



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

RESOLUÇÃO – CIB/TO N°. 111, de 25 de junho de 2020.

Dispõe sobre a Atualização da Tabela de Procedimentos com Complementação da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas – TO (SEMUS/Palmas) com a inclusão de Coleta de Material p/ Exame Laboratorial exclusivo para paciente com COVID-19.

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 na Portaria N°. 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 Palmas;

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

Considerando a RESOLUÇÃO – CIB N°. 144/2014, de 22 de maio de 2014, que Dispõe sobre a Tabela Municipal de Complementação da SMS/Palmas;

Considerando a RESOLUÇÃO – CIB N°. 070/2015, de 23 de julho de 2015, que Dispõe sobre a Atualização da Tabela Municipal de Complementação da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas – TO;

Considerando a RESOLUÇÃO – CIB N°. 006/2016, de 19 de fevereiro de 2016, que Dispõe sobre a Atualização da Tabela Municipal de Complementação da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas – TO, com inclusão dos procedimentos de: Litotripsia Extracorpórea (Onda de Choque Parcial/Completa em 2 Regiões Renais); Litotripsia Extracorpórea (Onda de Choque – Tratamento Subseqüente em 1 Região Renal); e, Litotripsia Extracorpórea (Onda de Choque – Tratamento Subseqüente em 2 Regiões Renais);

Considerando a RESOLUÇÃO – CIB N°. 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 N°. 357/2017, de 16 de novembro de 2017, que Dispõe sobre a Atualização da Tabela Municipal de Procedimentos com Complementação da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas – TO, com a inclusão do procedimento Anestesia Regional;

Considerando a RESOLUÇÃO CMS, N°. 12/2018, de 15 de fevereiro de 2018, que Dispõe sobre a Atualização da Tabela de Procedimentos com Complementação da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas;





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

Considerando a RESOLUÇÃO – CIB/TO N°. 249, de 20 de setembro de 2018, que Dispõe sobre a Atualização da Tabela de Procedimentos com Complementação da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) no Município de Palmas – TO;

Considerando a RESOLUÇÃO – CIB/TO N°. 303, de 05 de dezembro de 2018, que Dispõe sobre a Atualização da Tabela de Procedimentos com Complementação da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) no Município de Palmas – TO;

Considerando a RESOLUÇÃO – CIB/TO N°. 011, de 20 de fevereiro de 2020, que Dispõe sobre a Atualização da Tabela de Procedimentos com Complementação da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) de Palmas – TO;

Considerando a RESOLUÇÃO – CIB/TO N°. 097, de 22 de maio de 2020, que Dispõe sobre a Atualização da Tabela de Procedimentos com Complementação da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas – TO (SEMUS/Palmas) com a inclusão do Exame D-Dímero;

Considerando a exposição feita pela Secretaria Municipal de Saúde de Palmas – TO;

Considerando a análise, discussão e pactuação da Plenária da Comissão Intergestores Bipartite em Reunião Ordinária realizada aos 25 dias do mês de junho do ano de 2020.

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar a Atualização da Tabela de Procedimentos com Complementação da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas – TO (SEMUS/Palmas) com a inclusão de Coleta de Material p/ Exame Laboratorial exclusivo para paciente com COVID-19, conforme Anexo Único desta.

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

(ASSINATURA DIGITAL)
LUIZ EDGAR LEÃO TOLINI
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite

ANEXO ÚNICO - RESOLUÇÃO – CIB/TO N°. 111, de 25 de junho de 2020.

**TABELA DE PROCEDIMENTOS COM COMPLEMENTAÇÃO DA SECRETARIA
MUNICIPAL DE SAÚDE (SEMUS) DE PALMAS – TO**





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

Nº.	Código do Procedimento	DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	Valor SUS (R\$)	Valor de Complementação (R\$)	TOTAL (R\$)
1	02.01.02.004-1	Coleta de Material P/ Exame Laboratorial	0,00	2,00	2,00
2	-	Coleta de Material P/ Exame Laboratorial exclusivo para paciente com COVID-19	0,00	5,00	5,00
3	02.13.01.021-6	Imunocromatografia P/ Identificação de Plasmódios (Malária)	0,00	2,00	2,00
4	02.14.010.11-2	Teste Rápido para Vírus Zika IGG/IGM	0,00	2,00	2,00
5	02.14.010.12-0	Teste Rápido para Dengue IGG/IGM	0,00	2,00	2,00
6	02.14.010.13-9	Teste Rápido para Febre Chikungunya IGM	0,00	2,00	2,00
7	04.17.01.005-2	Anestesia Regional	22,27	166,28**	188,55
8	03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada	10,00	30,00	40,00
9	02.09.01.002-9	Colonoscopia (Coloscopia)	112,66	207,34	320,00
10	02.09.01.003-7	Esofagogastroduodenoscopia	48,16	151,84	200,00
11	02.09.01.005-3	Retossigmoidoscopia	23,13	126,87	150,00
12	04.07.01.025-4	Retirada de Polipo do Tubo Digestivo por Endoscopia (Polipectomia)	29,84	170,16	200,00
13	02.03.01.001-9	Exame Citopatológico Cervico-Vaginal/Microflora	6,97	3,03	10,00
14	02.03.01.008-6	Exame Citopatológico Cervico-Vaginal/Microflora-Rastreamento	7,30	2,70	10,00
15	02.05.02.004-6	Ultrassonografia de Abdômen Total	37,95	6,05	44,00
16	Grupo 02.05.02	Ultrassonografia dos Demais Sistemas	24,20	19,80	44,00
17	02.05.02.015-1	Ultrassonografia obstétrica c/ doppler colorido e pulsado	39,60	81,44	121,04
18	02.05.01.005-9	Ultrassonografia doppler de fluxo obstétrico	42,90	78,14	121,04
19	02.04.05.006-5	Histerossalpingografia	45,34	35,35	80,69
20	02.11.04.004-5	Histeroscopia (Diagnóstica)	25,00	125,00	150,00
21	02.11.04.004-5	Histeroscopia Diagnóstica com Biópsia	25,00	295,00	320,00





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

22	02.05.01.003-2	Ecocardiografia Transtorácica	39,94	167,06	207,00
23	02.11.02.004-4	Monitoramento pelo Sistema Holter 24 hs (3 canais)	30,00	106,00	136,00
24	02.11.02.006-0	Teste de Esforço / Teste Ergométrico	30,00	78,00	108,00
25	02.11.02.005-2	Monitorização ambulatorial de pressão arterial	10,07	126,53	136,60
26	02.11.02.003-6	Eletrocardiograma -ECG	5,15	5,30	10,45
27	02.05.01.004-0	Ultrassonografia doppler colorido de vasos	39,60	160,40	200,00
28	02.05.01.004-0	Ultrassonografia doppler colorido de vasos Membros Superiores, Inferiores (D,E)	39,60	135,40	175,00
29	03.09.07.002-3	Tratamento Ambulatorial com Técnica de Ecoesclerose com Espuma Bilateral	392,62	189,42	582,04
30	03.09.07.001-5	Tratamento Ambulatorial com Técnica de Ecoesclerose com Espuma Unilateral	300,78	182,59	483,37
31	-	Tratamento Ambulatorial com Técnica de Trombectomia Venosa *	-	569,00	569,00
32	02.09.04.004-1	Videolaringoscopia	45,50	34,50	80,00
33	02.11.07.004-1	Audiometria Tonal Limiar (Via Aérea/Óssea)	21,00	29,00	50,00
34	02.11.07.021-1	Logaudiometria (LDV-IRF-LRF)	26,25	23,75	50,00
35	02.11.07.020-3	Imitanciometria	23,00	27,00	50,00
36	02.11.08.005-5	Prova de Função Pulmonar Completa c/ Broncodilatador (Espirometria)	6,36	93,64	100,00
37	02.09.02.001-6	Cistoscopia e/ou Ureterosopia e/ou Uretroscopia	18,00	382,00	400,00
38	02.11.09.001-8	Avaliação Urodinâmica Completa	7,62	312,38	320,00
39	03.09.03.012-9	Litotripsia Extracorpórea (Onda de Choque Parcial / Completa em uma Região Renal) / Por Sessão	172,00	210,50	382,50
40	03.09.03.010-2	Litotripsia Extracorpórea (Onda de Choque - Tratamento Subsequente em 1 Região Renal) / Por Sessão	172,00	210,50	382,50





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

41	03.09.03.011-0	Litotripsia Extracorpórea (Onda de Choque - Tratamento Subsequente em 2 Regiões Renais) / Por Sessão	150,50	232,00	382,50
42	03.09.03.013-7	Litotripsia Extracorpórea (Onda de Choque Parcial / Completa em 2 Regiões Renais) / Por Sessão	150,50	232,00	382,50
43	04.09.01.017-0	Instalação Endoscópica de Cateter Duplo J	129,60	332,70	462,30
44	07.02.06.001-1	Cateter Duplo J	141,52	144,48	286,00
45	02.01.01.041-0	Biópsia de Próstata + Ultrassonografia de Próstata (Via Transretal)	116,58	683,42	800,00
46	02.04.06.002-8	Densitometria Óssea Duo-Energética de Coluna (Vertebras Lombares)	55,10	49,90	105,00
47	02.04.03.003-0	Mamografia	22,50	22,50	45,00
48	02.04.03.018-8	Mamografia bilateral para rastreamento	45,00	45,00	90,00
49	02.06.01.001-0	Tomografia computadorizada de coluna cervical c/ ou s/ contraste	86,76	153,24	240,00
50	02.06.01.002-8	Tomografia computadorizada de coluna lombo-sacra c/ ou s/ contraste	101,10	138,90	240,00
51	02.06.01.003-6	Tomografia computadorizada de coluna toracica c/ ou s/ contraste	86,76	153,24	240,00
52	02.06.01.004-4	Tomografia computadorizada de face / seios da face / articulacoes temporo-mandibulares	86,75	153,24	240,00
53	02.06.01.005-2	Tomografia computadorizada do pescoco	86,75	153,25	240,00
54	02.06.01.006-0	Tomografia computadorizada de sela turcica	97,44	142,56	240,00
55	02.06.01.007-9	Tomografia computadorizada do cranio	97,44	142,56	240,00
56	02.06.01.008-7	Tomomielografia computadorizada	138,63	101,37	240,00
57	02.06.02.001-5	Tomografia computadorizada de articulacoes de membro superior	86,75	153,25	240,00
58	02.06.02.002-3	Tomografia computadorizada de segmentos apendiculares -	86,75	153,25	240,00





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

		(braco, antebraço, mão, coxa, perna, pé)			
59	02.06.02.003-1	Tomografia computadorizada de torax	136,41	103,59	240,00
60	02.06.03.001-0	Tomografia computadorizada de abdomen superior	138,63	101,37	240,00
61	02.06.03.002-9	Tomografia computadorizada de articulacoes de membro inferior	86,75	153,25	240,00
62	02.06.03.003-7	Tomografia computadorizada de pelve / bacia / abdomen inferior	138,63	101,37	240,00
63	02.07.02.001-9	Ressonância Magnética do Coração AORTA com CINE	361,25	78,75	440,00
64	Grupo 02.07	Ressonância Magnética	268,75	171,25	440,00
65	02.04.05.001-4	Clister Opaco c/ Duplo Contraste	47,76	312,24	360,00
66	02.04.05.018-9	Urografia Venosa	57,40	232,60	290,00
67	02.04.05.017-0	Uretrocistografia (em adulto)	52,11	247,89	300,00
68	02.04.05.017-0	Uretrocistografia (em criança até 12 anos)	52,11	427,89	480,00
69	02.04.03.008-0	Radiografia de Esôfago	19,24	60,76	80,00
70	02.04.05.015-4	Radiografia de Intestino Delgado (Transito)	47,59	102,41	150,00
71	02.04.05.014-6	Radiografia de Estomago e Duodeno	35,22	124,78	160,00
72	02.04.01.003-9	Radiografia Bilateral de Orbitas (PA + Obliquas + Hirzt) (Sem laudo)	8,38	10,92	19,30
73	02.04.01.004-7	Radiografia de Arcada Zigomatico-Malar (AP+ Obliquas) (Sem laudo)	6,96	12,34	19,30
74	02.04.01.005-5	Radiografia de Articulacao Temporo-Mandibular (Sem laudo)	8,38	10,92	19,30
75	02.04.01.006-3	Radiografia de Cavum (LATERAL + Hirtz) (Sem laudo)	6,88	12,42	19,30
76	02.04.01.007-1	Radiografia de Cranio (PA + Lateral + Obligua / Bretton + Hirtz) (Sem laudo)	9,15	10,15	19,30
77	02.04.01.008-0	Radiografia de Cranio (PA + Lateral) (Sem laudo)	7,52	11,78	19,30
78	02.04.01.009-8	Radiografia de Laringe (Sem laudo)	5,74	13,56	19,30





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

79	02.04.01.010-1	Radiografia de Mastoide / Rochedos (BILATERAL) (Sem laudo)	9,03	10,27	19,30
80	02.04.01.011-0	Radiografia de Maxilar (PA + Obliqua) (Sem laudo)	7,20	12,10	19,30
81	02.04.01.012-8	Radiografia de Ossos Da Face (MN + Lateral + Hirtz) (Sem laudo)	8,38	10,92	19,30
82	02.04.01.013-6	Radiografia de Regiao Orbitaria (Localização de Corpo Estranho) (Sem laudo)	7,98	11,32	19,30
83	02.04.01.014-4	Radiografia de Seios Da Face (FN + Mn + Lateral + Hirtz) (Sem laudo)	7,32	11,98	19,30
84	02.04.01.015-2	Radiografia de Sela Tursica (PA + Lateral + Bretton) (Sem laudo)	7,20	12,10	19,30
85	02.04.01.016-0	Radiografia Oclusal (Sem laudo)	3,51	15,79	19,30
86	02.04.01.017-9	Radiografia Panoramica (Sem laudo)	9,03	10,27	19,30
87	02.04.01.018-7	Radiografia Peri-Apical Interproximal (BITE-WING) (Sem laudo)	1,75	17,55	19,30
88	02.04.01.020-9	Teleradiografia Com Tracados E Sem Tracados (Sem laudo)	6,44	12,86	19,30
89	02.04.02.002-6	Planigrafia de Coluna Vertebral (Sem laudo)	19,60	0,00	19,30
90	02.04.02.003-4	Radiografia de Coluna Cervical (AP + Lateral + To + Obliquas) (Sem laudo)	8,33	10,97	19,30
91	02.04.02.004-2	Radiografia de Coluna Cervical (AP + Lateral + To / Flexão) (Sem laudo)	8,19	11,11	19,30
92	02.04.02.005-0	Radiografia de Coluna Cervical Funcional / Dinamica (Sem laudo)	10,29	9,01	19,30
93	02.04.02.006-9	Radiografia de Coluna Lombo-Sacra (Sem laudo)	10,96	8,34	19,30
94	02.04.02.007-7	Radiografia de Coluna Lombo-Sacra (C/ Obliquas) (Sem laudo)	14,90	4,40	19,30
95	02.04.02.008-5	Radiografia de Coluna Lombo-Sacra Funcional / Dinamica (Sem laudo)	16,88	2,42	19,30
96	02.04.02.009-3	Radiografia de Coluna Toracica (AP + Lateral) (Sem	9,16	10,14	19,30





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

		laudo)			
97	02.04.02.010-7	Radiografia de Coluna Toraco-Lombar (Sem laudo)	9,73	9,57	19,30
98	02.04.02.011-5	Radiografia de Coluna Toraco-Lombar Dinamica (Sem laudo)	15,58	3,72	19,30
99	02.04.02.012-3	Radiografia de Regiao Sacro-Coccigea (Sem laudo)	7,80	11,50	19,30
100	02.04.03.005-6	Radiografia de Coracao E Vasos Da Base (PA + Lateral + Obliqua) (Sem laudo)	14,32	4,98	19,30
101	02.04.03.006-4	Radiografia de Coracao E Vasos Da Base (PA + Lateral) (Sem laudo)	9,05	10,25	19,30
102	02.04.03.007-2	Radiografia de Costelas (POR Hemitorax) (Sem laudo)	8,37	10,93	19,30
103	02.04.03.009-9	Radiografia de Esterno (Sem laudo)	7,98	11,32	19,30
104	02.04.03.010-2	Radiografia de Mediastino (PA E Perfil) (Sem laudo)	8,73	10,57	19,30
105	02.04.03.012-9	Radiografia de Torax (APICO-LORDORTICA) (Sem laudo)	5,56	13,74	19,30
106	02.04.03.013-7	Radiografia de Torax (PA + Inspiracao + Expiracao + Lateral) (Sem laudo)	14,32	4,98	19,30
107	02.04.03.014-5	Radiografia de Torax (PA + Lateral + Obliqua) (Sem laudo)	12,02	7,28	19,30
108	02.04.03.015-3	Radiografia de Torax (PA E Perfil) (Sem laudo)	9,50	9,80	19,30
109	02.04.03.016-1	Radiografia de Torax (PA Padrao Oit) (Sem laudo)	6,55	12,75	19,30
110	02.04.03.017-0	Radiografia de Torax (PA) (Sem laudo)	6,88	12,42	19,30
111	02.04.04.001-9	Radiografia de Antebraco (Sem laudo)	6,42	12,88	19,30
112	02.04.04.002-7	Radiografia de Articulacao Acromio-Clavicular (Sem laudo)	7,40	11,90	19,30
113	02.04.04.003-5	Radiografia de Articulacao Escapulo-Umeral (Sem laudo)	7,40	11,90	19,30
114	02.04.04.004-3	Radiografia de Articulacao Esterno-Clavicular (Sem laudo)	7,40	11,90	19,30
115	02.04.04.005-1	Radiografia de Braco (Sem	7,77	11,53	19,30





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

		laudo)			
116	02.04.04.006-0	Radiografia de Clavicula (Sem laudo)	7,40	11,90	19,30
117	02.04.04.007-8	Radiografia de Cotovelo (Sem laudo)	5,90	13,40	19,30
118	02.04.04.008-6	Radiografia de Dedos Da Mão (Sem laudo)	5,62	13,68	19,30
119	02.04.04.009-4	Radiografia de Mão (Sem laudo)	6,30	13,00	19,30
120	02.04.04.010-8	Radiografia de Mão (Sem laudo)	6,00	13,30	19,30
121	02.04.04.011-6	Radiografia de Escapula/Ombro (TRES Posições) (Sem laudo)	7,98	11,32	19,30
122	02.04.04.012-4	Radiografia de Punho (AP + Lateral + Obliqua) (Sem laudo)	6,91	12,39	19,30
123	02.04.05.010-3	Planigrafia de Rim S/ Contraste (Sem laudo)	14,48	4,82	19,30
124	02.04.05.011-1	Radiografia de Abdomen (AP + Lateral / Localizada) (Sem laudo)	10,73	8,57	19,30
125	02.04.05.012-0	Radiografia de Abdomen Agudo (Minimo de 3 Incidencias) (Sem laudo)	15,30	4,00	19,30
126	02.04.05.013-8	Radiografia de Abdomen Simples (AP) (Sem laudo)	7,17	12,13	19,30
127	02.04.06.003-6	Escanometria (Sem laudo)	7,77	11,53	19,30
128	02.04.06.004-4	Planigrafia de Osso - Subsidiaria A Outros Exames (Por Plano) (Sem laudo)	18,68	0,62	19,30
129	02.04.06.005-2	Planigrafia de Osso Em 2 Planos (Sem laudo)	18,68	0,62	19,30
130	02.04.06.006-0	Radiografia de Articulacao Coxo-Femoral (Sem laudo)	7,77	11,53	19,30
131	02.04.06.007-9	Radiografia de Articulacao Sacro-Iliaca (Sem laudo)	7,77	11,53	19,30
132	02.04.06.008-7	Radiografia de Articulacao Tibio-Tarsica (Sem laudo)	6,50	12,80	19,30
133	02.04.06.009-5	Radiografia de Bacia (Sem laudo)	7,77	11,53	19,30
134	02.04.06.010-9	Radiografia de Calcaneo (Sem laudo)	6,50	12,80	19,30
135	02.04.06.011-7	Radiografia de Coxa (Sem laudo)	8,94	10,36	19,30
136	02.04.06.012-5	Radiografia de Joelho (AP +	6,78	12,52	19,30





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

		Lateral) (Sem laudo)			
137	02.04.06.013-3	Radiografia de Joelho Ou Patela (AP + Lateral + Axial) (Sem laudo)	7,16	12,14	19,30
138	02.04.06.014-1	Radiografia de Joelho Ou Patela (AP + Lateral + Obliqua + 3 Axiais) (Sem laudo)	9,29	10,01	19,30
139	02.04.06.015-0	Radiografia de Pe / Dedos Do Pe (Sem laudo)	6,78	12,52	19,30
140	02.04.06.016-8	Radiografia de Perna (Sem laudo)	8,94	10,36	19,30
141	02.04.06.017-6	Radiografia Panorâmica de Membros Inferiores (Sem laudo)	9,29	10,01	19,30
142	02.04.01.003-9	Radiografia Bilateral de Orbitas (PA + Obliquas + Hirtz) (Com laudo)	8,38	16,46	24,84
143	02.04.01.004-7	Radiografia de Arcada Zigomatico-Malar (AP+ Obliquas) (Com laudo)	6,96	17,88	24,84
144	02.04.01.005-5	Radiografia de Articulação Temporo-Mandibular (Com laudo)	8,38	16,46	24,84
145	02.04.01.006-3	Radiografia de Cavum (LATERAL + Hirtz) (Com laudo)	6,88	17,96	24,84
146	02.04.01.007-1	Radiografia de Cranio (PA + Lateral + Obligua / Bretton + Hirtz) (Com laudo)	9,15	15,69	24,84
147	02.04.01.008-0	Radiografia de Cranio (PA + Lateral) (Com laudo)	7,52	17,32	24,84
148	02.04.01.009-8	Radiografia de Laringe (Com laudo)	5,74	19,10	24,84
149	02.04.01.010-1	Radiografia de Mastoide / Rochedos (BILATERAL) (Com laudo)	9,03	15,81	24,84
150	02.04.01.011-0	Radiografia de Maxilar (PA + Obliqua) (Com laudo)	7,20	17,64	24,84
151	02.04.01.012-8	Radiografia de Ossos Da Face (MN + Lateral + Hirtz) (Com laudo)	8,38	16,46	24,84
152	02.04.01.013-6	Radiografia de Região Orbitaria (Localização de Corpo Estranho) (Com laudo)	7,98	16,86	24,84
153	02.04.01.014-4	Radiografia de Seios Da Face	7,32	17,52	24,84





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

		(FN + Mn + Lateral + Hirtz) (Com laudo)			
154	02.04.01.015-2	Radiografia de Sela Tursica (PA + Lateral + Bretton) (Com laudo)	7,20	17,64	24,84
155	02.04.01.016-0	Radiografia Oclusal (Com laudo)	3,51	21,33	24,84
156	02.04.01.017-9	Radiografia Panorâmica (Com laudo)	9,03	15,81	24,84
157	02.04.01.018-7	Radiografia Peri-Apical Interproximal (BITE-WING) (Com laudo)	1,75	23,09	24,84
158	02.04.01.020-9	Teleradiografia Com Tracados E Sem Tracados (Com laudo)	6,44	18,40	24,84
159	02.04.02.002-6	Planigrafia de Coluna Vertebral (Com laudo)	19,60	5,24	24,84
160	02.04.02.003-4	Radiografia de Coluna Cervical (AP + Lateral + To + Obliquas) (Com laudo)	8,33	16,51	24,84
161	02.04.02.004-2	Radiografia de Coluna Cervical (AP + Lateral + To / Flexão) (Com laudo)	8,19	16,65	24,84
162	02.04.02.005-0	Radiografia de Coluna Cervical Funcional / Dinâmica (Com laudo)	10,29	14,55	24,84
163	02.04.02.006-9	Radiografia de Coluna Lombo-Sacra (Com laudo)	10,96	13,88	24,84
164	02.04.02.007-7	Radiografia de Coluna Lombo-Sacra (C/ Obliquas) (Com laudo)	14,90	9,94	24,84
165	02.04.02.008-5	Radiografia de Coluna Lombo-Sacra Funcional / Dinâmica (Com laudo)	16,88	7,96	24,84
166	02.04.02.009-3	Radiografia de Coluna Torácica (AP + Lateral) (Com laudo)	9,16	15,68	24,84
167	02.04.02.010-7	Radiografia de Coluna Toraco-Lombar (Com laudo)	9,73	15,11	24,84
168	02.04.02.011-5	Radiografia de Coluna Toraco-Lombar Dinâmica (Com laudo)	15,58	9,26	24,84
169	02.04.02.012-3	Radiografia de Região Sacro- Coccígea (Com laudo)	7,80	17,04	24,84
170	02.04.03.005-6	Radiografia de Coração E Vasos Da Base (PA + Lateral + Obliqua) (Com laudo)	14,32	10,52	24,84





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

171	02.04.03.006-4	Radiografia de Coracao E Vasos Da Base (PA + Lateral) (Com laudo)	9,05	15,79	24,84
172	02.04.03.007-2	Radiografia de Costelas (POR Hemitorax) (Com laudo)	8,37	16,47	24,84
173	02.04.03.009-9	Radiografia de Esterno (Com laudo)	7,98	16,86	24,84
174	02.04.03.010-2	Radiografia de Mediastino (PA E Perfil) (Com laudo)	8,73	16,11	24,84
175	02.04.03.012-9	Radiografia de Torax (APICO-LORDOTICA) (Com laudo)	5,56	19,28	24,84
176	02.04.03.013-7	Radiografia de Torax (PA + Inspiracao + Expiracao + Lateral) (Com laudo)	14,32	10,52	24,84
177	02.04.03.014-5	Radiografia de Torax (PA + Lateral + Obliqua) (Com laudo)	12,02	12,82	24,84
178	02.04.03.015-3	Radiografia de Torax (PA E Perfil) (Com laudo)	9,50	15,34	24,84
179	02.04.03.016-1	Radiografia de Torax (PA Padrao Oit) (Com laudo)	6,55	18,29	24,84
180	02.04.03.017-0	Radiografia de Torax (PA) (Com laudo)	6,88	17,96	24,84
181	02.04.04.001-9	Radiografia de Antebraco (Com laudo)	6,42	18,42	24,84
182	02.04.04.002-7	Radiografia de Articulacao Acromio-Clavicular (Com laudo)	7,40	17,44	24,84
183	02.04.04.003-5	Radiografia de Articulacao Escapulo-Umeral (Com laudo)	7,40	17,44	24,84
184	02.04.04.004-3	Radiografia de Articulacao Esterno-Clavicular (Com laudo)	7,40	17,44	24,84
185	02.04.04.005-1	Radiografia de Braco (Com laudo)	7,77	17,07	24,84
186	02.04.04.006-0	Radiografia de Clavicula (Com laudo)	7,40	17,44	24,84
187	02.04.04.007-8	Radiografia de Cotovelo (Com laudo)	5,90	18,94	24,84
188	02.04.04.008-6	Radiografia de Dedos da Mão (Com laudo)	5,62	19,22	24,84
189	02.04.04.009-4	Radiografia de Mão (Com laudo)	6,30	18,54	24,84
190	02.04.04.010-8	Radiografia de Mão E Punho (P/ Determinacao de Idade Óssea) (Com laudo)	6,00	18,84	24,84





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

191	02.04.04.011-6	Radiografia de Escapula/Ombro (TRES Posicoes) (Com laudo)	7,98	16,86	24,84
192	02.04.04.012-4	Radiografia de Punho (AP + Lateral + Obliqua) (Com laudo)	6,91	17,93	24,84
193	02.04.05.010-3	Planigrafia de Rim S/ Contraste (Com laudo)	14,48	10,36	24,84
194	02.04.05.011-1	Radiografia de Abdomen (AP + Lateral / Localizada) (Com laudo)	10,73	14,11	24,84
195	02.04.05.012-0	Radiografia de Abdomen Agudo (Minimo de 3 Incidencias) (Com laudo)	15,30	9,54	24,84
196	02.04.05.013-8	Radiografia de Abdomen Simples (AP) (Com laudo)	7,17	17,67	24,84
197	02.04.06.003-6	Escanometria (Com laudo)	7,77	17,07	24,84
198	02.04.06.004-4	Planigrafia de Osso - Subsidiaria A Outros Exames (Por Plano) (Com laudo)	18,68	6,16	24,84
199	02.04.06.005-2	Planigrafia de Osso Em 2 Planos (Com laudo)	18,68	6,16	24,84
200	02.04.06.006-0	Radiografia de Articulacao Coxo-Femoral (Com laudo)	7,77	17,07	24,84
201	02.04.06.007-9	Radiografia de Articulacao Sacro-Iliaca (Com laudo)	7,77	17,07	24,84
202	02.04.06.008-7	Radiografia de Articulacao Tibio-Tarsica (Com laudo)	6,50	18,34	24,84
203	02.04.06.009-5	Radiografia de Bacia (Com laudo)	7,77	17,07	24,84
204	02.04.06.010-9	Radiografia de Calcaneo (Com laudo)	6,50	18,34	24,84
205	02.04.06.011-7	Radiografia de Coxa (Com laudo)	8,94	15,90	24,84
206	02.04.06.012-5	Radiografia de Joelho (AP + Lateral) (Com laudo)	6,78	18,06	24,84
207	02.04.06.013-3	Radiografia de Joelho Ou Patela (AP + Lateral + Axial) (Com laudo)	7,16	17,68	24,84
208	02.04.06.014-1	Radiografia de Joelho Ou Patela (AP + Lateral + Obliqua + 3 Axiais) (Com laudo)	9,29	15,55	24,84
209	02.04.06.015-0	Radiografia de Pe / Dedos Do Pe (Com laudo)	6,78	18,06	24,84
210	02.04.06.016-8	Radiografia de Perna (Com	8,94	15,90	24,84





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

		laudo)			
211	02.04.06.017-6	Radiografia Panorâmica de Membros Inferiores (Com laudo)	9,29	15,55	24,84
212	02.11.05.008-3	Eletroencefalograma (ENMG) - MMSS	27,00	233,00	260,00
213	02.11.05.008-3	Eletroencefalograma (ENMG) - MMII	27,00	233,00	260,00
214	-	Terapia por Ondas de Choques extracorpórea em partes moles - acompanhamento 1ª aplicação *	-	520,00	520,00
215	-	Terapia por Ondas de Choques extracorpórea em partes moles - acompanhamento reaplicações *	-	355,30	355,30
216	02.11.06.018-6	Retinografia Fluorescente Binocular	64,00	10,05	74,05
217	02.11.05.004-0	Eletroencefalograma em Vigília e Sono Espontâneo C/ ou S/ Fotoestimulo (EEG)	25,00	40,80	65,80
218	02.11.05.003-2	Eletroencefalograma em Sono Induzido C/ Ou S/ Medicamento (EEG)	25,00	50,30	75,30
219	02.02.06.004-7	Dosagem de 17 alfa hidroxiprogesterona	10,20	19,88	30,08
220	02.02.07.005-0	Dosagem de Ácido Valpróico	15,65	17,78	33,43
221	02.02.01.015-5	Dosagem de Alfa 1 antitripsina	3,68	8,10	11,78
222	02.02.03.121-7	Dosagem do Antígeno CA 125	13,35	20,35	33,70
223	02.02.03.120-9	Dosagem de Troponina	9,00	24,43	33,43
224	02.02.10.003-0	Determinação de cariótipo em sangue periférico (c/ técnica de bandas)	160,00	31,01	191,01
225	02.02.06.043-8	Teste de Estímulo do HGH após glucagon	12,01	28,75	40,76
226	02.02.06.028-4	Dosagem de Peptídeo c	15,35	8,25	23,60
227	02.02.03.103-9	Pesquisa de Imunoglobulina e (IGE) Alergeno-Específica	9,25	12,92	22,17
228	02.02.03.113-6	Teste FTA-ABS IGM p/ Diagnostico da Sífilis	10,00	1,78	11,78
229	02.02.03.112-8	Teste FTA-ABS IGG p/ Diagnostico da Sífilis	10,00	4,43	14,43
230	02.02.08.015-3	Hemocultura	11,49	11,41	22,90
231	02.02.01.074-0	Prova da D-xilose	3,68	18,05	21,73





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

232	02.02.06.022-5	Dosagem de Hormônio de Crescimento HGH	10,21	13,17	23,38
233	02.02.03.117-9	VDRL p/ Detecção de Sífilis em Gestante	2,83	1,00	3,83
234	-	Teste de Avidéz de IgG para Toxoplasmose***	-	70,00	70,00
235	-	D-Dímero***	-	150,00	150,00

*	Para Procedimentos não contemplados na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, será considerado os valores baseados na Tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médico – CBHPM 5ª Edição.
**	Valor médio
***	Valor baseado em pesquisa de mercado

(ASSINATURA DIGITAL)
LUIZ EDGAR LEÃO TOLINI
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite

