TABELA DE PROCEDIMENTOS – CISMEPAR

QUADRO I ACUPUNTURA			
CÓDIGO	*DESCRIÇÃO*	*ATENDIMENTO PRESENCIAL SEDE DO CISMEPAR*	*ATENDIMENTO PRESENCIAL SEDE PROPRIA DA CREDENCIADA*
	ACUPUNTURA	R$ 40,00	R$ 45,60

QUADRO II ANESTESIOLOGIA		
CÓDIGO	*DESCRIÇÃO*	*VALOR*
00.00.00.000-8	PORTE ANESTÉSICO – BRONCOSCOPIA	R$ 300,00
02.00.00.000-0	PORTE ANESTÉSICO - CIRURGIA AMBULATORIAL	R$ 300,00
02.00.00.000-0	PORTE ANESTÉSICO - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	R$ 300,00
02.00.00.000-0	PORTE ANESTÉSICO - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	R$ 300,00
.....	PORTE ANESTÉSICO – BIOPSIA DE PROSTATA	R$ 300,00
02.09.00.002-9	PORTE ANESTÉSICO – ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	R$ 300,00
02.09.00.002-9	PORTE ANESTÉSICO – COLONOSCOPIA	R$ 300,00

QUADRO III - EXCLUÍDO

QUADRO IV - EXCLUÍDO

QUADRO V CIRURGIAS AMBULATORIAIS - SERVIÇOS PROFISSIONAIS (SP)		
CÓDIGO	*DESCRIÇÃO*	*VALOR*
03.03.09.003-0	INFILTRAÇÃO DE CORTICOIDES EM QUELOIDE E OUTRAS LESÕES DERMATOLÓGICAS - (POR PACIENTE) INFILTRAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS EM CAVIDADE SINOVIAL (ARTICULAÇÃO, BAINHA TENDINOSA) - (POR PACIENTE)	R$ 25,00
04.09.04.021-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO/PUNÇÃO DE HIDROCELE	R$ 75,12

QUADRO VI - EXCLUÍDO

QUADRO VII COLETA DE MATERIAL POR PUNÇÃO/BIÓPSIA			
CÓDIGO	*DESCRIÇÃO*	*ATENDIMENTO PRESENCIAL SEDE DO CISMEPAR*	*ATENDIMENTO EM SEDE DA CREDENCIADA*
02.01.01.027-5	BIÓPSIA DE MEDULA ÓSSEA	R$ 200,00	R$ 228,00
02.01.01.041-0	BIÓPSIA DE PRÓSTATA	R$ 350,00	R$ 399,00
02.01	BIÓPSIA HEPÁTICA	R$ 317,00	R$ 361,00
02.01.01.054-2	BIOPSIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR TOMOGRAFIA/ULTRASSONOGRAFIA/RESSONÂNCIA MAGNÉTICA / RAIO X	R$ 155,00	-
02.01.01.056-9	CORE BIOPSY DE MAMA ORIENTADA POR ULTRASSONOGRAFIA DE MAMA	R$ 295,00	-
02.01.00.057-0	MARCAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA COM CARVÃO ATIVADO (MARCAÇÃO + ULTRASSONOGRAFIA)	R$ 353,00	-
02.01.01.047-0	BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE - PAAF	R$ 185,00	R$ 195,00

QUADRO VIII – EXCLUÍDO

QUADRO IX CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS			
CÓDIGO	*DESCRIÇÃO*	*ATENDIMENTO PRESENCIAL SEDE DO CISMEPAR*	*ATENDIMENTO EM SEDE DA CREDENCIADA*
03.01.01.007-2	ARLEGOLOGISTA	R$ 120,00	R$ 137,00
03.01.01.007-2	ANGIOLOGIA / VASCULAR	R$ 40,00	R$ 46,00
03.01.01.007-2	CABEÇA E PESCOÇO	R$ 123,00	R$ 140,00
03.01.01.007-2	CARDIOLOGIA ADULTO (EXCETO QUALICIS)	R$ 60,00	R$ 68,00
03.01.01.007-2	CARDIOLOGIA INFANTIL	R$ 70,00	R$ 80,00
03.01.01.007-2	CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO	R$ 140,00	R$ 160,00
03.01.01.007-2	CIRURGIA GERAL	R$ 110,00	R$ 125,00

03.01.01.007-2	CIRURGIA GINECOLÓGICA	R$ 140,00	R$ 160,00
03.01.01.007-2	CIRURGIA PEDIÁTRICA	R$ 140,00	R$ 160,00
03.01.01.007-2	CIRURGIA PLÁSTICA	R$ 110,00	R$ 125,00
03.01.01.007-2	CIRURGIA TORÁCICA	R$ 110,00	R$ 125,00
03.01.01.007-2	DERMATOLOGIA	R$ 60,00	R$ 68,00
03.01.01.007-2	ENDOCRINOLOGIA ADULTO (EXCETO QUALICIS)	R$ 140,00	R$ 160,00
03.01.01.007-2	ENDOCRINOLOGIA INFANTIL	R$ 140,00	R$ 160,00
03.01.01.007-2	GASTROENTEROLOGIA	R$ 140,00	R$ 160,00
03.01.01.007-2	GASTROENTEROLOGIA INFANTIL	R$ 140,00	R$ 160,00
03.01.01.007-2	GINECOLOGIA (COLPOSCOPIA, HISTEROSCOPIA, CIRURGIA E EXCETO QUALICIS)	R$ 60,00	R$ 68,00
03.01.01.007-2	HEMATOLOGIA	R$ 110,00	R$ 125,00
03.01.01.007-2	HEPATOLOGIA	R$ 140,00	R$ 160,00
03.01.01.007-2	HOMEOPATIA	R$ 60,00	R$ 68,00
03.01.01.007-2	INFECTOLOGIA	R$ 80,00	R$ 91,00
03.01.01.007-2	MASTOLOGIA (INCLUINDO UNIDADE DA MAMA)	R$ 60,00	R$ 68,00
03.01.01.007-2	MEDICINA DO ADOLESCENTE	R$ 90,00	R$ 102,00
03.01.01.007-2	NEFROLOGIA ADULTO	R$ 110,00	R$ 125,00
03.01.01.007-2	NEFROLOGIA INFANTIL	R$ 140,00	R$ 160,00
03.01.01.007-2	NEUROCIRURGIA (INCLUINDO DOR CRÔNICA)	R$ 110,00	R$ 125,00
03.01.01.007-2	NEUROLOGIA ADULTO (INCLUÍNDO DOR CRÔNICA)	R$ 110,00	R$ 125,00
03.01.01.007-2	NEUROLOGIA INFANTIL	R$ 200,00	R$ 220,00
03.01.01.007-2	NUTROLOGIA	R$ 110,00	R$ 125,00
03.01.01.007-2	OFTALMOLOGIA	R$ 40,00	R$ 46,00
03.01.01.007-2	ONCOLOGIA CLÍNICA (CANCEROLOGIA)	R$ 60,00	R$ 68,00
03.01.01.007-2	ORTOPEDIA E SUAS SUBESPECIALIDADES (INCLUINDO DOR CRÔNICA)	R$ 60,00	R$ 68,00
03.01.01.007-2	OTORRINOLARINGOLOGISTA ADULTO E INFANTIL	R$ 40,00	R$ 46,00
03.01.01.007-2	PNEUMOLOGIA ADULTO	R$ 60,00	R$ 68,00

03.01.01.007-2	PNEUMOLOGIA INFANTIL	R$ 80,00	R$ 91,00
03.01.01.007-2	PROCTOLOGIA	R$ 80,00	R$ 91,00
03.01.01.007-2	PSIQUIATRIA INFANTIL (EXCETO QUALICIS)	R$ 140,00	R$ 160,00
03.01.01.007-2	REUMATOLOGIA (INCLUINDO DOR CRÔNICA)	R$ 140,00	R$ 160,00
03.01.01.007-2	UROLOGIA E SUAS SUBESPECIALIDADES	R$ 60,00	R$ 68,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA PARA CIRURGIA AMBULATORIAL	R$ 10,00	-

QUADRO X
DIAGNÓSTICOS EM LABORATÓRIO CLÍNICO

CÓDIGO	*DESCRIÇÃO*	*VALOR*
02.02.00.003-6	(TRAB) ANTICORPO E ANTI-RECEPTOR	R$ 8,38
02.02.00.001-2	ADENOSINA DEAMINASE	R$ 13,00
02.02.00.007-3	AMILOIDE A	R$ 45,00
02.02.00.007-6	ANTI - CITOSOL HEPÁTICO TIPO 1	R$ 157,00
02.02.00.005-4	ANTI GLIADINA IGA	R$ 12,00
02.02.00.005-5	ANTI GLIADINA IGG	R$ 12,00
02.02.00.005-6	ANTI GLIADINA IGM	R$ 22,00
02.02.00.000-8	ANTI I A-2	R$ 25,00
02.02.03.118-7	ANTI TRANSGLUTAMINASE IGA	R$ 15,00
02.02.00.010-9	ANTI TRANSGLUTAMINASE IGG	R$ 18,00
02.02.00.002-9	ANTICENTROMERO	R$ 12,90
02.02.00.002-5	ANTICORPO ANTIFOSFOLIPIDEO	R$ 11,85
02.02.00.001-8	ANTICORPOS ANTI ENDOMISIO IGA	R$ 11,30
02.02.00.001-6	ANTICORPOS ANTI ENDOMISIO IGG	R$ 11,30
02.02.00.001-7	ANTICORPOS ANTI ENDOMISIO IGM	R$ 11,30
02.02.00.007-0	ANTICORPOS ANTI LKM 1	R$ 12,00
02.02.00.012-3	ANTICORPOS ANTITIREOPEROXIDASE (TPO)	R$ 17,16
02.02.00.003-5	ANTICORPOS ANTIPEPTIDEO CITRULINADO CÍCLICO (ANTI CCP)	R$ 45,68

02.02.00.003-0	ANTIGAD	R$ 120,00
02.02.00.001-5	ANTIGENO P24	R$ 48,33
02.02.00.006-4	ANTI-HISTONA	R$ 25,00
02.02.00.006-1	ANTI-JO1	R$ 25,00
02.02.00.008-1	BETA-2-GLICOPROTEINA, ANTICORPOS IGA	R$ 118,50
02.02.00.006-5	BLASTOMICOSE	R$ 17,00
02.02.00.003-7	BLASTOMICOSE SUL AMERICANA	R$ 12,70
02.02.00.003-8	C1 COMPLEMENTO	R$ 50,00
02.02.00.003-9	C2 COMPLEMENTO	R$ 54,50
02.02.00.004-0	C5 COMPLEMENTO	R$ 80,00
02.02.00.000-3	CA 19-9	R$ 4,00
02.02.00.0077	CALPROTECTINA	R$ 130,00
02.02.00.007-8	CANABINOIDES	R$ 25,00
02.02.00.011-3	CELULARIDADE	R$ 4,80
02.02.00.004-1	CHLAMYDIA TRACHOMATIS IGA	R$ 27,00
02.02.00.004-2	CHLAMYDIA TRACHOMATIS IGM	R$ 9,90
02.02.00.004-3	CLEARENCE DE ACIDO URICO	R$ 3,51
02.02.00.005-7	CLONAZEPAN (RIVOTRIL)	R$ 110,25
02.02.00.002-4	COLESTEROL VLDL	R$ 3,71
02.01.02.004-1	COLETA DE MATERIAL P/ EXAME LABORATORIAL	R$ 2,00
02.02.00.004-8	CONTAGEM DE LEUCOCITOS	R$ 3,50
02.02.00.001-9	CREATINA	R$ 1,85
02.02.00.004-4	CULTURA DE MYCOPLASMA	R$ 4,33
02.02.00.000-4	DIMERO D	R$ 75,00
02.02.00.007-4	DOENÇA DE LYME IGG	R$ 21,00
02.02.00.007-5	DOENÇA DE LYME IGM	R$ 21,00
02.02.00.006-2	DOSAGEM CLORETO DE SODIO NO SUOR	R$ 35,00

02.02.00.006-8	DOSAGEM DE CATECOLAMINAS	R$ 28,00
02.02.00.006-6	DOSAGEM DE OXCARBAZEPINA	R$ 62,90
02.02.00.006-7	DOSAGEM DE TOPIRAMATO	R$ 45,00
02.02.00.004-5	ESQUISTOSSOMOSE	R$ 9,00
02.02.00.005-8	FATOR V LEIDEN (COTADO)	R$ 91,85
02.02.00.008-6	FRUTOSAMINAS (PROTEINA GLICOSILADA)	R$ 8,40
02.02.00.000-6	HLA B27	R$ 45,00
02.02.00.003-2	HOMOCISTEINA	R$ 20,11
02.02.00.005-1	IGA SALIVAR	R$ 21,80
02.02.00.004-6	IGE RAST CEREAIS (FX3)	R$ 9,25
02.02.00.000-9	IGFBP - 3	R$ 23,00
02.02.00.008-2	IMUNOELETROFORESE URINÁRIO	R$ 130,50
02.02.00.007-9	IONTOFORESE	R$ 12,00
02.02.00.003-4	LAMOTRIGINA	R$ 77,30
02.02.00.002-0	LEISHIMANIOSE PESQUISA	R$ 6,70
02.02.00.002-2	LEPTOSPIROSE, ANTICORPOS IGG	R$ 20,50
02.02.00.002-1	LEPTOSPIROSE, ANTICORPOS IGM	R$ 20,50
02.02.00.002-3	LIPIDEOS TOTAIS	R$ 4,00
02.02.00.003-1	LIPOPROTEINA A	R$ 20,00
02.02.00.002-6	MUTAÇÃO DO GENE DE PROTROMBINA	R$ 195,50
02.02.00.006-3	MYCOPLASMA PNEUMONIAE IGG E IGM	R$ 42,00
02.02.00.000-7	P-ANCA / C-ANCA	R$ 25,00
02.02.00.009-0	PARVOVIRUS B19 IGG	R$ 57,32
02.02.00.008-9	PARVOVIRUS B19 IGM	R$ 57,32
02.02.00.010-8	PCR-HBV QUANTITATIVO	R$ 180,00
02.02.00.005-9	PEPTÍDEO NATRIURÉTICO TIPO B	R$ 110,00
02.02.00.010-0	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS DO GRUPO B	R$ 5,62

02.02.00.008-3	PESQUISA DE GONADOTROFINA CORIONICA	R$ 10,00
02.02.00.006-0	PESQUISA DE PLASMODIO	R$ 5,50
02.02.00.001-1	PPD	R$ 11,00
02.02.00.006-9	PROTEINA S LIVRE	R$ 160,00
02.02.00.005-0	SHBG	R$ 12,50
02.02.00.005-3	T3 LIVRE	R$ 10,00
02.02.06.042-0	TESTE DE ESTIMULO DE LH E FSH APÓS GONODORRELINA (CURVA LH/FSH)	R$ 449,28
02.02.00.004-7	TESTE DE TOLERANCIA A LACTOSE	R$ 10,60
02.02.00.005-2	TESTE DE TOLERANCIA A SACAROSE	R$ 10,68
02.02.00.007-1	VITAMINA A	R$ 23,00
02.02.00.001-3	VITAMINA B1	R$ 75,60
02.02.00.001-4	VITAMINA B6	R$ 49,20
02.02.00.011-5	CA 15-3	R$ 14,60
02.02.00.011-8	PESQUISA DE MUTAÇÕES NOS GENES: C282Y, H63D E S65C	R$ 212,68
02.02.00.011-9	MUTAÇÃO V617F DO GENE JAK-2	R$ 148,40
02.02.00.011-6	DOSAGEM DE PROCALCITONINA (PCT)	R$ 54,14
02.02.00.011-7	DOSAGEM DE VANCOMINICINA	R$ 26,30
02.13.01.072-0	RT-PCR PARA COVID-19	R$ 100,00
02.13.01.001-1	RT-PCR CARGA VIRAL (HIV)	R$ 124,60
02.02.00.012-1	DOSAGEM DE VITAMINA K	R$ 75,00
02.02.00.012-2	ANTICORPOS – ANTI-FATOR INTRÍNSECO	R$ 52,20
02.02.00.012-0	DOSAGEM VITAMINA E	R$ 48,00
02.02.00.012-5	CARIÓTIPO (X-FRAGIL)	R$ 240,00
02.02.000.12-4	CROMATOGRAFIA	R$ 132,00
.....	HLA B51	R$ 200,00
02.02.000.09-8	IGE ESPECIFICO P/ TARTRAZINA (CORANTE AMARELO)	R$ 70,00
02.02.000.09-9	IGE ESPECIFICO P/ COCHONILHA (VERMELHO/CARMIM)	R$ 70,00

QUADRO XI DIAGNÓSTICOS POR ENDOSCOPIA			
CÓDIGO	*DESCRIÇÃO*	SEDE DO CONSÓRCIO VALOR	SEDE DA CREDENCIADA VALOR
02.09.04.001-7	BRONCOSCOPIA ADULTO E INFANTIL - ELETIVO	R$ 200,00	R$ 250,00
02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA	R$ 225,89	R$ 389,45
.....	COLONOSCOPIA COM BIOPSIA	R$ 260,00	R$ 420,00
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	R$ 108,07	R$ 233,67
.....	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA COM BIOPSIA	R$ 150,00	R$ 280,00
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	R$ 108,07	R$ 233,67
02.09.00.000-8	MANOMETRIA ESOFAGICA OU ANU-RETAL		R$ 350,00
02.09.01.005-3	RETOSSIGMOIDOSCOPIA	R$ 60,00	R$ 70,00
02.09.04.002-5	NASOLARINGOFIBROSCOPIA / LARINGOSCOPIA – COM LAUDO	R$ 150,00	R$ 170,00
.....	ENDOSCOPIA COM MUCOSECTOMIA - REALIZADO EM AMBIENTE HOSPITALAR *	-	R$ 1.900,00
.....	COLONOSCOPIA COM MUCOSECTOMIA - REALIZADO EM AMBIENTE HOSPITALAR *	-	R$ 1.900,00
.....	ENDOSCOPIA COM POLIPECTOMIA – REALIZADO EM AMBIENTE HOSPITALAR *	-	R$ 1.400,00
.....	COLONOSCOPIA COM POLIPECTOMIA - REALIZADO EM AMBIENTE HOSPITALAR *	-	R$ 1.400,00

*Procedimento deverá ser autorizado previamente pelo Cismepar.

QUADRO XII DIAGNÓSTICOS POR RADIOLOGIA		
CÓDIGO	*DESCRIÇÃO*	*VALOR*
02.04.05.001-4	CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE	R$ 194,89
02.04.05.002-2	COLANGIOGRAFIA PRÉ-OPERATORIA	R$ 65,22
02.04.05.003-0	COLANGIOGRAFIA POS-OPERATORIA	R$ 65,22
02.04.01.001-2	DACRIOCISTOGRAFIA	R$ 97,70
02.04.05.004-9	DUODENOGRAFIA HIPOTONICA	R$ 69,04
02.04.06.003-6	ESCANOMETRIA	R$ 34,33
02.04.05.005-7	FISTULOGRAFIA	R$ 123,17
02.04.05.006-5	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	R$ 195,00

02.04.05.007-3	PIELOGRAFIA ANTEROGRADA PERCUTANEA	R$ 146,30
02.04.05.008-1	PIELOGRAFIA ASCENDENTE	R$ 104,22
02.04.01.002-0	PLANIGRAFIA DE LARINGE	R$ 54,64
02.04.01.003-9	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	R$ 26,01
02.04.05.011-1	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	R$ 23,25
02.04.05.012-0	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MÍNIMO DE 3 INCIDENCIAS)	R$ 30,60
02.04.05.013-8	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	R$ 25,38
02.04.04.001-9	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO	R$ 24,89
02.04.01.004-7	RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS)	R$ 25,43
02.04.04.002-7	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	R$ 25,17
02.04.06.006-0	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	R$ 25,77
02.04.04.003-5	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	R$ 25,17
02.04.04.004-3	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	R$ 25,40
02.04.06.007-9	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA	R$ 25,44
02.04.01.005-5	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	R$ 26,01
02.04.06.008-7	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	R$ 24,60
02.04.06.009-5	RADIOGRAFIA DE BACIA	R$ 25,13
02.04.04.005-1	RADIOGRAFIA DE BRAÇO	R$ 25,52
02.04.06.010-9	RADIOGRAFIA DE CALCANEO	R$ 24,63
02.04.01.006-3	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	R$ 24,95
02.04.04.006-0	RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA	R$ 25,48
02.04.02.004-2	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXÃO)	R$ 25,48
02.04.02.003-4	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	R$ 28,32
02.04.02.005-0	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL /DINÂMICA	R$ 25,60
02.04.02.006-9	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R$ 23,97
02.04.02.007-7	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)	R$ 29,80
02.04.02.008-5	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL/DINÂMICA	R$ 33,76
02.04.02.009-3	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	R$ 24,55
02.04.02.010-7	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	R$ 31,59
02.04.02.011-5	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINÂMICA	R$ 31,16
02.04.05	RADIOGRAFIA DE COLUNA VERTEBRAL TOTAL PANORÂMICA	R$ 55,00
02.04.03.005-6	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL + OBLIQUA)	R$ 28,64

02.04.03.006-4	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL)	R$ 31,19
02.04.03.007-2	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	R$ 26,08
02.04.04.007-8	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R$ 24,54
02.04.06.011-7	RADIOGRAFIA DE COXA	R$ 26,14
02.04.01.007-1	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIGUA / BRETTON + HIRTZ)	R$ 28,53
02.04.01.008-0	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	R$ 25,49
02.04.04.008-6	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MÃO	R$ 24,51
02.04.04.011-6	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRÊS POSIÇÕES)	R$ 25,92
02.04.03.008-0	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	R$ 93,38
02.04.03.009-9	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	R$ 25,92
02.04.05.014-6	RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO	R$ 84,96
02.04.05.015-4	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRÂNSITO)	R$ 115,26
02.04.06.012-5	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	R$ 24,96
02.04.06.013-3	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	R$ 25,50
02.04.06.014-1	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)	R$ 26,78
02.04.01.009-8	RADIOGRAFIA DE LARINGE	R$ 25,65
02.04.04.009-4	RADIOGRAFIA DE MÃO	R$ 24,58
02.04.04.010-8	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	R$ 24,47
02.04.01.010-1	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)	R$ 28,64
02.04.01.011-0	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)	R$ 25,45
02.04.03.010-2	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)	R$ 38,84
02.04.01.012-8	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	R$ 26,01
02.04.06.015-0	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PÉ	R$ 24,93
02.04.06.016-8	RADIOGRAFIA DE PERNA	R$ 25,11
02.04.03.011-0	RADIOGRAFIA DE PNEUMOMEDIASTINO	R$ 54,54
02.04.04.012-4	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	R$ 25,09
02.04.01.013-6	RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (LOCALIZACAO DE CORPO ESTRANHO)	R$ 23,18
02.04.02.012-3	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA	R$ 25,88
02.04.01.014-4	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	R$ 25,66
02.04.01.015-2	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON)	R$ 25,45

02.04.03.012-9	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA)	R$ 26,56
02.04.03.013-7	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRACAO + EXPIRACAO + LATERAL)	R$ 33,59
02.04.03.014-5	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	R$ 30,85
02.04.03.015-3	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	R$ 28,64
02.04.03.016-1	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRAO OIT)	R$ 26,66
02.04.03.017-0	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	R$ 26,69
02.04.01.016-0	RADIOGRAFIA OCLUSAL	R$ 23,03
02.04.05.016-2	RADIOGRAFIA P/ ESTUDO DO DELGADO C/ DUPLO CONTRASTE (ENTEROCLISE)	R$ 310,61
02.04.01.017-9	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	R$ 37,92
02.04.06.017-6	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES	R$ 47,21
02.04.01.018-7	RADIOGRAFIA PERI-APICAL INTERPROXIMAL (BITE-WING)	R$ 33,09
02.04.01.019-5	SIALOGRAFIA	R$ 107,80
02.04.05.017-0	URETROCISTOGRAFIA	R$ 181,54
02.04.05.018-9	UROGRAFIA VENOSA/ EXCRETORA	R$ 175,00
.....	CONTRASTE PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES CONTRASTADOS	R$ 150,00
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA LOCALIZADA	R$ 30,00
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	R$ 50,00

QUADRO XIII
DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA NA UNIDADE DE MAMA

CÓDIGO	*DESCRIÇÃO*	*VALOR*
.....	PLANTÃO 02 HORAS PARA OPERAÇÃO DE MAMÓGRAFO	R$ 150,00
.....	EMISSÃO DE LAUDOS DE MAMOGRAFIA	R$ 15,00

QUADRO XIV
DIAGNÓSTICOS POR ULTRASSONOGRAFIA

CÓDIGO	*DESCRIÇÃO*	*VALOR*

02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA - ADULTO	R$ 98,49
02.05.01.003-3	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA - INFANTIL	R$ 180,00
02.05.01.000-1	ECOCARDIOGRAFIA FETAL	R$ 300,00
02.05.01.001-6	ECOCARDIO COM STRESSE (EM SEDE DA CREDENCIADA)	R$ 359,00
02.05.01.001-6	ECOCARDIO COM STRESSE (SEDE DO CONSÓRCIO)	R$ 300,00
02.05.02.003-8	USG ABDOMEN SUPERIOR	R$ 70,00
02.05.02.005-4	USG APARELHO URINARIO	R$ 70,00
02.05.02.004-6	USG ABDOMEN TOTAL	R$ 80,00
02.05.02.006-2	USG ARTICULAÇÃO	R$ 70,00
02.05.02.007-0	USG BOLSA ESCROTAL	R$ 60,00
02.05.01.004-0	USG DOPPLER COLORIDO DE VASOS	R$ 80,00
02.05.02.016-0	USG GINECOLOGICO (PELVICO)	R$ 70,00
02.05.02.009-7	USG MAMARIA BILATERAL E AXILAS	R$ 70,00
02.05.02.000-3	USG MORFOLOGICA	R$ 140,00
02.05.02.014-3	USG OBSTETRICA	R$ 70,00
02.05.02.011-9	USG DE PRÓSTATA (VIA TRANSRETAL)	R$ 70,00
02.05.02.010-0	USG PROSTATA (VIA ABDOMINAL)	R$ 65,00
02.05.02.012-7	USG TIREOIDE	R$ 75,00
02.05.02.017-8	USG TRANSFONTANELA	R$ 70,00
02.05.02.014-3	USG TRANSLUCENCIA NUCAL	R$ 60,00
02.05.02.018-6	USG TRANSVAGINAL	R$ 70,00
02.05.02.022-4	ELASTOGRAFIA HEPÁTICA ULTRASSÔNICA	R$ 350,00

Obs. Quando solicitado exame + doppler, o pagamento será o valor do exame + o valor do doppler.

QUADRO XV **DIAGNOSE DO SISTEMA RESPIRATÓRIO**		
CÓDIGO	*DESCRIÇÃO*	*VALOR*
02.11.08.008-0	TESTE DE CAMINHADA DE 6 MINUTOS	R$ 15,00

02.11.08	PRESSÕES RESPIRATÓRIAS MÁXIMAS – PRM	R$ 15,00
02.11.08	DIFUSÃO DO MONÓXIDO DE CARBONO	R$ 6,35
02.11.08	QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA	R$ 6,35
.....	ESPIROMETRIA	R$ 37,49

QUADRO XVI **LAUDO MÉDICO**		
CÓDIGO	*DESCRIÇÃO*	*VALOR*
.....	LAUDO DE MEDICAMENTO EXCEPCIONAL	R$ 2,50
.....	LAUDO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	R$ 40,00

QUADRO XVII **MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADES**			
CÓDIGO	*DESCRIÇÃO*	*ATENDIMENTO PRESENCIAL SEDE DO CISMEPAR*	*ATENDIMENTO EM SEDE DA CREDENCIADA*
02.11.04.002-9	COLPOSCOPIA	R$ 30,00	-
02.11.05.002-4	ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGILIA C/ OU S/ FOTO-ESTÍMULO	R$ 40,00	R$ 80,00
02.11.00.002-5	ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGILIA C/ OU S/ FOTO- ESTÍMULO COM SEDAÇÃO	R$ 250,00	R$ 285,00
02.11.05.008-3	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS/MMII (02 SEGMENTOS)	R$ 613,00	R$ 690,00
02.11.05.008-3	ELETRONEUROMIOGRAFIA COM SEGMENTO COMPLEMENTAR (02 SEGMENTOS)	R$ 700,00	R$ 770,00
02.11.05.008-3	ELETRONEUROMIOGRAFIA COM SEGMENTO ESPECIAL (02 SEGMENTOS)	R$ 700,00	R$ 770,00
02.11.05.008-3	ELETRONEUROMIOGRAFIA COM FACE BILATERAL	R$ 700,00	R$ 770,00
02.11.05.008-3	ELETRONEUROMIOGRAFIA COM TESTE ESTIMULAÇÃO REPETITIVA (02 SEGMENTOS)	R$ 700,00	R$ 770,00
02.11.09.000-0	ESTUDO URODINÂMICO	-	R$ 460,00
02.11.04.004-5	HISTEROSCOPIA (DIAGNÓSTICA)	R$ 200,00	R$ 230,00
02.11.02.004-4	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HORAS (INCLUSO APARELHO MAIS LAUDOS E INSUMOS)	R$ 63,00	R$ 68,00
02.11.02.005-2	MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL MAPA 24 HORAS (INCLUSO APARELHO MAIS LAUDOS E INSUMOS)	R$ 63,00	R$ 68,00
02.09.00.000-7	PHMETRIA ESOFÁGICA	-	R$ 350,00
02.11.05.010-5	POLISSONOGRAFIA EXAME + APARELHO	-	R$ 342,00
02.11.02.006-0	TESTE ERGOMÉTRICO EXAME + LAUDO	R$ 40,00	R$ 80,00

02.11.00.002-7	VECTOELETRONISTAGMOGRAFIA	-	R$ 125,00
02.11.01.001-4	CAPILAROSCOPIA	R$ 34,20	-

QUADRO XVIII **PLANTÕES MÉDICOS – PROGRAMA SERVIÇOS MUNICIPAIS**		
CÓDIGO	*DESCRIÇÃO*	*VALOR*
	INCENTIVO DE PLANTÃO URGÊNCIA PRESENCIAL 6 HORAS – FIM DE SEMANA (COM INÍCIO NA SEXTA ÀS 19 HORAS E ENCERRAMENTO ÀS 7 HORAS DA SEGUNDA-FEIRA)	R$ 50,00
	INCENTIVO DE PLANTÃO URGÊNCIA PRESENCIAL 12 HORAS – FIM DE SEMANA (COM INÍCIO NA SEXTA ÀS 19 HORAS E ENCERRAMENTO ÀS 7 HORAS DA SEGUNDA-FEIRA)	R$ 100,00
	PLANTÃO PRESENCIAL PARA CLÍNICA MÉDICA, DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO DE 12 HORAS	R$ 1.350,00
	PLANTÃO PRESENCIAL PARA CLINICA MÉDICA, DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO DE 6 HORAS	R$ 675,00
	PLANTÃO PRESENCIAL PARA MÉDICO ESPECIALISTA EM PEDIATRIA E NEONATOLOGIA (SALA DE PARTO), DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO 12 HORAS	R$ 2.000,00
	PLANTÃO PRESENCIAL PARA MÉDICO ESPECIALISTA EM PEDIATRIA E NEONATOLOGIA (SALA DE PARTO), DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO 06 HORAS	R$ 1.000,00
	PLANTÃO PRESENCIAL PARA MÉDICO PARA ATENDIMENTO PEDIATRICO / ESPECIALISTA EM PEDIATRIA DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO 12 HORAS	R$ 1.800,00
	PLANTÃO PRESENCIAL PARA MÉDICO PARA ATENDIMENTO PEDIATRICO / ESPECIALISTA EM PEDIATRIA DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO 6 HORAS	R$ 900,00
	PLANTÃO PRESENCIAL PARA ATENDIMENTO A CRIANÇA, DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO DE 12 HORAS	R$ 1.400,00
	PLANTÃO PRESENCIAL PARA ATENDIMENTO A CRIANÇA, DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO DE 6 HORAS	R$ 700,00
	PLANTÃO PRESENCIAL PARA MÉDICO ESPECIALISTA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA NA COBERTURA DE ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA, DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO DE 12 HORAS	R$ 1.700,00
	PLANTÃO PRESENCIAL PARA MÉDICO ESPECIALISTA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA NA COBERTURA DE ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA,DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO DE 6 HORAS	R$ 850,00
	PLANTÃO PRESENCIAL PARA MÉDICO ESPECIALISTA EM ANESTESIOLOGIA NA COBERTURA DE ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA, DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO DE 12 HORAS	R$ 1.700,00
	PLANTÃO PRESENCIAL PARA MÉDICO ESPECIALISTA EM ANESTESIOLOGIA NA COBERTURA DE ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA, DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO DE 6 HORAS	R$ 850,00

	INCENTIVO DE PLANTÃO URGÊNCIA PRESENCIAL 12 HORAS – VÉSPERA DE NATAL,NATAL, VÉSPERA DE ANO NOVO E ANO NOVO (COM INÍCIO ÀS 13 HORAS DA VÉSPERA E TÉRMINO ÀS 7 HORAS DO DIA POSTERIOR AO FERIADO)	R$ 1.050,00
	INCENTIVO DE PLANTÃO URGÊNCIA PRESENCIAL 6 HORAS – VÉSPERA DE NATAL,NATAL, VÉSPERA DE ANO NOVO E ANO NOVO (COM INÍCIO ÀS 13 HORAS DA VÉSPERA E TÉRMINO ÀS 7 HORAS DO DIA POSTERIOR AO FERIADO)	R$ 525,00
	INCENTIVO DE PLANTÃO URGÊNCIA PRESENCIAL 12 HORAS – PARA FERIADOS NACIONAIS (COM INÍCIO ÀS 7 HORAS DO DIA DO FERIADO E TÉRMINO ÀS 7 HORAS DO DIA POSTERIOR AO FERIADO)	R$ 100,00
	INCENTIVO DE PLANTÃO URGÊNCIA PRESENCIAL 6 HORAS – PARA FERIADOS NACIONAIS (COM INÍCIO ÀS 7HORAS DO DIA DO FERIADO E TÉRMINO ÀS 7 HORAS DO DIA POSTERIOR AO FERIADO)	R$ 50,00
	INCENTIVO DE PLANTÃO URGÊNCIA PRESENCIAL 12 HORAS – PARA O FERIADO E RECESSO DE CARNAVAL (COM INÍCIO ÀS 7 HORAS DA SEGUNDA-FEIRA E TÉRMINO ÀS 7 HORAS DA QUARTA FEIRA DE CINZAS POSTERIOR AO FERIADO)	R$ 100,00
	INCENTIVO DE PLANTÃO URGÊNCIA PRESENCIAL 6 HORAS – PARA O FERIADO E RECESSO DE CARNAVAL (COM INÍCIO ÀS 7 HORAS DA SEGUNDA-FEIRA E TÉRMINO ÀS 7 HORAS DA QUARTA FEIRA DE CINZAS POSTERIOR AO FERIADO)	R$ 50,00
	PLANTÃO PRESENCIAL PARA MÉDICO ESPECIALISTA EM PSIQUIATRIA NA COBERTURA DE ATEDIMENTOS DE URGÊNCIA/EMÊRGENCIA – DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO DE 12 HORAS	R$ 1.400,00
	PLANTÃO PRESENCIAL PARA MÉDICO ESPECIALISTA EM PSIQUIATRIA NA COBERTURA DE ATEDIMENTOS DE URGÊNCIA/EMÊRGENCIA – DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO DE 6 HORAS	R$ 700,00
	PLANTÃO PRESENCIAL PARA MÉDICO ESPECIALISTA EM ORTOPEDIA NA COBERTURA DE ATEDIMENTOS DE URGÊNCIA/EMÊRGENCIA – DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO DE 12 HORAS	R$ 1.700,00
	PLANTÃO PRESENCIAL PARA MÉDICO ESPECIALISTA EM ORTOPEDIA NA COBERTURA DE ATEDIMENTOS DE URGÊNCIA/EMÊRGENCIA – DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO DE 6 HORAS	R$ 850,00
	PLANTÃO PRESENCIAL PARA ATENDIMENTO A PESSOAS COM DOENÇAS PSIQUIATRICAS – DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO DE 12 HORAS	R$ 1.350,00
	PLANTÃO PRESENCIAL PARA ATENDIMENTO A PESSOAS COM DOENÇAS PSIQUIATRICAS – DE DOMINGO A SÁBADO – DURAÇÃO DE 6 HORAS	R$ 675,00
	ADICIONAL DE DESLOCAMENTO PARA ATESTADO DE ÓBITO FORA DA UNIDADE DE ATENDIMENTO (VALOR CORRESPONDENTE AO PLANTÃO DE 12 HORAS)	R$ 332,00

QUADRO XIX – EXCLUÍDO

QUADRO XX **PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DO APARELHO DIGESTIVO**

CÓDIGO	*DESCRIÇÃO*	*VALOR*
04.07.01.025-4	RETIRADA DE POLIPO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA – ATENDIMENTO AMBULATORIAL	R$ 56,79
04.07.02.039-0	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO / PÓLIPOS DO RETO / COLO SIGMÓIDE – POR COLONOSCOPIA – ATENDIMENTO AMBULATORIAL	R$ 56,79

QUADRO XXI **REGULAÇÃO E EDUCAÇÃO**		
CÓDIGO	*DESCRIÇÃO*	*VALOR*
00.00.00.001-3	AÇÃO EDUCATIVA (CAPACITAÇÕES), CONFECÇÃO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS E FLUXOGRAMAS, SUPORTE TÉCNICO E REUNIÕES TÉCNICAS (POR HORA)	R$ 140,00
08.03.00.001-2	REGULAÇÃO DE ACESSO ASSISTENCIAL À SAÚDE (CLASSIFICAÇÃO DO RISCO CLÍNICO - POR PROCEDIMENTO)	R$ 4,00

QUADRO XXII **TERAPIAS ESPECIALIZADAS**		
CÓDIGO	*DESCRIÇÃO*	*VALOR*
03.01.04.002-8	ATENDIMENTO CLÍNICO P/ INDICAÇÃO, FORNECIMENTO E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)	R$ 54,00
03.09.03.005-6	DILATAÇÃO DE URETRA (POR SESSÃO)	R$ 15,20

QUADRO XXIII - EXCLUÍDO

QUADRO XXIV **ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS**		
CÓDIGO	*DESCRIÇÃO*	*VALOR*
0201010232	BIOPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR	R$ 80,00
0201010348	BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE (INCLUI MAXILA E MANDÍBULA)	R$ 80,00
0201010526	BIOPSIA DA BOCA	R$ 80,00
0301010048	CONSULTA DE PROFISS DE NIV SUPER NA ATENCAO ESPECIALIZADA	R$ 24,75
0301060061	ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	R$ 35,00
0307020045	TRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE BIRRADICULAR (Inclui consulta com profissional de nível superior, acesso a polpa dentária e medicação por dente, curativo de demora e radiografia periapical inicial e final)	R$ 367,73
0307020053	TRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE MULTIRADICULAR (Inclui consulta com profissional de nível superior, acesso a polpa dentária e medicação por dente, curativo de demora e radiografia periapical inicial e final)	R$ 418,28
0307020061	TRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE UNIRRADICULAR (Inclui consulta com profissional de nível superior, acesso a polpa dentária e	R$ 333,40

	medicação por dente, curativo de demora e radiografia periapical)	
0307020088	RETRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE BI- RADICULAR (Inclui consulta com profissional de nível superior, acesso a polpa dentária e medicação por dente, curativo de demora e radiografia periapical inicial e final)	R$ 398,56
0307020096	RETRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE C/ 3 OU + RAIZES (Inclui consulta com profissional de nível superior, acesso a polpa dentária e medicação por dente, curativo de demora e radiografia periapical inicial e final)	R$ 465,74
0307020100	RETRATAMENTO ENDODONTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR (Inclui consulta com profissional de nível superior, acesso a polpa dentária e medicação por dente, curativo de demora e radiografia periapical inicial e final)	R$ 346,91
0307020118	SELAMENTO DE PERFURACAO RADICULAR	R$ 80,00
0307040089	REEMBASAMENTO E CONSERTO DE PROTESE DENTARIA (TOTAL OU PARCIAL REMOVÍVEL) NO CONSULTÓRIO OU EM LABORATÓRIO	R$ 100,00
0401010104	INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO INTRA ORAL	R$ 35,78
	INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO EXTRA ORAL	R$ 50,00
0404020089	EXCISAO DE RANULA OU FENOMENO DE RETENCAO SALIVAR	R$ 100,00
0404020097	EXCISAO DE MUCOCELE	R$ 73,09
0404020445	CONTENÇÃO DENTES POR SPLINTAGEM POR TRAUMA OU PROBLEMA PERIODONTAL	R$ 50,00
0414020022	APICECTOMIA C/ OU S/ OBTURACAO RETROGRADA	R$ 150,00
0414020030	APROFUNDAMENTO DE VESTIBULO ORAL (POR SEXTANTE)	R$ 110,00
0414020049	CORRECAO DE BRIDAS MUSCULARES	R$ 60,00
0414020057	CORRECAO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR	R$ 82,86
0414020065	CORRECAO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR	R$ 95,00
0414020081	ENXERTO GENGIVAL LIVRE OU PEDICULAR	R$ 110,00
0414020154	GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE)	R$ 100,00
0414020162	GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE)	R$ 70,00
0414020219	ODONTOSECCAO / RADILECTOMIA / TUNELIZACAO	R$ 100,00
0414020243	REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO)	R$ 100,00
0414020278	REMOCAO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO) (Inclui consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada e Odontosecção/radilectomia/tunelização)	R$ 217,68
0414020294	REMOCAO DE TORUS E EXOSTOSES MAXILAR E/OU MANDIBULAR	R$ 100,00

	BILATERAL	
0414020375	TRAT CIR PERIODO/SEXTANTE	R$ 104,63
0701070099	PROTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVÍVEL (METAL) - (inclui todas as fases da moldagem a entrega pronta ao paciente)	R$ 450,00
0701070102	PROTESE PARCIAL MAXILAR REMOVÍVEL (METAL) - (inclui todas as fases da moldagem a entrega pronta ao paciente)	R$ 419,77
0701070110	PROTESE PARCIAL TEMPORARIA - (inclui todas as fases da moldagem a entrega pronta ao paciente)	R$ 220,00
0701070129	PROTESE TOTAL MANDIBULAR - (inclui todas as fases da moldagem a entrega pronta ao paciente)	R$ 400,00
0701070137	PROTESE TOTAL MAXILAR - (inclui todas as fases da moldagem a entrega pronta ao paciente)	R$ 400,00
0701070170	APARELHO ORTODONTICO FIXO TOTAL POR ARCO DENTÁRIO	R$ 327,25
0701070021	APARELHO ORTOPEDICO E ORTODONTICO REMOVÍVEL POR ARCO DENTÁRIO	R$ 150,00
	CONSERTO DE APARELHO ORTOPEDICO OU ORTODONTICO REMOVIVEL	R$ 35,00
0204010179	RADIOGRAFIA PANORAMICA COM LAUDO	R$ 40,00
0101020058	APLICACAO DE CARIOSTATICO (POR DENTE)	R$ 21,50
0101020066	APLICACAO DE SELANTE (POR DENTE)	R$ 31,00
0101020074	APLICACAO TOPICA DE FLUOR (INDIVIDUAL POR SESSAO)	R$ 46,92
0101020104	ORIENTAÇÃO DE HIGIENE ORAL	R$ 29,82
0101020082	EVIDENCIACAO DE PLACA BACTERIANA (CONTROLE DE BIOFILME)	R$ 42,92
0101020090	SELAMENTO PROVISORIO DE CAVIDADE DENTARIA (RESTAURAÇÃO PROVISÓRIA OU TEMPORÁRIA)	R$ 28,17
0204010225	RADIOGRAFIA PERIAPICAL	R$ 10,00
307010147	ADEQUAÇÃO DO COMPORTAMENTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA / Estabelecimento de vínculo com paciente com necessidades especiais (por sessão)	R$ 50,00
0307010015	CAPEAMENTO PULPAR	R$ 29,24
0307010031	RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE/DECÍDUO COM RESINA COMPOSTA 1 face	R$ 85,00
0307010032	RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE/DECÍDUO COM RESINA COMPOSTA 2 faces	R$ 100,00
0307010033	RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE/DECÍDUO COM RESINA COMPOSTA 3 faces	R$ 120,00
0307010034	RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE/DECÍDUO COM RESINA COMPOSTA 4 faces	R$ 140,00
0307020010	ACESSO A POLPA DENTARIA E MEDICACAO (POR DENTE)	R$ 60,00

0307020029	CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECANICO - ENDODONTIA	R$ 60,00
0307020070	PULPOTOMIA DENTARIA (EM DENTE DECÍDUO)	R$ 98,00
0307030059	RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (P/ SEXTANTE)	R$ 40,00
0307030024	RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE)	R$ 60,94
0401010082	FRENECTOMIA LINGUAL OU LABIAL	R$ 150,00
0414020138	EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE	R$ 75,00
0414020120	EXODONTIA DE DENTES DECÍDUOS	R$ 50,00
0414020170	GLOSSORRAFIA	R$ 40,00
0414020430	EXODONTIA DE DENTE SUPRANUMERÁRIO INCLUSO OU IMPACTADO	R$ 223,91
307030083	TRATAMENTO PERICORONARITE	R$ 35,00
0414020359	TRAT CIR HEMORR BUCO-DENTAL PÓS CIRURGICO	R$ 35,00
0414020383	TRATAMENTO DE ALVEOLITE	R$ 36,38
0414020405	ULOTOMIA/ULECTOMIA	R$ 60,00
0201010526	BIOPSIA DA LINGUA	R$ 120,00
0201010526	BIOPSIA DE LÁBIOS	R$ 120,00
.....	ANATOMOPATOLÓGICO EM MATERIAL CIRÚRGICO, DE PUNÇÃO E CITOLOGIA ESFOLIATIVA EM REGIÃO BMF	R$ 60,00
.....	ACOMPANHAMENTO EM ESTOMATOLOGIA (SESSÃO)	R$ 35,54
.....	ENUCLEAÇÃO DE CISTO DENTAL	R$ 150,00
.....	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULAS BUCO NASAIS OU BUCO SINUSAIS	R$ 211,56
.....	PUNÇÃO ASPIRATIVA COM AGULHA FINA/COLETA RASPADO EM LESÕES OU SÍTIOS DA REGIÃO BMF	R$ 60,00
.....	MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTO DENTAL	R$ 137,83
03007010074	TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO POR DENTE	R$ 14,00
0307010104	RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE/DECÍDUO COM CIMENTO DE IONÔMERO DE VIDRO 1 face	R$ 60,00
0307010105	RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE/DECÍDUO COM CIMENTO DE IONÔMERO DE VIDRO 2 faces	R$ 60,00
0307010106	RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE/DECÍDUO COM CIMENTO DE IONÔMERO DE VIDRO 3 OU MAIS FACES	R$ 60,00

.....	RIZOGENESE INCOMPLETA (POR DENTE E MAXIMO 4 SESSÕES POR ANO)	R$ 120,00
.....	MANUTENÇÃO PERIODONTAL TRAT. NÃO CIRURGICO (MAXIMO 3 SESSÕES/ANO)	R$ 75,00
.....	REPOSIÇÃO DE DENTE (INDEPENDENTE DA QUANTIDADE DE DENTES) DE PROTESE DENTARIA (TOTAL OU PARCIAL REMOVÍVEL) NO CONSULTÓRIO OU EM LABORATÓRIO	R$ 100,00
.....	EXCISAO DE HIPERPLASIA	R$ 90,00
.....	AUMENTO DE COROA CLINICA	R$ 150,00
.....	CUNHA DISTAL	R$ 90,00
.....	REDUÇÃO CRUENTA/INCRUENTA DE FRATURA ALVÉOLO- DENTÁRIA	R$ 258,39
.....	CONTENÇÃO DE DENTES PARA ORTODONTIA	R$ 52,90
.....	DOCUMENTAÇÃO ORTODONTICA/ORTOPEDICA: COM PANORAMICA C/ LAUDO, TELERRADIOGRAFIA, 3 TRAÇADOS CEFALOMÉTRICOS, 5 FOTOS INTRABUCAIS, 3 FOTOS EXTRABUCAIS, MODELOS DE ESTUDOS, PASTA E FICHAS	R$ 92,66
.....	MODELOS DE ESTUDO ORTODONTICOS	R$ 23,19
.....	MODELO DE TRABALHO	R$ 20,00
.....	RADIOGRAFIA PANORAMICA COM TRAÇADO CEFALOMÉTRICO	R$ 60,00
.....	TELERADIOGRAFIA COM TRAÇADO CEFALOMÉTRICO	R$ 31,73
0204010209	TELERADIOGRAFIA	R$ 25,55
0204010055	RADIOGRAFIA DE ATM 3 POSIÇÕES	R$ 53,48
.....	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA POR FEIXE CONICO - CONE BEAM - 1 ARCADA	R$ 176,53
.....	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA POR FEIXE CONICO - CONE BEAM - 2 ARCADAS	R$ 211,28
.....	MANUTENÇAO ORTODÔNTICA APARELHO FIXO	R$ 100,00
.....	MANUTENÇAO ORTODÔNTICA APARELHO REMOVÍVEL	R$ 100,00

QUADRO XXV
POTENCIALIZAÇÃO DA OFERTA – CONSULTAS ESPECIALIZADAS

CÓDIGO	*ESPECIALIDADE*	*ATENDIMENTO PRESENCIAL SEDE DO CISMEPAR – PROJETO 1*	*ATENDIMENTO PRESENCIAL SEDE PROPRIA DA CREDENCIADA – PROJETO 3 E PARA PROJETO 4 PARA OS MUNICÍPIOS do G4* *(Cambé, Ibiporã, Londrina e Rolândia)*	*ATENDIMENTO PRESENCIAL EM SEDE MUNICIPAL - PROJETO 4 PARA OS MUNICÍPIOS DO G17* *(ALVORADA DO SUL, ASSAÍ, BELA VISTA DO PARAÍSO, CAFEARA, CENTENÁRIODO SUL, FLORESTÓPOLIS, GUARACI, JAGUAPITÃ, JATAIZINHO, LUPIONÓPOLIS,MIRASELVA, PITANGUERIAS, PORECATU, PRADO FERREIRA, PRIMEIRO DE MAIO, SERTANÓPOLIS E TAMARANA)*
03.01.01.007-2	ARLEGOLOGISTA	R$ 120,00	R$ 137,00	R$ 156,00
03.01.01.007-2	ANGIOLOGIA / VASCULAR	R$ 40,00	R$ 46,00	R$ 52,00
03.01.01.007-2	CABEÇA E PESCOÇO	R$ 123,00	R$ 140,00	R$ 160,00
03.01.01.007-2	CARDIOLOGIA ADULTO	R$ 60,00	R$ 68,00	R$ 77,00
03.01.01.007-2	CARDIOLOGIA INFANTIL	R$ 70,00	R$ 80,00	R$ 91,00
03.01.01.007-2	CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO	R$ 140,00	R$ 160,00	R$ 182,00
03.01.01.007-2	CIRURGIA GERAL	R$ 110,00	R$ 125,00	R$ 142,00
03.01.01.007-2	CIRURGIA GINECOLÓGICA	R$ 140,00	R$ 160,00	R$ 182,00
03.01.01.007-2	CIRURGIA PEDIÁTRICA	R$ 140,00	R$ 160,00	R$ 182,00
03.01.01.007-2	CIRURGIA PLÁSTICA	R$ 110,00	R$ 125,00	R$ 142,00
03.01.01.007-2	CIRURGIA TORÁCICA	R$ 110,00	R$ 125,00	R$ 142,00
03.01.01.007-2	DERMATOLOGIA	R$ 60,00	R$ 68,00	R$ 77,00
03.01.01.007-2	ENDOCRINOLOGIA ADULTO	R$ 140,00	R$ 160,00	R$ 182,00
03.01.01.007-2	ENDOCRINOLOGIA INFANTIL	R$ 140,00	R$ 160,00	R$ 182,00
03.01.01.007-2	GASTROENTEROLOGIA	R$ 140,00	R$ 160,00	R$ 182,00
03.01.01.007-2	GASTROENTEROLOGIA INFANTIL	R$ 140,00	R$ 160,00	R$ 182,00
03.01.01.007-2	GERIATRIA	R$ 140,00	R$ 160,00	R$ 182,00
03.01.01.007-2	GINECOLOGIA (COLPOSCOPIA, HISTEROSCOPIA, CIRURGIA)	R$ 60,00	R$ 68,00	R$ 77,00
03.01.01.007-2	HEMATOLOGIA	R$ 110,00	R$ 125,00	R$ 142,00

03.01.01.007-2	HEPATOLOGIA	R$ 140,00	R$ 160,00	R$ 182,00
03.01.01.007-2	HOMEOPATIA	R$ 60,00	R$ 68,00	R$ 77,00
03.01.01.007-2	INFECTOLOGIA	R$ 80,00	R$ 91,00	R$ 103,00
03.01.01.007-2	MASTOLOGIA	R$ 60,00	R$ 68,00	R$ 77,00
03.01.01.007-2	MEDICINA DO ADOLESCENTE	R$ 90,00	R$ 102,00	R$ 116,00
03.01.01.007-2	NEFROLOGIA ADULTO	R$ 110,00	R$ 125,00	R$ 142,00
03.01.01.007-2	NEFROLOGIA INFANTIL	R$ 140,00	R$ 160,00	R$ 182,00
03.01.01.007-2	NEUROCIRURGIA (INCLUINDO DOR CRÔNICA)	R$ 110,00	R$ 125,00	R$ 142,00
03.01.01.007-2	NEUROLOGIA ADULTO (INCLUINDO DOR CRÔNICA)	R$ 110,00	R$ 125,00	R$ 142,00
03.01.01.007-2	NEUROLOGIA INFANTIL	R$ 200,00	R$ 220,00	R$ 220,00
03.01.01.007-2	NUTROLOGIA	R$ 110,00	R$ 125,00	R$ 142,00
03.01.01.007-2	OFTALMOLOGIA	R$ 40,00	R$ 46,00	R$ 52,00
03.01.01.007-2	ONCOLOGIA CLÍNICA (CANCEROLOGIA)	R$ 60,00	R$ 68,00	R$ 77,00
03.01.01.007-2	ORTOPEDIA E SUAS SUBESPECIALIDADES (INCLUINDO DOR CRÔNICA)	R$ 60,00	R$ 68,00	R$ 77,00
03.01.01.007-2	OTORRINOLARINGOLOGISTA ADULTO E INFANTIL	R$ 40,00	R$ 46,00	R$ 52,00
03.01.01.007-2	PNEUMOLOGIA ADULTO	R$ 60,00	R$ 68,00	R$ 77,00
03.01.01.007-2	PNEUMOLOGIA INFANTIL	R$ 80,00	R$ 91,00	R$ 103,00
03.01.01.007-2	PROCTOLOGIA	R$ 80,00	R$ 91,00	R$ 103,00
03.01.01.007-2	PSIQUIATRIA ADULTO	R$ 140,00	R$ 160,00	R$ 182,00
03.01.01.007-2	PSIQUIATRIA INFANTIL	R$ 140,00	R$ 160,00	R$ 182,00
03.01.01.007-2	REUMATOLOGIA (INCLUINDO DOR CRÔNICA)	R$ 140,00	R$ 160,00	R$ 182,00
03.01.01.007-2	UROLOGIA E SUAS SUBESPECIALIDADES	R$ 60,00	R$ 68,00	R$ 77,00

QUADRO XXVI

QUALICIS

CÓDIGO	*DESCRIÇÃO*	*VALOR*
03.01.00.003-1	ATIVIDADES INTEGRADAS PARA PROFISSIONAIS MÉDICOS DAS EQUIPES QUE COMPÕEM AS LINHAS DE CUIDADO (por hora)	R$ 180,00
03.01.00.003-1	CARDIOLOGIA ADULTO/INFANTIL (por hora) CONSULTA MÉDICA, PLANO DE CUIDADO / PLANO TERAPÊUTICO, DISCUSSÃO CLÍNICA, MATRICIAMENTO. Incentivo por paciente atendido R$ 15,00 (CONFORME QUADRO IX TABELA CISMEPAR).	R$ 180,00
03.01.00.003-1	ENDOCRINOLOGIA ADULTO/INFANTIL (por hora) CONSULTA MÉDICA, PLANO DE CUIDADO, DISCUSSÃO CLÍNICA, MATRICIAMENTO. Incentivo por paciente atendido R$ 35,00 (CONFORME QUADRO IX TABELA CISMEPAR).	R$ 180,00
03.01.00.003-1	GINECOLOGISTA (por hora) CONSULTA MÉDICA, PLANO DE CUIDADO / PLANO TERAPÊUTICO, DISCUSSÃO CLÍNICA, MATRICIAMENTO. Incentivo por paciente atendido R$ 15,00 (CONFORME QUADRO IX TABELA CISMEPAR).	R$ 180,00
03.01.00.003-1	GERIATRA (por hora) CONSULTA MÉDICA, PLANO DE CUIDADO, DISCUSSÃO CLÍNICA, MATRICIAMENTO. Incentivo por paciente atendido R$ 35,00 (CONFORME QUADRO IX TABELA CISMEPAR).	R$ 180,00
03.01.00.003-1	ESPECIALISTA EM SAÚDE DA FAMILIA (por hora) CONSULTA MÉDICA, PLANO DE CUIDADO / PLANO TERAPÊUTICO, DISCUSSÃO CLÍNICA, MATRICIAMENTO. Incentivo por paciente atendido R$ 35,00 (CONFORME QUADRO IX TABELA CISMEPAR).	R$ 180,00
03.01.00.003-1	PEDIATRA (por hora) CONSULTA MÉDICA, PLANO DE CUIDADO / PLANO TERAPÊUTICO, DISCUSSÃO CLÍNICA, MATRICIAMENTO. Incentivo por paciente atendido R$ 15,00 (CONFORME QUADRO IX TABELA CISMEPAR).	R$ 180,00
03.01.00.003-1	PSIQUIATRA (por hora) CONSULTA MÉDICA, PLANO DE CUIDADO / PLANO TERAPÊUTICO, DISCUSSÃO CLÍNICA, MATRICIAMENTO. Incentivo por paciente atendido R$ 35,00 (CONFORME QUADRO IX TABELA CISMEPAR).	R$ 180,00
.....	ATIVIDADES INTEGRADAS PARA PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NÃO MÉDICOS DAS EQUIPES QUE COMPÕEM AS LINHAS DE CUIDADO (POR HORA)	R$ 62,75

QUADRO XXVII
POTENCIALIZAÇÃO DA OFERTA - FISIOTERAPIA
PARA OS CONTRATOS MUNICIPAIS DE POTENCIALIZAÇÃO DE OFERTA DO PROGRAMA DE ATENÇÃO COMPLEMENTAR EM SAÚDE MUNICIPAL; PROJETO 03 (ATENDIMENTO EM SEDE PRÓPRIA DA CREDENCIADA) E PROJETO 04 (ATENDIMENTO EM SEDE MUNICIPAL)

CÓDIGO	*DESCRIÇÃO*	*VALOR*
03.02-04-001-3	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R$ 20,00
03.02.04.002-1	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R$ 20,00
03.02.04.004-8	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS CIRURGIA CARDIOVASCULAR	R$ 9,27
03.02.05.001-9	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS MUNICIPAL)	R$ 20,00
03.02.05.001-9	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS	R$ 20,00
03.02.06.005-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA PROJETO 03 (ATENDIMENTO EM SEDE PRÓPRIA DA CREDENCIADA) E PROJETO 04 (ATENDIMENTO EM SEDE MUNICIPAL)	R$ 9,27
03.02.04.005-6	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	R$ 14,95
03.02.05.002-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	R$ 21,65
03.02.06.001-4	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO- CINÉTICO - FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R$ 9,34
03.02.06.002-2	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO- CINÉTICO-FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R$ 17,17
02.11.03.007-4	AVALIAÇÃO FUNCIONAL MUSCULAR	R$ 5,00
03.01.05.003-1	ATENDIMENTO DOMICILIAR ESPECIALIZADO EM FISIOTERAPIA	R$ 27,44

QUADRO XXVIII **TELEMEDICINA**		
CÓDIGO	*ESPECIALIDADE*	*ATENDIMENTO POR TELEMEDICINA*
03.01.01.007-2	ALERGOLOGISTA	R$ 103,00
03.01.01.007-2	ANGIOLOGIA / VASCULAR	R$ 40,00
03.01.01.007-2	CARDIOLOGIA ADULTO	R$ 60,00
03.01.01.007-2	CARDIOLOGIA INFANTIL	R$ 70,00
03.01.01.007-2	CIRURGIA GERAL	R$ 65,00
03.01.01.007-2	DERMATOLOGIA	R$ 60,00
03.01.01.007-2	ENDOCRINOLOGIA ADULTO	R$ 140,00

03.01.01.007-2	ENDOCRINOLOGIA INFANTIL	R$ 140,00
03.01.01.007-2	GASTROENTEROLOGIA	R$ 118,00
03.01.01.007-2	GINECOLOGIA	R$ 60,00
03.01.01.007-2	HEMATOLOGIA	R$ 108,00
03.01.01.007-2	INFECTOLOGIA	R$ 80,00
03.01.01.007-2	MEDICINA DO ADOLESCENTE	R$ 55,00
03.01.01.007-2	NEFROLOGIA ADULTO	R$ 103,00
03.01.01.007-2	NEUROLOGIA ADULTO (INCLUINDO DOR CRÔNICA)	R$ 110,00
03.01.01.007-2	NEUROLOGIA INFANTIL	R$ 140,00
03.01.01.007-2	NUTROLOGIA	R$ 110,00
03.01.01.007-2	OFTALMOLOGIA	R$ 40,00
03.01.01.007-2	ORTOPEDIA E SUAS SUBESPECIALIDADES (INCLUINDO DOR CRÔNICA)	R$ 60,00
03.01.01.007-2	OTORRINOLARINGOLOGISTA ADULTO E INFANTIL	R$ 40,00
03.01.01.007-2	PNEUMOLOGIA ADULTO	R$ 40,00
03.01.01.007-2	REUMATOLOGIA (INCLUINDO DOR CRÔNICA)	R$ 140,00
03.01.01.007-2	UROLOGIA E SUAS SUBESPECIALIDADES	R$ 60,00
.....	CONSULTAS MÉDICAS DE PROFISSIONAIS CLÍNICOS GERAIS PARA ATENDIMENTOS NAS UPAS POR MEIO DE TELEMEDICINA	R$ 33,00

QUADRO XXIX **DIAGNOSE POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA**		
CÓDIGO	*ESPECIALIDADE*	ATENDIMENTO SEDE DA CREDENCIADA VALOR
.....	ANGIO-RESSONÂNCIA DE AORTA TORÁCICA	R$ 464,00
.....	ANGIO-RESSONÂNCIA DE AORTA ABDOMINAL	R$ 464,00
.....	ANGIO-RESSONÂNCIA ARTERIAL PULMONAR	R$ 464,00

.....	ANGIO-RESSONÂNCIA VENOSO PULMONAR	R$ 464,00
.....	ANGIO-RESSONÂNCIA ARTERIAL DE ABDOMEN SUPERIOR	R$ 464,00
.....	ANGIO-RESSONÂNCIA VENOSA DE ABDOMEN SUPERIOR	R$ 464,00
.....	ANGIO RESSONÂNCIA ARTERIAL DE CRÂNIO	R$ 464,00
.....	ANGIO RESSONÂNCIA VENOSA DE CRÂNIO	R$ 456,00
.....	ANGIO RESSONÂNCIA ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR	R$ 456,00
.....	ANGIO RESSONÂNCIA ARTERIAL DA PELVE	R$ 456,00
.....	ANGIO RESSONÂNCIA VENOSA DA PELVE	R$ 456,00
.....	ANGIO RESSONÂNCIA ARTERIAL DE PESCOÇO	R$ 456,00
.....	ANGIO RESSONÂNCIA VENOSA DE PESCOÇO	R$ 456,00

QUADRO XXX **DIAGNOSE POR TOMOGRAFIA**		
CÓDIGO	*ESPECIALIDADE*	ATENDIMENTO SEDE DA CREDENCIADA VALOR
.....	ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA TORÁCICA	R$ 294,00
.....	ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL	R$ 294,00
.....	ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA	R$ 580,00
.....	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE CRÂNIO	R$ 357,00
.....	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE CRÂNIO	R$ 357,00
.....	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE PESCOÇO	R$ 357,00
.....	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE PESCOÇO	R$ 357,00
.....	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE TORAX	R$ 357,00
.....	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE TÓRAX	R$ 357,00
.....	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE ABDOME SUPERIOR	R$ 357,00

.....	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE ABDOME SUPERIOR	R$ 357,00
.....	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE PELVE	R$ 357,00
.....	ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE PELVE	R$ 357,00
.....	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR	R$ 357,00
.....	ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL PULMONAR	R$ 357,00

QUADRO XXXI **FISIOTERAPIA – ATENDIMENTO SEDE DO CONSÓRCIO**		
CÓDIGO	*ESPECIALIDADE*	VALOR
02.11.03.007-4	AVALIAÇÃO FUNCIONAL MUSCULAR	R$ 3,00
03.02.05.002-7	ATEND. FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	R$ 15,00
03.02.05.001-9	ATEND. FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS	R$ 15,00
03.02.04.001-3	ATEND. FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO COM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R$ 15,00
03.02.04.002-1	ATEND. FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO SEM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	R$ 15,00

QUADRO XXXII **FONOAUDIOLOGIA – ATENDIMENTO EM SEDE DA CREDENCIADA OU SEDE MUNICIPAL**			
CÓDIGO	*ESPECIALIDADE*	*SEDE DO CONSÓRCIO VALOR*	*SEDE DA CREDENCIADA VALOR*
02.11.07.004-1	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AÉREA/ ÓSSEA)	R$ 30,00	R$ 45,00
.....	IMPEDANCIOMETRIA	R$ 30,00	R$ 45,00
02.11.07.021-1	LOGOAUDIOMETRIA (LDV-IRF-LRF)	-	R$ 100,00
03.01.07.011-3	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INDIVIDUAL (AUDIÇÃO, LINGUAGEM E MOTRICIDADE OROFACIAL) – POR SESSÃO.	60,00	R$ 70,00
.....	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INDIVIDUAL (DISFAGIA) – POR SESSÃO.	-	R$ 70,00
.....	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA EM GRUPO (AUDIÇÃO, LINGUAGEM E MOTRICIDADE OROFACIAL) – ATÉ 4 PACIENTES.	R$ 40,00	R$ 45,00

QUADRO XXXIII CÂMERA HIPERBÁRICA OXIGENOTERAPIA		
CÓDIGO	*ESPECIALIDADE*	VALOR
.....	OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA – POR SESSÃO.	R$ 370,00

QUADRO XXXIV NEUROPSICOLOGIA – ATENDIMENTO EM SEDE PRÓPRIA DA CREDENCIADA		
CÓDIGO	*ESPECIALIDADE*	VALOR
.....	NEUROPSICOLOGIA – POR SESSÃO.	R$ 288,00

QUADRO XXXV DOR CRÔNICA – ATENDIMENTO EM AMBIENTE HOSPITALAR			
TIPO TRATAMENTO	*CÓDIGO*	*DESCRIÇÃO*	VALOR
Tratamento da dor com aplicação de radiofrequência	.....	TRATAMENTO DE LESÃO DO SISTEMA NEUROVEGETATIVO POR AGENTES QUÍMICOS	R$ 1.702,00
Intervenção especializada em dor assistida por ultrassonografia (3 NERVOS)	.....	BLOQUEIO ANESTÉSICO PERIFÉRICO EM 3 OU MAIS NERVOS	R$ 1.831,00
	.....	PUNÇÃO ARTICULAR DIAGNÓSTICA OU TERAPÊUTICA	R$ 1.831,00
	.....	INFILTRAÇÃO DE PONTO-GATILHO EM 4 OU MAIS MÚSCULOS (X4 ATÉ X8)	R$ 1.831,00
	.....	ULTRASSONOGRAFIA INTRAOPERATÓRIA	R$ 1.831,00
Intervenção especializada em dor assistida por ultrassonografia (1 NERVO)	.....	BLOQUEIO ANESTÉSICO PERIFÉRICO EM 1 OU 2 NERVOS (CÓDIGO X1 OU X2)	R$ 700,00
	.....	PUNÇÃO ARTICULAR DIAGNÓSTICA OU TERAPÊUTICA	R$ 700,00
	.....	INFILTRAÇÃO DE PONTO-GATILHO EM 4 OU MAIS MÚSCULOS (X4 ATÉ X8)	R$ 700,00
	.....	ULTRASSONOGRAFIA INTRAOPERATÓRIA	R$ 700,00
Terapia por ondas de choque (Pacote de 3 sessões)	.....	TERAPIA POR ONDAS DE CHOQUE EXTRACORPÓREA EM PARTES MOLES – ACOMPANHAMENTO 1ª APLICAÇÃO (PORTE 8ª)	R$ 2.281,00
	.....	TERAPIA POR ONDAS DE CHOQUE EXTRACORPÓREA EM PARTES MOLES – ACOMPANHAMENTO REAPLICAÇÕES (4C)	R$ 2.281,00

QUADRO XXXVI COMPLEMENTAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS PARA AS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA		
CÓDIGO	*ESPECIALIDADE*	VALOR

.....	HORAS MÉDICAS DE PROFISSIONAIS GENERALISTAS PARA ATENDIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE CARGA HORÁRIA 30H e 40H SEMANAIS – ZONA URBANA	R$ 118,62
.....	HORAS MÉDICAS DE PROFISSIONAIS GENERALISTAS PARA ATENDIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE. CARGA HORÁRIA 40H SEMANAIS. (ZONA RURAL)	R$ 142,34
.....	HORAS MÉDICAS DE PROFISSIONAIS GENERALISTAS PARA ATENDIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE LONDRINA 6 HORAS DÁRIAS (SUBSTITUIÇÕES)	R$ 118,62
.....	HORAS MÉDICAS DE PROFISSIONAIS PEDIATRAS PARA ATENDIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	R$ 170,61
.....	HORAS MÉDICAS DE PROFISSIONAIS GINECOLOGISTAS OBSTETRAS PARA ATENDIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	R$ 181,67
.....	HORAS MÉDICAS DE PROFISSIONAIS DE ENDOCRINOLOGISTA (HORMONIZAÇÃO LGBTQIA+) ATUAÇÃO EM AMBULATÓRIO E REGULAÇÃO	R$ 140,00
.....	HORAS MÉDICAS DE PROFISSIONAIS DE INFECTOLGISTA. ATUAÇÃO EM AMBULATÓRIO E REGULAÇÃO	R$ 140,00
.....	HORAS MÉDICAS DE PROFISSIONAIS DE PSIQUIATRA INFANTIL. ATUAÇÃO EM AMBULATÓRIO E REGULAÇÃO	R$ 140,00

TABELA INSTITUIDA PELA RESOLUÇÃO N° 122, DE 21 DE FEVEREIRO DE 2013 E **ALTERADA PELAS RESOLUÇÕES**: N° 127 DE 25 DE OUTUBRO DE 2013; N° 128 DE 05 DE DEZEMBRO DE 2013; N° 135 DE 23 DE ABRIL DE 2014; N° 137 DE 06 DE JUNHO DE 2014; N° 143 DE 29 DE AGOSTO DE 2014; N° 148 DE 05 DE DEZEMBRO DE 2014; N° 151 DE 30 DE JANEIRO DE 2015; N° 156 DE 13 DE MARÇO DE 2015; N° 157 DE 24 DE ABRIL DE 2015. N° 162 DE 26 DE JUNHO DE 2015; N° 166 DE 28 DE AGOSTO DE 2015; N° 169 DE 23 DE OUTUBRO DE 2015; N° 175 DE 26 DE FEVEREIRO DE 2016, N° 180 DE 23 DE MAIO DE 2016; N°183 DE 26 DE AGOSTO DE 2016; N° 184 DE 21 DE OUTUBRO DE 2016; N° 188 DE 22 DE FEVEREIRO DE 2017; Nº 193 DE 26 DE MAIO DE 2017; Nº 196 DE 14 DE JULHO DE 2017; Nº 199 DE 01 DE SETEMBRO DE 2017; N° 205 DE 15 DE DEZEMBRO DE 2017; Nº 212 DE 15 DE MARÇO DE 2018; Nº 216 DE 27 DE ABRIL DE 2018; Nº 218 DE 29 DE JUNHO DE 2018; Nº 224 DE 31 DE AGOSTO DE 2018; Nº 248 DE 10 DE MAIO DE 2019; Nº 259 DE 27 DE JUNHO DE 2019; Nº 261 DE 08 DE JULHO DE 2019; Nº 264 DE 05 DE AGOSTO DE 2019; Nº 269 DE 06 DE DEZEMBRO DE 2019; Nº 270 DE 06 DE DEZEMBRO DE 2019; Nº 285 DE 24 JULHO DE 2020; Nº 288 DE 15 DE OUTUBRO DE 2020; Nº 291 DE 11 DE DEZEMBRO DE 2020; Nº 294 DE 26 DE FEVEREIRO DE 2021; Nº 297 DE 07 DE MAIO DE 2021; Nº 302 DE 20 DE MAIO DE 2021; Nº 310 DE 17 DE SETEMBRO DE 2021; Nº 315 DE 30 DE NOVEMBRO DE 2021; Nº 316 DE 30 DE NOVEMBRO DE 2021; Nº 317 DE 10 DE DEZEMBRO DE 2021; Nº 320 DE 20 DE MAIO DE 2022; Nº 27 DE 26 AGOSTO DE 2022; Nº 334 DE 10 DE MARÇO DE 2023; Nº 355 DE 17 DE MAIO DE 2024 (PUBLICADA EM 01/08/2024); Nº 372 DE 30 DE MAIO DE 2025; Nº 376 DE 18 DE AGOSTO DE 2025; Nº 382 DE 26 DE SETEMBRO DE 2025; Nº 383 DE 27 DE NOVEMBRO DE 2025; Nº 386 DE 27 DE FEVEREIRO DE 2026; Nº 393 DE 24 DE ABRIL DE 2026; Nº 394 DE 10 DE JULHO DE 2026; Nº 400 DE 28 DE AGOSTO DE 2026; 401 DE 28 DE AGOSTO DE 2026; Nº 404 DE 06 DE NOVEMBRO DE 2026.