

**TABELA MUNICIPAL DE PROCEDIMENTOS COM COMPLEMENTAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARAGUAÍNA-TO**

**PROCEDIMENTO DE CONSULTA ESPECIALIZADA**

Ordem	Descrição dos Procedimentos	Valor Tabela SUS		Valor Complementação*	Valor Total
		Código	Valor Unitário		
1	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	03.01.01.018-8	10,00	22,00	32,00

**PROCEDIMENTO DE ELETROENCEFALOGRAMA**

Ordem	Descrição dos Procedimentos	Valor Tabela SUS		Valor Complementação	Valor Total
		Código	Valor Unitário		
1	ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGILIA C/ OU S/ FOTO-ESTIMULO (ECG)	02.11.05.005-9	R\$ 25,00	R\$ 60,90	R\$ 85,90
2	ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (ECG)	02.11.05.004-0	R\$ 25,00	R\$ 60,90	R\$ 85,90
3	ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGILIA E SONO ESPONTANEO C/ OU S/ FOTOESTIMULO (ECG)	02.11.05.003-2	R\$ 25,00	R\$ 60,90	R\$ 85,90
4	ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO C/ MAPEAMENTO (ECG)	02.11.05.002.4	R\$ 11,34	R\$ 134,56	R\$ 145,90

PROCEDIMENTO DE ENDOSCÓPIA					
Ordem	Descrição dos Procedimentos	Valor Tabela SUS		Valor Complementação	Valor Total
		Código	Valor Unitário		
1	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	02.09.01.003-7	R\$ 48,16	R\$ 151,84	R\$ 200,00
2	RETOSSIGMOIDOSCOPIA	02.09.01.005-3	R\$ 23,13	R\$ 176,87	R\$ 200,00
3	COLONOSCOPIA	00.09.01.002-9	R\$ 112,66	R\$ 287,34	R\$ 400,00

PROCEDIMENTO DE UROLOGIA					
Ordem	Descrição dos Procedimentos	Valor Tabela SUS		Valor Complementação	Valor Total
		Código	Valor Unitário		
1	AVALIAÇÃO URODINAMICA COMPLETA EXCLUSO UROFLUXOMETRIA	02.11.09.001-8	R\$ 7,62	R\$ 306,98	R\$ 314,60
2	UROFLUXOMETRIA	02.01.01.006-2	R\$ 8,82	R\$ 91,18	R\$ 100,00
3	BIOPSIA DE BEXIGA	02.01.01.006-2	R\$ 41,68	R\$ 208,32	R\$ 250,00
4	CISTOSCOPIA E/OU URETROSCOPIA	02.09.02.001.6	R\$ 18,00	R\$ 303,75	R\$ 321,75
5	BIOPSIA DE PROSTATA GUIADA POR ULTRASSON	02.01.01.041-0	R\$ 92,38	R\$ 277,62	R\$ 370,00
6	BIOPSIA DE PENIS	02.01.01.038-0	R\$ 18,33	R\$ 76,87	R\$ 95,20
7	DILATAÇÃO DE URETA (POR SESSÃO)	03.09.03.005-6	R\$ 1,52	R\$ 148,48	R\$ 150,00
9	BIÓPSIA DE RIM POR PUNÇÃO	02.01.01.043-7	R\$ 46,19	R\$ 83,86	R\$ 130,05

PROCEDIMENTO DE BIÓPSIAS					
Ordem	Descrição dos Procedimentos	Valor Tabela SUS		Valor Complementação	Valor Total
		Código	Valor Unitário		
1	BIÓPSIA DE TIREÓIDE OU PARA TIREÓIDE	02.01.01.047-0	R\$ 23,73	R\$ 436,27	R\$ 460,00
3	BIÓPSIA DE FIGADO POR PUNÇÃO	02.01.01.021-6	R\$ 71,15	R\$ 48,85	R\$ 120,00

PROCEDIMENTO DE RADIOLOGIA CONVENCIONAL					
Ordem	Descrição dos Procedimentos	Valor Tabela SUS		Valor Complementação	Valor Total
		Código	Valor Unitário		
1	PLANIGRAFIA DE LARINGE	02.04.01.002-0	R\$ 27,32	R\$ 7,68	R\$ 35,00
2	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ÓRBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	02.04.01.003-9	R\$ 8,38	R\$ 26,62	R\$ 35,00
3	RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO-MALAR (AP +OLBIQUAS)	02.04.01.004-7	R\$ 6,96	R\$ 28,04	R\$ 35,00
4	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	02.04.01.005-5	R\$ 8,38	R\$ 26,62	R\$ 35,00
5	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	02.04.01.006-3	R\$ 6,88	R\$ 28,12	R\$ 35,00
6	RADIOGRAFIA DE CRÂNIO (PA+ LATERAL +OBLIGUA/BRETTON+HIRTZ)	02.04.01.007-1	R\$ 9,15	R\$ 25,85	R\$ 35,00
7	RADIOGRAFIA DE CRÂNIO (PA+LATERAL)	02.04.01.008-0	R\$ 7,52	R\$ 27,48	R\$ 35,00
8	RADIOGRAFIA DE LARINGE	02.04.01.009-8	R\$ 5,74	R\$ 29,26	R\$ 35,00
9	RADIOGRAFIA DE MASTÓIDE/ROCHEDOS (BILATERAL)	02.04.01.010-1	R\$ 9,03	R\$ 25,97	R\$ 35,00
10	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA+ OBLIQUIA)	02.04.01.011-0	R\$ 7,20	R\$ 27,80	R\$ 35,00
11	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN +LATERAL+HIRTZ)	02.04.01.012-8	R\$ 8,38	R\$ 26,62	R\$ 35,00
12	RADIOGRAFIA DE REGIÃO ORBITÁRIA (LOCALIZAÇÃO DE CORPO ESTRANHO)	02.04.01.013-6	R\$ 7,98	R\$ 27,02	R\$ 35,00
13	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN+MN+LATERAL+HIRTZ)	02.04.01.014-4	R\$ 7,32	R\$ 27,68	R\$ 35,00
14	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA+LATERAL+BRETTON)	02.04.01.015-2	R\$ 7,20	R\$ 27,80	R\$ 35,00
15	RADIOGRAFIA OCLUSAL	02.04.01.016-0	R\$ 3,51	R\$ 31,49	R\$ 35,00
16	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	02.04.01.017-9	R\$ 9,03	R\$ 25,97	R\$ 35,00
17	RADIOGRAFIA PERI-APICAL INTERPROXIMAL (BITE-WING)	02.04.01.018-7	R\$ 1,75	R\$ 33,25	R\$ 35,00
18	SIALOGRAFIA (POR GLÂNDULA)	02.04.01.019-5	R\$ 48,85	R\$ 0,00	R\$ 35,00

19	TELERRADIOGRAFIA COM TRAÇADOS E SEM TRAÇADOS	02.04.01.020-9	R\$ 6,44	R\$ 28,56	R\$ 35,00
20	MIELOGRAFIA	02.04.02.001-8	R\$ 118,60	R\$ 0,00	R\$ 35,00
21	PLANIGRAFIA DE COLUNA VERTEBRAL	02.04.02.002-6	R\$ 19,60	R\$ 15,40	R\$ 35,00
22	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP+LATERAL+TO+OBLIQUAS)	02.04.02.003-4	R\$ 8,33	R\$ 26,67	R\$ 35,00
23	RADIOGRAFIA COLUNA CERVICAL (AP+LATERAL_TO/FLEXÃO)	02.04.02.004-2	R\$ 8,19	R\$ 26,81	R\$ 35,00
24	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL/DINAMICA	02.04.02.005-0	R\$ 10,29	R\$ 24,71	R\$ 35,00
25	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	02.04.02.006-9	R\$ 10,96	R\$ 24,04	R\$ 35,00
26	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/OBLIQUAS)	02.04.02.007-7	R\$ 14,90	R\$ 20,10	R\$ 35,00
27	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL/DINAMICA	02.04.02.008-5	R\$ 16,88	R\$ 18,12	R\$ 35,00
28	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP+LATERAL)	02.04.02.009-3	R\$ 9,16	R\$ 25,84	R\$ 35,00
29	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	02.04.02.010-7	R\$ 9,73	R\$ 25,27	R\$ 35,00
30	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINÂMICA	02.04.02.011-5	R\$ 15,58	R\$ 19,42	R\$ 35,00
31	RADIOGRAFIA DE REGIÃO SACRO-COCCIGEA	02.04.02.012-3	R\$ 7,80	R\$ 27,20	R\$ 35,00
32	BRONCOGRAFIA UNILATERAL	02.04.03.001-3	R\$ 110,41	R\$ 0,00	R\$ 35,00
33	RADIOGRAFIA DE CORAÇÃO E VASOS DA BASE (PA+LATERAL+OBLIQUA)	02.04.03.005-6	R\$ 14,32	R\$ 20,68	R\$ 35,00
34	RADIOGRAFIA DO CORAÇÃO E VASOS DA BASE (PA+LATERAL)	02.04.03.006-4	R\$ 9,05	R\$ 25,95	R\$ 35,00
35	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	02.04.03.007-2	R\$ 8,37	R\$ 26,63	R\$ 35,00
36	RADIOGRAFIA DE ESÔFAGO	02.04.03.008-0	R\$ 19,24	R\$ 15,76	R\$ 35,00
37	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	02.04.03.009-9	R\$ 7,98	R\$ 27,02	R\$ 35,00

38	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)	02.04.03.010-2	R\$ 8,73	R\$ 26,27	R\$ 35,00
39	RADIOGRAFIA DE PNEUMOMEDIASTINO	02.04.03.011-0	R\$ 27,27	R\$ 7,73	R\$ 35,00
40	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (APICO-LORDOTICA)	02.04.03.012-9	R\$ 5,56	R\$ 29,44	R\$ 35,00
41	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA+INSPIRAÇÃO+EXPIRAÇÃO+LATERAL)	02.04.03.013-7	R\$ 14,32	R\$ 20,68	R\$ 35,00
42	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA+LATERAL+OBLIQUA)	02.04.03.014-5	R\$ 12,02	R\$ 22,98	R\$ 35,00
43	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA E PERFIL)	02.04.03.015-3	R\$ 9,50	R\$ 25,50	R\$ 35,00
44	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA PADRÃO OIT)	02.04.03.016-1	R\$ 6,55	R\$ 28,45	R\$ 35,00
45	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA)	02.04.03.017-0	R\$ 6,88	R\$ 28,12	R\$ 35,00
46	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO	02.04.04.001-9	R\$ 45,00	R\$ 0,00	R\$ 35,00
47	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACROMIO- CLAVICULAR	02.04.04.004-3	R\$ 7,40	R\$ 27,60	R\$ 35,00
48	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESCAPULO- UMERAL	02.04.04.003-5	R\$ 7,40	R\$ 27,60	R\$ 35,00
49	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ESTERNO- CLAVICULAR	02.04.04.004-3	R\$ 7,40	R\$ 27,60	R\$ 35,00
50	RADIOGRAFIA DE BRAÇO	02.04.04.005-1	R\$ 7,40	R\$ 27,60	R\$ 35,00
51	RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA	02.04.04.006-0	R\$ 7,40	R\$ 27,60	R\$ 35,00
52	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	02.04.04.007-8	R\$ 5,90	R\$ 29,10	R\$ 35,00
53	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MÃO	02.04.04.008-6	R\$ 5,62	R\$ 29,38	R\$ 35,00
54	RADIOGRAFIA DE MÃO	02.04.04.009-4	R\$ 6,30	R\$ 28,70	R\$ 35,00
55	RADIOGRARFIA DE MÃO E PUNHO (P/ DETERMINAÇÃO DE IDADE ÓSSEA)	02.04.04.010-8	R\$ 6,00	R\$ 29,00	R\$ 35,00
56	RADIOGRAFIA DE OMOPLATA (TRÊS POSIÇÕES)	02.04.04.011-6	R\$ 7,98	R\$ 27,02	R\$ 35,00
57	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP+LATERAL+OBLIQUA)	02.04.04.012-4	R\$ 6,91	R\$ 28,09	R\$ 35,00
58	CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE	02.04.05.001-4	R\$ 47,76	R\$ 0,00	R\$ 35,00
59	COLANGIOGRAFIA PER-OPERATORIA	02.04.05.002-2	R\$ 32,61	R\$ 2,39	R\$ 35,00
60	COLANGIOGRAFIA POS-OPERATORIA	02.04.05.003-0	R\$ 32,61	R\$ 2,39	R\$ 35,00

61	DUODENOGRRAFIA HIPOTÔNICA	02.04.05.004-9	R\$ 34,52	R\$ 0,48	R\$ 35,00
62	FISTULOGRAFIA	02.04.05.005-7	R\$ 45,34	R\$ 0,00	R\$ 35,00
63	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	02.04.05.006-5	R\$ 45,34	R\$ 0,00	R\$ 35,00
64	PIELOGRAFIA ANTEROGRADA PERCUTÂNEA	02.04.05.007-3	R\$ 73,15	R\$ 0,00	R\$ 35,00
65	PIELOGRAFIA ASCENDENTE	02.04.05.008-1	R\$ 52,11	R\$ 0,00	R\$ 35,00
66	PLANIGRAFIA DE RIM S/ CONTRASTE	02.04.05.010-3	R\$ 14,48	R\$ 20,52	R\$ 35,00
67	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP+LATERAL/LOCALIZADA)	02.04.05.011-1	R\$ 10,73	R\$ 24,27	R\$ 35,00
68	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	02.04.05.012-0	R\$ 15,30	R\$ 19,70	R\$ 35,00
69	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	02.04.05.013-8	R\$ 7,17	R\$ 27,83	R\$ 35,00
70	RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO	02.04.05.014-6	R\$ 35,22	R\$ 0,00	R\$ 35,00
71	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO)	02.04.05.015-4	R\$ 47,59	R\$ 0,00	R\$ 35,00
72	RADIOGRAFIA P/ ESTUDO DO DELGADO C/ DUPLO CONTRASTE (ENTEROCLISE)	02.04.05.016-2	R\$ 48,09	R\$ 0,00	R\$ 35,00
73	URETROCISTOGRAFIA	02.04.05.017-0	R\$ 52,11	R\$ 0,00	R\$ 35,00
74	UROGRAFIA VENOSA	02.04.05.018-9	R\$ 57,40	R\$ 0,00	R\$ 35,00
75	ARTROGRAFIA	02.04.06.001-0	R\$ 45,34	R\$ 0,00	R\$ 35,00
76	ESCANOMETRIA	02.04.06.003-6	R\$ 7,77	R\$ 27,23	R\$ 35,00
77	PLANIGRAFIA DE OSSO - SUBSIDIARIA A OUTROS EXAMES (POR PLANOS)	02.04.06.005-2	R\$ 18,68	R\$ 16,32	R\$ 35,00
78	PLANIGRAFIA DE OSSO EM 2 PLANOS	02.04.06.005-2	R\$ 18,68	R\$ 16,32	R\$ 35,00
79	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXO- FEMORAL	02.04.06.006-0	R\$ 7,00	R\$ 28,00	R\$ 35,00
80	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO SACRO-ILIACA	02.04.06.007-9	R\$ 7,77	R\$ 27,23	R\$ 35,00
81	RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TIBIO-TARSICA	02.04.06.008-7	R\$ 6,50	R\$ 28,50	R\$ 35,00
82	RADIOGRAFIA DE BACIA	02.04.06.009-5	R\$ 7,77	R\$ 27,23	R\$ 35,00
83	RADIOGRAFIA DE CALCÂNEO	02.04.06.010-9	R\$ 6,50	R\$ 28,50	R\$ 35,00
84	RADIOGRAFIA DE COXA	02.04.06.011-7	R\$ 8,94	R\$ 26,06	R\$ 35,00
85	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP+LATERAL)	02.04.06.012-5	R\$ 6,78	R\$ 28,22	R\$ 35,00

<b>86</b>	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP+LATERAL+AXIAL)	02.04.06.013-3	R\$ 7,16	R\$ 27,84	R\$ 35,00
<b>87</b>	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP+LATERAL+ OBLIQUA+ 3AXIAIS)	02.04.06.014-1	R\$ 9,29	R\$ 25,71	R\$ 35,00
<b>88</b>	RADIOGRAFIA DE PÉ/DEDO DO PÉ	02.04.06.015-0	R\$ 6,78	R\$ 28,22	R\$ 35,00
<b>89</b>	RADIOGRAFIA DE PERNA	02.04.06.016-8	R\$ 8,94	R\$ 26,06	R\$ 35,00
<b>90</b>	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MEMBROS INFERIORES	02.04.06.017-6	R\$ 9,29	R\$ 25,71	R\$ 35,00

PROCEDIMENTO DE TOMOGRAFIA					
Ordem	Descrição dos Procedimentos	Valor Tabela SUS		Valor de Complementação	Valor Total
		Código	Valor Unitário		
<b>1</b>	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	02.06.01.002-8	R\$ 101,10	R\$ 25,28	R\$ 126,38
<b>2</b>	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	02.06.01.003-6	R\$ 86,76	R\$ 21,69	R\$ 108,45
<b>3</b>	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE/ ARTICULAÇÃO TÊMPORA-MANDIBULARES	02.06.01.004-4	R\$ 86,75	R\$ 21,69	R\$ 108,44
<b>4</b>	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO	02.06.01.005-2	R\$ 86,75	R\$ 21,69	R\$ 108,44
<b>5</b>	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TÚRCICA	02.06.01.006-0	R\$ 97,44	R\$ 24,36	R\$ 121,80
<b>6</b>	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO	02.06.01.007-9	R\$ 97,44	R\$ 24,36	R\$ 121,80
<b>7</b>	TOMOMIELOGRAFIA COMPUTADORIZADA	02.06.01.008-7	R\$ 138,63	R\$ 34,66	R\$ 173,29
<b>8</b>	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR	02.06.02.001-5	R\$ 86,75	R\$ 21,69	R\$ 108,44
<b>9</b>	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES	02.06.02.002-3	R\$ 86,75	R\$ 21,69	R\$ 108,44

<b>10</b>	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX	02.06.02.003-1	R\$ 136,41	R\$ 34,10	R\$ 170,51
<b>11</b>	TOMOGRAFIA DE HEMOTÓRAX / MEDIASTINO (POR PLANO)	02.06.02.004-0	R\$ 136,41	R\$ 34,10	R\$ 170,51
<b>12</b>	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN	02.06.03.001-0	R\$ 138,63	R\$ 34,66	R\$ 173,29
<b>13</b>	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR	02.06.0.002-9	R\$ 86,75	R\$ 21,69	R\$ 108,44
<b>14</b>	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA	02.06.03.003-7	R\$ 138,63	R\$ 34,66	R\$ 173,29

PROCEDIMENTO DE RESSONÂNCIA					
Ordem	Descrição dos Procedimentos	Valor Tabela SUS		Valor de Complementação	Valor Total
		Código	Valor Unitário		
<b>1</b>	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	02.07.01.002-1	R\$ 268,75	R\$ 67,19	R\$ 335,94
<b>2</b>	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL	02.07.01.003-0	R\$ 268,75	R\$ 67,19	R\$ 335,94
<b>3</b>	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	02.07.01.004-8	R\$ 268,75	R\$ 67,19	R\$ 335,94
<b>4</b>	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA	02.07.01.005-6	R\$ 268,75	R\$ 67,19	R\$ 335,94
<b>5</b>	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO	02.07.01.006-4	R\$ 268,75	R\$ 67,19	R\$ 335,94
<b>6</b>	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TÚRCICA	02.07.01.007-2	R\$ 268,75	R\$ 67,19	R\$ 335,94
<b>7</b>	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CORAÇÃO / AORTA C/CINE	02.07.02.001-9	R\$ 361,25	R\$ 90,31	R\$ 451,56
<b>8</b>	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	02.07.02.002-7	R\$ 268,75	R\$ 67,19	R\$ 335,94
<b>9</b>	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX	02.07.02.003-5	R\$ 268,75	R\$ 67,19	R\$ 335,94



<b>10</b>	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MAMA UNILATERAL PARA AVALIAÇÃO DE POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES DE IMPLANTE DE PRÓTESE - RESTRITA AOS CASOS DE IMPLANTE UNILATERAL DE PRÓTESE	02.07.02.004-3	R\$ 268,75	R\$ 67,19	R\$ 335,94
<b>11</b>	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MAMA BILATERAL PARA AVALIAÇÃO DE POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES DE IMPLANTES DE PRÓTESE	02.07.02.005-1	R\$ 268,75	R\$ 67,19	R\$ 335,94
<b>12</b>	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDÔMEN SUPERIOR	02.07.03.001-4	R\$ 268,75	R\$ 67,19	R\$ 335,94
<b>13</b>	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA / PELVE	02.07.03.002-2	R\$ 268,75	R\$ 67,19	R\$ 335,94
<b>14</b>	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	02.07.03.003-0	R\$ 268,75	R\$ 67,19	R\$ 335,94
<b>15</b>	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILARES	02.07.03.004-9	R\$ 268,75	R\$ 67,19	R\$ 335,94
<b>16</b>	ANGIORESSONÂNCIA	02.07.01.001-3	R\$ 268,75	R\$ 67,19	R\$ 335,94

PROCEDIMENTO DE MAMOGRAFIA					
Ordem	Descrição dos Procedimentos	Valor Tabela SUS		Valor Complementação	Valor Total
		Código	Valor Unitário		
<b>1</b>	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	02.04.03018-8	R\$ 45,00	R\$ 11,25	R\$ 56,25
<b>2</b>	MAMOGRAFIA UNILATERAL	02.04.03.003-0	R\$ 22,50	R\$ 5,62	R\$ 28,12
<b>TOTAL</b>			<b>R\$ 67,50</b>	<b>R\$ 16,87</b>	<b>R\$ 84,37</b>
(*) Os valores para complementação com recursos do tesouro são baseados nos valores da pesquisa de preço de mercado					

PROCEDIMENTO ULTRASSONOGRRAFIA					
Ordem	Descrição dos Procedimentos	Valor Tabela SUS		Valor Complementação	Valor Total
		Código	Valor Unitário		
<b>1</b>	USG DE APARELHO URINÁRIO	02.05.02.005-4	R\$ 24,20	R\$ 19,80	R\$ 44,00
<b>2</b>	USG DE ABDÔMEN SUPERIOR	02.05.003-8	R\$ 24,20	R\$ 19,80	R\$ 44,00

<b>3</b>	USG DE ARTICULAÇÃO	02.05.02.006-2	R\$ 24,20	R\$ 19,80	R\$ 44,00
<b>4</b>	USG DE BOLSA ESCROTAL	02.05.02.007-0	R\$ 24,20	R\$ 19,80	R\$ 44,00
<b>5</b>	USG DE GLOBO OCULAR/ORBITA (MONOCULAR)	02.05.02.008-9	R\$ 24,20	R\$ 19,80	R\$ 44,00
<b>6</b>	USG MAMARIA BILATERAL	02.05.02.009-7	R\$ 24,20	R\$ 19,80	R\$ 44,00
<b>7</b>	USG DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL)	02.05.02.010-0	R\$ 24,20	R\$ 19,80	R\$ 44,00
<b>8</b>	USG DE PRÓSTATA (VIA TRANSRETAL)	02.05.02.011-9	R\$ 24,20	R\$ 19,80	R\$ 44,00
<b>9</b>	USG DE TIREOIDE	02.05.02.012-7	R\$ 24,20	R\$ 19,80	R\$ 44,00
<b>10</b>	USG DE TORAX	02.05.02.013-5	R\$ 24,20	R\$ 19,80	R\$ 44,00
<b>11</b>	USG OBSTETRICA	02.05.02.014-3	R\$ 24,20	R\$ 19,80	R\$ 44,00
<b>14</b>	USG DE PÉLVICA (GINECOLÓGICA)	02.05.02.016.0	R\$ 24,20	R\$ 19,80	R\$ 44,00
<b>15</b>	USG TRANSFONTONELA	02.05.02.017-8	R\$ 24,20	R\$ 19,80	R\$ 44,00

PROCEDIMENTO DE DENSITOMETRIA ÓSSEA					
Ordem	Descrição dos Procedimentos	Valor Tabela SUS		Valor Complementação	Valor Total
		Código	Valor Unitário		
<b>1</b>	DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (VERTEBRAIS LOMBARES)	02.04.06.002-8	R\$ 55,10	R\$ 49,90	R\$ 105,00

PROCEDIMENTO DE ELETRONEUROMIOGRAFIA					
Ordem	Descrição dos Procedimentos	Valor Tabela SUS		Valor Complementação	Valor Total
		Código	Valor Unitário		
<b>1</b>	ELETRONEUROMIOGRAMA DE MEMBRO INFERIOR (MMII)	02.11.05.008-3	R\$ 27,00	R\$ 233,00	R\$ 260,00
<b>2</b>	ELETRONEUROMIOGRAMA DE MEMBRO SUPERIOR (MMSS)	02.11.05.008-3	R\$ 27,00	R\$ 233,00	R\$ 260,00
<b>3</b>	ELETRONEUROMIOGRAMA DE MEMBROS INFERIORES E SUPERIORES (MMII E MMSS)	02.11.05.008-3	R\$ 54,00	R\$ 206,00	R\$ 260,00

PROCEDIMENTO COM FINALIDADE DIAGNÓSTICAS					
Ordem	Descrição dos Procedimentos	Valor Tabela SUS		Valor Complementação	Valor Total
		Código	Valor Unitário		
1	HISTEROSCOPIA (DIAGNÓSTICA)	02.11.04.004-5	R\$ 25,00	R\$ 125,00	R\$ 150,00
2	HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA COM BIÓPSIA	02.11.04.004-5	R\$ 25,00	R\$ 295,00	R\$ 320,00
3	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA	02.05.01.003-2	R\$ 39,94	R\$ 167,06	R\$ 207,00
4	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HORAS (3 CANAIS)	02.11.02.004-4	R\$ 30,00	R\$ 106,00	R\$ 136,00
5	TESTE DE ESFORÇO/TESTE ERGOMÉTRICO	02.11.02.006-4	R\$ 30,00	R\$ 78,00	R\$ 108,00
6	MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL - MAPA	02.11.02.005-2	R\$ 10,07	R\$ 126,53	R\$ 136,60
7	ELETROCARDIOGRAMA-ECG	02.11.02.003-6	R\$ 5,15	R\$ 5,30	R\$ 10,45
8	EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA	02.03.01.001-9	R\$ 6,97	R\$ 3,03	R\$ 10,00
9	PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA C/ BRONCODILATADOR (ESPIROMETRIA	02.11.08.005-5	R\$ 6,36	R\$ 93,64	R\$ 100,00

(\*) Base de cálculo: Tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), Tabela Diferenciada de Valores de Complementação da Secretaria de Estado da Saúde, Tabela Municipal de Procedimentos com Complementação da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas e Média de valores praticados no mercado local.