



PORTARIA GP/IPESAÚDE Nº 39, DE 10 DE FEVEREIRO DE 2020.
(Atualizada em 23/10/2020)

O Diretor Presidente do Instituto de Promoção e de Assistência à Saúde de Servidores do Estado de Sergipe – Ipesaúde, no uso de suas atribuições legais dispostas no artigo 22, inciso IV, da Lei 5.853, de 20 de março de 2006 (Lei de criação do Ipesaúde);
Considerando o artigo 4º, da Lei 5.853, de 20 de março de 2006, compete ao Ipesaúde, no cumprimento de sua finalidade básica, a realização de ações de medicina preventiva e curativa, a serem desenvolvidas mediante a aplicação de programas de assistência médica ambulatorial, através de serviços próprios, complementado por prestadores credenciados;

E ainda, a necessidade de garantir a promoção das referidas ações sob criterioso controle de qualidade e eficiência;

Em consonância com a manifestação favorável do Conselho Deliberativo do Ipesaúde, na reunião ocorrida em 30 de janeiro de 2020;

RESOLVE:

Art 1º – Atualizar a **TABELA DE PROCEDIMENTOS GERAIS IPESAÚDE**, referente aos serviços prestados na rede credenciadas sob os respectivos códigos, valores e detalhamentos:

TABELA IPESAÚDE: PROCEDIMENTOS GERAIS (CONSULTAS, VISITAS, RECÉM- NASCIDOS, UTI E OUTROS)

CONSULTAS, VISITAS, RECÉM- NASCIDOS, UTI E OUTROS:

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
1.01.01.004	CONSULTA ELETIVA	R\$ 60,00
1.01.01.039	EM PRONTO SOCORRO	R\$ 60,00
1.01.01.047	CONSULTA COM CLINICO GERAL	R\$ 60,00
1.01.01.055	CONSULTA COM HEPATOLOGISTA	R\$ 60,00
1.01.01.063	CONSULTA COM REUMATOLOGISTA	R\$ 60,00
1.01.01.071	CONSULTA COM NEFROLOGISTA	R\$ 84,00
1.01.01.080	CONSULTA COM ANESTESIOLOGISTA	R\$ 73,00
1.01.01.098	CONSULTA ORTODÔNTICA INICIAL (CSB ODONT)	R\$ 60,00
1.01.01.101	CONSULTA ORTODÔNTICA INICIAL	R\$ 60,00
1.01.01.110	CONSULTA COM ALERGOLOGISTA	R\$ 60,00
1.01.01.128	CONSULTA COM CARDIOLOGISTA	R\$ 60,00
1.01.01.136	CONSULTA COM GASTROENTEROLOGISTA	R\$ 60,00
1.01.01.144	CONSULTA COM FISIATRA	R\$ 60,00
1.01.01.160	CONSULTA COM HEMATOLOGISTA	R\$ 60,00
1.01.01.179	CONSULTA COM PNEUMOLOGISTA	R\$ 60,00
1.01.01.187	CONSULTA COM ONCOLOGISTA	R\$ 60,00
1.01.01.195	CONSULTA COM ANGIOLOGISTA / CIRURGIAO VASCULAR	R\$ 60,00
1.01.01.209	CONSULTA COM CIRURGIAO CARDIACO / HEMODINAMICISTA	R\$ 100,00
1.01.01.217	CONSULTA COM CIRURGIAO DE CABECA E PESCOCO	R\$ 100,00
1.01.01.225	CONSULTA COM DERMATOLOGISTA	R\$ 60,00
1.01.01.233	CONSULTA COM CIRURGIAO GERAL	R\$ 60,00
1.01.01.250	CONSULTA COM GINECOLOGISTA	R\$ 84,00
1.01.01.276	CONSULTA COM MASTOLOGISTA	R\$ 60,00
1.01.01.292	CONSULTA COM NEUROCIRURGIAO	R\$ 60,00

1.01.01.306	CONSULTA COM OFTALMOLOGISTA	R\$ 60,00
1.01.01.314	CONSULTA COM OTORRINOLARINGOLOGISTA	R\$ 60,00
1.01.01.322	CONSULTA COM ORTOPEDISTA / TRAUMATOLOGISTA	R\$ 60,00
1.01.01.349	CONSULTA COM CIRURGIAO PLASTICO	R\$ 60,00
1.01.01.357	CONSULTA COM CIRURGIAO TORACICO	R\$ 60,00
1.01.01.365	CONSULTA COM UROLOGISTA	R\$ 60,00
1.01.01.373	CONSULTA COM PEDIATRA	R\$ 84,00
1.01.01.381	CONSULTA COM HOMEOPATA	R\$ 60,00
1.01.01.403	CONSULTA COM ENDOCRINOLOGISTA	R\$ 84,00
1.01.01.411	CONSULTA COM GERIATRA	R\$ 60,00
1.01.01.420	CONSULTA COM INFECTOLOGISTA	R\$ 60,00
1.01.01.438	CONSULTA COM NEUROLOGISTA	R\$ 60,00
1.01.01.446	CONSULTA COM ACUPUNTURISTA	R\$ 60,00
1.01.01.462	CONSULTA COM PROCTOLOGISTA	R\$ 60,00
1.01.01.551	CONSULTA COM CIRURGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	R\$ 60,00
1.01.01.560	CONSULTA COM OBSTETRA (PRE-NATAL)	R\$ 60,00
1.01.01.578	CONSULTA COM DIABETOLOGISTA	R\$ 60,00
1.01.01.586	CONSULTA COM GASTROENTEROLOGISTA PEDIATRICO	R\$ 60,00
1.01.01.594	CONSULTA COM NEUROLOGISTA PEDIATRICO	R\$ 60,00
1.01.01.608	CONSULTA COM PNEUMOLOGISTA PEDIATRICO	R\$ 60,00
1.01.01.616	CONSULTA COM CARDIOLOGISTA PEDIATRICO	R\$ 60,00
1.01.02.019	VISITAS SUBSEQUENTES (ACOMPANHAMENTO)	R\$ 42,00
1.01.02.027	VISITA HOSPITALAR(FINAL SEMANA HOSP CIRURGIA)	R\$ 72,00
1.01.03.015	ATENDIMENTO AO RECEM-NASCIDO EM BERCARIO	R\$ 100,00
1.01.03.023	ATENDIMENTO AO RECEM-NASCIDO EM SALA DE PARTO (PARTO NORMAL OU OPERATORIO)	R\$ 148,00
1.01.03.031	ATENDIMENTO AO RECEM-NASCIDO EM SALA DE PARTO (PARTO COM RISCO)	R\$ 172,00
1.01.04.011	ATENDIMENTO DO INTENSIVISTA DIARISTA (POR DIA E POR PACIENTE)	R\$ 42,00
1.01.04.020	ATENDIMENTO MEDICO DO INTENSIVISTA EM UTI GERAL OU PEDIATRICA (PLANTAO DE 12 HORAS - POR PACIENTE)	R\$ 100,00
1.01.06.014	ACONSELHAMENTO GENÉTICO	R\$ 120,00

CONSULTAS, VISITAS, RECÉM- NASCIDOS, UTI E OUTROS) – CÓDIGO IPESAÚDE

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
0.91.17.0001	INTENSIVISTA PLANTONISTA	R\$ 142,00
0.91.18.0007	DIARISTA INTENSIVISTA	R\$ 60,00
0.91.19.0045	VISITA MÉDICA ESPECIALISTA	R\$ 93,00
0.91.19.0053	VISITA DO PSICOTERAPEUTA	R\$ 50,00
0.91.19.0061	VISITA DO FONOAUDIOLOGO	R\$ 50,00
0.91.19.0070	VISITA ENFERMEIRO	R\$ 50,00
0.91.19.0088	VISITA TERAPÊUTA OCUPACIONAL	R\$ 50,00
0.91.19.0096	VISITA NUTRICIONISTA	R\$ 50,00
0.91.19.0100	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA 5X POR SEMANA	R\$ 180,00
0.91.19.0118	GERENCIAMENTO 2X DIA	R\$ 90,00
0.91.19.0169	VISITA HOSPITALAR - ESPECIALISTA / DIARISTA (HOSPITAL CIRURGIA)	R\$ 60,00

0.91.19.0177	GERENCIAMENTO 1X DIA	R\$ 45,00
0.91.19.0185	GERENCIAMENTO 3X DIA	R\$ 135,00
0.91.19.0193	PROCEDIMENTOS MÉDICOS EM DOMICÍLIO	R\$ 185,00
0.91.19.0223	VISITA HOSPITALAR EM PACIENTES INTERNADOS PARA AVALIAÇÃO DE ESCARAS OU ULCERAÇÕES	R\$ 60,00
0.91.19.0224	INTERNAÇÃO URGÊNCIA ORTOPÉDICA - RENASCENÇA	R\$ 42,00
0.91.19.0304	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA 3X POR SEMANA	R\$ 110,00
0.91.19.0312	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA 2X POR SEMANA	R\$ 80,00
0.91.19.0444	CONSULTA INTERNA COM CLINICO GERAL	R\$ 60,00
0.91.19.0452	CONSULTA INTERNA COM HEPATOLOGISTA	R\$ 60,00
0.91.19.0568	CONSULTA INTERNA COM REUMATOLOGISTA	R\$ 60,00
0.91.19.0576	CONSULTA INTERNA COM NEFROLOGISTA	R\$ 60,00
0.91.19.0584	CONSULTA INTERNA COM ALERGOLOGISTA	R\$ 60,00
0.91.19.0592	CONSULTA INTERNA COM CARDIOLOGISTA	R\$ 60,00
0.91.19.0606	CONSULTA INTERNA COM GASTROENTEROLOGISTA	R\$ 60,00
0.91.19.0614	CONSULTA INTERNA COM HEMATOLOGISTA	R\$ 60,00
0.91.19.0622	CONSULTA INTERNA COM PNEUMOLOGISTA	R\$ 60,00
0.91.19.0630	CONSULTA INTERNA COM ONCOLOGISTA	R\$ 60,00
0.91.19.0649	CONSULTA INTERNA COM ANGIOLOGISTA / CIRURGIÃO VASCULAR	R\$ 60,00
0.91.19.0657.	CONSULTA INTERNA COM CIRURGIÃO CARDIACO / HEMODINAMICISTA	R\$ 60,00
0.91.19.0665	CONSULTA INTERNA COM CIRURGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO	R\$ 60,00
0.91.19.0673	CONSULTA INTERNA COM DERMATOLOGISTA	R\$ 60,00
0.91.19.0681	CONSULTA INTERNA COM CIRURGIÃO GERAL	R\$ 60,00
0.91.19.0690	CONSULTA INTERNA COM GINECOLOGISTA	R\$ 84,00
0.91.19.0703	CONSULTA INTERNA COM MASTOLOGISTA	R\$ 60,00
0.91.19.0711	CONSULTA INTERNA COM NEUROCIRURGIÃO	R\$ 60,00
0.91.19.0720	CONSULTA INTERNA COM OFTALMOLOGISTA	R\$ 60,00
0.91.19.0800	CONSULTA INTERNA COM OTORRINOLARINGOLOGISTA	R\$ 60,00
0.91.19.0819	CONSULTA INTERNA COM ORTOPEDISTA /TRAUMATOLOGISTA	R\$ 60,00
0.91.19.0827	CONSULTA INTERNA COM CIRURGIÃO PEDIATRICO	R\$ 60,00
0.91.19.0835	CONSULTA INTERNA COM CIRURGIÃO PLASTICO	R\$ 60,00
0.91.19.0843	CONSULTA INTERNA COM CIRURGIÃO TORACICO	R\$ 60,00
0.91.19.0851	CONSULTA INTERNA COM UROLOGISTA	R\$ 60,00
0.91.19.0860	CONSULTA INTERNA COM PEDIATRA	R\$ 60,00
0.91.19.0878	CONSULTA INTERNA COM HOMEOPATA	R\$ 60,00
0.91.19.0886	CONSULTA INTERNA COM PSIQUIATRA	R\$ 100,00
0.91.19.0894	CONSULTA INTERNA COM ENDOCRINOLOGISTA	R\$ 60,00
0.91.19.0908	CONSULTA INTERNA COM GERIATRA	R\$ 84,00
0.91.19.0916	CONSULTA INTERNA COM INFECTOLOGISTA	R\$ 60,00
0.91.19.0924	CONSULTA INTERNA COM NEUROLOGISTA	R\$ 84,00
0.91.19.0932	CONSULTA INTERNA COM ACUPUNTURISTA	R\$ 60,00
0.91.19.0940	CONSULTA INTERNA COM PROCTOLOGISTA	R\$ 60,00
0.91.19.0959	CONSULTA INTERNA COM CIRURGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	R\$ 60,00
0.91.19.0967	CONSULTA INTERNA COM OBSTETRA (PRÉ-NATAL)	R\$ 84,00
0.91.19.0975	CONSULTA INTERNA COM DIABETOLOGISTA	R\$ 60,00
0.91.19.0983	CONSULTA INTERNA COM GASTROENTEROLOGISTA PEDIATRICO	R\$ 60,00

0.91.19.0991	CONSULTA INTERNA COM NEUROLOGISTA PEDIATRICO	R\$ 60,00
0.91.19.1009	CONSULTA INTERNA COM PNEUMOLOGISTA PEDIATRICO	R\$ 60,00
0.91.19.1025	CONSULTA MÉDICA DOMICILIAR	R\$ 151,50
0.91.20.0253	PLANTÃO EM REGIME DE SOBREAVISO DE MÉDICO ESPECIALISTA 12H/DIA	R\$ 250,00
0.91.22.0009	RADIOLOGIA DOMICILIAR	R\$ 180,00
0.91.27.0103	VISITA HOSPITALAR - CONDICIONADA A EFICIÊNCIA - FAIXA 1-5 DIAS	R\$ 202,81
0.91.27.0111	VISITA HOSPITALAR - CONDICIONADA A EFICIÊNCIA - FAIXA 6-8 DIAS	R\$ 180,28
0.91.27.0120	VISITA HOSPITALAR - CONDICIONADA A EFICIÊNCIA - FAIXA 9-10 DIAS	R\$ 157,74
0.91.27.0138	VISITA HOSPITALAR - CONDICIONADA A EFICIÊNCIA - FAIXA 11-12 DIAS	R\$ 135,20
0.91.27.1401	VISITA HOSPITALAR - CONDICIONADA A EFICIÊNCIA - FAIXA 13-15 DIAS	R\$ 112,68
0.91.27.1509	VISITA HOSPITALAR - CONDICIONADA A EFICIÊNCIA - FAIXA ACIMA DE 15 DIAS	R\$ 71,40
0.91.27.1517	INTERCONSULTA COM ESPECIALISTA - VISITA HOSPITALAR	R\$ 151,50
0.91.27.1606	ATENDIMENTO DO INTENSIVISTA DIARISTA - CONDICIONADA A EFICIÊNCIA - FAIXA 1-7 DIAS	R\$ 327,19
0.91.27.1614	ATENDIMENTO DO INTENSIVISTA DIARISTA - CONDICIONADA A EFICIÊNCIA - FAIXA 8-12 DIAS	R\$ 245,38
0.91.27.1622	ATENDIMENTO DO INTENSIVISTA DIARISTA - CONDICIONADA A EFICIÊNCIA - FAIXA 13-17 DIAS	R\$ 163,79
0.91.27.1630	ATENDIMENTO DO INTENSIVISTA DIARISTA - CONDICIONADA A EFICIÊNCIA - FAIXA ACIMA DE 18 DIAS	R\$ 49,98
0.91.28.0079	ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSIQUIATRIA	R\$ 85,00
0.91.28.0087	ATENDIMENTO INFANTIL EM PSIQUIATRIA	R\$ 120,00
0.91.29.0104	PLANTÃO MÉDICO DIURNO	R\$ 120,00
0.91.29.0201	PLANTÃO MÉDICO NOTURNO. FINAL DE SEMANA OU FERIADOS NACIONAIS	R\$ 140,00
0.92.19.2025	FISIOTERAPIA MOTORA (SESSÃO)	R\$ 20,00
0.92.19.2033	FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA (SESSÃO)	R\$ 20,00
0.92.21.0341	CONSULTA COM ESPECIALISTA (RADIOTERAPEUTA OU MEDICINA NUCLEAR)	R\$ 84,00
0.92.24.0020	ATENDIMENTO CLÍNICO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA - CLINICA MEDICA/ORTOPEDIA/CIRURGIA GERAL	R\$ 250,00
0.92.25.0009	ATENDIMENTO DE ORTOPEDIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (RENASCENÇA)	R\$ 133,64
0.92.26.2589	ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PEDIATRICA	R\$ 250,00
0.92.86.0672	CONSULTA ELETIVA COM CIRURGIÃO PEDIÁTRICO	R\$ 84,00
0.92.90.1000	USB – UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO – DIA – 1 TRECHO	R\$ 200,00
0.92.90.2006	USB – UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO – DIA – 2 TRECHOS	R\$ 320,00
0.92.90.3002	USB – UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO – NOITE – 1 TRECHO	R\$ 960,00
0.92.90.4009	USB – UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO – NOITE – 2 TRECHOS	R\$ 520,00
0.92.90.5005	USB – UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO – DIA – 1 TRECHO	R\$ 520,00
0.92.90.5030	USB – UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO – DIA – 2 TRECHOS	R\$ 960,00
0.92.90.5048	USB – UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO – NOITE – 1 TRECHO	R\$ 960,00
0.92.90.6028	USB – UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO – NOITE – 2 TRECHOS	R\$ 520,00

TABELA IPESAÚDE: PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS (AVALIAÇÕES, ACOMPANHAMENTOS, MONITORIZAÇÕES, REABILITAÇÕES, SESSÕES, TERAPÊUTICA E OUTROS)

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
2.01.01.015	ACOMPANHAMENTO CLINICO AMBULATORIAL POS-TRANSPLANTE RENAL - POR AVALIACAO	R\$ 29,40
2.01.01.023	ANÁLISE DA PROPORCIONALIDADE CINEANTROPOMÉTRICA	R\$ 5,60
2.01.01.031	AVALIACAO CLINICA DIARIA ENTERAL	R\$ 29,40
2.01.01.040	AVALIACAO CLINICA DIARIA PARENTERAL	R\$ 48,30
2.01.01.058	AVALIACAO CLINICA DIARIA PARENTERAL E ENTERAL	R\$ 61,60
2.01.01.066	AVALIAÇÃO DA FLEXIBILIDADE	R\$ 5,60
2.01.01.074	AVALIAÇÃO NUTRICIONAL (INCLUI CONSULTA)	R\$ 29,40
2.01.01.082	AVALIAÇÃO NUTRICIONAL PRÉ E PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA (INCLUI CONSULTA)	R\$ 29,40
2.01.01.090	AVALIAÇÃO DA COMPOSIÇÃO CORPORAL POR ANTROPOMETRIA (INCLUI CONSULTA)	R\$ 5,60
2.01.01.104	AVALIAÇÃO DA COMPOSIÇÃO CORPORAL POR BIOIMPEDANCIOMETRIA	R\$ 10,66
2.01.01.163	PULSOTERAPIA (POR SESSAO)	R\$ 103,60
2.01.01.171	REJEICAO DE ENXERTO RENAL - TRATAMENTO AMBULATORIAL - AVALIACAO CLINICA DIARIA	R\$ 35,00
2.01.01.180	SOMATOTIPO ANTROPOMÉTRICO - AVALIAÇÃO	R\$ 5,60
2.01.01.198	TESTE E ADAPTACAO DE LENTES DE CONTATO (SESSAO) - BINOCULAR	R\$ 11,20
2.01.02.011	HOLTER DE 24 HORAS - 2 OU MAIS CANAIS - ANALOGICO	R\$ 96,92
2.01.02.038	MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DA PRESSÃO ARTERIAL (MAPA) 24H	R\$ 114,40
2.01.02.046	MONITORIZAÇÃO DOMICILIAR DE PRESSÃO ARTERIAL	R\$ 151,20
2.01.02.054	OXIMETRIA NAO INVASIVA	R\$ 17,40
2.01.02.062	MONITOR DE EVENTOS SINTOMÁTICOS POR 15 A 30 DIAS (LOOPER)	R\$ 298,40
2.01.03.018	ADAPTAÇÃO E TREINAMENTO DE RECURSOS ÓPTICOS PARA VISÃO SUBNORMAL (POR SESSÃO) BINOCULAR	R\$ 11,20
2.01.03.026	AMPUTACAO BILATERAL (PREPARACAO DO COTO)	R\$ 23,33
2.01.03.034	AMPUTACAO BILATERAL (TREINAMENTO PROTETICO)	R\$ 22,69
2.01.03.042	AMPUTACAO UNILATERAL (PREPARACAO DO COTO)	R\$ 15,52
2.01.03.050	AMPUTACAO UNILATERAL (TREINAMENTO PROTETICO)	R\$ 15,71
2.01.03.069	ASSISTENCIA FISIATRICA RESPIRATORIA EM PRE E POS-OPERATORIO DE CONDICoes CIRURGICAS	R\$ 13,96
2.01.03.077	ATAXIAS	R\$ 18,92
2.01.03.085	ATENDIMENTO Á DISFUNÇÃO SEXUAL DO DEFICIENTE	R\$ 22,88
2.01.03.093	ATENDIMENTO FISIATRICO NO PRE E POS-OPERATORIO DE PACIENTES PARA PREVENCAO DE SEQUELAS	R\$ 11,20
2.01.03.107	ATENDIMENTO FISIATRICO NO PRE E POS-PARTO	R\$ 11,20
2.01.03.115	ATIVIDADE REFLEXA OU APLICACAO DE TECNICA CINESIOTERAPICA ESPECIFICA	R\$ 15,43
2.01.03.131	BIOFEEDBACK COM EMG	R\$ 38,86
2.01.03.140	BLOQUEIO FENOLICO. ALCOOLICO OU COM TOXINA BOTULINICA (DE PONTOS MOTORES) - POR SEGMENTO	R\$ 47,34
2.01.03.158	CONFECÇÃO DE ÓRTESES EM MATERIAL TERMO-SENSÍVEL (POR UNIDADES)	R\$ 15,06
2.01.03.166	CONFECCAO DE PROTESE IMEDIATA	R\$ 74,76
2.01.03.174	CONFECCAO DE PROTESE PROVISORIA	R\$ 61,80
2.01.03.182	DESVIOS POSTURAIIS DA COLUNA VERTEBRAL	R\$ 17,00
2.01.03.190	DISFUNCAO VESICO-URETRAL	R\$ 12,67
2.01.03.204	DISTROFIA SIMPATICO-REFLEXA	R\$ 20,94

2.01.03.212	DISTURBIOS CIRCULATORIOS ARTERIO-VENOSOS E LINFATICOS	R\$ 21,32
2.01.03.220	DOENCAS PULMONARES ATENDIDAS EM AMBULATORIO	R\$ 15,25
2.01.03.239	EXERCICIOS DE ORTOPTICA (POR SESSAO)	R\$ 5,60
2.01.03.247	EXERCICIOS PARA REABILITACAO DO ASMATICO (ERAC) - POR SESSAO COLETIVA	R\$ 9,65
2.01.03.255	EXERCICIOS PARA REABILITACAO DO ASMATICO (ERAI) - POR SESSAO INDIVIDUAL	R\$ 15,25
2.01.03.263	HEMIPARESIA	R\$ 24,70
2.01.03.271	HEMIPLEGIA	R\$ 25,44
2.01.03.280	HEMIPLEGIA E HEMIPARESIA COM AFASIA	R\$ 25,62
2.01.03.298	HIPO OU AGENESIA DE MEMBROS	R\$ 15,06
2.01.03.301	INFILTRACAO ARTICULAR OU TECIDOS MOLES OU AGULHAMENTO SECO	R\$ 22,40
2.01.03.310	LESAO NERVOSA PERIFERICA AFETANDO MAIS DE UM NERVO COM ALTERACOES SENSITIVAS E/OU MOTORAS	R\$ 20,48
2.01.03.328	LESAO NERVOSA PERIFERICA AFETANDO UM NERVO COM ALTERACOES SENSITIVAS E/OU MOTORAS	R\$ 20,48
2.01.03.336	MANIPULAÇÃO VERTEBRAL	R\$ 30,32
2.01.03.344	MIOPATIAS	R\$ 20,20
2.01.03.352	PACIENTE EM POS-OPERATORIO DE CIRURGIA CARDIACA. ATENDIDO EM AMBULATORIO. ATE 8 SEMANAS DE PROGR	R\$ 20,95
2.01.03.360	PACIENTE COM D.P.O.C. EM ATENDIMENTO AMBULATORIAL NECESSITANDO REEDUCACAO E REABILITACAO RESPIRATORI	R\$ 21,77
2.01.03.379	PACIENTE EM POS-OPERATORIO DE CIRURGIA CARDIACA. ATENDIDO EM AMBULATORIO. DUAS A TRES VEZES POR SEMA	R\$ 20,95
2.01.03.387	PACIENTES COM DOENCA ISQUEMICA DO CORACAO. ATENDIDO EM AMBULATORIO DE 8 A 24 SEMANAS	R\$ 20,95
2.01.03.395	PACIENTES COM DOENCA ISQUEMICA DO CORACAO ATENDIDO EM AMBULATORIO. ATE 8 SEMANAS DE PROGRAMA	R\$ 20,95
2.01.03.409	PACIENTES COM DOENÇAS NEURO-MUSCULO-ESQUELÉTICAS COM ENVOLVIMENTO TEGUMENTAR	R\$ 11,33
2.01.03.417	PACIENTES SEM DOENCA CORONARIANA CLINICAMENTE MANIFESTA. MAS CONSIDERADA DE ALTO RISCO. ATENDIDO	R\$ 26,55
2.01.03.425	PARALISIA CEREBRAL	R\$ 27,83
2.01.03.433	PARALISIA CEREBRAL COM DISTURBIO DE COMUNICACAO	R\$ 26,54
2.01.03.441	PARAPARESIA/TETRAPARESIA	R\$ 22,87
2.01.03.450	PARAPLEGIA E TETRAPLEGIA	R\$ 21,58
2.01.03.468	PARKINSON	R\$ 24,52
2.01.03.476	PATOLOGIA NEUROLOGICA COM DEPENDENCIA DE ATIVIDADES DA VIDA DIARIA	R\$ 24,80
2.01.03.484	PATOLOGIA OSTEOMIOARTICULAR EM UM MEMBRO	R\$ 21,12
2.01.03.492	PATOLOGIA OSTEOMIOARTICULAR EM DOIS OU MAIS MEMBROS	R\$ 27,92
2.01.03.506	PATOLOGIA OSTEOMIOARTICULAR EM UM SEGMENTO DA COLUNA	R\$ 19,28
2.01.03.514	PATOLOGIA OSTEOMIARTICULAR EM DIFERENTES SEGMENTOS DA COLUNA	R\$ 36,75
2.01.03.522	PATOLOGIAS OSTEOMIOARTICULARES COM DEPENDENCIA DE ATIVIDADES DA VIDA DIARIA	R\$ 22,60
2.01.03.530	RECUPERACAO FUNCIONAL POS-OPERATORIA OU POR IMOBILIZACAO DA PATOLOGIA VERTEBRAL	R\$ 25,08
2.01.03.549	PROCEDIMENTOS MESOTERÁPICOS (POR REGIÃO ANATÔMICA)	R\$ 17,72
2.01.03.557	PROCEDIMENTOS MESOTERÁPICOS COM CALCITONINA (QUALQUER SEGMENTO)	R\$ 17,72
2.01.03.565	PROCESSOS INFLAMATORIOS PELVICOS	R\$ 15,43

2.01.03.581	PROGRAMA DE EXERCÍCIO SUPERVISIONADO COM OBTENÇÃO DE ELETROCARDIOGRAMA E/OU SATURAÇÃO DE 02-SESSÕES	R\$ 5,60
2.01.03.590	PROGRAMA DE EXERCÍCIO SUPERVISIONADO SEM OBTENÇÃO DE ELETROCARDIOGRAMA E/OU SATURAÇÃO DE 02-SESSÃO I	R\$ 5,60
2.01.03.603	PROGRAMA DE EXERCÍCIO SUPERVISIONADO SEM OBTENÇÃO DE ELETROCARDIOGRAMA E /OU SATURAÇÃO DE 02-SESSÃO	R\$ 5,60
2.01.03.611	QUEIMADOS - SEGUIMENTO AMBULATORIAL PARA PREVENCAO DE SEQUELAS (POR SEGMENTO)	R\$ 19,56
2.01.03.620	REABILITAÇÃO DE PACIENTE COM ENDOPRÓTESE	R\$ 18,19
2.01.03.638	REABILITACAO LABIRINTICA (POR SESSAO)	R\$ 26,00
2.01.03.646	REABILITAÇÃO PERINEAL COM BIOFEEDBACK	R\$ 163,29
2.01.03.654	RECUPERACAO FUNCIONAL DE DISTURBIOS CRANIO-FACIAIS	R\$ 14,33
2.01.03.662	RECUPERACAO FUNCIONAL POS-OPERATORIA OU POS-IMOBILIZACAO GESSADA DE PATOLOGIA OSTEOMIOARTICULAR C	R\$ 15,52
2.01.03.670	RECUPERACAO FUNCIONAL POS-OPERATORIA OU POS-IMOBILIZACAO GESSADA DE PATOLOGIA OSTEOMIOARTICULAR C	R\$ 17,64
2.01.03.689	RETARDO DO DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR	R\$ 16,90
2.01.03.697	SEQUELAS DE TRAUMATISMOS TORACICOS E ABDOMINAIS	R\$ 13,96
2.01.03.700	SEQUELAS EM POLITRAUMATIZADOS (EM DIFERENTES SEGMENTOS)	R\$ 25,55
2.01.03.719	SINUSITES	R\$ 13,96
2.01.03.727	REABILITAÇÃO CARDIACA SUPERVISIONADA.PROGRAMA DE 12 SEMANAS. DUAS A TRÊS SESSÕES POR SEMANA (POR SES	R\$ 13,96
2.01.04.022	APLICACAO DE HIPOSENSIBILIZANTE - EM CONSULTORIO (AHC) EXCLUSIVE O ALERGENO	R\$ 5,60
2.01.04.030	BETATERAPIA (POR SESSAO)	R\$ 11,20
2.01.04.049	CATETERISMO VESICAL EVACUADOR	R\$ 11,20
2.01.04.057	CAUTERIZACAO QUIMICA VESICAL	R\$ 22,40
2.01.04.065	CERUMEN - REMOCAO	R\$ 11,20
2.01.04.073	CRIOTERAPIA (GRUPO DE ATE 5 LESOES)	R\$ 22,40
2.01.04.081	CURATIVO COM ANESTESIA	R\$ 5,60
2.01.04.090	CURATIVO DE EXTREMIDADES	R\$ 22,40
2.01.04.103	CURATIVO SEM ANESTESIA	R\$ 5,60
2.01.04.111	DILATAcao URETRAL (SESSAO)	R\$ 29,40
2.01.04.120	FOTOTERAPIA COM UVA (PUVA) (POR SESSAO)	R\$ 11,20
2.01.04.138	IMUNOTERAPIA ESPECIFICA - 30 DIAS	R\$ 29,40
2.01.04.146	IMUNOTERAPIA INESPECIFICA - 30 DIAS	R\$ 35,00
2.01.04.154	INSTILACAO VESICAL OU URETRAL	R\$ 22,40
2.01.04.162	PROCEDIMENTO ONCOLÓGICO DE SUPORTE CLINICO ÀS COMPLICAÇÕES TÓXICAS DECORRENTES DO TRATAMENTO MEDICAM	R\$ 61,60
2.01.04.189	SESSAO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBARICA (POR SESSAO DE 2 HORAS)	R\$ 205,13
2.01.04.235	TERAPIA INALATORIA - POR NEBULIZACAO	R\$ 5,60
2.01.04.251	TERAPIA ONCOLÓGICA COM ALTAS DOSES -POR DIA SUBSEQUENTE DE TRATAMENTO	R\$ 35,00
2.01.04.260	TERAPIA ONCOLOGICA COM APLICACAO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRACAVITARIA OU INTRATECAL - POR PROCEDIM	R\$ 103,60
2.01.04.278	TERAPIA ONCOLÓGICO COM APLICAÇÃO INTRA-ARTERIAL OU INTRAVENOSA DE MEDICAMENTOS EM INFUSÃO DE DURAÇÃO	R\$ 92,40
2.01.04.286	TERAPIA ONCOLÓGICA COM APLICAÇÃO INTRA-ARTERIAL OU INTRAVENOSA DE MEDICAMENTOS EM INFUSÃO DE DURAÇÃO	R\$ 22,40
2.01.04.294	TERAPIA ONCOLOGICA - PLANEJAMENTO E 1 DIA DE TRATAMENTO.	R\$ 84,00

2.01.04.308	TERAPIA ONCOLOGICA - POR DIA SUBSEQUENTE DE TRATAMENTO.	R\$ 16,80
2.01.05.010	PERICIA FORESE. POR PSQUIATRA FORESE	R\$ 548,80
2.01.05.029	PERICIA PSIQUIÁTRICA ADMINISTRATIVA	R\$ 285,60
2.01.09.016	FISIOT.EM PATOL. NEUROMOTORAS QUE AFETAM 1 MEMBRO OU SEGMENTO	R\$ 8,16
2.01.09.024	FISIOT. EM PATOL. PERIFERICOS QUE AFETE(M) MEMBRO(S). SEGMENTO(S) OU NERVO(S) PERIFERICO(S)	R\$ 5,28
2.01.09.032	FISIOT. EM PATOL. NEUROMOTORAS QUE AFETAM 2 OU MAIS MEMBROS	R\$ 12,48
2.01.09.040	FISIOTERAPIA EM PATOLOGIAS RESPIRATORIAS	R\$ 6,72
2.01.09.059	FISIOT. EM PACIENTES COM PAT. OSTEOMIARTICULARES/AMPUTAÇÕES - 1 MEMBRO OU SEGMENTO	R\$ 5,76
2.01.09.067	FISIOT. EM PATOLOGIAS QUE AFETEM DIVERSOS SEGMENTOS/POLITRAUMATIZADOS	R\$ 10,32
2.01.09.075	FISIOT. EM PACIENTES QUEIMADOS	R\$ 5,76
2.01.09.083	FISIOT. EM PACIENTES COM PAT. OSTEOMIARTICULARES/AMPUTAÇÕES. AFETANDO MAIS DE 2 MEMBROS OU SEGMENTOS	R\$ 10,32
2.01.09.091	FISIOTERAPIA EM PACIENTES CARDÍACOS OU EM PATOLOGIAS RESPIRATÓRIAS OU EM PACIENTES QUEIMADOS	R\$ 7,20
2.01.09.105	FISIOTERAPIA EM PACIENTES INTERNADOS - P/ PAT. NEUROLOGICAS	R\$ 7,68
2.01.09.113	FISIOTERAPIA EM PACIENTES INTERNADOS - P/ PAT. MOTORAS	R\$ 7,68
2.01.09.121	FISIOTERAPIA EM PACIENTES INTERNADOS - P/ PAT. RESPIRATORIAS	R\$ 7,68
2.01.09.130	FISIOTERAPIA EM PACIENTES INTERNADOS - P/ PAT. CARDIACAS	R\$ 7,68
2.01.09.148	FISIOTERAPIA EM PACIENTES INTERNADOS - P/ QUEIMADURAS	R\$ 7,68
2.01.99.007	FISIOTERAPIA NO CENTRO DE REABILITACAO DO IPESAUDE	R\$ 5,71
2.02.01.010	ACOMPANHAMENTO CLINICO DE TRANSPLANTE RENAL NO PERIODO DE INTERNACAO DO RECEPTOR E DO DOADOR (POS-OP	R\$ 1.225,00
2.02.01.028	ACOMPANHAMENTO PEROPERATÓRIO	R\$ 29,40
2.02.01.036	ASSISTENCIA CARDIOLOGICA PEROPERATORIA EM CIRURGIA GERAL E EM PARTO (PRIMEIRA HORA)	R\$ 48,30
2.02.01.044	ASSISTENCIA CARDIOLOGICA PEROPERATORIA EM CIRURGIA GERAL E EM PARTO (HORAS SUPLEMENTARES) - MAXIMO D	R\$ 22,40
2.02.01.052	CARDIOVERSAO ELETRICA ELETIVA (AVALIACAO CLINICA. ELETROCARDIOGRAFICA. INDISPENSAVEL A DESFIBRILACAO	R\$ 35,00
2.02.01.060	REJEICAO DE ENXERTO RENAL - TRATAMENTO INTERNADO - AVALIACAO CLINICA DIARIA - POR VISITA	R\$ 35,00
2.02.01.079	TRANSPLANTE DUPLO RIM-PANCREAS - ACOMPANHAMENTO CLINICO (POS - OPERATORIO ATE 15 DIAS).	R\$ 1.225,00
2.02.02.016	CARDIOTOCOGRAFIA ANTEPARTO	R\$ 27,21
2.02.02.024	CARDIOTOCOGRAFIA INTRAPARTO (POR HORA) ATE 6 HORAS EXTERNA	R\$ 5,60
2.02.02.032	MONITORIZACAO HEMODINAMICA INVASIVA (POR 12 HORAS)	R\$ 22,40
2.02.02.040	MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRA-OPERATÓRIA	R\$ 532,40
2.02.02.059	POTENCIAL EVOCADO INTRA-OPERATORIO - MONITORIZACAO CIRURGICA (PE/IO)	R\$ 105,39
2.02.03.012	ASSISTENCIA FISIATRICA RESPIRATORIA EM PACIENTE INTERNADO COM VENTILACAO MECANICA	R\$ 15,25
2.02.03.020	ELESTIMULAÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO E /OU OUTRA TÉCNICA DE EXERCÍCIOS PERINEAIS-PO SESSÃO	R\$ 16,80
2.02.03.047	ASSISTENCIA FISIATRICA RESPIRATORIA EM DOENTE CLINICO INTERNADO	R\$ 13,96
2.02.03.055	ATENDIMENTO FISIATRICO NO PRE E POS-OPERATORIO DE PACIENTES PARA PREVENCAO DE SEQUELAS	R\$ 15,43
2.02.03.063	PACIENTE COM DOENCA ISQUEMICA DO CORACAO. HOSPITALIZADO. ATE 8 SEMANAS DE PROGRAMA	R\$ 20,95

2.02.03.071	PACIENTES EM POS-OPERATORIO DE CIRURGIA CARDIACA. HOSPITALIZADO. ATE 8 SEMANAS DE PROGRAMA	R\$ 20,95
2.02.04.019	ASSISTENCIA A VENTILACAO MECANICA INVASIVA (POR 12 HORAS)	R\$ 11,20
2.02.04.027	CARDIOVERSAO ELETRICA DE EMERGENCIA	R\$ 35,00
2.02.04.035	CARDIOVERSAO QUÍMICA DE ARRITMIA PAROXÍSTA EM EMERGÊNCIA	R\$ 35,00
2.02.04.043	PRIAPISMO - TRATAMENTO NAO CIRURGICO	R\$ 29,40

TABELA IPESAÚDE: PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS (REABILITAÇÕES, SESSÕES, TERAPÊUTICA) – CÓDIGO IPESAÚDE

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
0.91.19.0100	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA 5 X POR SEMANA (Hospitalar)	R\$ 180,00
0.91.19.0304	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA 3 X POR SEMANA (Hospitalar)	R\$ 110,00
0.91.19.0312	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA 2 X POR SEMANA (Hospitalar)	R\$ 80,00
0.91.28.0001	SESSÃO DE PSICOLOGIA INDIVIDUAL	R\$ 30,00
0.91.28.0010	SESSÃO DE PSICOLOGIA INDIVIDUAL INFANTIL	R\$ 30,00
0.91.28.0028	SESSÃO DE PSICOLOGIA GRUPAL	R\$ 30,00
0.91.28.0036	SESSÃO DE PSICOLOGIA GRUPAL INFANTIL	R\$ 30,00
0.91.28.0044	SESSÃO DE PSICOLOGIA CASAL E FAMÍLIA	R\$ 50,00
0.91.28.0060	SESSÃO DE PSICOPEDAGOGIA	R\$ 20,00
0.91.28.0117	SESSÃO DE PSICOPEDAGOGIA INFANTIL	R\$ 20,00
0.91.28.0206	SESSÃO DE PSICOLOGIA INDIVIDUAL – CONSULTA INTERNA	R\$ 30,00
0.91.28.0214	SESSÃO DE PSICOLOGIA INDIVIDUAL INFANTIL – CONSULTA INTERNA	R\$ 30,00
0.91.28.0222	SESSÃO DE PSICOLOGIA GRUPAL – CONSULTA INTERNA	R\$ 30,00
0.91.28.2233	SESSÃO DE PSICOLOGIA GRUPAL INFANTIL – CONSULTA INTERNA	R\$ 30,00
0.91.28.2241	SESSÃO DE PSICOLOGIA CASAL E FAMÍLIA – CONSULTA INTERNA	R\$ 30,00
0.91.28.0095	TERAPIA OCUPACIONAL	R\$ 20,00
0.91.28.0109	SESSÃO DE FONOAUDIOLOGIA	R\$ 20,00
0.92.17.1800	MNIO DE CIRURGIAS OTORRINOLARINGOLÓGICAS E DA CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO	R\$ 7.000,00
0.92.17.1818	MNIO DE CRÂNIO E DE COLUNA	R\$ 8.500,00
0.92.18.0000	PACOTE AVALIAÇÃO FISIOTERÁPICA	R\$ 56,50
0.92.19.0014	FISIOTERAPIA DOMICILIAR	R\$ 35,00
0.92.19.0022	REEDUCAÇÃO POSTURAL BLOBAI (RPG)	R\$ 18,16
0.92.19.1010	FISIOTERAPIA DOMICILIAR (CONSTAT)	R\$ 20,00
0.92.19.1517	FONOAUDIOLOGIA DOMICILIAR (CONSTAT)	R\$ 48,70
0.92.19.2017	AVAL. NUTRICIONAL (CONSTAT)	R\$ 44,50
0.92.19.2025	FISIOTERAPIA MOTORA (SESSÃO)	R\$ 20,00
0.92.19.2033	FISIOTERAPIA RESPIRATORIA (SESSÃO)	R\$ 20,00
0.92.19.2050	FISIOTERAPIA HOSPITALAR / POR SESSÃO	R\$ 23,00

TABELA IPESAÚDE: PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS (ECG E TESTE ERGOMÉTRICO)

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.01.01.010	ECG CONVENCIONAL DE ATE 12 DERIVACOES	R\$ 21,18
4.01.01.029	ECG DE ALTA RESOLUCAO	R\$ 20,70
4.01.01.037	TESTE ERGOMETRICO COMPUTADORIZADO(INCLUI ECG BASAL CONVENCIONAL)	R\$ 77,20
4.01.01.045	TESTE ERGOMETRICO CONVENCIONAL - 3 OU MAIS DERIVACOES SIMULTANEAS(INCLUI ECG BASAL CONVENCIONAL)	R\$ 72,00
4.01.01.053	VARIABILIDADE DA FREQUENCIA CARDIACA	R\$ 16,70
4.01.01.061	ERGOESPIROMETRIA OU TESTE CARDIOPULMONAR DE EXERCICIO COMPLETO (ESPIROMETRIA FORÇADA. CONSUMO DE O2.	R\$ 20,70

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS (TUBO DIGESTIVO)

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.01.02.017	BILIMETRIA GÁSTRICA OU ESOFÁGICA DE 24 HORAS	R\$ 159,28
4.01.02.025	MANOMETRIA COMPUTADORIZADA ANORRETAL	R\$ 151,45
4.01.02.033	MANOMETRIA COMPUTADORIZADA ANORRETAL PARA BIOFEEDBACK - 1º SESSÃO	R\$ 145,45
4.01.02.041	MANOMETRIA COMPUTADORIZADA ANORRETAL PARA BIOFEEDBACK - DEMAIS SESSÕES	R\$ 139,45
4.01.02.050	MANOMETRIA ESOFAGICA COMPUTADORIZADA COM TESTE PROVOCATIVO	R\$ 159,40
4.01.02.068	MANOMETRIA ESOFAGICA COMPUTADORIZADA SEM TESTE PROVOCATIVO	R\$ 151,45
4.01.02.076	MANOMETRIA ESOFAGICA PARA LOCALIZACAO DOS ESFINCTERES PRE-PH-METRIA	R\$ 151,45
4.01.02.084	PH-METRIA ESOFAGICA COMPUTADORIZADA COM UM CANAL	R\$ 151,41
4.01.02.092	PH-METRIA ESOFAGICA COMPUTADORIZADA COM DOIS CANAIS	R\$ 152,65
4.01.02.106	PH-METRIA ESOFÁGICA COMPUTADORIZADA COM TRÊS CANAIS	R\$ 159,28

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS (TUBO DIGESTIVO) – CÓDIGO IPESAÚDE

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
0.92.17.3152	MANOMETRIA ESOFÁGICA	R\$ 240,00
0.92.17.3160	MANOMETRIA ANORRETAL	R\$ 240,00
0.92.17.3179	PH-METRIA ESOFÁGICA	R\$ 265,00

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS (ELETOENCEFALOGRAFIA)

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.01.03.013	ANÁLISE COMPUTADORIZADA DA VOZ	R\$ 37,30
4.01.03.021	ANALISE COMPUTADORIZADA DE PAPILA E/OU FIBRAS NERVOSAS - MONOCULAR	R\$ 62,98

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.01.03.030	ANÁLISE COMPUTADORIZADA DO SEGMENTO ANTERIOR - MONOCULAR	R\$ 34,50
4.01.03.048	AUDIOMETRIA (TIPO VON BEKESY)	R\$ 22,28
4.01.03.056	POTENCIAL EVOCADO STEADY STATE (ASSR)	R\$ 47,91
4.01.03.064	AUDIOMETRIA DE TRONCO CEREBRAL (PEA) BERA	R\$ 117,58
4.01.03.072	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR COM TESTES DE DISCRIMINACAO	R\$ 21,38
4.01.03.080	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR INFANTIL CONDICIONADA (QUALQUER TECNICA) - PEEP-SHOW	R\$ 37,11
4.01.03.099	AUDIOMETRIA VOCAL - PESQUISA DE LIMIAR DE DISCRIMINACAO	R\$ 14,28
4.01.03.102	AUDIOMETRIA VOCAL - PESQUISA DE LIMIAR DE INTELIGIBILIDADE	R\$ 14,28
4.01.03.110	AUDIOMETRIA VOCAL COM MENSAGEM COMPETITIVA (SSI. SSW)	R\$ 22,28
4.01.03.129	AVALIAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA DA FUNÇÃO SEXUAL (INCLUI ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMII. RBC. NCDP. PEGC)	R\$ 205,10
4.01.03.137	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA - MONOCULAR	R\$ 36,32
4.01.03.145	VARIAÇÃO DE CONTINGENTE NEGATIVO (PE/TARDIO)	R\$ 88,14
4.01.03.153	CRANIOCORPOROGRAFIA	R\$ 54,64
4.01.03.161	DECAY DO REFLEXO ESTAPEDICO	R\$ 13,09
4.01.03.170	EEG DE ROTINA	R\$ 37,74
4.01.03.188	EEG INTRA – OPERATÓRIO PARA MONITORIZAÇÃO CIRÚRGICA (EEG/IO) POR HORA DE MONITORIZAÇÃO	R\$ 70,91
4.01.03.196	EEG QUANTITATIVO (MAPEAMENTO CEREBRAL)	R\$ 73,79
4.01.03.200	ELETRENCEFALOGRAMA ESPECIAL: TERAPIA INTENSIVA. MORTE ENCEFÁLICA. EEG PROLONGADO	R\$ 58,26
4.01.03.218	ELETRENCEFALOGRAMA DE ROTINA. VIGILIA. HIPERVENTILACAO. FOTOESTIMULACAO. ANALOGICO OU DIGITAL (EEG/R	R\$ 32,56
4.01.03.226	ELETRENCEFALOGRAMA DIGITAL + MAPEAMENTO CEREBRAL (EEG/MC)	R\$ 53,26
4.01.03.234	ELETRENCEFALOGRAMA EM VIGILIA. E SONO ESPONTÂNEO OU INDUZIDO	R\$ 45,84
4.01.03.242	ELETRO-OCULOGRAFIA - MONOCULAR	R\$ 55,76
4.01.03.250	ELETRO-RETINOGRAFIA - MONOCULAR	R\$ 55,76
4.01.03.269	ELETROCOCLEOGRAFIA (ECOCHG)	R\$ 77,27
4.01.03.285	ELETROGLOTOGRAFIA	R\$ 32,82
4.01.03.293	ELETRONEUROGRAFIA PARA PARALISIA FACIAL	R\$ 42,91
4.01.03.307	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE FACE	R\$ 150,00
4.01.03.315	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMII	R\$ 180,00
4.01.03.323	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS	R\$ 189,60
4.01.03.331	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS E MMII	R\$ 280,00
4.01.03.340	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE SEGMENTO COMPLEMENTAR	R\$ 47,05
4.01.03.358	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE SEGMENTO ESPECIAL	R\$ 99,12
4.01.03.366	ELETRONEUROMIOGRAFIA GENITOPERINEAL	R\$ 201,92
4.01.03.374	EMG COM REGISTRO DE MOVIMENTO INVOLUNTARIO (TESTE DINAMICO DE ESCRITA; ESTUDO FUNCIONAL DE TREMORES)	R\$ 42,91
4.01.03.382	EMG PARA MONITORIZAÇÃO DE QUIMIODENERVAÇÃO (POR SESSÃO)	R\$ 97,53
4.01.03.390	EMG QUANTITATIVA OU EMG DE FIBRA UNICA	R\$ 251,60
4.01.03.404	ESPECTROGRAFIA VOCAL	R\$ 37,30
4.01.03.412	GUSTOMETRIA	R\$ 8,45
4.01.03.420	IMITANCIOMETRIA DE ALTA FREQUÊNCIA	R\$ 26,76
4.01.03.439	IMPEDANCIOMETRIA	R\$ 26,38

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.01.03.447	METODO DE PROETZ (POR SESSAO)	R\$ 8,63
4.01.03.455	OTOEMISSIONES ACUSTICAS PRODUTO DE DISTORÇÃO	R\$ 31,09
4.01.03.463	OTOEMISSOES EVOCADAS TRANSIENTES	R\$ 31,09
4.01.03.471	PERIMETRIA COM SCANNING LASER OPHTHALMOSCOPE-MONOCULAR	R\$ 60,00
4.01.03.480	PESQUISA DE PARES CRANIANOS RELACIONADOS COM O VIII PAR	R\$ 22,73
4.01.03.498	PESQUISA DE POTENCIAIS EVOCADOS AUDITIVOS CEREBRAL (PEA-TC)	R\$ 57,46
4.01.03.501	PESQUISA DO FENOMENO DE TULLIO	R\$ 9,09
4.01.03.510	POLIGRAFIA DE RECEM-NASCIDO (MAIOR OU IGUAL 2 HORAS) (PG/RN)	R\$ 71,76
4.01.03.528	POLISSONOGRAMA DE NOITE INTEIRA (PSG) (INCLUI POLISSONOGRAMAS)	R\$ 363,23
4.01.03.536	POLISSONOGRAMA COM EEG DE NOITE INTEIRA	R\$ 203,09
4.01.03.544	POLISSONOGRAMA COM TESTE DE CPAP NASAL	R\$ 363,23
4.01.03.560	POTENCIAIS AUDITIVOS TARDIOS - P300	R\$ 77,64
4.01.03.579	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE MEDIA LATENCIA (PEA-ML)	R\$ 101,96
4.01.03.587	POTENCIAL EVOCADO CIRÚRGICO PARA LOCALIZAÇÃO SENSORIAL	R\$ 226,93
4.01.03.595	POTENCIAL EVOCADO GENITO-CORTICAL (PEGC)	R\$ 96,79
4.01.03.609	POTENCIAL EVOCADO MOTOR - PEM (BILATERAL)	R\$ 113,41
4.01.03.617	POTENCIAL EVOCADO SOMATO-SENSITIVO - MEMBROS INFERIORES (PESS)	R\$ 98,86
4.01.03.625	POTENCIAL EVOCADO SOMATO-SENSITIVO - MEMBROS SUPERIORES (PESS)	R\$ 98,86
4.01.03.633	POTENCIAL VISUAL EVOCADO - BINOCULAR (PEV)	R\$ 84,73
4.01.03.641	PROVAS DE FUNÇÃO TUBÁRIA	R\$ 9,03
4.01.03.650	REGISTRO DO NISTAGMO PENDULAR	R\$ 46,79
4.01.03.668	RINOMANOMETRIA COMPUTADORIZADA	R\$ 40,70
4.01.03.676	RINOMETRIA ACÚSTICA	R\$ 40,70
4.01.03.684	REFLEXO CUTÂNEO-SIMPÁTICO	R\$ 37,74
4.01.03.692	TESTE DE AVALIAÇÃO DE SISTEMA SIMPÁTICO	R\$ 37,74
4.01.03.706	TESTE DE ESTIMULAÇÃO MÚSCULO-ESQUELÉTICA IN VITRO (MÍNIMO SEIS)	R\$ 50,00
4.01.03.714	TESTE DE ESTIMULAÇÃO REPETITIVA (UM OU MAIS MÚSCULOS)	R\$ 48,09
4.01.03.722	TESTE DE FÍSTULA PERILINFÁTICA COM ELETRONISTAGMOGRAFIA	R\$ 54,68
4.01.03.730	TESTE DE LATENCIAS MULTIPLAS DE SONO (TLMS) DIURNO PÓS PSG	R\$ 117,30
4.01.03.749	VECTOELETRONISTAGMOGRAFIA - COMPUTADORIZADA	R\$ 68,14
4.01.03.757	VÍDEO – ELETROENCEFALOGRAFIA CONTÍNUA NÃO INAVISA – 12 HORAS (VÍDEO EEG/NT)	R\$ 71,57

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS (ESPIROMETRIAS)

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.01.05.016	DETERMINACAO DAS PRESSOES RESPIRATORIAS MAXIMAS	R\$ 10,90
4.01.05.040	MEDIDA DA DIFUSÃO DO MONÓXIDO DE CARBÔNICO	R\$ 43,60
4.01.05.059	MEDIDA DE PICO DE FLUXO EXPIRATORIO	R\$ 4,00
4.01.05.067	MEDIDA SERIADA POR 3 SEMANAS DO PICO DE FLUXO EXPIRATORIO	R\$ 10,90
4.01.05.075	PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA (OU ESPIROMETRIA)	R\$ 48,60
4.01.05.083	RESISTÊNCIA DAS VIAS AÉREAS POR OSCILOMETRIA	R\$ 48,60
4.01.05.091	RESISTÊNCIA DAS VIAS AÉREAS POR PLETISMOGRAFIA	R\$ 48,60

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS (ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA)

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.02.01.015	AMNIOSCOPIA	R\$ 8,00
4.02.01.023	ANUSCOPIA (INTERNA E EXTERNA)	R\$ 12,00
4.02.01.031	BRONCOSCOPIA COM BIÓPSIA TRANSBRONQUICA	R\$ 92,00
4.02.01.040	BRONCOSCOPIA COM BIÓPSIA. ESCOVADO. LAVADO BRONCOALVEOLAR E PUNCAO	R\$ 80,00
4.02.01.058	BRONCOSCOPIA COM OU SEM ASPIRADO OU LAVADO BRONQUICO BILATERAL	R\$ 74,00
4.02.01.066	CISTOSCOPIA E/OU URETROSCOPIA	R\$ 44,00
4.02.01.074	COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETROGRADA ENDOSCÓPICA	R\$ 170,00
4.02.01.082	VIDEO COLONOSCOPIA (INCLUI A RETOSSIGMOIDOSCOPIA)	R\$ 100,00
4.02.01.120	USE NOVO CODIGO 0.92.17.3047 ***** VIDEO ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	R\$ 60,00
4.02.01.155	VIDEO HISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA	R\$ 44,00
4.02.01.163	LAPAROSCOPIA	R\$ 86,00
4.02.01.171	RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXIVEL	R\$ 44,00
4.02.01.180	RETOSSIGMOIDOSCOPIA RIGIDA	R\$ 21,00
4.02.01.198	VIDEO-ENDOSCOPIA DO ESFINCTER VELO-PALATINO COM OTICA FLEXIVEL	R\$ 79,88
4.02.01.201	VIDEO-ENDOSCOPIA DO ESFINCTER VELO-PALATINO COM OTICA RIGIDA	R\$ 76,51
4.02.01.210	VIDEO-ENDOSCOPIA NASO-SINUSAL COM OTICA FLEXIVEL	R\$ 95,88
4.02.01.228	VIDEO-ENDOSCOPIA NASO-SINUSAL COM OTICA RIGIDA	R\$ 76,51
4.02.01.236	VIDEO-FARINGO-ESTROBOSCOPIA COM ENDOSCOPIO FLEXIVEL	R\$ 133,70
4.02.01.244	VIDEO-FARINGO-ESTROBOSCOPIA COM ENDOSCOPIO RIGIDO	R\$ 119,90
4.02.01.252	VIDEO-FARINGO-LARINGOSCOPIA COM ENDOSCOPIO FLEXIVEL	R\$ 120,55
4.02.01.260	VIDEO-FARINGO-LARINGOSCOPIA COM ENDOSCOPIO RIGIDO	R\$ 92,51
4.02.01.279	URETEROSCOPIA FLEXIVEL UNILATERAL	R\$ 80,00
4.02.01.287	URETEROSCOPIA RIGIDA UNILATERAL	R\$ 74,00
4.02.01.317	MEDIDA DE PRESSÃO DE VARIZES DE ESÔFAGO ENDOSCÓPICA	R\$ 152,84

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS (ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA)- CÓDIGO IPESAÚDE

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
0.91.12.0195	BRONCOSCOPIA	R\$ 580,00
0.92.17.3047	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	R\$ 190,00
0.92.17.3101	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM BIÓPSIA	R\$ 210,00
0.92.17.3110	RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXIVEL	R\$ 155,00
0.92.17.3128	RETOSSIGMOIDOSCOPIA COM BIÓPSIA	R\$ 175,00
0.92.17.3136	COLONOSCOPIA	R\$ 390,00
0.92.17.3144	COLONOSCOPIA COM BIÓPSIA	R\$ 410,00
0.92.17.5031	ECOENDOSCOPIA ALTA	R\$ 3.500,00
0.92.17.5066	ECOENDOSCOPIA BAIXA	R\$ 3.500,00
0.92.17.5082	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM CROMOSCOPIA	R\$ 286,16
0.92.17.5090	COLONOSCOPIA COM CROMOSCOPIA E MAGNIFICAÇÃO	R\$ 540,00
0.92.17.6046	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	R\$ 285,00

0.92.99.0193	VIDEO CISTOSCOPIA	R\$ 1.350,00
--------------	-------------------	--------------

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS (ENDOSCOPIA TERAPÊUTICA):

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.02.02.011	ARITENOIDECTOMIA MICROCIRURGICA ENDOSCOPICA	R\$ 192,00
4.02.02.038	BIOPSIA OU CITOLOGIA (PARA ENDOSCOPIA ALTA OU BAIXA).	R\$ 20,00
4.02.02.046	BIOPSIAS POR LAPAROSCOPIA	R\$ 100,00
4.02.02.054	BRONCOSCOPIA COM BIOPSIA TRANSBRONQUICA COM ACOMPANHAMENTO RADIOSCOPICO	R\$ 100,00
4.02.02.062	CECOSTOMIA	R\$ 170,00
4.02.02.070	CISTOENTEROSTOMIA COM COLOCAÇÃO DE PRÓTESE OU DRENO	R\$ 262,00
4.02.02.097	COLOCACAO DE CANULA SOB ORIENTACAO ENDOSCOPICA	R\$ 80,00
4.02.02.100	COLOCACAO DE CATETER PARA BRAQUITERAPIA ENDOBRONQUICA	R\$ 74,00
4.02.02.119	COLOCACAO DE PROTESE COLEDOCIANA POR VIA ENDOSCOPICA	R\$ 304,00
4.02.02.127	COLOCACAO DE PROTESE TRAQUEAL OU BRONQUICA	R\$ 184,00
4.02.02.135	VIDEO COLONOSCOPIA COM MAGNIFICAÇÃO E TATUAGEM	R\$ 238,00
4.02.02.143	DESCOMPRESSAO COLONICA POR COLONOSCOPIA	R\$ 238,00
4.02.02.151	DESOBSTRUÇÃO BRÔNQUICA COM LASER DE ELETROCAUTÉRIO	R\$ 140,00
4.02.02.160	DESOBSTRUCAO BRONQUICA POR BRONCOASPIRACAO	R\$ 74,00
4.02.02.178	DILATAcao DE ESTENOSE LARINGO-TRAQUEO-BRÔNQUICA	R\$ 100,00
4.02.02.186	DILATAcao INSTRUMENTAL DO ESOFAGO. ESTOMAGO E DUODENO	R\$ 86,00
4.02.02.194	DILATAÇÃO INSTRUMENTAL E INJEÇÃO DE SUBSTÂNCIA MEDICAMENTOSA	R\$ 100,00
4.02.02.208	DIVERTICULOTOMIA	R\$ 238,00
4.02.02.216	DRENAGEM CAVITARIA POR LAPAROSCOPIA	R\$ 100,00
4.02.02.259	ESCLEROSE DE VARIZES DE ESOFAGO. ESTOMAGO E DUODENO	R\$ 120,00
4.02.02.267	ESTENOSTOMIA ENDOSCOPICA	R\$ 238,00
4.02.02.275	ESVAZIAMENTO DE LIQUIDO ASCITICO POR LAPAROSCOPIA	R\$ 74,00
4.02.02.291	HEMOSTASIA MECANICA DO ESOFAGO. ESTOMAGO E DUODENO	R\$ 120,00
4.02.02.305	HEMOSTASIA TÉRMICA POR ENDOSCOPIA	R\$ 120,00
4.02.02.313	HEMOSTASIAS DE COLON	R\$ 238,00
4.02.02.321	HEMOSTASIAS POR LAPAROSCOPIA	R\$ 74,00
4.02.02.330	INJEÇÃO DE SUBSTÂNCIA MEDICAMENTOS POR ENDOSCOPIA	R\$ 50,00
4.02.02.348	INTRODUCAO DE PROTESE NO ESOFAGO	R\$ 238,00
4.02.02.356	JEJUNOSTOMIA ENDOSCOPICA	R\$ 184,00
4.02.02.364	LARINGOSCOPIA COM MICROSCOPIA PARA EXERESE DE POLIPO/NODULO/PAPILOMA	R\$ 86,00
4.02.02.372	LARINGOSCOPIA COM RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE LARINGE/FARINGE (TUBO FLEXIVEL)	R\$ 44,00
4.02.02.380	LARINGOSCOPIA/TRAQUEOSCOPIA COM DILATAcao DE ESTENOSE (POR SESSAO)	R\$ 86,00
4.02.02.399	LARINGOSCOPIA/TRAQUEOSCOPIA COM EXERESE DE POLIPO/NODULO/PAPILOMA	R\$ 92,00
4.02.02.402	LARINGOSCOPIA/TRAQUEOSCOPIA COM LASER PARA EXERESE DE PAPILOMA/TUMOR	R\$ 100,00
4.02.02.410	LARINGOSCOPIA/TRAQUEOSCOPIA COM RETIRADA DE CORPO ESTRANHO (TUBO RIGIDO)	R\$ 100,00
4.02.02.429	LARINGOSCOPIA/TRAQUEOSCOPIA PARA DIAGNOSTICO E BIOPSIA (TUBO RIGIDO)	R\$ 74,00

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.02.02.437	LARINGOSCOPIA/TRAQUEOSCOPIA PARA DIAGNOSTICO E BIOPSIA COM APARELHO FLEXIVEL	R\$ 44,00
4.02.02.453	LIGADURA ELASTICA DO ESOFAGO. ESTOMAGO E DUODENO	R\$ 170,00
4.02.02.461	LISE DE BRIDAS POR LAPAROSCOPIA	R\$ 74,00
4.02.02.470	MUCOSECTOMIA	R\$ 238,00
4.02.02.488	NASOFIBROLARINGOSCOPIA PARA DIGNOSTICO E/OU BIOPSIA	R\$ 21,00
4.02.02.496	PAPILOTOMIA BIOPSIA E/OU CITOLOGIA BILIAR E PANCREATICA	R\$ 238,00
4.02.02.500	PAPILOTOMIA E DILATAÇÃO BILIAR OU PANCREATICA	R\$ 238,00
4.02.02.518	PAPILOTOMIA ENDOSCOPICA (PARA RETIRADA DE CALCULOS COLEDOCIANOS OU DRENAGEM BILIAR)	R\$ 262,00
4.02.02.526	PAPILOTOMIA. DILATAÇÃO E COLOCACAO DE PROTESE OU DRENO BILIAR OU PANCREATICO	R\$ 304,00
4.02.02.534	PASSAGEM DE SONDA NASO-ENTERAL	R\$ 92,00
4.02.02.542	POLIPECTOMIA DE COLON (INDEPENDENTE DO NUMERO DE POLIPOS)	R\$ 238,00
4.02.02.550	POLIPECTOMIA DO ESOFAGO. ESTOMAGO E DUODENO (INDEPENDENTE DO NUMERO DE POLIPOS)	R\$ 170,00
4.02.02.569	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO COLON	R\$ 130,00
4.02.02.577	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO ESOFAGO. ESTOMAGO E DUODENO	R\$ 100,00
4.02.02.585	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO NO BRÔNQUIO OU BRÔNQUICO	R\$ 100,00
4.02.02.593	RETIRADA DE TUMOR OU PAPILOMA POR BRONCOSCOPIA	R\$ 140,00
4.02.02.607	TAMPONAMENTO DE VARIZES DO ESOFAGO E ESTOMAGO	R\$ 100,00
4.02.02.615	TESTE DA UREASE PARA HELICOBACTER PYLORI	R\$ 74,00
4.02.02.623	TRAQUEOSTOMIA POR PUNÇÃO PERCUTÂNEA	R\$ 86,00
4.02.02.631	TRATAMENTO ENDOSCOPICO DE HEMOPTISE	R\$ 184,00
4.02.02.640	URETROTOMIA ENDOSCOPICA	R\$ 66,00
4.02.02.658	COLOÇÃO DE BALÃO INTRAGÁSTRICO POR VIA ENDOSCÓPICA PARA OBESIDADE MÓRBIDA	R\$ 184,00
4.02.02.674	COLONOSCOPIA COM DILATAÇÃO SEGMENTAR	R\$ 250,12
4.02.02.682	RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXÍVEL COM POLIPECTOMIA	R\$ 88,01
4.02.02.690	RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXÍVEL COM BIÓPSIA E/OU CITOLOGIA	R\$ 78,01
4.02.02.704	COLONOSCOPIA COM ESTENOSTOMIA	R\$ 424,12
4.02.02.712	COLONOSCOPIA COM MUCOSECTOMIA	R\$ 358,12
4.02.02.720	RETOSSIGMOIDOSCOPIA RÍGIDA COM BIÓPSIA E/OU CITOLOGIA	R\$ 45,70
4.02.02.739	RETOSSIGMOIDOSCOPIA RÍGIDA COM POLIPECTOMIA	R\$ 70,70

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS (ENDOSCOPIA TERAPÊUTICA) – CÓDIGO IPESAÚDE:

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
0.92.17.0323	ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA INTERVENCIÓNISTA	R\$ 750,00
0.92.17.3187	MUCOSECTOMIA POR QUALQUER VIA	R\$ 1.460,19
0.92.17.3195	ESCLEROSE DE VARIZES OU HEMOSTASIA QUIMICA DE ESÔFAGO. ESTÔMAGO E DUODENO	R\$ 390,00
0.92.17.3209	GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA	R\$ 1.600,00
0.92.17.3217	LIGADURA ELÁSTICA DO ESÔFAGO. ESTÔMAGO E DUODENO	R\$ 2.500,00
0.92.17.3225	DILATAÇÃO INSTRUMENTAL DO ESÔFAGO. ESTÔMAGO E DUODENO	R\$ 280,00
0.92.17.3233	POLIPECTOMIA DE CÓLON	R\$ 667,00

0.92.17.3241	POLIPECTOMIA DE ESÔFAGO. ESTÔMAGO E DUODENO	R\$ 550,00
0.92.17.3250	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO ESÔFAGO. ESTÔMAGO E DUODENO	R\$ 330,00
0.92.17.5074	ECOENDOSCOPIA COM PUNÇÃO POR AGULHA	R\$ 4.500,00
0.92.17.6003	HEMOSTASIA MECÂNICA DO ESÔFAGO. ESTOMAGO OU DUODENO	R\$ 601,33
0.92.17.6011	HEMOSTASIA DE CÓLON	R\$ 1.107,97
0.92.17.6020	INJEÇÃO DE SUNSTÂNCIA QUÍMICA. NÃO HEMOSTÁTICA. POR ENDOSCOPIA/COLONOSCOPIA	R\$ 1.107,97
0.92.17.6038	PASSAGEM DE SONDA NASOENTERAL POR ENDOSCOPIA	R\$ 300,00

BIOQUÍMICA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.03.01.010	3-METIL HISTIDINA.DOSAGEM NO SORO	R\$ 36,79
4.03.01.028	5-NUCLEOTIDASE	R\$ 20,16
4.03.01.036	ACETAMINOFEN	R\$ 36,79
4.03.01.044	ACETILCOLINESTERASE. EM ERITRÓCITOS	R\$ 20,16
4.03.01.052	ACETONA. DOSAGEM NO SORO	R\$ 23,85
4.03.01.060	ACIDO ASCORBICO (VITAMINA C)	R\$ 23,85
4.03.01.079	ÁCIDO BETA HIDROXI BUTÍRICO	R\$ 20,16
4.03.01.087	ACIDO FOLICO. DOSAGEM NOS ERITROCITOS	R\$ 20,16
4.03.01.095	ACIDO GLIOXILICO	R\$ 23,85
4.03.01.109	ACIDO LACTICO (LACTATO)	R\$ 8,03
4.03.01.117	ACIDO OROTICO	R\$ 505,38
4.03.01.125	ACIDO OXALICO	R\$ 23,85
4.03.01.133	ACIDO PIRUVICO	R\$ 51,40
4.03.01.141	ACIDO SIALICO	R\$ 11,91
4.03.01.150	ACIDO URICO	R\$ 4,35
4.03.01.168	ACIDO VALPROICO	R\$ 36,79
4.03.01.176	ÁCIDOS BILIARES	R\$ 51,40
4.03.01.184	ACIDOS GRAXOS LIVRES	R\$ 36,79
4.03.01.192	ÁCIDOS ORGÂNICOS (PERFIL QUANTITATIVO)	R\$ 392,13
4.03.01.206	ACILCARNITINAS (PERFIL QUALITATIVO)	R\$ 336,47
4.03.01.214	ACILCARNITINAS (PERFIL QUANTITATIVO)	R\$ 502,29
4.03.01.222	ALBUMINA	R\$ 4,35
4.03.01.230	ALDOLASE	R\$ 8,03
4.03.01.249	ALFA-1-ANTITRIPSINA. DOSAGEM NO SORO	R\$ 13,01
4.03.01.257	ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	R\$ 13,01
4.03.01.265	ALFA-2-MACROGLOBULINA	R\$ 13,01
4.03.01.273	ALUMINIO. DOSAGEM NO SORO	R\$ 36,79
4.03.01.281	AMILASE	R\$ 8,03
4.03.01.290	AMINOACIDOS. FRACIONAMENTO E QUANTIFICACAO	R\$ 226,14
4.03.01.303	AMIODARONA	R\$ 150,50
4.03.01.311	AMITRIPTILINA. NORTRIPTILINA (CADA)	R\$ 36,79
4.03.01.320	AMONIA	R\$ 23,85
4.03.01.338	ANFETAMINAS. DOSAGEM	R\$ 130,80

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.03.01.346	ANTIBIOTICOS. DOSAGEM NO SORO. CADA	R\$ 36,79
4.03.01.354	APOLIPOPROTEINA A (APO A)	R\$ 19,59
4.03.01.362	APOLIPOPROTEINA B (APO B)	R\$ 19,59
4.03.01.370	BARBITURICOS. ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS (CADA)	R\$ 36,79
4.03.01.389	BETA-GLICURONIDASE	R\$ 21,57
4.03.01.397	BILIRRUBINAS (DIRETA. INDIRETA E TOTAL)	R\$ 4,35
4.03.01.400	CALCIO	R\$ 4,35
4.03.01.419	CALCIO IONICO	R\$ 11,91
4.03.01.427	CAPACIDADE DE FIXACAO DE FERRO	R\$ 6,04
4.03.01.435	CARBAMAZEPINA	R\$ 36,79
4.03.01.443	CARNITINA LIVRE	R\$ 50,90
4.03.01.451	CARNITINA TOTAL E FRAÇÕES	R\$ 336,47
4.03.01.460	CAROTENO	R\$ 6,04
4.03.01.478	CERULOPLASMINA	R\$ 13,01
4.03.01.486	CICLOSPORINA. METHOTREXATE - CADA	R\$ 54,69
4.03.01.494	CLEARANCE DE ACIDO URICO	R\$ 11,91
4.03.01.508	CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 11,91
4.03.01.516	CLEARANCE DE FOSFATO	R\$ 11,91
4.03.01.524	CLEARANCE DE UREIA	R\$ 11,91
4.03.01.532	CLEARANCE OSMOLAR	R\$ 11,91
4.03.01.540	CLOMIPRAMINA	R\$ 36,79
4.03.01.559	CLORO	R\$ 4,35
4.03.01.567	COBRE	R\$ 36,79
4.03.01.575	COCAINA. DOSAGEM	R\$ 128,51
4.03.01.583	COLESTEROL (HDL)	R\$ 6,04
4.03.01.591	COLESTEROL (LDL)	R\$ 8,03
4.03.01.605	COLESTEROL TOTAL	R\$ 4,35
4.03.01.613	COTININA	R\$ 106,00
4.03.01.621	CREATINA	R\$ 8,03
4.03.01.630	CREATININA	R\$ 4,35
4.03.01.648	CREATINO FOSFOQUINASE TOTAL (CK)	R\$ 11,91
4.03.01.656	CREATINO FOSFOQUINASE - FRAÇÃO MB - MASSA	R\$ 36,79
4.03.01.664	CREATINO FOSFOQUINASE - FRAÇÃO MB - ATIVIDADE	R\$ 23,85
4.03.01.672	CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS (PERFIL QUALITATIVO)	R\$ 36,79
4.03.01.680	CURVA GLICEMICA (4 DOSAGENS) VIA ORAL OU ENDOVENOSA	R\$ 20,16
4.03.01.699	DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	R\$ 8,03
4.03.01.702	DESIDROGENASE GLUTAMICA	R\$ 8,03
4.03.01.710	DESIDROGENASE ISOCITRICA	R\$ 8,03
4.03.01.729	DESIDROGENASE LACTICA	R\$ 8,03
4.03.01.737	DESIDROGENASE LACTICA - ISOENZIMAS FRACIONADAS	R\$ 36,79
4.03.01.745	BENZODIAZEPÍNICOS E SIMILARES (CADA)	R\$ 36,79
4.03.01.753	DIGITOXINA OU DIGOXINA	R\$ 36,79
4.03.01.761	ELETROFERESE DE PROTEINAS	R\$ 20,16
4.03.01.770	ELETROFORESE DE GLICOPROTEINAS	R\$ 20,16

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.03.01.788	ELETROFORESE DE LIOPROTEINAS	R\$ 20,16
4.03.01.796	ENOLASE	R\$ 54,69
4.03.01.800	ETOSSUXIMIDA	R\$ 36,79
4.03.01.818	FENILALANINA. DOSAGEM	R\$ 11,72
4.03.01.826	FENITOINA	R\$ 36,79
4.03.01.834	FENOBARBITAL	R\$ 36,79
4.03.01.842	FERRO SERICO	R\$ 6,04
4.03.01.850	FORMALDEIDO	R\$ 23,85
4.03.01.869	FOSFATASE ACIDA FRACAO PROSTATICA	R\$ 8,03
4.03.01.877	FOSFATASE ACIDA TOTAL	R\$ 8,03
4.03.01.885	FOSFATASE ALCALINA	R\$ 8,03
4.03.01.893	FOSFATASE ALCALINA COM FRACIONAMENTO DE ISOENZIMAS	R\$ 36,79
4.03.01.907	FOSFATASE ALCALINA FRACAO OSSEA - ELISA	R\$ 36,79
4.03.01.915	FOSFATASE ALCALINA TERMO-ESTAVEL	R\$ 8,03
4.03.01.923	FOSFOLIPIDIOS	R\$ 6,04
4.03.01.931	FOSFORO	R\$ 4,35
4.03.01.940	FOSFORO. PROVA DE REABSORCAO TUBULAR	R\$ 8,03
4.03.01.958	FRUTOSAMINAS (PROTEINAS GLICOSILADAS)	R\$ 8,03
4.03.01.966	FRUTOSE	R\$ 8,03
4.03.01.974	GALACTOSE	R\$ 16,19
4.03.01.982	GALACTOSE 1-FOSFATOURIDIL TRANSFERASE. DOSAGEM	R\$ 203,80
4.03.01.990	GAMA-GLUTAMIL TRANSFERASE	R\$ 8,03
4.03.02.016	GASOMETRIA (PH. PCO2. SA. O2. EXCESSO BASE)	R\$ 20,16
4.03.02.024	GASOMETRIA + HB + HT + NA + K + CL + CA + GLICOSE + LACTATO (QUANDO EFETUADO NO GASOMETRO)	R\$ 23,85
4.03.02.032	GLICEMIA APOS SOBRECARGA COM DEXTROSOL OU GLICOSE	R\$ 6,23
4.03.02.040	GLICOSE	R\$ 4,35
4.03.02.059	GLICOSE-6-FOSFATO DEIDROGENASE (G6FD)	R\$ 15,00
4.03.02.067	HAPTOGLOBINA	R\$ 13,01
4.03.02.075	HEMOGLOBINA GLICOSILADA (A1 TOTAL)	R\$ 20,16
4.03.02.083	HEMOGLOBINA PLASMATICA LIVRE	R\$ 11,91
4.03.02.091	HEXOSAMINIDASE A	R\$ 311,17
4.03.02.105	HIDROXIPROLINA	R\$ 23,85
4.03.02.113	HOMOCISTEINA	R\$ 36,79
4.03.02.121	IMIPRAMINA - DESIPRAMINA	R\$ 36,79
4.03.02.130	AMILASE OU ALFA-AMILASE. ISOENZIMAS	R\$ 36,79
4.03.02.148	ISOMERASE FOSFOHEXOSE	R\$ 8,03
4.03.02.156	ISONIAZIDA	R\$ 36,79
4.03.02.164	LACTOSE. TESTE DE TOLERANCIA	R\$ 23,85
4.03.02.172	LEUCINO AMINOPEPTIDASE	R\$ 8,03
4.03.02.180	LIDOCAINA	R\$ 36,79
4.03.02.199	LIPASE	R\$ 8,03
4.03.02.202	LIPASE LIPOPROTÉICA	R\$ 20,16
4.03.02.210	LIPOPROTEINA (A) - LP (A)	R\$ 19,59
4.03.02.229	LITIO	R\$ 6,04

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.03.02.237	MAGNESIO	R\$ 4,35
4.03.02.245	MIOGLOBINA. DOSAGEM	R\$ 36,79
4.03.02.253	NITROGENIO AMONIAICAL	R\$ 23,85
4.03.02.261	NITROGENIO TOTAL	R\$ 23,85
4.03.02.270	OSMOLALIDADE	R\$ 11,72
4.03.02.288	OXCARBAZEPINA. DOSAGEM	R\$ 36,79
4.03.02.296	PIRUVATO QUINASE	R\$ 99,56
4.03.02.300	PORFIRINAS QUANTITATIVAS (CADA)	R\$ 23,21
4.03.02.318	POTASSIO	R\$ 4,35
4.03.02.326	PRÉ-ALBUMINA	R\$ 23,85
4.03.02.334	PRIMIDONA	R\$ 36,79
4.03.02.342	PROCAINAMIDA	R\$ 36,79
4.03.02.350	PROPANOLOL	R\$ 36,79
4.03.02.369	PROTEÍNA LIGADORA DO RETINOL	R\$ 45,46
4.03.02.377	PROTEINAS TOTAIS	R\$ 4,35
4.03.02.385	PROTEINAS TOTAIS ALBUMINA E GLOBULINA	R\$ 6,04
4.03.02.393	QUINIDINA	R\$ 36,79
4.03.02.407	RESERVA ALCALINA (BICARBONATO)	R\$ 4,35
4.03.02.415	SACAROSE. TESTE DE TOLERANCIA	R\$ 23,85
4.03.02.423	SODIO	R\$ 4,35
4.03.02.431	SUCCINIL ACETONA	R\$ 319,93
4.03.02.440	SULFONAMIDAS LIVRE E ACETILADA (% DE ACETILACAO)	R\$ 23,21
4.03.02.458	TACROLIMUS	R\$ 175,71
4.03.02.466	TALIO. DOSAGEM	R\$ 36,79
4.03.02.474	TEOFILINA	R\$ 36,79
4.03.02.482	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA OU HIPOGLICEMIANTES ORAIS (ATE 6 DOSAGENS)	R\$ 29,62
4.03.02.490	TIROSINA	R\$ 36,79
4.03.02.504	TRANSAMINASE OXALACETICA (AMINO TRANSFERASE ASPARTATO) TGO - AST	R\$ 8,03
4.03.02.512	TRANSAMINASE PIRUVICA (AMINO TRANSFERASE DE ALANINA) - TGP	R\$ 8,03
4.03.02.520	TRANSFERRINA	R\$ 15,70
4.03.02.539	TRIAZOLAM	R\$ 59,69
4.03.02.547	TRIGLICERIDEOS	R\$ 6,04
4.03.02.555	TRIMIPRAMINA	R\$ 36,79
4.03.02.563	TRIPSINA IMUNO REATIVA (IRT)	R\$ 15,70
4.03.02.571	TROPONINA	R\$ 36,79
4.03.02.580	UREIA	R\$ 4,35
4.03.02.598	UROBILINOGENIO	R\$ 4,35
4.03.02.601	VITAMINA A. DOSAGEM	R\$ 99,56
4.03.02.610	VITAMINA E	R\$ 99,56
4.03.02.628	XILOSE. TESTE DE ABSORCAO A	R\$ 23,85
4.03.02.636	LIPIDIOS TOTAIS	R\$ 7,86
4.03.02.644	MALTOSE. TESTE DE TOLERANCIA	R\$ 23,85
4.03.02.652	MUCOPOLISSACARIDOSE. PESQUISA	R\$ 20,16
4.03.02.660	MUCOPROTEINAS	R\$ 13,01

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.03.02.679	OCITOCINASE. DOSAGEM	R\$ 20,16
4.03.02.687	PROCALCITONINA	R\$ 166,35
4.03.02.695	COLESTEROL (VLDL)	R\$ 8,03
4.03.02.709	TESTE ORAL DE TOLERÂNCIA À GLICOSE - 2 DOSAGENS	R\$ 17,31
4.03.02.717	ELETROFORESE DE PROTEÍNAS DE ALTA RESOLUÇÃO	R\$ 36,79
4.03.02.725	IMUNOFIXAÇÃO - CADA FRAÇÃO	R\$ 36,79
4.03.02.733	HEMOGLOBINA GLICADA (FRAÇÃO A1C)	R\$ 36,79
4.03.02.741	LAMOTRIGINA	R\$ 311,17
4.03.02.750	PERFIL LIPIDÍCO / LIPIDOGRAMA (LIPÍDIOS TOTAIS, COLESTEROL, TRIGLICERÍDIOS E ELETROFORESE LIPOPROTEÍNAS)	R\$ 36,79
4.03.02.768	PAPP - A	R\$ 101,51
4.03.02.776	PEPTÍDEO NATRIURÉTICO BNP/PROBNP	R\$ 90,18

BIOQUÍMICA – CÓDIGO IPESAÚDE

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
0.91.25.0110	CREATININA - MONITORAMENTO DO TRATAMENTO	R\$ 3,91
0.91.25.0129	UREIA - MONITORAMENTO DO TRATAMENTO	R\$ 3,91
0.91.25.0137	BILIRRUBINAS (DIRETA. INDIRETA E TOTAL) - MONITORAMENTO DO TRATAMENTO	R\$ 3,91
0.91.25.0145	TRANSAMINASE OXALACETICA - TGO - MONITORAMENTO DO TRATAMENTO	R\$ 7,22
0.91.25.0153	TRANSAMINASE PURUVICA - TGP - MONITORAMENTO DO TRATAMENTO	R\$ 7,22
0.91.25.0161	FOSFATASE ALCALINA - MONITORAMENTO DO TRATAMENTO	R\$ 7,22
0.91.25.0170	GAMA - GLUTAMIL TRANSFERASE - MONITORAMENTO DO TRATAMENTO	R\$ 7,22
0.91.25.0188	SÓDIO - MONITORAMENTO DO TRATAMENTO	R\$ 3,91
0.91.25.0196	POTÁSSIO - MONITORAMENTO DO TRATAMENTO	R\$ 3,91
0.91.25.0200	MAGNÉSIO - MONITORAMENTO DO TRATAMENTO	R\$ 3,91
0.91.25.0307	CÁLCIO - MONITORAMENTO DO TRATAMENTO	R\$ 3,91
0.91.25.0404	FÓSFORO - MONITORAMENTO DO TRATAMENTO	R\$ 3,91
0.91.25.0455	GLICOSE - MONITORAMENTO DO TRATAMENTO	R\$ 3,91
0.91.25.0463	HEMOGLOBINA GLICADA – MONITORAMENTO DO TRATAMENTO	R\$ 33,11
0.91.25.0480	COLESTEROL TOTAL - MONITORAMENTO DO TRATAMENTO	R\$ 3,91
0.91.25.0498	COLESTEROL (HDL) - MONITORAMENTO DO TRATAMENTO	R\$ 5,43
0.91.25.0501	COLESTEROL (LDL) - MONITORAMENTO DO TRATAMENTO	R\$ 7,22
0.91.25.0510	TRIGLICERÍDEOS - MONITORAMENTO DO TRATAMENTO	R\$ 5,43
0.91.25.0552	ALUMÍNIO. DOSAGEM SORO - MONITORAMENTO DO TRATAMENTO	R\$ 33,11
0.91.25.0617	TRANSFERRINA - MONITORAMENTO DO TRATAMENTO	R\$ 14,13
0.91.25.0633	PROTEÍNAS TOTAIS (ALBUBINA E GLOBULINA) - MONITORAMENTO DO TRATAMENTO	R\$ 5,43
0.91.25.0641	UREIA SÉRICA (PRÉ P/HD OU PÓS P/HD)	R\$ 3,91

COPROLOGIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.03.03.012	ALFA -1-ANTITRIPSINA. (FEZES)	R\$ 15,70
4.03.03.020	ANAL SWAB. PESQUISA DE OXIURUS	R\$ 4,94
4.03.03.039	COPROLOGICO FUNCIONAL (CARACTERES. PH. DIGESTIBILIDADE. AMONIA. ACIDOS ORGANICOS E INTERPRETACAO)	R\$ 17,79
4.03.03.047	EOSINOFILOS. PESQUISA NAS FEZES	R\$ 4,94
4.03.03.055	GORDURA FECAL. DOSAGEM	R\$ 30,43
4.03.03.063	HEMATOXILINA FERRICA. PESQUISA DE PROTOZOARIOS	R\$ 7,53
4.03.03.071	IDENTIFICACAO DE HELMINTOS. EXAME DE FRAGMENTOS	R\$ 4,94
4.03.03.080	LARVAS (FEZES). PESQUISA	R\$ 7,53
4.03.03.098	LEUCOCITOS E HEMACIAS. PESQUISA NAS FEZES	R\$ 4,94
4.03.03.101	LEVEDURAS. PESQUISA	R\$ 4,94
4.03.03.110	PARASITOLOGICO	R\$ 10,52
4.03.03.128	PARASITOLOGICO. COLHEITA MULTIPLA COM FORNECIMENTO DO LIQUIDO CONSERVANTE	R\$ 10,52
4.03.03.136	SANGUE OCULTO. PESQUISA	R\$ 10,52
4.03.03.144	SHISTOSSOMA. PESQUISA OVOS EM FRAGMENTOS MUCOSA APOS BIOPSIA RETAL	R\$ 10,52
4.03.03.152	SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	R\$ 4,94
4.03.03.160	TRIPSINA. PROVA DE (DIGESTAO DA GELATINA)	R\$ 4,94
4.03.03.179	ESTEATOCRITO. TRIAGEM PARA GORDURA FECAL	R\$ 30,43
4.03.03.187	ESTERCOBILINOGENIO FECAL. DOSAGEM	R\$ 4,94

HEMATOLOGIA LABORATORIAL

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.03.04.019	ANTICOAGULANTE LUPICO. PESQUISA	R\$ 20,77
4.03.04.027	ANTICORPO ANTI A E B	R\$ 15,00
4.03.04.035	ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS. CITOMETRIA DE FLUXO	R\$ 45,25
4.03.04.043	ANTICORPOS IRREGULARES	R\$ 36,10
4.03.04.051	ANTICORPOS IRREGULARES. PESQUISA (MEIO SALINO A TEMPERATURA AMBIENTE E 37° E TESTE INDIRETO DE COOM	R\$ 9,52
4.03.04.060	ANTITROMBINA III. DOSAGEM	R\$ 40,69
4.03.04.078	ATIVADOR TISSULAR DE PLASMINOGENIO (TPA)	R\$ 166,35
4.03.04.086	CD... (ANTIGENO DE DIF. CELULAR. CADA DETERMINACAO)	R\$ 82,91
4.03.04.094	CITOQUIMICA PARA CLASSIFICAR LEUCEMIA: ESTERASE. FOSFATASE LEUCOCITARIA. PAS. PEROXIDASE OU SB. ETC	R\$ 15,58
4.03.04.108	COOMBS DIRETO	R\$ 7,04
4.03.04.116	ENZIMAS ERITROCITARIAS. (ADENILATOQUINASE. DESIDROGENASE LACTICA. FOSFOFRUCTOQUINASE. FOSFOGLIC	R\$ 15,58
4.03.04.124	ERITROGRAMA (ERITROCITOS. HEMOGLOBINA. HEMATOCRITO)	R\$ 7,04
4.03.04.132	FALCIZACAO. TESTE DE	R\$ 4,54
4.03.04.140	FATOR 4 PLAQUETARIO. DOSAGENS	R\$ 56,02
4.03.04.159	FATOR II. DOSAGEM	R\$ 56,02

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.03.04.167	FATOR IX. DOSAGEM	R\$ 56,02
4.03.04.175	FATOR V. DOSAGEM	R\$ 56,02
4.03.04.183	FATOR VIII. DOSAGEM	R\$ 56,02
4.03.04.191	FATOR VIII. DOSAGEM DO ANTIGENO (VON WILLEBRAND)	R\$ 126,63
4.03.04.205	FATOR VIII. DOSAGEM DO INIBIDOR	R\$ 126,63
4.03.04.213	FATOR X. DOSAGEM	R\$ 56,02
4.03.04.221	FATOR XI. DOSAGEM	R\$ 56,02
4.03.04.230	FATOR XII. DOSAGEM	R\$ 56,02
4.03.04.248	FATOR XIII. PESQUISA	R\$ 51,83
4.03.04.256	FENOTIPAGEM DO SISTEMA RH-HR (ANTI RHO(D) + ANTI RH(C) + ANTI RH(E))	R\$ 36,10
4.03.04.264	FIBRINOGENIO. TESTE FUNCIONAL. DOSAGEM	R\$ 6,34
4.03.04.272	FILARIA. PESQUISA	R\$ 4,54
4.03.04.280	GRUPO ABO. CLASSIFICACAO REVERSA	R\$ 9,03
4.03.04.299	GRUPO SANGUINEO ABO. E FATOR RHO (INCLUI DU)	R\$ 7,04
4.03.04.302	HAM. TESTE DE (HEMOLISE ACIDA)	R\$ 7,04
4.03.04.310	HEINZ. CORPUSCULOS. PESQUISA	R\$ 4,54
4.03.04.329	HEMACIAS FETAIS. PESQUISA	R\$ 4,54
4.03.04.337	HEMATOCRITO. DETERMINACAO DO	R\$ 7,04
4.03.04.345	HEMOGLOBINA. DOSAGEM	R\$ 7,04
4.03.04.353	HEMOGLOBINA (ELETROFORESE OU HPLC)	R\$ 23,85
4.03.04.361	HEMOGRAMA COM CONTAGEM DE PLAQUETAS OU FRAÇÕES (ERITROGRAMA. LEUCOGRAMA. PLAQUETAS)	R\$ 9,69
4.03.04.370	HEMOSEDIMENTACAO. (VHS)	R\$ 4,35
4.03.04.388	HEMOSSIDERINA (SIDEROCITOS). SANGUE OU URINA	R\$ 12,97
4.03.04.396	HEPARINA. DOSAGEM	R\$ 36,10
4.03.04.400	INIBIDOR DO TPA (PAI)	R\$ 143,59
4.03.04.418	LEUCOCITOS. CONTAGEM	R\$ 7,04
4.03.04.426	LEUCOGRAMA	R\$ 7,04
4.03.04.434	META-HEMOGLOBINA. DETERMINACAO DA	R\$ 9,33
4.03.04.442	PLAQUETAS. CONTAGEM	R\$ 7,04
4.03.04.450	PLAQUETAS. TESTE DE AGREGACAO (POR AGENTE AGREGANTE). CADA	R\$ 61,99
4.03.04.469	PLASMINOGENIO. DOSAGEM	R\$ 90,18
4.03.04.477	PLASMODIO. PESQUISA	R\$ 4,54
4.03.04.485	MEDULA OSSEA. ASPIRACAO PARA MIELOGRAMA OU MICROBIOLOGICO	R\$ 97,93
4.03.04.493	PRODUTOS DE DEGRADACAO DA FIBRINA. QUALITATIVO	R\$ 56,02
4.03.04.507	PROTEINA C	R\$ 61,99
4.03.04.515	PROTEINA S. TESTE FUNCIONAL	R\$ 90,18
4.03.04.523	PROTOPORFIRINA ERITROCITARIA LIVRE - ZINCO	R\$ 16,19
4.03.04.531	PROVA DO LACO	R\$ 3,05
4.03.04.540	Resistencia globular. curva	R\$ 6,34
4.03.04.558	RETICULOCITOS. CONTAGEM	R\$ 6,34
4.03.04.566	RETRACAO DO COAGULO	R\$ 3,05
4.03.04.574	RISTOCETINA. CO-FATOR. TESTE FUNCIONAL. DOSAGEM	R\$ 103,60
4.03.04.582	TEMPO DE COAGULACAO	R\$ 3,05
4.03.04.590	TEMPO DE PROTROMBINA	R\$ 6,34

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.03.04.604	TEMPO DE REPTILASE	R\$ 9,03
4.03.04.612	TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	R\$ 21,44
4.03.04.620	TEMPO DE TROMBINA	R\$ 9,03
4.03.04.639	TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA	R\$ 6,34
4.03.04.647	TRIPANOSSOMA. PESQUISA	R\$ 4,54
4.03.04.655	TROMBOELASTOGRAMA	R\$ 90,18
4.03.04.663	ALFA-2ANTIPLASMINA. TESTE FUNCIONAL	R\$ 6,34
4.03.04.671	ANTICORPO ANTIMIELOPEROXIDASE. MPO	R\$ 169,03
4.03.04.680	FATOR VII	R\$ 56,02
4.03.04.698	FATOR XIII. DOSAGEM. TESTE FUNCIONAL	R\$ 56,02
4.03.04.701	IMUNOFENOTIPAGEM PARA DOENÇAS RESIDUAL MÍNIMA (*)	R\$ 271,13
4.03.04.710	IMUNOFENOTIPAGEM PARA HEMOGLOBIRNÚRIA PAROXISTICA NOTURNA (*)	R\$ 238,65
4.03.04.728	IMUNOFENOTIPAGEM PARA LEUCEMIAS AGUDAS OU SINDROME MIELODISPLASICA (*)	R\$ 541,43
4.03.04.736	IMUNOFENOTIPAGEM PARA LINFOMA NAO HODGKIN/SINDROME LINFOPROLIFERATIVA CRONICA (*)	R\$ 173,32
4.03.04.744	IMUNOFENOTIPAGEM PARA PERFIL IMUNE (*)	R\$ 173,32
4.03.04.752	INIBIDOR DE FATOR IX. DOSAGEM	R\$ 129,20
4.03.04.760	INIBIDOR DOS FATORES DA HEMOSTASIA. TRIAGEM	R\$ 127,70
4.03.04.779	PRODUTOS DE DEGRADACAO DA FIBRINA. QUANTITATIVO	R\$ 61,99
4.03.04.787	PROTEÍNA S LIVRE DOSAGEM	R\$ 166,35
4.03.04.795	CELULAS LE	R\$ 13,20
4.03.04.809	CONSUMO DE PROTROMBINA	R\$ 15,00
4.03.04.817	ENZIMAS ERITROCITARIAS. RASTREIO PARA DEFICIENCIA	R\$ 11,53
4.03.04.825	ESPLENOGRAMA (CITOLOGIA)	R\$ 39,09
4.03.04.833	HEMOGLOBINA INSTABILIDADE A 37 GRAUS C	R\$ 5,75
4.03.04.841	HEMOGLOBINA. SOLUBILIDADE (HBS HBD)	R\$ 6,34
4.03.04.850	HEMOGLOBINA-TRIAGEM (EI.HB.. HEMOGLOB. FETAL. RETICULOCITOS. CORPOS DE H.. T. FALCIZACAO HEMASSEAS.	R\$ 31,63
4.03.04.868	ESTREPTOZYMA	R\$ 20,68
4.03.04.876	SULFO-HEMOGLOBINA. DETERMINACAO DA	R\$ 5,46
4.03.04.892	MIELOGRAMA	R\$ 55,46
4.03.04.906	Dimero D	R\$ 90,18
4.03.04.922	COAGULOGRAMA	R\$ 27,55

HEMATOLOGIA LABORATORIAL- CÓDIGO IPESAÚDE

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
0.91.25.0102	HEMOGRAMA COM CONTAGEM DE PLAQUETAS - MONITORAMENTO DO TRATAMENTO	R\$ 8,72
0.91.25.1010	COAGULOGRAMA - MONITORAMENTO DO TRATAMENTO	R\$ 24,79
0.91.12.0393	DIMERO D (CORNAVIRUS COVID 19)	R\$ 56,23

ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.03.05.015	1.25-DIHDROXI VITAMINA D	R\$ 59,62
4.03.05.040	17-CETOGENICOS (17-CGS)	R\$ 18,74
4.03.05.058	17-CETOGENICOS CROMATOGRAFIA	R\$ 26,04
4.03.05.066	17-CETOSTEROIDES (17-CTS) - CROMATOGRAFIA	R\$ 26,04
4.03.05.074	17-CETOSTEROIDES RELACAO ALFA/BETA	R\$ 18,74
4.03.05.082	17-CETOSTEROIDES TOTAIS (17-CTS)	R\$ 18,74
4.03.05.090	17-HIDROXIPREGNENOLONA	R\$ 122,26
4.03.05.112	ACIDO 5 HIDROXI INDOL ACETICO. DOSAGEM NA URINA	R\$ 26,04
4.03.05.120	ACIDO HOMO VANILICO	R\$ 26,04
4.03.05.163	AMP CICLICO	R\$ 26,43
4.03.05.210	CORTISOL LIVRE	R\$ 25,85
4.03.05.228	CURVA GLICEMICA (6 DOSAGENS)	R\$ 32,20
4.03.05.236	CURVA INSULINICA (6 DOSAGENS)	R\$ 128,03
4.03.05.279	DOSAGEM DE RECEPTOR DE PROGESTERONA OU DE ESTROGENIO	R\$ 210,26
4.03.05.287	ENZIMA CONVERSORA DA ANGIOTENSINA (ECA)	R\$ 59,62
4.03.05.295	ERITROPOIETINA	R\$ 59,62
4.03.05.341	GAD-AB-ANTIDECARBOXILASE DO ACIDO	R\$ 75,30
4.03.05.368	GLUCAGON. DOSAGEM	R\$ 44,91
4.03.05.384	HORMONIO ANTIDIURETICO (VASOPRESSINA)	R\$ 44,91
4.03.05.406	IGF BP3 (PROTEINA LIGADORA DOS FATORES DE CRESCIMENTO "INSULIN-LIKE")	R\$ 59,62
4.03.05.422	LEPTINA	R\$ 59,62
4.03.05.449	N-TELOPEPTIDEO	R\$ 75,30
4.03.05.465	PARATORMONIO - MOLECULA INTACTA	R\$ 75,30
4.03.05.490	PIRIDINOLINA	R\$ 59,62
4.03.05.503	PREGNANDIOL	R\$ 18,74
4.03.05.511	PREGNANTRIOL	R\$ 18,74
4.03.05.546	PROVA DO LH-RH. DOSAGEM DO FSH SEM FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO (CADA)	R\$ 52,16
4.03.05.554	PROVA DO LH-RH. DOSAGEM DO LH SEM FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO (CADA)	R\$ 52,16
4.03.05.562	PROVA DO TRH-HPR. DOSAGEM DO HPR SEM FORNECIMENTO DO MATERIAL (CADA)	R\$ 52,16
4.03.05.570	PROVA DO TRH-TSH. DOSAGEM DO TSH SEM FORNECIMENTO DO MATERIAL (CADA)	R\$ 51,05
4.03.05.589	PROVA PARA DIABETE INSIPIDO (RESTRICAO HIDRICA NA CL 3% VASOPRESSINA)	R\$ 75,30
4.03.05.597	ESTROGENIOS TOTAIS (FENOLESTEROIDES)	R\$ 20,18
4.03.05.600	IODO PROTEICO (PBI)	R\$ 22,65
4.03.05.619	LACTOGENICO PLACENTARIO HORMONIO	R\$ 59,62
4.03.05.627	PROVAS DE FUNCAO TIREOIDEANA (T3. T4. INDICES E TSH)	R\$ 67,82
4.03.05.635	SOMATOTROFICO CORIONICO (HCS OU PHL)	R\$ 59,62
4.03.05.740	11- DESOXCORTICOSTERONA	R\$ 67,93

ENDOCRINOLOGIA LABORATORIAL- CÓDIGO IPESAÚDE

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
0.91.12.0209	VITAMINA D-25 HIDROXI	R\$ 20,74
0.91.25.0412	VITAMINA D25-0H – MONITORAMENTO DO TRATAMENTO	R\$ 53,65

IMUNOLOGIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.03.06.011	ADENOVIRUS. IGG	R\$ 20,18
4.03.06.020	ADENOVIRUS. IGM	R\$ 27,75
4.03.06.038	AMEBIASE	R\$ 24,46
4.03.06.046	ANTICANDIDA - IGG E IGM (CADA)	R\$ 27,75
4.03.06.054	ANTI-ACTINA	R\$ 57,01
4.03.06.062	ANTI-DNA	R\$ 15,89
4.03.06.070	ANTI-JO1	R\$ 20,18
4.03.06.089	ANTI-LA/SSB	R\$ 20,18
4.03.06.097	ANTI-LKM-1	R\$ 32,11
4.03.06.100	ANTI-RNP	R\$ 20,18
4.03.06.119	ANTI-RO/SSA	R\$ 20,18
4.03.06.127	ANTI-SM	R\$ 20,18
4.03.06.135	ANTICARDIOLIPINA IGA	R\$ 27,75
4.03.06.143	ANTICARDIOLIPINA - IGG	R\$ 20,18
4.03.06.151	ANTICARDIOLIPINA - IGM	R\$ 27,75
4.03.06.160	ANTICENTROMERO	R\$ 13,20
4.03.06.178	ANTICORPO ANTI-DNASE B	R\$ 13,20
4.03.06.186	ANTICORPO ANTI-HORMÔNIO DO CRESCIMENTO	R\$ 244,33
4.03.06.194	ANTICORPO ANTIVIRUS DA HEPATITE E (TOTAL)	R\$ 37,09
4.03.06.208	ANTICORPOS ANTI-ILHOTA DE LANGHERANS	R\$ 32,11
4.03.06.216	ANTICORPOS ANTI-INFLUENZA A. IGG	R\$ 20,18
4.03.06.224	ANTICORPOS ANTI- INFLUENZA A . IGM	R\$ 27,75
4.03.06.232	ANTICORPOS ANT-INFLUENZA B. IGG	R\$ 20,18
4.03.06.240	ANTICORPOS ANTI-INFLUENZA B. IGM	R\$ 27,75
4.03.06.259	ANTICORPOS ANTIENDOMISIO - IGG. IGM. IGA (CADA)	R\$ 37,09
4.03.06.267	ANTICORPOS NATURAIS - ISOAGLUTININAS. PESQUISAS	R\$ 15,20
4.03.06.275	ANTICORPOS NATURAIS - ISOAGLUTININAS. TITULAGEM	R\$ 15,20
4.03.06.283	ANTICORTEX SUPRA-RENAL	R\$ 45,46
4.03.06.291	ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	R\$ 20,18
4.03.06.305	ANTIGLIADINA (GLUTEN) - IGA	R\$ 27,75
4.03.06.313	ANTIGLIADINA (GLUTEN) - IGG	R\$ 20,18
4.03.06.321	ANTIGLIADINA (GLÚTEN) IGM	R\$ 27,75
4.03.06.330	ANTIMEMBRANA BASAL	R\$ 27,75
4.03.06.348	ANTIMICROSSOMAL	R\$ 27,75
4.03.06.356	ANTIMITOCONDRIA	R\$ 15,89

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.03.06.364	ANTIMITOCONDRIA. M2	R\$ 24,46
4.03.06.372	ANTIMUSCULO CARDIACO	R\$ 20,18
4.03.06.380	ANTIMUSCULO ESTRIADO	R\$ 20,18
4.03.06.399	ANTIMUSCULO LISO	R\$ 20,18
4.03.06.402	ANTINEUTROFILOS (ANCA) C	R\$ 27,75
4.03.06.410	ANTINEUTROFILOS (ANCA) P	R\$ 27,75
4.03.06.429	ANTIPARIETAL	R\$ 20,18
4.03.06.437	ANTIPEROXIDASE TIREOIDEANA	R\$ 34,89
4.03.06.445	ASLO	R\$ 13,20
4.03.06.453	ASPERGILUS	R\$ 24,46
4.03.06.461	AVIDEZ DE IGG PARA TOXOPLASMOSE. CITOMEGALIA. RUBÉOLA. B E OUTROS. CADA....	R\$ 36,71
4.03.06.470	BETA-2-MICROGLOBULINA	R\$ 37,07
4.03.06.488	BIOTINIDASE ATIVIDADE DA. QUALITATIVO	R\$ 16,19
4.03.06.496	BLASTOMICOSE	R\$ 20,18
4.03.06.500	BRUCELA - IGG	R\$ 20,18
4.03.06.518	BRUCELA - IGM	R\$ 24,46
4.03.06.526	BRUCELA. PROVA RAPIDA	R\$ 8,03
4.03.06.534	C1Q	R\$ 37,09
4.03.06.542	C3 PROATIVADOR	R\$ 37,09
4.03.06.550	C3A (FATOR B)	R\$ 37,09
4.03.06.569	CA 50	R\$ 53,73
4.03.06.577	CA-242	R\$ 53,73
4.03.06.585	CA-27-29	R\$ 153,52
4.03.06.593	CAXUMBA. IGG	R\$ 53,73
4.03.06.607	CAXUMBA. IGM	R\$ 57,01
4.03.06.615	CHAGAS IGG	R\$ 20,18
4.03.06.623	CHAGAS IGM	R\$ 24,46
4.03.06.631	CHLAMYDIA - IGG	R\$ 24,46
4.03.06.640	CHLAMYDIA - IGM	R\$ 32,11
4.03.06.658	CISTICERCOSE. AC	R\$ 24,46
4.03.06.666	CITOMEGALOVIRUS IGG	R\$ 19,98
4.03.06.674	CITOMEGALOVIRUS IGM	R\$ 24,27
4.03.06.682	CLOSTRIDIUM DIFFICILE. TOXINA A	R\$ 27,75
4.03.06.690	COMPLEMENTO C2	R\$ 37,09
4.03.06.704	COMPLEMENTO C3	R\$ 15,70
4.03.06.712	COMPLEMENTO C4	R\$ 15,70
4.03.06.720	COMPLEMENTO C5	R\$ 37,09
4.03.06.739	COMPLEMENTO CH100	R\$ 15,89
4.03.06.747	COMPLEMENTO CH-50	R\$ 13,01
4.03.06.755	CRIO-AGLUTININA. GLOBULINA. DOSAGEM. CADA	R\$ 13,20
4.03.06.763	CRIO-AGLUTININA. GLOBULINA. PESQUISA. CADA	R\$ 8,03
4.03.06.771	CROSS MATCH (PROVA CRUZADA DE HISTOCOMPATIBILIDADE PARA TRANSPLANTE RENAL)	R\$ 69,54
4.03.06.780	CULTURA OU ESTIMULACAO DOS LINFOCITOS "IN VITRO" POR	R\$ 54,69

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
	CONCANAVALINA. PHA OU POKWEED	
4.03.06.798	DENGUE - IGG E IGM (CADA)	R\$ 32,11
4.03.06.801	ECHOVIRUS (PAINEL) SOROLOGIA PARA	R\$ 84,57
4.03.06.810	EQUINOCOLOSE	R\$ 13,01
4.03.06.828	EQUINOCOLOSE. IDR	R\$ 8,22
4.03.06.836	ESPOROTRICOSE	R\$ 13,01
4.03.06.844	ESPOROTRIQUINA. IDR	R\$ 8,22
4.03.06.852	FATOR ANTINUCLEO. (FAN)	R\$ 13,20
4.03.06.860	FATOR REUMATOIDE	R\$ 13,01
4.03.06.879	FILARIA SOROLOGIA	R\$ 20,18
4.03.06.887	GENOTIPAGEM DO SISTEMA HLA	R\$ 403,51
4.03.06.895	GIARDIA	R\$ 20,18
4.03.06.909	HELICOBACTER PYLORI - IGA	R\$ 140,94
4.03.06.917	HELICOBACTER PYLORI - IGG	R\$ 32,11
4.03.06.925	HELICOBACTER PYLORI - IGM	R\$ 37,09
4.03.06.933	HEPATITE A - HAV - IGG	R\$ 26,82
4.03.06.941	HEPATITE A - HAV - IGM	R\$ 32,53
4.03.06.950	HEPATITE B - HBCAC - IGG (ANTI-CORE IGG OU ACOREG)	R\$ 20,18
4.03.06.968	HEPATITE B - HBCAC - IGM (ANTI-CORE IGM OU ACOREM)	R\$ 24,46
4.03.06.976	HEPATITE B - HBEAC (ANTI HBE)	R\$ 20,18
4.03.06.984	HEPATITE B - HBEAG (ANTIGENO "E")	R\$ 20,18
4.03.06.992	HEPATITE B - HBSAC (ANTI-ANTIGENO DE SUPERFICIE)	R\$ 20,18
4.03.07.018	HEPATITE B - HBSAG (AU. ANTIGENO AUSTRALIA)	R\$ 29,03
4.03.07.026	HEPATITE C - ANTI-HCV	R\$ 27,75
4.03.07.034	HEPATITE C - ANTI-HCV - IGM	R\$ 37,09
4.03.07.042	HEPATITE C - IMUNOBLOT	R\$ 174,01
4.03.07.050	HEPATITE DELTA. ANTICORPO IGG	R\$ 45,46
4.03.07.069	HEPATITE DELTA. ANTICORPO IGM	R\$ 44,46
4.03.07.077	HEPATITE DELTA. ANTIGENO	R\$ 44,46
4.03.07.085	HERPES SIMPLES - IGG	R\$ 20,18
4.03.07.093	HERPES SIMPLES - IGM	R\$ 24,46
4.03.07.107	HERPES ZOSTER - IGG	R\$ 20,18
4.03.07.115	HERPES ZOSTER - IGM	R\$ 24,46
4.03.07.123	HIPERSENSIBILIDADE RETARDADA (INTRADERMO REACAO IDER) CANDIDINA. CAXUMBA. ESTREPTOQUINASE-DORNASE.	R\$ 8,22
4.03.07.131	HISTAMINA. DOSAGEM	R\$ 37,09
4.03.07.140	HISTONA	R\$ 77,89
4.03.07.158	HISTOPLASMOSE	R\$ 20,18
4.03.07.166	HIV - ANTIGENO P24	R\$ 54,69
4.03.07.174	HIV1 OU HIV2. PESQUISA DE ANTICORPOS	R\$ 32,11
4.03.07.182	HIV1+ HIV2. (DETERMINACAO CONJUNTA). PESQUISA DE ANTICORPOS	R\$ 37,09
4.03.07.190	HLA-DR	R\$ 243,42
4.03.07.204	HLA-DR+DQ	R\$ 261,95
4.03.07.212	HTLV1 OU HTLV2 PESQUISA DE ANTICORPO (CADA)	R\$ 45,46
4.03.07.220	IGA	R\$ 13,01

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.03.07.239	IGA NA SALIVA	R\$ 15,89
4.03.07.247	IGD	R\$ 27,75
4.03.07.255	IGE. GRUPO ESPECIFICO. (CADA)	R\$ 24,46
4.03.07.263	IGE. POR ALERGENO. (CADA)	R\$ 20,18
4.03.07.271	IGE. TOTAL	R\$ 22,65
4.03.07.280	IGG	R\$ 13,01
4.03.07.298	IGG. SUBCLASSES 1.2.3.4 (CADA)	R\$ 54,69
4.03.07.301	IGM	R\$ 13,01
4.03.07.310	IMUNOCOMPLEXOS CIRCULANTES	R\$ 24,46
4.03.07.328	IMUNOCOMPLEXOS CIRCULANTES. COM CELULAS RAJI	R\$ 27,75
4.03.07.336	IMUNOELETRÓFORESE (ESTUDO DA GAMOPATIA)	R\$ 137,86
4.03.07.344	INIBIDOR DE C1 ESTERASE	R\$ 27,75
4.03.07.352	ISOSPORA. PESQUISA DE ANTIGENO	R\$ 7,93
4.03.07.360	ITO (CANCRO MOLE). IDER	R\$ 8,22
4.03.07.379	KVEIM (SARCOIDOSE). IDER	R\$ 8,22
4.03.07.387	LEGIONELLA - IGG E IGM (CADA)	R\$ 57,01
4.03.07.395	LEISHMANIOSE - IGG E IGM (CADA)	R\$ 20,18
4.03.07.409	LEPTOSPIROSE - IGG	R\$ 24,46
4.03.07.417	LEPTOSPIROSE - IGM	R\$ 27,75
4.03.07.425	LEPTOSPIROSE. AGLUTINACAO	R\$ 20,18
4.03.07.433	LINFOCITOS T "HELPER" CONTAGEM DE (IF COM OKT-4) (CD-4+) CITOMETRIA DE FLUXO	R\$ 40,48
4.03.07.441	LINFOCITOS T SUPRESSORES CONTAGEM DE (IF COM OKT-8) (D-8) CITOMETRIA DE FLUXO	R\$ 40,48
4.03.07.450	LISTERIOSE	R\$ 20,18
4.03.07.468	LYME - IGG	R\$ 37,09
4.03.07.476	LYME - IGM	R\$ 37,09
4.03.07.484	MALARIA - IGG	R\$ 20,18
4.03.07.492	MALARIA - IGM	R\$ 24,46
4.03.07.506	MANTOUX. IDER	R\$ 8,22
4.03.07.514	MCA (ANTIGENO CARCINO-MAMARIO)	R\$ 37,09
4.03.07.522	MICOPLASMA PNEUMONIAE - IGG	R\$ 45,46
4.03.07.530	MICOPLASMA PNEUMONIAE - IGM	R\$ 54,69
4.03.07.549	MITSUDA. IDER	R\$ 8,22
4.03.07.557	MONONUCLEOSE	R\$ 13,20
4.03.07.565	MONONUCLEOSE - EPSTEIN BARR - IGG	R\$ 20,18
4.03.07.573	MONONUCLEOSE. ANTI-VCA (EBV) IGG	R\$ 24,46
4.03.07.581	MONONUCLEOSE. ANTI-VCA (EBV) IGM	R\$ 27,75
4.03.07.590	MONTENEGRO. IDER	R\$ 8,22
4.03.07.603	OUTROS TESTES BIOQUÍMICOS PARA DETERMINAÇÃO DO RISCO FETAL (CADA)	R\$ 74,43
4.03.07.611	PARVOVIRUS - IGG. IGM (CADA)	R\$ 63,35
4.03.07.620	PEPTÍDIO INTESTINAL VASOATIVO. DOSAGEM...	R\$ 435,96
4.03.07.638	PPD (TUBERCULINA). IDER	R\$ 8,22
4.03.07.646	PROTEÍNA C REATIVA	R\$ 13,01
4.03.07.654	PROTEÍNA C. TESTE IMUNOLÓGICO	R\$ 238,35

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.03.07.662	PROTEINA EOSINOFILICA CATIONICA (ECP)	R\$ 130,20
4.03.07.670	PSITACOSE	R\$ 57,01
4.03.07.689	REACAO SOROLOGICA PARA COXSACKIE. NEUTRALIZACAO IGG	R\$ 77,89
4.03.07.697	RUBEOLA - ANTICORPOS IGG	R\$ 19,98
4.03.07.700	RUBEOLA - ANTICORPOS IGM	R\$ 24,27
4.03.07.719	SCHISTOSOMOSE - IGG	R\$ 13,01
4.03.07.727	SCHISTOSOMOSE - IGM	R\$ 15,89
4.03.07.735	SIFILIS - FTA-ABS-IGG	R\$ 13,01
4.03.07.743	SIFILIS - FTA-ABS-IGM	R\$ 15,89
4.03.07.751	SIFILIS - TPHA	R\$ 13,01
4.03.07.760	SIFILIS - VDRL	R\$ 8,22
4.03.07.778	TESTE DE INIBICAO DA MIGRACAO DOS LINFOCITOS (PARA CADA ANTIGENO)	R\$ 36,10
4.03.07.786	TESTE RESPIRATORIO PARA H. PYLORI	R\$ 76,30
4.03.07.794	TOXOCARA CANNIS - IGG	R\$ 20,18
4.03.07.808	TOXOCARA CANNIS - IGM	R\$ 24,46
4.03.07.816	TOXOPLASMINA. IDER	R\$ 8,22
4.03.07.824	TOXOPLASMOSE IGG	R\$ 19,98
4.03.07.832	TOXOPLASMOSE IGM	R\$ 24,27
4.03.07.840	UREASE. TESTE RAPIDO PARA HELICOBACTER PYLORI	R\$ 7,93
4.03.07.859	VIRUS SINCIAL RESPIRATORIO - ELISA - IGG	R\$ 45,46
4.03.07.867	WAALER-ROSE (FATOR REUMATOIDE)	R\$ 8,22
4.03.07.875	WESTERN BLOT (ANTICORPOS ANTI-HIV)	R\$ 175,71
4.03.07.883	WESTERN BLOT(ANTI-HTVI OU HTLVII) (CADA)	R\$ 175,71
4.03.07.891	WIDAL. REACAO DE	R\$ 8,22
4.03.07.905	ALERGENOS-PERFIL ANTIGENICO (PAINEL C/ 36 ANTIGENOS)	R\$ 717,73
4.03.07.913	ANTI-DMP	R\$ 20,18
4.03.07.921	ANTI-HIALURONIDASE. DETERMINACAO DA	R\$ 67,23
4.03.07.930	ANTIDESOXIRIBONUCLEASE B. NEUTRALIZACAO QUANTITATIVA	R\$ 46,98
4.03.07.948	ANTIFIGADO (GLOMERULO. TUB. RENAL. CORTE RIM DE RATO). IFI	R\$ 94,67
4.03.07.956	ANTIGENOS METILICOS SOLUVEIS DO BCG (1 APLICACAO)	R\$ 16,82
4.03.07.964	CHAGAS	R\$ 44,38
4.03.07.972	CHAGAS (MACHADO GUERREIRO)	R\$ 20,18
4.03.07.980	CHAGAS - TOTAL	R\$ 44,38
4.03.07.999	COMPLEMENTO C3. C4 - TURBID. OU NEFOLOMETRICO C3A	R\$ 31,34
4.03.08.014	CRIOGLOBOLINAS. CARACTERIZACAO - IMUNOELETROFORESE	R\$ 20,18
4.03.08.022	DNCB - TESTE DE CONTATO	R\$ 36,79
4.03.08.030	FATOR REUMATOIDE. TESTE DO LATEX	R\$ 13,01
4.03.08.049	FREI (LINFOGRANULOMA VENEREO). IDER	R\$ 8,22
4.03.08.057	GONOCOCO	R\$ 24,46
4.03.08.065	GONOCOCO - HEMAGLUTINACAO (HA)	R\$ 24,46
4.03.08.073	HEBATITE C ANTÍGENO HCV- PCR	R\$ 333,26
4.03.08.081	HIDATIDOSE (EQUINOCOCOSE) IDI DUPLA	R\$ 24,46
4.03.08.090	NBT ESTIMULADO	R\$ 36,41
4.03.08.103	RUBEOLA	R\$ 44,19

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.03.08.111	SARAMPO	R\$ 44,38
4.03.08.120	SARAMPO - ANTICORPOS IGG	R\$ 20,18
4.03.08.138	SARAMPO - ANTICORPOS IGM	R\$ 24,46
4.03.08.146	TOXOPLASMOSE	R\$ 44,19
4.03.08.154	TOXOPLASMOSE - IGA	R\$ 24,46
4.03.08.162	VARICELA. IGG	R\$ 53,73
4.03.08.170	VARICELA. IGM	R\$ 57,01
4.03.08.189	VARICELA. PARA	R\$ 110,10
4.03.08.197	VIRUS (SINCICIAL. RESPIRATORIO) PESQUISA DIRETA	R\$ 45,46
4.03.08.200	WEIL FELIX (RICKETSIOSE). REACAO DE AGLUTINACAO	R\$ 8,22

IMUNOLOGIA – CÓDIGO IPESAÚDE

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
0.91.25.0560	HEPATITE B-HBSAC - MONITORAMENTO DO TRATAMENTO	R\$ 18,16
0.91.25.0579	HEPATITE C - ANTIHCV - MONITORAMENTO DO TRATAMENTO	R\$ 24,97
0.91.25.0595	HEPATITE B - HBSAG - MONITORAMENTO DO TRATAMENTO	R\$ 26,12
0.91.25.0609	HIV1+HIV2 - MONITORAMENTO DO TRATAMENTO	R\$ 33,38
0.91.12.0391	SARS-COV-2 (CORONAVÍRUS COVID-19) - SOROLOGIA	R\$ 270,00
0.91.12.0394	SARS-COV-2 (CORONAVÍRUS COVID-19)- RT-PCR	R\$ 270,00

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

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.03.09.010	ADENOSINA DE AMINASE (ADA)	R\$ 51,40
4.03.09.029	BIOQUIMICA ICR (PROTEINAS + PANDY + GLICOSE + CLORO)	R\$ 13,20
4.03.09.037	CELULAS. CONTAGEM TOTAL E ESPECIFICA	R\$ 8,73
4.03.09.045	CELULAS. PESQUISA DE CELULAS NEOPLASICAS (CITOLOGIA ONCOTICA)	R\$ 39,09
4.03.09.053	CRIOCOCOSE. CANDIDA. ASPERGILUS (LATEX)	R\$ 20,18
4.03.09.061	ELETOFORESE DE PROTEINAS NO LIQUOR. COM CONCENTRACAO	R\$ 25,16
4.03.09.070	H. INFLUENZAE. S. PNEUMONIAE. N. MENINGITIDIS A. B E C W135 (CADA)	R\$ 25,16
4.03.09.088	HAEMOPHILUS INFLUENZAE - PESQUISA DE ANTICORPOS (CADA)	R\$ 25,16
4.03.09.096	INDICE DE IMUNOPRODUCAO (ELETOF. E IGG EM SORO E LIQUOR)	R\$ 25,16
4.03.09.100	LCR AMBULATORIAL ROTINA (ASPECTOS COR + INDICE DE COR + CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE LEUCOCITOS)	R\$ 97,81
4.03.09.118	LCR HOSPITALAR NEUROLOGIA (ASPECTOS COR + INDICES DE COR + CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE LEUCOCIT)	R\$ 129,29
4.03.09.126	LCR PRONTO SOCORRO (ASPECTOS COR + INDICE DE COR + CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE LEUCOCITOS)	R\$ 97,81
4.03.09.134	PESQUISA DE BANDAS OLIGOCLONAIIS POR ISOFOCALIZACAO	R\$ 178,99
4.03.09.142	PROTEINA MIELINA BASICA. ANTICORPO ANTI	R\$ 97,81
4.03.09.150	PUNCAO CISTERNAL SUBOCCIPTAL COM MANOMETRIA PARA COLETA DE LIQUIDO CEFALORRAQUEANO	R\$ 82,81
4.03.09.169	PUNCAO LOMBAR COM MANOMETRIA PARA COLETA DE LIQUIDO CEFALORRAQUEANO	R\$ 76,40
4.03.09.177	NONNE-APPLE. REACAO	R\$ 5,75

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.03.09.185	TAKATA-ARA. REACAO	R\$ 5,75
4.03.09.304	ANTICORPO ANTIESPERMATOZOIDE	R\$ 24,46
4.03.09.312	ESPERMOGRAMA (CARACTERES FISICOS. PH. FLUDIFICACAO. MOTILIDADE. VITALIDADE. CONTAGEM E MORFOLOGIA)	R\$ 35,80
4.03.09.320	ESPERMOGRAMA E TESTE DE PENETRACAO "IN VITRO". VELOCIDADE PENETRACAO VERTICAL. COLOCACAO VITAL. TES	R\$ 35,80
4.03.09.401	CLEMENTS. TESTE	R\$ 4,35
4.03.09.410	ESPECTROFOTOMETRIA DE LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 4,35
4.03.09.428	FOSFOLIPIDIOS (RELACAO LECITINA/ESFINGOMIELINA)	R\$ 16,19
4.03.09.436	MATURIDADE PULMONAR FETAL	R\$ 36,79
4.03.09.444	ROTINA DO LIQUIDO AMNIOTICO-AMNIOGRAMA (CITOLOGICO ESPECTROFOTOMETRIA. CREATININA E TESTE DE CLEMENT	R\$ 23,85
4.03.09.509	CRISTAIS COM LUZ POLARIZADA. PESQUISA	R\$ 9,22
4.03.09.517	RAGOCITOS. PESQUISA	R\$ 4,54
4.03.09.525	ROTINA LIQUIDO SINOVIAl - CARACTERES FISICOS. CITOLOGIA. PROTEINAS. ACIDO URICO. LATEX P/ F.R.. BACT	R\$ 23,85

LÍQUIDOS (CEFALORRAQUIDIANO (LÍQUOR), SEMINAL, AMNIÓTICO, SINOVIAl E OUTROS)- CÓDIGO IPESAÚDE

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
0.92.17.1915	PUNÇÃO LOMBAR COM MANOMETRIA PARA COLETA DO LÍQUIDO CEFALORRAQUEANO (NÃO ENCONTREI PREÇO NO Benner mas esta em aditivo da unitmed)	R\$ 150,00

MICROBIOLOGIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.03.10.019	A FRESCO. EXAME	R\$ 7,93
4.03.10.027	ANTIBIOGRAMA (TESTE SENSIBILIDADE A ANTIBIOTICOS E QUIMIOTERAPICOS). POR BACTERIA	R\$ 28,13
4.03.10.035	ANTIBIOGRAMA P/ BACILOS ALCOOL-RESISTENTES - DROGAS DE 2 LINHAS	R\$ 35,80
4.03.10.043	ANTIGENOS FUNGICOS. PESQUISA	R\$ 28,13
4.03.10.051	B.A.A.R. (ZIEHL OU FLUORESCENCIA. PESQUISA DIRETA E APOS HOMOGENEIZACAO)	R\$ 7,93
4.03.10.060	BACTERIOSCOPIA (GRAM. ZIEHL. ALBERT ETC). POR LAMINA	R\$ 7,93
4.03.10.078	CHLAMYDIA. CULTURA	R\$ 35,80
4.03.10.086	COLERA - IDENTIFICACAO (SOROTIPAGEM INCLUIDA)	R\$ 45,06
4.03.10.094	CORPUSCULOS DE DONOVANI. PESQUISA DIRETA DE	R\$ 7,93
4.03.10.108	CRIPTOCOCO (TINTA DA CHINA) PESQUISA DE	R\$ 7,93
4.03.10.116	CRIPTOSPORIDIUM. PESQUISA	R\$ 7,93
4.03.10.124	CULTURA BACTERIANA (EM DIVERSOS MATERIAIS BIOLOGICOS)	R\$ 25,14
4.03.10.132	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	R\$ 35,80
4.03.10.140	CULTURA PARA FUNGOS	R\$ 23,13
4.03.10.159	CULTURA PARA MYCOBACTERIUM	R\$ 23,13
4.03.10.167	CULTURA QUANTITATIVA DE SECRECOES PULMONARES. QUANDO NECESSITAR TRATAMENTO PREVIO C/ N.C.A.	R\$ 35,80
4.03.10.175	CULTURA. FEZES: SALMONELA. SHIGELLA E ESC. COLI ENTEROPATOGENICAS.	R\$ 37,09

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
	ENTEROINVASORA (SOROL. INCLUIDA)	
4.03.10.183	CULTURA. FEZES: SALMONELLA. SHIGELLA E ESCHERICHIA COLI ENTEROPATOGENICAS (SOROLOGIA INCLUIDA)	R\$ 35,80
4.03.10.191	CULTURA. HERPESVIRUS OU OUTRO	R\$ 64,65
4.03.10.205	CULTURA. MICOPLASMA OU UREAPLASMA	R\$ 35,80
4.03.10.213	CULTURA. URINA COM CONTAGEM DE COLONIAS	R\$ 20,18
4.03.10.221	ESTREPTOCOCOS - A. TESTE RAPIDO	R\$ 20,18
4.03.10.230	FUNGOS. PESQUISA DE (A FRESCO LACTOFENOL. TINTA DA CHINA)	R\$ 7,93
4.03.10.248	HEMOCULTURA (POR AMOSTRA)	R\$ 25,14
4.03.10.256	HEMOCULTURA AUTOMATIZADA (POR AMOSTRA)	R\$ 35,80
4.03.10.264	HEMOCULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBIAS (POR AMOSTRA)	R\$ 35,80
4.03.10.272	HEMOPHILUS (BORDETELLA) PERTUSSIS	R\$ 57,01
4.03.10.280	HANSEN. PESQUISA DE (POR MATERIAL)	R\$ 7,93
4.03.10.299	LEPTOSPIRA (CAMPO ESCURO APOS CONCENTRACAO) PESQUISA	R\$ 7,93
4.03.10.302	MYCOBACTERIA - TESTE DE SENSIBILIDADE A DROGAS MIC. POR DROGA TESTADA	R\$ 64,65
4.03.10.310	PARACOCCIDIOIDES. PESQUISA DE	R\$ 7,93
4.03.10.329	PNEUMOCYISTI CARINII. PESQUISA POR COLORACAO ESPECIAL	R\$ 20,18
4.03.10.337	ROTAVIRUS. PESQUISA. ELISA	R\$ 20,18
4.03.10.345	TREPONEMA (CAMPO ESCURO)	R\$ 7,93
4.03.10.353	VACINA AUTOGENA	R\$ 44,73
4.03.10.370	MICROSPORIDIA. PESQUISA NAS FEZES	R\$ 7,93
4.03.10.388	SARCOPTES SCABEL. PESQUISA	R\$ 4,94
4.03.10.396	CHLAMYDIA - PCR. AMPLIFICACAO DE DNA	R\$ 333,26
4.03.10.400	CULTURA AUTOMATIZADA	R\$ 55,72

URINALISE

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.03.11.015	ACIDO CITRICO	R\$ 23,85
4.03.11.023	ACIDO HOMOGENTISICO	R\$ 11,91
4.03.11.031	ALCAPTONURIA. PESQUISA	R\$ 6,74
4.03.11.040	CALCULOS URINARIOS	R\$ 16,19
4.03.11.058	CATECOLAMINAS FRACIONADAS - DOPAMINA. EPINEFRINA. NOREPINEFRINA (CADA)	R\$ 23,85
4.03.11.066	CISTINURIA. PESQUISA	R\$ 9,22
4.03.11.074	COPROPORFIRINA III	R\$ 16,19
4.03.11.082	CORPOS CETONICOS. PESQUISA	R\$ 5,04
4.03.11.090	CROMATOGRAFIA DE ACUCARES	R\$ 32,13
4.03.11.104	DISMORFISMO ERITROCITARIO. PESQUISA (CONTRASTE DE FASE)	R\$ 9,22
4.03.11.112	ERROS INATOS DO METABOLISMO BATERIAS DE TESTES QUIMICOS DE TRIAGEM EM URINA (MINIMO DE 6 TESTES)	R\$ 53,15
4.03.11.120	FRUTOSURIA. PESQUISA	R\$ 6,74
4.03.11.139	GALACTOSURIA. PESQUISA	R\$ 6,74
4.03.11.147	LIPOIDES. PESQUISA	R\$ 5,24
4.03.11.155	MELANINA. PESQUISA	R\$ 6,74

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.03.11.163	METANEFRIAS URINARIAS. DOSAGEM	R\$ 36,79
4.03.11.171	MICROALBUMINURIA	R\$ 20,16
4.03.11.180	PESQUISA OU DOSAGEM DE UM COMPONENTE URINARIO	R\$ 5,24
4.03.11.198	PORFIBILINOGENIO. PESQUISA	R\$ 5,24
4.03.11.201	PROTEINAS DE BENGE JONES. PESQUISA	R\$ 9,22
4.03.11.210	ROTINA DE URINA (CARACTERES FISICOS. ELEMENTOS ANORMAIS E SEDIMENTOSCOPIA)	R\$ 9,22
4.03.11.228	UROPORFIRINAS. DOSAGEM	R\$ 5,04
4.03.11.236	2.5-HEXANODIANA. DOSAGEM NA URINA	R\$ 29,62
4.03.11.244	CISTINA	R\$ 36,79
4.03.11.252	PORFOBILINOGENIO	R\$ 23,85
4.03.11.260	ACIDEZ TITULAVEL	R\$ 5,44
4.03.11.279	BARBITURATOS PESQUISA	R\$ 36,79
4.03.11.287	BETA MERCAPTO-LACTATO-DISULFIDURIA. PESQUISA	R\$ 5,44
4.03.11.295	CONTAGEM SEDIMENTAR DE ADDIS	R\$ 10,09
4.03.11.309	ELETROFORESE DE PROTEINAS URINARIAS. COM CONCENTRACAO	R\$ 25,16
4.03.11.317	FENILCETONURIA. PESQUISA	R\$ 5,44
4.03.11.325	HISTIDINA. PESQUISA	R\$ 5,29
4.03.11.333	INCLUSAO CITOMEGALICA. PESQUISA DE CELULAS COM	R\$ 39,09
4.03.11.341	MIOGLOBINA. PESQUISA	R\$ 36,79
4.03.11.350	OSMOLALIDADE. DETERMINACAO	R\$ 11,68
4.03.11.368	PROVA DE CONCENTRACAO (FISHBERG OU VOLHARD)	R\$ 5,29
4.03.11.376	PROVA DE DILUICAO	R\$ 5,44
4.03.11.384	SOBRECARGA DE AGUA. PROVA	R\$ 6,34
4.03.11.392	TIROSINOSE. PESQUISA	R\$ 5,29

DIVERSOS

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.03.12.011	CRISTALIZAÇÃO DO MUCO CERVICAL. PESQUISA	R\$ 7,93
4.03.12.020	CROMATINA SEXUAL. PESQUISA	R\$ 8,92
4.03.12.046	IONTOFORESE PARA A COLETA DE SUOR. COM DOSAGEM DE CLORO	R\$ 36,79
4.03.12.054	MUCO-NASAL. PESQUISA DE EOSINOFILOS E MASTOCITOS	R\$ 8,92
4.03.12.062	PERFIL METABOLICO P/ LITIASE RENAL: SANGUE (CA. P. AU. CR) URINA: (CA. AU. P. CITR. PESQ. CISTIN	R\$ 74,43
4.03.12.070	GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL PARA 60' E 4 AMOSTRAS APOS O ESTIMULO (FORNECIMENTO DE MATERIAL. I	R\$ 32,40
4.03.12.089	HOLLANDER (INCLUSIVE TUBAGEM) TESTE	R\$ 33,29
4.03.12.097	PANCREOZIMA - SECRETINA NO SUCO DUODENAL. TESTE	R\$ 31,52
4.03.12.100	ROTINA DA BILES A. B. C E DO SUCO DUODENAL (CARACTERES FISICOS E MICROSCOPICOS. INCLUSIVE TUBAGEM)	R\$ 33,73
4.03.12.119	TUBAGEM DUODENAL	R\$ 16,82
4.03.12.127	PERFIL REUMATOLOGICO (ACIDO URICO. ELETROFORESE DE PROTEINAS. FAN. VHS. PROVA DO LATEX. P/F.R. W.ROS	R\$ 84,20
4.03.12.135	PH-TORNASSOL	R\$ 11,68
4.03.12.143	PROVA ATIVIDADE DE FEBRE REUMATICA (ASLO. ELETROFORESE DE PROTEINAS. MUCO-PROTEINAS E PROTEINA "C" R	R\$ 70,79

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.03.12.151	PROVAS DE FUNCAO HEPATICA (BILIRRUBINAS. ELETROFORESE DE PROTEINAS. FA. TGO. TGP. GAMA-GT)	R\$ 56,32

TOXICOLOGIA/ MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.03.13.018	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO (PARA CHUMBO INORGANICO)	R\$ 11,91
4.03.13.026	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO DESIDRATASE (PARA CHUMBO INORGANICO)	R\$ 18,87
4.03.13.034	ACIDO FENILGLIOXILICO (PARA ESTIRENO)	R\$ 18,87
4.03.13.042	ACIDO HIPURICO (PARA TOLUENO)	R\$ 16,19
4.03.13.050	ACIDO MANDELICO (PARA ESTIRENO)	R\$ 16,19
4.03.13.069	ACIDO METILHIPURICO (PARA XILENOS)	R\$ 18,87
4.03.13.077	ACIDO SALICILICO	R\$ 23,85
4.03.13.085	AZIDA SODICA. TESTE DA (PARA DEISSULFETO DE CARBONO)	R\$ 11,91
4.03.13.093	CARBOXIHEMOGLOBINA (PARA MONOXIDO DE CARBONO DICLOROMETANO)	R\$ 10,22
4.03.13.107	CHUMBO	R\$ 30,82
4.03.13.115	COLINESTERASE (PARA CARBAMATOS ORGANOFOSFORADOS)	R\$ 10,22
4.03.13.123	COPROPORFIRINAS (PARA CHUMBO INORGANICO)	R\$ 16,19
4.03.13.131	DIALDEIDO MALONICO	R\$ 26,54
4.03.13.140	ETANOL	R\$ 23,85
4.03.13.158	FENOL (PARA BENZENO. FENOL)	R\$ 18,87
4.03.13.166	FLUOR (PARA FLUORETOS)	R\$ 16,19
4.03.13.174	FORMOLDEIDO	R\$ 23,85
4.03.13.182	META-HEMOGLOBINA (PARA ANILINA NITROBENZENO)	R\$ 10,22
4.03.13.190	METAIS AL. AS. CD. CR. MN. HG. NI. ZN. CO. OUTRO (S) ABSORCAO ATOMICA (CADA)	R\$ 30,82
4.03.13.204	METANOL	R\$ 18,87
4.03.13.212	P-AMINOFENOL (PARA ANILINA)	R\$ 18,48
4.03.13.220	P-NITROFENOL (PARA NITROBENZENO)	R\$ 16,19
4.03.13.239	PROTOPORFIRINAS LIVRES (PARA CHUMBO INORGANICO)	R\$ 16,19
4.03.13.247	PROTOPORFIRINAS ZN (PARA CHUMBO INORGANICO)	R\$ 16,19
4.03.13.255	SELÊNIO. DOSAGEM	R\$ 26,54
4.03.13.263	SULFATOS ORGANICOS OU INORGANICOS. PESQUISA (CADA)	R\$ 8,22
4.03.13.271	TIOCIANATO (PARA CIANETOS NITRILAS ALIFATICAS)	R\$ 23,85
4.03.13.280	TRICLOROCOMPOSTOS TOTAIS (PARA TETRACLOROETILENO. TRICLOROETANO. TRICLOROETILENO)	R\$ 18,87
4.03.13.298	ÁCIDO ACETÍCO	R\$ 23,27
4.03.13.301	ÁCIDO METIL MALÔNICO	R\$ 334,47
4.03.13.310	CROMO	R\$ 36,79
4.03.13.328	ZINCO	R\$ 36,79
4.03.13.336	SALICILATOS. PESQUISA	R\$ 11,57

BIOLOGIA MOLECULAR

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.03.14.014	APOLIPOPROTEÍNA E. GENOTIPAGEM	R\$ 243,42
4.03.14.022	CITOMEGALOVIRUS - QUALITATIVO. POR PCR	R\$ 200,60
4.03.14.030	CITOMEGALOVIRUS - QUANTITATIVO. POR PCR	R\$ 280,97
4.03.14.049	CROMOSSOMO PHILADELFIA	R\$ 333,26
4.03.14.057	FATOR V DE LAYDEN POR PCR	R\$ 283,56
4.03.14.065	FIBROSE CISTICA. PESQUISA DE UMA MUTACAO	R\$ 200,60
4.03.14.073	HEPATITE B (QUALITATIVO) PCR	R\$ 120,02
4.03.14.081	HEPATITE B (QUANTITATIVO) PCR	R\$ 283,56
4.03.14.090	HEPATITE C (QUALITATIVO) POR PCR	R\$ 120,02
4.03.14.103	HEPATITE C (QUANTITATIVO) POR PCR	R\$ 333,26
4.03.14.111	HEPATITE C - GENOTIPAGEM	R\$ 616,82
4.03.14.120	HIV - CARGA VIRAL PCR	R\$ 333,26
4.03.14.138	HIV - QUALITATIVO POR PCR	R\$ 120,02
4.03.14.146	HIV. GENOTIPAGEM	R\$ 666,52
4.03.14.154	HPV (VIRUS DO PAPILOMA HUMANO) + SUBTIPAGEM QUANDO NECESSARIO PCR	R\$ 368,03
4.03.14.162	HTLV I / II POR PCR (CADA)	R\$ 333,26
4.03.14.170	MYCOBACTERIA PCR	R\$ 120,02
4.03.14.189	PARVOVIRUS POR PCR	R\$ 406,87
4.03.14.197	PROTEÍNA S TOTAL+LIVRE. DOSAGEM	R\$ 193,93
4.03.14.200	RUBEOLA POR PCR	R\$ 406,87
4.03.14.219	SIFILIS POR PCR	R\$ 243,42
4.03.14.227	TOXOPLASMOSE POR PCR	R\$ 243,42
4.03.14.235	X FRAGIL POR PCR	R\$ 348,81

TRANSFUSÃO

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.04.01.014	TRANSFUSAO (ATO MEDICO AMBULATORIAL DE RESPONSABILIDADE)	R\$ 16,00
4.04.01.022	TRANSFUSAO (ATO MEDICO DE ACOMPANHAMENTO)	R\$ 80,00
4.04.01.030	TRANSFUSAO (ATO MEDICO HOSPITALAR DE RESPONSABILIDADE)	R\$ 4,00

PROCESSAMENTO

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.04.02.037	SANGRIA TERAPEUTICA	R\$ 17,25
4.04.02.045	UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMACIAS	R\$ 40,43
4.04.02.053	UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMACIAS LAVADAS	R\$ 50,16
4.04.02.070	UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS RANDOMICAS	R\$ 34,02
4.04.02.088	UNIDADE DE CRIOPRECIPITADO DE FATOR ANTI-HEMOFILICO	R\$ 30,98
4.04.02.096	UNIDADE DE PLASMA	R\$ 29,81
4.04.02.118	DELEUCOTIZACAO DE UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMACIAS - POR UNIDADE	R\$ 118,87
4.04.02.126	DELEUCOTIZACAO DE UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS - ATE 6 UNIDADES	R\$ 139,57

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.04.02.134	IRRADIAÇÃO DE COMPONENTES HEMOTERÁPICOS	R\$ 21,65
4.04.02.142	DELEUCOTIZACAO DE UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS - ENTRE 7 E 12 UNIDADES	R\$ 139,57

PROCEDIMENTOS

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.04.03.025	ANTICORPOS ERITROCITARIOS NATURAIS E IMUNES - TITULAGEM	R\$ 11,37
4.04.03.068	COLETA DE BIOPSIA DE MEDULA OSSEA POR AGULHA	R\$ 132,64
4.04.03.084	DETERMINACAO DE CELULAS CD34 POSITIVAS - CITOMETRO DE FLUXO	R\$ 64,79
4.04.03.092	DETERMINACAO DE CONTEUDO DE DNA - CITOMETRO DE FLUXO	R\$ 136,27
4.04.03.106	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	R\$ 4,40
4.04.03.114	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA POR UNIDADE DE SANGUE TOTAL	R\$ 6,06
4.04.03.122	EXSANGUINEO TRANSFUSAO	R\$ 80,00
4.04.03.130	FENOTIPAGEM DE OUTROS SISTEMAS ERITROCITÁRIOS – POR FENÓTIPO	R\$ 12,96
4.04.03.165	FENOTIPAGEM DO SISTEMA RH-HR (D,C,E,C,E)	R\$ 30,83
4.04.03.173	GRUPO SANGUINEO ABO E RH	R\$ 6,82
4.04.03.181	GRUPO SANGUÍNEO ABO E RH - GEL TESTE	R\$ 23,65
4.04.03.190	IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES ANTIERITROCITARIOS - METODO DE ELUICAO	R\$ 33,80
4.04.03.203	IDENTIFICAÇÃO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES ANTIERITROCITARIOS – PAINEL DE HEMÁCIAS ENZIMÁTICOS	R\$ 38,35
4.04.03.211	IDENTIFICAÇÃO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES ANTIERITROCITARIOS – PAINEL DE HEMÁCIAS	R\$ 31,86
4.04.03.220	IDENTIFICAÇÃO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES ANTIERITROCITARIOS – PAINEL DE HEMÁCIAS TRATADAS POR ENZIMAS	R\$ 32,14
4.04.03.246	IMUNOFENOTIPAGEM DE SUBPOPULACOES LINFOCITARIAS - CITOMETRO DE FLUXO	R\$ 146,00
4.04.03.254	IMUNOFENOTIPAGEM PARA CLASSIFICACAO DE LEUCEMIAS - CITOMETRO DE FLUXO	R\$ 377,63
4.04.03.262	NAT/HCV POR COMPONENTES HEMOTERÁPICO	R\$ 82,30
4.04.03.289	NAT/HIV POR COMPONENTES HEMOTERÁPICO	R\$ 82,30
4.04.03.327	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS ANTIERITROCITARIOS, ANTI-A E/OU ANTI-B GEL TEST	R\$ 10,47
4.04.03.335	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS ANTIERITROCITÁRIOS , ANTI-E E/OU ANTI-B	R\$ 3,23
4.04.03.343	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES ANTIERITROCITARIOS	R\$ 10,75
4.04.03.351	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES ANTIERITROCITARIOS - GEL TESTE	R\$ 12,41
4.04.03.360	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES ANTIERITROCITARIOS - METODO DE ELUICAO	R\$ 21,79
4.04.03.378	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES ANTIERITROCITARIOS A FRIO	R\$ 5,92
4.04.03.386	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO – POR GEL TESTE	R\$ 16,96
4.04.03.394	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S POR UNIDADE DE SANGUE TOTAL – POR GEL TESTE	R\$ 24,07
4.04.03.408	PROVA DE COMPATIBILIDADE PRE-TRANSFUSIONAL COMPLETA	R\$ 7,09
4.04.03.416	PROVA DE COMPATIBILIDADE PRÉ-TRANSFUSIONAL COMPLETA GEL TESTE	R\$ 21,17
4.04.03.424	S. ANTI-HTLV-I + HTLV-II (DETERMINACAO CONJUNTA) POR COMPONENTE	R\$ 21,17

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
	HEMOTERAPICO	
4.04.03.432	S. ANTI-HTLV-I + HTLV-II (DETERMINACAO CONJUNTA) POR UNIDADE DE SANGUE TOTAL	R\$ 30,07
4.04.03.440	S. CHAGAS EIE POR COMPONENTE HEMOTERAPICO	R\$ 10,06
4.04.03.459	S. CHAGAS EIE POR UNIDADE DE SANGUE TOTAL	R\$ 14,20
4.04.03.467	S. HEPATITE B ANTI-HBC POR COMPONENTE HEMOTERAPICO	R\$ 9,78
4.04.03.475	S. HEPATITE B ANTI-HBC POR UNIDADE DE SANGUE TOTAL	R\$ 14,41
4.04.03.483	S. HEPATITE C ANTI-HCV POR COMPONENTE HEMOTERAPICO	R\$ 21,58
4.04.03.491	S. HEPATITE C ANTI-HCV POR UNIDADE DE SANGUE TOTAL	R\$ 30,62
4.04.03.505	S. HIV - EIE POR COMPONENTE HEMOTERAPICO	R\$ 20,07
4.04.03.513	S. HIV - EIE POR UNIDADE DE SANGUE TOTAL	R\$ 25,24
4.04.03.521	S. MALARIA - IFI POR COMPONENTE HEMOTERAPICO	R\$ 5,51
4.04.03.530	S. MALARIA - IFI POR UNIDADE DE SANGUE TOTAL	R\$ 10,75
4.04.03.548	S. SIFILIS - EIE POR COMPONENTE HEMOTERAPICO	R\$ 10,13
4.04.03.556	S. SIFILIS - EIE POR UNIDADE DE SANGUE TOTAL	R\$ 14,27
4.04.03.564	S. SIFILIS FTA - ABS POR COMPONENTE HEMOTERAPICO	R\$ 8,61
4.04.03.572	S. SIFILIS FTA - ABS POR UNIDADE DE SANGUE TOTAL	R\$ 12,13
4.04.03.580	S. SIFILIS HA POR COMPONENTE HEMOTERAPICO	R\$ 6,68
4.04.03.599	S. SIFILIS HA POR UNIDADE DE SANGUE TOTAL	R\$ 10,27
4.04.03.602	S. SIFILIS VDRL POR COMPONENTE HEMOTERAPICO	R\$ 1,92
4.04.03.610	S. SIFILIS VDRL POR UNIDADE DE SANGUE TOTAL	R\$ 3,85
4.04.03.629	S.CHAGAS HA POR COMPONENTE HEMOTERAPICO	R\$ 5,23
4.04.03.637	S.CHAGAS HA POR UNIDADE DE SANGUE TOTAL	R\$ 7,09
4.04.03.645	S.CHAGAS IFI POR COMPONENTE HEMOTERAPICO	R\$ 7,78
4.04.03.653	S.CHAGAS IFI POR UNIDADE DE SANGUE TOTAL	R\$ 10,68
4.04.03.661	S.HEPATITE B (HBSAG) RIE OU EIE POR COMPONENTE HEMOTERAPICO	R\$ 9,09
4.04.03.670	S.HEPATITE B (HBSAG) RIE OU EIE POR UNIDADE DE SANGUE TOTAL	R\$ 12,89
4.04.03.688	TESTE DE COOMBS DIRETO	R\$ 5,92
4.04.03.700	TESTE DE COOMBS DIRETO – MONO ESPECÍFICO (IGG, IGA, C3, C3D, POLIV.-AGH) – GEL TESTE	R\$ 24,34
4.04.03.718	TESTE DE COOMBS INDIRETO – MONO ESPECÍFICO (IGG, IGA, C3, C3D, POLIV.-AGH) – GEL TESTE	R\$ 24,34
4.04.03.734	TMO CULTURA DE LINFÓCITOS DOADOR E RECEPTOR	R\$ 158,41
4.04.03.750	TMO DETERMINAÇÃO DE HLA TRANSPLANTES MÉDULA ÓSSEA 'LOCI DR E DQ (ALTA RESOLUÇÃO)	R\$ 430,96
4.04.03.769	TMO DETERMINAÇÃO DE HLA TRANSPLANTES MÉDULA ÓSSEA 'LOCI A E B	R\$ 199,12
4.04.03.777	TMO DETERMINAÇÃO DE HLA TRANSPLANTES MÉDULA ÓSSEA 'LOCI DR E DQ (BAIXA RESOLUÇÃO)	R\$ 245,14
4.04.03.785	TMO DETERMINAÇÃO DE UNIDADES FORMADORAS DE COLONIAS	R\$ 79,13
4.04.03.793	TMO DETERMINAÇÃO DE VIABILIDADE DE MEDULA ÓSSEA	R\$ 22,55
4.04.03.831	TMO TRATAMENTO "IN VITRO" DE MÉDULA ÓSSEA OU CÉLULAS TRONCO POR ANTICORPOS MONOCLONAIS (PURGING)	R\$ 8,00
4.04.03.840	TRANSAMINASE PIRUVICA - TGP OU ALT POR COMPONENTE HEMOTERAPICO	R\$ 3,92
4.04.03.858	TRANSAMINASE PIRUVICA - TGP OU ALT POR UNIDADE DE SANGUE TOTAL	R\$ 5,64
4.04.03.866	TRANSFUSÃO FETAL INTRA-UTERINA	R\$ 80,00
4.04.03.890	NAT/HBV POR HEMOCOMPONENTE HEMOTERAPICO	R\$ 106,67

CITOGENÉTICA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.05.01.019	CARIOTIPO COM BANDAS DE PELE. TUMOR E DEMAIS TECIDOS	R\$ 240,42
4.05.01.027	CARIOTIPO COM PESQUISA DE TROCA DE CROMATIDES IRMAS	R\$ 166,43
4.05.01.035	CARIOTIPO COM TECNICAS DE ALTA RESOLUCAO	R\$ 212,08
4.05.01.043	CARIOTIPO DE MEDULA (TECNICAS COM BANDAS)	R\$ 174,16
4.05.01.051	CARIOTIPO DE SANGUE (TECNICAS COM BANDAS)	R\$ 132,31
4.05.01.060	CARIOTIPO DE SANGUE OBTIDO POR CORDOCENTESE PRE-NATAL	R\$ 152,85
4.05.01.078	CARIOTIPO DE SANGUE-PESQUISA DE MARCADORES TUMORAIS	R\$ 172,00
4.05.01.086	CARIOTIPO DE SANGUE-PESQUISA DE SITIO FRAGIL X	R\$ 170,35
4.05.01.094	CARIOTIPO EM VILOSIDADES CORIONICAS (CULTIVO DE TROFOBLASTOS)	R\$ 238,36
4.05.01.108	CARIOTIPO PARA PESQUISA DE INSTABILIDADE CROMOSSOMICA	R\$ 174,16
4.05.01.116	CROMATINA X OU Y	R\$ 22,71
4.05.01.124	CULTURA DE ABORTO E OBTENCAO DE CARIOTIPO	R\$ 231,42
4.05.01.132	CULTURA DE TECIDO PARA ENSAIO ENZIMATICO E/OU EXTRACAO DE DNA	R\$ 206,14
4.05.01.140	DIAGNOSTICO GENETICO PRÉ-IMPLANTAÇÃO POR FISH POR Sonda	R\$ 104,00
4.05.01.159	FISH EM METÁFASE OU NÚCLEO INTERFÁSICO. POR Sonda	R\$ 87,02
4.05.01.167	FISH PRÉ-NATAL POR Sonda	R\$ 104,00
4.05.01.175	LIQUIDO AMNIOTICO. CARIOTIPO COM BANDAS	R\$ 238,36
4.05.01.183	LIQUIDO AMNIOTICO. SUBCULTURA PARA DOSAGEM ADICIONAL (UNICA)	R\$ 158,61
4.05.01.191	SUBCULTURA DE PELE P/ DOSAGENS BIOQUIMICAS (ADICIONAL)	R\$ 158,61

GENÉTICA BIOQUÍMICA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.05.02.015	MARCADORES BIOQUIMICOS PARA AVALIACAO DO RISCO FETAL (CADA)	R\$ 36,91
4.05.02.040	BATERIAS DE TESTES QUIMICOS DE TRIAGEM EM URINA PARA ERROS INATOS DO METABOLISMO (MINIMO DE SEIS TES)	R\$ 34,14
4.05.02.058	DETERMINACAO DO RISCO FETAL. COM ELABORACAO DE LAUDO	R\$ 9,87
4.05.02.066	DOSAGEM QUANTITATIVA DE ÁCIDOS ORGÂNICOS PARA O DIOAGNOSTICO DE ERROS INATOS DO METABOLISMO (PERFIL	R\$ 262,50
4.05.02.074	DOSAGEM QUANTITATIVA DE AMINOÁCIDOS PARA O DIAGNOSTICO DE ERROS INATOS DO METABOLISMO(PERFIL DE AMIN	R\$ 159,00
4.05.02.082	DODAGEM QUANTITATIVA DE METABOLICOS PARA O DIAGNOSTICO DE ERROS INATOS DO METABOLISMO (CADA)	R\$ 84,20
4.05.02.090	ELETROFORESE OU CROMATOGRRAFIA (PAPEL OU CAMADA DELGADA) PARA IDENTIFICACAO DE AMINOACIDOS OU GLICIDI	R\$ 47,66
4.05.02.104	ENSAIOS ENZIMATICOS EM CELULAS CULTIVADAS PARA DIAGNOSTICO DE EIM. INCLUINDO PREPARO DO MATERIAL. DO	R\$ 85,97
4.05.02.112	ENSAIOS ENZIMATICOS EM LEUCOCITOS. ERITROCITOS OU TECIDOS PARA DIAGNOSTICO DE EIM. INCLUINDO PREPARO	R\$ 84,59
4.05.02.120	ENSAIOS ENZIMATICOS NO PLASMA PARA DIAGNOSTICO DE EIM. INCLUINDO ENZIMA DE REFERENCIA (CADA)	R\$ 74,16
4.05.02.139	TESTE DUPLO - 1 TRIMESTRE (PAPP-A+BETA-HCG) OU OUTROS 2 EM SORO OU LIQUIDO AMINIOTICO COM ELABORACAO	R\$ 140,50
4.05.02.147	TESTE DUPLO - 2 TRIMESTRE (AFP+BETA-HCG) OU OUTROS 2 EM SORO OU LIQUIDO AMINIOTICO COM ELABORACAO DE	R\$ 88,58
4.05.02.155	TESTE TRIPLO (AFP+BETA-HCG+ESTRIOL) OU OUTROS 3 EM SORO OU LIQUIDO	R\$ 130,87

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
	AMINIOTICO COM ELABORACAO DE LAUD	
4.05.02.163	TESTES QUIMICOS DE TRIAGEM EM URINA PARA ERROS INATOS DO METABOLISMO (CADA)	R\$ 12,83

GENÉTICA MOLECULAR

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.05.03.011	ANALISE DE DNA COM ENZIMAS DE RESTRICAO POR ENZIMA UTILIZADA. POR AMOSTRA	R\$ 45,29
4.05.03.020	ANALISE DE DNA FETAL POR ENZIMA DE RESTRICAO. POR ENZIMA UTILIZADA. POR AMOSTRA (ADICIONAL NOS EXAME)	R\$ 83,29
4.05.03.038	ANÁLISE DE DNA FETAL POR Sonda POR PCR POR LOCUS. POR AMOSTRA	R\$ 188,07
4.05.03.046	ANALISE DE DNA PELA TECNICA MULTIPLEX POR LOCUS EXTRA. POR AMOSTRA	R\$ 45,45
4.05.03.054	ANALISE DE DNA PELA TECNICA MULTIPLEX POR LOCUS. POR AMOSTRA	R\$ 165,57
4.05.03.062	ANALISE DE DNA POR Sonda. OU PCR POR LOCUS. POR AMOSTRA	R\$ 165,57
4.05.03.070	DIAGNOSTICO GENÉTICO PRÉ-IMPLANTAÇÃO POR DNA POR Sonda	R\$ 197,57
4.05.03.089	EXTRAÇÃO DE DNA (OSSO) POR AMOSTRA	R\$ 286,48

GENÉTICA MOLECULAR- CÓDIGO IPESAÚDE

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
0.91.12.0217	EXAME DE SEQUENCIAMENTO COMPLETO DO GENE	R\$ 8.000,00
0.91.12.0284	EXOMA COMPLETO - SEQUENCIAMENTO COMPLETO DO GENOMA	R\$ 10.800,00
0.91.12.0218	ANÁLISE DE EXPRESSÃO GÊNICA POR LOCUS, POR AMOSTRA, POR CGH ARRAY, SNP ARRAY OU OUTRAS TÉCNICAS+SNP	R\$ 5.200,00
0.91.12.0381	BCR - ABL DE SANGUE QUANTITATIVO	R\$ 1.010,00
0.91.12.0390	EXAME BRCA-1 E BRCA-2 - SEQUENCIAMENTO GÊNICO COMPLETO	R\$ 1.870,00
0.92.17.4000	ANÁLISE DE EXPRESSÃO GÊNICA POR LOCCUS, POR AMOSTRA POR CGH ARRAY, OU OUTRAS TÉCNICAS.	R\$ 4.200,00

PROCEDIMENTOS

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.06.01.013	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO PEROPERATORIO SEM DESLOCAMENTO DO PATOLOGISTA	R\$ 120,02
4.06.01.021	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO PEROPERATÓRIO - PEÇA ADICIONAL OU MARGEM CIRÚRGICA	R\$ 97,70
4.06.01.030	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO PEROPERATORIO COM DESLOCAMENTO DO PATOLOGISTA	R\$ 186,72
4.06.01.048	NECROPSIA DE ADULTO/CRANCA E NATIMORTO COM SUSPEITA DE ANOMALIA GENETICA	R\$ 496,00
4.06.01.056	NECROPSIA DE EMBRIO / FETO ATE 500 GRAMAS	R\$ 261,36
4.06.01.064	MICROSCOPIA ELETRÔNICA	R\$ 408,00
4.06.01.072	ATO DE COLETA DE PAAF DE ORGAOS OU ESTRUTURAS SUPERFICIAIS - SEM DESLOCAMENTO DO PATOLOGISTA	R\$ 57,82
4.06.01.080	ATO DE COLETA DE PAAF DE ORGAOS OU ESTRUTURAS PROFUNDAS SEM DESLOCAMENTO DO PATOLOGISTA	R\$ 154,12
4.06.01.099	ATO DE COLETA DE PAAF DE ORGAOS OU ESTRUTURAS SUPERFICIAIS COM	R\$ 108,40

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
	DESLOCAMENTO DO PATOLOGISTA	
4.06.01.102	ATO DE COLETA DE PAAF DE ORGAOS OU ESTRUTURAS PROFUNDAS COM DESLOCAMENTO DO PATOLOGISTA	R\$ 201,64
4.06.01.110	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM BIOPSIA SIMPLES "IMPRINT" E "CELL BLOCK"	R\$ 40,10
4.06.01.129	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO CITOPATOLOGICO ONCOTICO DE LIQUIDOS E RASPADOS CUTANEOS	R\$ 40,10
4.06.01.137	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM CITOPATOLOGIA CERVICO-VAGINAL ONCOTICA	R\$ 22,50
4.06.01.145	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM CITOLOGIA HORMONAL SERIADO	R\$ 33,00
4.06.01.153	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM REVISAO DE LAMINAS	R\$ 119,88
4.06.01.161	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM CITOLOGIA HORMONAL ISOLADA	R\$ 14,45
4.06.01.170	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM PAINEL DE IMUNOISTOQUIMICA (DUAS OU MAIS REACOES)	R\$ 330,12
4.06.01.188	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICO EM REAÇÃO IMUNOISTOQUÍMICA ISOLADA	R\$ 165,06
4.06.01.196	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM FRAGMENTOS MULTIPLS DE BIOPSIAS DE MESMO ORGAO OU TOPOGRAFIA. ACONDICIO	R\$ 86,94
4.06.01.200	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM PEÇAS CIRÚRGICAS SIMPLES. INCLUINDO RTU DE PRÓSTATA E RESSECÇÃO ENDOSCÓP	R\$ 63,76
4.06.01.218	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM PEÇA CIRÚRGICA COMPLEXA	R\$ 96,50
4.06.01.226	PROCEDIMENTODIAGNÓTICO DE ÓRGÃO ADICIONAL. POR GRUPO DE LINFONODOS E MARGENS DE PEÇA COMPLEXA (POR M	R\$ 40,10
4.06.01.234	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EN AMPUTAÇÃO DE MEMBROS SEM CAUSA ONCOLÓGICA	R\$ 92,60
4.06.01.242	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM AMPUTAÇÃO DE MEMBROS CAUSA ONCOLOGICA	R\$ 189,52
4.06.01.250	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM LÂMINAS DE PAAF ATE 5	R\$ 40,10
4.06.01.269	COLORAÇÃO ESPECIAL POR COLORAÇÃO	R\$ 20,05
4.06.01.277	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM IMUNOFLOURESCENCIA	R\$ 330,12
4.06.01.285	PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM PAINEL DE HIBRIDIZACAO "IN SITU"	R\$ 330,12
4.06.01.293	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO POR CAPTURA HIBRIDA	R\$ 164,25
4.06.01.307	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM CITOMETRIA DE FLUXO (POR MONOCLONAL PESQUISADO)	R\$ 80,46
4.06.01.315	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM CITOMETRIA DE IMAGENS	R\$ 366,80
4.06.01.323	PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO CITOPATOLÓGICO E MEIO LÍQUIDO	R\$ 35,80

CARDIOVASCULAR IN VIVO

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.07.01.018	ANGIOGRAFIA RADIOISOTOPICA	R\$ 71,79
4.07.01.026	CINTILOGRAFIA COM HEMACIAS MARCADAS	R\$ 265,60
4.07.01.034	CINTILOGRAFIA DO MIOCÁRDIO COM DUPLO ISÓTOPO	R\$ 168,20
4.07.01.042	CINTILOGRAFIA DO MIOCARDIO COM FLUORDEOXIGLICULOSE (FDG-FLUOR-18)	R\$ 474,94
4.07.01.050	CINTILOGRAFIA DO MIOCARDIO NECROSE (INFARTO AGUDO)	R\$ 168,51
4.07.01.069	CINTILOGRAFIA DO MIOCARDIO PERFUSAO - REPOUSO E ESTRESSE	R\$ 213,26
4.07.01.077	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DAS CAMARAS CARDIACAS - ESFORCO	R\$ 192,94
4.07.01.085	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DAS CAMARAS CARDIACAS - REPOUSO	R\$ 137,82
4.07.01.093	FLUXO SANGUINEO DAS EXTREMIDADES	R\$ 80,38

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.07.01.107	QUANTIFICACAO DE "SHUNT" DA DIREITA PARA A ESQUERDA	R\$ 145,19
4.07.01.115	QUANTIFICACAO DE "SHUNT" PERIFERICO	R\$ 155,50
4.07.01.123	VENOGRAFIA RADIOISOTOPICA	R\$ 143,42

DIGESTIVO IN VIVO

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.07.02.014	CINTILOGRAFIA DAS GLANDULAS SALIVARES COM OU SEM ESTIMULO	R\$ 133,73
4.07.02.022	CINTILOGRAFIA DO FIGADO E DO BACO	R\$ 130,67
4.07.02.030	CINTILOGRAFIA DO FIGADO E VIAS BILIARES	R\$ 186,21
4.07.02.049	CINTILOGRAFIA PARA DETECCAO DE HEMORRAGIA DIGESTORIA ATIVA	R\$ 161,82
4.07.02.057	CINTILOGRAFIA PARA DETECCAO DE HEMORRAGIA DIGESTORIA NAO ATIVA	R\$ 306,54
4.07.02.065	CINTILOGRAFIA PARA DETERMINACAO DO TEMPO DE Esvaziamento GASTRICO	R\$ 98,98
4.07.02.073	CINTILOGRAFIA PARA ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (LIQUIDOS)	R\$ 78,57
4.07.02.081	CINTILOGRAFIA PARA ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (SEMI-SOLIDOS)	R\$ 78,74
4.07.02.090	CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE DIVERTICULO DE MECKEL	R\$ 140,86
4.07.02.103	CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFAGICO	R\$ 93,67
4.07.02.111	FLUXO SANGUINEO HEPATICO (QUALITATIVO E QUANTITATIVO)	R\$ 62,06

ENDÓCRINO IN VIVO

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.07.03.010	CINTILOGRAFIA DA TIREÓIDE E/OU CAPTAÇÃO (IODO-123)	R\$ 125,64
4.07.03.029	CINTILOGRAFIA DA TIREOIDE E/OU CAPTACAO (IODO - 131)	R\$ 125,64
4.07.03.037	CINTILOGRAFIA DA TIREOIDE E/OU CAPTACAO (TECNECIO - 99M TC)	R\$ 97,13
4.07.03.045	CINTILOGRAFIA DAS PARATIREOIDES	R\$ 227,97
4.07.03.053	CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO PARA PESQUISA DE METASTASES (PCI)	R\$ 351,27
4.07.03.061	TESTE DE ESTIMULO COM TSH RECOMBINANTE	R\$ 86,20
4.07.03.070	TESTE DE SUPRESSAO DA TIREOIDE COM T3	R\$ 63,38
4.07.03.088	TESTE DO PERCLORATO	R\$ 53,91

GENITURINÁRIO IN VIVO

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.07.04.017	CINTILOGRAFIA RENAL DINAMICA	R\$ 143,87
4.07.04.025	CINTILOGRAFIA RENAL DINAMICA COM DIURETICO	R\$ 210,24
4.07.04.033	CINTILOGRAFIA RENAL ESTATICA (QUANTITATIVA OU QUALITATIVA)	R\$ 118,78
4.07.04.041	CINTILOGRAFIA TESTICULAR (ESCROTAL)	R\$ 115,85
4.07.04.050	CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA	R\$ 137,55
4.07.04.068	CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA	R\$ 122,63
4.07.04.076	DETERMINACAO DA FILTRACAO GLOMERULAR	R\$ 33,06
4.07.04.084	DETERMINACAO DO FLUXO PLASMATICO RENAL	R\$ 33,06

HEMATOLÓGICO IN VIVO

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.07.05.013	CINTILOGRAFIA DO SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL (MEDULA OSSEA)	R\$ 82,30
4.07.05.021	DEMONSTRACAO DO SEQUESTRO DE HEMACIAS PELO BACO	R\$ 64,56
4.07.05.030	DETERMINACAO DA SOBREVIDA DE HEMACIAS	R\$ 34,41
4.07.05.048	DETERMINACAO DO VOLUME ERITROCITARIO	R\$ 20,36
4.07.05.056	DETERMINACAO DO VOLUME PLASMATICO	R\$ 20,36
4.07.05.064	TESTE DE ABSORCAO DE VITAMINA B12 COM COBALTO - 57 (TESTE DE SCHILLING)	R\$ 20,36

MÚSCULO – ESQUELÉTICO - IN VIVO

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.07.06.010	CINTILOGRAFIA OSSEA (CORPO TOTAL)	R\$ 156,52
4.07.06.028	FLUXO SANGUINEO OSSEO	R\$ 49,10

NERVOSO IN VIVO

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.07.07.016	CINTILOGRAFIA CEREBRAL	R\$ 103,15
4.07.07.024	CINTILOGRAFIA CEREBRAL COM FLURDEOXIGLICOSE (FDG-FLÚOR-18)	R\$ 479,56
4.07.07.032	CINTILOGRAFIA DE PERFUSAO CEREBRAL	R\$ 171,30
4.07.07.040	CISTERNOCINTILOGRAFIA	R\$ 323,80
4.07.07.059	CISTERNOCINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE FISTULA LIQUORICA	R\$ 323,80
4.07.07.067	FLUXO SANGUINEO CEREBRAL	R\$ 55,88
4.07.07.075	MIELOCINTILOGRAFIA	R\$ 181,23
4.07.07.083	VENTRICULO-CINTILOGRAFIA	R\$ 181,23

ONCOLOGIA / INFECTOLOGIA - IN VIVO

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.07.08.020	CINTILOGRAFIA COM GALIO-67	R\$ 238,03
4.07.08.039	CINTILOGRAFIA COM LEUCOCITOS MARCADOS	R\$ 192,86
4.07.08.047	CINTILOGRAFIA COM MIBG (METAIODOBENZILGUANIDINA)	R\$ 265,93
4.07.08.063	CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)	R\$ 218,21
4.07.08.071	DEMARCAÇÃO RADIOISOTÓPICA DE LESÕES TUMORAIS	R\$ 138,87
4.07.08.080	DETECCAO INTRAOPERATORIA RADIOGUIADA DE LESOES TUMORAIS	R\$ 222,87
4.07.08.098	DETECCAO INTRAOPERATORIA RADIOGUIADA DE LINFONODO SENTINELA	R\$ 222,87
4.07.08.101	LINFORCINTILOGRAFIA	R\$ 102,73
4.07.08.110	QUANTIFICACAO DA CAPTACAO PULMONAR COM GALIO-67	R\$ 142,54

MEDICINA NUCLEAR – ONCOLOGIA – IN VIVO – CÓDIGO IPESAÚDE

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
0.92.17.0250	CINTILOGRAFIA COM ANÁLOGO DE SOMATOSTATINA COM MATERIAIS E RADIOFÁRMACO	R\$ 6.000,00

RESPIRATÓRIO - IN VIVO

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.07.09.019	CINTILOGRAFIA PARA DETECCAO DE ASPIRACAO PULMONAR	R\$ 68,79
4.07.09.027	CINTILOGRAFIA PULMONAR (INALACAO)	R\$ 124,23
4.07.09.035	CINTILOGRAFIA PULMONAR (PERFUSAO)	R\$ 110,27

TERAPIA - IN VIVO

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.07.10.017	SESSAO MEDICA PARA PLANEJAMENTO TECNICO DE RADIOISOTOPOTERAPIA	R\$ 28,00
4.07.10.025	TRATAMENTO COM METAIODOBENZILGUANIDINA (MIBG)	R\$ 213,91
4.07.10.033	TRATAMENTO DA POLICITEMIA VERA	R\$ 66,07
4.07.10.041	TRATAMENTO DE CANCER DA TIREOIDE	R\$ 257,60
4.07.10.050	TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO-BOCIO NODULAR TOXICO (GRAVES)	R\$ 79,52
4.07.10.068	TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO-BOCIO NODULAR TOXICO (PLUMMER)	R\$ 79,52
4.07.10.076	TRATAMENTO DE METASTASES OSSEAS (ESTRONCIO-90)	R\$ 122,19
4.07.10.084	TRATAMENTO DE METASTASES OSSEAS (SAMARIO-153)	R\$ 122,19
4.07.10.092	TRATAMENTO DE TUMORES NEUROENDOCRINOS	R\$ 213,87

TERAPIA - IN VIVO – CÓDIGO IPESAÚDE

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
0.92.17.0315	TRATAMENTO DE CÂNCER DE TIREOIDE - TERAPIA IN VIVO (PACOTE)	R\$ 1.000,00

OUTROS - IN VIVO

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.07.11.013	DACRIOCINTILOGRAFIA	R\$ 82,20
4.07.11.021	IMUNOCINTILOGRAFIA (ANTICORPOS MONOCLONAIS)	R\$ 231,07

RADIOIMUNOENSAIO - IN VIVO

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.07.12.010	17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	R\$ 20,74
4.07.12.028	3 ALFA ANDROSTONEDIOL GLUCORONIDEO (3ALFDADIOL)	R\$ 28,00
4.07.12.036	ACIDO VANILMANDELICO (VMA)	R\$ 16,48
4.07.12.044	ADRENOCORTICOTROFICO. HORMONIO (ACTH)	R\$ 41,56
4.07.12.052	ALDOSTERONA	R\$ 27,07
4.07.12.060	ALFA-FETOPROTEINA	R\$ 19,78
4.07.12.079	ANDROSTENEDIONA	R\$ 33,22

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.07.12.087	ANTI-TPO	R\$ 21,76
4.07.12.095	ANTICORPO ANTI-RECEPTOR DE TSH (TRAB)	R\$ 46,95
4.07.12.109	ANTICORPOS ANTIINSULINA	R\$ 17,30
4.07.12.117	ANTICORPOS ANTITIREOIDE (TIREOGLOBULINA)	R\$ 27,07
4.07.12.125	ANTIGENO AUSTRALIA (HBSAG)	R\$ 18,10
4.07.12.133	ANTIGENO CARCINOEMBRIOGENICO (CEA)	R\$ 23,13
4.07.12.141	ANTIGENO ESPECIFICO PROSTATICO TOTAL (PSA)	R\$ 16,93
4.07.12.150	ANTIGENO ESPECIFICO PROSTATICO LIVRE (PSA LIVRE)	R\$ 21,96
4.07.12.168	CALCITONINA	R\$ 48,22
4.07.12.176	CATECOLAMINAS	R\$ 13,92
4.07.12.184	COMPOSTO S (11 - DESOXCORTISOL)	R\$ 28,00
4.07.12.192	CORTISOL	R\$ 20,95
4.07.12.206	CRESCIMENTO. HORMONIO DO (HGH)	R\$ 16,12
4.07.12.214	DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$ 27,07
4.07.12.222	DEHIDROTESTOSTERONA (DHT)	R\$ 33,22
4.07.12.230	DROGAS (IMUNOSSUPRESSORA. ANTICONVULSIVANTE. DIGITALICO. ETC.) CADA	R\$ 22,94
4.07.12.249	ESTRADIOL	R\$ 20,95
4.07.12.257	ESTRIOL	R\$ 27,07
4.07.12.265	ESTRONA	R\$ 27,07
4.07.12.273	FERRITINA	R\$ 14,51
4.07.12.281	FOLICULO ESTIMULANTE. HORMONIO (FSH)	R\$ 15,01
4.07.12.290	GASTRINA	R\$ 27,07
4.07.12.303	GLOBULINA DE LIGACAO DE HORMONIOS SEXUAIS (SHBG)	R\$ 37,18
4.07.12.311	GLOBULINA TRANSPORTADORA DA TIROXINA (TBG)	R\$ 28,00
4.07.12.320	GONADOTROFICO CORIONICO. HORMONIO (HCG)	R\$ 11,56
4.07.12.338	HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 15,01
4.07.12.346	IMUNOGLOBULINA (IGE)	R\$ 14,24
4.07.12.354	INDICE DE TIROXINA LIVRE (ITL)	R\$ 17,66
4.07.12.362	INSULINA	R\$ 15,01
4.07.12.370	MARCADORES TUMORAIS (CA 19.9. CA 125. CA 72-4. CA 15-3. ETC.) CADA	R\$ 23,13
4.07.12.389	OSTEOCALCINA	R\$ 37,18
4.07.12.397	PEPTIDEO C	R\$ 16,24
4.07.12.400	PROGESTERONA	R\$ 16,12
4.07.12.419	PROLACTINA	R\$ 19,24
4.07.12.427	PTH	R\$ 46,95
4.07.12.435	RENINA	R\$ 37,18
4.07.12.443	SOMATOMEDINA C (IGF1)	R\$ 37,18
4.07.12.451	SULFATO DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (S-DHEA)	R\$ 20,86
4.07.12.460	T3 LIVRE	R\$ 16,12
4.07.12.478	T3 RETENCAO	R\$ 14,12
4.07.12.486	T3 REVERSO	R\$ 48,22
4.07.12.494	T4 LIVRE	R\$ 17,66
4.07.12.508	TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 28,00
4.07.12.516	TESTOSTERONA TOTAL	R\$ 20,95

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.07.12.524	TIREOESTIMULANTE. HORMONIO - TSH	R\$ 14,12
4.07.12.532	TIREOGLOBULINA	R\$ 27,07
4.07.12.540	TIROXINA (T4)	R\$ 14,12
4.07.12.559	TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 14,12
4.07.12.567	VASOPRESSINA (ADH)	R\$ 28,00
4.07.12.575	VITAMINA B12	R\$ 12,21

RADIOIMUNOENSAIO - IN VIVO – CÓDIGO IPESAÚDE

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
0.91.25.0420	ANTIGENO ESPECIFICO PROSTATICO TOTAL - PSA - MONITORAMENTO DO TRATAMENTO	R\$ 24,43
0.91.25.0439	ANTIGENO CARCINOEMBRIOGENICO - CEA - MONITORAMENTO DO TRATAMENTO	R\$ 33,38
0.91.25.0447	CA 15-03 - MONITORAMENTO DO TRATAMENTO	R\$ 33,38
0.91.25.0471	ALFA-FETOPROTEINA - MONITORAMENTO DO TRATAMENTO	R\$ 28,55
0.91.25.0528	TIREOESTIMULANTE. HORMONIO (TSH) - MONITORAMENTO DO TRATAMENTO	R\$ 20,38
0.91.25.0536	TRIIODOTIRONINA - MONITORAMENTO DO TRATAMENTO	R\$ 20,38
0.91.25.0544	T4 LIVRE - MONITORAMENTO DO TRATAMENTO	R\$ 25,48
0.91.25.0587	FERRITINA - MONITORAMENTO DO TRATAMENTO	R\$ 26,12
0.91.25.0625	PARATORMÔNIO (PTH _i) - MONITORAMENTO DO TRATAMENTO	R\$ 67,77

CRÂNIO E FACE - IN VIVO

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.08.01.012	CRANIO - 2 INCIDENCIAS	R\$ 20,16
4.08.01.020	CRANIO - 3 INCIDENCIAS	R\$ 22,83
4.08.01.039	CRANIO - 4 INCIDENCIAS	R\$ 29,15
4.08.01.047	ORELHA . MASTOIDES OU ROCHEDOS - BILATERAL	R\$ 29,98
4.08.01.055	ORBITAS - BILATERAL	R\$ 22,65
4.08.01.063	SEIOS DA FACE	R\$ 20,96
4.08.01.071	SELA TURCICA	R\$ 20,06
4.08.01.080	MAXILAR INFERIOR	R\$ 20,06
4.08.01.098	OSSOS DA FACE	R\$ 22,65
4.08.01.101	ARCOS ZIGOMATICOS OU MALAR OU APOFISES ESTILOIDES	R\$ 20,96
4.08.01.110	ARTICULACAO TEMPOROMANDIBULAR - BILATERAL	R\$ 22,65
4.08.01.128	ADENOIDES OU CAVUM	R\$ 18,29
4.08.01.136	PANORAMICA DE MANDIBULA (ORTOPANTOMOGRAFIA)	R\$ 22,04
4.08.01.144	TELEPERFIL EM CEFALOSTATO - SEM TRACADO	R\$ 16,95
4.08.01.152	TELEPERFIL EM CEFALOSTATO - COM TRACADO	R\$ 19,54
4.08.01.160	ARCADA DENTÁRIA (POR ARCADA)	R\$ 17,44
4.08.01.179	RADIOGRAFIA PERI-APICAL	R\$ 6,54
4.08.01.187	RADIOGRAFIA OCLUSAL	R\$ 9,50
4.08.01.195	PLANIGRAFIA LINEAR DE CRANIO OU SELA TURCICA OU FACE OU MASTOIDE	R\$ 48,53
4.08.01.209	INCIDÊNCIA ADICIONAL DE CRÂNIO OU FACE	R\$ 7,43

COLUNA VERTEBRAL

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.08.02.019	COLUNA CERVICAL - 3 INCIDENCIAS	R\$ 19,85
4.08.02.027	COLUNA CERVICAL - 5 INCIDENCIAS	R\$ 27,59
4.08.02.035	COLUNA DORSAL - 2 INCIDENCIAS	R\$ 22,87
4.08.02.043	COLUNA DORSAL - 4 INCIDENCIAS	R\$ 33,07
4.08.02.051	COLUNA LOMBO-SACRA -3 INCIDENCIAS	R\$ 24,43
4.08.02.060	COLUNA LOMBO-SACRA - 5 INCIDENCIAS	R\$ 33,07
4.08.02.078	SACRO-COCCIX	R\$ 21,41
4.08.02.086	COLUNA DORSO-LOMBAR PARA ESCOLIOSE	R\$ 28,83
4.08.02.094	COLUNA TOTAL PARA ESCOLIOSE (TELESPONDILOGRAFIA)	R\$ 44,96
4.08.02.108	PLANIGRAFIA DE COLUNA VERTEBRAL (DOIS PLANOS)	R\$ 72,38
4.08.02.116	INCIDÊNCIA ADICIONAL DA COLUNA	R\$ 8,81

ESQUELETO TORÁCICO E MEMBROS SUPERIORES

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.08.03.015	ESTERNO	R\$ 21,73
4.08.03.023	ARTICULACAO ESTERNOCLAVICULAR	R\$ 19,85
4.08.03.031	COSTELAS - POR HEMITORAX	R\$ 22,25
4.08.03.040	CLAVICULA	R\$ 20,16
4.08.03.058	OMOPLATA OU ESCAPULA	R\$ 21,73
4.08.03.066	ARTICULACAO ACROMIOCLAVICULAR	R\$ 18,91
4.08.03.074	ARTICULACAO ESCAPULOUMERAL (OMBRO)	R\$ 18,91
4.08.03.082	BRACO	R\$ 20,16
4.08.03.090	COTOVELO	R\$ 18,29
4.08.03.104	ANTEBRACO	R\$ 19,54
4.08.03.112	PUNHO	R\$ 20,17
4.08.03.120	MAO OU QUIRODACTILO	R\$ 18,29
4.08.03.139	MAOS E PUNHOS PARA IDADE OSSEA	R\$ 17,98
4.08.03.147	INCIDÊNCIA ADICIONAL DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 7,22

BACIA E MEMBROS INFERIORES

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.08.04.011	RX BACIA	R\$ 19,76
4.08.04.020	ARTICULACOES SACROILIACAS	R\$ 20,47
4.08.04.038	RX ARTICULACAO COXOFEMORAL (QUADRIL)	R\$ 21,21
4.08.04.046	RX COXA	R\$ 22,25
4.08.04.054	RX JOELHO	R\$ 19,54
4.08.04.062	RX PATELA	R\$ 21,10
4.08.04.070	RX PERNA	R\$ 21,63
4.08.04.089	RX ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)	R\$ 18,29
4.08.04.097	PE OU PODODACTILO	R\$ 19,54
4.08.04.100	RX CALCANEO	R\$ 18,29

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.08.04.119	ESCANOMETRIA	R\$ 20,38
4.08.04.127	PANORAMICA DOS MEMBROS INFERIORES	R\$ 30,85
4.08.04.135	INCIDÊNCIA ADICIONAL DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 7,22

TÓRAX

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.08.05.018	TORAX - 1 INCIDENCIA	R\$ 17,07
4.08.05.026	TORAX - 2 INCIDENCIAS	R\$ 22,83
4.08.05.034	TORAX - 3 INCIDENCIAS	R\$ 26,44
4.08.05.042	TORAX - 4 INCIDENCIAS	R\$ 34,61
4.08.05.050	CORACAO E VASOS DA BASE	R\$ 34,61
4.08.05.069	PLANIGRAFIA DE TORAX. MEDIASTINO OU LARINGE	R\$ 50,37
4.08.05.077	LARINGE OU HIPOFARINGE OU PESCOCO (PARTES MOLES)	R\$ 20,79

TÓRAX – CÓDIGO IPESAÚDE

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
0.91.12.0392	RAIO X TÓRAX (CORONAVÍRUS – COVID 19)	R\$ 34,61

SISTEMA DISGESTIVO

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.08.06.014	DEGLUTOGRAMA	R\$ 46,56
4.08.06.022	VIDEODEGLUTOGRAMA	R\$ 77,15
4.08.06.030	ESOFAGO	R\$ 37,56
4.08.06.049	ESTOMAGO E DUODENO	R\$ 59,10
4.08.06.057	ESOFAGO - HIATO - ESTOMAGO E DUODENO	R\$ 73,43
4.08.06.065	TRANSITO E MORFOLOGIA DO DELGADO	R\$ 64,38
4.08.06.073	ESTUDO DO DELGADO COM DUPLO CONTRASTE	R\$ 69,96
4.08.06.081	CLISTER OU ENEMA OPACO (DUPLO CONTRASTE)	R\$ 83,33
4.08.06.103	COLANGIOGRAFIA INTRA-OPERATÓRIA	R\$ 38,19
4.08.06.111	COLANGIOGRAFIA POS-OPERATORIA (PELO DRENO)	R\$ 38,19

SISTEMA DISGESTIVO – CÓDIGO IPESAÚDE

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
0.92.92.1124	ENEMA OPACO	R\$ 237,50
0.92.92.1132	TRÂNSITO INTESTINAL	R\$ 218,50
0.92.92.1167	ESOFAGOGRAMA	R\$ 137,75

SISTEMA URINÁRIO

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.08.07.010	UROGRAFIA VENOSA COM BEXIGA PRE E POS-MICCIONAL	R\$ 64,81
4.08.07.029	PIELOGRAFIA ASCENDENTE	R\$ 46,77
4.08.07.037	UROGRAFIA VENOSA MINUTADA 1-2-3	R\$ 70,54
4.08.07.045	UROGRAFIA VENOSA COM NEFROTOMOGRAMA	R\$ 135,00
4.08.07.053	URETROCISTOGRAFIA DE ADULTO	R\$ 62,53
4.08.07.061	URETROCISTOGRAFIA DE CRIANCA (ATE 12 ANOS)	R\$ 73,75
4.08.07.070	TOMOGRAMA RENAL SEM CONTRASTE	R\$ 39,31

SISTEMA URINÁRIO- CÓDIGO IPESAÚDE

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
0.92.92.1108	UROGRAFIA EXCRETORA C/ BEXIGA PRÉ E PÓS MICCIONAL (TELEBRIX)	R\$ 232,75
0.92.92.1116	UROGRAFIA EXCRETORA C/ BEXIGA PRÉ E PÓS MICCIONAL (HENETIX)	R\$ 422,75
0.92.92.1140	URETROCISTOGRAFIA MICCIONAL	R\$ 237,50
0.92.92.1159	URETROCISTOGRAFIA RETRÓGRADA	R\$ 237,50

OUTROS EXAMES

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.08.08.017	ABDOME SIMPLES	R\$ 19,76
4.08.08.025	ABDOME AGUDO	R\$ 33,36
4.08.08.033	MAMOGRAFIA CONVENCIONAL BILATERAL	R\$ 70,08
4.08.08.041	MAMOGRAFIA DIGITAL BILATERAL	R\$ 95,75
4.08.08.050	AMPLIAÇÃO OU MAGNIFICAÇÃO DE LESÃO MAMÁRIA	R\$ 29,58
4.08.08.068	MARCAÇÃO PRE-CIRURGICA POR ESTEREOTAXIA. ORIENTADA POR MAMOGRAFIA. US OU TC (POR MAMA)	R\$ 117,93
4.08.08.084	PUNÇÃO OU BIÓPSIA MAMÁRIA PERCUTÂNEA POR AGULHA FINA	R\$ 104,91
4.08.08.092	BIÓPSIA PERCUTÂNEA DE FRAGMENTO MAMÁRIO (CORE BIÓPSY) ORIENTADA POR US OU RX - AGULHA GROSSA	R\$ 171,46
4.08.08.106	MAMOTOMIA POR ESTEREOTAXIA OU US	R\$ 237,25
4.08.08.114	ESQUELETO (INCIDÊNCIAS BÁSICAS DE: CRÂNIO. COLUNA. BACIA E MEMBROS)	R\$ 213,08
4.08.08.122	DENSITOMETRIA ÓSSEA (UM SEGMENTO)	R\$ 63,96
4.08.08.130	DENSITOMETRIA ÓSSEA - 2 SEGMENTOS (COLUNA E FÊMUR)	R\$ 95,73
4.08.08.149	DENSITOMETRIA ÓSSEA - CORPO INTEIRO	R\$ 82,69
4.08.08.157	MORFOMETRIA DIGITAL (COLUNA OU FÊMUR)	R\$ 75,44
4.08.08.165	PLANIGRAFIA DE OSSO	R\$ 37,61

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.08.09.013	DUCTOGRAFIA (POR MAMA)	R\$ 57,82
4.08.09.021	SIALOGRAFIA (POR GLÂNDULA)	R\$ 50,43
4.08.09.030	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	R\$ 56,50
4.08.09.048	ARTROGRAFIA OU PNEUMOARTROGRAFIA	R\$ 56,50

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.08.09.056	FISTULOGRAFIA	R\$ 39,15
4.08.09.064	COLANGIOGRAFIA TRANSCUTANEA	R\$ 89,19
4.08.09.072	COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA	R\$ 56,53
4.08.09.080	DACRIOCISTOGRAFIA	R\$ 49,49
4.08.09.099	PUNCAO ASPIRATIVA ORIENTADA POR RX (ACRESCENTAR O EXAME DE BASE)	R\$ 34,50
4.08.09.102	DRENAGEM PERCUTANEA ORIENTADA POR RX (ACRESCENTAR O EXAME DE BASE)	R\$ 80,00

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS – CÓDIGO IPESAÚDE (PACOTE HOSPITALAR / AMBULATORIAL)

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
0.92.12.0482	COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA	R\$ 1.889,71
0.92.17.3314	COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCÓPICA – CPRE - (PACOTE CIRÚRGICO COMPLETO INLUI HOORÁRIO DA EQUIPE CIRÚRGICA, MATERIAIS, MEDICAMENTOS, TAXAS E OPME)	R\$ 6.000,00
0.92.92.1000	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	R\$ 370,50
0.92.92.1175	FISTULOGRAFIA	R\$ 218,50

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS – CÓDIGO IPESAÚDE – (PACOTES DE HONORÁRIO MÉDICO DA EQUIPE CIRÚRGICA)

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
0.92.71.0506	COLANGIOGRAFIA PERCUTÂNEA (HONORÁRIOS MÉDICOS DA EQUIPE CIRÚRGICA)	R\$ 169,79

NEURORRADIOLOGIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.08.10.011	MIELOGRAFIA SEGMENTAR (POR SEGMENTO)	R\$ 110,94
4.08.10.020	TESTE DE OCLUSAO DE ARTERIA CAROTIDA OU VERTEBRAL	R\$ 259,60

RADIOSCOPIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.08.11.026	RADIOSCOPIA PARA ACOMPANHAMENTO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO (POR HORA OU FRACAO)	R\$ 42,80

ANGIOGRAFIA VISCERAL E PERIFÉRICA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.08.12.014	AORTOGRAFIA ABDOMINAL POR PUNCAO TRANSLOMBAR	R\$ 138,43
4.08.12.022	ANGIOGRAFIA POR PUNCAO	R\$ 128,43
4.08.12.030	ANGIOGRAFIA POR CATETERISMO NAO SELETIVO DE GRANDE VASO	R\$ 235,40
4.08.12.049	ANGIOGRAFIA POR CATETERISMO SELETIVO DE RAMO PRIMARIO - POR VASO	R\$ 226,79
4.08.12.057	ANGIOGRAFIA POR CATETERISMO SUPERSELETIVO DE RAMO SECUNDARIO	R\$ 255,83

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
	OU DISTAL - POR VASO	
4.08.12.065	ANGIOGRAFIA TRANSOPERATORIA DE POSICIONAMENTO	R\$ 92,50
4.08.12.073	ANGIOGRAFIA PÓS-OPERATÓRIA DE CONTROLE	R\$ 92,50
4.08.12.081	FLEBOGRAFIA POR PUNCAO VENOSA UNILATERAL	R\$ 132,83
4.08.12.090	FLEBOGRAFIA RETROGRADA POR CATETERISMO - UNILATERAL	R\$ 224,85
4.08.12.103	PORTOGRAFIA TRANS-HEPÁTICA	R\$ 250,31
4.08.12.111	ESPLENOPORTOGRAFIA PERCUTANEA	R\$ 218,85
4.08.12.120	LINFOANGIOADENOGRAMA UNILATERAL	R\$ 163,25
4.08.12.138	CAVERNOSOGRAFIA	R\$ 104,93
4.08.12.146	FARMACO-CAVERNOSOGRAFIA (DINAMICA)	R\$ 120,43

ANGIOGRAFIA VISCERAL E PERIFÉRICA- CÓDIGO IPESAÚDE ((PACOTE HOSPITALAR / AMBULATORIAL)

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
0.92.12.0008	AORTOGRAFIA ABDOMINAL	R\$ 993,09
0.92.12.0016	ARTERIOGRAFIA HEPÁTICA	R\$ 1.680,65
0.92.12.0024	ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 1.192,09
0.92.12.0032	ARTERIOGRAFIA DE MEMBROS INFERIORES	R\$ 1.617,73
0.92.12.0040	ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 829,38
0.92.12.0067	INVESTIGAÇÃO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA	R\$ 2.128,16
0.92.12.0075	INVESTIGAÇÃO DE TRAUMA PELVICO	R\$ 2.340,97
0.92.12.0083	INVESTIGAÇÃO DE ANGINA MESENTÉRICA	R\$ 1.255,03
0.92.12.0091	ARTERIOGRAFIA PULMONAR	R\$ 1.276,90
0.92.12.0105	ARTERIOGRAFIA RENAL	R\$ 1.255,02
0.92.12.0113	FLEBOGRAFIA DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 736,20
0.92.12.0539	FLEBOGRAFIA DE MEMBROS INFERIORES (BILAT)	R\$ 1.046,77
0.92.12.0547	FLEBOGRAFIA DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 736,20

ANGIOGRAFIA VISCERAL E PERIFÉRICA- CÓDIGO IPESAÚDE – (PACOTE DE HONORÁRIO MÉDICO DA EQUIPE CIRÚRGICA)

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
0.92.71.0433	AORTOGRAFIA ABDOMINAL (HONORÁRIOS MÉDICOS DA EQUIPE CIRÚRGICA)	R\$ 212,81
0.92.71.0441	ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO INFERIOR (HONORÁRIOS MÉDICOS DA EQUIPE CIRÚRGICA)	R\$ 425,61
0.92.71.0450	ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO SUPERIOR (HONORÁRIOS MÉDICOS DA EQUIPE CIRÚRGICA)	R\$ 319,21
0.92.71.0468	ARTERIOGRAFIA DE MEMBROS INFERIORES (HONORÁRIOS MÉDICOS DA EQUIPE CIRÚRGICA)	R\$ 532,01
0.92.71.0476	ARTERIOGRAFIA HEPÁTICA (HONORÁRIOS MÉDICOS DA EQUIPE CIRÚRGICA)	R\$ 532,01
0.92.71.0484	ARTERIOGRAFIA PULMONAR (HONORÁRIOS MÉDICOS DA EQUIPE CIRÚRGICA)	R\$ 425,61
0.92.71.0492	ARTERIOGRAFIA RENAL (HONORÁRIOS MÉDICOS DA EQUIPE CIRÚRGICA)	R\$ 425,61
0.92.71.0514	FLEBOGRAFIA DE MEMBRO INFERIOR (HONORÁRIOS MÉDICOS DA EQUIPE CIRÚRGICA)	R\$ 319,21
0.92.71.0522	FLEBOGRAFIA DE MEMBRO SUPERIOR (HONORÁRIOS MÉDICOS DA EQUIPE CIRÚRGICA)	R\$ 319,21

	CIRÚRGICA)	
0.92.71.0530	FLEBOGRAFIA DE MEMBROS INFERIORES - BILAT(HONORÁRIOS MÉDICOS DA EQUIPE CIRÚRGICA)	R\$ 425,61
0.92.71.0549	INVESTIGAÇÃO DE ANGINA MESENTÉRICA(HONORÁRIOS MÉDICOS DA EQUIPE CIRÚRGICA)	R\$ 532,01
0.92.71.0557	INVESTIGAÇÃO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA(HONORÁRIOS MÉDICOS DA EQUIPE CIRÚRGICA)	R\$ 638,42
0.92.71.0565	INVESTIGAÇÃO DE TRAUMA PÉLVICO (PACOTE HONORÁRIOS MÉDICOS DA EQUIPE CIRÚRGICA)	R\$ 425,61

RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA I

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.08.13.010	ABLAÇÃO PERCUTÂNEA DE TUMOR TORÁCICO	R\$ 192,00
4.08.13.029	ABLAÇÃO PERCUTÂNEA DE TUMOR HEPÁTICO(QUALQUER MÉTODO)	R\$ 192,00
4.08.13.037	ABLAÇÃO PERCUTÂNEA DE TUMOR ÓSSEO (QUALQUER MÉTODO)	R\$ 192,00
4.08.13.045	ABLAÇÃO PERCUTÂNEA DE TUMOR (QUALQUER MÉTODO)	R\$ 192,00
4.08.13.053	ALCOOLIZACAO PERCUTANEA DE ANGIOMA	R\$ 140,00
4.08.13.061	ANGIOPLASTIA RAMO INTRACRANIANO	R\$ 358,00
4.08.13.070	ANGIOPLASTIA DE TRONCO SUPRA-AORTICO	R\$ 280,00
4.08.13.088	ANGIOPLASTIA DE AORTA PARA TRATAMENTO DE COARCTAÇÃO	R\$ 238,00
4.08.13.096	ANGIOPLASTIA DE ARTÉRIA PULMONAR	R\$ 358,00
4.08.13.100	ANGIOPLASTIA DE ARTÉRIA VISCERAL - POR VASO	R\$ 280,00
4.08.13.118	ANGIOPLASTIA ARTERIAL OU VENOSA DE ANASTOMOSE VASCULAR DE FÍGADO TRANSPLANTADO	R\$ 358,00
4.08.13.126	ANGIOPLASTIA RENAL PARA TRATAMENTO DE HIPERTENSAO RENOVASCULAR OU OUTRA CONDICAÇÃO	R\$ 280,00
4.08.13.134	ANGIOPLASTIA ARTERIAL OU VENOSA DE ANASTOMOSE VASCULAR DE RIM TRANSPLANTADO	R\$ 280,00
4.08.13.142	ANGIOPLASTIA DE RAMOS HIPOGÁSTRICOS PARA TRATAMENTO DE IMPOTÊNCIA	R\$ 262,00
4.08.13.150	ANGIOPLASTIA DE TRONCO VENOSO	R\$ 204,00
4.08.13.169	ANGIOPLASTIA VENOSA PARA TRATAMENTO DE SÍNDROME DE BUDD-CHIARI	R\$ 338,00
4.08.13.177	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTANEA	R\$ 184,00
4.08.13.185	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTANEA PARA TRATAMENTO DE OBSTRUÇÃO ARTERIAL	R\$ 238,00
4.08.13.193	COLOCACAO DE STENT EM RAMO INTRACRANIANO - POR VASO	R\$ 358,00
4.08.13.207	COLOCACAO DE STENT EM TRONCO SUPRA-AORTICO	R\$ 280,00
4.08.13.215	COLOCACAO DE STENT AORTICO	R\$ 280,00
4.08.13.223	COLOCACAO DE STENT PARA TRATAMENTO DE SINDROME DE VCI	R\$ 262,00
4.08.13.231	COLOCACAO DE CATETER VENOSO CENTRAL OU PORTOCATH	R\$ 60,00
4.08.13.240	COLOCACAO DE FILTRO DE VCI PARA PREVENCAO DE TEP	R\$ 192,00
4.08.13.258	COLOCAÇÃO DE STENT EM ARTÉRIA VISCERAL - POR VASO	R\$ 338,00
4.08.13.266	COLOCAÇÃO DE STENT PARA TRATAMENTO DE OBSTRUÇÃO ARTERIAL OU VENOSA - POR VASO	R\$ 280,00
4.08.13.274	COLOCAÇÃO DE STENT REVESTIDO (STENT-GRAFT) PARA TRATAMENTO DE ABEURISMA PERIFERICO	R\$ 280,00
4.08.13.282	COLOCAÇÃO DE STENT REVESTIDO (STENT-GRAFT) PARA TRATAMENTO DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA	R\$ 280,00

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.08.13.290	COLOCAÇÃO DE STENT EM ESTENOSE VASCULAR DE ENXERTO TRANSPLANTADO	R\$ 338,00
4.08.13.304	COLOCACAO DE STENT EM TRAQUEIA OU BRONQUIO	R\$ 184,00
4.08.13.312	COLOCACAO DE STENT ESOFAGIANO. DUODENAL OU COLONICO	R\$ 184,00
4.08.13.320	COLOCACAO DE STENT BILIAR	R\$ 218,00
4.08.13.339	COLOCACAO DE STENT RENAL	R\$ 304,00
4.08.13.347	COLOCACAO PERCUTANEA DE CATETER PIELOVESICAL	R\$ 192,00
4.08.13.355	COLOCACAO PERCUTANEA DE STENT VASCULAR	R\$ 204,00
4.08.13.363	COLUNA VERTEBRAL: INFILTRAÇÃO FORAMINAL OU FACETÁRIA OU ARTTCULAR	R\$ 80,00
4.08.13.371	DILATAcao PERCUTANEA DE ESTENOSE BILIAR CICATRICIAL	R\$ 184,00
4.08.13.380	DILATAcao PERCUTANEA DE ESTENOSE DE CONDUTO URINARIO	R\$ 130,00
4.08.13.398	DILATAcao PERCUTANEA DE ESTENOSE DE DUCTO PANCREATICO	R\$ 120,00
4.08.13.401	ATERECTOMIA PERCUTANEA ORIENTADA POR RX	R\$ 204,00
4.08.13.410	DRENAGEM PERCUTANEA DE COLECAO PLEURAL	R\$ 74,00
4.08.13.428	DRENAGEM PERCUTANEA DE PNEUMOTORAX	R\$ 80,00
4.08.13.436	DRENAGEM DE ABSCESSO PULMONAR OU MEDIASTINAL	R\$ 92,00
4.08.13.444	DRENAGEM MEDIASTINAL ORIETADA PO RX OU TC	R\$ 80,00
4.08.13.452	DRENAGEM PERCUTÂNEA DE COLEÇÃO INFECTADA ABDOMINAL	R\$ 86,00
4.08.13.460	DRENAGEM PERCUTANEA DE ABSCESSO HEPATICO OU PANCREATICO	R\$ 92,00
4.08.13.479	DRENAGEM PERCUTANEA DE CISTO HEPATICO OU PANCREATICO	R\$ 92,00
4.08.13.487	DRENAGEM PERCUTANEA DE VIA BILIAR	R\$ 100,00
4.08.13.495	DRENAGEM PERCUTANEA DE CISTO RENAL	R\$ 66,00
4.08.13.509	DRENAGEM PERCUTANEA DE ABSCESSO RENAL	R\$ 92,00
4.08.13.517	DRENAGEM PERCUTANEA DE COLECAO INFECTADA PROFUNDA	R\$ 110,00
4.08.13.525	DRENAGEM PERCUTÂNEA DE ABSCESSO RETROPERITONEAL OU PÉLVICO	R\$ 92,00
4.08.13.533	DRENAGEM PERCUTANEA NAO ESPECIFICADA	R\$ 110,00
4.08.13.541	EMBOLIZACAO DE ANEURISMA CEREBRAL POR OCLUSAO SACULAR - POR VASO	R\$ 392,00
4.08.13.550	EMBOLIZACAO DE ANEURISMA CEREBRAL POR OCLUSAO VASCULAR - POR VASO	R\$ 304,00
4.08.13.568	EMBOLIZACAO DE MALFORMACAO ARTERIOVENOSA CEREBRAL OU MEDULAR - POR VASO	R\$ 304,00
4.08.13.576	EMBOLIZACAO DE FISTULA ARTERIOVENOSA EM CABECA. PESCOCO OU COLUNA - POR VASO	R\$ 280,00
4.08.13.584	EMBOLIZACAO PARA TRATAMENTO DE EPISTAXE	R\$ 204,00
4.08.13.592	EMBOLIZACAO DE ANEURISMA OU PSEUDOANEURISMA VISCERAL	R\$ 280,00
4.08.13.606	EMBOLIZACAO BRONQUICA PARA TRATAMENTO DE HEMOPTISE	R\$ 184,00
4.08.13.614	EMBOLIZACAO PULMONAR PARA TRATAMENTO DE FISTULA ARTERIOVENOSA OU OUTRA SITUACAO	R\$ 280,00
4.08.13.622	EMBOLIZACAO DE VARIZES ESOFAGIANAS OU GASTRICAS	R\$ 218,00
4.08.13.630	EMBOLIZACAO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA	R\$ 184,00
4.08.13.649	EMBOLIZACAO DE RAMO PORTAL	R\$ 304,00
4.08.13.657	EMBOLIZACAO ESPLENICA PARA TRATAMENTO DE HIPERESPLENISMO OU OUTRA SITUACAO	R\$ 184,00
4.08.13.665	EMBOLIZACÃO ARTERIAL PARA TRATAMENTO DE PRIAPISMO	R\$ 280,00
4.08.13.673	EMBOLIZACAO PARA TRATAMENTO DE IMPOTENCIA	R\$ 184,00

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.08.13.681	EMBOLIZACAO DE RAMOS HIPOGASTRICOS PARA TRATAMENTO DE SANGRAMENTO GINECOLOGICO	R\$ 204,00
4.08.13.690	EMBOLIZACAO SELETIVA DE FISTULA OU ANEURISMA RENAL PARA TRATAMENTO DE HEMATURIA	R\$ 280,00
4.08.13.703	EMBOLIZACAO DE ARTERIA RENAL PARA NEFRECTOMIA	R\$ 184,00
4.08.13.711	EMBOLIZACAO DE FISTULA ARTERIOVENOSA NAO ESPECIFICADA ACIMA - POR VASO	R\$ 218,00
4.08.13.720	EMBOLIZACAO DE MALFORMACAO VASCULAR - POR VASO	R\$ 184,00
4.08.13.738	EMBOLIZACAO DE PSEUDOANEURISMA - POR VASO	R\$ 280,00
4.08.13.746	EMBOLIZAÇÃO DE ARTÉRIA UTERINA PARA TRATAMENTO DE MIOMA OU OUTRAS SITUAÇÕES	R\$ 204,00
4.08.13.754	EMBOLIZACAO DE VEIA ESPERMATICA PARA TRATAMENTO DE VARICOCELE	R\$ 184,00
4.08.13.762	EMBOLIZACAO DE VEIAS OVARIANAS PARA TRATAMENTO DE VARICOCELE	R\$ 204,00
4.08.13.770	EMBOLIZACAO DEFINITIVA NAO ESPECIFICADA ACIMA - POR VASO	R\$ 262,00
4.08.13.789	EMBOLIZACAO DE TUMOR DE CABECA E PESCOÇO	R\$ 204,00
4.08.13.797	EMBOLIZACAO DE TUMOR DO APARELHO DIGESTIVO	R\$ 280,00
4.08.13.800	EMBOLIZACAO DE TUMOR OSSEO OU DE PARTES MOLES	R\$ 204,00
4.08.13.819	EMBOLIZACAO DE TUMOR NAO ESPECIFICADO	R\$ 184,00
4.08.13.827	TRAQUEOTOMIA PERCUÂNEA ORIENTADA POR RX OU TC	R\$ 74,00
4.08.13.835	GASTROSTOMIA PERCUTANEA ORIENTADA POR RX OU TC	R\$ 120,00
4.08.13.843	COLECISTOSTOMIA PERCUTANEA ORIENTADA POR RX. US OU TC	R\$ 120,00
4.08.13.851	ESCLEROSE PERCUTANEA DE CISTO PANCREATICO	R\$ 120,00
4.08.13.860	CELOSTOMIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR RX OU TC	R\$ 130,00
4.08.13.878	NEFROSTOMIA PERCUTANEA ORIENTADA POR RX. US. TC OU RM	R\$ 120,00
4.08.13.886	PIELOGRAFIA PERCUTANEA ORIENTADA POR RX. US. TC OU RM	R\$ 60,00
4.08.13.894	EXÉRSE PERCUTÂNEA TUMOR BENIGNO ORIETNTADA POR RX. TC. US. RM	R\$ 204,00
4.08.13.908	QUIMIOTERAPIA POR CATETER DE TUMOR DE CABEÇA E PESCOÇO	R\$ 130,00
4.08.13.916	QUIMIOEMBOLIZACAO PARA TRATAMENTO DE TUMOR HEPATICO	R\$ 184,00
4.08.13.924	QUIMIOTERAPIA POR CATETER INTRA-ARTERIAL	R\$ 170,00
4.08.13.932	TIPS - ANASTOMOSE PORTO-CAVA PERCUTANEA PARA TRATAMENTO DE HIPERTENSAO PORTAL	R\$ 280,00
4.08.13.940	IMPLANTE DE ENDOPRÓTESE EM ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL OU TORÁCICA COM STENT REVESTIDO (STENT-GRANT	R\$ 280,00
4.08.13.959	IMPLANTE DE ENDOPRÓTESE EM DISSECÇÃO DE AORTA ABDOMINAL OU TORÁCICA COM STENT REVESTIDO (STENT-GRANF	R\$ 280,00
4.08.13.967	TRATAMENTO DE PSEUDOANEURISMA POR COMPRESSÃO COM US-DOPPLER	R\$ 60,00
4.08.13.975	TRATAMENTO DO VASOESPASMO	R\$ 218,00
4.08.13.983	TROMBECTOMIA MECÂNICA PARA TRATAMENTO DE TEP	R\$ 338,00
4.08.13.991	TROMBECTOMIA MECANICA VENOSA	R\$ 338,00

RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA I – CÓDIGO IPESAÚDE – (PACOTE HOSPITALAR / AMBULATORIAL)

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
0.92.12.0121	ANGIOPLASTIA DE AORTA ABDOMINAL SEM STENT	R\$ 6.366,36
0.92.12.0130	ANGIOPLASTIA ARTÉRIA PULMONAR SEM STENT	R\$ 5.357,66
0.92.12.0148	ANGIOPLASTIA ARTÉRIA VISCERAL SEM STENT	R\$ 5.357,66
0.92.12.0156	ANGIOPLASTIA ARTÉRIA HEPÁTICA TRANSPLANTADA SEM STENT	R\$ 5.357,67

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
0.92.12.0164	ANGIOPLASTIA ARTÉRIA RENAL SEM STENT (UNILATERAL)	R\$ 5.357,66
0.92.12.0172	ANGIOPLASTIA ARTÉRIA RENAL TRANSPLANTADA SEM STENT (UNILATERAL)	R\$ 5.357,66
0.92.12.0180	ANGIOPLASTIA DE VEIA HEPÁTICA SEM STENT PARA BUDD-CHIARI	R\$ 5.357,66
0.92.12.0199	ANGIOPLASTIA ARTÉRIAS DE MEMBROS SEM STENT (UNILATERAL)	R\$ 5.357,67
0.92.12.0202	ANGIOPLASTIA VENOSA DE MEMBROS SEM STENT (UNILATERAL)	R\$ 5.357,67
0.92.12.0229	ANGIOPLASTIA DE AORTA ABDOMINAL COM STENT	R\$ 21.816,00
0.92.12.0237	ANGIOPLASTIA ILÍACA BILATERAL COM STENT	R\$ 38.681,91
0.92.12.0318	ANGIOPLASTIA DE VEIA HEPÁTICA PARA BUDD-CHIARI COM STENT	R\$ 9.500,00
0.92.12.0326	ANGIOPLASTIA ARTERIAL DE MEMBRO COM STENT (UNILATERAL)	R\$ 20.546,44
0.92.12.0342	ANGIOPLASTIA DE CAROTIDA COM STENT	R\$ 33.117,47
0.92.12.0350	ANGIOPLASTIA ARTÉRIA PULMONAR COM STENT	R\$ 9.500,00
0.92.12.0369	ANGIOPLASTIA VISCERAL COM STENT	R\$ 10.883,67
0.92.12.0377	ANGIOPLASTIA ARTÉRIA HEPÁTICA TRANSPLANTADA COM STENT	R\$ 9.500,00
0.92.12.0385	ANGIOPLASTIA ARTÉRIA RENAL COM STENT (UNILATERAL)	R\$ 9.500,00
0.92.12.0393	ANGIOPLASTIA ARTÉRIA RENAL TRANSPLANTADA COM STENT	R\$ 9.500,00
0.92.12.0407	ANGIOPLASTIA VENOSA DE MEMBROS COM STENT (UNILATERAL)	R\$ 20.560,63
0.92.12.0458	TIPS	R\$ 40.000,00
0.92.12.0466	IMPLANTE DE FILTRO EM VEIA CAVA	R\$ 11.808,72
0.92.12.0474	RETIRADA PERCUTANEA DE CORPO EXTRANHO	R\$ 15.334,47
0.92.12.0490	DRENAGEM BILIAR PERCUTANEA UNILATERAL	R\$ 6.199,72
0.92.12.0504	DRENAGEM BILIAR PERCUTANEA BILATERAL	R\$ 7.533,70
0.92.12.0512	DRENAGEM DE COLEÇÃO HEPÁTICA	R\$ 4.268,87
0.92.12.0520	DRENAGEM DE COLEÇÃO ABDOMINAL	R\$ 4.268,87
0.92.12.0555	EMBOLIZAÇÃO DE MIOMATOSE UTERINA	R\$ 16.650,32
0.92.12.0563	QUIMIOEMBOLIZAÇÃO HEPÁTICA	R\$ 13.825,83
0.92.12.0571	EMBOLIZAÇÃO DE TUMOR RENAL	R\$ 23.183,57
0.92.12.0580	EMBOLIZAÇÃO BRÔNQUICA	R\$ 12.961,70
0.92.12.0598	EMBOLIZAÇÃO SANGRAMENTO COM MOLA	R\$ 18.433,77
0.92.12.0601	EMBOLIZAÇÃO SANGRAMENTO COM PARTICULA	R\$ 14.677,05
0.92.12.0610	EMBOLIZAÇÃO SANGRAMENTO COM COLA	R\$ 16.095,75
0.92.12.0768	ANGIOGRAFIA CEREBRAL	R\$ 1.405,41
0.92.12.0776	ALCOOLIZAÇÃO	R\$ 1.630,58

RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA I – CÓDIGO IPESAÚDE – (PACOTE DE HONORÁRIO MÉDICO DA EQUIPE CIRÚRGICA)

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
0.92.71.0590	DRENAGEM BILIAR PERCUTÂNEA BILATERAL (PACOTE HONORÁRIOS MÉDICOS DA EQUIPE CIRÚRGICA)	R\$ 967,89
0.92.71.0603	DRENAGEM BILIAR PERCUTÂNEA UNILATERAL (PACOTE HONORÁRIOS MÉDICOS DA EQUIPE CIRÚRGICA)	R\$ 967,89
0.92.71.0611	DRENAGEM DE COLEÇÃO ABDOMINAL (PACOTE HONORÁRIOS MÉDICOS DA EQUIPE CIRÚRGICA)	R\$ 332,09
0.92.71.0620	DRENAGEM DE COLEÇÃO HEPÁTICA (PACOTE HONORÁRIOS MÉDICOS DA EQUIPE CIRÚRGICA)	R\$ 349,79
0.92.71.0638	EMBOLIZAÇÃO BRÔNQUICA (PACOTE HONORÁRIOS MÉDICOS DA EQUIPE CIRÚRGICA)	R\$ 997,40

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
0.92.71.0646	EMBOLOGIZAÇÃO DE MIOMATOSE UTERINA (PACOTE HONORÁRIOS MÉDICOS DA EQUIPE CIRÚRGICA)	R\$ 1.519,71
0.92.71.0654	EMBOLOGIZAÇÃO DE TUMOR RENAL (PACOTE HONORÁRIOS MÉDICOS DA EQUIPE CIRÚRGICA)	R\$ 888,22
0.92.71.0662	EMBOLOGIZAÇÃO SANGRAMENTO COM COLA (PACOTE HONORÁRIOS MÉDICOS DA EQUIPE CIRÚRGICA)	R\$ 997,40
0.92.71.0670	EMBOLOGIZAÇÃO SANGRAMENTO COM MOLA (PACOTE HONORÁRIOS MÉDICOS DA EQUIPE CIRÚRGICA)	R\$ 997,40
0.92.71.0689	EMBOLOGIZAÇÃO SANGRAMENTO COM PARTÍCULA (PACOTE HONORÁRIOS MÉDICOS DA EQUIPE CIRÚRGICA)	R\$ 997,40
0.92.71.0697	QUIMIOEMBOLOGIZAÇÃO HEPÁTICA (PACOTE HONORÁRIOS MÉDICOS DA EQUIPE CIRÚRGICA)	R\$ 1.088,88
0.92.71.0700	TIPS (PACOTE HONORÁRIOS MÉDICOS DA EQUIPE CIRÚRGICA)	R\$ 3.258,47
0.92.71.0719	IMPLANTE DE FILTRO EM VEIA CAVA (PACOTE HONORÁRIOS MÉDICOS DA EQUIPE CIRÚRGICA)	R\$ 694,20
0.92.71.0727	RETIRADA PERCUTÂNEA DE CORPO ESTRANHO (PACOTE HONORÁRIOS MÉDICOS DA EQUIPE CIRÚRGICA)	R\$ 770,92
0.92.71.0735	ANGIOGRAFIA CELEBRAL (PACOTE HONORÁRIOS MÉDICOS DA EQUIPE CIRÚRGICA)	R\$ 542,96
0.92.71.0743	ALCOOLIZAÇÃO (PACOTE HONORÁRIOS MÉDICOS DA EQUIPE CIRÚRGICA)	R\$ 317,79
0.92.71.0751	ANGIOPLASTIA DE AORTA ABDOMINAL SEM STENT (PACOTE HONORÁRIOS MÉDICOS DA EQUIPE CIRÚRGICA)	R\$ 881,03
0.92.71.0760	ANGIOPLASTIA ARTÉRIA PULMONAR SEM STENT (PACOTE HONORÁRIOS MÉDICOS DA EQUIPE CIRÚRGICA)	R\$ 993,90
0.92.71.0778	ANGIOPLASTIA ARTÉRIA VISCERAL SEM STENT (PACOTE HONORÁRIOS MÉDICOS DA EQUIPE CIRÚRGICA)	R\$ 993,90
0.92.71.0786	ANGIOPLASTIA ARTÉRIA HEPÁTICA TRANSPLATADA SEM STENT (PACOTE HONORÁRIOS MÉDICOS DA EQUIPE CIRÚRGICA)	R\$ 1.238,45
0.92.71.0794	ANGIOPLASTIA ARTÉRIA RENAL SEM STENT - UNILATERAL (PACOTE HONORÁRIOS MÉDICOS DA EQUIPE CIRÚRGICA)	R\$ 993,90
0.92.71.0808	ANGIOPLASTIA ARTÉRIA RENAL TRANSPLATADA SEM STENT - UNILATERAL (PACOTE HONORÁRIOS MÉDICOS DA EQUIPE)	R\$ 993,90
0.92.71.0816	ANGIOPLASTIA DE VEIA HEPÁTICA SEM STENT PARA BUDD - CHIARI (PACOTE HONORÁRIOS MÉDICOS DA EQUIPE CI)	R\$ 993,90
0.92.71.0824	ANGIOPLASTIA ARTERIAS DE MEMBROS SEM STENT - UNILATERAL (PACOTE HONORÁRIOS MÉDICOS DA EQUIPE CIRÚR)	R\$ 862,21
0.92.71.0832	ANGIOPLASTIA VENOSA DE MEMBROS SEM STENT - UNILATERAL (PACOTE HONORÁRIOS MÉDICOS DA EQUIPE CIRÚRGIC)	R\$ 862,21
0.92.71.0840	ANGIOPLASTIA DE AORTA ABDOMINAL COM STENT (PACOTE HONORÁRIOS MÉDICOS DA EQUIPE CIRÚRGICA)	R\$ 1.124,29
0.92.71.0859	ANGIOPLASTIA DE CARÓTIDA COM STENT (PACOTE HONORÁRIOS MÉDICOS DA EQUIPE CIRÚRGICA)	R\$ 1.262,98
0.92.71.0867	ANGIOPLASTIA ILÍCA BILATERAL COM STENT (PACOTE HONORÁRIOS MÉDICOS DA EQUIPE CIRÚRGICA)	R\$ 1.584,63
0.92.71.0875	ANGIOPLASTIA ARTERIAL DE MEMBROS COM STENT - UNILATERAL (PACOTE HONORÁRIOS MÉDICOS DA EQUIPE CIRÚRG)	R\$ 935,43
0.92.71.0883	ANGIOPLASTIA ARTÉRIA HEPÁTICA TRANSPLATADA COM STENT (PACOTE HONORÁRIOS MÉDICOS DA EQUIPE CIRÚRGICA)	R\$ 1.106,59
0.92.71.0891	ANGIOPLASTIA ARTÉRIA PULMONAR COM STENT (PACOTE HONORÁRIOS MÉDICOS DA EQUIPE CIRÚRGICA)	R\$ 1.106,59
0.92.71.0905	ANGIOPLASTIA ARTÉRIA RENAL COM STENT - UNILATERAL (PACOTE HONORÁRIOS MÉDICOS DA EQUIPE CIRÚRGICA)	R\$ 1.106,59
0.92.71.0913	ANGIOPLASTIA ARTÉRIA RENAL TRANSPLATADA COM STENT - UNILATERAL	R\$ 1.106,59

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
	(PACOTE HONORÁRIOS MÉDICOS DA EQUIPE	
0.92.71.0921	ANGIOPLASTIA DE VEIA HEPÁTICA PARA BUDD - CHIARI COM STENT (PACOTE HONORÁRIOS MÉDICOS DA EQUIPE CIR	R\$ 935,43
0.92.71.0930	ANGIOPLASTIA VISCERAL COM STENT (PACOTE HONORÁRIOS MÉDICOS DA EQUIPE CIRÚRGICA)	R\$ 1.106,59
0.92.71.0948	ANGIOPLASTIA VENOSA DE MEMBROS COM STENT - UNILATERAL (PACOTE HONORÁRIOS MÉDICOS DA EQUIPE CIRÚRGIC	R\$ 935,43

RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA II

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.08.14.017	TROMBECTOMIA MEDICAMENTOSA PARA TRATAMENTO DE TEP	R\$ 304,00
4.08.14.025	TROMBOLISE MEDICAMENTOSA ARTERIAL OU VENOSA - POR VASO	R\$ 262,00
4.08.14.033	TROMBOLISE MEDICAMENTOSA ARTERIAL OU VENOSA PARA TRATAMENTO DE ISQUEMIA MESENTERICA	R\$ 262,00
4.08.14.041	TROMBOLISE MEDICAMENTOSA EM TRONCOS SUPRA-AORTICOS E INTRACRANIANOS	R\$ 280,00
4.08.14.068	RETIRADA PERCUTANEA DE CALCULOS BILIARES ORIENTADA POR RX. US OU TC	R\$ 170,00
4.08.14.076	RETIRADA PERCUTANEA DE CALCULOS RENAIIS ORIENTADA POR RX. US OU TC	R\$ 170,00
4.08.14.084	RETIRADA PERCUTANEA DE CORPO ESTRANHO INTRAVASCULAR	R\$ 218,00
4.08.14.092	OSTEOPLASTIA OU DISCECTOMIA PERCUTANEA (VERTEBROPLASTIA E OUTRAS)	R\$ 204,00
4.08.14.106	DISCOGRAFIA	R\$ 60,00
4.08.14.114	LITOTRIPSIA MECÂNICA DE CÁLCULOS RENAIIS ORIENTADA POR RX OU US	R\$ 153,60
4.08.14.122	TRIRURAÇÃO DE CALCIFICAÇÃO TENDÍNEA ORIENTADA POR RX OU US	R\$ 64,00
4.08.14.130	SINUSOGRAFIA (ABSCESSOGRAFIA)	R\$ 40,00
4.08.14.149	PARACENTESE ORIENTADA POR RX OU US	R\$ 40,00
4.08.14.157	MANIPULAÇÃO DE DRENOS PÓS DRENAGEM (ORIENTADA POR RX, TC, US OU RM)	R\$ 35,20

ULTRA-SONOGRAFIA DIAGNÓSTICA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.09.01.017	GLOBO OCULAR - BILATERAL	R\$ 51,98
4.09.01.025	GLOBO OCULAR COM DOPPLER COLORIDO - BILATERAL	R\$ 98,87
4.09.01.033	GLANDULAS SALIVARES (TODAS)	R\$ 51,98
4.09.01.041	TORACICO EXTRACARDIACO	R\$ 35,21
4.09.01.076	ULTRA SONOGRAFIA - ECODOPPLERCARDIOGRAMA COM ESTRESSE FARMACOLOGICO	R\$ 244,58
4.09.01.084	ULTRA SONOGRAFIA - ECODOPPLERCARDIOGRAMA FETAL COM MAPEAMENTO DE FLUXO EM CORES	R\$ 137,47
4.09.01.092	ULTRA SONOGRAFIA - ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO (INCLUI TRANSTORACICO)	R\$ 244,58
4.09.01.106	ULTRA SONOGRAFIA - ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSTORACICO	R\$ 161,38
4.09.01.114	ULTRA MAMAS	R\$ 51,98
4.09.01.122	ABDOME TOTAL (INCLUI Pelve)	R\$ 89,63
4.09.01.130	ABDOME SUPERIOR (FIGADO. VIAS BILIARES. VESICULA. PANCREAS. BACO)	R\$ 62,70
4.09.01.149	RETROPERITONIO (GRANDES VASOS OU ADRENAIS)	R\$ 68,51

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.09.01.157	APARELHO URINARIO FEMININO (RINS. URETERES E BEXIGA)	R\$ 55,01
4.09.01.165	APARELHO URINARIO MASCULINO (RINS. URETERES E BEXIGA)	R\$ 75,24
4.09.01.173	ABDOME INFERIOR MASCULINO (BEXIGA. PROSTATA E VESICULAS SEMINAIS)	R\$ 58,70
4.09.01.181	ABDOME INFERIOR FEMININO (BEXIGA. UTERO. OVARIO E ANEXOS)	R\$ 58,70
4.09.01.190	DERMATOLÓGICO - PELE SUBCUTÂNEO	R\$ 38,90
4.09.01.203	ORGAOS SUPERFICIAIS (TIREOIDE OU ESCROTO OU PENIS OU CRANIO)	R\$ 43,29
4.09.01.211	ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (CERVICAL OU AXILAS OU MUSCULO OU TENDAO)	R\$ 43,29
4.09.01.220	ARTICULAR (POR ARTICULACAO)	R\$ 51,98
4.09.01.238	OBSTETRICA	R\$ 37,97
4.09.01.246	OBSTETRICA CONVENCIONAL COM DOPPLER COLORIDO	R\$ 88,83
4.09.01.254	OBSTETRICA COM TRANSLUCENCIA NUCAL	R\$ 77,69
4.09.01.262	OBSTETRICA MORFOLOGICA	R\$ 93,64
4.09.01.270	OBSTETRICA GESTACAO MULTIPLA: CADA FETO	R\$ 26,18
4.09.01.289	OBSTETRICA GESTACAO MULTIPLA COM DOPPLER COLORIDO: CADA FETO	R\$ 47,11
4.09.01.297	OBSTETRICA 1 TRIMESTRE (ENDOVAGINAL)	R\$ 83,74
4.09.01.300	TRANSVAGINAL (INCLUI ABDOME INFERIOR FEMININO)	R\$ 51,05
4.09.01.319	TRANSVAGINAL PARA CONTROLE DE OVULACAO (3 OU MAIS EXAMES) (INCLUI ABDOME INFERIOR FEMININO)	R\$ 106,29
4.09.01.335	PROSTATA TRANSRETAL (INCLUI ABDOME INFERIOR MASCULINO)	R\$ 77,69
4.09.01.351	ULTRA SONOGRAFIA - DOPPLER COLORIDO TRANSCRANIANO OU TRANSFONTANELA	R\$ 200,00
4.09.01.360	ULTRA SONOGRAFIA - DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS ARTERIAIS BILATERAL (CAROTIDAS E VERTEBRAIS)	R\$ 131,75
4.09.01.378	ULTRA SONOGRAFIA - DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS VENOSOS BILATERAL (SUBCLAVIAS E JUGULARES)	R\$ 149,35
4.09.01.386	ULTRA SONOGRAFIA - DOPPLER COLORIDO DE ORGAO OU ESTRUTURA ISOLADA (INCLUI CORACAO)	R\$ 106,06
4.09.01.394	ULTRA SONOGRAFIA - DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ARTERIAS RENAIIS	R\$ 114,37
4.09.01.408	ULTRA SONOGRAFIA - DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ILIACAS	R\$ 114,37
4.09.01.416	ULTRA SONOGRAFIA - DOPPLER COLORIDO DE ARTERIAS VISCERAIS (MESENTERICAS SUPERIOR E INFERIOR E TRONCO)	R\$ 114,37
4.09.01.424	ULTRA SONOGRAFIA - DOPPLER COLORIDO DE HEMANGIOMA	R\$ 114,37
4.09.01.432	ULTRA SONOGRAFIA - DOPPLER COLORIDO DE VEIA CAVA SUPERIOR OU INFERIOR	R\$ 114,37
4.09.01.440	ULTRA SONOGRAFIA - DOPPLER COLORIDO PENIANO COM FARMACO- INDUCAO	R\$ 140,86
4.09.01.459	ULTRA SONOGRAFIA - DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR - UNILATERAL	R\$ 148,06
4.09.01.467	ULTRA SONOGRAFIA - DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO SUPERIOR - UNILATERAL	R\$ 165,66
4.09.01.475	ULTRA SONOGRAFIA - DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR - UNILATERAL	R\$ 148,06
4.09.01.483	ULTRA SONOGRAFIA - DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO INFERIOR - UNILATERAL	R\$ 165,66
4.09.01.505	OBSTETRICA: PERFIL BIOFISICO FETAL	R\$ 93,64

ULTRA-SONOGRAFIA INTERVENCIONISTA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.09.02.013	OBSTETRICA: COM AMNIOCENTESE	R\$ 77,05
4.09.02.021	OBSTÉTRICA 1º TRIMESTRE COM PUNÇÃO: BIÓPSIA OU ASPIRATIVA	R\$ 119,01
4.09.02.030	PROSTATA TRANSRETAL COM BIOPSIA - ATE 8 FRAGMENTOS	R\$ 123,05
4.09.02.048	PROSTATA TRANSRETAL COM BIOPSIA - MAIS DE 8 FRAGMENTOS	R\$ 144,37
4.09.02.056	ULTRA SONOGRAFIA INTERVENCIONISTA – INTRA-OPERATÓRIO	R\$ 109,05
4.09.02.064	DOPPLER COLORIDO INTRA-OPERATÓRIO	R\$ 150,37
4.09.02.072	ULTRA SONOGRAFIA INTERVENCIONISTA - ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSOPERATORIO (TRANSESOFAGICO OU EPICARD) – (1 HORA)	R\$ 67,38
4.09.02.080	ULTRA SONOGRAFIA INTERVENCIONISTA - ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSOPERATORIO (TRANSESOFAGICO OU EPICARD) – POR HORA SUPLEMENTAR	R\$ 19,69
4.09.02.099	PUNCAO ASPIRATIVA ORIENTADA POR US (ACRESCENTAR O EXAME DE BASE)	R\$ 34,50
4.09.02.102	PUNÇÃO VASCULAR ORIENTADA POR US (ACRESCENTAR O EXAME DE BASE)	R\$ 34,50
4.09.02.110	DRENAGEM PERCUTANEA ORIENTADA POR US (ACRESCENTAR O EXAME DE BASE)	R\$ 80,00

ULTRA-SONOGRAFIA INTERVENCIONISTA – CÓDIGO IPESAÚDE

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
0.92.17.5007	PUNÇÃO ASPIRATIVA POR AGULHA FINA DE TIRÉÓIDE. FINFONODOS CERVICAIS. PARÓTIDAS. PARATIREÓIDES. GUIAD	R\$ 254,00
0.92.17.5015	DRENAGEM PERCUTÂNEA. GUIADA POR ULTRASSOGRAFIA	R\$ 254,00
0.92.17.5023	INJEÇÃO PERCUTÂNEA DE ETANOL. GUIADA POR ULTRASSONOGRAFIA	R\$ 254,00
0.92.17.0323	ENDOSCOPIA RESPIATÓRIA INTERVENCIONISTA	R\$ 750,00
0.92.99.0304	BIOPSIA DE PRÓSTATA GUIADA POR USG - TR SOB SEDAÇÃO (PACOTE EQUIPE MÉDICA E UNIDADE HOSPITALAR)	R\$ 650,00

PROCEDIMENTOS

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.13.01.013	ANGIOFLUORESCINOGRAFIA - MONOCULAR	R\$ 51,54
4.13.01.021	ANGIOGRAFIA COM INDOCIANINA VERDE - MONOCULAR	R\$ 33,91
4.13.01.030	AVALIACAO ORBITO-PALPEBRAL-EXOFTALMOMETRIA - BINOCULAR	R\$ 8,42
4.13.01.048	BIOIMPEDANCIOMETRIA (AMBULATORIAL) EXAME	R\$ 14,40
4.13.01.056	BIOPSIA DO VILO CORIAL	R\$ 79,20
4.13.01.064	CALORIMETRIA INDIRETA (AMBULATORIAL) EXAME	R\$ 23,60
4.13.01.072	CAMPIMETRIA MANUAL - MONOCULAR	R\$ 21,60
4.13.01.080	CERATOSCOPIA COMPUTADORIZADA - MONOCULAR	R\$ 45,00
4.13.01.099	COLETA DE MATERIAL CÉRVICO - VAGINAL	R\$ 7,20
4.13.01.102	COLPOSCOPIA (CERVIX UTERINA E VAGINA)	R\$ 22,50
4.13.01.110	CORDOCENTESE	R\$ 79,20
4.13.01.129	CURVA TENSIONAL DIARIA - BINOCULAR	R\$ 32,68
4.13.01.137	DERMATOSCOPIA (POR LESÃO)	R\$ 7,20
4.13.01.145	ERECAO FARMACO-INDUZIDA	R\$ 21,60
4.13.01.153	ESTEREO-FOTO DE PAPILA - MONOCULAR	R\$ 33,65

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.13.01.161	ESTESIOMETRIA	R\$ 6,09
4.13.01.170	ESTUDO DA PELICULA LACRIMAL - BINOCULAR	R\$ 13,88
4.13.01.188	EXAME A FRESCO DO CONTEUDO VAGINAL E CERVICAL	R\$ 14,40
4.13.01.196	EXAME BACTERIOSCÓPICO DE LESÃO CUTÂNEA. MUCO OU LINFA	R\$ 7,20
4.13.01.200	EXAME DE MOTILIDADE OCULAR (TESTE ORTOPTICO) - BINOCULAR	R\$ 8,42
4.13.01.218	EXAME MICOLOGICO - CULTURA E IDENTIFICACAO DE COLONIA	R\$ 7,20
4.13.01.226	EXAME MICOLOGICO DIRETO (POR LOCAL)	R\$ 7,20
4.13.01.234	FOTODERMATOSCOPIA (POR LESÃO)	R\$ 7,20
4.13.01.242	GONIOSCOPIA - BINOCULAR	R\$ 12,57
4.13.01.250	MAPEAMENTO DE RETINA (OFTALMOSCOPIA INDIRETA) - BINOCULAR	R\$ 26,05
4.13.01.269	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA - MONOCULAR	R\$ 52,54
4.13.01.277	OFTALMODINAMOMETRIA - MONOCULAR	R\$ 11,98
4.13.01.285	PENISCOPIA (INCLUI BOLSA ESCROTAL)	R\$ 21,60
4.13.01.307	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL - MONOCULAR	R\$ 12,69
4.13.01.315	RETINOGRAFIA - MONOCULAR	R\$ 23,84
4.13.01.323	TONOMETRIA BINOCULAR	R\$ 14,40
4.13.01.331	TRICOGRAMA	R\$ 21,60
4.13.01.340	URODINAMICA COMPLETA	R\$ 214,76
4.13.01.358	UROFLUXOMETRIA	R\$ 47,45
4.13.01.366	VISAO SUBNORMAL - MONOCULAR	R\$ 35,24
4.13.01.374	VULVOSCOPIA (VULVA E PERINEO)	R\$ 21,60
4.13.01.382	CAPILAROSCOPIA PERIUNGUEAL	R\$ 62,10

PROCEDIMENTOS – CÓDIGO IPESAÚDE

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
0.92.17.3306	COLPOSCOPIA E CITOLOGIA ONCÓTICA (PACOTE COMPLETO)	R\$ 110,00
0.92.17.3322	SALINIZAÇÃO DE PICC	R\$ 45,00
0.92.17.3284	HEPARINIZAÇÃO DE PORT-O-CATH	R\$ 95,00
0.92.99.0355	ESTUDO URODINÂMICO COMPLETO	R\$ 350,00
0.92.99.0363	UROFLUXOMETRIA	R\$ 100,00
0.92.99.0371	PENISCOPIA	R\$ 100,00

PROCEDIMENTOS

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.14.01.034	ERGOESPIROMETRIA OU TESTE CARDIOPULMONAR DE EXERCICIO COMPLETO (ESPIROMETRIA FORCADA, CONSUMO DE O2, PRODUCAO DE CO2 E DERIVADOS, ECG, OXIMETRIA)	R\$ 90,40
4.14.01.042	PROVA DE AUTO-ROTAÇÃO CEFÁLICA	R\$ 39,71
4.14.01.069	PROVAS IMUNO-ALERGICAS PARA BACTERIAS (POR ANTIGENO)	R\$ 10,15
4.14.01.077	PROVAS IMUNO-ALERGICAS PARA FUNGOS (POR ANTIGENO)	R\$ 10,15
4.14.01.085	TESTE DA HISTAMINA	R\$ 4,26
4.14.01.093	TESTE DE ADAPTACAO PATOLOGICA (TONE DECAY TEST)	R\$ 10,49
4.14.01.107	TESTE DE BRONCOPROVOCAAO	R\$ 52,86

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.14.01.131	TESTE DE EQUILIBRIO PERITONEAL (PET)	R\$ 12,80
4.14.01.166	TESTE DE EXERCICIO EM ERGOMETRO COM REALIZACAO DE GASOMETRIA ARTERIAL	R\$ 12,80
4.14.01.174	TESTE DE EXERCÍCIO EM ERGÔMETRO COM MONITORIZAÇÃO DA FREQUÊNCIA CARDÍACA	R\$ 17,99
4.14.01.182	TESTE DE EXERCICIO EM ERGOMETRO COM MONITORIZACAO DO ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 17,99
4.14.01.190	TESTE DE EXERCICIO EM ERGOMETRO COM MEDIDA DE GASES EXPIRADOS (TESTE CARDIOPULMONAR DE EXERCICIO) COM QUALQUER ERGOMETRO	R\$ 20,00
4.14.01.212	TESTE DE GLICEROL (COM AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR PRE E POS)	R\$ 27,53
4.14.01.220	TESTE DE GLICEROL (COM ELETROCOCLEOGRAFIA PRE E POS)	R\$ 95,66
4.14.01.239	TESTE DE HILGER PARA PARALISIA FACIAL	R\$ 9,63
4.14.01.247	TESTE DE HUHNER	R\$ 6,40
4.14.01.255	TESTE DE MITSUDA	R\$ 6,29
4.14.01.263	TESTE DE PROTESE AUDITIVA	R\$ 30,76
4.14.01.271	TESTE DE SENSIBILIDADE DE CONTRASTE OU DE CORES - MONOCULAR	R\$ 12,05
4.14.01.280	TESTE DE SISI	R\$ 7,29
4.14.01.298	TESTE PARA BRONCOESPASMO DE EXERCÍCIO	R\$ 52,86
4.14.01.301	TESTE PROVOCATIVO PARA GLAUCOMA - BINOCULAR	R\$ 6,40
4.14.01.360	TESTES CUTANEO-ALERGICOS PARA ALERGENOS DA POEIRA	R\$ 10,59
4.14.01.379	TESTES CUTANEO-ALERGICOS PARA ALIMENTOS	R\$ 10,59
4.14.01.387	TESTES CUTANEO-ALERGICOS PARA FUNGOS	R\$ 10,59
4.14.01.395	TESTES CUTANEO-ALERGICOS PARA INSETOS HEMATOFAGOS	R\$ 10,59
4.14.01.409	TESTES CUTANEO-ALERGICOS PARA POLENS	R\$ 10,59
4.14.01.425	TESTES DE CONTATO - ATE 30 SUBSTANCIAS	R\$ 20,94
4.14.01.433	TESTES DE CONTATO - POR SUBSTANCIA, ACIMA DE 30	R\$ 1,35
4.14.01.441	TESTES DE CONTATO POR FOTOSSENSIBILIZACAO - ATE 30 SUBSTANCIAS	R\$ 35,20
4.14.01.450	TESTES DE CONTATO POR FOTOSSENSIBILIZACAO - POR SUBSTANCIA, ACIMA DE 30	R\$ 3,20
4.14.01.476	TESTES VESTIBULARES, COM PROVA CALORICA, COM ELETRONISTAGMOGRAFIA	R\$ 43,75
4.14.01.484	TESTES VESTIBULARES, COM PROVA CALORICA, SEM ELETRONISTAGMOGRAFIA	R\$ 20,33
4.14.01.492	TESTES VESTIBULARES, COM VECTO-ELETRONISTAGMOGRAFIA	R\$ 54,39
4.14.01.506	TILT TESTE	R\$ 92,84
4.14.01.530	TESTE CUTANEO - ALERGICO PARA EPITELIO	R\$ 9,60

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.15.01.012	BIOMETRIA ULTRA-SONICA - MONOCULAR	R\$ 35,99
4.15.01.020	CAVERNOSOMETRIA	R\$ 24,00
4.15.01.039	CAVERNOSOMETRIA POR BOMBA DE ERECAO	R\$ 24,00
4.15.01.047	DOPPLERMETRIA DOS CORDOES ESPERMATICOS	R\$ 32,00
4.15.01.055	DUPLEX-SCAN DE ARTERIAS PENIANAS	R\$ 32,00
4.15.01.063	INVESTIGACAO ULTRA-SONICA COM REGISTRO GRAFICO (QUALQUER AREA)	R\$ 42,00
4.15.01.071	INVESTIGACAO ULTRA-SONICA COM TESTE DE STRESS E COM REGISTRO	R\$ 16,00

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
	GRAFICO	
4.15.01.080	INVESTIGACAO ULTRA-SONICA COM TESTE DE STRESS E SEM REGISTRO GRAFICO	R\$ 16,00
4.15.01.098	INVESTIGACAO ULTRA-SONICA COM TESTE DE STRESS EM ESTEIRA E COM REGISTRO GRAFICO	R\$ 32,00
4.15.01.101	INVESTIGACAO ULTRA-SONICA SEM REGISTRO GRAFICO (QUALQUER AREA)	R\$ 24,00
4.15.01.128	PAQUIMETRIA ULTRA-SONICA - MONOCULAR	R\$ 24,06
4.15.01.136	TERMOMETRIA CUTANEA (POR LATERALIDADE: PESCOCO. MEMBROS. BOLSA ESCROTAL. POR TERRITORIO PENIANO)	R\$ 4,21
4.15.01.144	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA - MONOCULAR	R\$ 108,95
4.15.01.152	ULTRA-SONOGRAFIA BIOMICROSCOPICA - MONOCULAR	R\$ 16,84
4.15.01.160	ULTRA-SONOGRAFIA DIAGNOSTICA - MONOCULAR	R\$ 59,37

OUTROS EXAMES – (TOMOGRAFIA – RESSONÂNCIA – ANGIOTOMOGRAFIA) – CÓDIGO IPESAÚDE

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
0.92.17.0099	ANGIOTOMOGRAFIA – (CRÂNIO, OU PESCOÇO, OU TÓRAX – ARTERIAL E VENOSO)	750,00
0.92.17.0102	ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA	750,00
0.92.17.0110	ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA TORÁCICA	750,00
0.92.17.0129	ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL	750,00
0.92.17.0130	ANGIOTOMOGRAFIA DO ABDOMEN (SUPERIOR E Pelve – ARTERIAL E VENOSO)	750,00
0.92.17.0131	ANGIOTOMOGRAFIA DE MEMBROS SUPERIORES (SEGMENTO COMPLETO ARTERIAL E VENOSO)	750,00
0.92.17.0132	ANGIOTOMOGRAFIA DE MEMBROS INFERIORES (SEGMENTO COMPLETO ARTERIAL E VENOSO)	750,00
0.92.17.0269	RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA SEM CONTRASTE SEM SEDAÇÃO(PACOTE)	R\$ 530,00
0.92.17.0277	RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA COM CONTRASTE SEM SEDAÇÃO(PACOTE)	R\$ 698,00
0.92.17.0285	RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA COM CONTRASTE COM SEDAÇÃO(PACOTE)	R\$ 798,00
0.92.17.0293	RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA SEM CONTRASTE COM SEDAÇÃO(PACOTE)	R\$ 638,00
0.92.17.0307	PET-SCAN ONCOLÓGICO	R\$ 4.180,00
0.92.17.2024	SEGUNDO LAUDO	R\$ 318,00
0.92.17.3039	CONTRASTE PRIMOVIST	R\$ 300,00
0.92.20.0010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA - PACOTE IPESAÚDE	R\$ 256,88
0.92.20.0011	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA – CORONAVÍRUS COVID 19 – PACOTE IPESAÚDE	R\$ 256,88

RADIOTERAPIA EXTERNA E INTERVENCIONISTA – CÓDIGO IPESAÚDE

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
0.92.21.0309	RADIOTERAPIA COM PLANEJAMENTO COMPLEXO	R\$ 8.000,00
0.92.21.0317	RADIOTERAPIA COM PLANEJAMENTO TRIDIMENSIONAL	R\$ 12.000,00
0.92.21.0325	RADIOTERAPIA COM INTENSIDADE MODULADA DE FEIXE (IMRT)	R\$ 16.000,00
0.92.21.0400	BRAQUITERAPIA TRATAMENTO DE QUELÓIDE – 01 ÁREA	R\$ 2.000,00
0.92.21.0401	BRAQUITERAPIA TRATAMENTO DE QUELÓIDE – 02 ÁREAS	R\$ 4.000,00
0.92.21.0402	BRAQUITERAPIA TRATAMENTO DE QUELÓIDE – 03 ÁREAS	R\$ 6.000,00

0.92.21.0403	BRAQUITERAPIA TRATAMENTO DE QUELÓIDE – 04 ÁREAS	R\$ 8.000,00
0.92.21.0404	BRAQUITERAPIA DE CONTATO HDR OU LDR (PARA TRATAMENTO DE CÂNCER DE PELE)	R\$ 8.000,00
0.92.21.0405	BRAQUITERAPIA GINECOLÓGICA HDR COMPUTADORIZADA (4 INSERÇÕES) (PARA TRATAMENTO DE CÂNCER GINECOLÓGICO)	R\$ 10.000,00