

**PORTARIA Nº 036, 29 DE OUTUBRO DE 2025.**

**“Altera portaria nº08/2024, no âmbito do Consórcio Intermunicipal De Saúde Do Centro Leste - CISCEL e dá outras providências.”**

A **Secretária Executiva do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Centro Leste – CISCEL – Sra. Daiane Ferreira Chaves Avelar**, em conformidade com o Contrato de Consórcio, Estatuto vigente e Portaria nº 025/2025, 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; 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:**

**1º Alterar-se:**

| Tipo de Especialidade    | SEDE CISCEL | CONSULTORIO CONTRATADO | CONSULTORIO MUNICIPIO | GRUPO    |
|--------------------------|-------------|------------------------|-----------------------|----------|
| Consultas Especializadas | R\$ 68,50   | R\$ 70,00              | R\$100,00             | Consulta |

**Parágrafo único.** Os demais artigos da Portaria nº 08/2024 permanecem inalterados.

**Art. 5º.** A presente portaria entra em vigor na data de 01/11/2025.

Daiane Ferreira Chaves Avelar  
Secretaria Executiva do CISCEL



ANEXO ÚNICO

**TABELA DE PREÇOS REFERENCIAIS DE SERVIÇOS MÉDICOS UTILIZADA PARA PROCESSOS LICITATÓRIOS NO ÂMBITO DO CISCEL - 4º TRIMESTRE DE 2025**  
**Atualizada pela Portaria nº 36 de 29 de Outubro de 2025**

| <b>Grupo: Cintilografias</b>                                                         | <b>Estabelecimento<br/>CISCEL</b> | <b>Estabelecimento do<br/>prestador</b> | <b>Unid. de Saúde do município diferente do<br/>domicílio do prestador e zona rural de Itabira</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cintilografia De Coração Com Galio 67                                                | -                                 | 470,00                                  | -                                                                                                  |
| Cintilografia De Pulmão Por Perfusão Mínimo 4 Projeções                              | -                                 | 147,00                                  | -                                                                                                  |
| Cintilografia De Tireóide Com Ou Sem Captação                                        | -                                 | 99,00                                   | -                                                                                                  |
| Cintilografia Miocardica Esforço Repouso                                             | -                                 | 801,00                                  | -                                                                                                  |
| Cintilografia Para Determinação Do Tempo De Esvaziamento Gástrico                    | -                                 | 466,00                                  | -                                                                                                  |
| Cintilografia De Ossos Com Ou Sem Fluxo Sanguíneo Corpo Inteiro                      | -                                 | 205,00                                  | -                                                                                                  |
| Cintilografia De Paratireóides                                                       | -                                 | 335,00                                  | -                                                                                                  |
| Cintilografia De Pulmão Por Inalação Mínimo 2 Projeções                              | -                                 | 138,00                                  | -                                                                                                  |
| Cintilografia Renal Dinâmica                                                         | -                                 | 219,00                                  | -                                                                                                  |
| Cintilografia Renal Estática                                                         | -                                 | 145,00                                  | -                                                                                                  |
| Linfocintilografia                                                                   | -                                 | 151,00                                  | -                                                                                                  |
| Tratamento C/ Iodo 131 Para Hipertiroidismo Graves                                   | -                                 | 756,00                                  | -                                                                                                  |
| <b>Grupo: Consultas</b>                                                              | <b>Estabelecimento<br/>CISCEL</b> | <b>Estabelecimento do<br/>prestador</b> | <b>Unid. de Saúde do município diferente do<br/>domicílio do prestador e zona rural de Itabira</b> |
| Consulta De Alergologia                                                              | 68,50                             | 70,00                                   | 100,00                                                                                             |
| Consulta De Anestesiologia                                                           | 68,50                             | 70,00                                   | 100,00                                                                                             |
| Consulta De Angiologia                                                               | 68,50                             | 70,00                                   | 100,00                                                                                             |
| Consulta De Cardiologia                                                              | 68,50                             | 70,00                                   | 100,00                                                                                             |
| Consulta De Cirurgião Cabeça E Pescoço                                               | 68,50                             | 70,00                                   | 100,00                                                                                             |
| Consulta De Cirurgia Geral                                                           | 68,50                             | 70,00                                   | 100,00                                                                                             |
| Consulta De Coloproctologia                                                          | 68,50                             | 70,00                                   | 100,00                                                                                             |
| Consulta Da Dor                                                                      | 68,50                             | 70,00                                   | 100,00                                                                                             |
| Consulta De Dermatologia                                                             | 68,50                             | 70,00                                   | 100,00                                                                                             |
| Consulta De Endocrinologia                                                           | 68,50                             | 70,00                                   | 100,00                                                                                             |
| Consulta De Gastroenterologia                                                        | 68,50                             | 70,00                                   | 100,00                                                                                             |
| Consulta De Hematologia                                                              | 68,50                             | 70,00                                   | 100,00                                                                                             |
| Consulta De Infectologia                                                             | 68,50                             | 70,00                                   | 100,00                                                                                             |
| Consulta De Mastologia                                                               | 68,50                             | 70,00                                   | 100,00                                                                                             |
| Consulta De Medicina Do Trabalho                                                     | 68,50                             | 70,00                                   | 100,00                                                                                             |
| Consulta De Nefrologia                                                               | 68,50                             | 70,00                                   | 100,00                                                                                             |
| Consulta De Neurocirurgia -                                                          | 68,50                             | 70,00                                   | 100,00                                                                                             |
| Consulta De Neuropediatria                                                           | 68,50                             | 70,00                                   | 100,00                                                                                             |
| Consulta De Neurologia                                                               | 68,50                             | 70,00                                   | 100,00                                                                                             |
| Consulta De Ortopedia                                                                | 68,50                             | 70,00                                   | 100,00                                                                                             |
| Consulta De Otorrinolaringologia                                                     | 68,50                             | 70,00                                   | 100,00                                                                                             |
| Consulta De Pneumologia                                                              | 68,50                             | 70,00                                   | 100,00                                                                                             |
| Consulta De Reumatologia                                                             | 68,50                             | 70,00                                   | 100,00                                                                                             |
| Consulta De Urologia                                                                 | 68,50                             | 70,00                                   | 100,00                                                                                             |
| Consulta De Oftalmologia Incluindo Mapeamento De Retina E Tonometria De<br>Aplanação | 68,50                             | 75,00                                   | 100,00                                                                                             |
| Consulta De Oftalmologia - Especialista Em Retina                                    | 68,50                             | 75,00                                   | 100,00                                                                                             |
| Consulta De Oftalmologia Para Avaliação Pré E Pós Cirúrgica                          | 68,50                             | 75,00                                   | 100,00                                                                                             |
| Consulta De Oftalmologia - Programa Miguilim                                         | 81,18                             |                                         |                                                                                                    |
| Consulta de Pediatria                                                                |                                   | 70,00                                   | 100,00                                                                                             |



ANEXO ÚNICO

| Grupo: Terapias                                                                                                                                                       | Estabelecimento CISCEL | Estabelecimento do prestador | Unid. de Saúde do município diferente do domicílio do prestador e zona rural de Itabira |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Equoterapia Sessão                                                                                                                                                    | -                      | 70,00                        | -                                                                                       |
| Fisioterapia sessão domiciliar (na residência do paciente) ou no município diferente do domicílio fiscal do prestador.                                                | -                      | 47,50                        | 47,50                                                                                   |
| Fisioterapia Pediasuit                                                                                                                                                | -                      | 185,00                       | -                                                                                       |
| Fisioterapia Respiratoria E Motora Fonoaudiologia E Terapia Ocupacional Para Atraso De Desenvolvimento Neuropsicomotor Para Diagnostico De Hidrocefalia E Cardiopatia | -                      | 40,00                        | -                                                                                       |
| Fisioterapia no consultório próprio do prestador.                                                                                                                     | -                      | 25,00                        | -                                                                                       |
| Fonoaudiologia Sessão Domiciliar Ou No Município Diferente Do Domicílio Fiscal Do Prestador.                                                                          | -                      | 66,00                        | 66,00                                                                                   |
| Fonoaudiologia Sessão                                                                                                                                                 | -                      | 55,00                        |                                                                                         |
| Hidroterapia                                                                                                                                                          | -                      | 95,00                        | -                                                                                       |
| Neuropsicologia                                                                                                                                                       | -                      | 100,00                       | -                                                                                       |
| Consulta Nutricionista                                                                                                                                                | -                      | 43,00                        | -                                                                                       |
| Nutricionista - atendimento domiciliar no município CONSORCIADOS                                                                                                      | -                      | 60,00                        | -                                                                                       |
| Psicólogo - sessão atendimento no consultório próprio do prestador ou na unidade de saúde do Município CONSORCIADOS                                                   | -                      | 40,00                        | 40,00                                                                                   |
| Psicopedagogo - sessão atendimento no consultório próprio do prestador ou na unidade de saúde do município CONSORCIADOS)                                              |                        | 40,00                        | 40,00                                                                                   |
| Terapia ocupacional atendimento nos municípios CONSORCIADOS                                                                                                           | -                      | -                            | 60,00                                                                                   |
| Terapia Ocupacional                                                                                                                                                   | -                      | 35,00                        | -                                                                                       |
| Visão Subnormal                                                                                                                                                       | -                      | 200,00                       | -                                                                                       |
| Consulta Com Fisioterapeuta Osteopata Pediátrica                                                                                                                      |                        | 200,00                       |                                                                                         |
| Fisioterapia Osteopática Pediátrica -Sessão                                                                                                                           | -                      | 180,00                       | -                                                                                       |
| Sessão De Oxigenotarapia Hiperbárica                                                                                                                                  | -                      | 350,00                       | -                                                                                       |
| Neuropsicopedago                                                                                                                                                      | -                      | 100,00                       | 100,00                                                                                  |

| Grupo: Exames E Procedimentos Em Angiologia       | Estabelecimento CISCEL | Estabelecimento do prestador | Unid. de Saúde do município diferente do domicílio do prestador e zona rural de Itabira |
|---------------------------------------------------|------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Angioplastia Coronariana Com Implante De 01 Stent |                        | 10.350,00                    |                                                                                         |
| Angioplastia Coronariana Com Implante De 02 Stent |                        | 13.450,00                    |                                                                                         |
| Arteriografia 01 Membro                           | -                      | 2.350,00                     | -                                                                                       |
| Arteriografia 02 Membros                          | -                      | 2.750,00                     | -                                                                                       |
| Arteriografia Cerebral                            | -                      | 3.050,00                     | -                                                                                       |
| Angioplastia de Carótidas                         | -                      | R\$ 22.037,00                | -                                                                                       |
| Arteriografia de Carótida                         | -                      | R\$ 2.900,00                 | -                                                                                       |
| Arteriografia Renal                               | -                      | R\$ 2.750,00                 | -                                                                                       |
| Aorta Abdominal/Mesentérica/Pélvica               | -                      | R\$ 2.680,00                 | -                                                                                       |
| Aortografia mais Arteriografia de MMII            | -                      | R\$ 2.750,00                 | -                                                                                       |
| Angiotomografia Coronariana - Angio               | -                      | R\$ 1.060,00                 | -                                                                                       |
| Duplex Scan Arterial - Unilateral                 | 112,00                 | 150,00                       | 165,00                                                                                  |
| Duplex Scan De Aorta Iliaca                       | 110,00                 | 153,00                       | 153,00                                                                                  |
| Duplex Scan De Arterias Renais                    | 100,00                 | 142,00                       | 142,00                                                                                  |



ANEXO ÚNICO

|                                                                                                                |                               |                                     |                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Duplex Scan De Carotidas E Vertebrais                                                                          | 143,00                        | 165,00                              | 192,00                                                                                         |
| Duplex Scan Vasos Cervicais                                                                                    | 143,00                        | 165,00                              | 192,00                                                                                         |
| Duplex Scan Venoso - Unilateral                                                                                | 100,00                        | 142,00                              | 142,00                                                                                         |
| Sessão De Escleroterapia Com Espuma (O Médico Deverá Trazer O Medicamento)                                     | 430,00                        | 450,00                              | 490,00                                                                                         |
| <b>Grupo: Exames Cardiológicos</b>                                                                             | <b>Estabelecimento CISCEL</b> | <b>Estabelecimento do prestador</b> | <b>Unid. de Saúde do município diferente do domicílio do prestador e zona rural de Itabira</b> |
| Cateterismo Cardíaco No Município De Belo Horizonte                                                            | -                             | 1.400,00                            | -                                                                                              |
| Cateterismo Cardíaco No Município De Itabira                                                                   | -                             | 2.000,00                            | -                                                                                              |
| Ecocardiografia De Estresse Farmacológico                                                                      | -                             | 298,00                              | -                                                                                              |
| Ecocardiografia Transesofágica                                                                                 | -                             | 339,00                              | -                                                                                              |
| Ecocardiografia De Estresse (Esforço)                                                                          | -                             | 300,00                              | -                                                                                              |
| Ecocardiograma Fetal                                                                                           | -                             | 319,00                              | -                                                                                              |
| Ecodoplercardiograma                                                                                           | -                             | 126,00                              | -                                                                                              |
| Ecodoplercardiograma Infantil                                                                                  | -                             | 213,00                              | -                                                                                              |
| Eletrocardiograma - Ecg                                                                                        | -                             | 30,00                               | -                                                                                              |
| Laudo De Ecg                                                                                                   | -                             | 6,00                                | -                                                                                              |
| Mapa                                                                                                           | -                             | 103,00                              | -                                                                                              |
| Monitoramento Pelo Sistema Holter 24 Hs 3 Canais                                                               | -                             | 103,00                              | -                                                                                              |
| Teste Ergométrico                                                                                              | -                             | 80,00                               | -                                                                                              |
| <b>Grupo: Exames Dermatologicos</b>                                                                            | <b>Estabelecimento CISCEL</b> | <b>Estabelecimento do prestador</b> | <b>Unid. de Saúde do município diferente do domicílio do prestador e zona rural de Itabira</b> |
| Teste De Contato - Path Teste                                                                                  | -                             | 170,00                              | -                                                                                              |
| <b>Grupo: Exames Endoscopicos</b>                                                                              | <b>Estabelecimento CISCEL</b> | <b>Estabelecimento do prestador</b> | <b>Unid. de Saúde do município diferente do domicílio do prestador e zona rural de Itabira</b> |
| Colonoscopia Com Biópsia                                                                                       | -                             | 840,00                              | -                                                                                              |
| Colonoscopia Com Tatuagem                                                                                      | -                             | 1.320,00                            | -                                                                                              |
| Colonoscopia Mais Polypectomia                                                                                 | -                             | 1.560,00                            | -                                                                                              |
| Cromoscopia Para Colonoscopia                                                                                  | -                             | 480,00                              | -                                                                                              |
| Cromoscopia Para Endoscopia                                                                                    | -                             | 720,00                              | -                                                                                              |
| Dilatação Esofagica Do Esfincter Inferior Com Balão                                                            | -                             | 2.453,00                            | -                                                                                              |
| Endoscopia Digestiva Alta Com Ou Sem Biópsia E Teste De Urease Mais Anestesia (Présença Do Médico Anestesista) | -                             | 666,67                              | -                                                                                              |
| Endoscopia Digestiva Alta Com Hemostasia Mecânica                                                              | -                             | 1.440,00                            | -                                                                                              |
| Endoscopia Digestiva Alta Com Ou Sem Biópsia E Teste De Urease                                                 | -                             | 323,00                              | -                                                                                              |
| Endoscopia Digestiva Alta Com Passagem De Sne Ou Passagem De Sonda Via Endoscópica                             | -                             | 1.220,00                            | -                                                                                              |
| Endoscopia Digestiva Alta Com Troca De Sonda De Gastrostomia                                                   | -                             | 1.380,00                            | -                                                                                              |
| Endoscopia Digestiva Alta De Urgência                                                                          | -                             | 473,00                              | -                                                                                              |
| Endoscopia Digestiva Alta Com Ou Sem Biópsia E Teste De Urease Mais Retirada De Corpo Estranho                 | -                             | 950,00                              | -                                                                                              |
| Escleroterapia Para Endoscopia                                                                                 | -                             | 1.518,00                            | -                                                                                              |
| Gastrostomia Com Colocação De Button                                                                           | -                             | 3.480,00                            | -                                                                                              |
| Gastrostomia Endoscópica                                                                                       | -                             | 3.000,00                            | -                                                                                              |



ANEXO ÚNICO

|                                                                      |                               |                                     |                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hemostasia Do Cólon                                                  | -                             | 1.920,00                            | -                                                                                              |
| Ligadura Elástica Para Endoscopia                                    | -                             | 1.998,00                            | -                                                                                              |
| Magnificação Para Colonoscopia                                       | -                             | 480,00                              | -                                                                                              |
| Magnificação Para Endoscopia                                         | -                             | 826,60                              | -                                                                                              |
| Manometria Esofágica                                                 | -                             | 400,00                              | -                                                                                              |
| Mucosectomia Para Colonoscopia                                       | -                             | 1.666,00                            | -                                                                                              |
| Mucosectomia Para Endoscopia                                         | -                             | 1.500,00                            | -                                                                                              |
| Opme - Agulha Injetora Para Exame De Colonoscopias E Endoscopias     | -                             | 337,00                              | -                                                                                              |
| Opme - Alca Para Exame Colonoscopia E Endoscopia Com Polipectomia    | -                             | 229,00                              | -                                                                                              |
| Opme - Clip Para Exame De Colonoscopia E Endoscopia Com Polipectomia | -                             | 329,00                              | -                                                                                              |
| Opme - Endollop De Nylon Para Exame De Colonoscopia                  | -                             | 229,00                              | -                                                                                              |
| Ph Metria Esofágica                                                  | -                             | 400,00                              | -                                                                                              |
| Polipectomia Para Endoscopia                                         | -                             | 733,33                              | -                                                                                              |
| Retirada De Sonda De Gastrostomia                                    | -                             | 240,00                              | -                                                                                              |
| Retossigmoidoscopia Flexivel                                         | -                             | 283,33                              | -                                                                                              |
| Termocoagulação Para Colonoscopia                                    | -                             | 2.400,00                            | -                                                                                              |
| Termocoagulação Para Endoscopia                                      | -                             | 2.216,67                            | -                                                                                              |
| Teste Respiratório Para Cada Tipo De Carboidrato                     | -                             | 180,00                              | -                                                                                              |
| Teste Respiratório Para Supercrescimento Bacteriano                  | -                             | 180,00                              | -                                                                                              |
| Teste Respiratório Para Intolerância A Frutose                       | -                             | 343,33                              | -                                                                                              |
| Ultrassonografia Endoscópica Com Punção                              | -                             | 5.040,00                            | -                                                                                              |
| Colangiopancreatografia Retógrada Endoscópica - Cpre                 | -                             | 12.500,00                           | -                                                                                              |
| Manometria Anorretal                                                 | -                             | 900,00                              | -                                                                                              |
| <b>Grupo: Exames Laboratoriais</b>                                   | <b>Estabelecimento CISCEL</b> | <b>Estabelecimento do prestador</b> | <b>Unid. de Saúde do município diferente do domicílio do prestador e zona rural de Itabira</b> |
| 17 Cetoesteroides - 17 Ks [Urina 24 Horas] S/Acido                   | -                             | 40,00                               | -                                                                                              |
| Acetilcolina, Anticorpo Ligador Do Receptor                          | -                             | 400,00                              | -                                                                                              |
| Aluminio (Sangue)                                                    | -                             | 80,00                               | -                                                                                              |
| Amilase Urinaria                                                     | -                             | 35,00                               | -                                                                                              |
| Amitriptilina / Nortriptilina                                        | -                             | 310,00                              | -                                                                                              |
| Análise Cromossômica Por Array-Cgh 400K (Cgh+Snp)                    | -                             | 5.200,00                            | -                                                                                              |
| Anca C, Anti Neutrofilos                                             | -                             | 40,00                               | -                                                                                              |
| Anca P, Anti Neutrofilos                                             | -                             | 40,00                               | -                                                                                              |
| Anticoagulante Lupico                                                | -                             | 31,00                               | -                                                                                              |
| Anticorpos Anti Antígeno Hepático Solúvel                            | -                             | 458,00                              | -                                                                                              |
| Anticorpos Anti Hepatite E Igm                                       | -                             | 97,66                               | -                                                                                              |
| Anticorpos Anti Pneumococos Igg                                      | -                             | 315,00                              | -                                                                                              |
| Anticorpos Anti Raiva - Anti Rabico                                  | -                             | 180,00                              | -                                                                                              |
| Anticorpos Anti Rna Polimerase Tipo Iii                              | -                             | 450,00                              | -                                                                                              |
| Anticorpos Anti-Fosfolipase A2                                       | -                             | 970,00                              | -                                                                                              |
| Anticorpos Anti-Sintetase                                            | -                             | 800,00                              | -                                                                                              |
| Anticorpos Igg Anti Papiloma Humano                                  | -                             | 660,00                              | -                                                                                              |

ANEXO ÚNICO

|                                                              |   |          |   |
|--------------------------------------------------------------|---|----------|---|
| Antidesoxiribonuclease B                                     | - | 85,00    | - |
| Antígeno Tumoral Da Bexiga - Bta                             | - | 490,00   | - |
| Anti-Ilhotas Celulas Beta Pancreaticas                       | - | 90,00    | - |
| Apolipoproteína A                                            | - | 21,00    | - |
| Apolipoproteína B                                            | - | 21,00    | - |
| Aquaporina 4, Anticorpos Igg                                 | - | 400,00   | - |
| Arsenico Urinario                                            | - | 80,00    | - |
| Aspergillus Sp, Anti                                         | - | 42,00    | - |
| Bartonella Henselae, Anticorpos Igm E Igg                    | - | 210,00   | - |
| Bartonella Quintana, Anticorpos Igm E Igg                    | - | 560,00   | - |
| Beta 2 Glicoproteína I, Anticorpos Igg E Igm                 | - | 198,00   | - |
| Beta Caroteno                                                | - | 110,00   | - |
| Bicarbonato                                                  | - | 14,00    | - |
| Biotina                                                      | - | 360,00   | - |
| Blastomicose Sul Americana                                   | - | 105,00   | - |
| Bnp, Peptídeo Natriuretico Cereb                             | - | 230,00   | - |
| Brca1 E Brca2 - Sequenciamento Genico Completo               | - | 1.800,00 | - |
| C1Q Inibidor Funcional                                       | - | 85,00    | - |
| C1Q Inibidor Ou Esterase Quantitativo                        | - | 49,00    | - |
| Ca 27.29                                                     | - | 730,00   | - |
| Cadeia Kappa/Lambda Leve Livre                               | - | 480,00   | - |
| Cadmio Sangue                                                | - | 52,00    | - |
| Calprotectina Fecal                                          | - | 115,00   | - |
| Calreticulina, Screening                                     | - | 1.950,00 | - |
| Canabinoides                                                 | - | 50,00    | - |
| Carboidrato, Ca 125, Antígeno                                | - | 29,00    | - |
| Carboidrato, Ca 15-3, Antígeno                               | - | 29,00    | - |
| Carboidrato, Ca 19-9, Antígeno                               | - | 26,00    | - |
| Carboidrato, Ca 72-4 , Antígeno                              | - | 128,00   | - |
| Carboxihemoglobina                                           | - | 20,00    | - |
| Cardiolipina, Anti Elisa Iga                                 | - | 50,00    | - |
| Cariotipo Banda G                                            | - | 485,00   | - |
| Catecolaminas [U24H] - Com Acido Clorídrico - Dieta Especial | - | 70,00    | - |
| Catecolaminas Sangue                                         | - | 70,00    | - |
| Caxumba Igg                                                  | - | 41,00    | - |
| Caxumba Igm                                                  | - | 45,00    | - |
| Cd 16 Linfocitos Tipagem                                     | - | 200,00   | - |
| Centromero, Anticorpos Anti                                  | - | 35,00    | - |
| Chikungunya, Anticorpos Igg E Igm                            | - | 250,00   | - |
| Chikungunya, Diagnostico Molecular Qualitativo               | - | 450,00   | - |

ANEXO ÚNICO

|                                                    |   |        |   |
|----------------------------------------------------|---|--------|---|
| Cistatina C                                        | - | 78,00  | - |
| Cisticercose - Anticorpos Igg                      | - | 115,00 | - |
| Citologia De Escarro                               | - | 88,00  | - |
| Citologia De Escarro [Amostra]                     | - | 88,00  | - |
| Citologia Oncotica                                 | - | 380,00 | - |
| Citologia Oncotica Urinaria                        | - | 56,00  | - |
| Citomegalovirus Avidéz Igg                         | - | 110,00 | - |
| Citrulina, Anticorpos Anti                         | - | 99,00  | - |
| Clobazam, Dosagem                                  | - | 145,00 | - |
| Clorpromazina                                      | - | 450,00 | - |
| Cocaina Metabolitos Droga                          | - | 36,00  | - |
| Cofactor Ristocetina                               | - | 112,00 | - |
| Colinesterase Plasmatica                           | - | 20,00  | - |
| Complemento C1Q                                    | - | 85,00  | - |
| Complemento C5                                     | - | 76,00  | - |
| Complemento C8                                     | - | 550,00 | - |
| Complemento C9                                     | - | 250,00 | - |
| Complemento Serico C2                              | - | 125,00 | - |
| Complemento Serico Total - Ch100                   | - | 28,00  | - |
| Composto S, 11 Dioxicortisol                       | - | 50,42  | - |
| Coproporfirinas (Pesquisa) - Urina 24 Horas        | - | 45,00  | - |
| Creatina Quinase Mb - Massa                        | - | 38,00  | - |
| Creatinofosfoquinase - Isoenzimas                  | - | 150,00 | - |
| Cromo (Sangue)                                     | - | 35,00  | - |
| Cryptosporidium - Pesquisa                         | - | 20,00  | - |
| Cultura Baar [Por Amostra]                         | - | 31,00  | - |
| Curva De Tolerancia A Lactose                      | - | 25,00  | - |
| Curva Glic/Ins 2H E 30M [Jej,30,60,90,120,150,180] | - | 60,00  | - |
| Curva Glic/Ins 3H [Jej,30,60,90,180]               | - | 50,00  | - |
| Curva Glicemica 3H [Jejum,30,60,120,180] 5D        | - | 12,00  | - |
| Curva Glico/Insulinica 2 Horas [4 Dosagens]        | - | 60,00  | - |
| Curva Insulinica 3 Horas [6 Dosagens]              | - | 38,90  | - |
| Curva Tolerancia Lactose/Basal/60/120              | - | 120,00 | - |
| Diagnóstico Molecular (Pcr) Coronavírus Covid-19   | - | 286,67 | - |
| Digitoxina                                         | - | 75,00  | - |
| Digoxina                                           | - | 40,00  | - |
| Dihidrotestosterona Dht                            | - | 32,00  | - |
| Dimero D                                           | - | 76,00  | - |

ANEXO ÚNICO

|                                                   |   |          |   |
|---------------------------------------------------|---|----------|---|
| Dismorfismo Eritrocitario                         | - | 8,00     | - |
| Eca , Enzima Conversora Da Angiotensina           | - | 175,00   | - |
| Ectoparasitas Pesquisa                            | - | 32,00    | - |
| Ectoparasitas Pesquisa [2A. Amostra]              | - | 32,00    | - |
| Elastase Pancreatica Fecal                        | - | 93,00    | - |
| Endomisio, Anticorpos Anti Iga                    | - | 38,90    | - |
| Endomisio, Anticorpos Anti Igg                    | - | 38,90    | - |
| Endomisio, Anticorpos Anti Igm                    | - | 48,00    | - |
| Eosinofilos, Pesquisa 2 Amostra                   | - | 15,00    | - |
| Eritropoietina                                    | - | 92,00    | - |
| Estudo Genetico Da Apolipoproteina E              | - | 241,00   | - |
| Estudo Genético Da Hemocromatose Plus             | - | 540,00   | - |
| Estudo Genetico Das Microdelecoes No Cromossomo Y | - | 380,00   | - |
| Estudo Genético De Lhon                           | - | 2.650,00 | - |
| Estudo Genético Do Exoma Completo                 | - | 6.900,00 | - |
| Estudo Molecular De Dqa0501 E Dqb0201             | - | 310,00   | - |
| Estudo Molecular Hla Dq8-Dqa1*0301/Dqb1*0302      | - | 350,00   | - |
| Etanol                                            | - | 31,00    | - |
| Etosuximida                                       | - | 150,00   | - |
| Exame Toxicológico                                | - | 160,00   | - |
| Fator Ii Da Coagulação                            | - | 140,00   | - |
| Fator Intrinseco, Auto Anticorpos                 | - | 100,00   | - |
| Fator Ix (9) Funcional                            | - | 39,39    | - |
| Fator V De Leiden                                 | - | 99,00    | - |
| Fator Viii, Dosagem                               | - | 55,00    | - |
| Fator Von Willebrand                              | - | 90,00    | - |
| Fator X Da Coagulacao                             | - | 110,00   | - |
| Fator Xiii Da Coagulacao                          | - | 95,00    | - |
| Fenilalanina (Pku)                                | - | 12,00    | - |
| Fenilalanina Plasmatica                           | - | 12,00    | - |
| Fenilalanina Urina                                | - | 12,00    | - |
| Fenobarbital                                      | - | 32,00    | - |
| Filariose Sorologia                               | - | 62,00    | - |
| Fluoreto                                          | - | 66,00    | - |
| Fluoreto Urinario                                 | - | 50,00    | - |
| Fosfatase Alcalina Ossea                          | - | 40,00    | - |
| Frutosamina                                       | - | 11,00    | - |
| Gad, Anticorpos Anti                              | - | 86,90    | - |



ANEXO ÚNICO

|                                               |   |        |   |
|-----------------------------------------------|---|--------|---|
| Gasometria Arterial Ou Venosa                 | - | 15,50  | - |
| Gene Protrombina Mutacao                      | - | 156,00 | - |
| Genotipagem Do Hla Locus A, B                 | - | 428,00 | - |
| Genotipagem Do Hla Locus Dr, Dq               | - | 714,47 | - |
| Giardia Lamblia Elisa [Fezes]                 | - | 80,00  | - |
| Gliadina, Anticorpos Anti Iga                 | - | 25,00  | - |
| Gliadina, Anticorpos Anti Igg                 | - | 25,00  | - |
| Gliadina, Anticorpos Anti Igm                 | - | 30,00  | - |
| Glicemia Apos 100G Dextrosol 2H               | - | 10,00  | - |
| Globulina Transportadora De Hormonios Sexuais | - | 25,00  | - |
| Glutamato Dehidrogenase                       | - | 150,00 | - |
| Haloperidol Dosagem Sangue                    | - | 190,00 | - |
| Hanseniose Baar [1 Amostra]                   | - | 20,00  | - |
| Hemocromatose - C282Y Eh63D                   | - | 360,00 | - |
| Hemocromatose C282Y, H63D E S65C              | - | 180,00 | - |
| Hemoparasitas-Pesquisa                        | - | 30,00  | - |
| Hepatite B, Pcr Quantitativo                  | - | 285,00 | - |
| Hepatite D, Delta - Igm                       | - | 85,00  | - |
| Hepcidina                                     | - | 950,00 | - |
| Hidroxirolina Na Urina 24 Horas               | - | 150,00 | - |
| Histona, Anticorpos Anti                      | - | 38,00  | - |
| Hiv Pcr Quantitativo                          | - | 220,00 | - |
| Hla B27,Antigeno Pesquisa                     | - | 58,90  | - |
| Homocisteina                                  | - | 29,00  | - |
| Hormonio Antidiuretico - Vasopressina         | - | 85,00  | - |
| Hormonio Anti-Mulleriano                      | - | 450,00 | - |
| Ia2, Anticorpos Anti                          | - | 60,00  | - |
| Ige Especifico - C294 Dipirona                | - | 45,00  | - |
| Ige Especifico Para Diclofenaco (C281)        | - | 41,00  | - |
| Igfbp-3 (Proteina Ligadora 3 Do Igf           | - | 39,90  | - |
| Igg Subclasse                                 | - | 49,16  | - |
| Imunofenotipagem - Pannel Proliferativo       | - | 950,00 | - |
| Imunofixacao [Urina 24 Horas]                 | - | 125,00 | - |
| Imunofixacao Sanguinea                        | - | 36,00  | - |
| Imunoglobulina D Igd                          | - | 60,00  | - |
| Imunoglobulina G Igg                          | - | 42,00  | - |
| Iodo Em Urina Isolada                         | - | 45,00  | - |
| Isoaglutinas, Pesquisa                        | - | 30,00  | - |

ANEXO ÚNICO

|                                                               |   |          |   |
|---------------------------------------------------------------|---|----------|---|
| Isospora Belli - Pesquisa                                     | - | 20,00    | - |
| Isospora Belli - Pesquisa                                     | - | 30,00    | - |
| Jo-1, Auto Anticorpos Anti                                    | - | 39,00    | - |
| Lamotrigina                                                   | - | 74,00    | - |
| Leishmania Sorologia Igg [Donovani Igg E Igm]                 | - | 42,00    | - |
| Leishmaniose Canina Diluição Total - Sorologia (Elisa + Rifi) | - | 130,00   | - |
| Leishmaniose Visceral                                         | - | 62,00    | - |
| Leishmaniose, Pesquisa [Tegumentar]                           | - | 10,00    | - |
| Leptina                                                       | - | 98,00    | - |
| Leptospirose Anticorpos Igg                                   | - | 99,00    | - |
| Leptospirose Anticorpos Igm                                   | - | 99,00    | - |
| Leuprolida, Teste Do Estímulo                                 | - | 180,00   | - |
| Levetiracetam                                                 | - | 205,00   | - |
| Lipoproteína A                                                | - | 45,00    | - |
| Lkm-1/Klm, Anticorpos Anti                                    | - | 40,00    | - |
| Lyme, Anticorpos Igg Anti Borrelia Burgdorferi                | - | 60,00    | - |
| M2, Anticorpos                                                | - | 160,00   | - |
| Membrana Basal Glomerular Anticorpos                          | - | 70,00    | - |
| Mercurio - S/A [U24H]                                         | - | 80,00    | - |
| Mercurio Sanguíneo                                            | - | 37,00    | - |
| Metanefrinas [U24H] - Com Acido Clorídrico - Dieta Especial   | - | 70,00    | - |
| Micobactérias - Cultura                                       | - | 160,00   | - |
| Mutacao Do Gene Mthfr                                         | - | 190,00   | - |
| Mutacao V617F No Gene Jak2                                    | - | 480,00   | - |
| Mycobacterium Tuberculosis Detecção E Resistência             | - | 410,00   | - |
| Mycobacterium Tuberculosis, Pcr                               | - | 290,00   | - |
| Niquel Sérico                                                 | - | 78,00    | - |
| Nucleossomo, Anticorpos Anti                                  | - | 126,00   | - |
| Osmolalidade Sangue                                           | - | 35,00    | - |
| Osmolalidade Urina Recente                                    | - | 35,00    | - |
| Oxcarbazepina                                                 | - | 57,00    | - |
| Painel Para Câncer De Mama E Ovário Hereditários              | - | 2.225,00 | - |
| Paracoccidioidomicose, Sorologia                              | - | 49,00    | - |
| Parvovirus B19 Igg                                            | - | 42,50    | - |
| Parvovirus B19 Igm                                            | - | 42,50    | - |
| Pesquisa Molecular De Cromossomo X-Fragil                     | - | 1.750,00 | - |
| Polimorfismo Pai-1                                            | - | 190,00   | - |
| Porfirinas - Pesquisa                                         | - | 38,00    | - |
| Porfobilinogenio - Pesquisa                                   | - | 32,00    | - |
| Pre-Albumina                                                  | - | 60,00    | - |
| Predisposição À Hiperhomocisteinemia                          | - | 950,00   | - |



ANEXO ÚNICO

|                                                                                                                                                                                                                     |   |          |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----------|---|
| Propeptideo Aminoterminal Do Procolageno Tipo I                                                                                                                                                                     | - | 245,00   | - |
| Proteina C Funcional                                                                                                                                                                                                | - | 30,00    | - |
| Proteina S Antigenica Total                                                                                                                                                                                         | - | 690,00   | - |
| Proteina S Funcional                                                                                                                                                                                                | - | 110,00   | - |
| Proteina S Livre                                                                                                                                                                                                    | - | 110,00   | - |
| Proteina Transportadora Do Retinol                                                                                                                                                                                  | - | 140,00   | - |
| Proteinas Totais (Liquido Ascitico)                                                                                                                                                                                 | - | 30,00    | - |
| Psa Livre / Psa Total / Relacao                                                                                                                                                                                     | - | 25,90    | - |
| Risperidona                                                                                                                                                                                                         | - | 400,00   | - |
| Saccharomyces Cerevisiae, Anticorpos Igg E Iga                                                                                                                                                                      | - | 100,00   | - |
| Selenio                                                                                                                                                                                                             | - | 28,00    | - |
| Serotonina Serica                                                                                                                                                                                                   | - | 42,00    | - |
| Soro Amiloide A                                                                                                                                                                                                     | - | 150,00   | - |
| Sorologia Para Covid-19 (Igg)                                                                                                                                                                                       | - | 92,00    | - |
| Sorologia Para Covid-19 (Igm/Igg)                                                                                                                                                                                   | - | 187,00   | - |
| Sorologia Para Pneumococos (23 Sorotipos)                                                                                                                                                                           | - | 520,00   | - |
| T3 Livre                                                                                                                                                                                                            | - | 15,00    | - |
| T3 Reverso                                                                                                                                                                                                          | - | 99,00    | - |
| Tacrolimus Dosagem                                                                                                                                                                                                  | - | 150,00   | - |
| Telopeptideo, C Ctx-1                                                                                                                                                                                               | - | 80,00    | - |
| Tempo De Trombina                                                                                                                                                                                                   | - | 9,80     | - |
| 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\$1,21Por Km Rodado (Do Endereço Do Prestador Ao Endereço Da Coleta) | - | 286,67   | - |
| Teste De Detecção Do Coronavírus Por Rt-Pcr - O Exame Será Coletado No Município De Itabira E Nos Hospitais Hnsd E Hmcc.                                                                                            | - | 286,67   | - |
| Teste De Paternidade (Trio) - Db                                                                                                                                                                                    | - | 324,00   | - |
| Teste De Paternidade (Trio) - Hermes Pardini                                                                                                                                                                        | - | 324,00   | - |
| Teste Genético De Intolerância A Lactose                                                                                                                                                                            | - | 95,00    | - |
| Teste Rápido Chikungunya                                                                                                                                                                                            | - | 87,00    | - |
| Teste Rápido Zika Vírus Igg E Igm                                                                                                                                                                                   | - | 86,00    | - |
| Topiramato                                                                                                                                                                                                          | - | 260,00   | - |
| Toxina A E B Clostridium Difficile[1A. Amostra]                                                                                                                                                                     | - | 80,00    | - |
| Toxocara Igg                                                                                                                                                                                                        | - | 48,00    | - |
| Toxoplasmose, Aidez Igg                                                                                                                                                                                             | - | 34,00    | - |
| Trab, Ac Anti Receptor Tsh                                                                                                                                                                                          | - | 39,00    | - |
| Transglutaminase Ac Igg                                                                                                                                                                                             | - | 46,00    | - |
| Translocação Bcr-Abl - Quantitativo                                                                                                                                                                                 | - | 1.150,00 | - |
| Tripsina Imuno Reativa (Irt)                                                                                                                                                                                        | - | 153,00   | - |
| Triptase                                                                                                                                                                                                            | - | 390,00   | - |
| Troponina I                                                                                                                                                                                                         | - | 43,00    | - |
| Vitamina A                                                                                                                                                                                                          | - | 45,00    | - |
| Vitamina B1                                                                                                                                                                                                         | - | 85,00    | - |
| Vitamina B2                                                                                                                                                                                                         | - | 120,00   | - |
| Vitamina B5                                                                                                                                                                                                         | - | 850,00   | - |
| Vitamina B6                                                                                                                                                                                                         | - | 58,90    | - |



ANEXO ÚNICO

|                                                                                                                                                                                                                       |                        |                              |                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Vitamina C - Acido Ascorbico                                                                                                                                                                                          | -                      | 40,00                        | -                                                                                       |
| Vitamina D (1,25Dihidroxi)                                                                                                                                                                                            | -                      | 32,90                        | -                                                                                       |
| Vitamina E                                                                                                                                                                                                            | -                      | 49,90                        | -                                                                                       |
| Vitamina K                                                                                                                                                                                                            | -                      | 257,00                       | -                                                                                       |
| Xilose Urinaria- 5 Horas                                                                                                                                                                                              | -                      | 56,16                        | -                                                                                       |
| Zika Virus Anticorpos Igg                                                                                                                                                                                             | -                      | 287,00                       | -                                                                                       |
| Zika Virus Anticorpos Igm                                                                                                                                                                                             | -                      | 287,00                       | -                                                                                       |
| Zika Virus, Teste Molecular                                                                                                                                                                                           | -                      | 540,00                       | -                                                                                       |
| Estudo molecular da Síndrome Velocardiofacial por MLPA                                                                                                                                                                | -                      | 2800,00                      | -                                                                                       |
| COVID19 (TESTE RÁPIDO SWAB) ANTÍGENO                                                                                                                                                                                  | -                      | 32,00                        | -                                                                                       |
| FTA abs IGG                                                                                                                                                                                                           | -                      | 18,02                        | -                                                                                       |
| FTA abs IGM                                                                                                                                                                                                           | -                      | 25,00                        | -                                                                                       |
| MOG - Anticorpos IGG                                                                                                                                                                                                  | -                      | 752,33                       | -                                                                                       |
| Anticorpos Tiroquímicos Musculo Específica - Anti Musk                                                                                                                                                                | -                      | 750,00                       | -                                                                                       |
| Interferon GAMMA -IGRA- QUANTIFERON-TB GOLD PLUS                                                                                                                                                                      |                        | 280,00                       |                                                                                         |
| Grupo: Exames Neurológicos                                                                                                                                                                                            | Estabelecimento CISCEL | Estabelecimento do prestador | Unid. de Saúde do município diferente do domicílio do prestador e zona rural de Itabira |
| Eletroencefalograma - Eeg                                                                                                                                                                                             | -                      | 230,00                       | -                                                                                       |
| Eletroencefalograma Com Fotoestimulação - Eeg                                                                                                                                                                         | -                      | 213,33                       | -                                                                                       |
| Eletroencefalograma Em Sono E Vigília                                                                                                                                                                                 | -                      | 197,50                       | -                                                                                       |
| Eletroencefalograma Quantitativo Com Mapeamento Eeg                                                                                                                                                                   | -                      | 253,33                       | -                                                                                       |
| Eletroneuromiografia - 2 Membros                                                                                                                                                                                      | -                      | 300,00                       | -                                                                                       |
| Eletroneuromiografia - 4 Membros                                                                                                                                                                                      | -                      | 600,00                       | -                                                                                       |
| Eletroneuromiograma De Face                                                                                                                                                                                           | -                      | 300,00                       | -                                                                                       |
| Potencial Evocado Visual Binocular                                                                                                                                                                                    | -                      | 250,00                       | -                                                                                       |
| Tap Teste - Avaliação De Possível Resposta De Tratamento Cirúrgico Para Hidrocefalia De Pressão Normal                                                                                                                | -                      | 1.400,00                     | -                                                                                       |
| Grupo: Exames Oftalmológicos                                                                                                                                                                                          | Estabelecimento CISCEL | Estabelecimento do prestador | Unid. de Saúde do município diferente do domicílio do prestador e zona rural de Itabira |
| Acuidade Visual - Pam Monocular                                                                                                                                                                                       | -                      | 39,00                        | -                                                                                       |
| Anestesista Para Procedimentos Cirúrgicos Oftalmológicos - Valor Por Cirurgia                                                                                                                                         | 170,00                 | -                            | -                                                                                       |
| Angiofluorescenografia - Retinografia Fluorescente Binocular                                                                                                                                                          | 115,00                 | 200,00                       | -                                                                                       |
| Aplicação De Eylia - (Valor Inclui Mat/Med)                                                                                                                                                                           | -                      | 3.100,00                     | -                                                                                       |
| 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.      | 2.301,44               | 2.498,00                     | -                                                                                       |
| 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. | 350,00                 | -                            | -                                                                                       |
| Biometria Óptica Monocular                                                                                                                                                                                            | -                      | 100,00                       | -                                                                                       |
| Campo Visual Computadorizado Binocular                                                                                                                                                                                | 43,00                  | 56,00                        | -                                                                                       |
| Campo Visual Manual Binocular                                                                                                                                                                                         | -                      | 80,00                        | -                                                                                       |

ANEXO ÚNICO

|                                                                                                                                                                                                                              |          |           |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|---|
| Capsulotomia A Yag Laser - Monocular                                                                                                                                                                                         | 94,08    | 110,00    | - |
| Ciclocrioterapia Monocular. Valor Incluso Honorários Médicos - Anestesista Se Necessário E Mat/Med                                                                                                                           | -        | 3.500,00  | - |
| Cirurgia De Blefaroplastia Bilateral - Para Realização Desse Procedimento Deverá: * O Médico/ Cirurgião Trazer O Cautério E Acessórios Esterelizados                                                                         | 3.000,00 | 3.450,00  | - |
| Cirurgia De Catarata Com Retirada De Óleo De Silicone Monocular- Valor Incluso Honorários Médicos - Anestesista Se Necessário E Mat/Med                                                                                      | -        | 4.000,00  | - |
| 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)                                                       | 2.008,00 | -         | - |
| Cirurgia De Correção De Triquiase                                                                                                                                                                                            | -        | 1.800,00  | - |
| Cirurgia De Dacriocistorrinostomia Monocular. Valor Incluso Honorários Médicos - Anestesista Se Necessário E Mat/Med                                                                                                         | -        | 3.500,00  | - |
| Cirurgia De Estrabismo - Valor Incluso Honorários Médicos - Anestesista Se Necessário E Mat/Med.                                                                                                                             | -        | 5.000,00  | - |
| Cirurgia De Evisceração Monocular Com Implante - Valor Incluso Honorários Médicos - Anestesista Se Necessário E Mat/Med.                                                                                                     | -        | 13.500,00 | - |
| Cirurgia De Evisceração Monocular Sem Implante - Valor Incluso Honorários Médicos - Anestesista Se Necessário E Mat/Med.                                                                                                     | -        | 7.100,00  | - |
| Cirurgia De Facoemulsificação + Trabeculectomia Monocular . Valor Incluso Honorários Médicos - Anestesista Se Necessário E Mat/Med                                                                                           | -        | 3.500,00  | - |
| 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. | 425,00   | 1.005,00  | - |
| Cirurgia De Revisão De Trabeculectomia Monocular - Valor Incluso Honorários Médicos - Anestesista Se Necessário E Mat/Med                                                                                                    | -        | 2.500,00  | - |
| Cirurgia De Trabeculectomia + Mitomicina C Monocular -Valor Incluso Honorários Médicos - Anestesista Se Necessário E Mat/Med                                                                                                 | -        | 1.800,00  | - |
| Cirurgia De Vitrectomia Monocular - Valor Incluso Honorários Médicos - Anestesista Se Necessário E Mat/Med                                                                                                                   | -        | 4.350,00  | - |
| Cirurgia De Vitrectomia Posterior + Perfluocarbono +Endolaser+ Menranectomia Infusão De Gás C3F8 + Facoemulsificação + Lio - Valor Incluso Honorários Médicos - Anestesista Se Necessário E Mat/Med.                         | -        | 10.333,00 | - |
| Cirurgia De Vitrectomia Posterior Com Infusão De Perfluorcarbono E Endolaser Monocular- Valor Incluso Honorários Médicos - Anestesista Se Necessário E Mat/Med                                                               | -        | 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             | -        | 9.133,00  | - |

## ANEXO ÚNICO

|                                                                                                                                                                                                                                                    |          |          |   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|---|
| Cirurgia De Implante E Reimplante 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). | 1.180,00 | 1.850,00 | - |
| 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                                       | 250,00   | -        | - |
| Correção Cirúrgica De Entrópio Monocular - Valor Incluso Honorários Médicos - Anestesista Se Necessário E Mat/Med                                                                                                                                  | -        | 1.780,00 | - |
| Crosslinking Corneano Monocular - Valor Incluso Honorários Médicos - Anestesista Se Necessário E Mat/Med                                                                                                                                           | -        | 3.975,00 | - |
| Curva Diaria De Pressão - Biinocular                                                                                                                                                                                                               | 63,00    | 76,00    | - |
| Dacriocistografia                                                                                                                                                                                                                                  | -        | 600,00   | - |
| Ecobiometria A - Monocular                                                                                                                                                                                                                         | 30,00    | -        | - |
| Ecobiometria B - Monocular                                                                                                                                                                                                                         | 40,00    | -        | - |
| Eletrorretinograma Monocular                                                                                                                                                                                                                       | -        | 400,00   | - |
| Eletrorretinograma Monocular                                                                                                                                                                                                                       | -        | 400,00   | - |
| Exerese De Nodulos Palpebral Monocular. Para Realização Desses Procedimentos Deverá: * O Médico/ Cirurgião Realizar No Mínimo A Quantidade De 20 Procedimentos No Mesmo Dia.                                                                       | 250,00   | -        | - |
| Exerese De Calázio Monocular - Para Realização Desses Procedimentos Deverá: * O Médico/ Cirurgião Realizar No Mínimo A Quantidade De 20 Procedimentos No Mesmo Dia.                                                                                | 50,00    | -        | - |
| Exerese De Cisto Moll - Monocular Para Realização Desses Procedimentos Deverá: * O Médico/ Cirurgião Realizar No Mínimo A Quantidade De 20                                                                                                         | 215,00   | -        | - |
| Fotocoagulação A Laser Com Bloqueio Anestésico Monocular- Sessão                                                                                                                                                                                   | -        | 850,00   | - |
| Fotocoagulação A Laser -Sessão                                                                                                                                                                                                                     | -        | 100,00   | - |
| Gonioscopia - Binocular                                                                                                                                                                                                                            | 43,00    | 56,00    | - |
| Injecao De Avastim - Por Aplicação Para Realização Desse Procedimento Deverá: * O Médico/ Cirurgião Trazer A Medicação Do Procedimento A Ser                                                                                                       | 550,00   | 621,04   | - |
| Injeção Intravítea De Ozurdex Monocular (Valor Incluso Honorários Médicos E Mat/Med).                                                                                                                                                              | 4.365,34 | 4.562,00 | - |
| Injeção Intravitrea De Ozurdex Monocular - Valor Incluso Honorários Médicos E Mat/Med                                                                                                                                                              | -        | 4.562,00 | - |
| 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.                    | 990,00   | 1.580,00 | - |
| Iridectomia Yag A Laser De Yris Monocular                                                                                                                                                                                                          |          | 380,00   | - |
| Microscopia Especular Monocular                                                                                                                                                                                                                    |          | 150,00   | - |
| Oct Da Macula Com Angio-Oct Sem Contraste - Monocular                                                                                                                                                                                              |          | 280,00   | - |
| Opme: Ologen Para Cirurgia De Facoemulsificação + Trabeculectomia Monocular                                                                                                                                                                        | -        | 1.700,00 | - |
| Paquimetria Ultrassônica - Binocular                                                                                                                                                                                                               | 55,00    | 68,00    | - |
| Pentacam - Binocular                                                                                                                                                                                                                               | -        | 345,00   | - |



ANEXO ÚNICO

|                                                                                                                                                                               |                               |                                     |                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Retinografia Colorida - Binocular                                                                                                                                             | 47,00                         | 60,00                               | -                                                                                              |
| Sondagem De Via Lacrimal Em Criança Menor De 12 Anos Binocular                                                                                                                | -                             | 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.       | 55,00                         | -                                   | -                                                                                              |
| Teste De Função Lacrimal - Binocular                                                                                                                                          | -                             | 120,00                              | -                                                                                              |
| Teste De Lente Binocular                                                                                                                                                      | -                             | 70,00                               | -                                                                                              |
| Teste De Lente Mais Topografia De Cornea Binocular                                                                                                                            | -                             | 150,00                              | -                                                                                              |
| Teste De Sobrecarga Hídrica                                                                                                                                                   | -                             | 100,00                              | -                                                                                              |
| Teste De Visao De Cores - Binocular                                                                                                                                           | -                             | 70,00                               | -                                                                                              |
| Teste Ortóptico -Binocular                                                                                                                                                    | -                             | 70,00                               | -                                                                                              |
| Tomografia Oct - Monocular                                                                                                                                                    | -                             | 120,00                              | -                                                                                              |
| Topografia Computadorizada De Córnea- Binocular                                                                                                                               | -                             | 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. | 212,40                        | 350,00                              | -                                                                                              |
| Implante de Prótese Anti-Glaucomo                                                                                                                                             | -                             | 8000,00                             | -                                                                                              |
| Implante de Anel-intraestromal                                                                                                                                                | -                             | 8000,00                             | -                                                                                              |
| CIRURGIA DE VITRECTOMIA E CATARATA+LENTE INTRAOCULAR MONOCULAR                                                                                                                |                               | 5350,00                             |                                                                                                |
| <b>Grupo: Exames Otorrinolaringologia E Fonoaudiologia</b>                                                                                                                    | <b>Estabelecimento CISCEL</b> | <b>Estabelecimento do prestador</b> | <b>Unid. de Saúde do município diferente do domicílio do prestador e zona rural de Itabira</b> |
| Audiometria Completa Com Impedância Atendimento Com Equipamento Do Município Em Santa Barbara                                                                                 | -                             | 42,00                               | -                                                                                              |
| Audiometria Tonal E Vocal                                                                                                                                                     | -                             | 47,25                               | -                                                                                              |
| Audiometria Tonal E Vocal Mais Impedânciometria                                                                                                                               | -                             | 85,00                               | -                                                                                              |
| Audiometria Tonal Limiar Via Aérea Óssea Atendimento Com Equipamento Do Município Em Santa Barbara                                                                            | -                             | 20,00                               | -                                                                                              |
| Avaliacao Auditiva Comportamental                                                                                                                                             | -                             | 25,00                               | -                                                                                              |
| Bera - Criança Ou Adulto                                                                                                                                                      | -                             | 150,00                              | -                                                                                              |
| Emissoes Otoacusticas Atendimento Com Equipamento Do Município                                                                                                                | -                             | 15,00                               | -                                                                                              |
| Emissoes Otoacusticas Evocadas P Triagem Auditiva Teste Da Orelhinha                                                                                                          | -                             | 18,75                               | -                                                                                              |
| Fibronasolaringoscopia                                                                                                                                                        | 140,00                        | 153,50                              | -                                                                                              |
| Imitanciometria Atendimento Com Equipamento Do Município Em Santa Barbara                                                                                                     | -                             | 15,00                               | -                                                                                              |
| Impedânciometria                                                                                                                                                              | -                             | 37,75                               | -                                                                                              |
| Logaudiometria Ldv-Irf-Srt Audio Vocal Atendimento Com Equipamento Do Município Em Santa Bárbara                                                                              | -                             | 15,00                               | -                                                                                              |
| Polissonografia Acima De 18 Anos                                                                                                                                              | -                             | 450,00                              | -                                                                                              |
| Polissonografia Com Teste De Cpap Nasal                                                                                                                                       | -                             | 450,00                              | -                                                                                              |
| Processamento Auditivo Central                                                                                                                                                | -                             | 150,00                              | -                                                                                              |
| Testes Vestibulares                                                                                                                                                           | -                             | 74,00                               | -                                                                                              |
| Videodeglutograma                                                                                                                                                             | -                             | 390,00                              | -                                                                                              |
| Videolaringoestroboscopia                                                                                                                                                     | 150,00                        | 163,50                              | -                                                                                              |
| Videolaringoscopia                                                                                                                                                            | 145,00                        | 158,50                              | -                                                                                              |



ANEXO ÚNICO

| Grupo: Exames Pneumologicos                                                                   | Estabelecimento CISCEL | Estabelecimento do prestador | Unid. de Saúde do município diferente do domicílio do prestador e zona rural de Itabira |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Espirometria                                                                                  | -                      | 120,00                       | 120,00                                                                                  |
| Broncoscopia Com Biópsia Transbronquica E/Ou Com Ou Sem Aspirado Ou Lavado Bronquio Bilateral | -                      | 1.250,00                     | -                                                                                       |
| Grupo: Exames Reumatológicos                                                                  | Estabelecimento CISCEL | Estabelecimento do prestador | Unid. de Saúde do município diferente do domicílio do prestador e zona rural de Itabira |
| Capilaroscopia Periungueal                                                                    | -                      | 432,50                       | -                                                                                       |
| Grupo: Exames Radiologicos                                                                    | Estabelecimento CISCEL | Estabelecimento do prestador | Unid. de Saúde do município diferente do domicílio do prestador e zona rural de Itabira |
| Densitometria Óssea                                                                           | -                      | 122,00                       | -                                                                                       |
| Escanometria                                                                                  | -                      | 15,54                        | -                                                                                       |
| Histerossalpingografia                                                                        | -                      | 150,00                       | -                                                                                       |
| Mamografia Digital                                                                            | -                      | 90,00                        | -                                                                                       |
| Radiografia De Abdomên Agudo Mínimo De 3 Incidencias                                          | -                      | 18,36                        | -                                                                                       |
| Radiografia De Abdomên Ap Lateral Localizada                                                  | -                      | 12,88                        | -                                                                                       |
| Radiografia De Abdomên Simples Ap                                                             | -                      | 14,34                        | -                                                                                       |
| Radiografia De Antebraço                                                                      | -                      | 12,84                        | -                                                                                       |
| Radiografia De Arcada Zigomático-Malar Ap Obliquas                                            | -                      | 13,92                        | -                                                                                       |
| Radiografia De Articulação Acromio-Clavicular                                                 | -                      | 15,54                        | -                                                                                       |
| Radiografia De Articulação Coxo-Femoral                                                       | -                      | 15,54                        | -                                                                                       |
| Radiografia De Articulação Escapulo-Umeral                                                    | -                      | 15,54                        | -                                                                                       |
| Radiografia De Articulação Esterno-Clavicular                                                 | -                      | 15,54                        | -                                                                                       |
| Radiografia De Articulação Sacro-Iliaca                                                       | -                      | 15,54                        | -                                                                                       |
| Radiografia De Articulação Temporo-Mandibular Bilateral                                       | -                      | 16,76                        | -                                                                                       |
| Radiografia De Articulação Tibio-Tarsica- Tornozelo                                           | -                      | 15,54                        | -                                                                                       |
| Radiografia De Bacia                                                                          | -                      | 15,54                        | -                                                                                       |
| Radiografia De Braço                                                                          | -                      | 15,54                        | -                                                                                       |
| Radiografia De Calcâneo                                                                       | -                      | 13,00                        | -                                                                                       |
| Radiografia De Cavum Lateral Hirtz                                                            | -                      | 13,76                        | -                                                                                       |
| Radiografia De Clavicula                                                                      | -                      | 14,80                        | -                                                                                       |
| Radiografia De Coluna Cervical Ap Lateral To Obliquas                                         | -                      | 16,66                        | -                                                                                       |
| Radiografia De Coluna Lombo-Sacra                                                             | -                      | 21,92                        | -                                                                                       |
| Radiografia De Coluna Toracica Ou Dorsal Ap Lateral                                           | -                      | 18,32                        | -                                                                                       |
| Radiografia De Coluna Toraco-Lombar                                                           | -                      | 19,46                        | -                                                                                       |
| Radiografia De Costelas Por Hemitórax                                                         | -                      | 16,74                        | -                                                                                       |
| Radiografia De Cotovelo                                                                       | -                      | 11,80                        | -                                                                                       |
| Radiografia De Coxa                                                                           | -                      | 17,88                        | -                                                                                       |
| Radiografia De Crânio Pa Lateral                                                              | -                      | 15,04                        | -                                                                                       |
| Radiografia De Esofago                                                                        | -                      | 30,00                        | -                                                                                       |
| Radiografia De Esterno                                                                        | -                      | 15,96                        | -                                                                                       |
| Radiografia De Intestino Delgado Transito                                                     | -                      | 95,18                        | -                                                                                       |



ANEXO ÚNICO

|                                                                            |                       |                          |                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Radiografia De Joelho Ap Lateral                                           | -                     | 13,56                    | -                                                                                       |
| Radiografia De Laringe                                                     | -                     | 12,60                    | -                                                                                       |
| Radiografia De Mão                                                         | -                     | 12,60                    | -                                                                                       |
| Radiografia De Mão E Punho P Determinacao De Idade Óssea                   | -                     | 12,00                    | -                                                                                       |
| Radiografia De Mastoide Rochedos Bilateral                                 | -                     | 18,06                    | -                                                                                       |
| Radiografia De Ombro Tres Posicoes                                         | -                     | 14,98                    | -                                                                                       |
| Radiografia De Ossos Da Face Mn Lateral Hirtz                              | -                     | 16,76                    | -                                                                                       |
| Radiografia De Pé, Dedos Do Pé                                             | -                     | 13,56                    | -                                                                                       |
| Radiografia De Perna                                                       | -                     | 17,88                    | -                                                                                       |
| Radiografia De Punho Ap Lateral Obliqua                                    | -                     | 13,82                    | -                                                                                       |
| Radiografia De Região Sacro-Coccigea                                       | -                     | 15,60                    | -                                                                                       |
| Radiografia De Seios Da Face Fn Mn Lateral Hirtz                           | -                     | 14,64                    | -                                                                                       |
| Radiografia De Sela Tursica Pa Lateral Bretton                             | -                     | 14,40                    | -                                                                                       |
| Radiografia De Tórax Pa                                                    | -                     | 13,76                    | -                                                                                       |
| Radiografia De Tórax Pa E Perfil                                           | -                     | 19,00                    | -                                                                                       |
| RADIOGRAFIA DE URETOCISTOGRAFIA MICCIONAL E RETROGADA - ADULTO             | -                     | 834,00                   | -                                                                                       |
| RADIOGRAFIA DE URETOCISTOGRAFIA MICCIONAL E RETROGADA - INFANTIL           | -                     | 834,00                   | -                                                                                       |
| Radiografia De Uretografia Excretora                                       | -                     | 135,00                   | -                                                                                       |
| Radiografia De Uretografia Retograda                                       | -                     | 125,00                   | -                                                                                       |
| Radiografia Digital Seios Da Face                                          | -                     | 110,00                   | -                                                                                       |
| Radiografia Enema Opaco Duplo Contraste                                    | -                     | 654,00                   | -                                                                                       |
| Radiografia Panorâmica De Coluna Total - Telespondilografia Para Escoliose | -                     | 75,00                    | -                                                                                       |
| Radiografia Panorâmica De Mandibula                                        | -                     | 12,98                    | -                                                                                       |
| Radiografia Reed- Esofago Estomago E Duodeno                               | -                     | 401,00                   | -                                                                                       |
| Radiografia Urografia Excretora                                            | -                     | 588,95                   | -                                                                                       |
| Raio X Articulação Temporomandibular Bilateral                             | -                     | 85,00                    | -                                                                                       |
| Grupo: Exames Urológicos                                                   | Consultório do CISCEL | Consultório do Prestador | Unid. de Saúde do município diferente do domicílio do prestador e zona rural de Itabira |
| Estudo Urodinâmico                                                         | -                     | 270,00                   | -                                                                                       |
| Grupo: Análise De Material Para Fins Diagnosticos                          | Consultório do CISCEL | Consultório do Prestador | Unid. de Saúde do município diferente do domicílio do prestador e zona rural de Itabira |
| Analise De Biópsia De Medula Óssea                                         | -                     | 150,00                   | -                                                                                       |
| Analise De Biópsia Hepática Guiada Por Ultrassom Acima De 03 Centímetros   | -                     | 220,00                   | -                                                                                       |
| Analise De Biópsia Hepática Guiada Por Ultrassom Menos De 03 Centímetros   | -                     | 120,00                   | -                                                                                       |
| Analise Para Biópsia De Fibrobroncoscopia                                  | -                     | 400,00                   | -                                                                                       |
| Analise Por Microscopia Eletronica De Biópsia Renal                        | -                     | 650,00                   | -                                                                                       |
| Biópsia De Medula Óssea- Coleta                                            | -                     | 504,00                   | -                                                                                       |



ANEXO ÚNICO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                               |                                     |                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Biópsia De Pele E Partes Moles Com Opme                                                                                                                                                                                                                                                                                | -                             | 189,90                              | -                                                                                              |
| Biópsia Hepática Guiada Por Ultrasson Ultrasson De Abdômen Superior                                                                                                                                                                                                                                                    | -                             | 814,00                              | -                                                                                              |
| Eletrocoagulação De Verrugas                                                                                                                                                                                                                                                                                           | -                             | 56,64                               | -                                                                                              |
| Estudo Em Imunohistoquimica                                                                                                                                                                                                                                                                                            | -                             | 550,00                              | -                                                                                              |
| Exame De Anátomo Patológico                                                                                                                                                                                                                                                                                            | -                             | 54,67                               | -                                                                                              |
| Exame De Citologia                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | -                             | 22,67                               | -                                                                                              |
| Exerese De Lesão De Pele E Anexos                                                                                                                                                                                                                                                                                      | -                             | 192,92                              | -                                                                                              |
| Imunohistoquimica De Lesão Do Trato Gastrointestinal                                                                                                                                                                                                                                                                   | -                             | 600,00                              | -                                                                                              |
| Mielograma Com Análise                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | -                             | 631,00                              | -                                                                                              |
| Painel De Imunofluorescência Com Microscopia Óptica                                                                                                                                                                                                                                                                    | -                             | 550,00                              | -                                                                                              |
| <b>Grupo: Procedimentos Ortopédicos</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Estabelecimento CISCEL</b> | <b>Estabelecimento do prestador</b> | <b>Unid. de Saúde do município diferente do domicílio do prestador e zona rural de Itabira</b> |
| 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                                                                                                    | -                             | 3.016,60                            | -                                                                                              |
| Bloqueio De Nervo Supra Escapular - Por Aplicação (Valor Inclui Material Médico)                                                                                                                                                                                                                                       | -                             | 200,00                              | -                                                                                              |
| Infiltração Articular - Por Aplicação (Valor Inclui Material Médico)                                                                                                                                                                                                                                                   | -                             | 200,00                              | 200,00                                                                                         |
| Infiltração Com Triancil - Por Aplicação (Valor Inclui Material Médico)                                                                                                                                                                                                                                                | -                             | 200,00                              | 200,00                                                                                         |
| <b>Grupo: Remocoes Uti Ambulâncias</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Estabelecimento CISCEL</b> | <b>Estabelecimento do prestador</b> | <b>Unid. de Saúde do município diferente do domicílio do prestador e zona rural de Itabira</b> |
| 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 O Paciente Para Cidade De Origem. Obs.: O Excedente A 350 Km, Será Pago O Valor De 11,72 Km Rodado. Referência De Cálculo Pelo Google Maps.         | -                             | 3.671,63                            | -                                                                                              |
| 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 Paracidade De Origem. O Excedente A 350Km, Será Pago O Valor De R\$ 11,72 Km Rodado. | -                             | 4.428,43                            | -                                                                                              |
| 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.                                                                                                                                         | -                             | 3.002,08                            | -                                                                                              |
| Uti Móvel - Remoção Interna Dentro Do Próprio Município, Com Ou Sem Retorno Ou Entre Municípios Consorciados Até 40 Km Considerando Ida E Volta.                                                                                                                                                                       | -                             | 1.795,50                            | -                                                                                              |
| 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\$11,72 Km Rodado.                                                 | -                             | 5.045,33                            | -                                                                                              |
| Uti Móvel - Transporte Cancelado Após Deslocamenteo Da Equipe De Uti Móvel, Dentro Do Próprio Município Do Contratado.                                                                                                                                                                                                 | -                             | 1.024,49                            | -                                                                                              |
| Ambulância Básica - Remoção Das Cidades De Abrangência Do Ciscel Para Belo Horizonte U 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 6,01 Km Rodado.                                                       | -                             | 1.586,30                            | -                                                                                              |



ANEXO ÚNICO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                               |                                     |                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ambulância Básica - Remoção Das Cidades De Abrangência Do Ciscel Para Belo Horizonte U 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\$6,01 Km Rodado.                         | -                             | 1.949,83                            | -                                                                                              |
| Ambulância Básica - Remoção Das Cidades De Abrangência Do Ciscel Para Itabira/João Monlevade, Com Ou Sem Retorno Para Cidade De Origem.                                                                                                                                                                                                              | -                             | 1.255,82                            | -                                                                                              |
| Ambulância Básica - Remoção Interna Dentro Do Próprio Município, Com Ou Sem Retorno Ou Entre Municípios Consorciados Até 40Km, Considerando Ida E Volta.                                                                                                                                                                                             | -                             | 773,33                              | -                                                                                              |
| Ambulância Básica - Transporte Cancelado Após Deslocamenteo Da Ambulância, Dentro Do Próprio Município Do Contratado.                                                                                                                                                                                                                                | -                             | 396,58                              | -                                                                                              |
| 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\$11,72 Km Rodado. Referência De Cálculo Pelo Google Maps.    | -                             | 4.250,00                            | -                                                                                              |
| Uti Móvel Pediátrica ( 29Dias 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\$11,72 Km Rodado. | -                             | 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.                                                                                                                                        | -                             | 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.                                                                                                                                                                      | -                             | 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.                                                                                                                                                                                                 | -                             | 950,00                              | -                                                                                              |
| Km Rodado Uti                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | -                             | 11,72                               | -                                                                                              |
| Km Rodado Básica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | -                             | 6,01                                | -                                                                                              |
| Ambulância Para Suporte Básico Tipo B Para Eventos (Por Hora)                                                                                                                                                                                                                                                                                        | -                             | 276,00                              | -                                                                                              |
| Ambulância Para Suporte Avançado Tipo D Para Eventos (Por Hora)                                                                                                                                                                                                                                                                                      | -                             | 660,00                              | -                                                                                              |
| <b>Grupo: Ressonâncias Magnéticas</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Estabelecimento CISCEL</b> | <b>Estabelecimento do prestador</b> | <b>Unid. de Saúde do município diferente do domicílio do prestador e zona rural de Itabira</b> |
| Angioressonância ( Qualquer Órgão)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | -                             | 510,00                              | -                                                                                              |
| Contraste Adicional Para Ressonância Magnética                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | -                             | 110,00                              | -                                                                                              |
| Contraste Hepato Específico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | -                             | 440,00                              | -                                                                                              |
| Defeco Ressonância                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | -                             | 753,00                              | -                                                                                              |
| Ressonância Magnética De Abdomên Superior                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | -                             | 510,00                              | -                                                                                              |
| Ressonância Magnética De Bacia Pelve Abdomên Inferior                                                                                                                                                                                                                                                                                                | -                             | 510,00                              | -                                                                                              |
| Ressonância Magnética De Coluna Cervical Pescoço                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | -                             | 510,00                              | -                                                                                              |
| Ressonância Magnética De Coluna Lombo-Sacra                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | -                             | 510,00                              | -                                                                                              |



ANEXO ÚNICO

|                                                                                 |                               |                                     |                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ressonância Magnética De Coluna Torácica                                        | -                             | 510,00                              | -                                                                                              |
| Ressonância Magnética De Crânio                                                 | -                             | 510,00                              | -                                                                                              |
| Ressonância Magnética De Face                                                   | -                             | 510,00                              | -                                                                                              |
| Ressonância Magnética De Mama - Unilateral                                      | -                             | 510,00                              | -                                                                                              |
| Ressonância Magnética De Mastoides                                              | -                             | 510,00                              | -                                                                                              |
| Ressonância Magnética De Membro Inferior - Unilateral                           | -                             | 510,00                              | -                                                                                              |
| Ressonância Magnética De Membro Superior - Unilateral                           | -                             | 510,00                              | -                                                                                              |
| Ressonância Magnética De Orbitas                                                | -                             | 510,00                              | -                                                                                              |
| Ressonância Magnética De Prostata                                               | -                             | 510,00                              | -                                                                                              |
| Ressonância Magnética De Sela Túrcica                                           | -                             | 510,00                              | -                                                                                              |
| Ressonância Magnética De Tórax                                                  | -                             | 510,00                              | -                                                                                              |
| Ressonância Magnética De Vias Biliares Colangiorressonância                     | -                             | 510,00                              | -                                                                                              |
| Ressonância Magnética Miocárdica                                                | -                             | 810,00                              | -                                                                                              |
| Ressonância Magnética De Abdomen Total Com Enterorressonância                   | -                             | 1.044,00                            | -                                                                                              |
| RESSONANCIA MAGNETICA AXILAR UNILATERAL                                         |                               | 510,00                              |                                                                                                |
| <b>Grupo: Ressonâncias Magnéticas Com Sedação</b>                               | <b>Estabelecimento CISCEL</b> | <b>Estabelecimento do prestador</b> | <b>Unid. de Saúde do município diferente do domicílio do prestador e zona rural de Itabira</b> |
| Angioressonância Cerebral Com Sedação                                           | -                             | 1.132,00                            | -                                                                                              |
| Angioressonância De Aorta Torácica Com Sedação                                  | -                             | 1.132,00                            | -                                                                                              |
| Hidro- Rm-Colangio-Rm-Uro-Rm-Mirlo-Rm-Sialo-Rm- Cistografia Rm Com Sedação      | -                             | 856,00                              | -                                                                                              |
| Ressonância De Orbitas Com Sedação                                              | -                             | 1.000,00                            | -                                                                                              |
| Ressonância Magnética Articular Com Sedação                                     | -                             | 1.056,00                            | -                                                                                              |
| Ressonância Magnética Com Espectroscopia Com Sedação                            | -                             | 456,00                              | -                                                                                              |
| Ressonância Magnética De Abdomên Superior Com Sedação                           | -                             | 1.056,00                            | -                                                                                              |
| Ressonância Magnética De Abdomên Total Com Sedação                              | -                             | 1.760,00                            | -                                                                                              |
| Ressonância Magnética De Articulação Temporo-Mandibular - Bilateral Com Sedação | -                             | 1.056,00                            | -                                                                                              |
| Ressonância Magnética De Bacia -Articulacoes Sacroiliacas- Com Sedação          | -                             | 1.056,00                            | -                                                                                              |
| Ressonância Magnética De Coluna Cervical Com Sedação                            | -                             | 1.056,00                            | -                                                                                              |
| Ressonância Magnética De Coluna Lombo-Sacra Com Sedação                         | -                             | 1.056,00                            | -                                                                                              |
| Ressonância Magnética De Coluna Torácica Com Sedação                            | -                             | 1.056,00                            | -                                                                                              |
| Ressonância Magnética De Crânio Com Sedação                                     | -                             | 1.056,00                            | -                                                                                              |
| Ressonância Magnética De Face-Inclui Seios Da Face- Com Sedação                 | -                             | 1.056,00                            | -                                                                                              |
| Ressonância Magnética De Joelho - Unilateral Com Sedação                        | -                             | 1.056,00                            | -                                                                                              |
| Ressonância Magnética De Mama Com Sedação                                       | -                             | 1.056,00                            | -                                                                                              |
| Ressonância Magnética De Membro Superior - Unilateral Com Sedação               | -                             | 1.056,00                            | -                                                                                              |
| Ressonância Magnética De Orbita Com Sedação                                     | -                             | 1.020,00                            | -                                                                                              |
| Ressonância Magnética De Ossos Temporais - Bilateral Com Sedação                | -                             | 1.056,00                            | -                                                                                              |
| Ressonância Magnética De Pelve - Nao Inclui Art Coxofemorais Com Sedação        | -                             | 1.056,00                            | -                                                                                              |
| Ressonância Magnética De Perna - Unilateral Com Sedação                         | -                             | 1.056,00                            | -                                                                                              |



ANEXO ÚNICO

|                                                                                                                                         |                               |                                     |                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ressonância Magnética De Pescoço Com Sedação                                                                                            | -                             | 1.056,00                            | -                                                                                              |
| Ressonância Magnética De Plexo Braquial Ou Lombossacral Com Sedação                                                                     | -                             | 1.056,00                            | -                                                                                              |
| Ressonância Magnética De Tórax Com Sedação                                                                                              | -                             | 1.056,00                            | -                                                                                              |
| <b>Grupo: Tomografias Computadorizadas</b>                                                                                              | <b>Estabelecimento CISCEL</b> | <b>Estabelecimento do prestador</b> | <b>Unid. de Saúde do município diferente do domicílio do prestador e zona rural de Itabira</b> |
| Angiotomografia Coronariana Com Escore De Calcio Com Ou Sem Contraste                                                                   | -                             | 2.120,00                            | -                                                                                              |
| Angiotomografia De Regiao Cervical Sem Sedacao                                                                                          | -                             | 752,00                              | -                                                                                              |
| Angiotomografia De Abdomên                                                                                                              | -                             | 270,00                              | -                                                                                              |
| Angiotomografia De Aorta Torácica Sem Sedação                                                                                           | -                             | 752,00                              | -                                                                                              |
| Angiotomografia De Tórax                                                                                                                | -                             | 752,00                              | -                                                                                              |
| Contraste Adicional Para Tomografia Computadorizada                                                                                     | -                             | 110,00                              | -                                                                                              |
| Elastografia Hepática                                                                                                                   | -                             | 710,00                              | -                                                                                              |
| Enterotomografia De Abbomen Total                                                                                                       | -                             | 984,00                              | -                                                                                              |
| Tomografia Computadorizada De Abdomên Superior ( Fígado, Baço, Pâncreas E Rins)                                                         | -                             | 217,00                              | -                                                                                              |
| Tomografia Computadorizada De Abdomên Total ( Abdomên Superior + Abdomên Inferior)                                                      | -                             | 388,00                              | -                                                                                              |
| Tomografia Computadorizada De Articulacoes - Esterno Clavicular Ombros Cotovelos Punhos Sacro Iliacas                                   | -                             | 187,00                              | -                                                                                              |
| Tomografia Computadorizada De Cada Segmento Adicional Para Coluna                                                                       | -                             | 62,00                               | -                                                                                              |
| Tomografia Computadorizada de Coluna Cervical (cada 3 segmentos)                                                                        | -                             | 160,00                              | -                                                                                              |
| Tomografia Computadorizada de Coluna de Coluna Lombo-Sacra (cada 3 segmentos)                                                           | -                             | 157,00                              | -                                                                                              |
| Tomografia Computadorizada de Coluna de Coluna Toracica (cada 3 segmentos)                                                              | -                             | 163,00                              | -                                                                                              |
| Tomografia Computadorizada De Face Seios Da Face Articulacoes Temporo-Mandibulares                                                      | -                             | 161,00                              | -                                                                                              |
| Tomografia Computadorizada De Mandibula Maxilar                                                                                         | -                             | 144,00                              | -                                                                                              |
| Tomografia Computadorizada De Mastoides Ou Ouvidos                                                                                      | -                             | 144,00                              | -                                                                                              |
| Tomografia Computadorizada De Pelve Bacia Abdomên Inferior                                                                              | -                             | 217,00                              | -                                                                                              |
| Tomografia Computadorizada De Segmentos Apendiculares - Braço Antebraço Mão Coxa Perna Pe                                               | -                             | 144,00                              | -                                                                                              |
| Tomografia Computadorizada De Tórax                                                                                                     | -                             | 214,00                              | -                                                                                              |
| Tomografia Computadorizada Do Crânio Ou Sela Túrcica Ou Orbitas Ou Encéfalo                                                             | -                             | 146,00                              | -                                                                                              |
| Tomografia Computadorizada Do Pescoço                                                                                                   | -                             | 146,00                              | -                                                                                              |
| Tomografia Computadorizada Renal                                                                                                        | -                             | 333,00                              | -                                                                                              |
| Tomografia Computadorizada De Abdômen Total - Abdômen Superior Mais Abdômen Inferior - Atendimento De Urgência Em Horário Não Comercial | -                             | 332,00                              | -                                                                                              |
| Tomografia Computadorizada De Tórax - Atendimento De Urgência Em Horário Não Comercial                                                  | -                             | 214,00                              | -                                                                                              |
| Tomografia Computadorizada Do Crânio Ou Sela Turcica Ou Órbitas - Atendimento De Urgência Em Horário Não Comercial                      | -                             | 150,00                              | -                                                                                              |
| Tomografia De Dente                                                                                                                     | -                             | 150,00                              | -                                                                                              |
| Tomografia Por Emissão De Pósitrons Pet-Ct                                                                                              | -                             | 4.010,00                            | -                                                                                              |
| Angiotomografia De Crânio                                                                                                               | -                             | 630,00                              | -                                                                                              |
| <b>Grupo: Tomografias Computadorizadas Com Sedação</b>                                                                                  | <b>Estabelecimento CISCEL</b> | <b>Estabelecimento do prestador</b> | <b>Unid. de Saúde do município diferente do domicílio do prestador e zona rural de Itabira</b> |
| Angiotomografia De Crânio Com Sedação                                                                                                   | -                             | 1.058,00                            | -                                                                                              |



ANEXO ÚNICO

|                                                                                           |                               |                                     |                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tomografia Computadorizada De Abdomên Superior Com Sedação                                | -                             | 745,00                              | -                                                                                              |
| Tomografia Computadorizada De Abdomên Total Com Sedação                                   | -                             | 704,00                              | -                                                                                              |
| Tomografia Computadorizada De Articulação - Unilateral Com Sedação                        | -                             | 540,00                              | -                                                                                              |
| Tomografia Computadorizada De Bacia Com Sedação                                           | -                             | 540,00                              | -                                                                                              |
| Tomografia Computadorizada De Cada Segmento Adicional Para Coluna Com Sedação             | -                             | 360,00                              | -                                                                                              |
| Tomografia Computadorizada de Coluna Cervical COM SEDAÇÃO (cada 3 segmentos)              | -                             | 542,00                              | -                                                                                              |
| Tomografia Computadorizada de Coluna de Coluna Lombo-Sacra Com sedação (cada 3 segmentos) | -                             | 542,00                              | -                                                                                              |
| Tomografia Computadorizada de Coluna de Coluna Toracica COM SEDAÇÃO (cada 3 segmentos)    | -                             | 542,00                              | -                                                                                              |
| Tomografia Computadorizada De Face Seios Da Face Com Sedação                              | -                             | 518,00                              | -                                                                                              |
| Tomografia Computadorizada De Mastoides Ou Ouvidos Com Sedação                            | -                             | 559,00                              | -                                                                                              |
| Tomografia Computadorizada De Pelve Ou Abdomên Inferior Com Sedação                       | -                             | 845,00                              | -                                                                                              |
| Tomografia Computadorizada De Segmentos Apendiculares Com Sedação                         | -                             | 559,00                              | -                                                                                              |
| Tomografia Computadorizada De Tórax Com Sedação                                           | -                             | 586,00                              | -                                                                                              |
| Tomografia Computadorizada Do Crânio Ou Sela Túrcica Ou Orbitas Com Sedação               | -                             | 542,00                              | -                                                                                              |
| Tomografia Computadorizada Do Pescoço Com Sedação                                         | -                             | 542,00                              | -                                                                                              |
| <b>Grupo: Tratamento Odontológico</b>                                                     |                               |                                     |                                                                                                |
|                                                                                           | <b>Estabelecimento CISCEL</b> | <b>Estabelecimento do prestador</b> | <b>Unid. de Saúde do município diferente do domicílio do prestador e zona rural de Itabira</b> |
| Enxerto Osseo Por Quadrante                                                               | -                             | 316,67                              | -                                                                                              |
| Aumento De Coroa Clínica                                                                  | -                             | 236,67                              | -                                                                                              |
| Coroa Provisoria Anterior                                                                 | -                             | 151,67                              | -                                                                                              |
| Coroa Provisoria Posterior                                                                | -                             | 141,67                              | -                                                                                              |
| Coroa Solidex Artiglas Dentes Anteriores                                                  | -                             | 490,00                              | -                                                                                              |
| Endodontia De Dentes Anteriores                                                           | -                             | 408,33                              | -                                                                                              |
| Endodontia De Molares                                                                     | -                             | 571,67                              | -                                                                                              |
| Endodontia De Pre- Molares                                                                | -                             | 433,33                              | -                                                                                              |
| Frenectomia                                                                               | -                             | 290,00                              | -                                                                                              |
| Manutencao De Tratamento Periodontal                                                      | -                             | 186,67                              | -                                                                                              |
| Nucleo Metalico Fundido                                                                   | -                             | 250,00                              | -                                                                                              |
| Pino Rosqueavel                                                                           | -                             | 260,00                              | -                                                                                              |
| Procedimento De Protese                                                                   | -                             | 113,33                              | -                                                                                              |
| Protese Total - Superior Ou Inferior - Cada                                               | -                             | 960,00                              | -                                                                                              |
| Protese Parcial removível Roach                                                           | -                             | 1.082,60                            | -                                                                                              |
| Radiografia Oclusal                                                                       | -                             | 37,33                               | -                                                                                              |
| Radiografia Panoramica                                                                    | -                             | 65,67                               | -                                                                                              |
| Radiografia Periapical                                                                    | -                             | 17,75                               | -                                                                                              |
| Radiografia Peri-Apical Interproximal Bite-Wing                                           | -                             | 17,75                               | -                                                                                              |
| Raspagem Corono-Radicular Por Sextante                                                    | -                             | 166,67                              | -                                                                                              |
| Reconstituicao Direta De Dente Deciduo Por Dente                                          | -                             | 185,33                              | -                                                                                              |



ANEXO ÚNICO

|                                                                                                                                                    |                               |                                     |                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Restauracao De Dente Deciduo                                                                                                                       | -                             | 135,33                              | -                                                                                              |
| Restaurado Metalico Dente Posterior                                                                                                                | -                             | 463,33                              | -                                                                                              |
| Retratamento Endodontico De Dentes Anteriores                                                                                                      | -                             | 488,33                              | -                                                                                              |
| Retratamento Endodontico De Molares Incluindo Canal E Rx                                                                                           | -                             | 666,67                              | -                                                                                              |
| Retratamento Endodontico De Pre- Molares                                                                                                           | -                             | 555,00                              | -                                                                                              |
| Siso Eruido                                                                                                                                        | -                             | 286,67                              | -                                                                                              |
| Siso Impactado                                                                                                                                     | -                             | 400,00                              | -                                                                                              |
| Siso Incluso                                                                                                                                       | -                             | 426,67                              | -                                                                                              |
| Siso Semi Incluso                                                                                                                                  | -                             | 346,67                              | -                                                                                              |
| Pino De Fibra De Vidro                                                                                                                             | -                             | 250,00                              | -                                                                                              |
| Tomografia De Dente Cone Beam                                                                                                                      | -                             | 170,00                              | -                                                                                              |
| Aprofundamento De Saco Vestíbulo Por Sextante                                                                                                      | -                             | 285,00                              | -                                                                                              |
| Biópsia Em Cavidade Oral                                                                                                                           | -                             | 325,00                              | -                                                                                              |
| Endodontia Decíduo                                                                                                                                 | -                             | 423,00                              | -                                                                                              |
| Frenectomia Labial                                                                                                                                 | -                             | 396,00                              | -                                                                                              |
| Núcleo De Preenchimento                                                                                                                            | -                             | 215,00                              | -                                                                                              |
| Procedimento De Prótese (Recimentação)                                                                                                             | -                             | 128,00                              | -                                                                                              |
| Procedimento De Prótese (Remoção De Peça)                                                                                                          | -                             | 173,00                              | -                                                                                              |
| Procedimento De Prótese (Reembasamento)                                                                                                            | -                             | 191,00                              | -                                                                                              |
| Remoção De Núcleo Intra Radicular                                                                                                                  | -                             | 306,00                              | -                                                                                              |
| Preparo Para Pino Intraradicular                                                                                                                   | -                             | 197,00                              | -                                                                                              |
| Consulta Odontológica                                                                                                                              | -                             | 86,00                               | -                                                                                              |
| Cirurgia Pré-Protética Ântero Superior                                                                                                             | -                             | 400,00                              | -                                                                                              |
| <b>Grupo: Ultrassonografias</b>                                                                                                                    | <b>Estabelecimento CISCEL</b> | <b>Estabelecimento do prestador</b> | <b>Unid. de Saúde do município diferente do domicílio do prestador e zona rural de Itabira</b> |
| Ultrassonografia De Abdômen Total - Fígado, Vesicula Biliar, Rins, Pâncreas, Bexiga, Grandes Vasos Retroperitonio E Trato Gastrointestinal         | 92,00                         | 102,00                              | 112,00                                                                                         |
| Ultrassonografia Transfontanela                                                                                                                    | 72,00                         | 92,00                               | 150,00                                                                                         |
| Core Biopsy                                                                                                                                        | -                             | 189,00                              | 189,00                                                                                         |
| Ultrassonografia De Prostata Via Transretal Com Biopsia                                                                                            | -                             | 250,00                              | 250,00                                                                                         |
| Ultrassonografia De Prostata Via Transretal Com Biopsia E Anestesia                                                                                | -                             | 756,70                              | -                                                                                              |
| Ultrassonografia De Articulação - Antebraço, Braço, Cotovelo, Punho, Mão, Ombro, Quadril, Fêmur, Perna, Joelho, Panturrilha, Tornozelo, Pe, Tendão | 72,00                         | 83,00                               | 92,00                                                                                          |
| Ultrassonografia De Mama E Axila Bilateral                                                                                                         | 140,00                        | 165,00                              | 175,00                                                                                         |
| Ultrassonografia De Tireóide - Glandulas Salivares E Cadeias Linfonodais Cervicais                                                                 | 72,00                         | 83,00                               | 92,00                                                                                          |
| Ultrassonografia De Abdômen Superior                                                                                                               | 72,00                         | 83,00                               | 92,00                                                                                          |
| Ultrassonografia De Aparelho Urinário - Rins, Ureteres, Bexiga                                                                                     | 72,00                         | 83,00                               | 92,00                                                                                          |
| Ultrassonografia De Próstata Por Via Abdominal - Bexiga, Próstata E Vesicula Seminais                                                              | 72,00                         | 83,00                               | 92,00                                                                                          |
| Ultrassonografia Pelvica Ginecológica - Útero, Ovários, Trompas Arterias E Veias Da Região                                                         | 72,00                         | 83,00                               | 92,00                                                                                          |
| Ultrassonografia Obstétrica Cada Feto                                                                                                              | 72,00                         | 83,00                               | 92,00                                                                                          |
| Ultrassonografia Transvaginal Endovaginal - Útero E Ovário                                                                                         | 72,00                         | 83,00                               | 92,00                                                                                          |
| Ultrassonografia De Bolsa Escrotal, Testículo                                                                                                      | 72,00                         | 83,00                               | 92,00                                                                                          |



ANEXO ÚNICO

|                                                                                                                                                                                  |                               |                                     |                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ultrassonografia De Região Inguinal Unilateral                                                                                                                                   | 72,00                         | 83,00                               | 92,00                                                                                          |
| Ultrassonografia De Região Cervical                                                                                                                                              | 72,00                         | 83,00                               | 92,00                                                                                          |
| Ultrassonografia Obstétrico Translucencia Nucal                                                                                                                                  | 94,50                         | 104,50                              | 115,00                                                                                         |
| Ultrassonografia Obstétrico Pbf Perfil Biofisico                                                                                                                                 | 94,50                         | 104,50                              | 115,00                                                                                         |
| Ultrassonografia De Parede Abdominal                                                                                                                                             | 72,00                         | 83,00                               | 92,00                                                                                          |
| Ultrassonografia De Parótidas                                                                                                                                                    | 82,00                         | 92,00                               | 102,00                                                                                         |
| Ultrassonografia De Partes Moles - Coxa, Glúteo, Face, Submandibular                                                                                                             | 72,00                         | 83,00                               | 102,00                                                                                         |
| Ultrassom - Punção Com Agulha Fina (Paaf) Mama, Tireóide Cervical Por Punção                                                                                                     | 140,00                        | 152,00                              | 172,00                                                                                         |
| Ultrassonografia Morfológico                                                                                                                                                     | 142,00                        | 152,00                              | 172,00                                                                                         |
| Ultrassonografia Morfológico Com Doppler                                                                                                                                         | 168,00                        | 178,00                              | 205,00                                                                                         |
| Ultrassonografia Obstétrico Com Doppler - Cada Feto                                                                                                                              | 168,00                        | 178,00                              | 205,00                                                                                         |
| Ultrassonografia De Bolsa Escrotal Testículo Com Doppler                                                                                                                         | 168,00                        | 178,00                              | 205,00                                                                                         |
| Ultrassonografia De Tireóide Com Doppler                                                                                                                                         | 168,00                        | 178,00                              | 205,00                                                                                         |
| Ultrassonografia De Abdômen Total Com Doppler                                                                                                                                    | 168,00                        | 178,00                              | 205,00                                                                                         |
| Ultrassonografia De Região Cervical Com Doppler                                                                                                                                  | 168,00                        | 178,00                              | 205,00                                                                                         |
| Ultrassonografia Transvaginal Com Doppler                                                                                                                                        | 168,00                        | 178,00                              | 205,00                                                                                         |
| Ultrassonografia De Mamas Com Doppler                                                                                                                                            | 168,00                        | 178,00                              | 205,00                                                                                         |
| Ultrassonografia Pelvica Ginecológica Com Doppler                                                                                                                                | 168,00                        | 178,00                              | 205,00                                                                                         |
| Ultrassonografia De Próstata Abdominal Com Doppler                                                                                                                               | 168,00                        | 178,00                              | 205,00                                                                                         |
| Ultrassonografia De Partes Moles - Coxa Glúteo Panturrilha Face Submandibular Com Doppler                                                                                        | 168,00                        | 178,00                              | 205,00                                                                                         |
| Ultrassonografia Renal Com Doppler                                                                                                                                               | 157,00                        | 168,00                              | 198,40                                                                                         |
| Ultrassonografia Perfil Biofisico Fetal com doppler                                                                                                                              | 168,00                        | 178,00                              | 208,00                                                                                         |
| Ultrassonografia Obstétrico com doppler mais translucência nucal                                                                                                                 | 238,00                        | 260,00                              | 288,00                                                                                         |
| ultrassonografia Perfil Biofisico Fetal mais translucência nucal com doppler                                                                                                     | 283,00                        | 283,00                              | 313,00                                                                                         |
| Ultrassonografia de Articulação com Doppler                                                                                                                                      | 168,00                        | 178,00                              | 205,00                                                                                         |
| <b>Grupo: Cirurgias Urológicas</b>                                                                                                                                               | <b>Estabelecimento CISCEL</b> | <b>Estabelecimento do prestador</b> | <b>Unid. de Saúde do município diferente do domicílio do prestador e zona rural de Itabira</b> |
| Litotripsia - Valor Incluso Honorários Médicos - Anestesista Se Necessário E Material Médico                                                                                     | -                             | 1.500,00                            | -                                                                                              |
| Litotripsia + Implante De Catéter Duplo J - Valor Já Contempla Retirada Do Duplo J - Valor Incluso Honorários Médicos - Anestesista Se Necessário E Material Médico              | -                             | 2.500,00                            | -                                                                                              |
| Ureterorrenolitotripsia Flexível + Implante De Duplo J - Valor Já Contempla Retirada Do Duplo J - Valor Incluso Honorários Médicos - Anestesista Se Necessário E Material Médico | -                             | 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 Material Médico | -                             | 4.500,00                            | -                                                                                              |
| Troca De Catéter Duplo J - Valor Incluso Honorários Médicos - Anestesista Se Necessário E Material Médico                                                                        | -                             | 1.700,00                            | -                                                                                              |
| <b>Grupo: Cirurgias Otorrinolaringologia</b>                                                                                                                                     | <b>Estabelecimento CISCEL</b> | <b>Estabelecimento do prestador</b> | <b>Unid. de Saúde do município diferente do domicílio do prestador e zona rural de Itabira</b> |
| Antrostomia Maxilar Intranasal Por Videoendoscopia Unilateral (30502292) + Septoplastia Unilateral (30501359) + Turbinectomia Bilateral (30501458)+ Análise Anátomo Patológico   | -                             | 6.480,00                            | -                                                                                              |



ANEXO ÚNICO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                   |                                         |                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sinusectomia Maxilar Intranasal Por Videoendoscopia Unilateral (30502292) +<br>Etmoidectomia Intranasal Por Videoendoscopia Unilateral (30502314) +<br>Sinusectomia Esfenoidal Por Videoendoscopia Unilateral (30502349) +<br>Septoplastia Unilateral (30501359) + Exerese De Tumor Nasal Por Via<br>Endoscópica Unilateral (30501199)+ Análise Anátomo Patológico  | -                                 | 7.530,00                                | -                                                                                                  |
| Sinusectomia Maxilar Intranasal Por Videoendoscopia Bilateral (30502292)<br>+Etmoidectomia Intranasal Por Videoendoscopia Bilateral (30502314)<br>+Sinusectomia Esfenoidal Por Videoendoscopia Bilateral (30502349) +<br>Sinusectomia Frontal Intranasal Por Videoendoscopia Unilareal (30502357)<br>+Septoplastia Unilateral (30501359)+Análise Anátomo Patológico | -                                 | 8.636,00                                | -                                                                                                  |
| <b>Grupo: Hospedagem</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Estabelecimento<br/>CISCEL</b> | <b>Estabelecimento do<br/>prestador</b> | <b>Unid. de Saúde do município diferente do<br/>domicílio do prestador e zona rural de Itabira</b> |
| Diaria Integral Com Deslocamento A Partir De 9 Km Ida E Volta                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | -                                 | 76,74                                   | -                                                                                                  |
| Diaria Integral Com Deslocamento Ate 5 Km Ida E Volta                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | -                                 | 63,04                                   | -                                                                                                  |
| Diaria Integral Com Deslocamento Entre 5Km E 9 Km Ida E Volta                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | -                                 | 68,41                                   | -                                                                                                  |
| Diaria Integral Sem Deslocamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | -                                 | 58,35                                   | -                                                                                                  |
| <b>Grupo: Aplicação de medicamento intravenoso</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Estabelecimento<br/>CISCEL</b> | <b>Estabelecimento do<br/>prestador</b> | <b>Unid. de Saúde do município diferente do<br/>domicílio do prestador e zona rural de Itabira</b> |
| Aplicação de Infusão de medicamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | -                                 | 300,00                                  | -                                                                                                  |
| <b>Grupo: Procedimentos a serem realizados no Bloco Cirúrgico do<br/>Contratado (durante a reforma do Bloco Cirúrgico do CISCEL).</b>                                                                                                                                                                                                                               | <b>Estabelecimento<br/>CISCEL</b> | <b>Estabelecimento do<br/>prestador</b> | <b>Unid. de Saúde do município diferente do<br/>domicílio do prestador e zona rural de Itabira</b> |
| FACOEMULCIFICAÇÃO COM LENTE INTRAOCULAR POR OLHO (LIO)<br>E ANESTESISTA (Valor incluso honorário médicos e Mat./Med).                                                                                                                                                                                                                                               |                                   | 927,00                                  |                                                                                                    |
| Aplicação De Triancinolona - Para Realização Desse Procedimento Deverá: * O<br>Médico/ Cirurgião Trazer A Medicação Do Procedimento A Ser Realizado; E<br>Realizar No Mínimo A Quantidade De 12 Procedimentos No Mesmo Dia.                                                                                                                                         | -                                 | 460,00                                  | -                                                                                                  |
| CIRURGIA DE CATARATA EM CONJUNTO COM RETIRADA DE ÓLEO<br>DE SILICONE MONOCULAR (incluindo os honorários médicos e deverá<br>trazer o material - kit troca valvulado 23 GA).                                                                                                                                                                                         | -                                 | 2530,00                                 | -                                                                                                  |
| Ecobiometria A - Monocular                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | -                                 | 40,00                                   | -                                                                                                  |
| Ecobiometria B - Monocular                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | -                                 | 50,00                                   | -                                                                                                  |
| Exerese De Nodulos Palpebral Monocular. Para Realização Desses<br>Procedimentos Deverá: * O Médico/ Cirurgião Realizar No Mínimo A<br>Quantidade De 20 Procedimentos No Mesmo Dia.                                                                                                                                                                                  | -                                 | 405,00                                  | -                                                                                                  |
| Exerese De Calázio Monocular - Para Realização Desses Procedimentos<br>Deverá: * O Médico/ Cirurgião Realizar No Mínimo A Quantidade De 20<br>Procedimentos No Mesmo Dia                                                                                                                                                                                            | -                                 | 150,00                                  | -                                                                                                  |
| Exerese De Cisto Moll - Monocular Para Realização Desses Procedimentos<br>Deverá: * O Médico/ Cirurgião Realizar No Mínimo. A Quantidade De 20<br>Procedimentos No Mesmo Dia.                                                                                                                                                                                       | -                                 | 405,00                                  | -                                                                                                  |
| Sondagem De Vias Lacrimais Monocular Para Realização Desse Procedimento<br>Deverá: * O Médico/ Cirurgião Realizar No Mínimo A Quantidade De 20<br>Procedimentos No Mesmo Dia.                                                                                                                                                                                       |                                   | 120,00                                  |                                                                                                    |
| CIRURGIA DE BLEFAROPLASTIA BILATERAL (Valor incluso honorário<br>médicos e Mat./Med).                                                                                                                                                                                                                                                                               | -                                 | 3450,00                                 | -                                                                                                  |