



GOVERNO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE/CIB-TO
- SECRETARIA EXECUTIVA -

RESOLUÇÃO – CIB Nº. 116/2014, de 30 de abril de 2014.

Dispõe sobre a Tabela de Valores Complementar e Tabela de Procedimentos e OPM do SUS do município de Palmas – TO.

A PRESIDENTE DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO TOCANTINS/CIB-TO, no uso de suas atribuições legais e regimentais, conferidas por meio da Portaria Nº 931/1997, que constitui a CIB-TO, em especial o Art. 2º, expedida em 26 de junho de 2007 pela Secretaria da Saúde do Estado do Tocantins, c/c os Artigos. 5º e 14º, do Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite – CIB/TO, e,

Considerando o Ofício Nº. 752/2014, datado de 23 de abril de 2014, da SESAU/GAB/DRECA da Secretaria de Saúde de Palmas;

Considerando que a referida Tabela servirá somente para o município de Palmas;

Considerando que não haverá impacto financeiro para a Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins;

Considerando a análise, discussão e pactuação da Plenária da Comissão Intergestores Bipartite em Reunião Ordinária realizada aos 30 dias do mês de abril do ano de 2014.

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar a Tabela de Valores Complementar e Tabela de Procedimentos e OPM do SUS do município de Palmas – TO.

Art. 2º - Esta resolução entra em vigor nesta data.

Vanda Maria Gonçalves Paiva
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite



GOVERNO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE/CIB-TO
- SECRETARIA EXECUTIVA -

ANEXO I - RESOLUÇÃO – CIB Nº. 116/2014, de 30 de abril de 2014.

TABELA DIFERENCIADA DE VALORES DE COMPLEMENTAÇÃO SESAU/PALMAS.

Código Legenda	Código Procedimento	DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	VALOR TOTAL R\$	Valor Unitário SUS R\$	Valor Unitário de Complementação R\$
CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA					
*	03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada	40,00	10,00	30,00
PROCEDIMENTOS EM GASTROENTEROLOGIA					
*	02.09.01.002-9	Colonoscopia	300,00	112,66	187,34
*	02.09.01.003-7	Esofagogastroduodenoscopia	155,00	48,16	106,84
*	02.09.01.005-3	Retossigmoidoscopia	150,00	23,13	126,87
*	04.07.01.025-4	Retirada de Polipo do Tubo Digestivo por Endoscopia (Polypectomia)	200,00	29,84	170,16
PROCEDIMENTOS EM ULTRASSONOGRAFIA					
*	02.05.02.004-6	Ultrassonografia Abdômen Total	44,00	37,95	6,05
*	Grupo 02.05.02	Ultrassonografia dos Demais Sistemas	44,00	24,20	19,80
**	02.05.02.015-1	Ultrassonografia obstétrica c/ doppler colorido e pulsado	121,04	39,60	81,44
**	02.05.01.005-9	Ultrassonografia doppler de fluxo obstétrico	121,04	42,90	78,14
PROCEDIMENTOS EM GINECOLOGIA E MAMA					
*	02.01.01.060-7	Punção de mama por agulha grossa	44,00	24,20	19,80
*	02.01.01.058-5	Punção aspirativa de mama por agulha fina	44,00	24,20	19,80
**	02.04.05.006-5	Histerossalpingografia	80,69	45,34	35,35
*	02.11.04.004-5	Histeroscopia Diagnóstica com Biópsia de Endométrio	150,00	25,00	125,00
PROCEDIMENTOS EM CARDIOLOGIA					
*	02.05.01.003-2	Ecocardiograma	130,00	39,94	90,06
*	02.11.02.004-4	Sistema Holter 24 horas (3 canais)	104,00	30,00	74,00
*	02.11.02.006-0	Teste de Esforço	78,00	30,00	48,00
**	02.11.02.005-2	Monitorização ambulatorial da pressão arterial - MAPA (24 horas)	136,60	10,07	126,53
**	02.11.02.003-6	Eletrocardiograma – ECG	10,45	5,15	5,30
PROCEDIMENTOS EM ANGIOLOGIA					
*	02.05.01	Ecodoppler das Artérias, Carótidas e Vertebrais	200,00	39,60	160,40
*	02.05.01	USG do sistema circulatório – doppler (colorido)	156,00	40,90	115,10
PROCEDIMENTOS EM OTORRINOLARINGONOLOGIA					



GOVERNO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE/CIB-TO
- SECRETARIA EXECUTIVA -

Código Legenda	Código Procedimento	DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	VALOR TOTAL R\$	Valor Unitário SUS R\$	Valor Unitário de Complementação R\$
*	02.09.04.004-1	Videolaringoscopia	80,00	45,50	34,50
*	02.11.07.004-1	Exame de Audiometria Tonal Limiar (via Aérea/Óssea)	50,00	21,00	29,00
*	02.11.07.021-1	Exame de Logaudiometria	50,00	26,25	23,75
*	02.11.07.020-3	Exame de Imitanciometria	50,00	23,00	27,00
PROCEDIMENTO EM PNEUMOLOGIA					
*	03.01.01.007-2	Prova de Função Pulmonar Simples (Espirometria)	100,00	6,36	93,64
PROCEDIMENTOS EM UROLOGIA					
*	02.09.02.001-6	Uretoscopia/Cistoscopia	321,75	18,00	303,75
*	02.11.09001-8	Urodinâmica Completa	314,60	7,62	306,98
*	03.09.03.012-9	Litotripsia Extracorpórea	286,00	172,00	114,00
*	04.09.01.017-0	Instalação Endoscopia de Cateter	314,60	129,60	185,00
*	07.02.06.001-1	Cateter Duplo J	286,00	141,52	144,48
*	02.01.01.041-0	Biópsia de Próstata Guiada por Ultrassonografia	370,00	92,38	277,62
PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICO POR IMAGEM					
*	02.04.06.002-8	Densitometria Óssea	105,00	55,10	49,90
*	02.04.03.003-0	Mamografia Unilateral (com laudo)	45,00	22,50	22,50
*	02.04.03.018-8	Mamografia bilateral p/ rastreamento (com laudo)	90,00	45,00	45,00
*	02.06.01.001-0	Tomografia computadorizada de coluna cervical c/ ou s/ contraste	240,00	86,76	153,24
*	02.06.01.002-8	Tomografia computadorizada de coluna lombo-sacra c/ ou s/ contraste	240,00	101,10	138,90
*	02.06.01.003-6	Tomografia computadorizada de coluna torácica c/ ou s/ contraste	240,00	86,76	153,24
*	02.06.01.004-4	Tomografia computadorizada de face / seios da face / articulações temporo-mandibulares	240,00	86,75	153,24
*	02.06.01.005-2	Tomografia computadorizada do pescoço	240,00	86,75	153,25
*	02.06.01.006-0	Tomografia computadorizada de sela turca	240,00	97,44	142,56
*	02.06.01.007-9	Tomografia computadorizada do crânio	240,00	97,44	142,56
*	02.06.01.008-7	Tomomielografia computadorizada	240,00	138,63	101,37
*	02.06.02.001-5	Tomografia computadorizada de articulações de membro superior	240,00	86,75	153,25
*	02.06.02.002-3	Tomografia computadorizada de segmentos articulares - (braço, antebraço, mão, coxa, perna, pé)	240,00	86,75	153,25
*	02.06.02.003-1	Tomografia computadorizada de torax	240,00	136,41	103,59





GOVERNO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE/CIB-TO
- SECRETARIA EXECUTIVA -

Código Legenda	Código Procedimento	DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	VALOR TOTAL R\$	Valor Unitário SUS R\$	Valor Unitário de Complementação R\$
*	02.06.02.004-0	Tomografia de hemitorax ou do mediastino (Proced. Hospitalar-AIH)	240,00	136,41	103,59
*	02.06.03.001-0	Tomografia computadorizada de abdomen superior	240,00	138,63	101,37
*	02.06.03.002-9	Tomografia computadorizada de articulações de membro inferior	240,00	86,75	153,25
*	02.06.03.003-7	Tomografia computadorizada de pelve / bacia / abdomen inferior	240,00	138,63	101,37
*	02.07.02.001-9	Ressonância Magnética do Coração AORTA com CINE	440,00	361,25	78,75
*	Grupo 02.07	Ressonância Magnética	440,00	268,75	171,25
EXAMES DE RAO X CONTRASTADO					
*	02.04.05.001-4	RX Contrastado Clister Opaco c/ Duplo Contraste	360,00	47,76	312,24
*	02.04.05.018-9	RX Contrastado Urografia Excretora	290,00	57,40	232,60
*	02.04.05.017-0	Uretrocistografia em adulto	300,00	52,11	210,00
*	02.04.05.017-0	Uretrocistografia em criança (até 12 anos)	480,00	52,11	427,89
*	02.04.03.008-0	RX Contrastado de Esôfago	80,00	19,24	60,76
*	02.04.05.015-4	RX Contrastado de Intestino Delgado (Transito)	150,00	47,59	102,41
*	02.04.05.014-6	RX Contrastado de Estômago e Duodeno	160,00	35,22	124,78
EXAMES DE RAO X SEM LAUDO					
*	Grupo 02.04	Radiografia Bilateral De Orbitas (PA + Oblíquas +	19,30	8,38	10,92
*	Grupo 02.04	Radiografia De Arcada Zigomatico-Malar (AP+)	19,30	6,96	12,34
*	Grupo 02.04	Radiografia De Articulação Temporo-Mandibular	19,30	8,38	10,92
*	Grupo 02.04	Radiografia De Cavum (LATERAL + Hirtz)	19,30	6,88	12,42
*	Grupo 02.04	Radiografia De Cranio (PA + Lateral + Oblíqua /	19,30	9,15	10,15
*	Grupo 02.04	Radiografia De Cranio (PA + Lateral)	19,30	7,52	11,78
*	Grupo 02.04	Radiografia De Laringe	19,30	5,74	13,56
*	Grupo 02.04	Radiografia De Mastoide / Rochedos (BILATERAL)	19,30	9,03	10,27
*	Grupo 02.04	Radiografia De Maxilar (PA + Oblíqua)	19,30	7,20	12,10
*	Grupo 02.04	Radiografia De Ossos Da Face (MN + Lateral + Hirtz)	19,30	8,38	10,92
*	Grupo 02.04	Radiografia De Região Orbitária (LOCALIZAÇÃO De	19,30	7,98	11,32
*	Grupo 02.04	Radiografia De Selos Da Face (FN + Mn + Lateral +	19,30	7,32	11,98
*	Grupo 02.04	Radiografia De Sela Turca (PA + Lateral + Bretton)	19,30	7,20	12,10





GOVERNO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE/CIB-TO
- SECRETARIA EXECUTIVA -

Código Legenda	Código Procedimento	DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	VALOR TOTAL R\$	Valor Unitário SUS R\$	Valor Unitário de Complementação R\$
*	Grupo 02.04	Radiografia Oclusal	19,30	3,51	15,79
*	Grupo 02.04	Radiografia Panorâmica	19,30	9,03	10,27
*	Grupo 02.04	Radiografia Peri-Ápical Interproximal (BITE-WING)	19,30	1,75	17,55
*	Grupo 02.04	Teleradiografia Com Tracados E Sem Tracados	19,30	6,44	12,86
*	Grupo 02.04	Planigrafia De Coluna Vertebral	19,30	19,60	0,00
*	Grupo 02.04	Radiografia De Coluna Cervical (AP + Lateral + To +	19,30	8,33	10,97
*	Grupo 02.04	Radiografia De Coluna Cervical (AP + Lateral + To /	19,30	8,19	11,11
*	Grupo 02.04	Radiografia De Coluna Cervical Funcional / Dinâmica	19,30	10,29	9,01
*	Grupo 02.04	Radiografia De Coluna Lombo-Sacra	19,30	10,96	8,34
*	Grupo 02.04	Radiografia De Coluna Lombo-Sacra (C/ Obliquas)	19,30	14,90	4,40
*	Grupo 02.04	Radiografia De Coluna Lombo-Sacra Funcional /	19,30	16,88	2,42
*	Grupo 02.04	Radiografia De Coluna Torácica (AP + Lateral)	19,30	9,16	10,14
*	Grupo 02.04	Radiografia De Coluna Toraco-Lombar	19,30	9,73	9,57
*	Grupo 02.04	Radiografia De Coluna Toraco-Lombar Dinâmica	19,30	15,58	3,72
*	Grupo 02.04	Radiografia De Região Sacro-Coccígea	19,30	7,80	11,50
*	Grupo 02.04	Radiografia De Coração E Vasos Da Base (PA +	19,30	14,32	4,98
*	Grupo 02.04	Radiografia De Coração E Vasos Da Base (PA +	19,30	9,05	10,25
*	Grupo 02.04	Radiografia De Costelas (POR Hemitorax)	19,30	8,37	10,93
*	Grupo 02.04	Radiografia De Esôfago	19,30	19,24	0,06
*	Grupo 02.04	Radiografia De Esterno	19,30	7,98	11,32
*	Grupo 02.04	Radiografia De Mediastino (PA E Perfil)	19,30	8,73	10,57
*	Grupo 02.04	Radiografia De Torax (APICO-LORDOTICA)	19,30	5,56	13,74
*	Grupo 02.04	Radiografia De Torax (PA + Inspiração + Expiração +	19,30	14,32	4,98
*	Grupo 02.04	Radiografia De Torax (PA + Lateral + Obliqua)	19,30	12,02	7,28
*	Grupo 02.04	Radiografia De Torax (PA E Perfil)	19,30	9,50	9,80
*	Grupo 02.04	Radiografia De Torax (PA Padrão Oit)	19,30	6,55	12,75
*	Grupo 02.04	Radiografia De Torax (PA)	19,30	6,88	12,42
*	Grupo 02.04	Radiografia De Antebraço	19,30	6,42	12,88





GOVERNO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE/CIB-TO
- SECRETARIA EXECUTIVA -

Código Legenda	Código Procedimento	DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	VALOR TOTAL R\$	Valor Unitário SUS R\$	Valor Unitário de Complementação R\$
*	Grupo 02.04	Radiografia De Articulacao Acromio-Clavicular	19,30	7,40	11,90
*	Grupo 02.04	Radiografia De Articulacao Escapulo-Umeral	19,30	7,40	11,90
*	Grupo 02.04	Radiografia De Articulacao Esterno-Clavicular	19,30	7,40	11,90
*	Grupo 02.04	Radiografia De Braco	19,30	7,77	11,53
*	Grupo 02.04	Radiografia De Clavicula	19,30	7,40	11,90
*	Grupo 02.04	Radiografia De Cotovelo	19,30	5,90	13,40
*	Grupo 02.04	Radiografia De Dedos Da Mao	19,30	5,62	13,68
*	Grupo 02.04	Radiografia De Mao	19,30	6,30	13,00
*	Grupo 02.04	Radiografia De Mao E Punho (P/ Determinacao De	19,30	6,00	13,30
*	Grupo 02.04	Radiografia De Escapula/Ombro (TRES Posicoes)	19,30	7,98	11,32
*	Grupo 02.04	Radiografia De Punho (AP + Lateral + Obliqua)	19,30	6,91	12,39
*	Grupo 02.04	Planigrafia De Rim S/ Contraste	19,30	14,48	4,82
*	Grupo 02.04	Radiografia De Abdomen (AP + Lateral / Localizada)	19,30	10,73	8,57
*	Grupo 02.04	Radiografia De Abdomen Agudo (MINIMO De 3	19,30	15,30	4,00
*	Grupo 02.04	Radiografia De Abdomen Simples (AP)	19,30	7,17	12,13
*	Grupo 02.04	Escanometria	19,30	7,77	11,53
*	Grupo 02.04	Planigrafia De Osso - Subsidiaria A Outros Exames	19,30	18,68	0,62
*	Grupo 02.04	Planigrafia De Osso Em 2 Planos	19,30	18,68	0,62
*	Grupo 02.04	Radiografia De Articulacao Coxo-Femoral	19,30	7,77	11,53
*	Grupo 02.04	Radiografia De Articulacao Sacro-Iliaca	19,30	7,77	11,53
*	Grupo 02.04	Radiografia De Articulacao Tibio-Tarsica	19,30	6,50	12,80
*	Grupo 02.04	Radiografia De Bacia	19,30	7,77	11,53
*	Grupo 02.04	Radiografia De Calcaneo	19,30	6,50	12,80
*	Grupo 02.04	Radiografia De Coxa	19,30	8,94	10,36
*	Grupo 02.04	Radiografia De Joelho (AP + Lateral)	19,30	6,78	12,52
*	Grupo 02.04	Radiografia De Joelho Ou Patela (AP + Lateral +	19,30	7,16	12,14
*	Grupo 02.04	Radiografia De Joelho Ou Patela (AP + Lateral +	19,30	9,29	10,01
*	Grupo 02.04	Radiografia De Pe / Dedos Do Pe	19,30	6,78	12,52

[Handwritten signature]





GOVERNO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE/CIB-TO
- SECRETARIA EXECUTIVA -

Código Legenda	Código Procedimento	DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	VALOR TOTAL R\$	Valor Unitário SUS R\$	Valor Unitário de Complementação R\$
*	Grupo 02.04	Radiografia De Perna	19,30	8,94	10,36
*	Grupo 02.04	Radiografia Panorâmica De Membros Inferiores	19,30	9,29	10,01
EXAMES DE RAO X COM LAUDO					
*	Grupo 02.04	Radiografia Bilateral De Orbitas (PA + Obliquas +	24,84	8,38	16,46
*	Grupo 02.04	Radiografia De Arcada Zigomatico-Malar (AP+	24,84	6,96	17,88
*	Grupo 02.04	Radiografia De Articulação Temporo-Mandibular	24,84	8,38	16,46
*	Grupo 02.04	Radiografia De Cavum (LATERAL + Hirtz)	24,84	6,88	17,96
*	Grupo 02.04	Radiografia De Cranio (PA + Lateral + Oblíqua /	24,84	9,15	15,69
*	Grupo 02.04	Radiografia De Cranio (PA + Lateral)	24,84	7,52	17,32
*	Grupo 02.04	Radiografia De Laringe	24,84	5,74	19,10
*	Grupo 02.04	Radiografia De Mastoide / Rochedos (BILATERAL)	24,84	9,03	15,81
*	Grupo 02.04	Radiografia De Maxilar (PA + Obliqua)	24,84	7,20	17,64
*	Grupo 02.04	Radiografia De Ossos Da Face (MN + Lateral + Hirtz)	24,84	8,38	16,46
*	Grupo 02.04	Radiografia De Região Orbitária (LOCALIZAÇÃO De	24,84	7,98	16,86
*	Grupo 02.04	Radiografia De Seios Da Face (FN + Mn + Lateral +	24,84	7,32	17,52
*	Grupo 02.04	Radiografia De Sela Turca (PA + Lateral + Bretton)	24,84	7,20	17,64
*	Grupo 02.04	Radiografia Oclusal	24,84	3,51	21,33
*	Grupo 02.04	Radiografia Panorâmica	24,84	9,03	15,81
*	Grupo 02.04	Radiografia Peri-Apical Interproximal (BITE-WING)	24,84	1,75	23,09
*	Grupo 02.04	Teleradiografia Com Tracados E Sem Tracados	24,84	6,44	18,40
*	Grupo 02.04	Planigrafia De Coluna Vertebral	24,84	19,60	5,24
*	Grupo 02.04	Radiografia De Coluna Cervical (AP + Lateral + To +	24,84	8,33	16,51
*	Grupo 02.04	Radiografia De Coluna Cervical (AP + Lateral + To /	24,84	8,19	16,65
*	Grupo 02.04	Radiografia De Coluna Cervical Funcional / Dinâmica	24,84	10,29	14,55
*	Grupo 02.04	Radiografia De Coluna Lombo-Sacra	24,84	10,96	13,88
*	Grupo 02.04	Radiografia De Coluna Lombo-Sacra (C/ Obliquas)	24,84	14,90	9,94
*	Grupo 02.04	Radiografia De Coluna Lombo-Sacra Funcional /	24,84	16,88	7,96
*	Grupo 02.04	Radiografia De Coluna Torácica (AP + Lateral)	24,84	9,16	15,68





GOVERNO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE/CIB-TO
- SECRETARIA EXECUTIVA -

Código Legenda	Código Procedimento	DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	VALOR TOTAL R\$	Valor Unitário SUS R\$	Valor Unitário de Complementação R\$
*	Grupo 02.04	Radiografia De Coluna Toraco-Lombar	24,84	9,73	15,11
*	Grupo 02.04	Radiografia De Coluna Toraco-Lombar Dinamica	24,84	15,58	9,26
*	Grupo 02.04	Radiografia De Regiao Sacro-Coccigea	24,84	7,80	17,04
*	Grupo 02.04	Radiografia De Coracao E Vasos Da Base (PA +	24,84	14,32	10,52
*	Grupo 02.04	Radiografia De Coracao E Vasos Da Base (PA +	24,84	9,05	15,79
*	Grupo 02.04	Radiografia De Costelas (POR Hemitorax)	24,84	8,37	16,47
*	Grupo 02.04	Radiografia De Esofago	24,84	19,24	5,60
*	Grupo 02.04	Radiografia De Esterno	24,84	7,98	16,86
*	Grupo 02.04	Radiografia De Mediastino (PA E Perfil)	24,84	8,73	16,11
*	Grupo 02.04	Radiografia De Torax (APICO-LORDORTICA)	24,84	5,56	19,28
*	Grupo 02.04	Radiografia De Torax (PA + Inspiracao + Expiracao +	24,84	14,32	10,52
*	Grupo 02.04	Radiografia De Torax (PA + Lateral + Obliqua)	24,84	12,02	12,82
*	Grupo 02.04	Radiografia De Torax (PA E Perfil)	24,84	9,50	15,34
*	Grupo 02.04	Radiografia De Torax (PA Padrao Oit)	24,84	6,55	18,29
*	Grupo 02.04	Radiografia De Torax (PA)	24,84	6,88	17,96
*	Grupo 02.04	Radiografia De Antebraco	24,84	6,42	18,42
*	Grupo 02.04	Radiografia De Articulacao Acromio-Clavicular	24,84	7,40	17,44
*	Grupo 02.04	Radiografia De Articulacao Escapulo-Umeral	24,84	7,40	17,44
*	Grupo 02.04	Radiografia De Articulacao Esterno-Clavicular	24,84	7,40	17,44
*	Grupo 02.04	Radiografia De Braco	24,84	7,77	17,07
*	Grupo 02.04	Radiografia De Clavicula	24,84	7,40	17,44
*	Grupo 02.04	Radiografia De Cotovelo	24,84	5,90	18,94
*	Grupo 02.04	Radiografia De Dedos Da Mao	24,84	5,62	19,22
*	Grupo 02.04	Radiografia De Mao	24,84	6,30	18,54
*	Grupo 02.04	Radiografia De Mao E Punho (P/ Determinacao De	24,84	6,00	18,84
*	Grupo 02.04	Radiografia De Escapula/Ombro (TRES Posicoes)	24,84	7,98	16,86
*	Grupo 02.04	Radiografia De Punho (AP + Lateral + Obliqua)	24,84	6,91	17,93
*	Grupo 02.04	Planigrafia De Rim S/ Contraste	24,84	14,48	10,36





GOVERNO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE/CIB-TO
- SECRETARIA EXECUTIVA -

Código Legenda	Código Procedimento	DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	VALOR TOTAL R\$	Valor Unitário SUS R\$	Valor Unitário de Complementação R\$
*	Grupo 02.04	Radiografia De Abdomen (AP + Lateral / Localizada)	24,84	10,73	14,11
*	Grupo 02.04	Radiografia De Abdomen Agudo (MINIMO De 3	24,84	15,30	9,54
*	Grupo 02.04	Radiografia De Abdomen Simples (AP)	24,84	7,17	17,67
*	Grupo 02.04	Escanometria	24,84	7,77	17,07
*	Grupo 02.04	Planigrafia De Osso - Subsidiaria A Outros Exames	24,84	18,68	6,16
*	Grupo 02.04	Planigrafia De Osso Em 2 Planos	24,84	18,68	6,16
*	Grupo 02.04	Radiografia De Articulacao Coxo-Femoral	24,84	7,77	17,07
*	Grupo 02.04	Radiografia De Articulacao Sacro-Iliaca	24,84	7,77	17,07
*	Grupo 02.04	Radiografia De Articulacao Tibio-Tarsica	24,84	6,50	18,34
*	Grupo 02.04	Radiografia De Bacia	24,84	7,77	17,07
*	Grupo 02.04	Radiografia De Calcaneo	24,84	6,50	18,34
*	Grupo 02.04	Radiografia De Coxa	24,84	8,94	15,90
*	Grupo 02.04	Radiografia De Joelho (AP + Lateral)	24,84	6,78	18,06
*	Grupo 02.04	Radiografia De Joelho Ou Patela (AP + Lateral +	24,84	7,16	17,68
*	Grupo 02.04	Radiografia De Joelho Ou Patela (AP + Lateral +	24,84	9,29	15,55
*	Grupo 02.04	Radiografia De Pe / Dedos Do Pe	24,84	6,78	18,06
*	Grupo 02.04	Radiografia De Perna	24,84	8,94	15,90
*	Grupo 02.04	Radiografia Panoramica De Membros Inferiores	24,84	9,29	15,55
PROCEDIMENTO DE ELETRONEUROMIOGRAFIA					
*	02.11.05.008-3	Eletromiografia de MMSS	260,00	27,00	233,00
*	02.11.05.008-3	Eletromiografia de MMII	260,00	27,00	233,00
PROCEDIMENTO DE TERAPIA POR ONDAS DE CHOQUE					
***	-	Terapia por Ondas de Choques extracorpórea em partes moles - acompanhamento 1ª aplicação	520,00	-	520,00
***	-	Terapia por Ondas de Choques extracorpórea em partes moles - acompanhamento reaplicações	355,30	-	355,30
PROCEDIMENTO OFTALMOLÓGICO					
**	02.11.06.018-6	Retinografia Fluorescente ou Angiofluoresceinografia Monocular	74,05	64,00	10,05
PROCEDIMENTOS EM NEUROLOGIA					
**	02.11.05.005-4	Eletroencefalograma em vigília com ou sem foto-estímulo	65,80	11,34	54,46



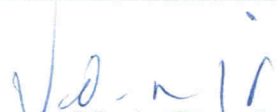


GOVERNO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE/CIB-TO
- SECRETARIA EXECUTIVA -

Código Legenda	Código Procedimento	DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	VALOR TOTAL R\$	Valor Unitário SUS R\$	Valor Unitário de Complementação R\$
**	02.11.05.003-2	Eletroencefalograma em Sono Induzido C/ Ou S/ Medicamento (EEG)	75,30	25,00	50,30
EXAMES DE ANÁLISES CLÍNICAS					
**	02.02.06.004-7	17 alfa hidroxiprogesterona	30,08	10,20	19,88
**	02.02.07.005-0	Ácido Valpróico	33,43	15,65	17,78
**	02.02.01.015-5	Alfa 1 antitripsina	11,78	3,68	8,10
**	02.02.03.121-7	CA 125	33,70	13,35	20,35
**	02.02.03.120-9	Dosagem de Troponina	33,43	9,00	24,43
**	02.02.01.003-0	Cariótipo de sangue (técnicas com bandas)	191,01	32,48	158,53
**	02.02.06.043-8	Estímulo HGH após glucagon	40,76	12,01	28,75
**	02.02.06.028-4	Peptídeo c	23,60	15,35	8,25
**	02.02.03.103-9	IGE Específico	22,17	9,25	12,92
**	02.02.03.113-6	FTA ABS IgG	11,78	10,00	1,78
**	02.02.03.112-8	FTA ABS IgM	14,43	10,00	4,43
**	02.02.08.015-3	Hemocultura	22,90	11,00	11,90
**	02.02.01.074-0	Prova da D-xilose Sérico	21,73	3,68	18,05
**	02.02.02.006-1	Globulina de ligação de hormônios sexuais (SHBG)	54,06	2,73	51,33
**	02.02.06.022-5	Dosagem de Hormônio de Crescimento HGH	23,38	10,21	13,17

LEGENDA

*	Valores de complementação aprovados no Conselho Municipal de Saúde de Palmas conforme Resolução Nº 07 de 11 de abril de 2012, sendo corrigido pelo valor da Tabela CBHPM alguns procedimentos que apresentavam valor superior.
**	Valores baseados na Tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médico – CBHPM.
***	Procedimentos não contemplados na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, e valores com base na Tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médico – CBHPM.


Vanda Maria Gonçalves Paiva
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite