTIPO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	202,22	0,00	0,00	202,22	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

GENÉTICA

CITOGENÉTICA

40501132	CULTURA DE TECIDO PARA ENSAIO ENZIMATICO E/OU EXTRACAO DE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	230,50	0,00	0,00	230,50	NÃO	1
40501159	FISH EM METAFASE OU NUCLEO INTERFASICO, POR SONDA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	68,42	0,00	0,00	68,42	NÃO	1
40501175	LIQUIDO AMNIOTICO, CARIOTIPO COM BANDAS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	281,10	0,00	0,00	281,10	NÃO	1
40501183	LIQUIDO AMNIOTICO, SUBCULTURA PARA DOSAGEM ADICIONAL (UNICA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	61,80	0,00	0,00	61,80	NÃO	1
40501205	ESTUDO DE ALTERACOES CROMOSSOMICAS EM LEUCEMIAS POR FISH (FLUORESCENCE IN SITU HYBRIDIZATION)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	54,00	0,00	0,00	54,00	NÃO	
40501213	PESQUISA DE TRANSLOCACAO PML/RAR-A	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	198,07	0,00	0,00	198,07	NÃO	
40501248	HER2 FISH PARA AMPLIFICACAO GENICA EM TUMOR DE MAMA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	163,41	0,00	0,00	163,41	NÃO	
40503836	MUTACAO FAMILIAL ESPECIFICA - PCR DO LOCCUS IDENTIFICADO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	181,78	0,00	0,00	181,78	NÃO	
40503844	MUTACAO FAMILIAL ESPECIFICA - SEQUENCIAMENTO DE SANGER DO LOCCUS IDENTIFICADO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	181,78	0,00	0,00	181,78	NÃO	

GENÉTICA BIOQUÍMICA

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
40322173	IDURONATO - 2 SULFATASE, DOSAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	30,67	0,00	0,00	30,67	NÃO	

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

GENÉTICA

GENÉTICA BIOQUÍMICA

40322190	N-ACETILGLICOSAMINIDASE, DOSAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	30,67	0,00	0,00	30,67	NÃO	
40322386	ALFA-GALACTOSIDADE, DOSAGEM PLASMATICA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	30,67	0,00	0,00	30,67	NÃO	
40502015	MARCADORES BIOQUIMICOS PARA AVALIACAO DO RISCO FETAL (CADA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	20,79	0,00	0,00	20,79	NÃO	1
40502040	BATERIAS DE TESTES QUIMICOS DE TRIAGEM EM URINA PARA ERROS INATOS DO METABILISMO (MINIMO DE SEIS TESTES)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	4,54	0,00	0,00	4,54	NÃO	1
40502058	DETERMINACAO DO RISCO FETAL, COM ELABORACAO DE LAUDO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	25,92	0,00	0,00	25,92	NÃO	1
40502066	DOSAGEM QUANTITATIVA DE ACIDOS ORGANICOS PARA O DIAGNOSTICO DE ERROS INATOS DO METABOLISMO (PERFIL ACIDOS ORGANICOS AMOSTRA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	205,40	0,00	0,00	205,40	NÃO	1
40502074	DOSAGEM QUANTITATIVA DE AMINOACIDOS PARA O DIAGNOSTICO DE ERROS INATOS DO METABOLISMO (PERFIL DE AMINOACIDOS NUMA AMOSTRA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	16,20	0,00	0,00	16,20	NÃO	1
40502090	ELETROFORESE OU CROMATOGRAFIA (PAPEL OU CAMADA DELGADA) PARA IDENTIFICACAO DE AMINOACIDOS OU GLICIDIOS OU OLIGOSSACARIDIOS OU SIALOLIGOSSACARIDIOS GLICOSAMINOGLICANOS OU OUTROS COMPOSTOS PARA DETECCAO DE ERROS INATOS DO METABOLISMO (CADA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	18,53	0,00	0,00	18,53	NÃO	1
40502104	ENSAIOS ENZIMATICOS EM CELULAS CULTIVADAS PARA DIAGNOSTICO DE EIM, INCLUINDO PREPARO DO MATERIAL, DOSAGEM DE PROTEINA E ENZIMA DE REFERENCIA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	67,63	0,00	0,00	67,63	NÃO	1
40502112	ENSAIOS ENZIMATICOS EM LEUCOCITOS, ERITROCITOS OU TEC P/ DIAGNOSTICO DE EIM, INCL PREPARO MATERIAL, DOSAGEM DE PROTEINA E ENZIMA DE REFERENCIA (CADA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	30,67	0,00	0,00	30,67	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

GENÉTICA

GENÉTICA BIOQUÍMICA

40502120	ENSAIOS ENZIMATICOS NO PLASMA PARA DIAGNOSTICO DE EIM, INCLUINDO PREPARO DO MATERIAL, DOSAGEM DE PROTEINA / ENZIMA REFERENCIA (CADA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	27,00	0,00	0,00	27,00	NÃO	1
40502139	TESTE DUPLO - 1 TRIMESTRE (PAPP-A BETA-HCG) OU OUTROS 2 EM SORO OU LIQ AMNIOTICO C/ ELABORAC DE LAUDO CONTENDO CALC DE RISCO PARA ANOMALIAS FETAIS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	36,73	0,00	0,00	36,73	NÃO	1
40502147	TESTE DUPLO -2 TRIMESTRE (AFP BETA-HCG) OU OUTROS 2 EM SORO OU LIQ AMNIOTICO C/ ELABORAC DE LAUDO CONTENDO CALC DE RISCO PARA ANOMALIAS FETAIS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	36,73	0,00	0,00	36,73	NÃO	1
40502155	TESTE TRIPLO (AFP BETA-HCG ESTRIOL) OU OUTROS 3 EM SORO OU LIQ AMNIOTICO C/ ELABORAC DE LAUDO CONTENDO CALC DE RISCO PARA ANOMALIAS FETAIS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	58,38	0,00	0,00	58,38	NÃO	1
40502163	TESTES QUIMICOS DE TRIAGEM EM URINA PARA ERROS INATOS DO METABOLISMO (CADA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	7,13	0,00	0,00	7,13	NÃO	1

GENÉTICA MOLECULAR

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
40503011	ANALISE DE DNA COM ENZIMAS DE RESTRICAO, POR ENZIMA UTILIZADA, POR AMOSTRA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	31,31	0,00	0,00	31,31	NÃO	1
40503020	ANALISE DE DNA FETAL POR ENZIMAS DE RESTRICAO, POR ENZIMA UTILIZADA, POR AMOSTRA(ADICIONAL NOS EXAMES EM QUE JA FOI FEITO O PCR ...E DEPE	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	69,97	0,00	0,00	69,97	NÃO	1
40503038	ANALISE DE DNA FETAL POR SONDA OU PCR POR LOCUS, POR AMOSTRA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	146,22	0,00	0,00	146,22	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

GENÉTICA

GENÉTICA MOLECULAR

40503046	ANALISE DE DNA PELA TECNICA MULTIPLEX , PRECO POR LOCUS EXTRA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	10,02	0,00	0,00	10,02	NÃO	1
40503054	ANALISE DE DNA PELA TECNICA MULTIPLEX POR LOCUS, POR AMOSTRA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	181,78	0,00	0,00	181,78	NÃO	1
40503062	ANALISE DE DNA POR SONDA OU PCR POR LOCUS P/AMOSTRA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	181,78	0,00	0,00	181,78	NÃO	1
40503097	EXTRACAO DE DNA (SANGUE, URINA, LIQ AMNIOTICO, VILO TROFOBLASTICO ETC) POR AMOSTRA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	24,00	0,00	0,00	24,00	NÃO	1
40503100	SEQUENCIAMENTO GENICO POR SEQUENCIAS ATE 500 PARES DE BASES	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	135,45	0,00	0,00	135,45	NÃO	1
40503151	ANALISE DE DNA POR MLPA, POR SONDA DE DNA UTILIZADA, POR AMOSTRA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	181,78	0,00	0,00	181,78	NÃO	
40503372	JAK2 (GENE), DETECCAO DE MUTACOES POR PCR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	196,80	0,00	0,00	196,80	NÃO	1
40503771	K-RAS, PESQUISA DE MUTACAO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	196,80	0,00	0,00	196,80	NÃO	1
40503801	SEQUENCIAMENTO DE NOVA GERACAO (NGS) - GENES ISOLADOS, PAINEIS E GRANDES REGIOES GENOMICAS (INCLUI CAPTURA, AMPLIFICACAO E SEQUENCIAMENTO)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	201,98	0,00	0,00	201,98	NÃO	1

ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA

Código	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA

40601013	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO PEROPERATORIO SEM DESLOCAMENTO DO PATOLOGISTA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	108,04	0,00	0,00	108,04	NÃO	1
40601021	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO PEROPERATORIO - PECA ADICIONAL OU MARGEM CIRURGICA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	67,85	0,00	0,00	67,85	NÃO	1
40601030	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO PEROPERATORIO COM DESLOCAMENTO DO PATOLOGISTA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	135,57	0,00	0,00	135,57	NÃO	1
40601072	ATO DE COLETA DE PAAF DE ORGAOS OU ESTRUTURAS SUPERFICIAIS - SEM DESLOCAMENTO DO PATOLOGISTA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	32,70	0,00	0,00	32,70	NÃO	1
40601080	ATO DE COLETA DE PAAF DE ORGAOS OU ESTRUTURAS PROFUNDAS SEM DESLOCAMENTO DO PATOLOGISTA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	54,90	0,00	0,00	54,90	NÃO	1
40601110	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM BIOPSIA SIMPLES IMPRINT E CELL BLOCK	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	38,50	0,00	0,00	38,50	NÃO	1
40601129	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO CITOPATOLOGICO ONCOTICO DE LIQUIDOS E RASPADOS CUTANEOS	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	28,70	0,00	0,00	28,70	NÃO	1
40601137	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM CITOPATOLOGIA CERVICO-VAGINAL ONCOTICA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	19,95	0,00	0,00	19,95	NÃO	1
40601145	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM CITOLOGIA HORMONAL SERIADO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	28,90	0,00	0,00	28,90	NÃO	1
40601153	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM REVISAO DE LAMINAS OU CORTES HISTOLOGICOS SERIADOS	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	95,90	0,00	0,00	95,90	NÃO	1
40601161	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM CITOLOGIA HORMONAL ISOLADA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	12,65	0,00	0,00	12,65	NÃO	1
40601170	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM PAINEL DE IMUNOISTOQUIMICA (DUAS A CINCO REACOES)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	313,96	0,00	0,00	313,96	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA

40601188	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM REACAO IMUNOISTOQUIMICA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	80,00	0,00	0,00	80,00	NÃO	1
40601196	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM FRAGMENTOS MULTIPLOS DE BIOPSIAS DE MESMO ORGAO OU TOPOGRAFIA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	55,20	0,00	0,00	55,20	NÃO	1
40601200	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM PECA CIRUR ANATOMICA OU CIRURGICA SIMPLES	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	48,30	0,00	0,00	48,30	NÃO	1
40601218	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM PECA CIRURGICA OU ANATOMICA COMPLEXA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	50,00	0,00	0,00	50,00	NÃO	1
40601226	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO GRUPOS LINFONODOS ESTRUTURAS VIZINHAS E MARGENS DE PECAS ANATOMICAS SIMPLES/COMPLEXAS (P/GR DE 3 MARGENS)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	32,00	0,00	0,00	32,00	NÃO	1
40601234	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM AMPUTACAO MEMBROS SEM CAUSA ONCOLOGICA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	39,90	0,00	0,00	39,90	NÃO	1
40601242	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM AMPUTACAO MEMBROS - CAUSA ONCOLOGICA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	39,90	0,00	0,00	39,90	NÃO	1
40601250	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM LAMINAS DE PAAF ATE 5	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	39,90	0,00	0,00	39,90	NÃO	1
40601269	COLORACAO ESPECIAL POR COLORACAO	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	13,90	0,00	0,00	13,90	NÃO	1
40601277	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM IMUNOFLUORESCENCIA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	239,25	0,00	0,00	239,25	NÃO	1
40601285	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM PAINEL DE HIBRIDIZACAO IN SITU	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	300,00	0,00	0,00	300,00	NÃO	1
40601293	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO POR CAPTURA HIBRIDA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	142,80	0,00	0,00	142,80	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA

40601307	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM CITOMETRIA DE FLUXO (POR MONOCLONAL PESQUISADO)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	50,30	0,00	0,00	50,30	NÃO	1
40601315	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM CITOMETRIA DE IMAGENS	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	175,80	0,00	0,00	175,80	NÃO	1
40601323	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO CITOPATOLOGICO EM MEIO LIQUIDO	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	28,70	0,00	0,00	28,70	NÃO	1

Observações: 1) 40601030 e 40601013 (Procedimento diagnóstico peroperatório com/sem deslocamento do patologista): remuneram os espécimes feitos durante o ato cirúrgico. O material examinado posteriormente em cortes de parafina será remunerado de acordo com os cód compatíveis da Tabela. O deslocamento do patologista somente será devido quando o laboratório não estiver localizado dentro das dependências da área hospitalar.2) 40601072 e 40601080 (Ato de coleta de PAAF de órgãos ou estruturas superficiais/profundas sem deslocamento do patologista): refere-se apenas ao ato de coleta. Punções realizadas em diferentes regiões deverão ser valoradas separadamente (ex: cada mama ou lobo tireóide). A análise do material obtido será remunerada por 40601110 e 40601250. 3) 40601250 (Proc diag em lâminas de PAAF até 5): remunera até cinco lotes de 5 lâminas de esfregaços de PAAF de um mesmo órgão. Ex:13 lâminas de nódulos tireóide (lobos e istmo)=3X código; 8 lâminas de dois quadrantes da mesma mama=2X código. 4) 40601110 (Proc diag em biópsia simples imprint e cell block): para amostras < 3 cm com finalidade diagnóstica, sendo pago 1X para cada lesão/região topográfica/órgão distintos. Exceções: próstata(máximo=6), fâneros (unhas,região palmar,plantar, dedos, interdígitos - 1 por membro, máximo=4), mama/tireóide (1X por nódulo), endoscopia digestiva alta (1X por região do estômago (3), piloro, esôfago e duodeno, máximo=6), colonoscopia (1X por pólipo único de segmento intestino. Para 2 ou mais pólipos no mesmo segmento, utilizar 40601196=1X por frasco/segmento intestino - máximo=6). 5) 40601196 (Proc diag em fragmentos múltiplos de biopsia de mesmo órgão ou topografia): aplica-se para amostras muito fragmentadas (ex: curetagem). Na colonoscopia será utilizado para remunerar dois ou mais pólipos ou cada frasco (independente do número de fragmentos/pólipos) de mesma topografia, máximo=6 regiões topográficas. 6) 40601200 (Proc diag em peça anatômica ou cirúrgica simples): remunera peças excisionais, não fragmentadas, mucosas cutâneas e subcutâneas iguais ou superiores 3 cm. (pele, nódulos, lipoma, corpo estranho, pólipos, linfonodo isolado (exceto sentinela). Feto, placenta, cordão umbilical, corpo, colo e anexos uterinos, separadamente. 7) 40601110, 40601196 e 40601200 são mutuamente excludentes para análise do mesmo material. 8) 40601218 (Proc diag em peça cirúrgica ou anatômica complexa) e 40601226 (Proc diag em grupos de linfonodos,estruturas vizinhas e margens de peças anatômicas simples ou complexas por grupo de três margens): aplicáveis somente na suspeita de neoplasia maligna, mesmo que o resultado não confirme malignidade. Remunera 40601218 para a peça principal(1X) e 40601226 para cada 3 margens (peça sólida=6 e tubular=2 margens), cada grupo 6 linfonodos, cada estrutura vizinha. Necessário apresentação laudo anátomo-patológico (ou citopatológico) com descrição das peças e lâminas examinadas. O linfonodo sentinela será remunerado pelo 40601218 1X por nódulo, sem margens. 9) 40601153 (Proc diag em revisão de lâminas ou cortes histológicos seriados) será remunerado 1X para cada lote de lâminas enviadas do mesmo paciente. 10) 40601269 (Coloração especial-por coloração): utilizado para remunerar outras colorações diferentes da Hematoxilina-Eosina e/ou coloração padrão do exame (ex.: PAS, GMS, Carbolfucsina, Ziehl-Neelsen, etc). 11) 40601170 (Proc diag em painel de imunohistoquímica: remunerado apenas 1X, que contempla até 5 reações. 12) 40601188 (Proc diagnóstico em reação de imuno-histoquímica): remunerado 1X para complementação do painel (40601170) ou para reação isolada de imuno-histoquímica, independente da quantidade de reações apresentadas. 13) Não são elegíveis para exame anátomo-patológico conceptos de gestação igual ou superior a 20 semanas, peso igual ou superior a 500g e/ou estatura igual ou superior a 25 cm (tratar como cadáver).

MEDICINA NUCLEAR - "IN VIVO"

CARDIOVASCULAR

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA NUCLEAR - "IN VIVO"

CARDIOVASCULAR

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
40701018	ANGIOGRAFIA RADIOISOTOPICA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	165,56	0,00	0,00	165,56	NÃO	1
40701026	CINTILOGRAFIA COM HEMACEAS MARCADAS	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	290,02	0,00	0,00	290,02	NÃO	1
40701034	CINTILOGRAFIA DO MIOCARDIO C/DUPLO ISOTOPO(PERFUSAO + VIABILIDADE)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	1173,45	0,00	0,00	1173,45	NÃO	1
40701050	CINTILOGRAFIA DO MIOCARDIO NECROSE (INFARTO AGUDO)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	218,72	0,00	0,00	218,72	NÃO	1
40701068	CINTILOGRAFIA DO MIOCARDIO PERFUSAO - REPOUSO E ESTRESSE (INCLUI TESTE ERGOMETRICO/ESTRESSE FARMACOLOGICO)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	838,21	0,00	0,00	838,21	NÃO	1
40701077	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA CAMARAS CARDIACAS-ESFORCO	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	266,89	0,00	0,00	266,89	NÃO	1
40701085	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA CAMARAS CARDIACAS/-REPOUSO	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	209,87	0,00	0,00	209,87	NÃO	1
40701093	FLUXO SANGUINEO DAS EXTREMIDADES	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	148,54	0,00	0,00	148,54	NÃO	1
40701107	QUANTIFICACAO DE SHUNT DA DIREITA PARA A ESQUERDA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	181,38	0,00	0,00	181,38	NÃO	1
40701115	QUANTIFICACAO DE SHUNT PERIFERICO	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	210,18	0,00	0,00	210,18	NÃO	1
40701123	VENOGRAFIA RADIOISOTOPICA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	204,86	0,00	0,00	204,86	NÃO	1
40703096	CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO COM METAIODOBENZILGUANIDINA - IODO 123	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	1330,64	0,00	0,00	1330,64	NÃO	

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA NUCLEAR - "IN VIVO"

CARDIOVASCULAR

Observações: 1) Os códigos 40701068 e 40701034 são excludentes entre si.

DIGESTIVO

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
40702014	CINTILOGRAFIA DAS GLANDULAS SALIVARES COM OU SEM ESTIMULO	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	120,36	0,00	0,00	120,36	NÃO	1
40702022	CINTILOGRAFIA DO FIGADO E BACO	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	193,87	0,00	0,00	193,87	NÃO	1
40702030	CINTILOGRAFIA DO FIGADO E VIAS BILIARES	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	240,35	0,00	0,00	240,35	NÃO	1
40702049	CINTILOGRAFIA PARA DETECCAO DE HEMORRAGIA DIGESTORIA ATIVA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	174,18	0,00	0,00	174,18	NÃO	1
40702057	CINTILOGRAFIA P/ DETECCAO DE HEMORRAGIA DIGESTORIA NAO ATIVA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	265,10	0,00	0,00	265,10	NÃO	1
40702065	CINTILOGRAFIA P/DETERM DO TEMPO DE ESVAZIAMENTO GASTRICO	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	214,84	0,00	0,00	214,84	NÃO	1
40702073	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (LIQUIDOS	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	214,84	0,00	0,00	214,84	NÃO	1
40702081	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (SEMI SOLIDOS)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	214,84	0,00	0,00	214,84	NÃO	1
40702090	CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE DIVERTICULO DE MECKEL	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	145,55	0,00	0,00	145,55	NÃO	1
40702103	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFAGICO	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	214,84	0,00	0,00	214,84	NÃO	1
40702111	FLUXO SANGUINEO HEPATICO (QUALITATIVO E QUANTITATIVO)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	168,79	0,00	0,00	168,79	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA NUCLEAR - "IN VIVO"

DIGESTIVO

ENDÓCRINO

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
40703010	CINTILOGRAFIA DA TIREOIDE E/ OU CAPTACAO (IODO-123)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	163,56	0,00	0,00	163,56	NÃO	1
40703029	CINTILOGRAFIA DA TIREOIDE E/ OU CAPTACAO (IODO-131)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	112,68	0,00	0,00	112,68	NÃO	1
40703037	CINTILOGRAFIA DA TIREOIDE E/ OU CAPTACAO (TECNECIO- 99M TC)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	112,68	0,00	0,00	112,68	NÃO	1
40703045	CINTILOGRAFIA DAS PARATIREOIDES	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	457,21	0,00	0,00	457,21	NÃO	1
40703053	CINTILOGRAFIA CORPO INTEIRO P/PESQ METASTASES(PCI)IODO 123	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	364,11	0,00	0,00	364,11	NÃO	1
40703061	TESTE DE ESTIMULO COM TSH RECOMBINANTE	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	95,18	0,00	0,00	95,18	NÃO	1
40703070	TESTE DE SUPRESSAO DA TIREOIDE COM T3	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	83,73	0,00	0,00	83,73	NÃO	1
40703088	TESTE DE PERCLORATO	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	80,27	0,00	0,00	80,27	NÃO	1

GENITURINÁRIO

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA NUCLEAR - "IN VIVO"

GENITURINÁRIO

40704017	CINTILOGRAFIA RENAL DINAMICA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	205,20	0,00	0,00	205,20	NÃO	1
40704025	CINTILOGRAFIA RENAL DINAMICA COM DIURETICO	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	240,04	0,00	0,00	240,04	NÃO	1
40704033	CINTILOGRAFIA RENAL ESTATICA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	193,38	0,00	0,00	193,38	NÃO	1
40704041	CINTILOGRAFIA TESTICULAR (ESCROTAL)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	162,44	0,00	0,00	162,44	NÃO	1
40704050	CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	196,83	0,00	0,00	196,83	NÃO	1
40704068	CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	188,90	0,00	0,00	188,90	NÃO	1
40704076	DETERMINACAO DA FILTRACAO GLOMERULAR	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	51,66	0,00	0,00	51,66	NÃO	1
40704084	DETERMINACAO DO FLUXO PLASMATICO RENAL	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	42,81	0,00	0,00	42,81	NÃO	1

HEMATOLÓGICO

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
40705013	CINTILOGRAFIA SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL (MEDULA OSSEA)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	175,38	0,00	0,00	175,38	NÃO	1
40705021	DEMONSTRACAO DE SEQUESTRO DE HEMACIAS PELO BACO	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	142,98	0,00	0,00	142,98	NÃO	1
40705030	DETERMINACAO DA SOBREVIDA DE HEMACIAS	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	106,80	0,00	0,00	106,80	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA NUCLEAR - "IN VIVO"

HEMATOLÓGICO

40705048	DETERMINACAO DO VOLUME ERITROCITARIO	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	100,59	0,00	0,00	100,59	NÃO	1
40705056	DETERMINACAO DO VOLUME PLASMATICO	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	100,59	0,00	0,00	100,59	NÃO	1
40705064	TESTE DE ABSORCAO DA VITAMINA B 12 C/ COBALTO-57 (TESTE DE SCHILLING)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	819,86	0,00	0,00	819,86	NÃO	1

ESQUELÉTICO

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
40706010	CINTILOGRAFIA OSSEA (CORPO TOTAL)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	212,30	0,00	0,00	212,30	NÃO	1
40706028	FLUXO SANGUINEO OSSEO	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	158,87	0,00	0,00	158,87	NÃO	1

NERVOSO

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
40707016	CINTILOGRAFIA CEREBRAL	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	169,38	0,00	0,00	169,38	NÃO	1
40707024	CINTILOGRAFIA CEREBRAL C/ FLUORDEOXIGLICOSE (FDG -FLOUR - 18) EM CAMARA HIBRIDA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	1373,92	0,00	0,00	1373,92	NÃO	1
40707032	CINTILOGRAFIA DE PERFUSAO CEREBRAL (ECD)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	750,30	0,00	0,00	750,30	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA NUCLEAR - "IN VIVO"

NERVOSO

40707040	CISTERNOCINTILOGRAFIA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	327,50	0,00	0,00	327,50	NÃO	1
40707059	CISTERNOCINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE FISTULAS LIQUORICAS	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	327,50	0,00	0,00	327,50	NÃO	1
40707067	FLUXO SANGUINEO CEREBRAL	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	137,87	0,00	0,00	137,87	NÃO	1
40707075	MIELOCINTILOGRAFIA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	209,90	0,00	0,00	209,90	NÃO	1
40707083	VENTRICULOCINTILOGRAFIA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	209,90	0,00	0,00	209,90	NÃO	1

ONCOLOGIA / INFECTOLOGIA

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
40708012	CINTILOGRAFIA COM ANALOGO DE SOMATOSTATINA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	5753,94	0,00	0,00	5753,94	NÃO	
40708020	CINTILOGRAFIA COM GALIO 67	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	558,24	0,00	0,00	558,24	NÃO	1
40708039	CINTILOGRAFIA COM LEUCOCITOS MARCADOS	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	959,62	0,00	0,00	959,62	NÃO	1
40708047	CINTILOGRAFIA C/ MIBG (METAIODOBENZILGUANIDINA)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	613,75	0,00	0,00	613,75	NÃO	1
40708055	CINTILOGRAFIA DE CORPO TOTAL COM FDG-18F, EM CAMARA HIBRIDA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	1421,63	0,00	0,00	1421,63	NÃO	1
40708063	CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	490,75	0,00	0,00	490,75	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA NUCLEAR - "IN VIVO"

ONCOLOGIA / INFECTOLOGIA

40708071	DEMARCACAO RADIOISOTOPICA DE LESOES TUMORAIS	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	194,50	0,00	0,00	194,50	NÃO	1
40708080	DETECCAO INTRAOPERATORIA RADIOGUIADA DE LESOES TUMORAIS	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	317,53	160,64	0,00	478,17	NÃO	1
40708098	DETECCAO INTRAOPERATORIA RADIOGUIADA DE LINFONODO	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	317,53	180,79	0,00	498,32	NÃO	1
40708101	LINFOCINTILOGRAFIA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	205,38	0,00	0,00	205,38	NÃO	1
40708110	QUANTIFICACAO DA CAPTACAO PULMONAR COM GALIO-67	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	426,42	0,00	0,00	426,42	NÃO	1
40708128	PET DEDICADO ONCOLOGICO (PET SCAN)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	SIM	2900,00	0,00	0,00	2900,00	NÃO	0

RESPIRATÓRIO

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
40709019	CINTILOGRAFIA PARA DETECCAO DE ASPIRACAO PULMONAR	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	205,38	0,00	0,00	205,38	NÃO	1
40709027	CINTILOGRAFIA PULMONAR (INALACAO)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	178,98	0,00	0,00	178,98	NÃO	1
40709035	CINTILOGRAFIA PULMONAR (PERFUSAO)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	223,72	0,00	0,00	223,72	NÃO	1

MEDICINA NUCLEAR - TERAPIA

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA NUCLEAR - "IN VIVO"

MEDICINA NUCLEAR - TERAPIA

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
40710025	TRATAMENTO COM MIBG (METAIODOBENZILGUANIDINA)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	1793,54	0,00	0,00	1793,54	NÃO	1
40710033	TRATAMENTO DE POLICITEMIA VERA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	227,04	0,00	0,00	227,04	NÃO	1
40710050	TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO-BOCIO NODULAR TOXICO(GRAVES)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	316,03	0,00	0,00	316,03	NÃO	1
40710068	TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO-BOCIO NODULAR	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	483,12	0,00	0,00	483,12	NÃO	1

OUTROS PROCEDIMENTOS DE DIAGNOSE

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
40711013	DACRIOCINTILOGRAFIA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	76,20	0,00	0,00	76,20	NÃO	1
40711021	IMUNOCINTILOGRAFIA (ANTICORPOS MONOCLONAIS)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	1620,04	0,00	0,00	1620,04	NÃO	1

MATERIAIS

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
40700300	MATERIAIS / MEDICAMENTOS PARA EXAMES DE IMAGEM	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	9,80	0,00	0,00	9,80	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MEDICINA NUCLEAR - "IN VIVO"

MATERIAIS

Observações: 1) Para autorização do código 40701034 - CINTILOGRAFIA DO MIOCARDIO C/DUPLO ISOTOPO(PERFUSAO VIABILIDADE) é necessário a apresentação de resultado do exame 40701068 - CINTILOGRAFIADO MIOCARDIO PERFUSAO - REPOUSO E ESTRESSE (INCLUI TESTE ERGOMETRICO/ESTRESSE FARMACOLOGICO) evidenciando defeito de perfusão fixo, com possibilidade de tratar-se de miocárdio atordoado.

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM

CRÂNIO E FACE

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
40801012	RX - CRANIO - 2 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	20,20	0,00	0,00	20,20	NÃO	1
40801020	RX - CRANIO - 3 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	21,95	0,00	0,00	21,95	NÃO	1
40801039	RX - CRANIO - 4 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	28,15	0,00	0,00	28,15	NÃO	1
40801047	RX - ORELHA, MASTOIDES OU ROCHEDOS - BILATERAL - 8 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	28,62	0,00	0,00	28,62	NÃO	1
40801055	RX - ORBITAS - BILATERAL - 4 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	22,50	0,00	0,00	22,50	NÃO	1
40801063	RX - SEIOS DA FACE - 3 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	22,20	0,00	0,00	22,20	NÃO	1
40801071	RX - SELA TURSICA - 3 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	21,90	0,00	0,00	21,90	NÃO	1
40801080	RX - MAXILAR INFERIOR - 3 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	19,50	0,00	0,00	19,50	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM

CRÂNIO E FACE

40801098	RX - OSSOS DA FACE - 4 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	22,20	0,00	0,00	22,20	NÃO	1
40801101	RX - ARCOS ZIGOMATICOS OU MALAR OU APOFISES ESTILOIDES - 3 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	19,95	0,00	0,00	19,95	NÃO	1
40801110	RX - ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR - BILATERAL - 4 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	22,50	0,00	0,00	22,50	NÃO	1
40801128	RX - ADENOIDES OU CAVUM - 2 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	21,15	0,00	0,00	21,15	NÃO	1
40801136	RX - PANORAMICA DE MANDIBULA (ORTOPANTOMOGRAFIA) - 1 INCIDENCIA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	22,95	0,00	0,00	22,95	NÃO	1
40801144	RX - TELEPERFIL EM CEFALOSTATO - SEM TRACADO - 1 INCIDENCIA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	19,70	0,00	0,00	19,70	NÃO	1
40801152	RX - TELEPERFIL EM CEFALOSTATO - COM TRACADO - 2 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	21,50	0,00	0,00	21,50	NÃO	1
40801195	RX - PLANIGRAFIA LINEAR DE CRANIO, SELA TURCICA, FACE OU MASTOIDE - 12 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	54,25	0,00	0,00	54,25	NÃO	1
40801209	INCIDENCIA ADICIONAL DE CRANIO OU FACE - 1 INCIDENCIA	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	5,65	0,00	0,00	5,65	NÃO	1

COLUNA VERTEBRAL

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
40802019	RX - COLUNA CERVICAL - 3 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	22,50	0,00	0,00	22,50	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM

COLUNA VERTEBRAL

40802027	RX - COLUNA CERVICAL - 5 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	31,00	0,00	0,00	31,00	NÃO	1
40802035	RX - COLUNA DORSAL - 2 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	21,70	0,00	0,00	21,70	NÃO	1
40802043	RX - COLUNA DORSAL - 4 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	25,15	0,00	0,00	25,15	NÃO	1
40802051	RX - COLUNA LOMBO SACRA - 3 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	24,01	0,00	0,00	24,01	NÃO	1
40802060	RX - COLUNA LOMBO SACRA - 5 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	33,45	0,00	0,00	33,45	NÃO	1
40802078	RX - SACRO-COCCIX - 2 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	21,90	0,00	0,00	21,90	NÃO	1
40802086	RX - COLUNA DORSO-LOMBAR PARA ESCOLIOSE - 2 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	33,85	0,00	0,00	33,85	NÃO	1
40802094	RX - COLUNA TOTAL PARA ESCOLIOSE (TELESPONDILOGRAFIA) - 2 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	40,96	0,00	0,00	40,96	NÃO	1
40802108	RX - PLANIGRAFIA DE COLUNA VERTEBRAL (DOIS PLANOS) - 12 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	75,25	0,00	0,00	75,25	NÃO	1
40802116	INCIDENCIA ADICIONAL DE COLUNA - 1 INCIDENCIA	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	6,53	0,00	0,00	6,53	NÃO	1

ESQUELETO TORÁCICO E MEMBROS SUPERIORES

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM

ESQUELETO TORÁCICO E MEMBROS SUPERIORES

40803015	RX - ESTERNO - 2 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	20,95	0,00	0,00	20,95	NÃO	1
40803023	RX - ARTICULACAO ESTERNOCLAVICULAR - 2 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	19,20	0,00	0,00	19,20	NÃO	1
40803031	RX - COSTELAS - POR HEMITORAX - 2 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	21,24	0,00	0,00	21,24	NÃO	1
40803040	RX - CLAVICULA - 2 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	19,50	0,00	0,00	19,50	NÃO	1
40803058	RX - OMOPLATA OU ESCAPULA - 2 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	20,95	0,00	0,00	20,95	NÃO	1
40803066	RX - ARTICULACAO ACROMIOCLAVICULAR - 2 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	18,45	0,00	0,00	18,45	NÃO	1
40803074	RX - ARTICULACAO ESCAPULOUMERAL (OMBRO) - 2 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	18,45	0,00	0,00	18,45	NÃO	1
40803082	RX - BRACO - 2 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	19,50	0,00	0,00	19,50	NÃO	1
40803090	RX - COTOVELO - 2 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	15,85	0,00	0,00	15,85	NÃO	1
40803104	RX - ANTEBRACO - 2 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	17,95	0,00	0,00	17,95	NÃO	1
40803112	RX - PUNHO - 2 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	18,95	0,00	0,00	18,95	NÃO	1
40803120	RX - MAO OU QUIRODACTILOS - 2 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	15,75	0,00	0,00	15,75	NÃO	1
40803139	RX - MAOS E PUNHOS PARA IDADE OSSEA - 1 INCIDENCIA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	15,90	0,00	0,00	15,90	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM

ESQUELETO TORÁCICO E MEMBROS SUPERIORES

40803147	INCIDENCIA ADICIONAL DE MEMBRO SUPERIOR - 1 INCIDENCIA	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	4,91	0,00	0,00	4,91	NÃO	1

BACIA E MEMBROS INFERIORES

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
40804011	RX - BACIA - 1 INCIDENCIA	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	18,38	0,00	0,00	18,38	NÃO	1
40804020	RX - ARTICULACOES SACROILIACAS - 3 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	19,45	0,00	0,00	19,45	NÃO	1
40804038	RX - ARTICULACAO COXOFEMORAL (QUADRIL) - 2 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	20,00	0,00	0,00	20,00	NÃO	1
40804046	RX - COXA - 2 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	21,40	0,00	0,00	21,40	NÃO	1
40804054	RX - JOELHO: AP - LAT - 2 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	19,42	0,00	0,00	19,42	NÃO	1
40804062	RX - JOELHO OU ROTULA: AP - LAT - AXIAL - 3 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	20,21	0,00	0,00	20,21	NÃO	1
40804070	RX - PERNA - 2 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	19,90	0,00	0,00	19,90	NÃO	1
40804089	RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO) - 2 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	16,32	0,00	0,00	16,32	NÃO	1
40804097	RX - PE OU PODODACTILOS - 2 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	16,32	0,00	0,00	16,32	NÃO	1
40804100	RX - CALCANEO - 2 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	16,95	0,00	0,00	16,95	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM

BACIA E MEMBROS INFERIORES

40804119	RX - ESCANOMETRIA - 3 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	18,40	0,00	0,00	18,40	NÃO	1
40804127	RX - PANORAMICA DOS MEMBROS INFERIORES - 1 INCIDENCIA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	30,25	0,00	0,00	30,25	NÃO	1
40804135	INCIDENCIA ADICIONAL DE MEMBRO INFERIOR - 1 INCIDENCIA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	4,91	0,00	0,00	4,91	NÃO	1

TÓRAX

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
40805018	RX - TORAX - 1 INCIDENCIA	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	17,85	0,00	0,00	17,85	NÃO	1
40805026	RX - TORAX - 2 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	21,86	0,00	0,00	21,86	NÃO	1
40805034	RX - TORAX - 3 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	27,72	0,00	0,00	27,72	NÃO	1
40805042	RX - TORAX - 4 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	30,95	0,00	0,00	30,95	NÃO	1
40805050	RX - CORACAO E VASOS DA BASE - 4 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	29,95	0,00	0,00	29,95	NÃO	1
40805069	RX - PLANIGRAFIA DE TORAX OU LARINGE OU MEDIASTINO - 9 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	48,30	0,00	0,00	48,30	NÃO	1
40805077	RX - HIPOFARINGE OU LARINGE OU PESCOCO (PARTES MOLES) - 4 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	26,25	0,00	0,00	26,25	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM

TÓRAX

SISTEMA DIGESTIVO

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
40806014	RX - DEGLUTOGRAMA - 8 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	43,25	0,00	0,00	43,25	NÃO	1
40806030	RX - ESOFAGO - 8 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	28,95	0,00	0,00	28,95	NÃO	1
40806049	RX - ESTOMAGO E DUODENO - 20 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	44,85	0,00	0,00	44,85	NÃO	1
40806057	RX - ESOFAG0, HIATO, ESTOMAGO E DUODENO - 24 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	54,60	0,00	0,00	54,60	NÃO	1
40806065	RX - TRANSITO E MORFOLOGIA DO DELGADO - 6 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	50,25	0,00	0,00	50,25	NÃO	1
40806073	RX - ESTUDO DO DELGADO C/ DUPLO CONTRASTE - 9 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	54,98	0,00	0,00	54,98	NÃO	1
40806081	RX - CLISTER OU ENEMA OPACO (DUPLO CONTRASTE) - 6 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	59,88	0,00	0,00	59,88	NÃO	1
40806090	RX - DEFECOGRAMA - 6 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	66,26	0,00	0,00	66,26	NÃO	1
40806103	RX - COLANGIOGRAFIA INTRA-OPERATORIA - 4 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	35,54	0,00	0,00	35,54	NÃO	1
40806111	RX - COLANGIOGRAFIA POS-OPERATORIA (PELO DRENO) - 4 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	35,54	0,00	0,00	35,54	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM

SISTEMA URINÁRIO

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
40807010	RX - UROGRAFIA VENOSA C/ BEXIGA PRE E POS MICCIONAL - 7 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	61,52	0,00	0,00	61,52	NÃO	1
40807029	RX - PIELOGRAFIA ASCENDENTE - 4 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	42,90	0,00	0,00	42,90	NÃO	1
40807037	RX - UROGRAFIA VENOSA MINUTADA 1 - 2 - 3 - 10 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	62,05	0,00	0,00	62,05	NÃO	1
40807045	RX - UROGRAFIA VENOSA COM NEFROTOMOGRAFIA - 11 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	75,85	0,00	0,00	75,85	NÃO	1
40807053	RX - URETROCISTOGRAFIA DE ADULTO - 6 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	52,11	0,00	0,00	52,11	NÃO	1
40807061	RX - URETROCISTOGRAFIA PEDIATRICA (ATE 12 ANOS) - 6 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	57,18	0,00	0,00	57,18	NÃO	1
40807070	RX - TOMOGRAFIA RENAL SEM CONTRASTE - 6 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	40,03	0,00	0,00	40,03	NÃO	1

OUTROS EXAMES

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
40808017	RX - ABDOME SIMPLES - 1 INCIDENCIA	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	19,25	0,00	0,00	19,25	NÃO	1
40808025	RX - ABDOME AGUDO - 3 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	33,20	0,00	0,00	33,20	NÃO	1
40808026	RX - ABDOME AP-LAT OU LOCALIZADA - 3 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	22,35	0,00	0,00	22,35	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM

OUTROS EXAMES

40808033	MAMOGRAFIA CONVENCIONAL BILATERAL - 4 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	87,39	0,00	0,00	87,39	NÃO	1
40808041	MAMOGRAFIA DIGITAL BILATERAL - 4 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	87,39	0,00	0,00	87,39	NÃO	1
40808050	RX - AMPLIACAO OU MAGNIFICACAO DE LESAO MAMARIA - 2 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	32,00	0,00	0,00	32,00	NÃO	1
40808114	RX - ESQUELETO (INCIDENCIAS BASICAS DE CRANIO, COLUNA, BACIA E MEMBROS) - 19 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	208,85	0,00	0,00	208,85	NÃO	1
40808122	DENSITOMETRIA OSSEA - (UM SEGMENTO)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	58,50	0,00	0,00	58,50	NÃO	1
40808130	DENSITOMETRIA OSSEA - ROTINA COLUNA E FEMUR (OU DOIS SEGMENTOS)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	72,92	0,00	0,00	72,92	NÃO	1
40808149	DENSITOMETRIA OSSEA - CORPO INTEIRO (AVALIACAO DE MASSA OSSEA OU DE COMPOSICAO CORPORAL)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	SIM	88,08	0,00	0,00	88,08	NÃO	1
40808165	PLANIGRAFIA DE OSSO - 5 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	36,55	0,00	0,00	36,55	NÃO	1
40808190	MARCACAO PRE-CIRURGICA POR NODULO - MAXIMO DE 3 POR MAMA, POR ESTEREOTAXIA (NAO INCLUI EXAME DE IMAGEM)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	53,75	55,59	0,00	109,34	NÃO	
40808203	MARCACAO PRE-CIRURGICA POR NODULO - MAXIMO DE 3 POR MAMA, POR US (NAO INCLUI EXAME DE IMAGEM)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	53,75	55,59	0,00	109,34	NÃO	
40808211	MARCACAO PRE-CIRURGICA POR NODULO - MAXIMO DE 3 POR MAMA, POR RM (NAO INCLUI EXAME DE IMAGEM)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	53,75	55,59	0,00	109,34	NÃO	
40808220	BIOPSIA OU PUNCAO MAMARIA PERCUTANEA POR AGULHA FINA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	24,42	112,80	0,00	137,22	NÃO	

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM

OUTROS EXAMES

	BIOPSIA OU PUNCAO MAMARIA PERCUTANEA POR AGULHA FINA ORIENTADA POR ESTEREOTAXIA (NAO INCLUI EXAME DE BASE)									
40808238	BIOPSIA OU PUNCAO MAMARIA PERCUTANEA POR AGULHA FINA ORIENTADA POR US (NAO INCLUI EXAME DE BASE)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	24,42	112,80	0,00	137,22	NÃO
40808246	BIOPSIA OU PUNCAO MAMARIA PERCUTANEA POR AGULHA FINA ORIENTADA POR TC (NAO INCLUI EXAME DE BASE)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	24,42	112,80	0,00	137,22	NÃO
40808254	BIOPSIA PERCUTANEA DE FRAGMENTO MAMARIO POR AGULHA GROSSA (CORE BIOPSY) ORIENTADA POR ESTEREOTAXIA (NAO INCLUI EXAME DE BASE)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	73,75	76,55	0,00	150,30	NÃO
40808262	BIOPSIA PERCUTANEA DE FRAGMENTO MAMARIO POR AGULHA GROSSA (CORE BIOPSY) ORIENTADA POR US (NAO INCLUI EXAME DE BASE)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	73,75	76,55	0,00	150,30	NÃO
40808289	MAMOTOMIA POR ESTEREOTAXIA (NAO INCLUI EXAME DE IMAGEM)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	150,78	0,00	0,00	150,78	NÃO
40808297	MAMOTOMIA POR US (NAO INCLUI EXAME DE IMAGEM)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	150,78	0,00	0,00	150,78	NÃO

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
40809013	DUCTOGRAFIA - POR MAMA - 4 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	57,70	0,00	0,00	57,70	NÃO	1
40809021	SIALOGRAFIA - POR GLANDULA - 6 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	54,87	0,00	0,00	54,87	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

40809030	HISTEROSSALPINGOGRAFIA - 6 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	79,22	0,00	0,00	79,22	NÃO	1
40809048	ARTROGRAFIA OU PNEUMOARTROGRAFIA - 16 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	50,80	0,00	0,00	50,80	NÃO	1
40809056	FISTULOGRAFIA - 4 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	SIM	NÃO	36,24	0,00	0,00	36,24	NÃO	1
40809064	COLANGIOGRAFIA TRANSCUTANEA - 6 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	73,67	0,00	0,00	73,67	NÃO	1
40809072	COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA - 6 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	53,96	0,00	0,00	53,96	NÃO	1
40809080	DACRIOCISTOGRAFIA - 5 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	48,85	0,00	0,00	48,85	NÃO	1
40809099	PUNCAO ASPIRATIVA ORIENTADA POR RX	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	86,50	0,00	0,00	86,50	NÃO	1
40809102	DRENAGEM PERCUTANEA ORIENTADA POR RX	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	92,90	0,00	0,00	92,90	NÃO	1
40810011	MIELOGRAFIA SEGMENTAR (POR SEGMENTO) - 6 INCIDENCIAS	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	117,40	0,00	0,00	117,40	NÃO	1

MATERIAIS/CONTRASTES

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
40815001	MATERIAIS / MEDICAMENTOS PARA EXAMES DE IMAGEM (RADIODIAGNOSTICO)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	9,80	0,00	0,00	9,80	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM

MATERIAIS/CONTRASTES

40815003	CONTRASTE IODADO - POR ML (RADIODIAGNOSTICO)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	1,10	0,00	0,00	1,10	NÃO	1
40815004	BARIO - 150 ML (RADIODIAGNOSTICO)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	18,40	0,00	0,00	18,40	NÃO	1

ANGIORRADIOLOGIA

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
40812014	AORTOGRAFIA ABDOMINAL P/ PUNCAO TRANSLOMBAR	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	323,34	65,70	0,00	389,04	SIM	1
40812022	ANGIOGRAFIA P/ PUNCAO (UNILATERAL)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	323,34	53,52	0,00	376,86	SIM	1
40812023	ANGIOGRAFIA POR PUNCAO (BILATERAL)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	369,31	80,28	0,00	449,59	SIM	1
40812024	ANGIOGRAFIA POR CATETER (MEMBRO UNILATERAL, COM OU SEM AORTOGRAFIA)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	591,98	108,00	0,00	699,98	SIM	1
40812025	ANGIOGRAFIA POR CATETER (MEMBROS BILATERAL - COM OU SEM AORTOGRAFIA)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	755,29	162,00	0,00	917,29	SIM	1
40812026	ANGIOGRAFIA POR CATETER (OUTROS VASOS UNILATERAL - COM OU SEM AORTOGRAFIA)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	541,96	108,00	0,00	649,96	SIM	1
40812027	ANGIOGRAFIA POR CATETER (OUTROS VASOS BILATERAL - COM OU SEM AORTOGRAFIA)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	665,30	162,00	0,00	827,30	SIM	1
40812028	ANGIOGRAFIA POR CATETER (CAROTIDAS E VERTEBRAIS)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	827,73	262,83	0,00	1090,56	SIM	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM

ANGIORRADIOLOGIA

40812029	ANGIOGRAFIA POR CATETER (CAROTIDAS/VERTEB/ARCO AORTICO)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	901,09	331,62	0,00	1232,71	SIM	1
40812065	ANGIOGRAFIA TRANSOPERATORIA DE POSICIONAMENTO	Principal	Ambos	NÃO	SIM	0,00	249,05	0,00	249,05	NÃO	

MÉTODOS INTERVENCIONISTAS / TERAPEUTICOS POR IMAGEM

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
40813053	ALCOOLIZACAO PERCUTANEA DE ANGIOMA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	407,01	633,02	5,20	1045,23	SIM	1
40813061	ANGIOPLASTIA DE RAMO INTRACRANIANO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1278,40	938,77	84,00	2301,17	SIM	1
40813070	ANGIOPLASTIA DE TRONCO SUPRA-AORTICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1776,08	533,12	84,00	2393,20	SIM	1
40813100	ANGIOPLASTIA DE ARTERIA VISCERAL-POR VASO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1237,74	743,36	84,00	2065,10	SIM	1
40813126	ANGIOPLASTIA RENAL PARA TRATAMENTO DE HIPERTENSAO RENOVASCULAR OU OUTRA CONDICAO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1237,58	886,27	84,00	2207,85	SIM	1
40813177	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTANEA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1432,78	533,12	84,00	2049,90	SIM	1
40813185	ANGIOPLASTIA DE AORTA PARA TRATAMENTO DE COARCTACAO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1776,08	627,20	84,00	2487,28	SIM	3
40813193	COLOCACAO DE STENT EM RAMO INTRACRANIANO (COM OU SEM ANGIOPLASTIA)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1776,08	1252,37	84,00	3112,45	SIM	2

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM

MÉTODOS INTERVENCIONISTAS / TERAPEUTICOS POR IMAGEM

40813207	COLOCACAO DE STENT EM TRONCO SUPRA-AORTICO (COM OU SEM ANGIOPLASTIA)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1776,08	846,72	84,00	2706,80	SIM	2
40813215	COLOCACAO STENT AORTICO (COM OU SEM ANGIOPLASTIA)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1776,08	940,80	84,00	2800,88	SIM	3
40813223	COLOCACAO DE STENT PARA TRATAMENTO DE SINDROME DE VCI (COM OU SEM ANGIOPLASTIA)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1776,08	846,72	84,00	2706,80	SIM	1
40813240	COLOCACAO DE FILTRO DE VCI PARA PREVENCAO DE TEP	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	656,70	445,76	84,00	1186,46	NÃO	1
40813266	COLOCACAO DE STENT PARA TRATAMENTO DE OBSTRUCAO ARTERIAL OU VENOSA (COM OU SEM ANGIOPLASTIA)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1776,08	846,72	84,00	2706,80	SIM	1
40813274	COLOCACAO DE STENT REVESTIDO(STENT-GRAFT) PARA TRATAMENTO DE ANEURISMA PERIFERICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1776,08	627,20	84,00	2487,28	SIM	1
40813320	COLOCACAO DE STENT BILIAR (COM OU SEM ANGIOPLASTIA)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	953,48	869,58	56,00	1879,06	SIM	1
40813371	DILATACAO PERCUTANEA DE ESTENOSE BILIAR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	953,48	621,67	56,00	1631,15	SIM	1
40813401	ATERECTOMIA CORONARIANA PERCUTANEA ORIENTADA POR RX	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	492,20	380,88	0,00	873,08	SIM	2
40813487	DRENAGEM PERCUTANEA DE VIA BILIAR	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	953,48	352,78	56,00	1362,26	SIM	1
40813541	EMBOLIZACAO DE ANEURISMA CEREBRAL POR OCLUSAO SACULAR-POR VASO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1588,84	685,89	73,48	2348,21	SIM	2
40813550	EMBOLIZACAO DE ANEURISMA CEREBRAL POR OCLUSAO VASCULAR - POR VASO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1588,84	685,89	73,48	2348,21	SIM	2

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM

MÉTODOS INTERVENCIONISTAS / TERAPEUTICOS POR IMAGEM

40813568	EMBOLIZACAO DE MALFORMACAO ARTERIOVENOSA CEREBRAL OU MEDULAR POR VASO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1588,84	685,89	73,48	2348,21	SIM	2
40813576	EMBOLIZACAO DE FISTULA ARTERIOVENOSA EM CABECA,PESCOCO OU COLUNA POR VASO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1588,84	685,89	73,48	2348,21	SIM	2
40813584	EMBOLIZACAO PARA TRATAMENTO DE EPISTAXE	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	471,83	633,02	22,06	1126,91	SIM	2
40813592	EMBOLIZACAO DE ANEURISMA OU PSEUDOANEURISMA VISCERAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	471,83	633,02	22,06	1126,91	SIM	2
40813606	EMBOLIZACAO BRONQUICA PARA TRATAMENTO DE HEMOPTISE	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1244,49	628,33	56,00	1928,82	SIM	2
40813614	EMBOLIZACAO PULMONAR PARA TRATAMENTO DE FISTULA ARTERIOVENOSA OU OUTRA SITUACAO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1244,49	185,47	56,00	1485,96	SIM	2
40813622	EMBOLIZACAO DE VARIZES ESOFAGIANAS OU GASTRICAS	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1286,10	394,94	56,00	1737,04	SIM	2
40813630	EMBOLIZACAO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1286,10	266,14	56,00	1608,24	SIM	2
40813649	EMBOLIZACAO DE RAMO PORTAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1244,49	966,95	56,00	2267,44	SIM	2
40813657	EMBOLIZACAO ESPLENICA PARA TRATAMENTO DE HIPERESPLENISMO OU OUTRA SITUACAO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1286,10	299,52	56,00	1641,62	SIM	2
40813665	EMBOLIZACAO ARTERIAL PARA TRATAMENTO DE PRIAPISMO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1286,10	613,35	56,00	1955,45	SIM	2
40813673	EMBOLIZACAO PARA TRATAMENTO DE IMPOTENCIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1286,10	628,33	56,00	1970,43	SIM	2

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM

MÉTODOS INTERVENCIONISTAS / TERAPEUTICOS POR IMAGEM

40813681	EMBOLIZACAO DE RAMOS HIPOGASTRICOS PARA TRATAMENTO DE SANGRAMENTO GINECOLOGICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1286,10	561,89	56,00	1903,99	SIM	2
40813690	EMBOLIZACAO SELETIVA PARA TRATAMENTO DE HEMATURIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1286,10	206,14	56,00	1548,24	SIM	2
40813703	EMBOLIZACAO DE ARTERIA RENAL PARA NEFRECTOMIA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1286,10	299,52	56,00	1641,62	SIM	2
40813711	EMBOLIZACAO FISTULA ARTERIOVENOSA NAO ESPECIFICADA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	471,83	633,02	22,06	1126,91	SIM	2
40813720	EMBOLIZACAO DE MALFORMACAO VASCULAR - POR VASO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1244,49	731,12	56,00	2031,61	SIM	2
40813738	EMBOLIZACAO DE PSEUDOANEURISMA- POR VASO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1776,08	514,08	56,00	2346,16	NÃO	1
40813746	EMBOLIZACAO DE ARTERIAS UTERINAS PARA TRATAMENTO DE MIOMA OU OUTRAS SITUACOES	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1244,49	534,31	56,00	1834,80	SIM	2
40813789	EMBOLIZACAO DE TUMOR DE CABECA E PESCOCO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1286,10	640,96	56,00	1983,06	SIM	2
40813797	EMBOLIZACAO DE TUMOR DO APARELHO DIGESTIVO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1286,10	245,02	56,00	1587,12	SIM	2
40813800	EMBOLIZACAO DE TUMOR OSSEO OU DE PARTES MOLES	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1286,10	599,12	56,00	1941,22	SIM	2
40813819	EMBOLIZACAO DE TUMOR NAO ESPECIFICADO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1286,10	573,00	56,00	1915,10	SIM	2
40813916	QUIMIOEMBOLIZACAO PARA TRATAMENTO DE TUMOR HEPATICO	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1286,10	556,19	56,00	1898,29	SIM	2
40813932	TIPS ANASTOMOSE PORTO -CAVA PERCUTANEA PARA TRATAMENTO DE HIPERTENSAO PORTAL	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1776,08	533,12	84,00	2393,20	SIM	3

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM

MÉTODOS INTERVENCIONISTAS / TERAPEUTICOS POR IMAGEM

40813940	IMPLANTE DE ENDOPROTESE EM ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL OU TORACICA COM STENT REVESTIDO (STENT-GRAFT)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1776,08	652,96	84,00	2513,04	SIM	3
40813959	IMPLANTE DE ENDOPROTESE EM DISSECCAO DE AORTA ABDOMINAL OU TORACICA COM STENT REVESTIDO (STENT-GRAFT)	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	1776,08	652,96	84,00	2513,04	SIM	3
40813991	TROMBECTOMIA MECANICA VENOSA	Principal	Hospitalar	NÃO	SIM	471,83	372,51	22,06	866,40	SIM	2
40814017	TROMBECTOMIA MEDICAMENTOSA PARA TRATAMENTO DE TEP	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	471,83	372,51	22,06	866,40	SIM	2
40814025	TROMBOLISE MEDICAMENTOSA ARTERIAL OU VENOSA -POR VASO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	471,83	372,51	22,06	866,40	SIM	2
40814033	TROMBOLISE MEDICAMENTOSA ARTERIAL OU VENOSA PARA TRATAMENTO DE ISQUEMIA MESENTERICA	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	471,83	372,51	22,06	866,40	SIM	2
40814041	TROMBOLISE MEDICAMENTOSA EM TRONCOS SUPRA-AORTICOS E INTRACRANIANOS	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	471,83	372,51	22,06	866,40	SIM	2

Observações: 1) Nos procedimentos terapêuticos em que a angiografia diagnóstica não foi realizada antes do procedimento cirúrgico, a mesma poderá ser cobrada em seu código específico.

ULTRASSONOGRAFIA

Código	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
40901017	US - GLOBO OCULAR BILATERAL	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	48,02	0,00	0,00	48,02	NÃO	1
40901025	US - GLOBO OCULAR COM DOPPLER COLORIDO - BILATERAL	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	84,67	0,00	0,00	84,67	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

ULTRASSONOGRAFIA

40901033	US - GLANDULAS SALIVARES (TODAS)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	48,02	0,00	0,00	48,02	NÃO	1
40901041	US - TORACICO (EXTRACARDIACO)	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	29,86	0,00	0,00	29,86	NÃO	1
40901076	ECODOPPLER DE ESFORCO OU ESTRESSE FARMACOLOGICO (INCLUI MAT/MED)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	280,00	0,00	0,00	280,00	NÃO	1
40901084	ECODOPPLER FETAL COM MAPEAMENTO DE FLUXO A CORES	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	152,00	0,00	0,00	152,00	NÃO	1
40901092	ECODOPPLER TRANSESOFAGICO (INCLUI TRANSTORACICO)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	250,00	0,00	0,00	250,00	NÃO	1
40901106	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO A CORES	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	120,50	0,00	0,00	120,50	NÃO	1
40901114	US - MAMAS	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	55,00	0,00	0,00	55,00	NÃO	1
40901122	US - ABDOMEN TOTAL (INCLUI PELVE)	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	101,26	0,00	0,00	101,26	NÃO	1
40901130	US - ABDOMEN SUPERIOR (FIGADO, VIAS BILIARES - VESICULA-PANCREAS-BACO)	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	64,80	0,00	0,00	64,80	NÃO	1
40901149	US - RETROPERITONIO (GRANDES VASOS OU ADRENAIS)	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	66,72	0,00	0,00	66,72	NÃO	1
40901158	APARELHO URINARIO (RINS, URETERES E BEXIGA)	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	56,74	0,00	0,00	56,74	NÃO	1
40901173	US - ABDOME INFERIOR MASCULINO (BEXIGA, PROSTATA E VESICULAS SEMINAIS)	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	45,63	0,00	0,00	45,63	NÃO	1
40901181	US - ABDOME INFERIOR FEMININO (BEXIGA, UTERO, OVARIO E ANEXOS)	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	45,63	0,00	0,00	45,63	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

ULTRASSONOGRAFIA

40901190	US - DERMATOLOGICO - PELE E SUBCUTANEO	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	45,22	0,00	0,00	45,22	NÃO	1
40901203	US - ORGAOS SUPERFICIAIS (TIREOIDE, ESCROTO, PENIS OU CRANIO)	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	49,60	0,00	0,00	49,60	NÃO	1
40901211	US - ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (CERVICAL OU AXILAS OU MUSCULO OU TENDAO)	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	49,60	0,00	0,00	49,60	NÃO	1
40901220	US - ARTICULAR (POR ARTICULACAO)	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	55,01	0,00	0,00	55,01	NÃO	1
40901238	US - OBSTETRICA	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	40,00	0,00	0,00	40,00	NÃO	1
40901246	US - OBSTETRICA COM DOPPLER COLORIDO	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	110,00	0,00	0,00	110,00	NÃO	1
40901254	US - OBSTETRICA: COM TRANSLUCENCIA NUCAL	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	70,38	0,00	0,00	70,38	NÃO	1
40901262	US - OBSTETRICA MORFOLOGICA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	80,02	0,00	0,00	80,02	NÃO	1
40901270	US - OBSTETRICA GESTACAO MULTIPLA (CADA FETO)	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	37,84	0,00	0,00	37,84	NÃO	1
40901289	US - OBSTETRICA GESTACAO MULTIPLA C/ DOPPLER COLORIDO(CADA FETO)	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	68,64	0,00	0,00	68,64	NÃO	1
40901297	US - OBSTETRICA 1 TRIMESTRE (ENDOVAGINAL)	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	62,00	0,00	0,00	62,00	NÃO	1
40901300	US - TRANSVAGINAL (INCLUI ABDOME INFERIOR FEMININO)	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	55,00	0,00	0,00	55,00	NÃO	1
40901319	US - TRANSVAGINAL P/ CONTROLE DE OVULACAO (3 OU MAIS EXAMES) (INCLUI ABDOME INF. FEMININO)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	110,43	0,00	0,00	110,43	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

ULTRASSONOGRAFIA

40901327	HISTEROSSONOGRAFIA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	115,63	0,00	0,00	115,63	NÃO	1
40901335	US - PROSTATA-TRANSRETAL (INCLUI ABDOME INFERIOR MASCULINO)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	68,00	0,00	0,00	68,00	NÃO	1
40901336	US - TRANSRETAL (INCLUI ABDOME INFERIOR)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	82,65	0,00	0,00	82,65	NÃO	1
40901351	DOPPLER COLORIDO TRANSFONTANELA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	68,00	0,00	0,00	68,00	NÃO	1
40901360	DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS ARTERIAIS BILATERAL (CAROTIDAS)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	120,50	0,00	0,00	120,50	NÃO	1
40901362	DOPPLER COLORIDO VERTEBRAL - BILATERAL	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	91,20	0,00	0,00	91,20	NÃO	1
40901378	DOPPLER COLORIDO VASOS CERVICAIS VENOSOS BILATERAL(SUBCLAVIAS E JUGULARES)	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	120,50	0,00	0,00	120,50	NÃO	1
40901386	DOPPLER COLORIDO DE ORGAO OU ESTRUTURA ISOLADA	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	50,00	0,00	0,00	50,00	NÃO	1
40901394	DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ARTERIAS RENAIS	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	120,50	0,00	0,00	120,50	NÃO	1
40901408	DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ILIACAS	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	120,50	0,00	0,00	120,50	NÃO	1
40901416	DOPPLER COLORIDO DE ARTERIAS VISCERAIS (MESENTERICAS SUP - INFERIOR E TRONCO CELIACO)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	120,50	0,00	0,00	120,50	NÃO	1
40901424	DOPPLER COLORIDO DE HEMANGIOMA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	91,20	0,00	0,00	91,20	NÃO	1
40901432	DOPPLER COLORIDO DE VEIA CAVA SUPERIOR OU INFERIOR	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	91,20	0,00	0,00	91,20	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

ULTRASSONOGRAFIA

40901440	DOPPLER COLORIDO PENIANO COM FARMACO-INDUCAO (INCLUI MEDICACAO)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	144,58	0,00	0,00	144,58	NÃO	1
40901459	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR-UNILATERAL	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	102,92	0,00	0,00	102,92	NÃO	1
40901467	DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO SUPERIOR-UNILATERAL	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	102,92	0,00	0,00	102,92	NÃO	1
40901475	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR-UNILATERAL	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	102,92	0,00	0,00	102,92	NÃO	1
40901483	DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO INFERIOR-UNILATERAL	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	102,92	0,00	0,00	102,92	NÃO	1
40901505	US - OBSTETRICA: COM PERFIL BIOFISICO FETAL	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	74,00	0,00	0,00	74,00	NÃO	1
40901513	DOPPLER COLORIDO ARTERIAS PENIANAS(SEM FARMACO INDUCAO)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	80,50	0,00	0,00	80,50	NÃO	1
40901521	ULTRASSONOGRAFIA BIOMICROSCOPICA - MONOCULAR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	40,00	0,00	0,00	40,00	NÃO	1
40901530	ULTRASSONOGRAFIA DIAGNOSTICA - MONOCULAR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	40,00	0,00	0,00	40,00	NÃO	1
40901602	DOPPLER TRANSCRANIANO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	60,00	0,00	0,00	60,00	NÃO	
40902013	US - OBSTETRICA: COM AMNIOCENTESE	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	97,54	0,00	0,00	97,54	NÃO	1
40902021	US - OBSTETRICA 1 TRIMESTRE COM PUNCAO: BIOPSIA OU ASPIRATIVA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	120,50	0,00	0,00	120,50	NÃO	1
40902030	US - PROSTATA TRANSRETAL C/ BIOPSIA - (ATE 8 FRAGMENTOS)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	120,50	0,00	0,00	120,50	NÃO	1
40902048	US - PROSTATA TRANSRETAL C/ BIOPSIA - (MAIS 8 FRAGMENTOS)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	141,58	0,00	0,00	141,58	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

ULTRASSONOGRAFIA

40902056	DOPPLER COLORIDO INTRA-OPERATORIO	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	98,55	0,00	0,00	98,55	NÃO	1
40902072	ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSOPERATORIO (TRANSESOFAGICO OU EPICARDICO) 1 HORA)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	250,00	0,00	0,00	250,00	NÃO	1
40902080	ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSOPERATORIO (TRANSESOF/ EPICARDICO) H.SUPLEM	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	28,90	0,00	0,00	28,90	NÃO	1
40902099	PUNCAO ASPIRATIVA ORIENTADA POR US (ACRESCENTAR O EXAME DE BASE)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	86,50	0,00	0,00	86,50	NÃO	1
40902102	PUNCAO VASCULAR ORIENTADA POR US (ACRESCENTAR O EXAME DE BASE)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	86,50	0,00	0,00	86,50	NÃO	1
40902110	DRENAGEM PERCUTANEA ORIENTADA POR US (ACRESCENTAR O EXAME DE BASE)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	86,50	0,00	0,00	86,50	NÃO	1
40902129	REDUCAO DE INVAGINACAO INTESTINAL P/ ENEMA ORIENTADA POR US (ACRESCENTAR O EXAME DE BASE)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	34,50	0,00	0,00	34,50	NÃO	1

Observações: 1) O código 40902099 (Punção aspirativa orientada por US), quando utilizado para punção de cistos mamários, corresponderá a cada grupo de 5 cistos puncionados, independente de sua topografia na mama.

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

Código	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
41001010	TC - CRANIO OU ORBITAS OU SELA TURCICA	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	200,25	0,00	0,00	200,25	NÃO	1
41001028	TC - MASTOIDES OU ORELHAS	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	248,32	0,00	0,00	248,32	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

41001036	TC - FACE OU SEIOS DA FACE	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	200,25	0,00	0,00	200,25	NÃO	1
41001044	TC - ARTICULACOES TEMPOROMANDIBULARES	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	236,25	0,00	0,00	236,25	NÃO	1
41001052	DENTAL (DENTASCAN)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	145,00	0,00	0,00	145,00	NÃO	1
41001060	TC - PESCOCO (PARTES MOLES-LARINGE-TIREOIDE -FARINGE)	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	260,90	0,00	0,00	260,90	NÃO	1
41001079	TC - TORAX	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	248,32	0,00	0,00	248,32	NÃO	1
41001095	TC - ABDOME TOTAL (ABDOME SUPERIOR, PELVE E RETROPERITONIO)	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	345,65	0,00	0,00	345,65	NÃO	1
41001109	TC - ABDOME SUPERIOR	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	245,75	0,00	0,00	245,75	NÃO	1
41001117	TC - PELVE OU BACIA	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	260,90	0,00	0,00	260,90	NÃO	1
41001125	TC - COLUNA CERVICAL, DORSAL OU LOMBAR (ATE 3 SEGMENTOS)	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	236,87	0,00	0,00	236,87	NÃO	1
41001133	TC - COLUNA - SEGMENTO ADICIONAL	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	46,54	0,00	0,00	46,54	NÃO	1
41001141	TC - ARTICULACAO (ESTERNOCLAVICULAR OU OMBRO OU COTOVELO OU PUNHO SACROILIACAS OU COXOFEMORAL OU JOELHO OU PE) - UNILATERAL	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	235,75	0,00	0,00	235,75	NÃO	1
41001150	TC - SEGMENTOS APENDICULARES (BRACOS-ANTEBRACOS, COXAS, PERNAS, MAOS E PES)	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	260,90	0,00	0,00	260,90	NÃO	1
41001176	ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA TORACICA	Suplementar	Ambos	SIM	SIM	249,05	0,00	0,00	249,05	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

41001184	ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL	Suplementar	Ambos	SIM	SIM	249,05	0,00	0,00	249,05	NÃO	1
41001192	ESCANOMETRIA DIGITAL	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	74,77	0,00	0,00	74,77	NÃO	1
41001230	TC - ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	800,00	0,00	0,00	800,00	NÃO	0
41001370	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE CRANIO	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	249,05	0,00	0,00	249,05	NÃO	
41001389	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE CRANIO	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	249,05	0,00	0,00	249,05	NÃO	
41001397	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE PESCOCO	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	249,05	0,00	0,00	249,05	NÃO	
41001400	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE PESCOCO	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	249,05	0,00	0,00	249,05	NÃO	
41001419	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE TORAX	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	249,05	0,00	0,00	249,05	NÃO	
41001427	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE TORAX	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	249,05	0,00	0,00	249,05	NÃO	
41001435	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE ABDOME SUPERIOR	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	249,05	0,00	0,00	249,05	NÃO	
41001443	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE ABDOME SUPERIOR	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	249,05	0,00	0,00	249,05	NÃO	
41001451	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE PELVE	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	249,05	0,00	0,00	249,05	NÃO	
41001460	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE PELVE	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	249,05	0,00	0,00	249,05	NÃO	
41001478	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	249,05	0,00	0,00	249,05	NÃO	

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

41001486	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE MEMBRO INFERIOR	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	249,05	0,00	0,00	249,05	NÃO	
41001494	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	249,05	0,00	0,00	249,05	NÃO	
41001508	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE MEMBRO SUPERIOR	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	249,05	0,00	0,00	249,05	NÃO	
41001516	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL PULMONAR	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	249,05	0,00	0,00	249,05	NÃO	
41001524	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA PULMONAR	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	249,05	0,00	0,00	249,05	NÃO	
41002016	TOMOMIELOGRAFIA (ATE 3 SEGMENTOS) ACRESCENTAR TC DE COLUNA	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	25,60	0,00	0,00	25,60	NÃO	1
41002024	PUNCAO ASPIRATIVA ORIENTADA P/ TC (ACRESCENTAR O EXAME DE	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	86,50	0,00	0,00	86,50	NÃO	1
41002032	DRENAGEM PERCUTANEA ORIENTADA P/ TC (ACRESCENTAR O EXAME DE BASE)	Suplementar	Ambos	SIM	NÃO	86,50	0,00	0,00	86,50	NÃO	1

MATERIAIS/CONTRASTES

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
41003021	CONTRASTE IODADO - POR ML (TOMOGR COMPUTADORIZADA)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	1,10	0,00	0,00	1,10	NÃO	1
41003032	MATERIAIS / MEDICAMENTOS PARA EXAMES DE IMAGEM (TOMOGR COMPUTADORIZADA)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	9,80	0,00	0,00	9,80	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

Observações: 1) Quando solicitados exames de duas ou mais areas, a partir da segunda serão remunerados em 70% do valor total do procedimento. 2) O código 41002024 (punção aspirativa orientada por TC) quando utilizado para punção de cistos mamarios correspondera a cada grupo de 5 cistos puncionados independente de sua topografia na mama.

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

Código	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
41101014	RM - CRANIO (ENCEFALO)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	468,70	0,00	0,00	468,70	NÃO	1
41101022	RM - SELA TURSICA (HIPOFISE)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	468,70	0,00	0,00	468,70	NÃO	1
41101030	RM - BASE DO CRANIO OU MASTOIDE	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	468,70	0,00	0,00	468,70	NÃO	1
41101049	ESTUDO FUNCIONAL (MAPEAMENTO CORTICAL P/ RM)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	137,51	0,00	0,00	137,51	NÃO	1
41101057	PERFUSAO CEREBRAL P/ RM	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	137,51	0,00	0,00	137,51	NÃO	1
41101065	ESPECTROSCOPIA POR RESSONANCIA MAGNETICA (ACRESCENTAR EXAME DE BASE)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	137,51	0,00	0,00	137,51	NÃO	1
41101073	RM - ORBITA BILATERAL	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	468,70	0,00	0,00	468,70	NÃO	1
41101081	RM - OSSOS TEMPORAIS BILATERAL	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	468,70	0,00	0,00	468,70	NÃO	1
41101090	RM - FACE (INCLUI SEIOS DA FACE)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	468,70	0,00	0,00	468,70	NÃO	1
41101103	RM - ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	468,51	0,00	0,00	468,51	NÃO	1
41101111	RM - PESCOCO (NASO/OROFARINGE, LARINGE, TRAQUEIA, TIREOIDE, PARATIREOIDE)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	468,02	0,00	0,00	468,02	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

41101120	RM - TORAX (MEDIASTINO, PULMAO, PAREDE TORACICA)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	488,19	0,00	0,00	488,19	NÃO	1
41101138	RM - CORACAO-MORFOLOGICO E FUNCIONAL	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	513,49	0,00	0,00	513,49	NÃO	1
41101146	RM - CORACAO-MORFOLOGICO E FUNCIONAL PERFUSAO ESTRESS	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	584,27	0,00	0,00	584,27	NÃO	1
41101154	RM - CORACAO - MORFOLOGICO E FUNCIONAL + PERFUSAO ESTRESSE + VIABILIDADE MIOCARDICA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	627,95	0,00	0,00	627,95	NÃO	1
41101162	RM - MAMA (BILATERIAL)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	445,25	0,00	0,00	445,25	NÃO	1
41101170	RM - ABDOME SUPERIOR (FIGADO, PANCREAS, BACO, RINS, SUPRA-RENAIS,RETROPERITONIO)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	480,71	0,00	0,00	480,71	NÃO	1
41101189	RM - PELVE	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	482,53	0,00	0,00	482,53	NÃO	1
41101197	RM - FETAL	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	407,55	0,00	0,00	407,55	NÃO	1
41101200	RM - PENIS	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	381,19	0,00	0,00	381,19	NÃO	1
41101219	RM - BOLSA ESCROTAL	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	381,19	0,00	0,00	381,19	NÃO	1
41101227	RM - COLUNA CERVICAL OU DORSAL OU LOMBAR	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	475,45	0,00	0,00	475,45	NÃO	1
41101235	RM - FLUXO LIQUORICO (COMO COMPLEMENTAR)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	127,21	0,00	0,00	127,21	NÃO	1
41101243	RM - PLEXO BRAQUIAL (DESFILADEIRO TORACICO) OU LOMBOSSACRAL	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	488,19	0,00	0,00	488,19	NÃO	1
41101251	RM - MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	476,10	0,00	0,00	476,10	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

41101260	RM - MAO	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	476,10	0,00	0,00	476,10	NÃO	1
41101278	RM - BACIA (ARTICULACOES SACROILIACAS)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	482,53	0,00	0,00	482,53	NÃO	1
41101286	RM - COXA (UNILATERAL)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	476,10	0,00	0,00	476,10	NÃO	1
41101294	PERNA (UNILATERAL)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	476,10	0,00	0,00	476,10	NÃO	1
41101308	RM - PE (ANTEPE)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	474,57	0,00	0,00	474,57	NÃO	1
41101316	RM - ARTICULAR (POR ARTICULACAO)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	474,40	0,00	0,00	474,40	NÃO	1
41101332	ANGIO-RM DE AORTA TORACICA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	469,52	0,00	0,00	469,52	NÃO	1
41101340	ANGIO-RM DE AORTA ABDOMINAL	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	469,52	0,00	0,00	469,52	NÃO	1
41101359	HIDRO-RM (COLANGIO-RM OU URO-RM OU MIELO-RM OU SIALO-RM OU CISTOGRAFIA POR RM)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	387,19	0,00	0,00	387,19	NÃO	1
41101367	RM - ENDOCAVITARIA (ENDORETAL OU ENDOVAGINAL)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	476,10	0,00	0,00	476,10	NÃO	1
41101499	ANGIO-RM ARTERIAL PULMONAR	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	358,11	0,00	0,00	358,11	NÃO	
41101502	ANGIO-RM VENOSA PULMONAR	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	358,11	0,00	0,00	358,11	NÃO	
41101510	ANGIO-RM ARTERIAL DE ABDOME SUPERIOR	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	358,11	0,00	0,00	358,11	NÃO	
41101529	ANGIO-RM VENOSA DE ABDOME SUPERIOR	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	358,11	0,00	0,00	358,11	NÃO	

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

41101537	ANGIO-RM ARTERIAL DE CRANIO	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	358,11	0,00	0,00	358,11	NÃO	
41101545	ANGIO-RM VENOSA DE CRANIO	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	358,11	0,00	0,00	358,11	NÃO	
41101553	ANGIO-RM ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	358,11	0,00	0,00	358,11	NÃO	
41101561	ANGIO-RM VENOSA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	358,11	0,00	0,00	358,11	NÃO	
41101570	ANGIO-RM ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	358,11	0,00	0,00	358,11	NÃO	
41101588	ANGIO-RM VENOSA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	358,11	0,00	0,00	358,11	NÃO	
41101596	ANGIO-RM ARTERIAL DE PELVE	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	358,11	0,00	0,00	358,11	NÃO	
41101600	ANGIO-RM VENOSA DE PELVE	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	358,11	0,00	0,00	358,11	NÃO	
41101618	ANGIO-RM ARTERIAL DE PESCOCO	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	358,11	0,00	0,00	358,11	NÃO	
41101626	ANGIO-RM VENOSA DE PESCOCO	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	358,11	0,00	0,00	358,11	NÃO	
41102010	ARTRO-RM (INCLUIR A PUNCAO ARTICULAR) POR ARTICULACAO	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	474,40	0,00	0,00	474,40	NÃO	1

MATERIAIS/CONTRASTES

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

MATERIAIS/CONTRASTES

41003001	MATERIAIS / MEDICAMENTOS PARA EXAMES DE IMAGEM (RESSONANCIA)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	9,80	0,00	0,00	9,80	NÃO	1
41003010	CONTRASTE RESSONANCIA - POR ML	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	5,69	0,00	0,00	5,69	NÃO	1

Observações: 1) Os valores correspondentes a contrastes serão remunerados conforme as normas vigentes. 2) Quando solicitado exame de dois ou mais segmentos a serem realizados no mesmo ato, a remuneração a partir do segundo será de 80% do valor total dos mesmos. 3) Angiografia por RM quando solicitada conjuntamente com outro exame, segue a regra do item 2. 4) O meio de contaste não ionico iso-osmolar tem recomendada sua utilização em exames de imagem somente nas seguintes situações: a) beneficiarios com comprometimento previo da função renal b) beneficiarios portadores de diabetes tipo 1 e 2, usuarios de insulina ou hipoglicemiantes orais, com creatinina serica estavel entre 1,5 a 3,5 mg/dl (em homens) e 1,3 a 3,5 mg/dl (em mulheres) ou cleanarande de ceatinina > 60ml/min de acordo com a forumla de Cockcroft e Gault 5) Aos procedimentos de ressonancia magnetica intervencionista deve ser acrescido o valor do exame realizado na região ou orgão.

RADIOTERAPIA

Código	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
41201051	BETATERAPIA (PLACA DE ESTRONCIO) POR CAMPO	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	30,00	0,00	0,00	30,00	NÃO	1
41202017	MOLDAGEM OU IMPLANTE EM PELE	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	92,55	0,00	0,00	92,55	NÃO	1
41202018	MOLDAGEM OU IMPLANTE EM MUCOSA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	130,05	0,00	0,00	130,05	NÃO	1
41202019	RADIOIMPLANTE OU RADIOMOLDAGEM C/ FIOS IRIDIUM (P/ TRAT)EM CABECA E PESCOCO, MAMA, CEREBRO, ESOFAGO, PANCREAS, PULMAO, TUMORES PEDIATRICO	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	799,95	0,00	0,00	799,95	NÃO	1
41202020	RADIOIMPLANTE OU RADIOMOLDAGEM C/ FIOS IRIDIUM (P/ TRAT)EM TUMORES GINECOLOGICOS, UROLOGICOS E DE PARTES MOLES	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	1075,05	0,00	0,00	1075,05	NÃO	1
41202021	RADIOIMPLANTE COM IODO 125 - QUALQUER LOCALIZACAO - POR TRATAMENTO)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	799,95	0,00	0,00	799,95	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

RADIOTERAPIA

41202022	RADIOIMPLANTE OFTALMOLOGICO C/ PLACA DE COBALTO-60	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	799,95	0,00	0,00	799,95	NÃO	1
41202024	BRAQUITERAPIA DE ALTA TAXA DE DOSE (P/ INSERCAO - MAXIMO 4 INSERCOES)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	1114,92	0,00	0,00	1114,92	NÃO	1
41202026	RADIOIMPLANTE COM OURO 198 (POR TRATAMENTO) - QUALQUER LOCALIZACAO	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	660,00	0,00	0,00	660,00	NÃO	1
41203020	RADIOCIRURGIA (RTC) - NIVEL 1, LESAO UNICA E/OU UM ISOCENTRO - POR TRATAMENTO	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	9540,00	0,00	0,00	9540,00	NÃO	1
41203035	RADIOTERAPIA ESTEREOTATICA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	9540,00	0,00	0,00	9540,00	NÃO	1
41203038	RADIOCIRURGIA (RTC) - NIVEL 2, DUAS LESOES E/OU DOIS A QUATRO ISOCENTROS - POR TRATAMENTO	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	10494,0	0,00	0,00	10494,00	NÃO	1
41203046	RADIOCIRURGIA (RTC) - NIVEL 3, TRES LESOES E/OU DE MAIS DE QUATRO ISOCENTROS - POR TRATAMENTO	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	11018,7	0,00	0,00	11018,70	NÃO	
41203100	RADIOTERAPIA DE CORPO INTEIRO-POR TRATAMENTO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	257,11	0,00	0,00	257,11	NÃO	1
41203119	RADIOTERAPIA DE MEIO CORPO-POR TRATAMENTO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	257,11	0,00	0,00	257,11	NÃO	1
41203460	TELETERAPIA DE LINFOMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	8040,00	0,00	0,00	8040,00	NÃO	1
41203471	TELETERAPIA DE SARCOMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	8040,00	0,00	0,00	8040,00	NÃO	1
41203483	TELETERAPIA DA MAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	8040,00	0,00	0,00	8040,00	NÃO	
41203491	TELETERAPIA DA PELVE FEMININA OU MASCULINA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	8040,00	0,00	0,00	8040,00	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

RADIOTERAPIA

41203502	TELETERAPIA DA PROSTATA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	8040,00	0,00	0,00	8040,00	NÃO	1
41203513	TELETERAPIA DE CABECA E PESCOCO	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	9540,00	0,00	0,00	9540,00	NÃO	1
41203529	TELETERAPIA DE METASTASE CEREBRAL	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	4930,00	0,00	0,00	4930,00	NÃO	1
41203537	TELETERAPIA DE METASTASES, METASTASE OSSEA OU MIELOMA (POR LESAO)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	4930,00	0,00	0,00	4930,00	NÃO	1
41203553	TELETERAPIA DO PULMAO OU MEDIASTINO	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	8040,00	0,00	0,00	8040,00	NÃO	1
41203561	TELETERAPIA DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL (SNC)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	8040,00	0,00	0,00	8040,00	NÃO	1
41203572	TELETERAPIA DO TRATO GASTRO INTESTINAL (ESOFAGO, ESTOMAGO, PANCREAS, FIGADO, VESICULA BILIAR, RETO, ANUS)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	8040,00	0,00	0,00	8040,00	NÃO	1
41203598	TELETERAPIA DO TRATO GENITURINARIO (RIM, PELVE RENAL, URETER, BEXIGA)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	8040,00	0,00	0,00	8040,00	NÃO	1
41203611	TELETERAPIA DA PELE (POR LESAO)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	1500,00	0,00	0,00	1500,00	NÃO	1
41203624	TELETERAPIA DA PELE (POR LESAO) COM CADEIAS LINFATICAS	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	2800,00	0,00	0,00	2800,00	NÃO	1
41203638	TELETERAPIA DE PARTES MOLES (TUMOR PRIMARIO)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	3500,00	0,00	0,00	3500,00	NÃO	1
41204010	BRAQUITERAPIA GINECOLOGICA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	7560,00	0,00	0,00	7560,00	NÃO	

Observações: 1) As teleterapias necessitam de prévia autorização, devendo ser solicitadas no formulário IP- 1474 - Solicitação de Autorização para Radioterapia, sendo de preenchimento obrigatório o controle de comparecimento do beneficiário às sessões. 2) Os procedimentos de teleterapia contemplam o tratamento completo, que inclui planejamento, simulação,

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

RADIOTERAPIA

sistema de imobilização, bloco de colimação e cheque filme. 3) O faturamento e cobrança deverão ser encaminhados ao término do tratamento, sendo indispensável a apresentação do formulário IP-1474, a pré-autorização e a execução da pré-autorizada do último dia de comparecimento assinada (para os códigos controlados de teleterapia).

EXAMES ESPECÍFICOS - PROCEDIMENTOS

Código	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
20101198	TESTE DE ADAPTACAO DE LENTES DE CONTATO (SESSAO) - BINOCULAR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	8,40	0,00	0,00	8,40	NÃO	1
40104814	TESTE DE HEALD	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	4,80	0,00	0,00	4,80	NÃO	1
41301003	TONOGRAFIA - MONOCULAR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	7,50	0,00	0,00	7,50	NÃO	1
41301013	ANGIOFLUORESCEINOGRAFIA - MONOCULAR (INCLUI MAT/MED)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	41,50	0,00	0,00	41,50	NÃO	1
41301021	ANGIOGRAFIA COM INDOCIANINA VERDE - MONOCULAR (INCLUI MAT/MED)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	97,02	0,00	0,00	97,02	NÃO	1
41301030	AVALIACAO ORBITO-PALPEBRAL - EXOFTALMOMETRIA - BINOCULAR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	12,80	0,00	0,00	12,80	NÃO	1
41301056	BIOPSIA DO VILO CORIAL	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	33,80	71,68	0,00	105,48	NÃO	1
41301072	CAMPIMETRIA MANUAL - MONOCULAR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	13,45	0,00	0,00	13,45	NÃO	1
41301080	CERATOSCOPIA COMPUTADORIZADA (TOPOGRAFIA CORNEANA) - BINOCULAR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	48,00	0,00	0,00	48,00	NÃO	1
41301102	COLPOSCOPIA (CERVICE UTERINA E VAGINA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	0,00	12,00	0,00	12,00	NÃO	1
41301110	CORDOCENTESE	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	0,00	40,20	0,00	40,20	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

EXAMES ESPECÍFICOS - PROCEDIMENTOS

41301129	CURVA TENSIONAL DIARIA - BINOCULAR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	30,24	0,00	0,00	30,24	NÃO	1
41301137	DERMATOSCOPIA (POR GRUPO DE 5 LESOES)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	0,00	5,00	0,00	5,00	NÃO	1
41301145	ERECAO FARMACO-INDUZIDA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	0,00	22,85	0,00	22,85	NÃO	1
41301153	ESTERIO-FOTO DE PAPILA - MONOCULAR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	13,45	0,00	0,00	13,45	NÃO	1
41301170	ESTUDO DA PELICULA LACRIMAL - BINOCULAR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	15,94	0,00	0,00	15,94	NÃO	1
41301188	EXAME A FRESCO DO CONTEUDO VAGINAL E CERVICAL	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	0,00	4,80	0,00	4,80	NÃO	0
41301196	EXAMES BACTERIOSCOPICOS DE LESAO CUTANEA, MUCO OU LINFA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	0,00	5,00	0,00	5,00	NÃO	1
41301200	EXAME DE MOTILIDADE OCULAR (TESTE ORTOTICO) - BINOCULAR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	10,25	0,00	0,00	10,25	NÃO	1
41301218	EXAME MICOLOGICO-CULTURA E IDENTIFICACAO DE COLONIA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	0,00	5,00	0,00	5,00	NÃO	1
41301226	EXAME MICOLOGICO DIRETO (POR LOCAL)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	0,00	5,00	0,00	5,00	NÃO	1
41301242	GONIOSCOPIA - BINOCULAR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	18,00	0,00	0,00	18,00	NÃO	1
41301250	MAPEAMENTO DA RETINA - MONOCULAR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	15,36	0,00	0,00	15,36	NÃO	1
41301269	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA - MONOCULAR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	60,20	0,00	0,00	60,20	NÃO	1
41301277	OFTALMODINAMOMETRIA - MONOCULAR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	10,24	0,00	0,00	10,24	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

EXAMES ESPECÍFICOS - PROCEDIMENTOS

41301285	PENIOSCOPIA (INCLUI BOLSA ESCROTAL)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	0,00	19,20	0,00	19,20	NÃO	1
41301307	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL - MONOCULAR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	8,00	0,00	0,00	8,00	NÃO	1
41301315	RETINOGRAFIA - MONOCULAR (INCLUI MAT/MED)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	20,00	0,00	0,00	20,00	NÃO	1
41301323	TONOMETRIA - (APLANACAO) -BINOCULAR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	8,00	0,00	0,00	8,00	NÃO	1
41301331	TRICOGRAMA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	0,00	12,00	0,00	12,00	NÃO	1
41301340	URODINAMICA COMPLETA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	75,55	130,00	0,00	205,55	NÃO	1
41301358	UROFLUXOMETRIA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	0,00	29,00	0,00	29,00	NÃO	1
41301366	VISAO SUB-NORMAL - MONOCULAR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	32,00	0,00	0,00	32,00	NÃO	1
41301374	VULVOSCOPIA (VULVA E PERINEO)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	0,00	10,00	0,00	10,00	NÃO	1
41301471	TESTE DO REFLEXO VERMELHO EM RECEM NATO (TESTE DO OLHINHO)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	0,00	16,00	0,00	16,00	NÃO	0
41401069	PROVAS IMUNO-ALERGICAS PARA BACTERIAS - POR ANTIGENO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	15,26	0,00	0,00	15,26	NÃO	1
41401077	PROVAS IMUNO-ALERGICAS PARA FUNGOS - POR ANTIGENO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	15,26	0,00	0,00	15,26	NÃO	1
41401107	TESTE DE BRONCOPROVOCACAO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	35,71	0,00	0,00	35,71	NÃO	1
41401115	TESTE DE CAMINHADA DE 6 MINUTOS	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	20,00	0,00	0,00	20,00	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

EXAMES ESPECÍFICOS - PROCEDIMENTOS

41401212	TESTE DE GLICEROL (COM AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR PRE E POS)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	28,80	0,00	0,00	28,80	NÃO	1
41401220	TESTE DE GLICEROL (COM ELETROCOCLEOGRAFIA PRE E POS)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	139,95	0,00	0,00	139,95	NÃO	1
41401239	TESTE DE HIGLER PARA PARALISIA FACIAL	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	16,05	0,00	0,00	16,05	NÃO	1
41401247	TESTE DE HUHMER	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	10,00	0,00	0,00	10,00	NÃO	1
41401255	TESTE DE MITSUDA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	3,36	0,00	0,00	3,36	NÃO	
41401263	TESTE DE PROTESE AUDITIVA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	35,56	0,00	0,00	35,56	NÃO	1
41401271	TESTE DE SENSIBILIDADE DE CONTRASTE OU DE CORES - MONOCULAR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	11,50	0,00	0,00	11,50	NÃO	1
41401301	TESTE PROVOCATIVO PARA GLAUCOMA - BINOCULAR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	13,45	0,00	0,00	13,45	NÃO	1
41401360	TESTES CUTANEO-ALERGICOS P/ ALERGENOS DA POEIRA (TCAP)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	15,88	0,00	0,00	15,88	NÃO	1
41401379	TESTES CUTANEO-ALERGICOS PARA ALIMENTOS (TCAAL)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	13,30	0,00	0,00	13,30	NÃO	1
41401387	TESTES CUTANEO-ALERGICOS PARA FUNGOS (TCAP)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	13,30	0,00	0,00	13,30	NÃO	1
41401395	TESTES CUTANEO-ALERGICOS PARA INSETOS HEMATOFAGOS (TCAIH)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	13,30	0,00	0,00	13,30	NÃO	1
41401425	TESTE DE CONTATO (ATE 30 SUBSTANCIAS)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	17,22	0,00	0,00	17,22	NÃO	1
41401433	TESTE DE CONTATO (POR SUBSTANCIA, ACIMA DE 30)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	1,59	0,00	0,00	1,59	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

EXAMES ESPECÍFICOS - PROCEDIMENTOS

41401441	TESTE DE CONTATO COM FOTOSSENSIBILIZACAO (ATE 30 SUBSTANCIAS)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	24,00	0,00	0,00	24,00	NÃO	1
41401450	TESTE DE CONTATO COM FOTOSSENSIBILIZACAO (P/ SUBSTANCIA, ACIMA DE 30)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	1,68	0,00	0,00	1,68	NÃO	1
41401476	TESTES VESTIBULARES - COM PROVA CALORICA - COM ELETRONISTAGMOGRAFIA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	48,00	0,00	0,00	48,00	NÃO	1
41401484	TESTES VESTIBULARES - COM PROVA CALORICA - SEM ELETRONISTAGMOGRAFIA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	28,00	0,00	0,00	28,00	NÃO	1
41401492	TESTES VESTIBULARES - COM VECTO-ELETRONISTAGMOGRAFIA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	60,00	0,00	0,00	60,00	NÃO	1
41401610	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER - PROVA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	13,30	0,00	0,00	13,30	NÃO	1
41401621	TESTES CUTANEO-ALERGICOS PARA POLENS (TCAPO)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	13,30	0,00	0,00	13,30	NÃO	1
41401632	TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	13,30	0,00	0,00	13,30	NÃO	1
41401640	TESTES IMUNO-ALERGICOS IN VITRO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	23,40	0,00	0,00	23,40	NÃO	1

Observações: 1) Os procedimentos 41401476, 41401484 e 41401492 são excludentes entre si.

OUTROS PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS

Código	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
41501012	BIOMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	38,40	0,00	0,00	38,40	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

OUTROS PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS

41501020	CAVERNOSOMETRIA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	22,80	24,00	0,00	46,80	NÃO	1
41501047	DOPPLERMETRIA DOS CORDOES ESPERMATICOS	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	0,00	14,40	0,00	14,40	NÃO	1
41501063	INVESTIGACAO ULTRASSONICA COM REGISTRO GRAFICO (QUALQUER AREA)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	28,80	0,00	0,00	28,80	NÃO	1
41501071	INVESTIGACAO ULTRASSONICA COM TESTE DE STRESS E COM REGISTRO GRAFICO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	36,00	0,00	0,00	36,00	NÃO	1
41501080	INVESTIGACAO ULTRASSONICA COM TESTE DE STRESS E SEM REGISTRO GRAFICO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	24,00	0,00	0,00	24,00	NÃO	1
41501098	INVESTIGACAO ULTRASSONICA COM TESTE DE STRESS EM ESTEIRA E COM REGISTRO GRAFICO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	48,00	0,00	0,00	48,00	NÃO	1
41501101	INVESTIGACAO ULTRASSONICA SEM REGISTRO GRAFICO (QUALQUER	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	14,40	0,00	0,00	14,40	NÃO	1
41501110	MEDIDA DE INDICE DE ARTELHOS COM REGISTRO GRAFICO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	6,40	0,00	0,00	6,40	NÃO	1
41501128	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	25,20	0,00	0,00	25,20	NÃO	1
41501136	TERMOMETRIA CUTANEA (P/ LATERALIDADE:PESCOCO, MM, BOLSA ESCROTAL- TERRIT PENIANO)	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	6,40	0,00	0,00	6,40	NÃO	1
41501144	TOMOGRAFIA DE COERENCIA OPTICA - MONOCULAR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	120,00	0,00	0,00	120,00	NÃO	1
41501195	PLETISMOGRAFIA (QUALQUER TIPO) POR LATERALIDADE OU	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	30,72	0,00	0,00	30,72	NÃO	
41501268	PRESSAO ARTERIAL PENIANA	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	11,55	0,00	0,00	11,55	NÃO	1

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

OUTROS PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS

CADERNO HOSPITALAR

DIÁRIAS ESPECIAIS

Código	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
96001010	DIARIA DE UTI	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	593,70	190,00	100,00	883,70	NÃO	1
97001011	DIARIA DE UTI ESPECIAL	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	920,50	190,00	120,00	1230,50	NÃO	1
97002012	DIARIA DE UTI PARA COVID -19	Suplementar	Hospitalar	SIM	SIM	1120,50	190,00	120,00	1430,50	NÃO	
99003015	PERMANENCIA A MAIOR	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	123,50	0,00	6,50	130,00	NÃO	1
99080010	DIARIA DE ACOMPANHANTE	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	15,20	0,00	0,00	15,20	NÃO	

Observações: 1) A permanência no CTI somente é justificada na presença de indicações clínicas e portanto, motivos administrativos (p. ex. falta de vaga para transferência) não serão remunerados como tal. As diárias de UTI não serão computadas para fim de contagem de permanência a maior e a correspondente ao dia da alta, só será paga nos casos de óbito e transferência. 2) O código 97001011 (Diária de UTI Especial) deve ser utilizado para remuneração dos 05 (cinco) primeiros dias de permanência nesta unidade. Após esse o período, o restante da estadia é remunerada pelo código 96001010 (Diária de UTI). Exceção a essa regra se aplica às situações clínicas agudas que cursam com instabilidade hemodinâmica associada a hipoperfusão tecidual e/ou necessidade de ventilação mecânica invasiva, onde o faturamento pelo código 97001011 poderá ser mantido durante o período em que essas condições estiverem presentes. 3) Estão inclusos no honorário do plantonista: entubação, monitorização cardioscópica, monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva, cardioversão, desfibrilação, punção venosa periférica e central e assistência ventilatória mecânica. 4) Não estão inclusos no honorário do plantonista e serão remunerados à parte: diálise em casos agudos, implante de marcapasso, punção intra-arterial e traqueostomia. 5) O acesso central por punção ou dissecção para administração de drogas, soroterapia ou acesso para hemodiálise (códigos 30913012 e 30913098) somente poderá ser cobrado quando realizado por cirurgião não plantonista na UTI no momento do ato. 6) As atividades das especialidades: clínica médica, cardiologia, pneumologia, pediatria, endocrinologia, geriatria, nutrologia (para dietoterapia oral) são consideradas inclusas na atuação do plantonista e, portanto não são pagas como interconsulta. 7) A diária de acompanhante poderá ser cobrada na proporção de 1(uma)/dia nas seguintes situações: maiores de 60 anos e menores de 18 anos; paciente portador de deficiência mental; gestantes durante o parto e puerpério; nos recém nascidos que ficarem retidos no Hospital com a mãe após o término da permanência do pacote materno (abertura de internação para o RN será permitida apenas para os patológicos, que necessitarem permanecer internados após a alta materna); por orientação médica , quando a presença do acompanhante for benéfica à recuperação do paciente. 8) A DIÁRIA DE UTI PARA COVID-19, código 97002012, será remunerada para paciente internado em unidade de tratamento intensivo com diagnóstico suspeito ou confirmado de Covid-19, na proporção de 01 (um) por dia de internação. 9) Os códigos 97002012 - Diária de UTI para Covid-19, 16100022 - Adicional de isolamento por Covid-19, 96001010 - Diária de UTI e 96001010 - Diária de UTI especial são mutuamente excludentes entre si.

HEMOTERAPIA

Código	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm

CADERNO HOSPITALAR

HEMOTERAPIA

40402118	DELEUCOTIZACAO DE UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMACIAS - POR UNIDADE (INCLUI FILTRO)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	144,05	0,00	0,00	144,05	NÃO	1
40402126	DELEUCOTIZACAO DE UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS - ATE 6 UNIDADES (INCLUI FILTRO)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	153,65	0,00	0,00	153,65	NÃO	1
40402134	IRRADIACAO DE COMPONENTES HEMOTERAPICOS	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	16,93	0,00	0,00	16,93	NÃO	1
94001014	CRIOPRECIPITADO DE FATOR VIII	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	386,86	0,00	0,00	386,86	NÃO	1
94002010	CONCENTRADO DE PLAQUETAS DE 1 UNIDADE DE SANGUE TOTAL	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	300,00	0,00	0,00	300,00	NÃO	1
94005010	PLASMA INDIVIDUAL	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	340,00	0,00	0,00	340,00	NÃO	1
94006016	CONCENTRADO DE HEMACIAS	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	350,00	0,00	0,00	350,00	NÃO	1
94007012	UNIDADE DE SANGUE TOTAL	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	450,00	0,00	0,00	450,00	NÃO	1
94008019	AFERESE TERAPEUTICA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	1137,77	0,00	0,00	1137,77	NÃO	1
94009015	SANGRIA TERAPEUTICA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	57,65	0,00	0,00	57,65	NÃO	1
94020019	MODULO TRANSFUSIONAL	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	6,73	0,00	0,00	6,73	NÃO	1
94030010	RESERVA DE HEMOCOMPONENTES	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	24,42	0,00	0,00	24,42	NÃO	
99060019	EXOSANGUINEOTRANSFUSAO	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	115,22	0,00	0,00	115,22	NÃO	1

CADERNO HOSPITALAR

HEMOTERAPIA

Observações: 1) Nos valores referentes a coluna SH estão inclusos o hemocomponente e os exames referentes ao processamento da bolsa, incluindo o NAT. 2) O valor do módulo transfusional é referente ao ato da transfusão, sendo devido um para cada unidade de hemocomponente transfundida. 3) A reserva do sangue é excludente com todos os demais códigos do grupo de hemoterapia e será remunerada através do código 94030010 na proporção de 01 (uma) por solicitação, independente da quantidade de unidades de hemoterápicos reservadas. 4) Na exsanguineo-transfusão fetal intra-uterina é devido a cobrança do ato médico de realização do procedimento (99060019), bem como dos hemocomponentes transfundidos.

NUTRIÇÃO ENTERAL/PARENTERAL

Código	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
98300116	NUTRICAO ENTERAL EM PEDIATRIA (INFUSAO/DIA)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	71,88	0,00	0,00	71,88	NÃO	1
98500015	NUTRICAO ENTERAL EM ADULTO (INFUSAO/DIA)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	71,88	0,00	0,00	71,88	NÃO	1
99300010	NUTRICAO PARENTERAL EM PEDIATRIA (INFUSAO/DIA)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	500,00	0,00	0,00	500,00	NÃO	1
99500019	NUTRICAO PARENTERAL EM ADULTO (INFUSAO/DIA)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	500,00	0,00	0,00	500,00	NÃO	1

MEDICAMENTOS ESPECIAIS

MEDICAMENTOS ESPECIAIS

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
92017010	CONCENTRADO FATOR VIII HUMANO 250 UI FA	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	382,20	0,00	0,00	382,20	NÃO	
92021018	FATOR IX DE COAGULACAO HUMANA 200 UI FA	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	382,20	0,00	0,00	382,20	NÃO	
92033016	FATORES II, VII, IX, X DE COAGULACAO 600 UI(PROTHOMPLEX T 600UI) FA	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	1667,86	0,00	0,00	1667,86	NÃO	

CADERNO HOSPITALAR

MEDICAMENTOS ESPECIAIS

MEDICAMENTOS ESPECIAIS

92034012	IMUNOGLOBULINA ANTITETANICA 250 UI SOL 2ML FA	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	24,14	0,00	0,00	24,14	NÃO
92036015	IMUNOGLOBULINA HUMANA 1 GR 20 ML FA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	638,00	0,00	0,00	638,00	NÃO
92037011	ALBUMINA HUMANA 20% 50ML FRASCO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	200,60	0,00	0,00	200,60	NÃO
92038018	FRAC PLASMA HUMANA C/ ACAO ANTI. INIBID FAT VIII - 250 UI FA	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	246,72	0,00	0,00	246,72	NÃO
92039014	PRAZIQUANTEL 500 MG (4 COMP)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	5,83	0,00	0,00	5,83	NÃO
92040012	FIBRINOGENIO HUMANO 1G C/ DILUENTE FA	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	244,37	0,00	0,00	244,37	NÃO
92041013	IMIPENEM (CILASTATINA) 500 MG FRASCO	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	81,00	0,00	0,00	81,00	NÃO
92043016	FLUCONAZOL 2 MG / ML 100ML BOLSA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	118,50	0,00	0,00	118,50	NÃO
92044014	VANCOMICINA 500 MG FA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	17,70	0,00	0,00	17,70	NÃO
92044020	VANCOMICINA 1GR - FA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	50,52	0,00	0,00	50,52	NÃO
92045018	MEROPENEM 500 MG BOLSA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	89,50	0,00	0,00	89,50	NÃO
92046016	MEROPENEM 1 G BOLSA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	155,25	0,00	0,00	155,25	NÃO
92047012	PIPERACILINA TAZOBACTAN 2,25 MG FA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	48,00	0,00	0,00	48,00	NÃO

CADERNO HOSPITALAR

MEDICAMENTOS ESPECIAIS

MEDICAMENTOS ESPECIAIS

92048014	PIPERACILINA TAZOBACTAN 4,5 MG FA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	75,00	0,00	0,00	75,00	NÃO
92049011	TEICOPLANINA 200 MG FA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	162,96	0,00	0,00	162,96	NÃO
92050022	TEICOPLANINA 400 MG FA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	341,00	0,00	0,00	341,00	NÃO
92051013	TIGECICLINA 50 MG FA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	184,60	0,00	0,00	184,60	NÃO
92052010	POLIMIXINA B 500.000UI FA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	71,41	0,00	0,00	71,41	NÃO
92052102	POLIMIXINA E 150 MG FA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	42,18	0,00	0,00	42,18	NÃO
92053019	ERTAPENEM SODICO (INVANZ) 1 G FA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	416,20	0,00	0,00	416,20	NÃO
92054012	ERITROPOETINA 1000 UI FA/SER PREENCHIDA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	34,68	0,00	0,00	34,68	NÃO
92054014	ACICLOVIR 250MG FA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	45,35	0,00	0,00	45,35	NÃO
92054025	ERITROPOETINA 2000 UI FA/SER PREENCHIDA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	64,40	0,00	0,00	64,40	NÃO
92054038	ERITROPOETINA 3000 UI FA/SER PREENCHIDA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	91,33	0,00	0,00	91,33	NÃO
92054041	ERITROPOETINA 4000 UI FA/SER PREENCHIDA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	125,53	0,00	0,00	125,53	NÃO
92054054	ERITROPOETINA 10.000 UI FA/SER PREENCHIDA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	355,99	0,00	0,00	355,99	NÃO

CADERNO HOSPITALAR

MEDICAMENTOS ESPECIAIS

MEDICAMENTOS ESPECIAIS

92055018	AMOXICILINA CLAVULANATO DE POTASSIO 1000MG FA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	29,59	0,00	0,00	29,59	NÃO
92055022	AMOXICILINA CLAVULANATO DE POTASSIO 500MG FA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	16,00	0,00	0,00	16,00	NÃO
92056034	AMPICILINA SODICA 1G FA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	5,44	0,00	0,00	5,44	NÃO
92056036	AMPICILINA SODICA 500MG FA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	1,99	0,00	0,00	1,99	NÃO
92057038	AMPICILINA SODICA SULBACTAM SODICA 1G FA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	16,95	0,00	0,00	16,95	NÃO
92058040	AZTREONAM 1G FA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	76,39	0,00	0,00	76,39	NÃO
92058042	AZTREONAM 500MG FA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	50,38	0,00	0,00	50,38	NÃO
92059050	BENZILPENICILINA BENZATINA 150 000 FA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	7,10	0,00	0,00	7,10	NÃO
92059052	BENZILPENICILINA BENZATINA 300 000 FA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	8,37	0,00	0,00	8,37	NÃO
92059054	BENZILPENICILINA POTASSICA 5000 000 FA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	4,68	0,00	0,00	4,68	NÃO
92060056	CEFALOTINA SODICA 1G FA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	3,79	0,00	0,00	3,79	NÃO
92061060	CEFAZOLINA SODICA 1G FA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	5,87	0,00	0,00	5,87	NÃO
92062062	CEFOTAXIMA 1G FA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	16,34	0,00	0,00	16,34	NÃO

CADERNO HOSPITALAR

MEDICAMENTOS ESPECIAIS

MEDICAMENTOS ESPECIAIS

92062064	CEFOTAXIMA SODICA 500MG FA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	11,26	0,00	0,00	11,26	NÃO
92063068	CEFOXITINA SODICA 1G FA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	25,18	0,00	0,00	25,18	NÃO
92064070	CEFTAZIDIMA 1G FA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	21,94	0,00	0,00	21,94	NÃO
92065072	CEFTRIAXONA 1G IM FA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	22,49	0,00	0,00	22,49	NÃO
92065074	CEFTRIAXONA 500MG IM FA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	14,95	0,00	0,00	14,95	NÃO
92065076	CEFTRIAXONA SODICA 1G FA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	17,69	0,00	0,00	17,69	NÃO
92065078	CEFTRIAXONA SODICA 500MG FA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	13,43	0,00	0,00	13,43	NÃO
92066080	CEFUROXIMA 750MG FA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	21,12	0,00	0,00	21,12	NÃO
92067082	CIPROFLOXACINA 200MG BOLSA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	61,81	0,00	0,00	61,81	NÃO
92067084	CIPROFLOXACINA 400MG BOLSA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	105,32	0,00	0,00	105,32	NÃO
92068090	CLARITROMICINA 500MG FA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	82,84	0,00	0,00	82,84	NÃO
92069093	CLORIDRATO DE CEFEPIMA 1G FA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	41,83	0,00	0,00	41,83	NÃO
92069095	CLORIDRATO DE CEFEPIMA 2G FA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	76,06	0,00	0,00	76,06	NÃO

CADERNO HOSPITALAR

MEDICAMENTOS ESPECIAIS

MEDICAMENTOS ESPECIAIS

92070103	FOSFATO DE CLINDAMICINA 300MG AMP	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	5,94	0,00	0,00	5,94	NÃO
92070106	FOSFATO DE CLINDAMICINA 600MG AMP	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	9,11	0,00	0,00	9,11	NÃO
92070109	FOSFATO DE CLINDAMICINA 900MG AMP	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	14,24	0,00	0,00	14,24	NÃO
92071110	GANCICLOVIR 500MG FA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	79,19	0,00	0,00	79,19	NÃO
92071964	SUPLEMENTO ALIMENTAR (FRASCO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	8,00	0,00	0,00	8,00	NÃO
92072114	LEVOFLOXACINO 500MG FRASCO	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	75,87	0,00	0,00	75,87	NÃO
92073118	METRONIDAZOL 100ML BOLSA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	8,76	0,00	0,00	8,76	NÃO
92074122	OXACILINA 500MG FA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	1,95	0,00	0,00	1,95	NÃO
92075126	SULBACTAM AMPICILINA 1,5G FA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	19,44	0,00	0,00	19,44	NÃO
92075128	SULBACTAM AMPICILINA 3,0G FA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	33,37	0,00	0,00	33,37	NÃO
92076130	SULFAMETOXAZOL TRIMETROPINA 800MG 160MG 5ML AMP	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	1,28	0,00	0,00	1,28	NÃO
92077134	SULFATO DE AMICACINA (1G) AMP	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	15,23	0,00	0,00	15,23	NÃO
92077136	SULFATO DE AMICACINA (500MG) AMP	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	5,76	0,00	0,00	5,76	NÃO

CADERNO HOSPITALAR

MEDICAMENTOS ESPECIAIS

MEDICAMENTOS ESPECIAIS

92077138	SULFATO DE AMICACINA 100MG AMP	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	5,13	0,00	0,00	5,13	NÃO
92078142	GENTAMICINA 160MG AMP	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	4,61	0,00	0,00	4,61	NÃO
92078150	GENTAMICINA 280 MG AMP	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	7,37	0,00	0,00	7,37	NÃO
92078156	GENTAMICINA 40 MG AMP	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	1,83	0,00	0,00	1,83	NÃO
92078162	GENTAMICINA 60 MG AMP	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	1,89	0,00	0,00	1,89	NÃO
92080010	MEDICACAO ANTI ANGIOGENICA POR DOSE FA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	125,00	0,00	0,00	125,00	NÃO
92082010	ALTEPLASE FA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	1705,00	0,00	0,00	1705,00	NÃO
92082031	LINEZOLIDA 2MG/ML - 300ML BOLSA	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	270,35	0,00	0,00	270,35	NÃO
92083010	MOXIFLOCIN 400MG/250ML - BOLSA	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	201,47	0,00	0,00	201,47	NÃO
92084014	DAPTOMICINA 500MG - FA	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	340,27	0,00	0,00	340,27	NÃO
92084103	ANFOTERICINA B LIPOSSOMAL 50 MG FA	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	1869,59	0,00	0,00	1869,59	NÃO
92084204	EQUINOCANDINA 50MG FA	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	150,00	0,00	0,00	150,00	NÃO
92084210	EQUINOCANDINA 70MG FA	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	210,00	0,00	0,00	210,00	NÃO

CADERNO HOSPITALAR

MEDICAMENTOS ESPECIAIS

MEDICAMENTOS ESPECIAIS

92084216	EQUINOCANDINA 100MG FA	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	300,00	0,00	0,00	300,00	NÃO
92084223	TERLIPRESSINA AMP 1MG	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	325,00	0,00	0,00	325,00	NÃO
92084235	VORICONAZOL 200 MG COMP	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	258,00	0,00	0,00	258,00	NÃO
92085010	OCTREOTIDE 0,05MG/ML 1ML - AMP	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	45,11	0,00	0,00	45,11	NÃO
92085011	OCTREOTIDE 0,1MG/ML 1ML - AMP	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	74,00	0,00	0,00	74,00	NÃO
92085012	OCTREOTIDE 0,5MG/ML 1ML - AMP	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	320,00	0,00	0,00	320,00	NÃO
92085020	OCTREOTIDA LAR 10 MG/2,5 ML SISTEMA APLICACAO	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	4449,05	0,00	0,00	4449,05	NÃO
92085023	OCTREOTIDA LAR 20 MG/2,5 ML SISTEMA APLICACAO	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	6369,55	0,00	0,00	6369,55	NÃO
92085029	OCTREOTIDA LAR 30 MG/2,5 ML SISTEMA APLICACAO	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	8598,90	0,00	0,00	8598,90	NÃO
92085103	THYROGEN - KIT C/ 2 FRASCOS DE TIROTROPINA ALFA (TSH RECOMBINANTE)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	4923,00	0,00	0,00	4923,00	NÃO
92085210	LIPIODOL UF 10ML AMP	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	668,53	0,00	0,00	668,53	NÃO
92085308	CEFTAZIDIMA 2,0G AVIBACTAM 0,5 G FA	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	668,54	0,00	0,00	668,54	NÃO
92361304	TOXINA BOTULINICA - POR U I	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	13,55	0,00	0,00	13,55	NÃO

CADERNO HOSPITALAR

MEDICAMENTOS ESPECIAIS

MEDICAMENTOS ESPECIAIS

93361251	INDOCIANINA VERDE - ML FRASCO	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	24,00	0,00	0,00	24,00	NÃO
99020017	VACINA ANTI-RH (IMUNOGLOBULINA ANTI RHO) AMP	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	168,30	0,00	0,00	168,30	NÃO
99061015	CICLOSPORINA SOLUCAO ORAL 100 MG/ML - 50 ML FRASCO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	195,00	0,00	0,00	195,00	NÃO
99062011	CICLOSPORINA INJETAVEL AMP	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	14,47	0,00	0,00	14,47	NÃO
99063018	ESTREPTOQUINASE 750.000 UI FA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	503,50	0,00	0,00	503,50	NÃO
99065010	SURFACTANTE PULMONAR 4 ML FA	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	998,03	0,00	0,00	998,03	NÃO
99071010	CICLOSPORINA 50 MG - CAPSULA	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	2,46	0,00	0,00	2,46	NÃO
99071014	CICLOSPORINA 25 MG - CAPSULA	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	1,98	0,00	0,00	1,98	NÃO
99072017	CICLOSPORINA 100 MG - CAPSULA	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	4,83	0,00	0,00	4,83	NÃO
99073013	METILPREDNISOLONA 500 MG FA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	27,67	0,00	0,00	27,67	NÃO
99074010	ANTICORPO MONOCLONAL MURINO ANTI-CD3, 05 ML / 5 MG	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	928,14	0,00	0,00	928,14	NÃO
99075016	IMUNOGLOBULINA EQUINA ANTI TIMOCITOS HUMANO 100MG FR AMP 5ML	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	280,23	0,00	0,00	280,23	NÃO
99076012	GLOBULINA ANTIMOCITARIA, OBTIDA / COELHOS: 05 ML / 25 MG	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	192,50	0,00	0,00	192,50	NÃO

CADERNO HOSPITALAR

MEDICAMENTOS ESPECIAIS

MEDICAMENTOS ESPECIAIS

99077019	GLOBULINA ANITTIMOCITARIA, OBTIDA / COELHOS: 05 ML / 100 MG	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	297,00	0,00	0,00	297,00	NÃO
99078015	GLOBULINA ANTITIMOCITARIA, OBTIDA COELHOS: 10 ML / 200 MG	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	594,00	0,00	0,00	594,00	NÃO
99082012	ABCIXIMAB FA	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	1768,63	0,00	0,00	1768,63	NÃO
99084015	ADESIVO CIRURGICO A BASE DE CIANOACRILATO (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	550,00	0,00	0,00	550,00	NÃO
99087014	CLORIDRATO DE TIROFIBANA FA	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	797,10	0,00	0,00	797,10	NÃO
99121010	INTERFERON 3 MILHOES U.I FA - CADA 1.000.000 U.I	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	31,21	0,00	0,00	31,21	NÃO
99121011	INTERFERON 5 MILHOES U.I FA - CADA 1.000.000 U.I	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	29,80	0,00	0,00	29,80	NÃO
99121012	INTERFERON 10 MILHOES U.I FA - CADA 1.000.000 U.I	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	28,30	0,00	0,00	28,30	NÃO
99137010	ZOLEDRONATO 4MG FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	300,00	0,00	0,00	300,00	NÃO
99141010	ONDANSETRONA 4MG AMP	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	23,00	0,00	0,00	23,00	NÃO
99141011	ONDANSETRONA 8MG AMP	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	32,00	0,00	0,00	32,00	NÃO

Observações: 1) O código 92085103 THYROGEN será autorizado nos pacientes com contra-indicação para suspensão da medicação em uso (levotiroxina).

MEDICAMENTOS ESPECIAIS PARA TRATº ONCOLÓGICO

CADERNO HOSPITALAR

MEDICAMENTOS ESPECIAIS

MEDICAMENTOS ESPECIAIS PARA TRATº ONCOLÓGICO

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
99101010	ACIDO FOLINICO 50 MG - 5 ML - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	1,25	0,00	0,00	1,25	NÃO	
99101011	ACIDO FOLINICO 3 MG AMP - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	2,00	0,00	0,00	2,00	NÃO	
99102010	BLEOMICINA 15 U.I FA - CADA U.I.	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	18,55	0,00	0,00	18,55	NÃO	
99103010	CARBOPLATINA 50MG - 5ML - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	4,17	0,00	0,00	4,17	NÃO	
99103011	CARBOPLATINA 150MG - 15ML FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	2,82	0,00	0,00	2,82	NÃO	
99103012	CARBOPLATINA 450MG - 45ML FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	2,43	0,00	0,00	2,43	NÃO	
99104010	CICLOFOSFAMIDA 200 MG FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	0,08	0,00	0,00	0,08	NÃO	
99104011	CICLOFOSFAMIDA 1G FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	0,06	0,00	0,00	0,06	NÃO	
99105010	CISPLATINA 10MG FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	3,81	0,00	0,00	3,81	NÃO	
99105011	CISPLATINA 50MG FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	3,65	0,00	0,00	3,65	NÃO	
99105012	CISPLATINA 100MG FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	3,00	0,00	0,00	3,00	NÃO	
99105013	CISPLATINA 25MG FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	3,52	0,00	0,00	3,52	NÃO	

CADERNO HOSPITALAR

MEDICAMENTOS ESPECIAIS

MEDICAMENTOS ESPECIAIS PARA TRATº ONCOLÓGICO

99106010	CITARABINA 100MG FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	0,12	0,00	0,00	0,12	NÃO
99106011	CITARABINA 500MG FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	0,09	0,00	0,00	0,09	NÃO
99106012	CITARABINA 1G FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	0,08	0,00	0,00	0,08	NÃO
99107010	CLODRONATO 300MG - 10ML FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	0,29	0,00	0,00	0,29	NÃO
99108010	DACARBAZINA 100MG FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	0,69	0,00	0,00	0,69	NÃO
99108011	DACARBAZINA 200MG FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	0,72	0,00	0,00	0,72	NÃO
99109010	DAUNORRUBICINA 20MG FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	4,77	0,00	0,00	4,77	NÃO
99110010	DOCETAXEL 20MG - 0,5ML - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	33,75	0,00	0,00	33,75	NÃO
99110011	DOCETAXEL 80MG - 2ML - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	30,42	0,00	0,00	30,42	NÃO
99111010	DOXORRUBICINA 10MG FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	3,25	0,00	0,00	3,25	NÃO
99111011	DOXORRUBICINA 50MG FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	3,32	0,00	0,00	3,32	NÃO
99112010	EPIRRUBICINA 10MG FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	10,30	0,00	0,00	10,30	NÃO
99112011	EPIRRUBICINA 50MG FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	8,75	0,00	0,00	8,75	NÃO

CADERNO HOSPITALAR

MEDICAMENTOS ESPECIAIS

MEDICAMENTOS ESPECIAIS PARA TRATº ONCOLÓGICO

99113010	ETOPOSIDEO 100MG FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	0,58	0,00	0,00	0,58	NÃO
99114010	FILGRASTIMA 300MCG FA - CADA MICROGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	1,76	0,00	0,00	1,76	NÃO
99115010	FLUDARABINA 50MG FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	17,00	0,00	0,00	17,00	NÃO
99116010	FLUOROURACIL 250MG FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	0,04	0,00	0,00	0,04	NÃO
99116011	FLUOROURACIL 500MG FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	0,01	0,00	0,00	0,01	NÃO
99117010	GENCITABINA 200MG FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	0,56	0,00	0,00	0,56	NÃO
99117011	GENCITABINA 1G FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	0,55	0,00	0,00	0,55	NÃO
99118010	GOSERELINA 3,6MG DEPOT SERINGA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	700,00	0,00	0,00	700,00	NÃO
99118011	GOSERELINA 10,8 MG DEPOT AMP	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	1752,00	0,00	0,00	1752,00	NÃO
99118012	PAMOATO DE TRIPTORRELINA 3,75 MG	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	480,35	0,00	0,00	480,35	NÃO
99118014	PAMOATO DE TRIPTORRELINA 11,25 MG	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	1250,00	0,00	0,00	1250,00	NÃO
99119010	IDARRUBICINA 5MG FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	135,59	0,00	0,00	135,59	NÃO
99119011	IDARRUBICINA 10MG FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	127,17	0,00	0,00	127,17	NÃO

CADERNO HOSPITALAR

MEDICAMENTOS ESPECIAIS

MEDICAMENTOS ESPECIAIS PARA TRATº ONCOLÓGICO

99120010	IFOSFAMIDA 500MG FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	0,09	0,00	0,00	0,09	NÃO
99120011	IFOSFAMIDA 1G FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	0,09	0,00	0,00	0,09	NÃO
99120012	IFOSFAMIDA 2G FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	0,08	0,00	0,00	0,08	NÃO
99122010	IRINOTECANO 40MG FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	10,12	0,00	0,00	10,12	NÃO
99122011	IRINOTECANO 100MG FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	10,79	0,00	0,00	10,79	NÃO
99123010	METOTREXATO 50MG FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	0,57	0,00	0,00	0,57	NÃO
99123011	METOTREXATO 1G FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	0,25	0,00	0,00	0,25	NÃO
99123012	METOTREXATO 500MG FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	0,32	0,00	0,00	0,32	NÃO
99124010	MITOMICINA 5MG FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	20,14	0,00	0,00	20,14	NÃO
99125010	MITOXANTRONA 20MG FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	39,50	0,00	0,00	39,50	NÃO
99125011	MITOXANTRONA 30MG FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	33,97	0,00	0,00	33,97	NÃO
99126010	OXALIPLATINA 50MG FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	24,68	0,00	0,00	24,68	NÃO
99126011	OXALIPLATINA 100MG FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	24,68	0,00	0,00	24,68	NÃO

CADERNO HOSPITALAR

MEDICAMENTOS ESPECIAIS

MEDICAMENTOS ESPECIAIS PARA TRATº ONCOLÓGICO

99127010	PACLITAXEL 30MG - 5ML FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	14,44	0,00	0,00	14,44	NÃO
99127011	PACLITAXEL 100MG - 16,7ML FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	14,44	0,00	0,00	14,44	NÃO
99127012	PACLITAXEL 300MG - 50ML FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	14,44	0,00	0,00	14,44	NÃO
99128010	PAMIDRONATO 15MG FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	10,00	0,00	0,00	10,00	NÃO
99128011	PAMIDRONATO 30MG FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	9,00	0,00	0,00	9,00	NÃO
99128012	PAMIDRONATO 60MG FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	8,55	0,00	0,00	8,55	NÃO
99128013	PAMIDRONATO 90MG FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	8,64	0,00	0,00	8,64	NÃO
99131010	RALTITREXATO 2MG FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	30,00	0,00	0,00	30,00	NÃO
99132010	RITUXIMAB 100MG FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	16,29	0,00	0,00	16,29	NÃO
99132011	RITUXIMAB 500MG FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	16,27	0,00	0,00	16,27	NÃO
99134010	VIMBLASTINA 10MG FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	7,58	0,00	0,00	7,58	NÃO
99135010	VINCRISTINA 1MG FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	35,00	0,00	0,00	35,00	NÃO
99136010	VINORELBINA 10MG FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	22,32	0,00	0,00	22,32	NÃO

CADERNO HOSPITALAR

MEDICAMENTOS ESPECIAIS

MEDICAMENTOS ESPECIAIS PARA TRATº ONCOLÓGICO

99136011	VINORELBINA 50MG FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	21,02	0,00	0,00	21,02	NÃO
99138010	DACTINOMICINA 0,5MG FA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	22,40	0,00	0,00	22,40	NÃO
99139010	MESNA 200MG FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	0,04	0,00	0,00	0,04	NÃO
99139011	MESNA 400MG FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	0,04	0,00	0,00	0,04	NÃO
99140010	HERCEPTIN 440MG FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	27,35	0,00	0,00	27,35	NÃO
99142010	FULVESTRANTO 250MG FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	12,93	0,00	0,00	12,93	NÃO
99143010	IMUNO BCG (INTRAVESICAL) 40MG AMP - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	7,61	0,00	0,00	7,61	NÃO
99144010	DOXORRUBICINA LIPOSSOMAL 2MG/ML 10ML FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	140,21	0,00	0,00	140,21	NÃO
99145010	UR - TRATAMENTO CANCER TIREOIDE - ATE 150 MCI	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	1025,10	0,00	0,00	1025,10	NÃO
99145011	UR - TRATAMENTO CANCER TIREOIDE - 200 MCI	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1188,95	0,00	0,00	1188,95	NÃO
99145012	UR - TRATAMENTO CANCER TIREOIDE - 250 MCI	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1586,75	0,00	0,00	1586,75	NÃO
99145013	UR - TRATAMENTO CANCER TIREOIDE - 300 MCI	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1817,18	0,00	0,00	1817,18	NÃO
99145014	UR - TRATAMENTO CANCER TIREOIDE - 350 MCI	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	2044,39	0,00	0,00	2044,39	NÃO

CADERNO HOSPITALAR

MEDICAMENTOS ESPECIAIS

MEDICAMENTOS ESPECIAIS PARA TRATº ONCOLÓGICO

99145015	UR - TRATAMENTO CANCER TIREOIDE - 400 MCI	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	2278,02	0,00	0,00	2278,02	NÃO
99146010	TOPOTECANO 4MG FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	312,40	0,00	0,00	312,40	NÃO
99146503	BORTEZOMIBE 3,5MG FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	840,13	0,00	0,00	840,13	NÃO
99146511	ABIRATERONA 250MG COMP	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	97,00	0,00	0,00	97,00	NÃO
99146520	ERLOTINIBE 100MG COMP	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	191,33	0,00	0,00	191,33	NÃO
99146522	ERLOTINIBE 150MG COMP	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	217,42	0,00	0,00	217,42	NÃO
99146525	ERLOTINIBE 25MG COMP	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	59,88	0,00	0,00	59,88	NÃO
99146531	GEFITINIBE 250MG COMP	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	128,35	0,00	0,00	128,35	NÃO
99146540	PAZOPANIBE 200MG COMP	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	86,49	0,00	0,00	86,49	NÃO
99146542	PAZOPANIBE 400MG COMP	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	173,03	0,00	0,00	173,03	NÃO
99146551	SUNITINIBE 12,5MG COMP	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	156,25	0,00	0,00	156,25	NÃO
99146553	SUNITINIBE 25MG COMP	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	312,50	0,00	0,00	312,50	NÃO
99146555	SUNITINIBE 50MG COMP	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	625,00	0,00	0,00	625,00	NÃO

CADERNO HOSPITALAR

MEDICAMENTOS ESPECIAIS

MEDICAMENTOS ESPECIAIS PARA TRATº ONCOLÓGICO

99146560	MERCAPTOPURINA 50MG COMP	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	4,36	0,00	0,00	4,36	NÃO
99146569	ANASTROZOL 1 MG COMP	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	17,68	0,00	0,00	17,68	NÃO
99146574	CAPECITABINA 150 MG COMP	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	6,26	0,00	0,00	6,26	NÃO
99146579	CAPECITABINA 500 MG COMP	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	16,44	0,00	0,00	16,44	NÃO
99146583	PEMETREXEDE 500 MG FA - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	8,78	0,00	0,00	8,78	NÃO
99146590	TAMOXIFENO 10 MG COMP	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	1,62	0,00	0,00	1,62	NÃO
99146592	TAMOXIFENO 20 MG COMP	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	3,47	0,00	0,00	3,47	NÃO
99146601	BRENTUXIMABE VEDOTINA 50MG INJ - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	376,46	0,00	0,00	376,46	NÃO
99146610	AZACITIDINA 100 MG INJ - CADA MILIGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	10,11	0,00	0,00	10,11	NÃO
99146621	MESILATO DE IMATINIBE 100 MG COMP	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	72,60	0,00	0,00	72,60	NÃO
99146626	MESILATO DE IMATINIBE 400 MG COMP	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	288,58	0,00	0,00	288,58	NÃO
99146634	ENZALUTAMIDA 40MG CAP	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	123,51	0,00	0,00	123,51	NÃO
99146645	OSIMERTINIBE 80MG CAP	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	1305,16	0,00	0,00	1305,16	NÃO

CADERNO HOSPITALAR

MEDICAMENTOS ESPECIAIS

MEDICAMENTOS ESPECIAIS PARA TRATº ONCOLÓGICO

99146653	TEMOZOLOMIDA 5 MG CAP	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	29,59	0,00	0,00	29,59	NÃO
99146659	TEMOZOLOMIDA 20 MG CAP	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	118,39	0,00	0,00	118,39	NÃO
99146667	TEMOZOLOMIDA 100 MG CAP	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	591,98	0,00	0,00	591,98	NÃO
99146672	TEMOZOLOMIDA 140 MG CAP	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	824,58	0,00	0,00	824,58	NÃO
99146680	TEMOZOLOMIDA 180 MG CAP	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	1060,17	0,00	0,00	1060,17	NÃO
99146691	TEMOZOLOMIDA 250 MG CAP	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	1450,38	0,00	0,00	1450,38	NÃO
99146701	ABEMACICLIBE 100MG - COMP	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	194,41	0,00	0,00	194,41	NÃO
99146708	ABEMACICLIBE 150MG - COMP	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	279,16	0,00	0,00	279,16	NÃO
99146715	ABEMACICLIBE 200MG - COMP	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	348,62	0,00	0,00	348,62	NÃO
99146727	ALECTINIBE 150MG - COMP	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	119,72	0,00	0,00	119,72	NÃO
99146733	BEVACIZUMABE FA - POR MG	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	20,17	0,00	0,00	20,17	NÃO
99146740	CETUXIMABE FA - POR MG	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	9,41	0,00	0,00	9,41	NÃO
99146746	DURVALUMABE FA - POR MG	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	30,62	0,00	0,00	30,62	NÃO

CADERNO HOSPITALAR

MEDICAMENTOS ESPECIAIS

MEDICAMENTOS ESPECIAIS PARA TRATº ONCOLÓGICO

99146752	NIVOLUMABE FA- POR MG	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	90,45	0,00	0,00	90,45	NÃO
99146760	PALBOCICLIBE 100MG - COMP	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	574,89	0,00	0,00	574,89	NÃO
99146766	PALBOCICLIBE 125MG - COMP	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	801,71	0,00	0,00	801,71	NÃO
99146772	PEMBROLIZUMABE FA - POR MG	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	183,73	0,00	0,00	183,73	NÃO
99146781	PERTUZUMABE FA - POR MG	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	32,18	0,00	0,00	32,18	NÃO
99146790	RIBOCICLIBE 200MG - COMP	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	243,74	0,00	0,00	243,74	NÃO
99146800	EVEROLIMO 2,5MG COMP	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	117,78	0,00	0,00	117,78	NÃO
99146808	EVEROLIMO 5MG COMP	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	235,57	0,00	0,00	235,57	NÃO
99146815	EVEROLIMO 10MG COMP	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	471,13	0,00	0,00	471,13	NÃO
99146823	TOSILATO DE SORAFENIBE 200MG COMP	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	126,05	0,00	0,00	126,05	NÃO

Atualizações: Valor do item de serviço

PRÓTESES ESPECIAIS DIVERSAS

Código	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm

CADERNO HOSPITALAR

PRÓTESES ESPECIAIS DIVERSAS

93311036	CATETER URETERAL DUPLO J (KIT CATETER / FIO GUIA) (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	276,00	0,00	0,00	276,00	NÃO	1
93311045	CATETER URETERAL	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	122,00	0,00	0,00	122,00	NÃO	
93311047	PROTESE HETEROLOGA / SLING VAGINAL PARA CORRECAO DE INCONTINENCIA URINARIA (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1320,00	0,00	0,00	1320,00	NÃO	1
93311117	PROTESE PENIANA SEMI RIGIDA	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1680,00	0,00	0,00	1680,00	NÃO	1
93311121	DISPOSITIVO INTRA UTERINO HORMONAL	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	1019,00	0,00	0,00	1019,00	NÃO	1
93311123	PROTESE DE TESTICULO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	720,00	0,00	0,00	720,00	NÃO	1
93311130	DISPOSITIVO INTRA UTERINO NAO HORMONAL	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	61,00	0,00	0,00	61,00	NÃO	1
93311142	SLING SUBURETRAL AJUSTAVEL PARA CORRECAO DE INCONTINENCIA URINARIA MASCULINA	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	12500,0	0,00	0,00	12500,00	NÃO	1
Atualizações:	Descrição Item										
93321023	MARCAPASSO CARDIACO MULTIPROGRAMAVEL DE CAMARA UNICA (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	5733,99	0,00	0,00	5733,99	NÃO	1
93321163	MARCAPASSO CARDIACO MULTIPROGRAMAVEL CAMARA DUPLA (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	6594,70	0,00	0,00	6594,70	NÃO	1
93321198	CARDIODESFIBRILADOR (CDI) CAMARA DUPLA (GERADOR) (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	50377,0	0,00	0,00	50377,00	NÃO	1
93321201	CARDIODESFIBRILADOR (CDI) UNICAMERAL(GERADOR) (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	43628,4	0,00	0,00	43628,40	NÃO	1

CADERNO HOSPITALAR

PRÓTESES ESPECIAIS DIVERSAS

93321210	MARCAPASSO MUTI-SITIO (RESSINCRONIZADOR) (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	29940,0	0,00	0,00	29940,00	NÃO	1
93321228	CARDIODESFIBRILADOR (CDI) COM RESSINCRONIZADOR (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	67179,6	0,00	0,00	67179,60	NÃO	1
93322097	INTRODUTOR DE PUNCAO DE MARCAPASSO PARA IMPLANTE DE ELETRODO ENDOCARDICO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	190,80	0,00	0,00	190,80	NÃO	2
93322100	ELETRODO PARA MARCAPASSO TEMPORARIO ENDOCARDICO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	335,00	0,00	0,00	335,00	NÃO	1
93322119	ELETRODO ENDOCARDICO DEFINITIVO PARA MARCAPASSO (UNI E BICAMERAL)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1072,50	0,00	0,00	1072,50	NÃO	2
93322127	ELETRODO EPICARDICO DEFINITIVO PARA MARCAPASSO (UNI E BICAMERAL)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1072,50	0,00	0,00	1072,50	NÃO	1
93322135	ELETRODO PARA MARCAPASSO TEMPORARIO EPICARDICO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	52,12	0,00	0,00	52,12	NÃO	2
93322143	SISTEMA DE ELETRODOS PARA ESTIMULACAO MULTI-SITIO (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	8758,95	0,00	0,00	8758,95	NÃO	1
93323140	ANEL PARA ANELOPLASTIA VALVAR	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	5375,00	0,00	0,00	5375,00	NÃO	1
93323158	PROTESE VALVAR MECANICA DE DUPLO FOLHETO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	7800,00	0,00	0,00	7800,00	NÃO	2
93323166	PROTESE VALVAR MECANICA DE BAIXO PERFIL (DISCO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	2768,50	0,00	0,00	2768,50	NÃO	2
93324146	ENXERTO TUBULAR DE PTFE (POR CM)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	39,00	0,00	0,00	39,00	NÃO	70
93324189	ENXERTO ARTERIAL TUBULAR RETO INORGANICO (DACRON)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	975,00	0,00	0,00	975,00	NÃO	1

CADERNO HOSPITALAR

PRÓTESES ESPECIAIS DIVERSAS

93324197	ENXERTO ARTERIAL TUBULAR ORGANICO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	524,00	0,00	0,00	524,00	NÃO	1
93324200	ENXERTO ARTERIAL TUBULAR BIFURCADO INORGANICO (DACRON)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	975,00	0,00	0,00	975,00	NÃO	1
93324219	ENXERTO ARTERIAL TUBULAR VALVADO ORGANICO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	2489,00	0,00	0,00	2489,00	NÃO	1
93325053	PATCH INORGANICO (POR CM2)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	1,34	0,00	0,00	1,34	NÃO	50
93325061	PATCH ORGANICO (POR CM2)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	5,75	0,00	0,00	5,75	NÃO	50
93326254	PROTESE INTRALUMINAL ARTERIAL (TIPS)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	2979,90	0,00	0,00	2979,90	NÃO	1
93326270	FILTRO DE VEIA CAVA (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	6960,00	0,00	0,00	6960,00	NÃO	1
93327021	CATETER BALAO P/ EMBOLECTOMIA ARTERIAL OU VENOSA (FOGARTY)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	132,00	0,00	0,00	132,00	NÃO	2
93327099	CATETER BALAO PARA SEPTOSTOMIA	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	489,48	0,00	0,00	489,48	NÃO	1
93327129	CATETER BALAO P/ ANGIOPLASTIA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTANEA (COMPLACENTE/SEMI-COMPLACENTE E NAO COMPLACENTE) - ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	863,40	0,00	0,00	863,40	NÃO	2
93327137	CATETER GUIA P/ ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTANEA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	192,00	0,00	0,00	192,00	NÃO	2
93327161	CATETER BALAO PARA ANGIOPLASTIA PERIFERICA (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	907,52	0,00	0,00	907,52	NÃO	1
93327170	FIO GUIA DE TROCA PARA ANGIOPLASTIA 0,014	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	288,00	0,00	0,00	288,00	NÃO	2

CADERNO HOSPITALAR

PRÓTESES ESPECIAIS DIVERSAS

93327188	CONJUNTO PARA AUTOTRANSFUSAO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	228,81	0,00	0,00	228,81	NÃO	1
93327194	KIT DESCARTAVEL PARA AUTO HEMOTRANSFUSAO (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	2300,00	0,00	0,00	2300,00	NÃO	
93327226	CONJUNTO PARA VALVULOPLASTIA MITRAL (CATETER BALAO DILATADOR - GUIA - REGUA - SERINGA - ESTILETE) (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	13648,8	0,00	0,00	13648,80	NÃO	1
93327234	STENT ARTERIAL/VENOSO PERIFERICO (TODOS)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	3633,00	0,00	0,00	3633,00	NÃO	1
93327285	SISTEMA DE PROTECAO CEREBRAL/CAPTURA DE EMBOLOS P/ PROTESE INTRALUMINAL CAROTIDEA(ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	4394,00	0,00	0,00	4394,00	NÃO	1
93327323	KIT CIA - COMUNICACAO INTERATRIAL (PROTESE DE OCLUSAO DE COMUNICACAO INTERATRIAL / SISTEMA DE ENTREGA / FIO GUIA SUPER STIFF) - ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	36000,0	0,00	0,00	36000,00	NÃO	1
93327335	KIT PCA - CANAL ARTERIAL PERSISTENTE (PROTESE AMPLATZER / SISTEMA DE ENTREGA / FIO GUIA) (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	32472,0	0,00	0,00	32472,00	NÃO	1
93327342	CONJUNTO DE ENDOPROTESE REVESTIDA PARA TRATº DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL (01 CORPO PRINCIPAL E 02 EXTENSOES) (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	42900,0	0,00	0,00	42900,00	NÃO	1
93327350	CONJUNTO DE ENDOPROTESE REVESTIDA PARA TRATº DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL COM MONOILIACA, EXTENSAO E OCLUSOR (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	42672,0	0,00	0,00	42672,00	NÃO	1
93327361	CONJUNTO DE ENDOPROTESE REVESTIDA PARA TRATº DE ANEURISMA DE ARTERIA ILIACA (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	12240,0	0,00	0,00	12240,00	NÃO	1
93327373	ENDOPROTESE REVESTIDA PARA TRATº DE ANEURISMA DE AORTA TORACICA (COMPRIMENTO ACIMA DE 81MM) (ANEXAR EMBALAGEM EM	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	41800,0	0,00	0,00	41800,00	NÃO	1

CADERNO HOSPITALAR

PRÓTESES ESPECIAIS DIVERSAS

	ENDOPROTESE REVESTIDA PARA TRATº DE ANEURISMA DE AORTA TORACICA (COMPRIMENTO ACIMA DE 81MM) (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)										
93327382	KIT PFO - FORAME OVAL PATENTE (PROTESE AMPLATZER / SISTEMA DE ENTREGA / FIO GUIA) (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	36000,0	0,00	0,00	36000,00	NÃO	1
93327385	ENDOPROTESE REVESTIDA PARA TRATº DE ANEURISMA DE AORTA TORACICA (COMPRIMENTO ATE 81MM) (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	29700,0	0,00	0,00	29700,00	NÃO	1
93327402	STENT CORONARIANO PRE MONTADO (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1200,00	0,00	0,00	1200,00	NÃO	2
93327415	STENT CORONARIANO RECOBERTO COM DROGA (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	3200,00	0,00	0,00	3200,00	NÃO	1
93327423	SHUNT INTRACORONARIO PARA CRVM SEM CEC	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	420,00	0,00	0,00	420,00	NÃO	1
93327435	BALAO DE MEDICAO PARA PROTESE DE OCLUSAO DE COMUNICACAO INTERATRIAL - CIA (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1917,60	0,00	0,00	1917,60	NÃO	1
93327442	CATETER BALAO FARMACOLOGICO CORONARIA/CAROTIDA (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	6600,00	0,00	0,00	6600,00	NÃO	
93327451	CATETER BALAO FARMACOLOGICO PERIFERICO MEMBROS INFERIORES (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	8262,00	0,00	0,00	8262,00	NÃO	
93327462 **Atualizações:**	KIT PARA IMPLANTE TRANSCATETER DE PROTESE VALVAR - (INCLUI PROTESE VALVAR TRANSCATETER, SISTEMA DE ENTREGA, CONJUNTO DE INTRODUTOR EXPANSIVEL 14 E 16F, 2 CATETERES BALAO TRANSFEMORAL DE VALVULOPLASTIA, CRIMPADOR 23, 26 E 29MM, SERINGA INSUFLADORA) Descrição Item	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	98000,0	0,00	0,00	98000,00	NÃO	1
93327474	STENT REVESTIDO AUTOEXPANSIVO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	14000,0	0,00	0,00	14000,00	NÃO	1

CADERNO HOSPITALAR

PRÓTESES ESPECIAIS DIVERSAS

93327490	STENT REVESTIDO EXPANSIVEL POR BALAO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	16200,0	0,00	0,00	16200,00	NÃO	1
93327503	KIT PARA ATERECTOMIA CORONARIANA (CATETER + OGIVA)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	10500,0	0,00	0,00	10500,00	NÃO	1
93327520	FIO GUIA PARA ATERECTOMIA CORONARIANA	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	2000,00	0,00	0,00	2000,00	NÃO	1
93327533	DISPOSITIVO PERCUTANEO DE SUTURA ARTERIAL	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1458,00	0,00	0,00	1458,00	NÃO	1
93327545	VALVULA BIOLOGICA DE TRATAMENTO ANTICALCIFICANTE	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	9030,00	0,00	0,00	9030,00	NÃO	1
93328010	CATETER QUADRIPOLAR PARA ESTUDO ELETROFISIOLOGICO DIAGNOSTICO (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	2600,00	0,00	0,00	2600,00	NÃO	3
93328028	CATETER MULTIPOLAR PARA ESTUDO ELETROFISIOLOGICO TERAPEUTICO - ABLACAO POR RADIOFREQUENCIA (ANEXAR	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	4200,00	0,00	0,00	4200,00	NÃO	1
93328036	CONECTOR E CABO PARA CATETER DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO PARA ESTUDO ELETROFISIOLOGICO (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	800,00	0,00	0,00	800,00	NÃO	4
93328040	CATETER DECAPOLAR OU DUODECAPOLAR PARA ESTUDO ELETROFISIOLOGICO DIAGNOSTICO (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	3000,00	0,00	0,00	3000,00	NÃO	1
93328052	CATETER MULTIPOLAR IRRIGADO DEFLECTIVEL PARA ESTUDO ELETROFISIOLOGICO TERAPEUTICO - ABLACAO POR RADIOFREQUENCIA (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	7440,00	0,00	0,00	7440,00	NÃO	1
93328061	BAINHA DEFLECTIVEL PARA ACESSO TRANSEPTAL (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	2160,00	0,00	0,00	2160,00	NÃO	1
93328070	CONECTOR E CABO PARA CATETER IRRIGADO PARA ESTUDO ELETROFISIOLOGICO (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	758,00	0,00	0,00	758,00	NÃO	1

CADERNO HOSPITALAR

PRÓTESES ESPECIAIS DIVERSAS

93328081	CONJUNTO DE ELETRODOS DE SUPERFICIE PARA MAPEAMENTO ELETROANAMOMICO CARDIACO (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	3000,00	0,00	0,00	3000,00	NÃO	1
93328093	EQUIPO PARA CATETER MULTIPOLAR IRRIGADO PARA ESTUDO ELETROFISIOLOGICO TERAPEUTICO - ABLACAO POR RADIOFREQUENCIA (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	300,00	0,00	0,00	300,00	NÃO	1
93329040	CONJUNTO PARA ACESSO TRANSJUGULAR AO FIGADO (TIPS)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	6782,40	0,00	0,00	6782,40	NÃO	1
93329130	BAINHA LONGA - QUALQUER TIPO (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	2160,00	0,00	0,00	2160,00	NÃO	1
93329148	AGULHA DE BROCKENBROUGH ADULTO (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	2250,00	0,00	0,00	2250,00	NÃO	1
93329153	CATETER INTRODUTOR MULLINS (BAINHA / DILATADOR) (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	828,00	0,00	0,00	828,00	NÃO	2
93329156	PROTESE VALVAR BIOLOGICA (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	2500,00	0,00	0,00	2500,00	NÃO	2
93329164	CATETER VENOSO CENTRAL DUPLO LUMEN (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	84,02	0,00	0,00	84,02	NÃO	1
93329172	ENXERTO ARTERIAL VALVADO INORGANICO (CONJUNTO VALVADO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	8800,00	0,00	0,00	8800,00	NÃO	1
93329199	CATETER DE ACESSO CENTRAL POR INSERCAO PERIFERICA (PICC) - EPICUTANEO (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	323,40	0,00	0,00	323,40	NÃO	1
93329229	ELETRODO ENDOCARDICO VENTRICULAR P/ CARDIODESFIBRILADOR (UNI E BICAMERAL) (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	10420,8	0,00	0,00	10420,80	NÃO	1
93329241	CANULA ARAMADA DE PERFUSAO AORTICA PARA CANULACAO DA	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	311,00	0,00	0,00	311,00	NÃO	2

CADERNO HOSPITALAR

PRÓTESES ESPECIAIS DIVERSAS

93329242	CATETER PIGTAIL CENTIMETRADO PARA TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DE AORTA (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	840,00	0,00	0,00	840,00	NÃO	1
93329246	CANULA ARAMADA DE PERFUSAO AORTICA PARA CANULACAO DA ARTERIA FEMURAL	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	311,00	0,00	0,00	311,00	NÃO	2
93329251	CANULA ARAMADA DE PERFUSAO PARA RETORNO VENOSO SIMPLES	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	311,00	0,00	0,00	311,00	NÃO	1
93329253	FIO GUIA METALICO TEFLONADO EXTRA RIGIDO TIPO LUNDERQUIST PARA TRAT ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DE AORTA (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1424,40	0,00	0,00	1424,40	NÃO	2
93329260	CANULA ARAMADA DE PERFUSAO VENOSA DE DUPLA DRENAGEM PARA VEIA CAVA	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	311,00	0,00	0,00	311,00	NÃO	1
93329263	FILTRO DE LINHA ARTERIAL	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	114,48	0,00	0,00	114,48	NÃO	1
93329265	CATETER BALAO OCLUSOR PARA ENDOPROTESES DE AORTA (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	2640,00	0,00	0,00	2640,00	NÃO	1
93329267	CANULA NAO ARAMADA DE PERFUSAO PARA CARDIOPLEGIA RETROGRADA (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	393,60	0,00	0,00	393,60	NÃO	1
93329270	FILTRO DE SANGUE ARTERIAL	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	79,34	0,00	0,00	79,34	NÃO	1
93329273	CATETER LACO PARA RETIRADA DE CORPO ESTRANHO POR VIA ENDOVASCULAR (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	4600,00	0,00	0,00	4600,00	NÃO	1
93329275	FILTRO PARA CARDIOPLEGIA	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	48,05	0,00	0,00	48,05	NÃO	1
93329277	CATETER VENOSO CENTRAL DUPLO LUMEN PARA HEMODIALISE (KIT: CAT/DILAT/FIO GUIA/AG PUNCAO) ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	117,60	0,00	0,00	117,60	NÃO	1

CADERNO HOSPITALAR

PRÓTESES ESPECIAIS DIVERSAS

93329278	ESTABILIZADOR DE TECIDO CARDIACO PARA CIRURGIA SEM CIRCULACAO EXTRACORPOREA (ANEXAR EMBALAGEM EM	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	5400,00	0,00	0,00	5400,00	NÃO	1
93329281	RESERVATORIO DE CARDIOTOMIA	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	141,12	0,00	0,00	141,12	NÃO	1
93329283	FIO GUIA PRESSURE WIRE 0,014 (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	4720,00	0,00	0,00	4720,00	NÃO	1
93329290	RESERVATORIO PARA CARDIOPLEGIA COM TUBO SEM FILTRO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	304,50	0,00	0,00	304,50	NÃO	1
93329304	OXIGENADOR DE MEMBRANA COM TUBOS PARA CEC	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	2928,24	0,00	0,00	2928,24	NÃO	1
93329325	HEMOCONCENTRADOR PARA CIRCULACAO EXTRACORPOREA	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	330,00	0,00	0,00	330,00	NÃO	1
93329332	FIO GUIA METALICO TEFLONADO TIPO AMPLATZ PARA TRATAMENTO ENDOVASCULAR (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	912,00	0,00	0,00	912,00	NÃO	1
93361220	LENTE PARA FACECTOMIA CAMARA ANTERIOR	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	110,00	0,00	0,00	110,00	NÃO	1
93361238	LENTE PARA FACECTOMIA CAMARA POSTERIOR	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	200,00	0,00	0,00	200,00	NÃO	1
93361246	LENTE PARA FACECTOMIA COM FIXACAO ESCLERAL	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	90,00	0,00	0,00	90,00	NÃO	1
93361252	LENTE CAMARA POSTERIOR FACO ACRILICA DOBRAVEL	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	180,00	0,00	0,00	180,00	NÃO	1
93361263	LENTE DE CAMARA POSTERIOR P/FACO SILICONE	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	100,00	0,00	0,00	100,00	NÃO	1
93361267	FAIXA DE SILICONE PARA RETINA 240	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	40,50	0,00	0,00	40,50	NÃO	1
93361269	PNEU DE SILICONE 276-277-279-287	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	60,75	0,00	0,00	60,75	NÃO	1

CADERNO HOSPITALAR

PRÓTESES ESPECIAIS DIVERSAS

93361270	VALVULA PARA GLAUCOMA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	2864,00	0,00	0,00	2864,00	NÃO	
93361274	ANEL CORNEANO INTRAESTROMAL	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	420,00	0,00	0,00	420,00	NÃO	1
93371101	PROTESE PARA ESTAPEDECTOMIA DE TEFLON/PLATINA OU TITANIO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	616,50	0,00	0,00	616,50	NÃO	1
93381212	PROTESE MAMARIA DE SILICONE	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1525,00	0,00	0,00	1525,00	NÃO	2
93381220	EXPANSOR DE TECIDO PARA RECONSTRUCAO MAMARIA	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	2290,00	0,00	0,00	2290,00	NÃO	2
93381235	PROTESE MAMARIA AJUSTAVEL COM EXPANSOR PERMANENTE (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	4224,00	0,00	0,00	4224,00	NÃO	1
93391129	FITA PARA RECONSTRUCAO LIGAMENTAR	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	308,00	0,00	0,00	308,00	NÃO	1
93391145	BARRA SACRAL	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	77,00	0,00	0,00	77,00	NÃO	1
93391170	FIXADOR DINAMICO PARA PELVE	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1059,94	0,00	0,00	1059,94	NÃO	1
93391196	HALO CRANIANO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	912,45	0,00	0,00	912,45	NÃO	1
93391218	OSTEO INDUTOR/CONDUTOR BIOCERAMICA (POR GRAMA) (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	78,00	0,00	0,00	78,00	NÃO	1
93392150	PROTESE DE QUADRIL THOMPSON NORMAL (COMPONENTE PROTESE QUADRIL)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	496,80	0,00	0,00	496,80	NÃO	1
93392176	COMPONENTE FEMORAL (HASTE) CIMENTADO NACIONAL (PROTESE DE QUADRIL PRIMARIA) ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1071,90	0,00	0,00	1071,90	NÃO	1

CADERNO HOSPITALAR

PRÓTESES ESPECIAIS DIVERSAS

93392184	COMPONENTE FEMURAL CIMENTADO DE CHANRLEY	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	665,70	0,00	0,00	665,70	NÃO	1
93392192	COMPONENTE ACETABULAR EM POLIETILENO CIMENTADO NACIONAL (CHARNLEY OU NAO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	300,00	0,00	0,00	300,00	NÃO	1
93392206	COMPONENTE ACETABULAR EM POLIETILENO NAO CIMENTADO NACIONAL (PROTESE DE QUADRIL)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	193,60	0,00	0,00	193,60	NÃO	1
93392214	COMPONENTE ACETABULAR METALICO + POLIETILENO NAO CIMENTADO NACIONAL (PROTESE DE QUADRIL)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	957,35	0,00	0,00	957,35	NÃO	1
93392222	COMPONENTE FEMORAL (HASTE) NAO CIMENTADO NACIONAL (PROTESE DE QUADRIL PRIMARIA) ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	2694,95	0,00	0,00	2694,95	NÃO	1
93392230	CABECA INTERCAMBIAVEL IMPORTADA (PROTESE DE QUADRIL PRIMARIA/REVISAO) (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1490,17	0,00	0,00	1490,17	NÃO	1
93392241	CABECA INTERCAMBIAVEL EM CERAMICA IMPORTADA PROTESE QUADRIL PRIMARIA/REVISAO (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	5160,92	0,00	0,00	5160,92	NÃO	
93392265	PARAFUSO PARA FIXACAO DE COMPONTENTE ACETABULAR NACIONAL (PROTESE DE QUADRIL PRIMARIA/REVISAO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	187,11	0,00	0,00	187,11	NÃO	3
93392273	TELA DE RECONSTRUCAO ACETABULAR (PROTESE DE QUADRIL NAO CIMENTADA DE REVISAO) - INCLUI PARAFUSOS (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	418,00	0,00	0,00	418,00	NÃO	1
93392281	TELA DE RECONSTRUCAO FEMORAL	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	352,00	0,00	0,00	352,00	NÃO	1
93392301	DISPOSITIVO INTERSOMATICO (CAGE) CERVICAL ASSOCIADO A PLACA COM PARAFUSOS	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	3960,00	0,00	0,00	3960,00	NÃO	2
93392303	CENTRALIZADOR FEMORAL NACIONAL (PROTESE DE QUADRIL CIMENTADA PRIMARIA)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	60,75	0,00	0,00	60,75	NÃO	1

CADERNO HOSPITALAR

PRÓTESES ESPECIAIS DIVERSAS

	CENTRALIZADOR FEMORAL NACIONAL (PROTESE DE QUADRIL CIMENTADA PRIMARIA)										
93392311	RESTRITOR DE CIMENTO FEMORAL NACIONAL (COMPONENTE PROTESE DE QUADRIL PRIMARIA)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	19,80	0,00	0,00	19,80	NÃO	1
93392320	COMPONENTE BASE TIBIAL OU BASE TIBIAL QUILHA CIMENTADO IMPORTADO (PROTESE DE JOELHO PRIMARIA)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	3561,84	0,00	0,00	3561,84	NÃO	1
93392338	COMPONENTE PLATO TIBIAL EM POLIETILENO CIMENTADO IMPORTADO (PROTESE DE JOELHO PRIMARIA)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1432,33	0,00	0,00	1432,33	NÃO	1
93392340	CENTRALIZADOR FEMORAL IMPORTADO (PROTESE DE QUADRIL PRIMARIA/REVISAO) ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	317,40	0,00	0,00	317,40	NÃO	1
93392346	COMPONENTE FEMORAL CIMENTADO IMPORTADO (PROTESE DE JOELHO PRIMARIA)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	3561,84	0,00	0,00	3561,84	NÃO	1
93392354	COMPONENTE PATELAR EM POLIETILENO CIMENTADO IMPORTADO (PROTESE DE JOELHO PRIMARIA)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	527,74	0,00	0,00	527,74	NÃO	1
93392360	COMPONENTE FEMORAL CIMENTADO NACIONAL (PROTESE DE JOELHO PRIMARIA)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	915,52	0,00	0,00	915,52	NÃO	1
93392362	COMPONENTE BASE TIBIAL CIMENTADO NACIONAL (PROTESE DE JOELHO REVISAO) ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1413,59	0,00	0,00	1413,59	NÃO	1
93392366	COMPONENTE PATELAR EM POLIETILENO CIMENTADO NACIONAL (PROTESE DE JOELHO PRIMARIA)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	378,17	0,00	0,00	378,17	NÃO	1
93392370	COMPONENTE PLATO TIBIAL EM POLIETILENO NACIONAL (PROTESE DE JOELHO REVISAO) ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	581,64	0,00	0,00	581,64	NÃO	1
93392372	COMPONENTE BASE TIBIAL OU BASE TIBIAL QUILHA CIMENTADO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1791,00	0,00	0,00	1791,00	NÃO	1

CADERNO HOSPITALAR

PRÓTESES ESPECIAIS DIVERSAS

	COMPONENTE BASE TIBIAL OU BASE TIBIAL QUILHA CIMENTADO NACIONAL (PROTESE DE JOELHO PRIMARIA)										
93392378	COMPONENTE PLATO TIBIAL EM POLIETILENO CIMENTADO NACIONAL (PROTESE DE JOELHO PRIMARIA)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	159,18	0,00	0,00	159,18	NÃO	1
93392389	COMPONENTE FEMORAL CIMENTADO NACIONAL (PROTESE DE JOELHO REVISAO) ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1935,92	0,00	0,00	1935,92	NÃO	1
93392400	BLOCO DE AUMENTO TIBIAL IMPORTADO (PROTESE DE JOELHO REVISAO) (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1901,20	0,00	0,00	1901,20	NÃO	1
93392419	BLOCO DE AUMENTO FEMORAL IMPORTADO (PROTESE DE JOELHO REVISAO) (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1901,20	0,00	0,00	1901,20	NÃO	1
93392427	HASTE FEMORAL CIMENTADA IMPORTADA (PROTESE DE JOELHO REVISAO) (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	2742,96	0,00	0,00	2742,96	NÃO	1
93392435	HASTE TIBIAL CIMENTADA NACIONAL (PROTESE DE JOELHO REVISAO) ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	717,91	0,00	0,00	717,91	NÃO	1
93392440	BLOCO DE AUMENTO FEMORAL NACIONAL (PROTESE DE JOELHO REVISAO) (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1276,27	0,00	0,00	1276,27	NÃO	1
93392443	CIMENTO ORTOPEDICO (DOSE 40G)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	120,00	0,00	0,00	120,00	NÃO	2
93392448	BLOCO DE AUMENTO TIBIAL NACIONAL (PROTESE DE JOELHO REVISAO) (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1276,27	0,00	0,00	1276,27	NÃO	1
93392450	CIMENTO ORTOPEDICO IMPORTADO (DOSE 40G) (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	262,20	0,00	0,00	262,20	NÃO	2
93392454	ENXERTO OSSEO NAO INJETAVEL POR GRAMA (PO/GRANULADO/BLOCO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	150,00	0,00	0,00	150,00	NÃO	15

CADERNO HOSPITALAR

PRÓTESES ESPECIAIS DIVERSAS

93392460	COMPONENTE UMERAL CIMENTADO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	577,35	0,00	0,00	577,35	NÃO	1
93392478	COMPONENTE GLENOIDAL CIMENTADO (OMBRO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	231,00	0,00	0,00	231,00	NÃO	1
93392486	CABECA INTERCAMBIAVEL NACIONAL (PROTESE DE QUADRIL) ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	607,20	0,00	0,00	607,20	NÃO	1
93392516	PROTESE METACARPOFALANGEANA (MAO) EM SILICONE	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	492,00	0,00	0,00	492,00	NÃO	4
93392524	PROTESE INTERFALANGIANA (MAO) EM SILICONE	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	588,00	0,00	0,00	588,00	NÃO	1
93392532	PROTESE CABECA DE RADIO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1860,00	0,00	0,00	1860,00	NÃO	1
93392540	PROTESE TOTAL DE COTOVELO (COMPONENTE UMERAL E ULNAR)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1486,00	0,00	0,00	1486,00	NÃO	1
93392673	PARAFUSO PARA FIXACAO DE COMPONENTE ACETABULAR IMPORTADO (PROTESE DE QUADRIL PRIMARIA/REVISAO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	248,40	0,00	0,00	248,40	NÃO	3
93392754	COMPONENTE FEMORAL (CORPO) NAO CIMENTADO IMPORTADO (PROTESE DE QUADRIL REVISAO) ANEXAR EMBALAGEM EM	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	10360,9	0,00	0,00	10360,90	NÃO	1
93392761	COMPONENTE FEMORAL (CALCO) NAO CIMENTADO IMPORTADO (PROTESE DE QUADRIL REVISAO) ANEXAR EMBALAGEM EM	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1186,80	0,00	0,00	1186,80	NÃO	1
93392802	CABECA UMERAL (OMBRO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	600,00	0,00	0,00	600,00	NÃO	1
93392810	CABO DE CONEXAO TIPO GDC PARA MICRO MOLAS ELETRODESTACAVEIS (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1140,48	0,00	0,00	1140,48	NÃO	1
93392816	COMPONENTE ACETABULAR CIMENTADO IMPORTADO (PROTESE DE QUADRIL PRIMARIA/REVISAO) ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1875,65	0,00	0,00	1875,65	NÃO	1

CADERNO HOSPITALAR

PRÓTESES ESPECIAIS DIVERSAS

93392820	CABO COM PRESILHA PARA CERCLAGEM EM ACO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	174,00	0,00	0,00	174,00	NÃO	3
93392824	CALCO / CUNHA FEMORAL IMPORTADO (PROT DE JOELHO REVISAO) (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1901,20	0,00	0,00	1901,20	NÃO	1
93392835	CALCO / CUNHA FEMORAL NACIONAL (PROTESE DE JOELHO REVISAO) ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1276,27	0,00	0,00	1276,27	NÃO	1
93392842	CALCO / CUNHA TIBIAL IMPORTADO (PROTESE DE JOELHO REVISAO) (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1901,20	0,00	0,00	1901,20	NÃO	1
93392850	CALCO / CUNHA TIBIAL NACIONAL (PROTESE DE JOELHO REVISAO) ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1276,27	0,00	0,00	1276,27	NÃO	1
93392874	RESTRITOR DE CIMENTO FEMORAL IMPORTADO (PROTESE DE QUADRIL PRIMARIA/REVISAO) ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	310,50	0,00	0,00	310,50	NÃO	1
93392875	COMPONENTE ACETABULAR EM POLIETILENO NAO CIMENTADO IMPORTADO (PROTESE DE QUADRIL PRIMARIA/REVISAO) (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1117,27	0,00	0,00	1117,27	NÃO	1
93392887	COMPONENTE ACETABULAR METALICO NAO CIMENTADO IMPORTADO (PROTESE DE QUADRIL PRIMARIA/REVISAO) (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	3351,54	0,00	0,00	3351,54	NÃO	1
93392894	COMPONENTE BASE TIBIAL CIMENTADO IMPORTADO (PROTESE DE JOELHO REVISAO) (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	4758,36	0,00	0,00	4758,36	NÃO	1
93392903	COMPONENTE FEMORAL (HASTE) CIMENTADO IMPORTADO (PROTESE DE QUADRIL PRIMARIA) (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	4855,44	0,00	0,00	4855,44	NÃO	1
93392919	COMPONENTE FEMORAL (HASTE) CIMENTADO IMPORTADO (PROTESE DE QUADRIL REVISAO) (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	10216,7	0,00	0,00	10216,74	NÃO	1

CADERNO HOSPITALAR

PRÓTESES ESPECIAIS DIVERSAS

93392920	COMPONENTE FEMORAL (HASTE) NAO CIMENTADO IMPORTADO (PROTESE DE QUADRIL PRIMARIA) (ANEXAR EMBALAGEM EM	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	4883,68	0,00	0,00	4883,68	NÃO	1
93392934	COMPONENTE FEMORAL (HASTE) NAO CIMENTADO IMPORTADO (PROTESE DE QUADRIL REVISAO) (ANEXAR EMBALAGEM EM	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	7590,00	0,00	0,00	7590,00	NÃO	1
93392947	COMPONENTE FEMORAL CIMENTADO IMPORTADO (PROTESE DE JOELHO REVISAO) (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	10208,1	0,00	0,00	10208,14	NÃO	1
93392959	COMPONENTE PATELAR POLIETILENO IMPORTADO (PROTESE DE JOELHO REVISAO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	522,00	0,00	0,00	522,00	NÃO	1
93392963	COMPONENTE PATELAR POLIETILENO NACIONAL (PROTESE DE JOELHO REVISAO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	440,40	0,00	0,00	440,40	NÃO	1
93392971	COMPONENTE PLATO TIBIAL EM POLIETILENO IMPORTADO (PROTESE DE JOELHO REVISAO) (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	3661,22	0,00	0,00	3661,22	NÃO	1
93392981	HASTE FEMORAL CIMENTADA NACIONAL (PROTESE DE JOELHO REVISAO) (ANEXAR EMB EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1487,86	0,00	0,00	1487,86	NÃO	1
93392994	HASTE TIBIAL CIMENTADA IMPORTADA (PROTESE DE JOELHO REVISAO) (ANEXAR EMB EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	2742,96	0,00	0,00	2742,96	NÃO	1
93393210	PARAFUSO ANCORA EM TITANIO PARA INSERCAO DE LIGAMENTO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	300,00	0,00	0,00	300,00	NÃO	2
93393237	FIOS MALEAVEIS DE CERCLAGEM DE TITANIO PARA COLUNA	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	117,81	0,00	0,00	117,81	NÃO	1
93393245	FIO MONONYLON 8.0 (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	145,80	0,00	0,00	145,80	NÃO	4
93393253	FIO MONONYLON 9.0 (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	145,80	0,00	0,00	145,80	NÃO	4

CADERNO HOSPITALAR

PRÓTESES ESPECIAIS DIVERSAS

93393261	FIO MONONYLON 10.0 (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	145,80	0,00	0,00	145,80	NÃO	4
93393305	BROCA DESCARTAVEL DE PERFURACAO (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	165,45	0,00	0,00	165,45	NÃO	2
93393402	LAMINA DE SERRA DESCARTAVEL (ANEXAR EMBALAGEM EM	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	165,45	0,00	0,00	165,45	NÃO	1
93393414	MEMBRANA OSSEA ABSORVIVEL (ANEXAR EMBALAGEM EM	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	3800,00	0,00	0,00	3800,00	NÃO	1
93393888	ANEL DE REFORCO ACETABULAR (PROTESE DE QUADRIL NAO CIMENTADA DE REVISAO) ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	226,52	0,00	0,00	226,52	NÃO	1
93394136	FIO ROSQUEADO DE STEINMANN	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	72,00	0,00	0,00	72,00	NÃO	3
93395256	PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5MM ESTREITA/LARGA PARA GRANDES FRAGMENTOS - INCLUI PARAFUSOS	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	265,65	0,00	0,00	265,65	NÃO	1
93395272	PLACA DE RECONSTRUCAO ACETABULAR 3,5 E 4,5 MM - INCLUI PARAFUSOS	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	292,22	0,00	0,00	292,22	NÃO	1
93395302	PLACA CONDILEA 4,5MM INCLUI PARAFUSOS	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	474,39	0,00	0,00	474,39	NÃO	1
93395337	PLACA COBRA (PARA ARTRODESE DE QUADRIL) - INCLUI PARAFUSOS	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	687,23	0,00	0,00	687,23	NÃO	1
93395346	PLACA PARA MINI/MICRO FRAGMENTOS ORTOPEDIA	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	79,30	0,00	0,00	79,30	NÃO	1
93395370	PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 3,5MM PARA PEQUENOS FRAGMENTOS - INCLUI PARAFUSOS	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	188,44	0,00	0,00	188,44	NÃO	1
93395474	PLACA SEMI TUBULAR PARA PARAFUSO 2,7MM	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	70,94	0,00	0,00	70,94	NÃO	1

CADERNO HOSPITALAR

PRÓTESES ESPECIAIS DIVERSAS

93395477	PLACA CALCO/DEJOUR/CHAMBARD/PUDU - INCLUI PARAFUSOS	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	264,00	0,00	0,00	264,00	NÃO	1
93395482	PLACA SEMI TUBULAR PARA PARAFUSOS 3,5MM	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	70,94	0,00	0,00	70,94	NÃO	1
93395490	PLACA SEMI TUBULAR PARA PARAFUSOS 4,5MM	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	70,94	0,00	0,00	70,94	NÃO	1
93395493	PLACA OCCIPUTO-CERVICAL- INCLUI PARAFUSOS	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	785,40	0,00	0,00	785,40	NÃO	1
93395540	PLACA CERVICAL EM TITANIO PARA FIXACAO POR VIA ANTERIOR	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1680,00	0,00	0,00	1680,00	NÃO	1
93395546	PLACA COM FINALIDADE ESPECIFICA L/T/Y - INCLUI PARAFUSOS	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	247,40	0,00	0,00	247,40	NÃO	1
93395551	PLACA COM FINALIDADE ESPECIFICA (TODAS) PARA PARAFUSO ATE 3,5MM - INCUI PARAFUSOS	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	224,91	0,00	0,00	224,91	NÃO	1
93395560	PLACA COM FINALIDADE ESPECIFICA (TODAS) PARA PARAFUSO ACIMA DE 3,5MM - INCUI PARAFUSOS	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	235,62	0,00	0,00	235,62	NÃO	1
93395566	PLACA TORACO LOMBAR PARA FIXACAO DE PARAFUSO PEDICULAR EM TITANIO POR VIA ANTERO LATERAL	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	3120,00	0,00	0,00	3120,00	NÃO	2
93395582	PLACA PARA CALCANEO - INCLUI PARAFUSOS	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	207,05	0,00	0,00	207,05	NÃO	1
93395590	CONJUNTO PLACA ANGULADA PARA OSTEOTOMIA (PLACA TUBO 90/95/110/120/135/150 GRAUS - INCLUI PARAFUSO DESLIZANTE E CONTRA PARAFUSO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	910,63	0,00	0,00	910,63	NÃO	1
93395620	PLACA EM TITANIO PARA RECONSTRUCAO DE FRATURA DE MANDIBULA SISTEMA 2.4 / 2.7	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	983,40	0,00	0,00	983,40	NÃO	1
93395639	PLACA EM TITANIO PARA MICRO FRAGMENTOS BUCOMAXILOFACIAL E	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	374,43	0,00	0,00	374,43	NÃO	5

CADERNO HOSPITALAR

PRÓTESES ESPECIAIS DIVERSAS

	PLACA EM TITANIO PARA MICRO FRAGMENTOS BUCOMAXILOFACIAL E NEURO SISTEMA 1.0 / 1.5 / 2.0										
93395651	PLACA ANGULADA PARA OSTEOTOMIA INFANTIL	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1970,00	0,00	0,00	1970,00	NÃO	1
93396287	HASTE BLOQUEADA P/ FEMUR TIBIA E UMERO (INTERLOCKING) EM ACO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1040,28	0,00	0,00	1040,28	NÃO	1
93396317	HASTE FEMORAL CURTA COM BLOQUEIO CEFALICO INCLUI PARAFUSOS	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	873,76	0,00	0,00	873,76	NÃO	1
93396325	HASTE FEMORAL LONGA COM BLOQUEIO CEFALICO INCLUI PARAFUSOS	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	922,85	0,00	0,00	922,85	NÃO	1
93396350	HASTE INTRAMEDULAR DE ENDER	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	97,81	0,00	0,00	97,81	NÃO	1
93396368	HASTE INTRAMEDULAR DE RUSH	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	18,20	0,00	0,00	18,20	NÃO	1
93396376	HASTE DE COMPRESSAO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	66,85	0,00	0,00	66,85	NÃO	1
93396384	HASTE DE DISTRACAO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	72,85	0,00	0,00	72,85	NÃO	1
93396392	HASTE DE LUQUE LISA	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	24,70	0,00	0,00	24,70	NÃO	1
93396422	HASTE EM TITANIO PARA PARAFUSO PEDICULAR	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	490,88	0,00	0,00	490,88	NÃO	2
93396430	SISTEMA FIXACAO OCCIPITO-CERVICAL COM PARAFUSOS, GANCHOS E FIOS DE CERCLAGEM	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1553,48	0,00	0,00	1553,48	NÃO	1
93396490	SISTEMA PARA FIXACAO TRANSVERSAL TITANIO (DTT/CROSS LINK COM 1 BARRA E 2 GANCHOS)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	831,60	0,00	0,00	831,60	NÃO	2

CADERNO HOSPITALAR

PRÓTESES ESPECIAIS DIVERSAS

93396538	HASTE INTRAMEDULAR TIBIO-TARSICA- INCLUI PARAFUSOS	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	913,03	0,00	0,00	913,03	NÃO	1
93396546	HASTE INTRAMEDULAR RETROGRADA INCLUINDO OS PARAFUSOS	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	913,03	0,00	0,00	913,03	NÃO	1
93396562	DISPOSITIVO INTERSOMATICO PARA FUSAO E MANUTENCAO DO ESPACO INTERVERTEBRAL (CAGE) (ANEXAR EMBALAGEM EM	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1512,50	0,00	0,00	1512,50	NÃO	2
93396613	BANDEJA UMERAL PARA PROTESE DE OMBRO REVERSA (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	7559,06	0,00	0,00	7559,06	NÃO	1
93396621	GLENOSFERA PARA PROTESE DE OMBRO REVERSA (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	7353,81	0,00	0,00	7353,81	NÃO	1
93396630	INSERT UMERAL PARA PROTESE DE OMBRO REVERSA (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	3040,05	0,00	0,00	3040,05	NÃO	1
93396641	BASE GLENOIDAL PARA PROTESE DE OMBRO REVERSA (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	7842,29	0,00	0,00	7842,29	NÃO	1
93396650	PARAFUSO LATERAL PARA PROTESE DE OMBRO REVERSA (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1142,04	0,00	0,00	1142,04	NÃO	4
93396659	PARAFUSO CENTRAL PARA PROTESE DE OMBRO REVERSA (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1142,04	0,00	0,00	1142,04	NÃO	1
93396662	HASTE UNIVERSAL PARA PROTESE DE OMBRO REVERSA (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	9820,10	0,00	0,00	9820,10	NÃO	1
93397194	ARRUELA PARA PARAFUSO CANULADO PARA PEQUENOS E GRANDES FRAGMENTOS	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	7,60	0,00	0,00	7,60	NÃO	3
93397208	ARRUELA DENTADA PARA LIGAMENTO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	22,80	0,00	0,00	22,80	NÃO	2

CADERNO HOSPITALAR

PRÓTESES ESPECIAIS DIVERSAS

93397216	PINO DE KNOWLES	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	46,20	0,00	0,00	46,20	NÃO	8
93397224	GRAMPO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	37,53	0,00	0,00	37,53	NÃO	1
93397245	KIT DE CIMENTACAO (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	240,00	0,00	0,00	240,00	NÃO	1
93398301	PARAFUSO CORTICAL PARA PEQUENOS E GRANDES FRAGMENTOS	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	18,48	0,00	0,00	18,48	NÃO	8
93398328	PARAFUSO ESPONJOSO PARA PEQUENOS E GRANDES FRAGMENTOS	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	27,32	0,00	0,00	27,32	NÃO	4
93398335	PARAFUSO PARA MINI/MICRO FRAGMENTOS ORTOPEDIA	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	30,00	0,00	0,00	30,00	NÃO	1
93398344	PARAFUSO MALEOLAR (TODOS)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	21,86	0,00	0,00	21,86	NÃO	3
93398379	PARAFUSO CANULADO NAO COMPRESSIVO PARA PEQUENOS E GRANDES FRAGMENTOS	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	108,00	0,00	0,00	108,00	NÃO	3
93398395	PARAFUSO DE INTERFERENCIA METALICO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	138,60	0,00	0,00	138,60	NÃO	2
93398409	PARAFUSO DE INTERFERENCIA DE TITANIO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	385,95	0,00	0,00	385,95	NÃO	2
93398417	PARAFUSO CANULADO COMPRESSIVO TIPO HERBERT	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	231,00	0,00	0,00	231,00	NÃO	3
93398450	GANCHO SUPERIOR DE DISTRACAO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	98,66	0,00	0,00	98,66	NÃO	2
93398468	GANCHO INFERIOR DE DISTRACAO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	98,66	0,00	0,00	98,66	NÃO	2
93398476	GANCHOS DE COMPRESSAO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	79,30	0,00	0,00	79,30	NÃO	2

CADERNO HOSPITALAR

PRÓTESES ESPECIAIS DIVERSAS

93398492	GANCHOS DIVERSOS ASSOCIADOS A HASTES OU BARRAS	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	671,00	0,00	0,00	671,00	NÃO	8
93398522	PARAFUSO EM TITANIO PARA FIXACAO DE PLACA TORACO LOMBAR	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	360,00	0,00	0,00	360,00	NÃO	6
93398654	PARAFUSO DE TITANIO PARA FIXACAO DE ODONTOIDE (COLUNA)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	682,00	0,00	0,00	682,00	NÃO	1
93398663	PARAFUSO ANCORA EM TITANIO MONTADO COM FIOS	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	547,20	0,00	0,00	547,20	NÃO	2
93398701	PARAFUSO EM TITANIO PARA FIXACAO DE PLACA CERVICAL POR VIA ANTERIOR, COM BLOQUEIO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	340,00	0,00	0,00	340,00	NÃO	6
93398710	PLACA PARA FRATURA PERIPROTETICA	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	276,00	0,00	0,00	276,00	NÃO	
93398719	PARAFUSO BLOQUEIO DISTAL (INTERLOCKING)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	120,00	0,00	0,00	120,00	NÃO	2
93398720	PARAFUSO PARA MICRO FRAGMENTOS BUCOMAXILOFACIAL SISTEMA 2.4 / 2.7	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	90,00	0,00	0,00	90,00	NÃO	10
93398723	SISTEMA DE BLOQUEIO PARA PARAFUSOS E GANCHOS PEDICULARES (TODOS)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	300,00	0,00	0,00	300,00	NÃO	10
93398751	PARAFUSO TAMPAO COBERTURA (INTERLOCKING)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	120,00	0,00	0,00	120,00	NÃO	2
93399103	FIXADOR EXTERNO CIRCULAR OU SEMI-CIRCULAR (ILIZAROV)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	4320,00	0,00	0,00	4320,00	NÃO	1
93399111	FIXADOR EXTERNO LINEAR	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	519,75	0,00	0,00	519,75	NÃO	1
93399120	FIXADOR EXTERNO HIBRIDO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	820,05	0,00	0,00	820,05	NÃO	1

CADERNO HOSPITALAR

PRÓTESES ESPECIAIS DIVERSAS

93399138	FIXADOR DINAMICO PARA RADIO ULNA OU UMERO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	766,50	0,00	0,00	766,50	NÃO	1
93399154	FIXADOR DINAMICO PARA MAO E PE	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	702,00	0,00	0,00	702,00	NÃO	1
93399200	PINO DE SHANZ PARA FIXADOR DINAMICO PELVE	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	24,20	0,00	0,00	24,20	NÃO	6
93399216	PARAFUSO PARA MICRO FRAGMENTOS BUCOMAXILOFACIAL E NEURO SISTEMA 1.0 / 1.5 / 2.0	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	30,00	0,00	0,00	30,00	NÃO	10
93399223	PLACA PAULUS PARA CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1506,00	0,00	0,00	1506,00	NÃO	1
93399225	PINO DE SHANZ PARA FIXADOR DINAMICO BUCO MAXILO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	11,07	0,00	0,00	11,07	NÃO	6
93399234	PINO DE SHANZ PARA FIXADOR DINAMICO FEMUR	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	11,07	0,00	0,00	11,07	NÃO	6
93399243	PINO DE SHANZ PARA FIXADOR DINAMICO MAO OU PE	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	11,07	0,00	0,00	11,07	NÃO	6
93399250	PINO DE SHANZ PARA FIXADOR DINAMICO RADIO ULNA UMERO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	11,07	0,00	0,00	11,07	NÃO	6
93399261	PINO DE SHANZ PARA FIXADOR DINAMICO TIBIA	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	11,07	0,00	0,00	11,07	NÃO	6
93399402	FIXADOR DINAMICO PARA FEMUR	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1021,68	0,00	0,00	1021,68	NÃO	1
93399426	FIXADOR DINAMICO PARA TIBIA	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1224,00	0,00	0,00	1224,00	NÃO	1
93399715	FIXADOR BUCOMAXILOFACIAL	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	638,55	0,00	0,00	638,55	NÃO	1
93399753	PLACA AUTO BLOQUEAVEL - TODOS OS FORMATOS E TAMANHOS	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1080,00	0,00	0,00	1080,00	NÃO	1

CADERNO HOSPITALAR

PRÓTESES ESPECIAIS DIVERSAS

93399760	PARAFUSO EM TITANIO PARA PLACA AUTO BLOQUEAVEL	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	132,50	0,00	0,00	132,50	NÃO	
93399768	PLACA AUTO BLOQUEAVEL EM TITANIO - TODOS OS MODELOS E TAMANHOS	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	2368,25	0,00	0,00	2368,25	NÃO	
93399771	PARAFUSO PARA PLACA AUTO BLOQUEAVEL	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	84,00	0,00	0,00	84,00	NÃO	5
93401051	CATETER ATRIAL / PERITONEAL	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	244,50	0,00	0,00	244,50	NÃO	1
93401060	CATETER VENTRICULAR COM RESERVATORIO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	171,89	0,00	0,00	171,89	NÃO	1
93401078	CONJUNTO DE VALVULA PARA HIDROCEFALIA DE BAIXO PERFIL ADULTO/PEDIATRICO E NEONATAL (VALVULA COM CONECTOR/CATETER PERITONEAL/CATETER VENTRICULAR/ANGULADOR/ESTILETE)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1463,40	0,00	0,00	1463,40	NÃO	1
93401080	KIT EMBOLIZACAO MIOMA UTERINO - MICROCATETER / MICRO GUIA / INTRODUTOR / GUIA HIDROFILICO / PARTICULAS 2FR (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	4698,00	0,00	0,00	4698,00	NÃO	1
93401089	CONJUNTO DE VALVULA PARA HIDROCEFALIA DE PRESSAO AJUSTAVEL (INCLUI VALVULA, CONECTORES, CATETERES E AFINS)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	16800,0	0,00	0,00	16800,00	NÃO	1
93401213	CONJUNTO DE DRENAGEM LIQUORICA EXTERNA COM BOLSA COLETORA (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1800,00	0,00	0,00	1800,00	NÃO	1
93401230	SHUNT LOMBO PERITONEAL PARA HIDROCEFALIA	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	946,99	0,00	0,00	946,99	NÃO	1
93401442	VALVULA PARA HIDROCEFALIA	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	606,80	0,00	0,00	606,80	NÃO	1
93401450	CATETER VENTRICULAR ISOLADO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	80,96	0,00	0,00	80,96	NÃO	1

CADERNO HOSPITALAR

PRÓTESES ESPECIAIS DIVERSAS

93401469	INTRODUTOR PARA CATETER COM OU SEM VALVULA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	150,00	0,00	0,00	150,00	NÃO	3
93401477	CATETER GUIA PARA EMBOLIZACAO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	760,00	0,00	0,00	760,00	NÃO	1
93401485	FIO GUIA 0,035 HIDROFILICO	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	314,23	0,00	0,00	314,23	NÃO	1
93401493	MICRO CATETER (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	2015,75	0,00	0,00	2015,75	NÃO	2
93401507	MICRO FIO GUIA	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	958,65	0,00	0,00	958,65	NÃO	2
93401515	PARTICULAS DE PVA (FRASCO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	550,00	0,00	0,00	550,00	NÃO	2
93401523	MICRO MOLAS ELETRODESTACAVEIS OU NAO PARA EMBOLIZACAO (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	4023,60	0,00	0,00	4023,60	NÃO	12
93401532	CATETER GUIA PARA IMPLANTE DE STENT DIVERSOR DE FLUXO (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	3120,00	0,00	0,00	3120,00	NÃO	
93401574	CLIP PERMANENTE EM COBALTO PARA ANEURISMA (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	942,00	0,00	0,00	942,00	NÃO	1
93401581	CONJUNTO DE ELETRODOS INVASIVOS PARA EXPLORACAO DIAGNOSTICA / CIRURGICA EPILEPSIA (ANEXAR EMBALAGEM EM	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	4132,00	0,00	0,00	4132,00	NÃO	1
93401582	CLIP TEMPORARIO PARA ANEURISMA	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	600,00	0,00	0,00	600,00	NÃO	3
93401590	MICRO CATETER REVESTIDO DE PTFE 150CM - PARA IMPLANTE DE STENT DIVERSOR DE FLUXO (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	4086,00	0,00	0,00	4086,00	NÃO	
93401601	STENT INTRACRANIANO DIVERSOR DE FLUXO (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	62304,0	0,00	0,00	62304,00	NÃO	

CADERNO HOSPITALAR

PRÓTESES ESPECIAIS DIVERSAS

93401612	STENT INTRACRANIANO AUTO-EXPANSIVEL P/ TRAT ANEURISMA CEREBRAL (ANEXAR EMB EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	17280,0	0,00	0,00	17280,00	NÃO	1
93401623	BROCA/FRESA CORTANTE E DIAMANTADA (TRONCOCONICA/DESGASTE/LINDERMANN) PARA DRILL (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	720,00	0,00	0,00	720,00	NÃO	1
93401630	FRESA DESCARTAVEL DE CORTE DO CRANIOTOMO - INFANTIL E ADULTO (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	700,00	0,00	0,00	700,00	NÃO	1
93401643	SHUNT INTRAVASCULAR PARA CAROTIDA (ANEXAR EMBAL EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	996,00	0,00	0,00	996,00	NÃO	1
93401647	CLIP PERMANENTE EM TITANIO PARA ANEURISMA (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1771,00	0,00	0,00	1771,00	NÃO	1
93401654	KIT MONITORIZACAO PRESSAO INTRA CRANIANA (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	2719,00	0,00	0,00	2719,00	NÃO	1
93401661	COMPRESSA NEUROCIRURGICA C/ FILAMENTO RADIOPACO (COTONOIDES) - ENV C/ 10 UNID (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	111,90	0,00	0,00	111,90	NÃO	1
93401678	HEMOSTATICO ABSORVIVEL A BASE DE COLAGENO ESPONJA/GELATINA ATE 75 CM2	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	90,00	0,00	0,00	90,00	NÃO	1
93401685	AGENTE EMBOLIZANTE DE COPOLIMERO DE ETILENO VINIL ALCOOL	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	6091,20	0,00	0,00	6091,20	NÃO	1
93401695	PLACA CERVICAL EM TITANIO PARA FIXACAO POR VIA POSTERIOR	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1449,60	0,00	0,00	1449,60	NÃO	1
93401702	MICROTELA EM TITANIO 85 X 53 X 0 3 MM	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1104,00	0,00	0,00	1104,00	NÃO	1
93401715	PARAFUSO PEDICULAR DE CABECA MOVEL (POLIAXIAL) PARA HASTE	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	466,00	0,00	0,00	466,00	NÃO	8

CADERNO HOSPITALAR

PRÓTESES ESPECIAIS DIVERSAS

93401728	PARAFUSO PEDICULAR DE CABECA FIXA (MONOAXIAL) PARA HASTE	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	466,00	0,00	0,00	466,00	NÃO	4
93401739	PARAFUSO EM TITANIO PARA FIXACAO DE PLACA CERVICAL POR VIA POSTERIOR, COM BLOQUEIO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	240,00	0,00	0,00	240,00	NÃO	1
93401763	KIT PARA VERTEBROPLASTIA (CIMENTO/ APLICADOR/ AGULHA)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	3672,00	0,00	0,00	3672,00	NÃO	2
93401772	HEMOSTATICO ABSORVIVEL A BASE DE COLAGENO FILME ATE 175 CM2 (ESPECIFICO PARA CIRURGIAS DE BUCOMAXILO E NEURO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1800,00	0,00	0,00	1800,00	NÃO	1
93401776	HEMOSTATICO ABSORVIVEL A BASE DE CELULOSE ATE 75 CM2 DE AREA	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	90,00	0,00	0,00	90,00	NÃO	1
93401779	HEMOSTATICO ABSORVIVEL A BASE DE COLAGENO ESPONJA/GELATINA ACIMA DE 75 CM2	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	140,00	0,00	0,00	140,00	NÃO	1
93401780	HEMOSTATICO ABSORVIVEL A BASE DE CELULOSE ACIMA DE 75 CM2 DE AREA	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	140,00	0,00	0,00	140,00	NÃO	1
93401788	HEMOSTATICO ABSORVIVEL A BASE DE COLAGENO FILME ACIMA DE 175 CM2 (ESPECIFICO PARA CIRURGIAS DE BUCOMAXILO E NEURO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	2028,00	0,00	0,00	2028,00	NÃO	1
93401791	HEMOSTATICO ABSORVIVEL A BASE DE COLAGENO EM PO - 1 GRAMA (ESPECIFICO PARA CIRURGIAS DE BUCOMAXILO E NEURO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1800,00	0,00	0,00	1800,00	NÃO	1
93401793	PARAFUSO DE INTERFERENCIA ABSORVIVEL PARA REINSERCAO DE LIGAMENTO CRUZADO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	869,40	0,00	0,00	869,40	NÃO	2
93401801	ESPACADOR DE QUADRIL COM ANTIBIOTICO (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	4600,00	0,00	0,00	4600,00	NÃO	1
93401802	HEMOSTATICO ABSORVIVEL A BASE DE COLAGENO EM PO - 3 GRAMAS (ESPECIFICO PARA CIRURGIAS DE BUCOMAXILO E NEURO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	2028,00	0,00	0,00	2028,00	NÃO	1

CADERNO HOSPITALAR

PRÓTESES ESPECIAIS DIVERSAS

93401803	FIO GUIA TEFLONADO PARA HEMODINAMICA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	145,20	0,00	0,00	145,20	NÃO	1
93401810	KIT PARA LIBERACAO DE MICRO MOLAS NAO ELETRODESTACAVEIS (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	840,00	0,00	0,00	840,00	NÃO	1
93401816	HEMOSTATICO ELABORADO COM TROMBINA E GELATINA 5ML (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	943,42	0,00	0,00	943,42	NÃO	1
93401823	CATETER BALAO DE REMODELAMENTO INTRACRANIANO (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	8088,00	0,00	0,00	8088,00	NÃO	1
93401927	MATRIZ ENXERTO DURAL FILME 5 X 5 PARA REPARACAO E RECONSTRUCAO DE DURAMATER (ANEXAR EMBALAGEM EM	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1680,00	0,00	0,00	1680,00	NÃO	1
93401932	MATRIZ ENXERTO DURAL FILME 7 5 X 7 5 PARA REPARACAO E RECONSTRUCAO DE DURAMATER (ANEXAR EMBALAGEM EM	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	3720,00	0,00	0,00	3720,00	NÃO	1
93401941	PLACA DE POLIMERO ABSORVIVEL PARA CRANIOSSINOSTOSE	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1161,60	0,00	0,00	1161,60	NÃO	3
93401953	PARAFUSO PARA PLACA DE POLIMERO ABSORVIVEL PARA CRANIOSSINOSTOSE	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	628,80	0,00	0,00	628,80	NÃO	10
93401960	BROCA DESCARTAVEL PARA TREPANACAO COM PARADA AUTOMATICA (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1370,00	0,00	0,00	1370,00	NÃO	1
93402010	BOTAO PARA FECHAMENTO DE CRANIO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	300,00	0,00	0,00	300,00	NÃO	1
93402023	KIT DE TUNELIZADOR TODOS OS TAMANHOS	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1200,00	0,00	0,00	1200,00	NÃO	1
93402135	CABO EXTENSOR TODOS OS MODELOS	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	7620,00	0,00	0,00	7620,00	NÃO	1

CADERNO HOSPITALAR

PRÓTESES ESPECIAIS DIVERSAS

93402156	CABO PARA TESTE PARA NEUROESTIMULADOR	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1440,00	0,00	0,00	1440,00	NÃO	1
93403007	KIT ELETRODO QUADRIPOLAR PARA ESTIMULACAO CEREBRAL TODOS OS MODELOS	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	21600,0	0,00	0,00	21600,00	NÃO	1
93403021	CONJUNTO DESCARTAVEL PARA LOCALIZACAO/BIOPSIA ESTEREOTAXICA CEREBRAL	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	23100,0	0,00	0,00	23100,00	NÃO	1
93403036	KIT CANULA GUIA PARA IMPLANTACAO DE ELETRODO PROFUNDO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	29000,0	0,00	0,00	29000,00	NÃO	1
93403902	NEUROESTIMULADOR MEDULAR IMPLANTAVEL RECARREGAVEL	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	60000,0	0,00	0,00	60000,00	NÃO	1
93403921	NEUROESTIMULADOR MEDULAR IMPLANTAVEL NAO RECARREGAVEL	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	50400,0	0,00	0,00	50400,00	NÃO	1
93403930	NEUROESTIMULADOR CEREBRAL IMPLANTAVEL CANAL DUPLO RECARREGAVEL	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	84000,0	0,00	0,00	84000,00	NÃO	1
93403942	NEUROESTIMULADOR CEREBRAL IMPLANTAVEL CANAL DUPLO NAO RECARREGAVEL	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	58200,0	0,00	0,00	58200,00	NÃO	
93403953	SISTEMA DE RECARGA PARA NEUROESTIMULADOR MEDULAR	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	9000,00	0,00	0,00	9000,00	NÃO	1
93403964	SISTEMA DE RECARGA PARA NEUROESTIMULADOR CEREBRAL	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	8097,60	0,00	0,00	8097,60	NÃO	1
93403975	KIT ELETRODO PLACA PARA ESTIMULACAO VERTEBRAL 16 POLOS	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	33600,0	0,00	0,00	33600,00	NÃO	1
93403983	KIT ELETRODO PLACA PARA ESTIMULACAO VERTEBRAL 8 POLOS	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	10800,0	0,00	0,00	10800,00	NÃO	1
93404008	CONTROLADOR ESTIMULACAO DO PACIENTE	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	5400,00	0,00	0,00	5400,00	NÃO	1

CADERNO HOSPITALAR

PRÓTESES ESPECIAIS DIVERSAS

93407874	NEURONAVEGADOR (LOCACAO EQUIPAMENTO + DESCARTAVEIS)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	9600,00	0,00	0,00	9600,00	NÃO	1
93407881	NEUROENDOSCOPIO (LOCACAO EQUIPAMENTO DESCARTAVEIS)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	8100,00	0,00	0,00	8100,00	NÃO	1
93407890	ASPIRADOR ULTRASSONICO (LOCACAO EQUIP+DESCARTAVEIS)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	4500,00	0,00	0,00	4500,00	NÃO	1
93407997	KIT ELETRODO PARA MICRO REGISTRO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	34800,0	0,00	0,00	34800,00	NÃO	2
93408017	AGULHA PARA BIOPSIA NEURONAVEGADA	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	6592,23	0,00	0,00	6592,23	NÃO	1
93481098	PROTESE ESPACADOR DE TENDAO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	336,00	0,00	0,00	336,00	NÃO	1
93481160	KIT GRAMPEADOR CIRCULAR INTRALUMINAL (GRAMPEADOR + CARGA) ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1336,80	0,00	0,00	1336,80	NÃO	1
93481179	PROTESE PARA ESOFAGO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	132,10	0,00	0,00	132,10	NÃO	1
93481187	CATETER DE TERMODILUICAO SWAN GANZ (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	333,11	0,00	0,00	333,11	NÃO	1
93481195	CANULA DE TRAQUEOSTOMIA DESCARTAVEL EM PVC COM BALAO (QUALQUER TAMANHO)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	38,50	0,00	0,00	38,50	NÃO	1
93481197	CANULA DE TRAQUEOSTOMIA COM CANULA INTERNA - SHILEY (QUALQUER TAMANHO) ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	332,88	0,00	0,00	332,88	NÃO	1
93481208	CANULA PARA TRAQUEOSTOMIA AJUSTAVEL LONGA ARAMADA COM BALAO (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	793,21	0,00	0,00	793,21	NÃO	1
93481209	TELA INORGANICA DE POLIPROPILENO PEQUENA - ATE 100 CM2 (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	126,00	0,00	0,00	126,00	NÃO	1

CADERNO HOSPITALAR

PRÓTESES ESPECIAIS DIVERSAS

93481214	TUBO PARA TRAQUEOSTOMIA EM T COM ANEL DE FIXACAO (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	480,00	0,00	0,00	480,00	NÃO	
93481216	CANULA PARA TRAQUEOSTOMIA AJUSTAVEL LONGA NAO ARAMADA COM BALAO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	90,00	0,00	0,00	90,00	NÃO	1
93481217	TELA INORGANICA DE POLIPROPILENO MEDIA - 101 A 400 CM2 (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	180,00	0,00	0,00	180,00	NÃO	1
93481225	TELA INORGANICA DE POLIPROPILENO GRANDE - ACIMA 400 CM2 (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	318,00	0,00	0,00	318,00	NÃO	1
93481227	DRENO DE SUCCAO DE SILICONE (DRENO/ADAPTADOR/TROCATER/BULBO DE SUCCAO/RESERVATORIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	200,00	0,00	0,00	200,00	NÃO	1
93481233	CONJUNTO DESCARTAVEL DE CIRCULACAO ASSISTIDA (BIO PUMP)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1189,00	0,00	0,00	1189,00	NÃO	1
93481241	SISTEMA DE DRENAGEM TORACICA/MEDIASTINAL	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	71,50	0,00	0,00	71,50	NÃO	2
Atualizações:	Descrição Item										
93481250	CONJUNTO DESCARTAVEL DE BALAO INTRA-AORTICO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	3648,00	0,00	0,00	3648,00	NÃO	1
93481268	KIT GRAMPEADOR LINEAR CORTANTE (GRAMPEADOR+CARGA) ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1404,00	0,00	0,00	1404,00	NÃO	1
93481276	KIT GRAMPEADOR CURVO CORTANTE (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	2778,00	0,00	0,00	2778,00	NÃO	1
93481285	ENDOGRAMPEADOR LINEAR CORTANTE (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1260,00	0,00	0,00	1260,00	NÃO	1
93481291	KIT ENDOGRAMPEADOR (GRAMPEADOR + GRAMPOS) PARA FIXACAO DE TELA EM CIRURGIA DE HERNIORRAFIA POR CVL	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	2006,00	0,00	0,00	2006,00	NÃO	1

CADERNO HOSPITALAR

PRÓTESES ESPECIAIS DIVERSAS

93481292	VALVULA PARA TRATAMENTO DE ASCITE	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1800,00	0,00	0,00	1800,00	NÃO	1
93481301 **Atualizações:**	ENDOGRAMPEADOR TORACICO LINEAR CORTANTE 45MM (GRAMPEADOR CARREGADO COM 1 CARGA) PARA CIRURGIA TORACICA (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO) Descrição Item	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	2418,00	0,00	0,00	2418,00	NÃO	1
93481354	SONDA DE GASTROSTOMIA/JEJUNOSTOMIA EM SILICONE COM BALONETE POR VIA ENDOSCOPICA - TODOS OS TAMANHOS (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	480,00	0,00	0,00	480,00	NÃO	1
93481360	SONDA GASTROSTOMIA EM NIVEL DE PELE (MIC KEY) ADULTO/INFANTIL (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	1088,64	0,00	0,00	1088,64	NÃO	1
93481369	SONDA PARA GASTROSTOMIA EM SILICONE (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	377,00	0,00	0,00	377,00	NÃO	1
93481375	KIT SONDA DE JEJUNOSTOMIA ENDOSCOPICA EM SILICONE DE LONGA PERMANENCIA (CAT GUIA/FIO GUIA/POSICIONADOR/ADAPTADOR) - ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	803,00	0,00	0,00	803,00	NÃO	1
93481381	CARGA PARA GRAMPEADOR LINEAR CORTANTE (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	432,00	0,00	0,00	432,00	NÃO	3
93481403	CATETER SEMI IMPLANTAVEL PARA INFUSAO DE QUIMIOTERAPIA LONGA PERMANENCIA (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	1187,00	0,00	0,00	1187,00	NÃO	1
93481411	PROTESE VOCAL POS LARINGECTOMIA COM ADAPTADORES AVULSOS	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	433,13	0,00	0,00	433,13	NÃO	1
93481412	CARGA PARA ENDOGRAMPEADOR LINEAR - TODAS (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1350,00	0,00	0,00	1350,00	NÃO	10
93481420	KIT PARA GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA EM SILICONE DE LONGA PERMANENCIA (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	798,00	0,00	0,00	798,00	NÃO	1

CADERNO HOSPITALAR

PRÓTESES ESPECIAIS DIVERSAS

93481430	BOTTON PARA GASTROSTOMIA	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	1669,97	0,00	0,00	1669,97	NÃO	1
93481431	COLA BIOLOGICA A BASE DE FIBRINA - 2 ML (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	707,58	0,00	0,00	707,58	NÃO	1
93481435	COLA BIOLOGICA A BASE DE FIBRINA - 4 ML (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1372,45	0,00	0,00	1372,45	NÃO	1
93481439	COLA BIOLOGICA A BASE DE FIBRINA -10 ML (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	3223,60	0,00	0,00	3223,60	NÃO	1
93481442	CATETER TOTALMENTE IMPLANTAVEL PARA QUIMIOTERAPIA LONGA PERMANENCIA COM INTRODUTOR (ANEXAR EMBALAGEM)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	998,90	0,00	0,00	998,90	NÃO	1
93481460	CATETER VENOSO CENTRAL MONO LUMEN (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	61,55	0,00	0,00	61,55	NÃO	1
93481470	COLA BIOLOGICA ELABORADA COM ALBUMINA GLUTARALDEIDO 2ML (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	4080,00	0,00	0,00	4080,00	NÃO	1
93481472	CATETER TENCKHOFF OU SIMILAR DE LONGA PERMANENCIA PARA DIALISE PERITONEAL (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	122,85	0,00	0,00	122,85	NÃO	1
93481478	COLA BIOLOGICA ELABORADA COM ALBUMINA GLUTARALDEIDO 5ML (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	6240,00	0,00	0,00	6240,00	NÃO	1
93481490	BOMBA ELASTOMERICA PARA INFUSAO CONTROLADA DE MEDICAMENTOS (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	300,00	0,00	0,00	300,00	NÃO	
93481502	RESPIRADOR (TODOS OS MODELOS) PARA PACIENTES INTERNADOS APOS ALTA DO CTI (POR DIA DE INTERNACAO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	65,00	0,00	0,00	65,00	NÃO	1
93481503	CATETER SEMI IMPLANTAVEL PARA HEMODIALISE LONGA PERMANENCIA (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	700,00	0,00	0,00	700,00	NÃO	1

CADERNO HOSPITALAR

PRÓTESES ESPECIAIS DIVERSAS

93481515	SONDA ENDOBRONQUEAL DE DUPLO LUMEN - TODOS OS TAMANHOS E MODELOS (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	300,00	0,00	0,00	300,00	NÃO	1
93481523	SONDA ENDOBRONQUIAL DE CARLENS (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	377,00	0,00	0,00	377,00	NÃO	1
93481601	AGULHA DE LOCALIZACAO DE NODULO MAMARIO	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	150,00	0,00	0,00	150,00	NÃO	1
93481609	AGULHA PARA BIOPSIA DE MEDULA OSSEA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	160,00	0,00	0,00	160,00	NÃO	1
93481617	AGULHA PARA MIELOGRAMA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	120,00	0,00	0,00	120,00	NÃO	1
93481620	AGULHA TIPO HUBER PARA INFUSAO DE QUIMIOTERAPIA EM CATETER DE LONGA PERMANENCIA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	45,00	0,00	0,00	45,00	NÃO	
93481621	AGULHA PARA SISTEMA DE BIOPSIA ASSISTIDA A VACUO MAMOTOMIA (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	1803,00	0,00	0,00	1803,00	NÃO	1
93481630	CANULA COAXIAL PARA SISTEMA DE BIOPSIA ASSISTIDA A VACUO MAMOTOMIA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	120,00	0,00	0,00	120,00	NÃO	1
93481638	AGULHA DE PUNCAO RENAL	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	170,40	0,00	0,00	170,40	NÃO	1
93481644	AGULHA PARA APLICACAO DE TOXINA BOTULINICA (INJECAO INTRAVESICAL)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	318,12	0,00	0,00	318,12	NÃO	1
93481650	TELA COMPOSTA MONOFILAMENTAR TRIDIMENSIONAL (ATE 300CM²)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	2400,00	0,00	0,00	2400,00	NÃO	1
93481673	FIO GUIA PARA IMPLANTE DE TAVI	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	2300,00	0,00	0,00	2300,00	NÃO	1
93481701	BOMBA INTRATECAL PARA INFUSAO DE FARMACOS	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	55675,0	0,00	0,00	55675,00	NÃO	1

CADERNO HOSPITALAR

PRÓTESES ESPECIAIS DIVERSAS

93481723	TELA COMPOSTA MONOFILAMENTAR TRIDIMENSIONAL - ACIMA 300CM²	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	6200,00	0,00	0,00	6200,00	NÃO	1
93481810	LOCACAO-SISTEMA LASER CO2/DIODO COM MATERIAL DESCARTAVEL	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	12000,0	0,00	0,00	12000,00	NÃO	1
93485085	KIT IMPLANTE COCLEAR - PROTESE COCLEAR E PROCESSADOR DE SOM/FALA (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	66000,0	0,00	0,00	66000,00	NÃO	1
93485093	PROTESE PARA IMPLANTE COCLEAR MONOCANAL	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	11040,0	0,00	0,00	11040,00	NÃO	1
93491012	ALCA DE RESSECCAO PARA HISTEROSCOPIA	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	93,50	0,00	0,00	93,50	NÃO	1
93491025	ALCA DE RESSECCAO DA PROSTATA / BEXIGA	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	252,00	0,00	0,00	252,00	NÃO	1
93491043	CATETER EXTRATOR DE CALCULO RENAL/URETERL/BILIAR (BASKET / CESTO EM NITINOL / SONDA DORMIA)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	638,40	0,00	0,00	638,40	NÃO	1
93491051	TROCATER C/ REDUTOR (TODOS)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	310,00	0,00	0,00	310,00	NÃO	1
93491064	EQUIPO PARA IRRIGACAO ARTROSCOPIA EM BOMBA COM SENSOR (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	360,00	0,00	0,00	360,00	NÃO	1
93491073	LAMINA DE SHAVER PARA ARTROSCOPIA DE JOELHO/OMBRO (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	439,00	0,00	0,00	439,00	NÃO	1
93491077	LAMINA DE SHAVER PARA ARTROSCOPIA DE QUADRIL (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1078,00	0,00	0,00	1078,00	NÃO	1
93491082	ALCA DE POLIPECTOMIA OU MUCOSECTOMIA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	144,00	0,00	0,00	144,00	NÃO	1
Atualizações:	Descrição Item										
93491083	LAMINA DE SHAVER PARA ARTROSCOPIA DE PEQUENAS ARTICULACOES (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	510,00	0,00	0,00	510,00	NÃO	1

CADERNO HOSPITALAR

PRÓTESES ESPECIAIS DIVERSAS

93491088	LAMINA DE SHAVER PARA OTORRINOLARINGOLOGIA (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1000,00	0,00	0,00	1000,00	NÃO	1
93491094	CATETER BALAO PNEUMATICO PARA DILATACAO PROGRESSIVA DE ESOFAGO (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	1140,00	0,00	0,00	1140,00	NÃO	1
93491106	CATETER DE PH-METRIA 1 E 2 CANAIS	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	120,00	0,00	0,00	120,00	NÃO	1
93491112 **Atualizações:**	CATETER INJETOR PARA PROCEDIMENTOS ENDOSCOPICOS (ANEXAR EMB PRONTUARIO) Descrição Item	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	240,00	0,00	0,00	240,00	NÃO	1
93491125	KIT LIGADURA ELASTICA PARA VARIZES	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	790,00	0,00	0,00	790,00	NÃO	1
93491130	PAPILOTOMO MONO, DUPLO E TRIPLO LUMEN (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	740,72	0,00	0,00	740,72	NÃO	1
93491141	KIT DE NEFROSTOMIA PERCUTANEA (AGULHA, CATETER, FIO GUIA E DILATADORES)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	480,00	0,00	0,00	480,00	NÃO	1
93491143	SONDA NASOENTERICA EM POLIURETANO	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	47,20	0,00	0,00	47,20	NÃO	1
93491151	CATETER DE IMAGEM CORONARIA PARA ULTRASSOM INTRACORONARIANO (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	3720,00	0,00	0,00	3720,00	NÃO	1
93491161	CATETER PARA COLANGIOGRAFIA ENDOSCOPICA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	234,00	0,00	0,00	234,00	NÃO	1
93491173	FIO GUIA PARA ENDOSCOPIA (TODOS OS MODELOS)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	604,80	0,00	0,00	604,80	NÃO	1
93491178	CATETER EXTRATOR DE TROMBOS	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	3770,00	0,00	0,00	3770,00	NÃO	1
93491184	PROTESE BILIAR COM INTRODUTOR	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	720,00	0,00	0,00	720,00	NÃO	1

CADERNO HOSPITALAR

PRÓTESES ESPECIAIS DIVERSAS

93491190	CONJUNTO DILATADORES RENAIS PERCUTANEO (KIT AMPLATZ) (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1500,00	0,00	0,00	1500,00	NÃO	1
93491201	KIT CANULA PARA BIOPSIAS DE TECIDOS MOLES/ORGAOS (RINS,PROSTATA,MAMA,FIGADO,PULMAO E BACO) (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	90,84	0,00	0,00	90,84	NÃO	1
93491202	BAINHA PARA URETEROSCOPIA (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1000,00	0,00	0,00	1000,00	NÃO	1
93491207	CANULA PARA IRRIGACAO DE OMBRO/QUADRIL	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	228,00	0,00	0,00	228,00	NÃO	2
93491210	CATETER BALAO PARA EXTRACAO DE CALCULO DE VIA BILIAR	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	1432,80	0,00	0,00	1432,80	NÃO	1
93491212	PONTEIRA DE ABLACAO POR RADIOFREQUENCIA PARA ARTROSCOPIA (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	556,80	0,00	0,00	556,80	NÃO	1
93491214	CATETER MULTIPOLAR COM PONTA CIRCULAR PARA MAPEAMENTO CARDIACO (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	4500,00	0,00	0,00	4500,00	NÃO	1
93491218	FIBRA LASER/SONDA DE FIBRA OPTICA PARA PROCEDIMENTOS UROLOGICOS ENDOSCOPICOS	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	2500,00	0,00	0,00	2500,00	NÃO	1
93491221	CATETER PARA DRENAGEM BILIAR INTERNA E EXTERNA (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1212,00	0,00	0,00	1212,00	NÃO	1
93491223	CLIP DE POLIMERO NAO ABSORVIVEL PARA CIRURGIAS VIDEOLAPAROSCOPICAS	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	54,00	0,00	0,00	54,00	NÃO	6
93491230	CATETER BALAO HIDROSTATICO PARA DILATACAO DE ESOFAGO E VIAS BILIARES	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	1069,20	0,00	0,00	1069,20	NÃO	1
93491242	KIT PARA DRENAGEM PERCUTANEA DE VIAS BILIARES (AGULHA/CANULAS/CATETER/DILATADORES/FIO GUIA) ANEXAR	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	2606,40	0,00	0,00	2606,40	NÃO	1

CADERNO HOSPITALAR

PRÓTESES ESPECIAIS DIVERSAS

	KIT PARA DRENAGEM PERCUTANEA DE VIAS BILIARES (AGULHA/CANULAS/CATETER/DILATADORES/FIO GUIA) ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO										
93491247	KIT SUTURA MENISCAL (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	2300,00	0,00	0,00	2300,00	NÃO	1
93491251	STENT METALICO AUTO EXPANSIVEL PARA VIAS BILIARES/ COLON/DUODENO/ ESTOMAGO/ESOFAGO (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	5760,00	0,00	0,00	5760,00	NÃO	1
93491260	CLIP ENDOSCOPICO METALICO PARA CLIPADOR PERMANENTE	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	140,00	0,00	0,00	140,00	NÃO	3
93491455	TESOURA COAGULADORA ULTRASSONICA/ BIPOLAR (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	3300,00	0,00	0,00	3300,00	NÃO	1
93491462	CONJUNTO PARA DRENAGEM DE ABCESSO PERCUTANEO (AGULHA/CATETER DE DRENAGEM/POSICIONADOR) ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	938,47	0,00	0,00	938,47	NÃO	1
93491519	LAMINA DE SERRA DESCARTAVEL PARA BUCOMAXILOFACIAL (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	365,00	0,00	0,00	365,00	NÃO	1
93491524	LAMINA PARA TUNEL DO CARPO	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	2900,00	0,00	0,00	2900,00	NÃO	1
93491532	SELANTE CIRURGICO SINTETICO DE POLIETILENOGLICOL 4ML	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	5900,00	0,00	0,00	5900,00	NÃO	
93499715	CURATIVO TRANSPARENTE ESTERIL - TODOS OS TAMANHOS (1 A CADA 4 DIAS)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	NÃO	6,00	0,00	0,00	6,00	NÃO	1
93499721	CURATIVO DE HIDROCOLOIDE 10 X 10 CM (1 A CADA 4 DIAS)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	10,00	0,00	0,00	10,00	NÃO	
93499723	CURATIVO DE HIDROCOLOIDE 15 X 15 CM (1 A CADA 4 DIAS)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	15,00	0,00	0,00	15,00	NÃO	1

CADERNO HOSPITALAR

PRÓTESES ESPECIAIS DIVERSAS

93499742	CURATIVO DE ALGINATO DE CALCIO PLACA - TODOS OS TAMANHOS (1 A CADA 3 DIAS)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	10,00	0,00	0,00	10,00	NÃO	1
93499744	CURATIVO DE ALGINATO DE CALCIO EM CORDAO (1 A CADA 3 DIAS)	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	28,00	0,00	0,00	28,00	NÃO	1
93499805	BOLSA COLETORA DE AMOSTRA DE TUMOR EM ORGAOS GRANDES (FIGADO, RIM, BACO, PULMAO) - VIDEOCIRURGIA (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	685,20	0,00	0,00	685,20	NÃO	1
93499812	BOLSA COLETORA DE AMOSTRA DE TUMOR EM ORGAOS PEQUENOS - VIDEOCIRURGIA (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	261,00	0,00	0,00	261,00	NÃO	1
93499821	CONJUNTO PARA INFUSAO DE TROMBOLITICO (ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	1684,34	0,00	0,00	1684,34	NÃO	1
93499832	FILTRO PARA REMOCAO DE LEUCOCITOS EM CONCENTRADO DE HEMACIAS/PLAQUETAS (1 POR BOLSA) - ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	108,00	0,00	0,00	108,00	NÃO	1
93501010	PERNEIRA PARA MEMBROS INFERIORES TAMANHOS P/M/G - PAR	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	320,00	0,00	0,00	320,00	NÃO	1
93502007	CANULA PARA ESCOVACAO DE CITOLOGIA COM DUPLO LUMEN	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	360,00	0,00	0,00	360,00	NÃO	1
93898730	PARAFUSO BLOQUEIO PROXIMAL (INTERLOCKING)	Suplementar	Hospitalar	NÃO	SIM	120,00	0,00	0,00	120,00	NÃO	2

MATERIAIS ESPECIAIS PARA TRATº QUIMIOTERAPICO EXTERNO

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
93481481	EQUIPO LIVRE DE PVC CAMARA FLEXIVEL COM FILTRO DE AR PARA INFUSAO DE QUIMIOTERAPICO DE ALTA ADSORCAO PARA USO EM	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	46,28	0,00	0,00	46,28	NÃO	1

CADERNO HOSPITALAR

PRÓTESES ESPECIAIS DIVERSAS

MATERIAIS ESPECIAIS PARA TRATº QUIMIOTERAPICO EXTERNO

	EQUIPO LIVRE DE PVC CAMARA FLEXIVEL COM FILTRO DE AR PARA INFUSAO DE QUIMIOTERAPICO DE ALTA ADSORCAO PARA USO EM BOMBA INFUSAO LINEAR										
93481524	EQUIPO AMBAR CAMARA FLEXIVEL COM INJETOR LATERAL E FILTRO DE AR PARA USO EM BOMBA INFUSAO LINEAR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	24,50	0,00	0,00	24,50	NÃO	1
93481536	EQUIPO CAMARA FLEXIVEL COM INJETOR LATERAL E FILTRO DE AR PARA USO EM BOMBA INFUSAO LINEAR	Suplementar	Ambulatorial	NÃO	NÃO	20,50	0,00	0,00	20,50	NÃO	1

Observações: 1) Código 93327533: uso exclusivo para sutura percutânea arterial de acessos para implante de endoprótese nos aneurismas da aorta e implante transcateter de valva aórtica. 2) Código 93327503: uso exclusivo em lesões complexas com alta carga de calcificação, que impossibilita cruzar a lesão ou obter a expansão completa do cateter balão durante a pré-dilatação, mesmo com utilização do balão não complacente. 3) Código 93401089: uso exclusivo nas situações de hidrocefalia de pressão normal. 4) Códigos 93327474 e 93327490: serão autorizados nas correções de fístulas arteriovenosas, nos aneurismas e pseudoaneurismas periféricos e viscerais, exceto quando localizados em áreas de dobras (joelhos, axilas, cotovelos e regiões inguinais).

TRANSPORTE/REMOCAO

REMOCAO

Código:	Descrição	Tipo Pacote	Classificação Procedimento	Urgência	Controlado	SH	SP	SADT	Total(R$)	Anest	Qte/Perm
95100010	TRANSPORTE MOVEL EM UNIDADE BASICA	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	100,00	0,00	0,00	100,00	NÃO	
95100014	HORA PARADA P/ UNIDADE BASICA	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	50,00	0,00	0,00	50,00	NÃO	
95100020	TRANSPORTE MOVEL EM UTI	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	500,00	0,00	0,00	500,00	NÃO	
95100021	TRANSPORTE MOVEL EM UTI NEONATAL	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	600,00	0,00	0,00	600,00	NÃO	

CADERNO HOSPITALAR

TRANSPORTE/REMOCAO

REMOCAO

95100024	HORA PARADA P/ TRANSPORTE UTI	Suplementar	Ambos	NÃO	NÃO	100,00	0,00	0,00	100,00	NÃO
95100301	KM RODADO - POR KM	Suplementar	Ambos	NÃO	SIM	3,00	0,00	0,00	3,00	NÃO

Observações: 1) A remoção do beneficiário por meio de ambulância está prevista somente para prestador credenciado do IPSEMG, do ramo hospital ou clínica, sendo pertinente sua cobrança apenas para os casos de transporte intermunicipal nas seguintes situações: indisponibilidade no prestador de instalações para atendimento de doenças infecto-contagiosas que demande isolamento total ou estrito, bem como das doenças mentais; incapacidade do prestador para atendimento de paciente que requer tratamento com um nível de complexidade superior ao disponível e, necessidade de realização de Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento (SADT) fora das dependências do prestador. 2) A transferência deve ser realizada por meio de transporte adequado às necessidades do paciente, acompanhada de relatório médico fundamentado. São de inteira responsabilidade do prestador credenciado de origem o faturamento, a estabilidade e a transferência do beneficiário. 3) Todos os custos decorrentes da remoção e do atendimento, até a efetivação da transferência do beneficiário, são integralmente faturados por meio dos procedimentos constantes na THS. Na apuração da distância percorrida deve ser considerada a quilometragem de ida e volta. 4) A remoção por ambulância somente pode ser cobrada quando os deslocamentos se derem de hospital para hospital, hospital para clínica e clínica/serviço de urgência para hospital. O IPSEMG não se responsabilizará pelo transporte de ambulância no trajeto hospital-residência e vice-versa. 5) Com exceção dos códigos 95100014 - Hora parada p/ unidade básica e 95100024 - Hora parada p/ transporte UTI, os demais códigos referentes ao transporte em ambulância estão classificados como "controlado" na THS e, portanto, precisam de autorização da Central de Regulação para sua execução, que deve ser solicitada pelo prestador credenciado de origem. 6) O valor do honorário médico referente as remoções em UTI móvel está incluso no SH.