

PORTARIA Nº 006, 19 DE JANEIRO DE 2023

“REGULAMENTA TABELA DE PREÇOS REFERENCIAIS PARA CONSULTAS, EXAMES E PROCEDIMENTOS NO ÂMBITO DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO CENTRO LESTE - CISCEL E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.”

O **Secretário Executivo do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Centro Leste – CISCEL – Sr. Maurício Guimarães Mendes**, em conformidade com o Contrato de Consórcio, Estatuto vigente e Portaria nº 018/2022, e

CONSIDERANDO a necessidade de fixação de critérios homogêneos de pesquisa de preço de mercado e apuração de custos e regulamentação dos preços de consultas, exames e procedimentos para credenciamentos de serviços especializados na área de saúde; e ainda,

CONSIDERANDO o disposto na Lei Federal nº 14.133 de 1º de abril de 2021 e suas alterações posteriores, no que tange à livre concorrência entre os agentes econômicos e à busca de economicidade, especificamente em seu artigo 74,

RESOLVE:

Art. 1º Fica instituída a tabela de preços referenciais para consultas, exames e procedimentos no âmbito do CISCEL, publicada conforme Anexo Único desta portaria.

Parágrafo único. A tabela de preços referenciais será atualizada trimestralmente e divulgada em sítio eletrônico.

Art. 2º Os valores constantes na tabela de preços referenciais do CISCEL deverão ser utilizados nos procedimentos licitatórios, sendo desnecessárias novas consultas ao mercado.

Art. 3º. Nos procedimentos licitatórios, o preço referencial a ser considerado será aquele em vigência quando da publicação do edital.

Art. 4º. A presente portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando quaisquer disposições em contrário, em especial a Portaria Nº 024/2022.

Itabira-MG, 19 de janeiro de 2023.

Maurício Guimarães Mendes
Secretário Executivo

TABELA DE PROCEDIMENTOS E VALORES - CISCEL 2023	
Grupo: CINTILOGRAFIAS	
CINTILOGRAFIA DE CORAÇÃO COM GALIO 67	R\$ 457,55
CINTILOGRAFIA DE OSSOS COM OU SEM FLUXO SANGUÍNEO CORPO INTEIRO	R\$190,99
CINTILOGRAFIA DE PARATIREÓIDES	R\$324,54
CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR INALAÇÃO MÍNIMO 2 PROJEÇÕES	R\$128,12
CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR PERFUSÃO MÍNIMO 4 PROJEÇÕES	R\$130,50
CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE COM OU SEM CAPTAÇÃO	R\$77,28
CINTILOGRAFIA MIOCARDICA ESFORÇO REPOUSO	R\$791,59
CINTILOGRAFIA RENAL DINÂMICA	R\$165,24
CINTILOGRAFIA RENAL ESTÁTICA	R\$135,00
LINFOCINTILOGRAFIA	R\$141,33
TRATAMENTO C/ IODO 131 PARA HIPERTIROIDISMO GRAVES	R\$746,00
Grupo: CIRURGIAS	
TABELA SIGTAP SUS (DUAS VEZES PARTE HOSPITALAR) + CBHPM 2012 (COM DEFLATOR DE 23%)	
Grupo: CONSULTAS ESPECIALIZADAS	
CONSULTA DE ALERGOLOGIA - CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CISCEL	R\$ 57,00
CONSULTA DE ANESTESIOLOGIA - CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CISCEL	R\$ 57,00
CONSULTA DE ANGIOLOGIA - CONSULTÓRIO PRÓPRIO CISCEL	R\$ 57,00
CONSULTA DE CARDIOLOGIA - CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CISCEL	R\$ 57,00
CONSULTA DE CIRURGIÃO CABEÇA E PESCOÇO - CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CISCEL	R\$ 57,00
CONSULTA DE CIRURGIA GERAL - CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CISCEL	R\$ 57,00
CONSULTA DE COLOPROCTOLOGIA - CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CISCEL	R\$ 57,00
CONSULTA DA DOR - CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CISCEL	R\$ 57,00
CONSULTA DE DERMATOLOGIA - CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CISCEL	R\$ 57,00
CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA - CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CISCEL	R\$ 57,00
CONSULTA DE GASTROENTEROLOGIA - CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CISCEL	R\$ 57,00
CONSULTA DE HEMATOLOGIA - CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CISCEL	R\$ 57,00
CONSULTA DE INFECTOLOGIA - CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CISCEL	R\$ 57,00
CONSULTA DE MASTOLOGIA - CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CISCEL	R\$ 57,00
CONSULTA DE MEDICINA DO TRABALHO - CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CISCEL	R\$ 57,00
CONSULTA DE NEFROLOGIA - CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CISCEL	R\$ 57,00
CONSULTA DE NEUROCIRURGIA - CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CISCEL	R\$ 57,00
CONSULTA DE NEUROPEDIATRIA - CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CISCEL	R\$ 57,00
CONSULTA DE NEUROLOGIA - CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CISCEL	R\$ 57,00
CONSULTA DE ORTOPEDIA - CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CISCEL	R\$ 57,00
CONSULTA DE OTORRINOLARINGOLOGIA - CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CISCEL	R\$ 57,00
CONSULTA DE PNEUMOLOGIA - CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CISCEL	R\$ 57,00
CONSULTA DE REUMATOLOGIA - CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CISCEL	R\$ 57,00
CONSULTA DE UROLOGIA - CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CISCEL	R\$ 57,00
CONSULTA DE OFTALMOLOGIA INCLUINDO MAPEAMENTO DE RETINA E TONOMETRIA DE APLANAÇÃO - CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CISCEL	R\$ 61,00
CONSULTA DE OFTALMOLOGIA PARA AVALIAÇÃO PRÉ E PÓS CIRÚRGICA - CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CISCEL	R\$ 61,00
CONSULTA DE ALERGOLOGIA - CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO	R\$ 60,00
CONSULTA DE ANESTESIOLOGIA - CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO	R\$ 60,00
CONSULTA DE ANGIOLOGIA - CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO	R\$ 60,00

CONSULTA DE CARDIOLOGIA - CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO	R\$ 60,00
CONSULTA DE CIRURGIÃO CABEÇA E PESCOÇO - CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO	R\$ 60,00
CONSULTA DE CIRURGIA GERAL - CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO	R\$ 60,00
CONSULTA DE COLOPROCTOLOGIA - CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO	R\$ 60,00
CONSULTA DA DOR - CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO	R\$ 60,00
CONSULTA DE DERMATOLOGIA - CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO	R\$ 60,00
CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA - CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO	R\$ 60,00
CONSULTA DE GASTROENTEROLOGIA - CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO	R\$ 60,00
CONSULTA DE GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA - CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO	R\$ 60,00
CONSULTA DE HEMATOLOGIA - CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO	R\$ 60,00
CONSULTA DE INFECTOLOGIA - CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO	R\$ 60,00
CONSULTA DE MASTOLOGIA - CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO	R\$ 60,00
CONSULTA DE NEFROLOGIA - CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO	R\$ 60,00
CONSULTA DE NEUROCIRURGIA - CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO	R\$ 60,00
CONSULTA DE NEUROPEDIATRIA - CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO	R\$ 60,00
CONSULTA DE NEUROLOGIA - CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO	R\$ 60,00
CONSULTA DE ORTOPEDIA - CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO	R\$ 60,00
CONSULTA DE OTORRINOLARINGOLOGIA - CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO	R\$ 60,00
CONSULTA DE PNEUMOLOGIA - CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO	R\$ 60,00
CONSULTA DE PSIQUIATRIA - CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO	R\$ 60,00
CONSULTA DE REUMATOLOGIA - CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO	R\$ 60,00
CONSULTA DE UROLOGIA - CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO	R\$ 60,00
CONSULTA DE OFTALMOLOGIA INCLUINDO MAPEAMENTO DE RETINA E TONOMETRIA DE APLANAÇÃO - CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO	R\$ 65,00
CONSULTA DE OFTALMOLOGIA PARA AVALIAÇÃO PRÉ E PÓS CIRÚRGICA - CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO	R\$ 65,00
CONSULTA DE ALERGOLOGIA - UNIDADES DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS EXCETO ITABIRA	R\$70,00
CONSULTA DE ANESTESIOLOGIA - UNIDADES DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS EXCETO ITABIRA	R\$70,00
CONSULTA DE ANGIOLOGIA - UNIDADES DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS EXCETO ITABIRA	R\$70,00
CONSULTA DE CARDIOLOGIA - UNIDADES DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS EXCETO ITABIRA	R\$70,00
CONSULTA DE CIRURGIÃO CABEÇA E PESCOÇO - UNIDADES DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS EXCETO ITABIRA	R\$70,00
CONSULTA DE CIRURGIA GERAL - UNIDADES DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS EXCETO ITABIRA	R\$70,00
CONSULTA DE COLOPROCTOLOGIA - UNIDADES DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS EXCETO ITABIRA	R\$70,00
CONSULTA DA DOR - UNIDADES DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS EXCETO ITABIRA	R\$70,00
CONSULTA DE DERMATOLOGIA - UNIDADES DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS EXCETO ITABIRA	R\$70,00
CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA - UNIDADES DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS EXCETO ITABIRA	R\$70,00
CONSULTA DE GASTROENTEROLOGIA - UNIDADES DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS EXCETO ITABIRA	R\$70,00
CONSULTA DE HEMATOLOGIA - UNIDADES DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS EXCETO ITABIRA	R\$70,00
CONSULTA DE INFECTOLOGIA - UNIDADES DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS EXCETO ITABIRA	R\$70,00
CONSULTA DE MASTOLOGIA - UNIDADES DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS EXCETO ITABIRA	R\$70,00
CONSULTA DE NEFROLOGIA - UNIDADES DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS EXCETO ITABIRA	R\$70,00
CONSULTA DE NEUROCIRURGIA - UNIDADES DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS EXCETO ITABIRA	R\$70,00
CONSULTA DE NEUROPEDIATRIA - UNIDADES DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS EXCETO ITABIRA	R\$70,00
CONSULTA DE NEUROLOGIA - UNIDADES DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS EXCETO ITABIRA	R\$70,00
CONSULTA DE OFTALMOLOGIA INCLUINDO MAPEAMENTO DE RETINA E TONOMETRIA DE APLANAÇÃO - UNIDADES DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS EXCETO ITABIRA	R\$ 70,00
CONSULTA DE ORTOPEDIA - UNIDADES DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS EXCETO ITABIRA	R\$70,00
CONSULTA DE OTORRINOLARINGOLOGIA - UNIDADES DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS EXCETO ITABIRA	R\$70,00
CONSULTA DE PNEUMOLOGIA - UNIDADES DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS EXCETO ITABIRA	R\$70,00
CONSULTA DE PSIQUIATRIA - UNIDADES DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS EXCETO ITABIRA	R\$70,00

CONSULTA DE REUMATOLOGIA - UNIDADES DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS EXCETO ITABIRA	R\$70,00
CONSULTA DE UROLOGIA - UNIDADES DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS EXCETO ITABIRA	R\$70,00
EQUOTERAPIA SESSÃO - SESSÃO NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO	R\$70,00
FISIOTERAPIA DOMICILIAR NO MUNICÍPIO DE BARÃO DE COCAIS	R\$ 47,50
FISIOTERAPIA DOMICILIAR NO MUNICÍPIO DE ITAMBÉ DO MATO DENTRO	R\$ 47,50
FISIOTERAPIA DOMICILIAR NO MUNICÍPIO DE BOM JESUS DO AMPARO	R\$ 47,50
FISIOTERAPIA PEDIASUIT - SESSÃO NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO PRESTADOR	R\$185,00
FISIOTERAPIA RESPIRATORIA E MOTORA FONOAUDIOLOGIA E TERAPIA OCUPACIONAL PARA ATRASO DE DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR PARA DIAGNOSTICO DE HIDROCEFALIA E CARDIOPATIA - SESSÃO NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO PRESTADOR	R\$40,00
FISIOTERAPIA - SESSÃO NO CONSULTÓRIO DO PRESTADOR NO MUNICÍPIO DE BARÃO DE COCAIS	R\$ 25,00
FISIOTERAPIA - SESSÃO NO CONSULTÓRIO DO PRESTADOR NO MUNICÍPIO DE FERROS	R\$ 25,00
FISIOTERAPIA - SESSÃO NO CONSULTÓRIO DO PRESTADOR NO MUNICÍPIO DE BOM JESUS DO AMPARO	R\$ 25,00
FONOAUDIOLOGIA DOMICILIAR NO MUNICÍPIO DE BARÃO DE COCAIS E SANTA BÁRBARA	R\$ 48,00
FONOAUDIOLOGIA SESSÃO (ATENDIMENTO NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO PRESTADOR OU NA UNIDADE DE ATENDIMENTO DO MUNICÍPIO DE FERROS	R\$ 40,00
FONOAUDIOLOGIA SESSÃO (ATENDIMENTO NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO PRESTADOR OU NA UNIDADE DE ATENDIMENTO DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DE ITABIRA)	R\$ 40,00
FONOAUDIOLOGIA DOMICILIAR NO MUNICÍPIO DE FERROS	R\$ 48,00
FONOAUDIOLOGIA SESSÃO	R\$ 25,00
HIDROTERAPIA - SESSÃO NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO	R\$95,00
NEUROPSICOLOGIA - SESSÃO NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO	R\$100,00
CONSULTA NUTRICIONISTA - CONSULTÓRIO DO CONTRATADO	R\$43,00
CONSULTA NUTRICIONISTA - ATENDIMENTO DOMICILIAR NO MUNICÍPIO DE BARÃO DE COCAIS	R\$ 160,00
PSICÓLOGO SESSÃO - ATENDIMENTO NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO PRESTADOR OU NA UNIDADE DE ATENDIMENTO DO MUNICÍPIO DE FERROS E SANTO ANTONIO DO RIO ABAIXO	R\$ 40,00
TERAPIA OCUPACIONAL ATENDIMENTO NOS MUNICIPIOS CONSORCIADOS FERROS E PASSABEM	R\$60,00
TERAPIA OCUPACIONAL SESSÃO - NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO	R\$35,00
VISÃO SUBNORMAL	R\$200,00
SESSÃO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA	R\$ 300,00
Grupo: EXAMES ANGIOLÓGICOS REALIZADOS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO	
ARTERIOGRAFIA DE DOIS MEMBROS	R\$1.400,00
ARTERIOGRAFIA DE UM MEMBRO	R\$1.200,00
DUPLEX SCAN ARTERIAL - UNILATERAL	R\$100,00
DUPLEX SCAN DE AORTA ILIACA	R\$112,00
DUPLEX SCAN DE ARTERIAS RENAIIS	R\$100,00
DUPLEX SCAN DE CAROTIDAS E VERTEBRAIS	R\$150,00
DUPLEX SCAN VASOS CERVICAIS	R\$150,00
DUPLEX SCAN VENOSO - UNILATERAL	R\$100,00
TRATAMENTO DE VARIZES POR ESCLEROTERAPIA COM ESPUMA/SESSÃO (O MÉDICO DEVERÁ TRAZER O MEDICAMENTO)	R\$410,00
Grupo: EXAMES ANGIOLÓGICOS REALIZADOS NO CISCEL	
DUPLEX SCAN ARTERIAL - UNILATERAL	R\$95,00
DUPLEX SCAN DE AORTA ILÍACA	R\$107,00
DUPLEX SCAN DE ARTÉRIAS RENAIIS	R\$95,00
DUPLEX SCAN DE CARÓTIDAS E VERTEBRAIS	R\$140,00
DUPLEX SCAN VASOS CERVICAIS	R\$140,00
DUPLEX SCAN VENOSO - UNILATERAL	R\$95,00
TRATAMENTO DE VARIZES POR ESCLEROTERAPIA COM ESPUMA - SESSÃO (o médico deverá trazer a medicação)	R\$410,00
Grupo: EXAMES CARDIOLÓGICOS	

CATETERISMO CARDÍACO NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE- Retificado em 14/04/2023 pela Portaria nº 015/2023	R\$1.400,00
CATETERISMO CARDÍACO NO MUNICÍPIO DE ITABIRA- Incluído em 14/04/2023 pela Portaria nº 015/2023	R\$ 2.000,00
ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE FARMACOLÓGICO	R\$270,00
ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA	R\$290,00
ECOCARDIOGRAMA FETAL	R\$319,00
ECODOPLERCARDIOGRAMA	R\$110,00
ECODOPLERCARDIOGRAMA INFANTIL	R\$110,00
ELETROCARDIOGRAMA - ECG	R\$13,00
LAUDO DE ECG	R\$6,00
MAPA	R\$88,00
MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS 3 CANAIS	R\$88,00
TESTE ERGOMÉTRICO	R\$80,00

Grupo: EXAMES DERMATOLOGICOS	
TESTE DE CONTATO - PATH TESTE	R\$170,00
Grupo: EXAMES ENDOSCOPICOS	
COLONOSCOPIA COM BIÓPSIA	R\$ 840,00
COLONOSCOPIA COM TATUAGEM	R\$ 1.320,00
COLONOSCOPIA MAIS POLIPECTOMIA	R\$ 1.560,00
CROMOSCOPIA PARA COLONOSCOPIA	R\$ 480,00
CROMOSCOPIA PARA ENDOSCOPIA	R\$ 720,00
DILATAÇÃO ESOFÁGICA DO ESFÍNCTER INFERIOR COM BALÃO	R\$ 2.453,00
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM OU SEM BIÓPSIA E TESTE DE UREASE MAIS ANESTESIA (PRÉSENÇA DO MÉDICO ANESTESISTA)	R\$ 666,67
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM HEMOSTASIA MECÂNICA	R\$ 1.440,00
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM OU SEM BIÓPSIA E TESTE DE UREASE	R\$ 323,00
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM PASSAGEM DE SNE OU PASSAGEM DE Sonda VIA ENDOSCÓPICA	R\$ 1.220,00
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM TROCA DE Sonda DE GASTROSTOMIA	R\$ 1.380,00
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA DE URGÊNCIA	R\$ 473,00
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM OU SEM BIÓPSIA E TESTE DE UREASE MAIS RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	R\$ 950,00
ESCLEROTERAPIA PARA ENDOSCOPIA	R\$ 1.518,00
GASTROSTOMIA COM COLOCAÇÃO DE BUTTON	R\$ 3.480,00
GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA	R\$ 3.000,00
HEMOSTASIA DO CÓLON	R\$ 1.920,00
LIGADURA ELÁSTICA PARA ENDOSCOPIA	R\$ 1.998,00
MAGNIFICAÇÃO PARA COLONOSCOPIA	R\$ 480,00
MAGNIFICAÇÃO PARA ENDOSCOPIA	R\$ 826,60
MANOMETRIA ESOFÁGICA	R\$ 400,00
MUCOSECTOMIA PARA COLONOSCOPIA	R\$ 1.666,00
MUCOSECTOMIA PARA ENDOSCOPIA	R\$ 1.500,00
OPME - AGULHA INJETORA PARA EXAME DE COLONOSCOPIAS E ENDOSCOPIAS	R\$ 337,00
OPME - ALCA PARA EXAME COLONOSCOPIA E ENDOSCOPIA COM POLIPECTOMIA	R\$ 229,00
OPME - CLIP PARA EXAME DE COLONOSCOPIA E ENDOSCOPIA COM POLIPECTOMIA	R\$ 329,00
OPME - ENDOLLOP DE NAYLON PARA EXAME DE COLONOSCOPIA	R\$ 229,00
PH METRIA ESOFÁGICA	R\$ 400,00
POLIPECTOMIA PARA ENDOSCOPIA	R\$ 733,33

RETIRADA DE SONDA DE GASTROSTOMIA	R\$ 240,00
RETOSIGMOIDOSCOPIA FLEXIVEL	R\$ 283,33
TERMOCOAGULAÇÃO PARA COLONOSCOPIA	R\$ 2.400,00
TERMOCOAGULAÇÃO PARA ENDOSCOPIA	R\$ 2.216,67
TESTE RESPIRATÓRIO PARA CADA TIPO DE CARBOIDRATO	R\$ 180,00
TESTE RESPIRATÓRIO PARA SUPERCRECIMENTO BACTERIANO	R\$ 180,00
TESTE RESPIRATÓRIO PARA INTOLERÂNCIA A FRUTOSE	R\$ 343,33
ULTRASSONOGRRAFIA ENDOSCÓPICA COM PUNÇÃO	R\$ 5.040,00
COLANGIOPANCREATOGRRAFIA RETÓGRADA ENDOSCÓPICA - CPRE	R\$ 12.500,00
MANOMETRIA ANORRETAL- Incluído em 14/04/2023 pela Portaria nº 015/2023	R\$ 900,00
Grupo: EXAMES LABORATORIAIS	
EXAME TOXICOLÓGICO	R\$160,00
GASOMETRIA ARTERIAL OU VENOSA	R\$15,50
TESTE DE DETECÇÃO DO CORONAVÍRUS POR RT-PCR - O exame será coletado no município de Itabira ou Ferros e pacientes internados nos hospitais HNDS e HMCC. Valor do exame R\$286,67.	R\$286,67
TESTE DE DETECÇÃO DO CORONAVÍRUS POR RT-PCR - O exame será coletado nos municípios consorciados exceto Itabira. Valor do exame R\$286,67 mais R\$1,21	R\$ 286,67
17 CETOESTEROIDES - 17 KS [URINA 24 HORAS] S/ACIDO	R\$ 40,00
ACETILCOLINA, ANTICORPO LIGADOR DO RECEPTOR	R\$ 400,00
ALUMINIO (SANGUE)	R\$ 80,00
AMILASE URINARIA	R\$ 35,00
AMITRIPTILINA / NORTIPTILINA	R\$ 310,00
ANÁLISE CROMOSSÔMICA POR ARRAY-CGH 400K (CGH+SNP)	R\$ 5.200,00
ANCA C, ANTI NEUTROFILOS	R\$ 40,00
ANCA P, ANTI NEUTROFILOS	R\$ 40,00
ANTICOAGULANTE LUPICO	R\$ 31,00
ANTICORPOS ANTI ANTÍGENO HEPÁTICO SOLÚVEL	R\$ 458,00
ANTICORPOS ANTI HEPATITE E IGM	R\$ 97,66
ANTICORPOS ANTI PNEUMOCOCOS IGG	R\$ 315,00
ANTICORPOS ANTI RAIVA - ANTI RABICO	R\$ 180,00
ANTICORPOS ANTI RNA POLIMERASE TIPO III	R\$ 450,00
ANTICORPOS ANTI-FOFOLIPASE A2	R\$ 970,00
ANTICORPOS ANTI-SINTETASE	R\$ 800,00
ANTICORPOS IgG ANTI PAPILOMA HUMANO	R\$ 660,00
ANTIDESOXIRIBONUCLEASE B	R\$ 85,00
ANTIGENO TUMORAL DA BEXIGA - BTA	R\$ 490,00
ANTI-ILHOTAS CELULAS BETA PANCREATICAS	R\$ 90,00
APOLIPOPROTEINA A	R\$ 21,00
APOLIPOPROTEINA B	R\$ 21,00
AQUAPORINA 4, ANTICORPOS IGG	R\$ 400,00
ARSENICO URINARIO	R\$ 80,00
ASPERGILLUS SP, ANTI	R\$ 42,00
BARTONELLA HENSELAE, ANTICORPOS IgM E IgG	R\$ 210,00
BARTONELLA QUINTANA, ANTICORPOS IgM E IgG	R\$ 560,00
BETA 2 GLICOPROTEINA I, ANTICORPOS IGG E IGM	R\$ 198,00
BETA CAROTENO	R\$ 110,00
BICARBONATO	R\$ 14,00
BIOTINA	R\$ 360,00

BLASTOMICOSE SUL AMERICANA	R\$ 105,00
BNP, PEPTIDEO NATRIURETICO CEREB	R\$ 230,00
BRCA1 E BRCA2 - SEQUENCIAMENTO GENICO COMPLETO	R\$ 1.800,00
C1Q INIBIDOR FUNCIONAL	R\$ 85,00
C1Q INIBIDOR OU ESTERASE QUANTITATIVO	R\$ 49,00
CA 27.29	R\$ 730,00
CADEIA KAPPA/LAMBDA LEVE LIVRE	R\$ 480,00
CADMIO SANGUE	R\$ 52,00
CALPROTECTINA FECAL	R\$ 115,00
CALRETICULINA, SCREENING	R\$ 1.950,00
CANABINOIDES	R\$ 50,00
CARBOHIDRATO, CA 125, ANTIGENO	R\$ 29,00
CARBOHIDRATO, CA 15-3, ANTIGENO	R\$ 29,00
CARBOHIDRATO, CA 19-9, ANTIGENO	R\$ 26,00
CARBOHIDRATO, CA 72-4 , ANTIGENO	R\$ 128,00
CARBOXIHEMOGLOBINA	R\$ 20,00
CARDIOLIPINA, ANTI ELISA IGA	R\$ 50,00
CARIOTIPO BANDA G	R\$ 485,00
CATECOLAMINAS [U24H] - COM ACIDO CLORÍDRICO - DIETA ESPECIAL	R\$ 70,00
CATECOLAMINAS SANGUE	R\$ 70,00
CAXUMBA IGG	R\$ 41,00
CAXUMBA IGM	R\$ 45,00
CD 16 LINFOCITOS TIPAGEM	R\$ 200,00
CENTROMERO, ANTICORPOS ANTI	R\$ 35,00
CHIKUNGUNYA, ANTICORPOS IGG E IGM	R\$ 250,00
CHIKUNGUNYA, DIAGNOSTICO MOLECULAR QUALITATIVO	R\$ 450,00
CISTATINA C	R\$ 78,00
CISTICERCOSE - ANTICORPOS IGG	R\$ 115,00
CITOLOGIA DE ESCARRO	R\$ 88,00
CITOLOGIA DE ESCARRO [AMOSTRA]	R\$ 88,00
CITOLOGIA ONCOTICA	R\$ 380,00
CITOLOGIA ONCOTICA URINARIA	R\$ 56,00
CITOMEGALOVIRUS AVIDEZ IGG	R\$ 110,00
CITRULINA, ANTICORPOS ANTI	R\$ 99,00
CLOBAZAM, DOSAGEM	R\$ 145,00
CLORPROMAZINA	R\$ 450,00
COCAINA METABOLITOS DROGA	R\$ 36,00
COFACTOR RISTOCETINA	R\$ 112,00
COLINESTERASE PLASMATICA	R\$ 20,00
COMPLEMENTO C1Q	R\$ 85,00
COMPLEMENTO C5	R\$ 76,00
COMPLEMENTO C8	R\$ 550,00
COMPLEMENTO C9	R\$ 250,00
COMPLEMENTO SERICO C2	R\$ 125,00
COMPLEMENTO SERICO TOTAL - CH100	R\$ 28,00
COMPOSTO S, 11 DIOXICORTISOL	R\$ 50,42
COPROPORFIRINAS (PESQUISA) - URINA 24 HORAS	R\$ 45,00

CREATINA QUINASE MB - MASSA	R\$ 38,00
CREATINOFOSFOQUINASE - ISOENZIMAS	R\$ 150,00
CROMO (SANGUE)	R\$ 35,00
CRYPTOSPORIDIUM - PESQUISA	R\$ 20,00
CULTURA BAAR [POR AMOSTRA]	R\$ 31,00
CURVA DE TOLERANCIA A LACTOSE	R\$ 25,00
CURVA GLIC/INS 2H e 30m [Jej,30,60,90,120,150,180]	R\$ 60,00
CURVA GLIC/INS 3H [Jej,30,60,90,180]	R\$ 50,00
CURVA GLICEMICA 3H [JEJUM,30,60,120,180] 5D	R\$ 12,00
CURVA GLICO/INSULINICA 2 HORAS [4 DOSAGENS]	R\$ 60,00
CURVA INSULINICA 3 HORAS [6 DOSAGENS]	R\$ 38,90
CURVA TOLERANCIA LACTOSE/BASAL/60/120	R\$ 120,00
DIAGNÓSTICO MOLECULAR (PCR) CORONAVÍRUS COVID-19	R\$ 286,67
DIGITOXINA	R\$ 75,00
DIGOXINA	R\$ 40,00
DIHIDROTESTOSTERONA DHT	R\$ 32,00
DIMERO D	R\$ 76,00
DISMORFISMO ERITROCITARIO	R\$ 8,00
ECA , ENZIMA CONVERSORA DA ANGIOTENSINA	R\$ 175,00
ECTOPARASITAS PESQUISA	R\$ 32,00
ECTOPARASITAS PESQUISA [2a. AMOSTRA]	R\$ 32,00
ELASTASE PANCREATICA FECAL	R\$ 93,00
ENDOMISIO, ANTICORPOS ANTI IGA	R\$ 38,90
ENDOMISIO, ANTICORPOS ANTI IGG	R\$ 38,90
ENDOMISIO, ANTICORPOS ANTI IGM	R\$ 48,00
EOSINOFILOS, PESQUISA 2 AMOSTRA	R\$ 15,00
ERITROPOIETINA	R\$ 92,00
ESTUDO GENETICO DA APOLIPOPROTEINA E	R\$ 241,00
ESTUDO GENÉTICO DA HEMOCROMATOSE PLUS	R\$ 540,00
ESTUDO GENETICO DAS MICRODELECOES NO CROMOSSOMO Y	R\$ 380,00
ESTUDO GENÉTICO DE LHON	R\$ 2.650,00
ESTUDO GENÉTICO DO EXOMA COMPLETO	R\$ 6.900,00
ESTUDO MOLECULAR DE DQA0501 E DQB0201	R\$ 310,00
ESTUDO MOLECULAR HLA DQ8-DQA1*0301/DQB1*0302	R\$ 350,00
ETANOL	R\$ 31,00
ETOSUXIMIDA	R\$ 150,00
FATOR II DA COAGULAÇÃO	R\$ 140,00
FATOR INTRINSECO, AUTO ANTICORPOS	R\$ 100,00
FATOR IX (9) FUNCIONAL	R\$ 39,39
FATOR V DE LEIDEN	R\$ 99,00
FATOR VIII, DOSAGEM	R\$ 55,00
FATOR VON WILLEBRAND	R\$ 90,00
FATOR X DA COAGULACAO	R\$ 110,00
FATOR XIII DA COAGULACAO	R\$ 95,00
FENILALANINA (PKU)	R\$ 12,00
FENILALANINA PLASMATICA	R\$ 12,00
FENILALANINA URINA	R\$ 12,00

FENOBARBITAL	R\$ 32,00
FILARIOSE SOROLOGIA	R\$ 62,00
FLUORETO	R\$ 66,00
FLUORETO URINARIO	R\$ 50,00
FOSFATASE ALCALINA OSSEA	R\$ 40,00
FRUTOSAMINA	R\$ 11,00
GAD, ANTICORPOS ANTI	R\$ 86,90
GENE PROTROMBINA MUTACAO	R\$ 156,00
GENOTIPAGEM DO HLA LOCCUS A, B	R\$ 428,00
GENOTIPAGEM DO HLA LOCCUS DR, DQ	R\$ 714,47
GIARDIA LAMBLIA ELISA [FEZES]	R\$ 80,00
GLIADINA, ANTICORPOS ANTI IGA	R\$ 25,00
GLIADINA, ANTICORPOS ANTI IGG	R\$ 25,00
GLIADINA, ANTICORPOS ANTI IGM	R\$ 30,00
GLICEMIA APOS 100G DEXTROSOL 2H	R\$ 10,00
GLOBULINA TRANSPORTADORA DE HORMONIOS SEXUAIS	R\$ 25,00
GLUTAMATO DEHIDROGENASE	R\$ 150,00
HALOPERIDOL DOSAGEM SANGUE	R\$ 190,00
HANSENIASE BAAR [1 AMOSTRA]	R\$ 20,00
HEMOCROMATOSE - C282Y EH63D	R\$ 360,00
HEMOCROMATOSE C282Y, H63D E S65C	R\$ 180,00
HEMOPARASITAS-PESQUISA	R\$ 30,00
HEPATITE B, PCR QUANTITATIVO	R\$ 285,00
HEPATITE D, DELTA - IGM	R\$ 85,00
HEPCIDINA	R\$ 950,00
HIDROXIPROLINA NA URINA 24 HORAS	R\$ 150,00
HISTONA, ANTICORPOS ANTI	R\$ 38,00
HIV PCR QUANTITATIVO	R\$ 220,00
HLA B27, ANTIGENO PESQUISA	R\$ 58,90
HOMOCISTEINA	R\$ 29,00
HORMONIO ANTIDIURETICO - VASOPRESSINA	R\$ 85,00
HORMONIO ANTI-MULLERIANO	R\$ 450,00
IA2, ANTICORPOS ANTI	R\$ 60,00
IGE ESPECIFICO - C294 DIPIRONA	R\$ 45,00
IGE ESPECIFICO PARA DICLOFENACO (C281)	R\$ 41,00
IGFBP-3 (PROTEINA LIGADORA 3 DO IGF)	R\$ 39,90
IGG SUBCLASSE	R\$ 49,16
IMUNOFENOTIPAGEM - PAINEL PROLIFERATIVO	R\$ 950,00
IMUNOFIXACAO [URINA 24 HORAS]	R\$ 125,00
IMUNOFIXACAO SANGUINEA	R\$ 36,00
IMUNOGLOBULINA D IGD	R\$ 60,00
IMUNOGLOBULINA G IGG	R\$ 42,00
iodo em urina isolada	R\$ 45,00
ISOAGLUTININAS, PESQUISA	R\$ 30,00
ISOSPORA BELLI - PESQUISA	R\$ 20,00
ISOSPORA BELLI - PESQUISA	R\$ 30,00
JO-1, AUTO ANTICORPOS ANTI	R\$ 39,00

LAMOTRIGINA	R\$ 74,00
LEISHMANIA SOROLOGIA IGG [DONOVANI IGG E IGM]	R\$ 42,00
LEISHMANIOSE CANINA DILUIÇÃO TOTAL - SOROLOGIA (ELISA + RIFI)	R\$ 130,00
LEISHMANIOSE VISCERAL	R\$ 62,00
LEISHMANIOSE, PESQUISA [TEGUMENTAR]	R\$ 10,00
LEPTINA	R\$ 98,00
LEPTOSPIROSE ANTICORPOS IGG	R\$ 99,00
LEPTOSPIROSE ANTICORPOS IGM	R\$ 99,00
LEUPROLIDA, TESTE DO ESTÍMULO	R\$ 180,00
LEVETIRACETAM	R\$ 205,00
LIPOPROTEINA A	R\$ 45,00
LKM-1/KLM, ANTICORPOS ANTI	R\$ 40,00
LYME, ANTICORPOS IGG ANTI BORRELIA BURGDORFERI	R\$ 60,00
M2, ANTICORPOS	R\$ 160,00
MEMBRANA BASAL GLOMERULAR ANTICORPOS	R\$ 70,00
MERCURIO - S/A [U24H]	R\$ 80,00
MERCURIO SANGUINEO	R\$ 37,00
METANEFINAS [U24H] - COM ACIDO CLORÍDRICO - DIETA ESPECIAL	R\$ 70,00
MICOBACTÉRIAS - CULTURA	R\$ 160,00
MUTACAO DO GENE MTHFR	R\$ 190,00
MUTACAO V617F NO GENE JAK2	R\$ 480,00
MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS DETECÇÃO E RESISTÊNCIA	R\$ 410,00
MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS, PCR	R\$ 290,00
NIQUEL SÉRICO	R\$ 78,00
NUCLEOSSOMO, ANTICORPOS ANTI	R\$ 126,00
OSMOLALIDADE SANGUE	R\$ 35,00
OSMOLALIDADE URINA RECENTE	R\$ 35,00
OXCARBAZEPINA	R\$ 57,00
PAINEL PARA CÂNCER DE MAMA E OVÁRIO HEREDITÁRIOS	R\$ 2.225,00
PARACOCCIDIOIDOMICOSE, SOROLOGIA	R\$ 49,00
PARVOVIRUS B19 IGG	R\$ 42,50
PARVOVIRUS B19 IGM	R\$ 42,50
PESQUISA MOLECULAR DE CROMOSSOMO X-FRAGIL	R\$ 1.750,00
POLIMORFISMO PAI-1	R\$ 190,00
PORFIRINAS - PESQUISA	R\$ 38,00
PORFOLINOGENIO - PESQUISA	R\$ 32,00
PRE-ALBUMINA	R\$ 60,00
PREDISPOSIÇÃO À HIPERHOMOCISTEINEMIA	R\$ 950,00
PROPEPTIDEO AMINOTERMINAL DO PROCOLAGENO TIPO I	R\$ 245,00
PROTEINA C FUNCIONAL	R\$ 30,00
PROTEINA S ANTIGENICA TOTAL	R\$ 690,00
PROTEINA S FUNCIONAL	R\$ 110,00
PROTEINA S LIVRE	R\$ 110,00
PROTEINA TRANSPORTADORA DO RETINOL	R\$ 140,00
PROTEINAS TOTAIS (LIQUIDO ASCITICO)	R\$ 30,00
PSA LIVRE / PSA TOTAL / RELACAO	R\$ 25,90
RISPERIDONA	R\$ 400,00

SACCHAROMYCES CEREVISIAE, ANTICORPOS IgG E IgA	R\$ 100,00
SELENIO	R\$ 28,00
SEROTONINA SERICA	R\$ 42,00
SORO AMILOIDE A	R\$ 150,00
SOROLOGIA PARA COVID-19 (IGG)	R\$ 92,00
SOROLOGIA PARA COVID-19 (IGM/IGG)	R\$ 187,00
SOROLOGIA PARA PNEUMOCOCOS (23 SOROTIPOS)	R\$ 520,00
T3 LIVRE	R\$ 15,00
T3 REVERSO	R\$ 99,00
TACROLIMUS DOSAGEM	R\$ 150,00
TELOPEPTIDEO, C CTX-1	R\$ 80,00
TEMPO DE TROMBINA	R\$ 9,80
TESTE DE PATERNIDADE (TRIO) - DB	R\$ 324,00
TESTE DE PATERNIDADE (TRIO) - HERMES PARDINI	R\$ 324,00
TESTE GENÉTICO DE INTOLERÂNCIA A LACTOSE	R\$ 95,00
TOPIRAMATO	R\$ 260,00
TOXINA A e B CLOSTRIDIUM DIFFICILE[1a. AMOSTRA]	R\$ 80,00
TOXOCARA IGG	R\$ 48,00
TOXOPLASMOSE, AVIDEZ IGG	R\$ 34,00
TRAB, AC ANTI RECEPTOR TSH	R\$ 39,00
TRANSGLUTAMINASE AC IGG	R\$ 46,00
TRANSLOCAÇÃO BCR-ABL - QUANTITATIVO	R\$ 1.150,00
TRIPSINA IMUNO REATIVA (IRT)	R\$ 153,00
TRIPTASE	R\$ 390,00
TROPONINA I	R\$ 43,00
VITAMINA A	R\$ 45,00
VITAMINA B1	R\$ 85,00
VITAMINA B2	R\$ 120,00
VITAMINA B5	R\$ 850,00
VITAMINA B6	R\$ 58,90
VITAMINA C - ACIDO ASCORBICO	R\$ 40,00
VITAMINA D (1,25DIHIDROXI)	R\$ 32,90
VITAMINA E	R\$ 49,90
VITAMINA K	R\$ 257,00
XILOSE URINARIA- 5 HORAS	R\$ 56,16
ZIKA VIRUS ANTICORPOS IGG	R\$ 287,00
ZIKA VIRUS ANTICORPOS IGM	R\$ 287,00
ZIKA VIRUS, TESTE MOLECULAR	R\$ 540,00
Grupo: EXAMES NEUROLOGICOS	
ELETROENCEFALOGRAMA COM FOTOESTIMULAÇÃO - EEG	R\$ 213,33
ELETROENCEFALOGRAMA - EEG	R\$ 120,00
ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO E VIGILIA	R\$ 187,50
ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO COM MAPEAMENTO EEG	R\$ 253,33
ELETRONEUROMIOGRAFIA - 2 MEMBROS	R\$300,00
ELETRONEUROMIOGRAFIA - 4 MEMBROS	R\$600,00
ELETRONEUROMIOGRAMA DE FACE	R\$300,00

Grupo: EXAMES OFTALMOLOGICOS	
ACUIDADE VISUAL - PAM MONOCULAR - NO CONSULTÓRIO DO CONTRATADO	R\$39,00
ANESTESISTA PARA PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS OFTALMOLÓGICOS - VALOR POR CADA CIRURGIA NO BLOCO CIRÚRGICO DO CISCEL	R\$ 120,00
ANGIOFLUORESCENOGRRAFIA - RETINOGRRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR- NA SEDE DO CISCEL.	R\$ 70,00
ANGIOFLUORESCENOGRRAFIA - RETINOGRRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR- NO CONSULTÓRIO DO CONTRATADO	R\$ 74,00
APLICAÇÃO DE EYLIA - (valor inclui MAT/MED) NO CONSULTÓRIO DO CONTRATADO	R\$2.800,00
APLICAÇÃO DE LUCENTIS - Para realização desse procedimento deverá: * o médico/ cirurgião trazer a medicação do procedimento a ser realizado; e realizar no mínimo a quantidade de 12 procedimentos no mesmo dia. NO BLOCO CIRÚRGICO DO CISCEL	R\$2.128,00
APLICAÇÃO DE TRIANCINOLONA - Para realização desse procedimento deverá: * o médico/ cirurgião trazer a medicação do procedimento a ser realizado; e realizar no mínimo a quantidade de 12 procedimentos no mesmo dia. NO BLOCO CIRÚRGICO DO CISCEL	R\$350,00
BIOMETRIA ÓPTICA MONOCULAR- NO CONSULTÓRIO DO CONTRATADO	R\$100,00
CAMPO VISUAL COMPUTADORIZADO BINOCULAR - CONSULTÓRIO DO CONTRATADO	R\$50,00
CAMPO VISUAL COMPUTADORIZADO BINOCULAR- NA SEDE DO CISCEL	R\$ 20,00
CAMPO VISUAL MANUAL BINOCULAR- NO CONSULTÓRIO DO CONTRATADO	R\$ 80,00
CAPSULOTOMIA A YAG LASER - MONOCULAR -NA SEDE DO CISCEL.	R\$ 90,00
CICLOCRIOTERAPIA MONOCULAR- NO BLOCO CIRÚRGICO DO CONTRATADO. Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med	R\$ 3.500,00
CIRURGIA DE BLEFAROPLASTIA BILATERAL NO BLOCO CIRÚRGICO DO CISCEL - Para realização desse procedimento deverá: * o médico/ cirurgião trazer o cautério e acessórios esterelizados	R\$ 3.000,00
CIRURGIA DE CORREÇÃO DE TRIQUIASE - NO BLOCO CIRÚRGICO DO CONTRATADO.	R\$1.800,00
CIRURGIA DE IMPLANTE SECUNDÁRIO DE LENTE INTRAOCULAR Para realização desse procedimento deverá: * o médico/ cirurgião trazer a lente; contratar instrumentador. e alinhar com a agenda do procedimento de catarata (com anestesista).NO BLOCO CIRÚRGICO DO CISCEL	R\$300,00
CIRURGIA DE REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRAOCULAR MONOCULAR - Para realização desse procedimento deverá: * o médico/ cirurgião contratar instrumentador. e realizar no mínimo a quantidade de 20 procedimentos no mesmo dia. NO BLOCO CIRÚRGICO DO CISCEL	R\$ 750,00
CIRURGIA DE REVISÃO DE TRABECULECTOMIA MONOCULAR - NO BLOCO CIRÚRGICO DO CONTRATADO. Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med	R\$2.500,00
CIRURGIA DE CATARATA EM CONJUNTO COM RETIRADA DE ÓLEO DE SILICONE - MONOCULAR (incluindo os honorários médicos e deverá trazer o material - kit troca valvulado 23 GA)	R\$ 1.808,00
CIRURGIA DE TRABECULECTOMIA + MITOMICINA C MONOCULAR - NO BLOCO CIRÚRGICO DO CONTRATADO. Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med	R\$1.800,00
CIRURGIÃO PARA REALIZAR CIRURGIA DE CATARATA - Para realização desse procedimento deverá: * o médico/ cirurgião contratar instrumentador. e realizar no mínimo a quantidade de 20 procedimentos no mesmo dia NO BLOCO CIRÚRGICO DO CISCEL	R\$250,00
CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ENTRÓPIO MONOCULAR - NO BLOCO CIRÚRGICO DO CONTRATADO. Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med	R\$1.780,00
CROSSLINKING CORNEANO MONOCULAR - NO BLOCO CIRÚRGICO DO CONTRATADO. Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med	R\$ 3.975,00
CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO - BINOCULAR - NO CONSULTÓRIO DO CONTRATADO	R\$68,00
CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO - BIINOCULAR- NA SEDE DO CISCEL	R\$ 20,00
DACRIOCISTOGRRAFIA- NO CONSULTÓRIO DO CONTRATADO	R\$ 600,00
CIRURGIA DE DACRIOCISTORRINOSTOMIA MONOCULAR - NO BLOCO CIRÚRGICO DO CONTRATADO. Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med	R\$3.500,00
ECOBOMETRIA A - MONOCULAR -NA SEDE DO CISCEL.	R\$ 24,24
ECOBOMETRIA B - MONOCULAR -NA SEDE DO CISCEL.	R\$ 40,00
ELETROOCULOGRAFIA MONOCULAR - NO CONSULTÓRIO DO CONTRATADO	R\$400,00
ELETORRETINOGRAMA MONOCULAR- NO CONSULTÓRIO DO CONTRATADO	R\$400,00
EXERESE DE CALÁZIO MONOCULAR - Para realização desses procedimentos deverá: * o médico/ cirurgião realizar no mínimo a quantidade de 20 procedimentos no mesmo dia.NO BLOCO CIRÚRGICO DO CISCEL	R\$37,80
EXERESE DE CISTO MOLL - MONOCULAR Para realização desses procedimentos deverá: * o médico/ cirurgião realizar no mínimo a quantidade de 20 procedimentos no mesmo dia. NO BLOCO CIRÚRGICO DO CISCEL	R\$215,00
EXERESE DE NODULOS PALPEBRAL MONOCULAR NO BLOCO CIRÚRGICO DO CISCEL. Para realização desses procedimentos deverá: * o médico/ cirurgião realizar no mínimo a quantidade de 20 procedimentos no mesmo dia.	R\$ 250,00
CIRURGIA DE FACOEMULSIFICAÇÃO + TRABECULECTOMIA MONOCULAR - NO BLOCO CIRÚRGICO DO CONTRATADO. Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med	R\$3.500,00
OPME: OLOGEN PARA CIRURGIA DE FACOEMULSIFICAÇÃO + TRABECULECTOMIA MONOCULAR	R\$ 1.700,00
FOTOCOAGULAÇÃO A LASER COM BLOQUEIO ANESTÉSICO MONOCULAR- SESSÃO - NO CONSULTÓRIO DO CONTRATADO	R\$850,00
FOTOCOAGULAÇÃO A LASER -SESSÃO - NO CONSULTÓRIO DO CONTRATADO	R\$100,00
GONIOSCOPIA - BINOCULAR- NO CONSULTÓRIO DO CONTRATADO	R\$48,00
GONIOSCOPIA - BINOCULAR NA SEDE DO CISCEL	R\$ 20,00
INJECAO DE AVASTIM - POR APLICAÇÃO Para realização desse procedimento deverá: * o médico/ cirurgião trazer a medicação do procedimento a ser realizado; e realizar no mínimo a quantidade de 12 procedimentos no mesmo dia.NO BLOCO CIRÚRGICO DO CISCEL.	R\$550,00
INJECAO DE TOXINA BOTULINICA MONOCULAR Para realização desse procedimento deverá: * o médico/ cirurgião trazer a medicação do procedimento a ser realizado; e realizar no mínimo a quantidade de 12 procedimentos no mesmo dia.NO BLOCO CIRÚRGICO DO CISCEL.	R\$790,00
INJEÇÃO INTRAVITREA DE OZURDEX MONOCULAR - NO CONSULTÓRIO DO CONTRATADO. Valor incluso honorários médicos e Mat/Med	R\$ 4.562,00
IRIDECTOMIA YAG A LASER DE YRIS MONOCULAR - NO CONSULTÓRIO DO CONTRATADO.	R\$380,00

MAPEAMENTO DE RETINA - BINOCULAR	R\$ 24,00
MICROSCOPIA ESPECULAR MONOCULAR - NO CONSULTÓRIO DO CONTRATADO.	R\$150,00
OCT DA MACULA COM ANGIO-OCT SEM CONTRASTE - MONOCULAR - NO CONSULTÓRIO DO CONTRATADO.	R\$280,00
PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA - BINOCULAR - NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO	R\$60,00
PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA - BINOCULAR - NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CISCEL	R\$ 20,00
PENTACAM - BINOCULAR - NO CONSULTÓRIO DO CONTRATADO.	R\$345,00
RETINOGRAFIA COLORIDA - BINOCULAR- NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO	R\$ 52,00
RETINOGRAFIA COLORIDA - BINOCULAR- NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CISCEL	R\$ 30,00
SONDAGEM DE VIA LACRIMAL EM CRIANÇA MENOR DE 12 ANOS BINOCULAR - NO CONSULTÓRIO DO CONTRATADO.	R\$3.100,00
SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS MONOCULAR Para realização desse procedimento deverá: * o médico/ cirurgião realizar no mínimo a quantidade de 20 procedimentos no mesmo dia.NO BLOCO CIRÚRGICO DO CISCEL.	R\$50,00
TESTE DE FUNÇÃO LACRIMAL - BINOCULAR - NO CONSULTÓRIO DO CONTRATADO.	R\$120,00
TESTE DE LENTE BINOCULAR - NO CONSULTÓRIO DO CONTRATADO.	R\$70,00
TESTE DE LENTE MAIS TOPOGRAFIA DE CORNEA - NO CONSULTÓRIO DO CONTRATADO.	R\$150,00
TESTE DE SOBRECARGA HÍDRICA	R\$ 100,00
TESTE DE VISAO DE CORES - BINOCULAR- NO CONSULTÓRIO DO CONTRATADO.	R\$70,00
TESTE ORTÓPTICO -BINOCULAR - NA SEDE DO CISCEL.	R\$ 65,00
TESTE ORTÓPTICO -BINOCULAR - NA CONSULTÓRIO DO CONTRATADO	R\$ 70,00
TOMOGRAFIA OCT - MONOCULAR- NO CONSULTÓRIO DO CONTRATADO.	R\$120,00
TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÔRNEA- BINOCULAR- NO CONSULTÓRIO DO CONTRATADO.	R\$80,00
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERIGIO MONOCULAR Para realização desse procedimento deverá: * o médico/ cirurgião realizar no mínimo a quantidade de 20 procedimentos no mesmo dia.NO BLOCO CIRÚRGICO DO CISCEL.	R\$162,40
CIRURGIA DE VITRECTOMIA MONOCULAR - NO BLOCO CIRÚRGICO DO CONTRATADO. Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med	R\$4.350,00
CIRURGIA DE VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUORCARBONO E ENDOLASER MONOCULAR- NO BLOCO CIRÚRGICO DO CONTRATADO.Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med	R\$ 9.333,00
CIRURGIA DE VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUORCARBONO, ÓLEO DE SILICONE ENDOLASER MONOCULAR - NO BLOCO CIRURGICO DO CONTRATADO.Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med	R\$ 9.133,00
CIRURGIA DE EVISCERAÇÃO MONOCULAR COM IMPLANTE - VALOR INCLUSO HONORÁRIOS MÉDICOS - ANESTESISTA SE NECESSÁRIO E MAT/MED.- Incluído em 14/04/2023 pela Portaria nº 015/2023	R\$ 13.500,00
CIRURGIA DE EVISCERAÇÃO MONOCULAR SEM IMPLANTE - VALOR INCLUSO HONORÁRIOS MÉDICOS - ANESTESISTA SE NECESSÁRIO E MAT/MED. Incluído em 14/04/2023 pela Portaria nº 015/2023	R\$ 7.100,00
CIRURGIA DE VITRECTOMIA POSTERIOR + PERFLUOCARBONO +ENDOLASER+ MENRANECTOMIA INFUSÃO DE GÁS C3F8 + FACOEMULSIFICAÇÃO + LIO - VALOR INCLUSO HONORÁRIOS MÉDICOS - ANESTESISTA SE NECESSÁRIO E MAT/MED. Incluído em 14/04/2023 pela Portaria nº 015/2023	R\$ 10.333,00
CIRURGIA DE ESTRABISMO - VALOR INCLUSO HONORÁRIOS MÉDICOS - ANESTESISTA SE NECESSÁRIO E MAT/MED. Incluído em 14/04/2023 pela Portaria nº 015/2023	R\$ 5.000,00
CIRURGIA PARA EXÊRESE DE ÓLEO DE SILICONE MONOCULAR- VALOR INCLUSO HONORÁRIOS MÉDICOS - ANESTESISTA SE NECESSÁRIO E MAT/MED.. Incluído em 14/04/2023 pela Portaria nº 015/2023	R\$ 4.000,00
Grupo: EXAMES OTORRINO FONO	
AUDIOMETRIA COMPLETA COM IMPEDÂNCIA ATENDIMENTO COM EQUIPAMENTO DO MUNICÍPIO EM SANTA BARBARA	R\$42,00
AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL	R\$ 47,25
AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL MAIS IMPEDÂNCIOMETRIA	R\$ 85,00
AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR VIA AÉREA ÓSSEA ATENDIMENTO COM EQUIPAMENTO DO MUNICÍPIO EM SANTA BARBARA	R\$20,00
AVALIACAO AUDITIVA COMPORTAMENTAL	R\$25,00
BERA - CRIANÇA OU ADULTO	R\$150,00
EMISSOES OTOACUSTICAS ATENDIMENTO COM EQUIPAMENTO DO MUNICÍPIO	R\$15,00
EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS P TRIAGEM AUDITIVA TESTE DA ORELHINHA	R\$18,75
FIBRONASOLARINGOSCOPIA	R\$90,00
IMITANCIOMETRIA ATENDIMENTO COM EQUIPAMENTO DO MUNICÍPIO EM SANTA BARBARA	R\$15,00
IMPEDÂNCIOMETRIA	R\$23,00
LOGOAUDIOMETRIA LDV-IRF-SRT AUDIO VOCAL ATENDIMENTO COM EQUIPAMENTO DO MUNICÍPIO EM SANTA BÁRBARA	R\$15,00
POLISSONOGRAFIA ACIMA DE 18 ANOS	R\$ 450,00
POLISSONOGRAFIA COM TESTE DE CPAP NASAL	R\$ 450,00
PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL	R\$150,00
TESTES VESTIBULARES	R\$74,00
VIDEODEGLUTOGRAMA	R\$390,00

VIDEOLARINGOSTROSCOPIA	R\$100,00
VIDEOLARINGOSCOPIA	R\$95,00
Grupo: EXAMES PNEUMOLOGICOS	
ESPIROMETRIA	R\$120,00
BRONCOSCOPIA COM BIÓPSIA TRANSBRONQUICA E/OU COM OU SEM ASPIRADO OU LAVADO BRONQUIO BILATERAL	R\$ 1.250,00
Grupo: EXAMES RADIOLOGICOS	
MAMOGRAFIA DIGITAL	R\$90,00
DENSITOMETRIA ÓSSEA	R\$122,00
ESCANOMETRIA	R\$15,54
HISTEROSSALPINGOGRAFIA	R\$150,00
RADIOGRAFIA DE ABDOMÊN AGUDO MÍNIMO DE 3 INCIDENCIAS	R\$18,36
RADIOGRAFIA DE ABDOMÊN AP LATERAL LOCALIZADA	R\$12,88
RADIOGRAFIA DE ABDOMÊN SIMPLES AP	R\$14,34
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO	R\$12,84
RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMÁTICO-MALAR AP OBLIQUAS	R\$13,92
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR	R\$15,54
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL	R\$15,54
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL	R\$15,54
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESTERNO-CLAVICULAR	R\$15,54
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO SACRO-ILIACA	R\$15,54
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TIBIO-TARSICA- TORNOZELO	R\$15,54
RADIOGRAFIA DE BACIA	R\$15,54
RADIOGRAFIA DE BRAÇO	R\$15,54
RADIOGRAFIA DE CALCÂNEO	R\$13,00
RADIOGRAFIA DE CAVUM LATERAL HIRTZ	R\$13,76
RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	R\$14,80
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL AP LATERAL TO OBLIQUAS	R\$16,66
RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$21,92
RADIOGRAFIA DE COLUNA TORÁCICA AP LATERAL	R\$18,32
RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	R\$19,46
RADIOGRAFIA DE COSTELAS POR HEMITÓRAX	R\$16,74
RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R\$11,80
RADIOGRAFIA DE COXA	R\$17,88
RADIOGRAFIA DE CRÂNIO PA LATERAL	R\$15,04
RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	R\$30,00
RADIOGRAFIA DE ESTERNO	R\$15,96
RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO TRANSITO	R\$95,18
RADIOGRAFIA DE JOELHO AP LATERAL	R\$13,56
RADIOGRAFIA DE LARINGE	R\$12,60
RADIOGRAFIA DE MÃO	R\$12,80
RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO P DETERMINACAO DE IDADE ÓSSEA	R\$12,00
RADIOGRAFIA DE MASTOIDE ROCHEDOS BILATERAL	R\$18,06
RADIOGRAFIA DE OMBRO TRES POSICOES	R\$14,98
RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE MN LATERAL HIRTZ	R\$16,76
RADIOGRAFIA DE PÉ, DEDOS DO PÉ	R\$13,56

RADIOGRAFIA DE PERNA	R\$17,88
RADIOGRAFIA DE PUNHO AP LATERAL OBLIQUA	R\$13,82
RADIOGRAFIA DE REGIÃO SACRO-COCCIGEA	R\$15,60
RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE FN MN LATERAL HIRTZ	R\$14,64
RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA PA LATERAL BRETTON	R\$14,40
RADIOGRAFIA DE TÓRAX PA	R\$13,76
RADIOGRAFIA DE TÓRAX PA E PERFIL	R\$19,00
RADIOGRAFIA DE URETOCISTOGRAFIA MICCIONAL - ADULTO	R\$125,00
RADIOGRAFIA DE URETOCISTOGRAFIA MICCIONAL - CRIANÇA	R\$220,00
RADIOGRAFIA DE URETOGRAFIA EXCRETORA	R\$135,00
RADIOGRAFIA DE URETOGRAFIA RETOGRADA	R\$125,00
RADIOGRAFIA UROGRAFIA EXCRETORA	R\$ 588,95
RADIOGRAFIA DIGITAL SEIOS DA FACE	R\$110,00
RADIOGRAFIA ENEMA OPACO	R\$150,00
RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDIBULA	R\$12,98
RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE COLUNA TOTAL - TELESPONDIOGRAFIA PARA ESCOLIOSE	R\$ 75,00
RADIOGRAFIA REED- ESOFAGO ESTOMAGO E DUODENO	R\$90,00
RAIO X ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR BILATERAL	R\$ 85,00
Grupo: EXAMES UROLÓGICOS	
ESTUDO URODINÂMICO	R\$270,00
Grupo: MATERIAL PARA ANALISE PARA FINS DIAGNOSTICOS	
ANALISE DE BIÓPSIA DE MEDULA ÓSSEA	R\$150,00
ANALISE DE BIÓPSIA HEPÁTICA GUIADA POR ULTRASSOM ACIMA DE 03 CENTÍMETROS	R\$220,00
ANALISE DE BIÓPSIA HEPÁTICA GUIADA POR ULTRASSOM MENOS DE 03 CENTÍMETROS	R\$120,00
ANALISE PARA BIÓPSIA DE FIBROBRONCOSCOPIA	R\$400,00
ANALISE POR MICROSCOPIA ELETRONICA DE BIÓPSIA RENAL	R\$650,00
BIÓPSIA DE MEDULA ÓSSEA- COLETA	R\$485,00
BIÓPSIA DE PELE E PARTES MOLES MAIS OPME	R\$189,90
BIÓPSIA HEPÁTICA GUIADA POR ULTRASSON ULTRASSON DE ABDÔMEN SUPERIOR	R\$ 814,00
ELETROCOAGULAÇÃO DE VERRUGAS	R\$56,64
ESTUDO EM IMUNOHISTOQUIMICA	R\$550,00
EXAME DE ANATOMO PATOLÓGICO	R\$ 54,67
EXAME DE CITOLOGIA	R\$ 22,67
EXERESE DE LESÃO DE PELE E ANEXOS	R\$192,92
IMUNOHISTOQUIMICA DE LESÃO DO TRATO GASTROINTESTINAL	R\$600,00
MIELOGRAMA MAIS ANÁLISE	R\$535,00
PAINEL DE IMUNOFLUORESCÊNCIA + MICROSCOPIA ÓPTICA	R\$ 550,00
Grupo: PROCEDIMENTOS ORTOPEDICOS	
BLOQUEIO PERIDURAL OU SUBARACNOIDEO COM CORTICOIDE, COLUNA VERTEBRAL: INFILTRAÇÃO FOROMINAL OU FACETÁRIA OU ARTICULAR- Procedimento a ser realizado em Bloco Cirúrgico - Valor incluso Honorários Médicos e Mat/Med	R\$ 3.016,60
BLOQUEIO DE NERVO SUPRA ESCAPULAR - POR APLICAÇÃO (valor inclui MAT/MED)	R\$200,00
INFILTRAÇÃO ARTICULAR - POR APLICAÇÃO (valor inclui MAT/MED)	R\$200,00
INFILTRAÇÃO COM TRIANCIL - POR APLICAÇÃO (valor inclui MAT/MED)	R\$200,00
Grupo: REMOÇÕES UTI AMBULÂNCIAS	

UTI MÓVEL - REMOÇÃO DAS CIDADES DE ABRANGÊNCIA DO CISCEL PARA BELO HORIZONTE OU OUTROS MUNICÍPIOS NÃO CONSORCIADOS ATÉ O LIMITE DE 350KM, SEM ESPERA E SEM RETORNO DO PACIENTE PARA CIDADE DE ORIGEM. OBS.: O EXCEDENTE A 350 KM, SERÁ PAGO O VALOR DE 9,77 KM RODADO. REFERÊNCIA DE CÁLCULO PELO GOOGLE MAPS.	R\$ 3.059,69
UTI MÓVEL - REMOÇÃO DAS CIDADES DE ABRANGÊNCIA DO CISCEL PARA BELO HORIZONTE OU OUTROS MUNICÍPIOS NÃO CONSORCIADOS ATÉ O LIMITE DE 350 KM, PARA REALIZAÇÃO DE CONSULTAS, EXAMES E PROCEDIMENTOS, COM ESPERA E RETORNO DO PACIENTE PARA CIDADE DE ORIGEM. O EXCEDENTE A 350KM, SERÁ PAGO O VALOR DE R\$9,77 KM RODADO.	R\$ 3.690,36
UTI MÓVEL - REMOÇÃO DAS CIDADES DE ABRANGÊNCIAS DO CISCEL (EXCETO O MUNICÍPIO DE ITABIRA) PARA A CIDADE DE ITABIRA E JOÃO MONLEVADE, COM OU SEM RETORNO PARA CIDADE DE ORIGEM.	R\$ 2.501,73
UTI MÓVEL - REMOÇÃO INTERNA DENTRO DO PRÓPRIO MUNICÍPIO, COM OU SEM RETORNO OU ENTRE MUNICÍPIOS CONSORCIADOS ATÉ 40 KM CONSIDERANDO IDA E VOLTA.	R\$ 1.496,25
UTI MÓVEL NEONATAL - REMOÇÃO DAS CIDADES DE ABRANGÊNCIA DO CISCEL PARA BELO HORIZONTE OU OUTROS MUNICÍPIOS NÃO CONSORCIADOS ATÉ O LIMITE DE 350KM, SEM RETORNO DO PACIENTE PARA CIDADE DE ORIGEM. OBS.: O EXCEDENTE A 350 KM, SERÁ PAGO O VALOR DE R\$99,77 KM RODADO.	R\$ 4.204,44
UTI MÓVEL - TRANSPORTE CANCELADO APÓS DESLOCAMENTO DA EQUIPE DE UTI MÓVEL, DENTRO DO PRÓPRIO MUNICÍPIO DO CONTRATADO.	R\$ 853,74
AMBULÂNCIA BÁSICA - REMOÇÃO DAS CIDADES DE ABRANGÊNCIA DO CISCEL PARA BELO HORIZONTE OU OUTROS MUNICÍPIOS NÃO CONSORCIADOS ATÉ O LIMITE DE 350 KM, SEM RETORNO DO PACIENTE PARA CIDADE DE ORIGEM. OBS.: O EXCEDENTE A 350KM, SERÁ PAGO O VALOR DE 5,01 KM RODADO.	R\$ 1.321,92
AMBULÂNCIA BÁSICA - REMOÇÃO DAS CIDADES DE ABRANGÊNCIA DO CISCEL PARA BELO HORIZONTE OU OUTROS MUNICÍPIOS NÃO CONSORCIADOS ATÉ O LIMITE DE 350 KM, PARA REALIZAÇÃO DE CONSULTAS, EXAMES E PROCEDIMENTOS, COM ESPERA E RETORNO DO PACIENTE PARA CIDADE DE ORIGEM. O EXCEDENTE A 350 KM, SERÁ PAGO O VALOR DE R\$5,01 KM RODADO.	R\$ 1.624,86
AMBULÂNCIA BÁSICA - REMOÇÃO DAS CIDADES DE ABRANGÊNCIA DO CISCEL PARA ITABIRA/JOÃO MONLEVADE, COM OU SEM RETORNO PARA CIDADE DE ORIGEM.	R\$ 1.046,52
AMBULÂNCIA BÁSICA - REMOÇÃO INTERNA DENTRO DO PRÓPRIO MUNICÍPIO, COM OU SEM RETORNO OU ENTRE MUNICÍPIOS CONSORCIADOS ATÉ 40KM, CONSIDERANDO IDA E VOLTA.	R\$ 644,44
AMBULÂNCIA BÁSICA - TRANSPORTE CANCELADO APÓS DESLOCAMENTO DA AMBULÂNCIA, DENTRO DO PRÓPRIO MUNICÍPIO DO CONTRATADO.	R\$ 330,48
UTI MÓVEL PEDIÁTRICA (29 DIAS A 12 ANOS) - REMOÇÃO DAS CIDADES DE ABRANGÊNCIA DO CISCEL PARA BELO HORIZONTE OU OUTROS MUNICÍPIOS NÃO CONSORCIADOS ATÉ O LIMITE DE 350KM, SEM ESPERA E SEM RETORNO DO PACIENTE PARA CIDADE DE ORIGEM. OBS.: O EXCEDENTE A 350KM, SERÁ PAGO O VALOR DE R\$9,77 KM RODADO. REFERÊNCIA DE CÁLCULO PELO GOOGLE MAPS. <i>Atualizado em 24/05/2023 pela Portaria nº 16/2023</i>	R\$ 4.250,00
UTI MÓVEL PEDIÁTRICA (29 DIAS A 12 ANOS) - REMOÇÃO DAS CIDADES DE ABRANGÊNCIA DO CISCEL PARA BELO HORIZONTE OU OUTROS MUNICÍPIOS NÃO CONSORCIADOS ATÉ O LIMITE DE 350KM, PARA REALIZAÇÃO DE CONSULTAS, EXAMES E PROCEDIMENTOS, COM ESPERA E RETORNO DO PACIENTE PARA CIDADE DE ORIGEM. O EXCEDENTE A 350KM, SERÁ PAGO O VALOR DE R\$9,77 KM RODADO. <i>Atualizado em 24/05/2023 pela Portaria nº 16/2023</i>	R\$ 5.300,00
UTI MÓVEL PEDIÁTRICA (29 DIAS A 12 ANOS) - REMOÇÃO DAS CIDADES DE ABRANGÊNCIA DO CISCEL (EXCETO O MUNICÍPIO DE ITABIRA) PARA A CIDADE DE ITABIRA E JOÃO MONLEVADE, COM OU SEM RETORNO PARA CIDADE DE ORIGEM. <i>Atualizado em 24/05/2023 pela Portaria nº 16/2023</i>	R\$ 2.450,00
UTI MÓVEL PEDIÁTRICA (29 DIAS A 12 ANOS) - REMOÇÃO INTERNA DENTRO DO PRÓPRIO MUNICÍPIO, COM OU SEM RETORNO OU ENTRE MUNICÍPIOS CONSORCIADOS ATÉ 40KM CONSIDERANDO IDA E VOLTA. <i>Atualizado em 24/05/2023 pela Portaria nº 16/2023</i>	R\$ 1.700,00
UTI MÓVEL PEDIÁTRICA (29 DIAS A 12 ANOS) - TRANSPORTE CANCELADO APÓS DESLOCAMENTO DA EQUIPE DE UTI MÓVEL, DENTRO DO PRÓPRIO MUNICÍPIO DO CONTRATADO. <i>Atualizado em 24/05/2023 pela Portaria nº 16/2023</i>	R\$ 950,00
KM RODADO UTI	R\$ 9,77
KM RODADO BÁSICA	R\$ 5,01
AMBULÂNCIA PARA SUPORTE BÁSICO TIPO B PARA EVENTOS (POR HORA) -Alterado em 22/03/2023 (Portaria nº 14/2023)	R\$ 230,00
AMBULÂNCIA PARA SUPORTE AVANÇADO TIPO D PARA EVENTOS (POR HORA) - Alterado em 22/03/2023 (Portaria nº 14/2023)	R\$ 550,00
Grupo: RESSONÂNCIAS MAGNÉTICAS	
ANGIORESSONÂNCIA (QUALQUER ÓRGÃO)	R\$500,00
CONTRASTE ADICIONAL PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	R\$100,00
CONTRASTE HEPATO ESPECÍFICO	R\$ 440,00
DEFECO RESSONÂNCIA	R\$ 743,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDOMÊN SUPERIOR	R\$500,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA Pelve ABDOMÊN INFERIOR	R\$500,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL PESCOÇO	R\$500,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$500,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA	R\$500,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO	R\$500,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE FACE	R\$500,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MAMA - UNILATERAL	R\$500,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MASTOIDES	R\$500,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR - UNILATERAL	R\$500,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR - UNILATERAL	R\$500,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ORBITAS	R\$500,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PROSTATA	R\$500,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TÚRCICA	R\$500,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX	R\$500,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES COLANGIORRESSONÂNCIA	R\$500,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA MIOCARDICA	R\$800,00

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN TOTAL COM ENTERORRESSONÂNCIA	R\$ 1.033,33
Grupo: RESSONÂNCIAS MAGNÉTICAS COM SEDAÇÃO	
ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL COM SEDAÇÃO	R\$1.121,00
ANGIORESSONÂNCIA DE AORTA TORÁCICA COM SEDAÇÃO	R\$1.121,00
HIDRO- RM-COLANGIO-RM-URO-RM-MIRLO-RM-SIALO-RM- CISTOGRAFIA RM COM SEDAÇÃO	R\$846,00
RESSONÂNCIA DE ORBITAS COM SEDAÇÃO	R\$1.000,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ARTICULAR COM SEDAÇÃO	R\$1.046,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COM ESPECTROSCOPIA COM SEDAÇÃO	R\$446,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDOMÊN SUPERIOR COM SEDAÇÃO	R\$1.046,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDOMÊN TOTAL COM SEDAÇÃO	R\$1.750,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR - BILATERAL COM SEDAÇÃO	R\$1.050,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA -ARTICULACOES SACROILIACAS- COM SEDAÇÃO	R\$1.046,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL COM SEDAÇÃO	R\$1.046,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA COM SEDAÇÃO	R\$1.046,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA COM SEDAÇÃO	R\$1.046,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO COM SEDAÇÃO	R\$1.046,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE FACE-INCLUI SEIOS DA FACE- COM SEDAÇÃO	R\$1.046,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE JOELHO - UNILATERAL COM SEDAÇÃO	R\$1.046,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MAMA COM SEDAÇÃO	R\$1.046,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR - UNILATERAL COM SEDAÇÃO	R\$1.046,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ORBITA COM SEDAÇÃO	R\$ 1.000,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE OSSOS TEMPORAIS - BILATERAL COM SEDAÇÃO	R\$1.046,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE Pelve - NAO INCLUI ART COXOFEMORAIS COM SEDAÇÃO	R\$1.046,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PERNA - UNILATERAL COM SEDAÇÃO	R\$1.046,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PESCOÇO COM SEDAÇÃO	R\$1.046,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PLEXO BRAQUIAL OU LOMBOSSACRAL COM SEDAÇÃO	R\$1.046,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX COM SEDAÇÃO	R\$1.046,00
Grupo: TOMOGRAFIAS COMPUTADORIZADAS	
ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA COM ESCORE DE CALCIO COM OU SEM CONTRASTE	R\$2.120,00
ANGIOTOMOGRAFIA DE ABDOMÊN	R\$270,00
ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA TORÁCICA SEM SEDAÇÃO	R\$752,00
ANGIOTOMOGRAFIA DE TÓRAX	R\$270,00
CONTRASTE ADICIONAL PARA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	R\$100,00
ELASTOGRAFIA HEPÁTICA	R\$710,00
ENTEROTOMOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 973,33
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMÊN SUPERIOR (FÍGADO, BAÇO, PÂNCREAS E RINS)	R\$207,94
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMÊN TOTAL (ABDOMÊN SUPERIOR + ABDOMÊN INFERIOR)	R\$320,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES - ESTERNO CLAVICULAR OMBROS COTOVELOS PUNHOS SACRO ILIACAS	R\$130,12
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CADA SEGMENTO ADICIONAL PARA COLUNA	R\$54,40
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL	R\$130,14
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$136,50
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA	R\$130,14
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE SEIOS DA FACE ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES	R\$130,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MANDIBULA MAXILAR	R\$130,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTOIDES OU OUVIDOS	R\$130,00

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE BACIA ABDOMÊN INFERIOR	R\$207,94
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - BRAÇO ANTEBRAÇO MÃO COXA PERNA PE	R\$130,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX	R\$204,61
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO OU SELA TÚRCICA OU ORBITAS OU ENCÉFALO	R\$130,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO	R\$130,12
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA RENAL	R\$320,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN TOTAL - ABDÔMEN SUPERIOR MAIS ABDÔMEN INFERIOR - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM HORÁRIO NÃO COMERCIAL	R\$ 320,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM HORÁRIO NÃO COMERCIAL	R\$ 204,61
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO OU SELA TURCICA OU ÓRBITAS - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM HORÁRIO NÃO COMERCIAL	R\$ 130,00
TOMOGRAFIA DE DENTE	R\$150,00
TOMOGRAFIA POR EMISSÃO DE PÓSITRONS PET-CT	R\$4.000,00
ANGIOTOMOGRAFIA DE CRÂNIO- Incluído em 14/04/2023 pela Portaria nº 015/2023	R\$ 620,00
Grupo: TOMOGRAFIAS COMPUTADORIZADAS COM SEDAÇÃO	
ANGIOTOMOGRAFIA DE CRÂNIO COM SEDAÇÃO	R\$952,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMÊN SUPERIOR COM SEDAÇÃO	R\$735,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMÊN TOTAL COM SEDAÇÃO	R\$694,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO - UNILATERAL COM SEDAÇÃO	R\$530,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE BACIA COM SEDAÇÃO	R\$530,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CADA SEGMENTO ADICIONAL PARA COLUNA COM SEDAÇÃO	R\$340,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL COM SEDAÇÃO	R\$532,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA COM SEDAÇÃO	R\$532,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA COM SEDAÇÃO	R\$532,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE SEIOS DA FACE COM SEDAÇÃO	R\$508,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTOIDES OU OUVIDOS COM SEDAÇÃO	R\$549,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE OU ABDOMÊN INFERIOR COM SEDAÇÃO	R\$835,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES COM SEDAÇÃO	R\$549,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX COM SEDAÇÃO	R\$576,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO OU SELA TÚRCICA OU ORBITAS COM SEDAÇÃO	R\$532,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO COM SEDAÇÃO	R\$532,00
Grupo: TRATAMENTO ODONTOLÓGICO	
ENXERTO OSSEO POR QUADRANTE	R\$ 316,67
AUMENTO DE COROA CLÍNICA	R\$ 236,67
COROA PROVISÓRIA ANTERIOR	R\$ 151,67
COROA PROVISÓRIA POSTERIOR	R\$ 141,67
COROA SOLIDEX ARTIGLAS DENTES ANTERIORES	R\$ 490,00
ENDODONTIA DE DENTES ANTERIORES	R\$ 408,33
ENDODONTIA DE MOLARES	R\$ 571,67
ENDODONTIA DE PRE- MOLARES	R\$ 433,33
FRENECTOMIA	R\$ 290,00
MANUTENCAO DE TRATAMENTO PERIODONTAL	R\$ 186,67
NUCLEO METALICO FUNDIDO	R\$ 250,00
PINO ROSQUEAVEL	R\$ 260,00
PROCEDIMENTO DE PROTESE	R\$ 113,33
PROTESE TOTAL - SUPERIOR OU INFERIOR - CADA	R\$ 916,67
PROT PARCIAL REMOVIVEL ROACH	R\$ 1.033,33

RADIOGRAFIA OCLUSAL	R\$ 37,33
RADIOGRAFIA PANORAMICA	R\$ 65,67
RADIOGRAFIA PERIAPICAL	R\$ 17,75
RADIOGRAFIA PERI-APICAL INTERPROXIMAL BITE-WING	R\$ 17,75
RASPAGEM CORONO-RADICULAR POR SEXTANTE	R\$ 166,67
RECONSTITUICAO DIRETA DE DENTE DECIDUO POR DENTE	R\$ 185,33
RESTAURACAO DE DENTE DECIDUO	R\$ 135,33
RESTAURADO METALICO DENTE POSTERIOR	R\$ 463,33
RETRATAMENTO ENDODONTICO DE DENTES ANTERIORES	R\$ 488,33
RETRATAMENTO ENDODONTICO DE MOLARES INCLUINDO CANAL E RX	R\$ 666,67
RETRATAMENTO ENDODONTICO DE PRE- MOLARES	R\$ 555,00
SISO ERUIDO	R\$ 286,67
SISO IMPACTADO	R\$ 400,00
SISO INCLUSO	R\$ 426,67
SISO SEMI INCLUSO	R\$ 346,67
PINO DE FIBRA DE VIDRO	R\$ 250,00
TOMOGRAFIA DE DENTE CONE BEAM	R\$170,00
APROFUNDAMENTO DE SACO VESTÍBULO POR SEXTANTE <i>Incluído em 05/07/2023 pela Portaria nº 022/2023</i>	R\$ 285,00
BIÓPSIA EM CAVIDADE ORAL <i>Incluído em 05/07/2023 pela Portaria nº 022/2023</i>	R\$ 325,00
ENDODONTIA DECÍDUO <i>Incluído em 05/07/2023 pela Portaria nº 022/2023</i>	R\$ 423,00
FRENECTOMIA LABIAL <i>Incluído em 05/07/2023 pela Portaria nº 022/2023</i>	R\$ 396,00
NÚCLEO DE PREENCHIMENTO <i>Incluído em 05/07/2023 pela Portaria nº 022/2023</i>	R\$ 215,00
PROCEDIMENTO DE PRÓTESE (RECIMENTAÇÃO) <i>Incluído em 05/07/2023 pela Portaria nº 022/2023</i>	R\$ 128,00
PROCEDIMENTO DE PRÓTESE (REMOÇÃO DE PEÇA) <i>Incluído em 05/07/2023 pela Portaria nº 022/2023</i>	R\$ 173,00
PROCEDIMENTO DE PRÓTESE (REEMBASAMENTO) <i>Incluído em 05/07/2023 pela Portaria nº 022/2023</i>	R\$ 191,00
REMOÇÃO DE NÚCLEO INTRA RADICULAR <i>Incluído em 05/07/2023 pela Portaria nº 022/2023</i>	R\$ 306,00
PREPARO PARA PINO INTRARADICULAR <i>Incluído em 05/07/2023 pela Portaria nº 022/2023</i>	R\$ 197,00
CONSULTA ODONTOLÓGICA <i>Incluído em 05/07/2023 pela Portaria nº 022/2023</i>	R\$ 86,00
CIRURGIA PRÉ-PROTÉTICA ÂNTERO SUPERIOR <i>Incluído em 05/07/2023 pela Portaria nº 022/2023</i>	R\$ 400,00
Grupo: ULTRASSONOGRÁFIAS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CISCEL	
ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL - FÍGADO, VESÍCULA BILIAR, RINS, PÂNCREAS, BEXIGA, GRANDES VASOS RETROPERITÔNIO E TRATO GASTROINTESTINAL	R\$ 75,00
ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO - ANTEBRAÇO, BRAÇO, COTOVELO, PUNHO, MÃO, OMBRO, QUADRIL, FÊMUR, PERNA, JOELHO, PANTURRILHA, TORNOZELO, PE, TENDÃO	R\$ 55,00
ULTRASSONOGRAFIA DE MAMA BILATERAL	R\$ 55,00
ULTRASSONOGRAFIA DE AXILAS BILATERAL	R\$ 55,00
ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE - GLANDULAS SALIVARES E CADEIAS LINFONODAIS CERVICAIS	R\$ 55,00
ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	R\$ 55,00
ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO - RINS, URETERES, BEXIGA	R\$ 55,00
ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA POR VIA ABDOMINAL - BEXIGA, PRÓSTATA E VESÍCULA SEMINAIS	R\$ 55,00
ULTRASSONOGRAFIA PELVICA GINECOLÓGICA - ÚTERO, OVÁRIOS, TROMPAS ARTERIAS E VEIAS DA REGIÃO	R\$ 55,00
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA CADA FETO	R\$ 55,00
ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL ENDOVAGINAL - ÚTERO E OVÁRIO	R\$ 55,00
ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL, TESTÍCULO	R\$ 55,00
ULTRASSONOGRAFIA DE REGIÃO INGUINAL UNILATERAL	R\$ 55,00
ULTRASSONOGRAFIA DE REGIÃO CERVICAL	R\$ 55,00
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICO TRANSLUCENCIA NUCAL	R\$ 80,00
ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICO PBF PERFIL BIOFÍSICO	R\$ 80,00
ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	R\$ 55,00

ULTRASSONOGRRAFIA DE PARÓTIDAS	R\$ 55,00
ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES - COXA, GLÚTEO, FACE, SUBMANDIBULAR	R\$ 55,00
ULTRASSOM - PUNÇÃO COM AGULHA FINA (PAAF) MAMA, TIREÓIDE CERVICAL POR PUNÇÃO	R\$ 130,00
ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLÓGICO	R\$ 130,00
ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLÓGICO COM DOPPLER	R\$ 152,00
ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICO COM DOPPLER - CADA FETO	R\$ 152,00
ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL TESTÍCULO COM DOPPLER	R\$ 152,00
ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREÓIDE COM DOPPLER	R\$ 152,00
ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL COM DOPPLER	R\$ 152,00
ULTRASSONOGRRAFIA DE REGIÃO CERVICAL COM DOPPLER	R\$ 152,00
ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL COM DOPPLER	R\$ 152,00
ULTRASSONOGRRAFIA DE MAMAS COM DOPPLER	R\$ 152,00
ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA GINECOLÓGICA COM DOPPLER	R\$ 152,00
ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA ABDOMINAL COM DOPPLER	R\$ 152,00
ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES - COXA GLÚTEO PANTURRILHA FACE SUBMANDIBULAR COM DOPPLER	R\$ 152,00
ULTRASSONOGRRAFIA RENAL COM DOPPLER	R\$ 152,00
Grupo: ULTRASSONOGRAFIAS REALIZADAS NAS UNIDADE DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS - EXCETO ITABIRA (COM O EQUIPAMENTO PORTÁTIL DO MÉDICO OU DO MUNICÍPIO)	
ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL - FÍGADO VESÍCULA BILIAR RINS PÂNCREAS BEXIGA GRANDES VASOS RETROPERITÔNIO E TRATO GASTROINTESTINAL (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 96,00
ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO - ANTEBRAÇO BRAÇO COTOVELO PUNHO MÃO OMBRO QUADRIL, FEMUR PERNA JOELHO PANTURRILHA TORNOZELO PE TENDÃO (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 72,00
ULTRASSONOGRRAFIA DE MAMA BILATERAL (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 72,00
ULTRASSONOGRRAFIA DE AXILAS BILATERAL (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 72,00
ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREÓIDE - GLANDULAS SALIVARES E CADEIAS LINFONODAIS CERVICAIS (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 72,00
ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 72,00
ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO - RINS URETERES BEXIGA (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 72,00
ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA POR VIA ABDOMINAL - BEXIGA PRÓSTATA E VESÍCULA SEMINAIS (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 72,00
ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA GINECOLÓGICA ÚTERO OVÁRIOS E TROMPAS ARTERIAS E VEIAS DA REGIÃO (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 72,00
ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA CADA FETO (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 72,00
ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL ENDOVAGINAL - ÚTERO E OVÁRIO (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 72,00
ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL TESTÍCULO (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 72,00
ULTRASSONOGRRAFIA DE REGIÃO INGUINAL UNILATERAL (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 72,00
ULTRASSONOGRRAFIA DE REGIÃO CERVICAL (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 72,00
ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICO TRANSLUCENCIA NUCAL (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 102,00
ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICO PBF PERFIL BIOFÍSICO (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 102,00
ULTRASSONOGRRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 72,00
ULTRASSONOGRRAFIA DE PARÓTIDAS (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 72,00
ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES - COXA GLÚTEO FACE SUBMANDIBULAR (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 72,00
ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 72,00
ULTRASSOM - PUNÇÃO COM AGULHA FINA PAAF MAMA TIREÓIDE CERVICAL POR PUNÇÃO (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 162,00
ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLÓGICO (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 162,00
ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLÓGICO COM DOPPLER (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 188,40
ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICO COM DOPPLER - CADA FETO (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 188,40
ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL TESTÍCULO COM DOPPLER (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 188,40
ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREÓIDE COM DOPPLER (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 188,40
ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL COM DOPPLER (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 188,40
ULTRASSONOGRRAFIA DE REGIÃO CERVICAL COM DOPPLER (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 188,40
ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL COM DOPPLER (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 188,40

ULTRASSONOGRAMA DE MAMAS COM DOPPLER (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 188,40
ULTRASSONOGRAMA PELVICA GINECOLÓGICA COM DOPPLER (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 188,40
ULTRASSONOGRAMA DE PRÓSTATA ABDOMINAL COM DOPPLER(o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 188,40
ULTRASSONOGRAMA DE PARTES MOLES - COXA GLÚTEO PANTURRILHA FACE SUBMANDIBULAR COM DOPPLER (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 188,40
ULTRASSONOGRAMA RENAL COM DOPPLER (o médico deverá levar o gel, pasta, e outros materiais necessários para a realização do exame)	R\$ 188,40
Grupo: ULTRASSONOGRAMAS REALIZADAS NO CONSULTÓRIO PRÓPRIO DO CONTRATADO	
ULTRASSONOGRAMA DE ABDÔMEN TOTAL - FÍGADO VESICULA BILIAR RINS PÂNCREAS BEXIGA GRANDES VASOS RETROPERITÔNIO E TRATO GASTROINTESTINAL	R\$ 80,00
ULTRASSONOGRAMA DE ARTICULAÇÃO - ANTEBRAÇO RAÇO COTOVELO PUNHO MÃO OMBRO QUADRIL, FÊMUR, PERNA, JOELHO PANTURRILHA, TORNZELO, PE, TENDÃO	R\$ 60,00
ULTRASSONOGRAMA DE MAMA BILATERAL	R\$ 60,00
ULTRASSONOGRAMA DE AXILAS BILATERAL	R\$ 60,00
ULTRASSONOGRAMA DE TIREÓIDE - GLANDULAS SALIVARES E CADEIAS LINFONODAIS CERVICAIS	R\$ 60,00
ULTRASSONOGRAMA DE ABDÔMEN SUPERIOR	R\$ 60,00
ULTRASSONOGRAMA DE APARELHO URINÁRIO - RINS URETERES BEXIGA	R\$ 60,00
ULTRASSONOGRAMA DE PRÓSTATA POR VIA ABDOMINAL - BEXIGA PRÓSTATA E VESICULA SEMINAIS	R\$ 60,00
ULTRASSONOGRAMA PELVICA GINECOLÓGICA ÚTERO OVÁRIOS E TROMPAS ARTERIAS E VEIAS DA REGIÃO	R\$ 60,00
ULTRASSONOGRAMA OBSTÉTRICA CADA FETO	R\$ 60,00
ULTRASSONOGRAMA TRANSVAGINAL ENDOVAGINAL - ÚTERO E OVÁRIO	R\$ 60,00
ULTRASSONOGRAMA DE BOLSA ESCROTAL TESTÍCULO	R\$ 60,00
ULTRASSONOGRAMA DE REGIÃO INGUINAL UNILATERAL	R\$ 60,00
ULTRASSONOGRAMA DE REGIÃO CERVICAL	R\$ 60,00
ULTRASSONOGRAMA OBSTÉTRICO TRANSLUCÊNCIA NUCAL	R\$ 85,00
ULTRASSONOGRAMA OBSTÉTRICO PBF PERFIL BIOFÍSICO	R\$ 85,00
ULTRASSONOGRAMA DE PAREDE ABDOMINAL	R\$ 60,00
ULTRASSONOGRAMA DE PARÓTIAS	R\$ 60,00
ULTRASSONOGRAMA DE PARTES MOLES - COXA GLÚTEO FACE SUBMANDIBULAR	R\$ 60,00
ULTRASSONOGRAMA TRANSFONTANELA	R\$ 60,00
ULTRASSOM - PUNÇÃO COM AGULHA FINA PAAF MAMA TIREÓIDE CERVICAL POR PUNÇÃO	R\$ 135,00
ULTRASSONOGRAMA MORFOLÓGICO	R\$ 135,00
ULTRASSONOGRAMA MORFOLÓGICO COM DOPPLER	R\$ 157,00
ULTRASSONOGRAMA OBSTÉTRICO COM DOPPLER - CADA FETO	R\$ 157,00
ULTRASSONOGRAMA DE BOLSA ESCROTAL TESTÍCULO COM DOPPLER	R\$ 157,00
ULTRASSONOGRAMA DE TIREÓIDE COM DOPPLER	R\$ 157,00
ULTRASSONOGRAMA DE ABDÔMEN TOTAL COM DOPPLER	R\$ 157,00
ULTRASSONOGRAMA DE REGIÃO CERVICAL COM DOPPLER	R\$ 157,00
ULTRASSONOGRAMA TRANSVAGINAL COM DOPPLER	R\$ 157,00
ULTRASSONOGRAMA DE MAMAS COM DOPPLER	R\$ 157,00
ULTRASSONOGRAMA PELVICA GINECOLÓGICA COM DOPPLER	R\$ 157,00
ULTRASSONOGRAMA DE PRÓSTATA ABDOMINAL COM DOPPLER	R\$ 157,00
ULTRASSONOGRAMA DE PARTES MOLES - COXA GLÚTEO PANTURRILHA FACE SUBMANDIBULAR COM DOPPLER	R\$ 157,00
ULTRASSONOGRAMA RENAL COM DOPPLER	R\$ 157,00
CORE BIOPSY	R\$380,00
ULTRASSONOGRAMA DE PRÓSTATA VIA TRANSRETAL COM BIÓPSIA	R\$250,00
ULTRASSONOGRAMA DE PRÓSTATA VIA TRANSRETAL COM BIÓPSIA E ANESTESIA	R\$679,00
Grupo: CIRURGIAS UROLÓGICAS	
LITOTRIPSIA - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med	R\$1.500,00

LITOTRIPSIA + IMPLANTE DE CATÉTER DUPLO J - valor já contempla retirada do Duplo J - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med	R\$2.500,00
URETERORRENOLITOTRIPSIA FELXÍVEL + IMPLANTE DE DUPLO J - Valor já contempla retirada do Duplo J - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med	R\$5.000,00
URETERORRENOLITOTRIPSIA RÍGIDA COM IMPLANTE DE DUPLO J - Valor já contempla retirada do Duplo J - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med	R\$4.500,00
TROCA DE CATÉTER DUPLO J - Valor incluso honorários médicos - anestesista se necessário e Mat/Med	R\$1.700,00
Grupo: CIRURGIAS OTORRINOLARINGOLOGIA	
ANTROSTOMIA MAXILAR INTRANASAL POR VIDEOENDOSCOPIA UNILATERAL (30502292) + SEPTOPLASTIA UNILATERAL (30501359) + TURBINECTOMIA BILATERAL (30501458)+ ANÁLISE ANÁTOMO PATOLÓGICO	R\$6.480,00
SINUSECTOMIA MAXILAR INTRANASAL POR VIDEOENDOSCOPIA UNILATERAL (30502292) + ETMOIDECTOMIA INTRANASAL POR VIDEOENDOSCOPIA UNILATERAL (30502314) + SINUSECTOMIA ESFENOIDAL POR VIDEOENDOSCOPIA UNILATERAL (30502349) + SEPTOPLASTIA UNILATERAL (30501359) + EXERESE DE TUMOR NASAL POR VIA ENDOSCÓPICA UNILATERAL (30501199)+ ANÁLISE ANÁTOMO PATOLÓGICO	R\$7.530,00
SINUSECTOMIA MAXILAR INTRANASAL POR VIDEOENDOSCOPIA BILATERAL (30502292) +ETMOIDECTOMIA INTRANASAL POR VIDEOENDOSCOPIA BILATERAL (30502314) +SINUSECTOMIA ESFENOIDAL POR VIDEOENDOSCOPIA BILATERAL (30502349) + SINUSECTOMIA FRONTAL INTRANASAL POR VIDEOENDOSCOPIA UNILAREAL (30502357) +SEPTOPLASTIA UNILATERAL (30501359)+ANÁLISE ANÁTOMO PATOLÓGICO	R\$8.636,00
Grupo: HOSPEDAGEM	
DIARIA INTEGRAL COM DESLOCAMENTO A PARTIR DE 9 KM IDA E VOLTA	R\$ 76,74
DIARIA INTEGRAL COM DESLOCAMENTO ATE 5 KM IDA E VOLTA	R\$ 63,04
DIARIA INTEGRAL COM DESLOCAMENTO ENTRE 5KM E 9 KM IDA E VOLTA	R\$ 68,41
DIARIA INTEGRAL SEM DESLOCAMENTO	R\$ 58,35