



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

RESOLUÇÃO – CIB/TO Nº 193, de 19 de julho de 2018.

Dispõe sobre a Inclusão de valores dos Procedimentos de Oftalmologia e a Correção nos valores das Consultas de Especialidades na Tabela Municipal de Procedimentos Oftalmológicos e Consultas de Especialidades do município de Porto Nacional - TO.

O PRESIDENTE DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DO TOCANTINS/CIB-TO, no uso de suas atribuições legais e regimentais, conferidas através das disposições contidas no Art. 2º da Portaria Nº. 931/1997, que constituiu a CIB-TO, de 26 de junho de 1997, publicada no Diário Oficial do Estado do Tocantins em 04 de julho de 1997, expedida pela Secretaria da Saúde do Estado do Tocantins, e no Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite – CIB/TO, e,

Considerando que a RESOLUÇÃO – CIB Nº. 204/2017, de 18 de maio de 2017, que Dispõe sobre a Tabela Municipal de Procedimentos com Complementação da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Nacional - TO;

Considerando o Ofício do município de Porto Nacional – TO, Ofício nº 493/2018 – GAB/SEMUS, de 08 de junho de 2018, que Solicita a emissão de RESOLUÇÃO – CIB AD REFERENDUM visando incluir na TABELA MUNICIPAL DE PROCEDIMENTOS COM COMPLEMENTAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO NACIONAL os valores das consultas de especialidades;

Considerando que a referida Tabela servirá somente ao município de Porto Nacional – TO;

Considerando que esta Tabela será utilizada para Procedimentos Oftalmológicos e Consultas de Especialidades de Média e Alta Complexidade Ambulatorial nos serviços próprios referenciados;

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

Considerando que o município de Porto Nacional – TO utilizou como base a RESOLUÇÃO – CIB Nº. 028/2017, de 23 de março de 2017, que Dispõe sobre a Atualização da Tabela Municipal de Procedimentos com Complementação da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas – TO, com alteração no valor dos procedimentos de: Tratamento Ambulatorial com Técnica de Ecoesclerose com Espuma Bilateral; e Tratamento Ambulatorial com Técnica de Ecoesclerose com Espuma Unilateral;

Considerando a RESOLUÇÃO – CIB/TO Nº. 134, *Ad Referendum*, de 14 de junho de 2018, que Dispõe sobre a Inclusão de valores dos Procedimentos de Oftalmologia e a Correção nos valores das Consultas de Especialidades na Tabela Municipal de Procedimentos Oftalmológicos e Consultas de Especialidades do município de Porto Nacional – TO.





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

Considerando a análise, discussão e pactuação da Plenária da Comissão Intergestores Bipartite em Reunião Ordinária realizada aos 19 dias do mês de julho do ano de 2018.

RESOLVE:

Art. 1º - Homologar a Inclusão de valores dos Procedimentos de Oftalmologia e a Correção nos valores das Consultas de Especialidades na Tabela Municipal de Procedimentos Oftalmológicos e Consultas de Especialidades do município de Porto Nacional – TO conforme Anexo I.

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

RENATO JAYME DA SILVA
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite



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

ANEXO I - RESOLUÇÃO – CIB/TO Nº 193, de 19 de julho de 2018.

**TABELA DE PROCEDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS E CONSULTAS DE
ESPECIALIDADES**

PORTO NACIONAL - TO

ORD	Serviço	Valor Tabela SUS	Valor de Complementação	Valor Total
01	ANESTESIA OFTALMOLÓGICA	R\$ 22,27	R\$ 140,73	R\$163,00
02	CONSULTA DE ESPECIALIDADES	R\$ 10,00	R\$ 40,00	R\$50,00
03	CAPSULECTOMIA POSTERIOR CIRÚRGICA	R\$ 116,42	R\$ 3,00	R\$119,42
04	CAPSULOTOMIA A YAG LASER	R\$ 45,00	R\$ 5,00	R\$50,00
05	CAUTERIZAÇÃO DE CÓRNEA	R\$ 19,14	R\$ 1,00	R\$20,14
06	CICLOCRIOCOAGULAÇÃO/ DIATERMIA	R\$ 335,72	R\$ 3,00	R\$338,72
07	CICLODIALISE	R\$ 273,14	R\$ 2,00	R\$275,14
08	CORREÇÃO DE ASTIGMATISMO SECUNDÁRIO	R\$ 19,14	R\$ 1,00	R\$ 20,14
09	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE HÉRNIA DE ÍRIS	R\$ 259,00	R\$ 1,00	R\$260,00
10	EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA	R\$ 82,28	R\$ 3,00	R\$ 85,28
11	FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR	R\$ 443,00	R\$ 2,00	R\$445,00
12	FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR	R\$ 403,00	R\$ 2,00	R\$405,00
13	FACOEMLSIFICAÇÃO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR RÍGIDA	R\$ 543,00	R\$ 2,00	R\$545,00.
14	FOTOTRABECULOPLASTIA A LASER	R\$ 45,00	R\$ 5,00	R\$ 50,00
15	IMPLANTE INTRA- ESTROMAL	R\$ 515,97	R\$ 5,00	R\$ 520,97
16	IMPLANTE SECUNDÁRIO DE LENTE INTRA-OCULAR - LIO	R\$ 994,88	R\$ 5,00	R\$ 999,88
17	INJEÇÃO			





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

	SUBCONJUNTIVAL/ SUBTENONIA	R\$ 8,24	R\$ 2,00	R\$ 10,24
18	IRIDECTOMIA CIRÚRGICA	R\$ 297,46	R\$ 2,00	R\$ 299,46
19	IRIDECTOMIA A LASER	R\$ 45,00	R\$ 1,00	R\$ 46,00
20	PARACENTESE DE CÂMARA ANTERIOR	R\$ 82,28	R\$ 3,00	R\$ 85,28
21	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL	R\$ 98,44	R\$ 2,00	R\$ 100,44
22	RECONSTITUIÇÃO DE FORNIX CONJUNTIVAL	R\$ 335,72	R\$ 2,00	R\$ 337,72
23	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA ANTERIOR DO OLHO	R\$ 335,72	R\$ 2,00	R\$ 337,72
24	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÓRNEA	R\$ 25,00	R\$ 1,00	R\$ 26,00
25	SINEQUIOLISE A YAG LASER	R\$ 45,00	R\$ 2,00	R\$ 47,00
26	SUBSTITUIÇÃO DE LENTE INTRA-OCULAR	R\$ 544,88	R\$ 2,00	R\$ 546,88
27	SUTURA DE CONJUNTIVA	R\$ 82,28	R\$ 1,00	R\$ 83,28
28	SUTURA DE CÓRNEA	R\$ 164,08	R\$ 2,00	R\$ 166,08
29	TRABECULECTOMIA	R\$ 513,34	R\$ 2,00	R\$ 515,34
30	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO	R\$ 139,70	R\$ 1,00	R\$ 140,70
31	FACOEMULSIFICAÇÃO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL	R\$ 643,00	R\$ 3,00	R\$ 646,00
32	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEISCÊNCIA DE SUTURA DE CÓRNEA	R\$ 172,12	R\$ 2,00	R\$ 174,12
33	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA	R\$ 14,81	R\$ 2,00	R\$ 16,81
34	ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR)	R\$ 24,20	R\$ 2,00	R\$ 26,20
35	BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)	R\$ 24,24	R\$ 1,00	R\$ 25,24
36	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO	R\$ 12,34	R\$ 2,00	R\$ 14,34
37	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRÁFICO	R\$ 40,00	R\$ 2,00	R\$ 42,00
38	CERATOMETRIA	R\$ 3,37	R\$ 1,00	R\$ 4,37
39	CURVA DIÁRIA DE			





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

	PRESSÃO OCULAR – CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS)	R\$ 10,11	R\$ 2,00	R\$ 12,11
40	ELETRO-OCULOGRAFIA	R\$ 24,24	R\$ 2,00	R\$ 26,24
41	ELETRORETINOLOGRAFIA	R\$ 24,24	R\$ 1,00	R\$ 25,24
42	ESTESIOMETRIA	R\$ 3,37	R\$ 3,00	R\$ 6,37
43	FUNDOSCOPIA	R\$ 3,37	R\$ 2,00	R\$ 5,37
44	GONIOSCOPIA	R\$ 6,74	R\$ 2,00	R\$ 8,74
45	MAPEAMENTO DE RETINA	R\$ 24,24	R\$ 2,00	R\$ 26,24
46	MEDIDA DE OFUSCAMENTO E CONTRASTE	R\$ 3,37	R\$ 1,00	R\$ 4,37
47	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CÓRNEA	R\$ 24,24	R\$ 2,00	R\$ 26,24
48	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL	R\$ 3,37	R\$ 2,00	R\$ 5,37
49	POTENCIAL VISUAL EVOCADO	R\$ 24,24	R\$ 1,00	R\$ 25,24
50	RETINOLOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	R\$ 24,68	R\$ 2,00	R\$ 26,68
51	RETINOLOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	R\$ 64,00	R\$ 2,00	R\$ 66,00
52	TESTE DE PROVOCAÇÃO DE GLAUCOMA	R\$ 6,74	R\$ 1,00	R\$ 7,74
53	TESTE SCHIRMER	R\$ 3,37	R\$ 3,00	R\$ 6,37
54	TESTE DE VISÃO DE CORES	R\$ 3,37	R\$ 2,00	R\$ 5,37
55	TESTE ORTÓPTICO	R\$ 13,34	R\$ 2,00	R\$ 14,34
56	TESTE P/ ADAPTAÇÃO DE LENTE DE CONTATO	R\$ 12,34	R\$ 2,00	R\$ 14,34
57	TONOMETRIA	R\$ 3,37	R\$ 1,00	R\$ 4,37
58	TOPOLOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÓRNEA	R\$ 24,24	R\$ 2,00	R\$ 26,24


RENATO JAYME DA SILVA
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite



ESTADO DO TOCANTINS
PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO NACIONAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ofício nº 493/2018 – GAB/SEMUS

Porto Nacional/TO, 08 de junho de 2018.

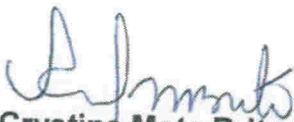
Ao Excelentíssimo Senhor,
Renato Jaime da Silva
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite- CIB

Assunto: Solicitação AD REFERENDUM.

Após cumprimenta-lo cordialmente, venho por meio deste solicitar a Vossa Excelência emissão de **AD REFERENDUM**, visando incluir na TABELA MUNICIPAL DE PROCEDIMENTOS COM COMPLEMENTAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO NACIONAL os valores dos procedimentos de oftalmologia, bem como correção no valor das consultas de especialidades.

Vale ressaltar que a empresa prestadora dos serviços de oftalmologia rompeu o contrato alegando a impossibilidade de executar os procedimentos sem complementação de tabela. O ad Referendum se faz necessário, haja vista que o contrato de prestação de serviço foi rompido de forma abrupta e a Secretaria Municipal de Saúde necessita do referido instrumento para dar início em novo processo licitatório.

Atenciosamente,


Anna Crystina Mota Brito Bezerra
Secretária Municipal de Saúde

Anna Crystina Mota Brito Bezerra
Secretaria Municipal de Saúde
Decreto 06/2017

RECEBEMOS

12/06/2018

HS 16:00

Anna M. Bezerra
Loc. Executiva da Comissão
Intergestores Bipartite-TO



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

RESOLUÇÃO – CIB Nº. 204/2017, de 18 de maio de 2017.

Dispõe sobre a Tabela Municipal de Procedimentos com Complementação da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Nacional – TO.

O PRESIDENTE DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DO TOCANTINS/CIB-TO, no uso de suas atribuições legais e regimentais, conferidas através das disposições contidas no Art. 2º da Portaria Nº. 931/1997, que constituiu a CIB-TO, de 26 de junho de 1997, publicada no Diário Oficial do Estado do Tocantins em 04 de julho de 1997, expedida pela Secretaria da Saúde do Estado do Tocantins, e no Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite – CIB/TO, e,

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

Considerando que esta tabela será utilizada para Consultas e Procedimentos de Especialidades (Imagem, Laboratório de Análises Clínicas, Oftalmologia e outros exames de Média e Alta Complexidade - MAC), Média e Alta Complexidade Ambulatorial nos serviços próprios e referenciados;

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

Considerando que o município de Porto Nacional utilizou como base a RESOLUÇÃO – CIB Nº. 028/2017, de 23 de março de 2017, que Dispõe sobre a Atualização da Tabela Municipal de Procedimentos com Complementação da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas – TO, com alteração no valor dos procedimentos de: Tratamento Ambulatorial com Técnica de Ecoesclerose com Espuma Bilateral; e, Tratamento Ambulatorial com Técnica de Ecoesclerose com Espuma Unilateral;

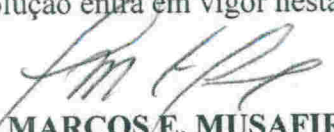
Considerando a apresentação da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Nacional – TO;

Considerando a análise, discussão e pactuação da Plenária da Comissão Intergestores Bipartite em Reunião Ordinária realizada aos 18 dias do mês de maio do ano de 2017.

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar a Tabela Municipal de Procedimentos com Complementação da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Nacional – TO, conforme Anexo I.

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


MARCOS E. MUSAFIR

Presidente da Comissão Intergestores Bipartite





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

ANEXO I - RESOLUÇÃO – CIB Nº. 204/2017, de 18 de maio de 2017.

**TABELA MUNICIPAL DE PROCEDIMENTOS COM COMPLEMENTAÇÃO DA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO NACIONAL – TO.**

Nº.	Código do Procedimento	DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	Valor SUS (R\$)	Complementação (R\$)	TOTAL (R\$)
1	02.01.02.0 04-1	Coleta de material biológico para sorologia e entrega no Laboratório Municipal	0,00	2,00	2,00
2	03.01.01.0 07-2	Consulta Médica em Atenção Especializada	10,00	30,00	40,00
3	02.09.01.0 02-9	Colonoscopia (Coloscopia)	112,66	207,34	320,00
4	02.09.01.0 03-7	Esofagogastroduodenoscopia	48,16	151,84	200,00
5	02.09.01.0 05-3	Retossigmoidoscopia	23,13	126,87	150,00
6	04.07.01.0 25-4	Retirada de Polipo do Tubo Digestivo por Endoscopia (Polipectomia)	29,84	170,16	200,00
7	02.03.01.0 01-9	Exame Citopatológico Cervico-Vaginal/Microflora	6,97	3,03	10,00
8	02.03.01.0 08-6	Exame Citopatológico Cervico-Vaginal/Microflora-Rastreamento – FAEC	7,30	2,70	10,00
9	02.05.02.0 04-6	Ultrassonografia de Abdômen Total	37,95	6,05	44,00
10	Grupo 02.05.02	Ultrassonografia dos Demais Sistemas	24,20	19,80	44,00
11	02.05.02.0 15-1	Ultrassonografia obstétrica c/ doppler colorido e pulsado	39,60	81,44	121,04
12	02.05.01.0 05-9	Ultrassonografia doppler de fluxo obstétrico	42,90	78,14	121,04
13	02.01.01.0 58-5	Punção aspirativa de mama por agulha fina	33,24	10,76	44,00
14	02.04.05.0 06-5	Histerossalpingografia	45,34	35,35	80,69
15	02.11.04.0 04-5	Histeroscopia (Diagnóstica)	25,00	125,00	150,00
16	02.11.04.0 04-5	Histeroscopia Diagnóstica com Biópsia	25,00	295,00	320,00
17	02.05.01.0 03-2	Ecocardiografia Transtorácica	39,94	167,06	207,00
18	02.11.02.0	Monitoramento pelo Sistema	30,00	106,00	136,00





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

	04-4	Holter24 hs (3 canais)			
19	02.11.02.0 06-0	Teste de Esforço / Teste Ergometrico	30,00	78,00	108,00
20	02.11.02.0 05-2	Monitorização ambulatorial de pressão arterial	10,07	126,53	136,60
21	02.11.02.0 03-6	Eletrocardiograma -ECG	5,15	5,30	10,45
22	02.05.01.0 04-0	Ultrassonografia doppler colorido de vasos	39,60	160,40	200,00
23	02.05.01.0 04-0	Ultrassonografia doppler colorido de vasos Membros Superiores, Inferiores (D,E)	39,60	135,40	175,00
24	03.09.07.0 02-3	Tratamento Ambulatorial com Técnica de Ecoesclerose com Espuma Bilateral	392,62	189,42	582,04
25	03.09.07.0 01-5	Tratamento Ambulatorial com Técnica de Ecoesclerose com Espuma Unilateral	300,78	182,59	483,37
26	-	Tratamento Ambulatorial com Técnica de Trombectomia Venosa *	-	569,00	569,00
27	02.09.04.0 04-1	Videolaringoscopia	45,50	34,50	80,00
28	02.11.07.0 04-1	Audiometria Tonal Limiar (Via Aérea/Óssea)	21,00	29,00	50,00
29	02.11.07.0 21-1	Logaudiometria (LDV-IRF-LRF)	26,25	23,75	50,00
30	02.11.07.0 20-3	Imitanciometria	23,00	27,00	50,00
31	02.11.08.0 05-5	Prova de Função Pulmonar Completa c/ Broncodilatador (Espirometria)	6,36	93,64	100,00
32	02.09.02.0 01-6	Cistoscopia e/ou Ureterosopia e/ou Uretroscopia	18,00	303,75	321,75
33	02.11.09.0 01-8	Avaliação Urodinâmica Completa	7,62	306,98	314,60
34	03.09.03.0 12-9	Litotripsia Extracorpórea (Onda de Choque Parcial / Completa em uma Região Renal)	172,00	114,00	286,00
35	03.09.03.0 10-2	Litotripsia Extracorpórea (Onda de Choque - Tratamento Subsequente em 1 Região Renal)	172,00	114,00	286,00
36	03.09.03.0 11-0	Litotripsia Extracorpórea (Onda de Choque - Tratamento Subsequente em 2 Regiões	150,50	135,50	286,00





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

		Renais)			
37	03.09.03.0 13-7	Litotripsia Extracorpórea (Onda de Choque Parcial / Completa em 2 Regiões Renais)	150,50	135,50	286,00
38	04.09.01.0 17-0	Instalação Endoscópica de Cateter Duplo J	129,60	185,00	314,60
39	07.02.06.0 01-1	Cateter Duplo J	141,52	144,48	286,00
40	02.01.01.0 41-0	Biópsia de Próstata + Ultrassonografia de Próstata (Via Transretal)	116,58	253,42	370,00
41	02.04.06.0 02-8	Densitometria Óssea Duo-Energética de Coluna (Vertebras Lombares)	55,10	49,90	105,00
42	02.04.03.0 03-0	Mamografia	22,50	22,50	45,00
43	02.04.03.0 18-8	Mamografia bilateral para rastreamento	45,00	45,00	90,00
44	02.06.01.0 01-0	Tomografia computadorizada de coluna cervical c/ ou s/ contraste	86,76	153,24	240,00
45	02.06.01.0 02-8	Tomografia computadorizada de coluna lombo-sacra c/ ou s/ contraste	101,10	138,90	240,00
46	02.06.01.0 03-6	Tomografia computadorizada de coluna toracica c/ ou s/ contraste	86,76	153,24	240,00
47	02.06.01.0 04-4	Tomografia computadorizada de face / seios da face / articulacoes temporomandibulares	86,75	153,24	240,00
48	02.06.01.0 05-2	Tomografia computadorizada do pescoco	86,75	153,25	240,00
49	02.06.01.0 06-0	Tomografia computadorizada de sela turcica	97,44	142,56	240,00
50	02.06.01.0 07-9	Tomografia computadorizada do cranio	97,44	142,56	240,00
51	02.06.01.0 08-7	Tomomielografia computadorizada	138,63	101,37	240,00
52	02.06.02.0 01-5	Tomografia computadorizada de articulacoes de membro superior	86,75	153,25	240,00
53	02.06.02.0 02-3	Tomografia computadorizada de segmentos apendiculares - (braco, antebraço, mão, coxa, perna, pé)	86,75	153,25	240,00
54	02.06.02.0 03-1	Tomografia computadorizada de torax	136,41	103,59	240,00





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

55	02.06.03.0 01-0	Tomografia computadorizada de abdomen superior	138,63	101,37	240,00
56	02.06.03.0 02-9	Tomografia computadorizada de articulacoes de membro inferior	86,75	153,25	240,00
57	02.06.03.0 03-7	Tomografia computadorizada de pelve / bacia / abdomen inferior	138,63	101,37	240,00
58	02.07.02.0 01-9	Ressonância Magnética do Coração AORTA com CINE	361,25	78,75	440,00
59	Grupo 02.07	Ressonância Magnética	268,75	171,25	440,00
60	02.04.05.0 01-4	Clister Opaco c/ Duplo Contraste	47,76	312,24	360,00
61	02.04.05.0 18-9	Urografia Venosa	57,40	232,60	290,00
62	02.04.05.0 17-0	Uretrocistografia (em adulto)	52,11	247,89	300,00
63	02.04.05.0 17-0	Uretrocistografia (em criança até 12 anos)	52,11	427,89	480,00
64	02.04.03.0 08-0	Radiografia de Esôfago	19,24	60,76	80,00
65	02.04.05.0 15-4	Radiografia de Intestino Delgado (Transito)	47,59	102,41	150,00
66	02.04.05.0 14-6	Radiografia de Estomago e Duodeno	35,22	124,78	160,00
67	02.04.01.0 03-9	Radiografia Bilateral de Orbitas (PA + Obliquas + Hirtz) (Sem laudo)	8,38	10,92	19,30
68	02.04.01.0 04-7	Radiografia de Arcada Zigomatico-Malar (AP+ Obliquas) (Sem laudo)	6,96	12,34	19,30
69	02.04.01.0 05-5	Radiografia de Articulacao Temporo-Mandibular (Sem laudo)	8,38	10,92	19,30
70	02.04.0100 6-3	Radiografia de Cavum (LATERAL + Hirtz) (Sem laudo)	6,88	12,42	19,30
71	02.04.01.0 07-1	Radiografia de Cranio (PA + Lateral + Obligua / Bretton + Hirtz) (Sem laudo)	9,15	10,15	19,30
72	02.04.01.0 08-0	Radiografia de Cranio (PA + Lateral) (Sem laudo)	7,52	11,78	19,30
73	02.04.01.0 09-8	Radiografia de Laringe (Sem laudo)	5,74	13,56	19,30
74	02.04.01.0 10-1	Radiografia de Mastoide / Rochedos (BILATERAL) (Sem laudo)	9,03	10,27	19,30





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

75	02.04.01.0 11-0	Radiografia de Maxilar (PA + Obliqua) (Sem laudo)	7,20	12,10	19,30
76	02.04.01.0 12-8	Radiografia de Ossos Da Face (MN + Lateral + Hirtz) (Sem laudo)	8,38	10,92	19,30
77	02.04.01.0 13-6	Radiografia de Regiao Orbitaria (Localização de Corpo Estranho) (Sem laudo)	7,98	11,32	19,30
78	02.04.01.0 14-4	Radiografia de Seios Da Face (FN + Mn + Lateral + Hirtz) (Sem laudo)	7,32	11,98	19,30
79	02.04.01.0 15-2	Radiografia de Sela Tursica (PA + Lateral + Bretton) (Sem laudo)	7,20	12,10	19,30
80	02.04.01.0 16-0	Radiografia Oclusal (Sem laudo)	3,51	15,79	19,30
81	02.04.01.0 17-9	Radiografia Panoramica (Sem laudo)	9,03	10,27	19,30
82	02.04.01.0 18-7	Radiografia Peri-Apical Interproximal (BITE-WING) (Sem laudo)	1,75	17,55	19,30
83	02.04.01.0 20-9	Teleradiografia Com Tracados E Sem Tracados (Sem laudo)	6,44	12,86	19,30
84	02.04.02.0 02-6	Planigrafia de Coluna Vertebral (Sem laudo)	19,60	0,00	19,30
85	02.04.02.0 03-4	Radiografia de Coluna Cervical (AP + Lateral + To + Obliquas) (Sem laudo)	8,33	10,97	19,30
86	02.04.02.0 04-2	Radiografia de Coluna Cervical (AP + Lateral + To / Flexão) (Sem laudo)	8,19	11,11	19,30
87	02.04.02.0 05-0	Radiografia de Coluna Cervical Funcional / Dinamica (Sem laudo)	10,29	9,01	19,30
88	02.04.02.0 06-9	Radiografia de Coluna Lombo-Sacra (Sem laudo)	10,96	8,34	19,30
89	02.04.02.0 07-7	Radiografia de Coluna Lombo-Sacra (C/ Obliquas) (Sem laudo)	14,90	4,40	19,30
90	02.04.02.0 08-5	Radiografia de Coluna Lombo-Sacra Funcional / Dinamica (Sem laudo)	16,88	2,42	19,30
91	02.04.02.0 09-3	Radiografia de Coluna Toracica (AP + Lateral) (Sem laudo)	9,16	10,14	19,30
92	02.04.02.0 10-7	Radiografia de Coluna Toraco-Lombar (Sem laudo)	9,73	9,57	19,30
93	02.04.02.0	Radiografia de Coluna Toraco-	15,58	3,72	19,30





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

	11-5	Lombar Dinamica (Sem laudo)			
94	02.04.02.0 12-3	Radiografia de RegiaoSacro-Coccigea (Sem laudo)	7,80	11,50	19,30
95	02.04.03.0 05-6	Radiografia de Coracao E Vasos Da Base (PA + Lateral + Obliqua) (Sem laudo)	14,32	4,98	19,30
96	02.04.03.0 06-4	Radiografia de Coracao E Vasos Da Base (PA + Lateral) (Sem laudo)	9,05	10,25	19,30
97	02.04.03.0 07-2	Radiografia de Costelas (POR Hemitorax) (Sem laudo)	8,37	10,93	19,30
98	02.04.03.0 09-9	Radiografia de Esterno (Sem laudo)	7,98	11,32	19,30
99	02.04.03.0 10-2	Radiografia de Mediastino (PA E Perfil) (Sem laudo)	8,73	10,57	19,30
100	02.04.03.0 12-9	Radiografia de Torax (APICO-LORDÓRTICA) (Sem laudo)	5,56	13,74	19,30
101	02.04.03.0 13-7	Radiografia de Torax (PA + Inspiracao + Expiracao + Lateral) (Sem laudo)	14,32	4,98	19,30
102	02.04.03.0 14-5	Radiografia de Torax (PA + Lateral + Obliqua) (Sem laudo)	12,02	7,28	19,30
103	02.04.03.0 15-3	Radiografia de Torax (PA E Perfil) (Sem laudo)	9,50	9,80	19,30
104	02.04.03.0 16-1	Radiografia de Torax (PA PadraoOit) (Sem laudo)	6,55	12,75	19,30
105	02.04.03.0 17-0	Radiografia de Torax (PA) (Sem laudo)	6,88	12,42	19,30
106	02.04.04.0 01-9	Radiografia de Antebraco (Sem laudo)	6,42	12,88	19,30
107	02.04.04.0 02-7	Radiografia de ArticulacaoAcromio-Clavicular (Sem laudo)	7,40	11,90	19,30
108	02.04.04.0 03-5	Radiografia de Articulacao Escapulo-Umeral (Sem laudo)	7,40	11,90	19,30
109	02.04.04.0 04-3	Radiografia de Articulacao Esterno-Clavicular (Sem laudo)	7,40	11,90	19,30
110	02.04.04.0 05-1	Radiografia de Braco (Sem laudo)	7,77	11,53	19,30
111	02.04.04.0 06-0	Radiografia de Clavicula (Sem laudo)	7,40	11,90	19,30
112	02.04.04.0 07-8	Radiografia de Cotovelo (Sem laudo)	5,90	13,40	19,30
113	02.04.04.0 08-6	Radiografia de Dedos Da Mão (Sem laudo)	5,62	13,68	19,30





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

114	02.04.04.0 09-4	Radiografia de Mão (Sem laudo)	6,30	13,00	19,30
115	02.04.04.0 10-8	Radiografia de Mão (Sem laudo)	6,00	13,30	19,30
116	02.04.04.0 11-6	Radiografia de Escapula/Ombro (TRES Posições) (Sem laudo)	7,98	11,32	19,30
117	02.04.04.0 12-4	Radiografia de Punho (AP + Lateral + Obliqua) (Sem laudo)	6,91	12,39	19,30
118	02.04.05.0 10-3	Planigrafia de Rim S/ Contraste (Sem laudo)	14,48	4,82	19,30
119	02.04.05.0 11-1	Radiografia de Abdomen (AP + Lateral / Localizada) (Sem laudo)	10,73	8,57	19,30
120	02.04.05.0 12-0	Radiografia de Abdomen Agudo (Minimo de 3 Incidencias) (Sem laudo)	15,30	4,00	19,30
121	02.04.05.0 13-8	Radiografia de Abdomen Simples (AP) (Sem laudo)	7,17	12,13	19,30
122	02.04.06.0 03-6	Escanometria (Sem laudo)	7,77	11,53	19,30
123	02.04.06.0 04-4	Planigrafia de Osso - Subsidiaria A Outros Exames (Por Plano) (Sem laudo)	18,68	0,62	19,30
124	02.04.06.0 05-2	Planigrafia de Osso Em 2 Planos (Sem laudo)	18,68	0,62	19,30
125	02.04.06.0 06-0	Radiografia de ArticulacaoCoxo- Femoral (Sem laudo)	7,77	11,53	19,30
126	02.04.06.0 07-9	Radiografia de Articulacao Sacro-Iliaca (Sem laudo)	7,77	11,53	19,30
127	02.04.06.0 08-7	Radiografia de ArticulacaoTibio- Tarsica (Sem laudo)	6,50	12,80	19,30
128	02.04.06.0 09-5	Radiografia de Bacia (Sem laudo)	7,77	11,53	19,30
129	02.04.06.0 10-9	Radiografia de Calcaneo (Sem laudo)	6,50	12,80	19,30
130	02.04.06.0 11-7	Radiografia de Coxa (Sem laudo)	8,94	10,36	19,30
131	02.04.06.0 12-5	Radiografia de Joelho (AP + Lateral) (Sem laudo)	6,78	12,52	19,30
132	02.04.06.0 13-3	Radiografia de Joelho Ou Patela (AP + Lateral + Axial) (Sem laudo)	7,16	12,14	19,30
133	02.04.06.0 14-1	Radiografia de Joelho Ou Patela (AP + Lateral + Obliqua + 3 Axiais) (Sem laudo)	9,29	10,01	19,30
134	02.04.06.0	Radiografia de Pe / Dedos Do Pe	6,78	12,52	19,30





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

	15-0	(Sem laudo)			
135	02.04.06.0 16-8	Radiografia de Perna (Sem laudo)	8,94	10,36	19,30
136	02.04.06.0 17-6	Radiografia Panorâmica de Membros Inferiores (Sem laudo)	9,29	10,01	19,30
137	02.04.01.0 03-9	Radiografia Bilateral de Orbitas (PA + Obliquas + Hirtz) (Com laudo)	8,38	16,46	24,84
138	02.04.01.0 04-7	Radiografia de Arcada Zigomatico-Malar (AP+ Obliquas) (Com laudo)	6,96	17,88	24,84
139	02.04.01.0 05-5	Radiografia de Articulação Temporo-Mandibular (Com laudo)	8,38	16,46	24,84
140	02.04.01.0 6-3	Radiografia de Cavum (LATERAL + Hirtz) (Com laudo)	6,88	17,96	24,84
141	02.04.01.0 07-1	Radiografia de Cranio (PA + Lateral + Oblíqua / Bretton + Hirtz) (Com laudo)	9,15	15,69	24,84
142	02.04.01.0 08-0	Radiografia de Cranio (PA + Lateral) (Com laudo)	7,52	17,32	24,84
143	02.04.01.0 09-8	Radiografia de Laringe (Com laudo)	5,74	19,10	24,84
144	02.04.01.0 10-1	Radiografia de Mastoide / Rochedos (BILATERAL) (Com laudo)	9,03	15,81	24,84
145	02.04.01.0 11-0	Radiografia de Maxilar (PA + Obliqua) (Com laudo)	7,20	17,64	24,84
146	02.04.01.0 12-8	Radiografia de Ossos Da Face (MN + Lateral + Hirtz) (Com laudo)	8,38	16,46	24,84
147	02.04.01.0 13-6	Radiografia de Região Orbitária (Localização de Corpo Estranho) (Com laudo)	7,98	16,86	24,84
148	02.04.01.0 14-4	Radiografia de Seios Da Face (FN + Mn + Lateral + Hirtz) (Com laudo)	7,32	17,52	24,84
149	02.04.01.0 15-2	Radiografia de Sela Turca (PA + Lateral + Bretton) (Com laudo)	7,20	17,64	24,84
150	02.04.01.0 16-0	Radiografia Oclusal (Com laudo)	3,51	21,33	24,84
151	02.04.01.0 17-9	Radiografia Panorâmica (Com laudo)	9,03	15,81	24,84
152	02.04.01.0	Radiografia Peri-Apical	1,75	23,09	24,84





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

	18-7	Interproximal (BITE-WING) (Com laudo)			
153	02.04.01.0 20-9	Teleradiografia Com Tracados E Sem Tracados (Com laudo)	6,44	18,40	24,84
154	02.04.02.0 02-6	Planigrafia de Coluna Vertebral (Com laudo)	19,60	5,24	24,84
155	02.04.02.0 03-4	Radiografia de Coluna Cervical (AP + Lateral + To + Obliquas) (Com laudo)	8,33	16,51	24,84
156	02.04.02.0 04-2	Radiografia de Coluna Cervical (AP + Lateral + To / Flexão) (Com laudo)	8,19	16,65	24,84
157	02.04.02.0 05-0	Radiografia de Coluna Cervical Funcional / Dinamica (Com laudo)	10,29	14,55	24,84
158	02.04.02.0 06-9	Radiografia de Coluna Lombo- Sacra (Com laudo)	10,96	13,88	24,84
159	02.04.02.0 07-7	Radiografia de Coluna Lombo- Sacra (C/ Obliquas) (Com laudo)	14,90	9,94	24,84
160	02.04.02.0 08-5	Radiografia de Coluna Lombo- Sacra Funcional / Dinamica (Com laudo)	16,88	7,96	24,84
161	02.04.02.0 09-3	Radiografia de Coluna Toracica (AP + Lateral) (Com laudo)	9,16	15,68	24,84
162	02.04.02.0 10-7	Radiografia de Coluna Toraco- Lombar (Com laudo)	9,73	15,11	24,84
163	02.04.02.0 11-5	Radiografia de Coluna Toraco- Lombar Dinamica (Com laudo)	15,58	9,26	24,84
164	02.04.02.0 12-3	Radiografia de Regiao Sacro- Coccigea (Com laudo)	7,80	17,04	24,84
165	02.04.03.0 05-6	Radiografia de Coracao E Vasos Da Base (PA + Lateral + Obliqua) (Com laudo)	14,32	10,52	24,84
166	02.04.03.0 06-4	Radiografia de Coracao E Vasos Da Base (PA + Lateral) (Com laudo)	9,05	15,79	24,84
167	02.04.03.0 07-2	Radiografia de Costelas (POR Hemitorax) (Com laudo)	8,37	16,47	24,84
168	02.04.03.0 09-9	Radiografia de Esterno (Com laudo)	7,98	16,86	24,84
169	02.04.03.0 10-2	Radiografia de Mediastino (PA E Perfil) (Com laudo)	8,73	16,11	24,84
170	02.04.03.0 12-9	Radiografia de Torax (APICO- LORDORTICA) (Com laudo)	5,56	19,28	24,84
171	02.04.03.0	Radiografia de Torax (PA +	14,32	10,52	24,84





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

	13-7	Inspiracao + Expiracao + Lateral) (Com laudo)			
172	02.04.03.0 14-5	Radiografia de Torax (PA + Lateral + Obliqua) (Com laudo)	12,02	12,82	24,84
173	02.04.03.0 15-3	Radiografia de Torax (PA E Perfil) (Com laudo)	9,50	15,34	24,84
174	02.04.03.0 16-1	Radiografia de Torax (PA PadraoOit) (Com laudo)	6,55	18,29	24,84
175	02.04.03.0 17-0	Radiografia de Torax (PA) (Com laudo)	6,88	17,96	24,84
176	02.04.04.0 01-9	Radiografia de Antebraco (Com laudo)	6,42	18,42	24,84
177	02.04.04.0 02-7	Radiografia de ArticulacaoAcromio-Clavicular (Com laudo)	7,40	17,44	24,84
178	02.04.04.0 03-5	Radiografia de Articulacao Escapulo-Umeral (Com laudo)	7,40	17,44	24,84
179	02.04.04.0 04-3	Radiografia de Articulacao Esterno-Clavicular (Com laudo)	7,40	17,44	24,84
180	02.04.04.0 05-1	Radiografia de Braco (Com laudo)	7,77	17,07	24,84
181	02.04.04.0 06-0	Radiografia de Clavicula (Com laudo)	7,40	17,44	24,84
182	02.04.04.0 07-8	Radiografia de Cotovelo (Com laudo)	5,90	18,94	24,84
183	02.04.04.0 08-6	Radiografia de Dedos da Mão (Com laudo)	5,62	19,22	24,84
184	02.04.04.0 09-4	Radiografia de Mão (Com laudo)	6,30	18,54	24,84
185	02.04.04.0 10-8	Radiografia de Mão E Punho (P/ Determinacao de Idade Óssea) (Com laudo)	6,00	18,84	24,84
186	02.04.04.0 11-6	Radiografia de Escapula/Ombro (TRES Posicoes) (Com laudo)	7,98	16,86	24,84
187	02.04.04.0 12-4	Radiografia de Punho (AP + Lateral + Obliqua) (Com laudo)	6,91	17,93	24,84
188	02.04.05.0 10-3	Planigrafia de Rim S/ Contraste (Com laudo)	14,48	10,36	24,84
189	02.04.05.0 11-1	Radiografia de Abdomen (AP + Lateral / Localizada) (Com laudo)	10,73	14,11	24,84
190	02.04.05.0 12-0	Radiografia de Abdomen Agudo (Minimo de 3Incidencias) (Com laudo)	15,30	9,54	24,84
191	02.04.05.0	Radiografia de Abdomen Simples	7,17	17,67	24,84





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

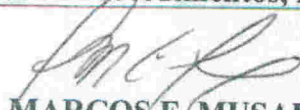
	13-8	(AP) (Com laudo)			
192	02.04.06.0 03-6	Escanometria (Com laudo)	7,77	17,07	24,84
193	02.04.06.0 04-4	Planigrafia de Osso - Subsidiaria A Outros Exames (Por Plano) (Com laudo)	18,68	6,16	24,84
194	02.04.06.0 05-2	Planigrafia de Osso Em 2 Planos (Com laudo)	18,68	6,16	24,84
195	02.04.06.0 06-0	Radiografia de ArticulacaoCoxo- Femoral (Com laudo)	7,77	17,07	24,84
196	02.04.06.0 07-9	Radiografia de Articulacao Sacro-Iliaca (Com laudo)	7,77	17,07	24,84
197	02.04.06.0 08-7	Radiografia de ArticulacaoTibio- Tarsica (Com laudo)	6,50	18,34	24,84
198	02.04.06.0 09-5	Radiografia de Bacia (Com laudo)	7,77	17,07	24,84
199	02.04.06.0 10-9	Radiografia de Calcaneo (Com laudo)	6,50	18,34	24,84
200	02.04.06.0 11-7	Radiografia de Coxa (Com laudo)	8,94	15,90	24,84
201	02.04.06.0 12-5	Radiografia de Joelho (AP + Lateral) (Com laudo)	6,78	18,06	24,84
202	02.04.06.0 13-3	Radiografia de Joelho Ou Patela (AP + Lateral + Axial) (Com laudo)	7,16	17,68	24,84
203	02.04.06.0 14-1	Radiografia de Joelho Ou Patela (AP + Lateral + Obliqua + 3 Axiais) (Com laudo)	9,29	15,55	24,84
204	02.04.06.0 15-0	Radiografia de Pe / Dedos Do Pe (Com laudo)	6,78	18,06	24,84
205	02.04.06.0 16-8	Radiografia de Perna (Com laudo)	8,94	15,90	24,84
206	02.04.06.0 17-6	Radiografia Panoramica de Membros Inferiores (Com laudo)	9,29	15,55	24,84
207	02.11.05.0 08-3	Eletroneuromiograma (ENMG) - MMSS	27,00	233,00	260,00
208	02.11.05.0 08-3	Eletroneuromiograma (ENMG) - MMII	27,00	233,00	260,00
209	-	Terapia por Ondas de Choques extracorpórea em partes moles - acompanhamento 1ª aplicação *	-	520,00	520,00
210	-	Terapia por Ondas de Choques extracorpórea em partes moles - acompanhamento reaplicações *	-	355,30	355,30
211	02.11.06.0	Retinografia Fluorescente	64,00	10,05	74,05





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

	18-6	Binocular			
212	02.11.05.0 04-0	Eletroencefalograma em Vigília e Sono Espontâneo C/ ou S/ Fotoestimulo (EEG)	25,00	40,80	65,80
213	02.11.05.0 03-2	Eletroencefalograma em Sono Induzido C/ Ou S/ Medicamento (EEG)	25,00	50,30	75,30
214	02.02.06.0 04-7	Dosagem de 17 alfa-hidroxiprogesterona	10,20	19,88	30,08
215	02.02.07.0 05-0	Dosagem de Ácido Valpróico	15,65	17,78	33,43
216	02.02.01.0 15-5	Dosagem de Alfa 1antitripsina	3,68	8,10	11,78
217	02.02.03.1 21-7	Dosagem do Antígeno CA 125	13,35	20,35	33,70
218	02.02.03.1 20-9	Dosagem de Troponina	9,00	24,43	33,43
219	02.02.10.0 03-0	Determinação de cariótipo em sangue periférico (c/ técnica de bandas)	32,48	158,53	191,01
220	02.02.06.0 43-8	Teste de Estímulo do HGH após glucagon	12,01	28,75	40,76
221	02.02.06.0 28-4	Dosagem de Peptídeo c	15,35	8,25	23,60
222	02.02.03.1 03-9	Pesquisa de Imunoglobulina e (IGE) Alergeno-Específica	9,25	12,92	22,17
223	02.02.03.1 13-6	Teste FTA-ABS IGM p/ Diagnostico da Sífilis	10,00	1,78	11,78
224	02.02.03.1 12-8	Teste FTA-ABS IGG p/ Diagnostico da Sífilis	10,00	4,43	14,43
225	02.02.08.0 15-3	Hemocultura	11,49	11,41	22,90
226	02.02.01.0 74-0	Prova da D-xilose	3,68	18,05	21,73
227	02.02.06.0 22-5	Dosagem de Hormônio de Crescimento HGH	10,21	13,17	23,38
228	02.02.03.1 17-9	VDRL p/ Detecção de Sífilis em Gestante	2,83	1,00	3,83
*	Valores baseados na Tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médico - CBHPM 5ª Edição, para Procedimentos não contemplados na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.				


MARCOS E. MUSAFIR

Presidente da Comissão Intergestores Bipartite

