



## RELAÇÃO DE EXAMES E VALORES REFERENCIAIS

Tabela de Valores aprovada pelo Resolução nº 002/2026 do Conselho Municipal de Saúde de Itaberaí – CMS

BLOCO 01 - EXAMES LABORATORIAIS				
CÓDIGO SIGTAP	PROCEDIMENTO	V. REF.	QUANT.	
02.02.05.001-7	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA (EAS)	R\$ 3,70	181.500	
02.02.08.001-3	ANTIBIOGRAMA	R\$ 6,97	3600	
-	COAGULOGRAMA COMPLETO (TAP/TP, TTPA, RNI E CONTAGEM DE PLAQUETAS)	R\$ 5,77	27.000	
02.02.08.008-0	CULTURA DE BACTERIAS P/IDENTIFICACAO / UROCULTURA	R\$ 6,97	25.500	
-	DENGUE SOROLOGIA PARA IGG E IGM	R\$ 64,82	2.000	
-	DENGUE SOROLOGIA PARA IGM	R\$ 30,18	2.000	
02.13.01.078-0	DETECÇÃO RÁPIDA DA CARGA VIRAL DO HIV	R\$ 1,40	2.500	
02.02.01.004-0	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	R\$ 3,63	4.000	
02.02.03.007-5	DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATOIDE	R\$ 3,96	2.500	
02.02.02.007-0	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULACAO	R\$ 3,82	8.000	
02.02.02.015-0	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTAÇÃO (VHS)	R\$ 3,82	4000	
02.02.03.008-3	DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA	R\$ 9,25	6600	
02.02.01.012-0	DOSAGEM DE ÁCIDO URICO	R\$ 2,59	18.600	
-	DOSAGEM DE ALBUMINA	R\$ 8,12	6.600	
02.02.01.018-0	DOSAGEM DE AMILASE	R\$ 3,15	7.500	
02.02.03.010-5	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA) LIVRE / TOTAL	R\$ 16,42	51.000	
02.02.01.020-1	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$ 2,81	23.400	
02.02.01.021-0	DOSAGEM DE CÁLCIO	R\$ 2,59	13.500	
02.02.01.027-9	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$ 4,91	30.000	
02.02.01.028-7	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$ 4,91	30.000	
02.02.01.029-5	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$ 4,91	30.000	
02.02.01.031-7	DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 2,59	27.000	
02.02.01.032-5	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 5,15	9.000	
02.02.01.036-8	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA	R\$ 5,15	6.000	
02.02.01.038-4	DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 15,59	1.500	
02.02.01.039-2	DOSAGEM DE FERRO SERICO	R\$ 4,91	15.000	
02.02.01.042-2	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 2,81	1.500	
02.02.01.046-5	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 4,91	27.000	
02.02.01.047-3	DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 2,59	120.000	
02.02.06.021-7	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$ 10,99	12.000	



02.02.01.050-3	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 11,00	60.000
02.02.06.025-0	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$ 8,96	2.100
02.02.05.009-2	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 8,12	900
02.02.01.079-1	DOSAGEM DE PEPTÍDEOS NATRIURÉTICOS TIPO B (BNP E NT-PROBNP)	R\$ 27,00	600
02.02.01.060-0	DOSAGEM DE POTÁSSIO	R\$ 2,59	11.700
02.02.03.020-2	DOSAGEM DE PROTEÍNA C REATIVA	R\$ 3,96	10.500
02.02.05.011-4	DOSAGEM DE PROTEÍNAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$ 2,86	8.100
02.02.01.062-7	DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRACOES	R\$ 2,59	6.300
02.02.01.063-5	DOSAGEM DE SODIO	R\$ 2,59	12.000
02.02.06.038-1	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 11,60	18.000
02.02.01.064-3	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$ 2,81	25.200
02.02.01.065-1	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$ 2,81	25.200
02.02.01.067-8	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$ 4,91	30.000
02.02.06.039-0	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 8,71	18.000
02.02.01.069-4	DOSAGEM DE UREIA	R\$ 2,59	30.000
02.02.03.121-7	DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125	R\$ 18,69	6.000
02.03.02.006-5	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - BIOPSIA	R\$ 80,00	360
02.03.02.002-2	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO - PEÇA CIRURGICA	R\$ 95,00	200
02.03.02.003-0	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRURGICA OU POR BIOPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA)	R\$ 80,00	1.300
-	FATOR ANTINÚCLEO (FAN)	R\$ 17,16	600
-	GLICEMIA POS PRANDIAL	R\$ 2,59	900
02.02.02.038-0	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 4,11	210.000
02.03.02.004-9	IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R\$ 120,00	144
02.02.03.047-4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	R\$ 3,96	6.000
02.02.03.096-2	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R\$ 13,35	6.000
02.02.12.008-2	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1,92	12000
02.02.04.008-9	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES (PARASITOLOGICO DE FEZES)	R\$ 2,31	3.000
-	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES (PARASITOLOGICO DE FEZES - 2ª AMOSTRA)	R\$ 2,31	2.100
-	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES (PARASITOLOGICO DE FEZES - 3ª AMOSTRA)	R\$ 2,31	1.500
02.02.04.014-3	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 2,31	2.500
02.13.01.072-0	PESQUISA DE SARS-COV-2 POR RT - PCR (MOLECULAR)	R\$ 120,00	1.200
	SOROLOGIA PARA HIV1 OU HIV2	R\$ 35,00	1.800
-	TESTE DE DENGUE ANTÍGENO NS1	R\$ 25,00	5.000
-	TESTE DE VRDL P/ DETECÇÃO DE SÍFILIS	R\$ 3,96	1.500



02.02.02.054-1	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD) (COOMBS DIRETO)	R\$	3,82	5.400
02.02.12.009-0	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA) (COOMBS INDIRETO)	R\$	3,82	5.400
02.14.01.016-3	TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE SARS-COVID-2	R\$	70,00	1.000
02.02.03.140-3	TESTE TREPONÊMICO LABORATORIAL P/ DETECÇÃO DE SÍFILIS EM PARCEIRO OU PARCERIA DE GESTANTE	R\$	4,10	1.000
-	TOXOPLASMOSE (IGG)	R\$	18,55	5.000
-	TOXOPLASMOSE (IGM)	R\$	18,55	5.000

**BLOCO 02 – DIAGNÓSTICO POR IMAGEM**

<b>CÓDIGO SIGTAP</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>V. REF.</b>	<b>QUANT.</b>	
02.07.01.001-3	ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	R\$	500,00	45
02.04.06.002-8	DENSITOMETRIA ÓSSEA (COLUNA, VÉRTEBRAS LOMBARES E / OU FÊMUR)	R\$	150,00	240
-	DOPPLER VENOSO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO	R\$	160,00	2880
-	DOPPLER VENOSO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO	R\$	160,00	2880
-	DOPPLER VENOSO DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO	R\$	160,00	720
-	DOPPLER VENOSO DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO	R\$	160,00	720
-	DOPPLER ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR DIREITO	R\$	160,00	1440
-	DOPPLER ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO	R\$	160,00	1440
-	DOPPLER ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO	R\$	160,00	720
-	DOPPLER ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO	R\$	160,00	720
02.04.06.003-6	ESCANOMETRIA	R\$	50,00	150
02.04.05.013-8	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	R\$	50,00	120
02.04.04.001-9	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO (DIREITO/ESQUERDO)	R\$	50,00	240
02.04.04.002-7	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR (DIREITO)	R\$	50,00	60
02.04.04.002-7	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR (ESQUERDO)	R\$	50,00	60
02.04.06.006-0	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL (DIREITO)	R\$	50,00	60
02.04.06.006-0	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL (ESQUERDO)	R\$	50,00	60
02.04.04.003-5	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL (DIREITA)	R\$	50,00	45
02.04.04.003-5	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL (ESQUERDA)	R\$	50,00	45
02.04.04.004-3	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	R\$	50,00	45
02.04.06.007-9	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA	R\$	50,00	270
02.04.06.008-7	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (TORNOZELO)	R\$	50,00	270
02.04.06.008-7	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (DIREITO)	R\$	50,00	45
02.04.06.008-7	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (ESQUERDO)	R\$	50,00	45
02.04.06.009-5	RADIOGRAFIA DE BACIA (AP E FROG)	R\$	50,00	300
02.04.04.005-1	RADIOGRAFIA DE BRACO (DIREITO)	R\$	50,00	90
02.04.04.005-1	RADIOGRAFIA DE BRACO (ESQUERDO)	R\$	50,00	90
02.04.06.010-9	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO DIREITO (PERFIL E AXIAL)	R\$	50,00	60
02.04.06.010-9	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO ESQUERDO (PERFIL E AXIAL)	R\$	50,00	60
02.04.01.006-3	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	R\$	50,00	300
02.04.04.006-0	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA (DIREITO)	R\$	50,00	150
02.04.04.006-0	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA (ESQUERDO)	R\$	50,00	150
02.04.02.004-2	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	R\$	50,00	300



02.04.02.003-4	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	R\$ 50,00	300
02.04.02.006-9	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 50,00	450
02.04.02.007-7	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)	R\$ 50,00	600
02.04.02.008-5	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA	R\$ 50,00	120
02.04.02.009-3	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	R\$ 50,00	600
02.04.02.010-7	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	R\$ 50,00	120
02.04.03.007-2	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	R\$ 50,00	540
02.04.04.007-8	RADIOGRAFIA DE COTOVELO DIREITO (AP E PERFIL)	R\$ 50,00	180
02.04.04.007-8	RADIOGRAFIA DE COTOVELO ESQUERDO (AP E PERFIL)	R\$ 50,00	180
02.04.06.011-7	RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA (AP E PERFIL)	R\$ 50,00	150
02.04.06.011-7	RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA (AP E PERFIL)	R\$ 50,00	150
02.04.01.007-1	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIQUA / BRETTON + HIRTZ)	R\$ 50,00	390
02.04.01.008-0	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	R\$ 50,00	390
02.04.04.008-6	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO	R\$ 50,00	90
02.04.04.011-6	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES) D	R\$ 50,00	150
02.04.04.011-6	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES) E	R\$ 50,00	150
02.04.03.009-9	RADIOGRAFIA DE ESTERNO (AP E PERFIL)	R\$ 50,00	150
02.04.06.012-5	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	R\$ 50,00	240
02.04.06.013-3	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	R\$ 50,00	240
02.04.06.014-1	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)	R\$ 50,00	240
02.04.04.009-4	RADIOGRAFIA DE MAO (DIREITO) AP+OBLIQUA.	R\$ 50,00	150
02.04.04.009-4	RADIOGRAFIA DE MAO (ESQUERDO) AP+OBLIQUA.	R\$ 50,00	150
02.04.04.010-8	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO D (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	R\$ 50,00	90
02.04.04.010-8	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO E (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	R\$ 50,00	90
02.04.01.012-8	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 50,00	150
02.04.06.015-0	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE DIREITO (AP E OBLIQUO)	R\$ 50,00	90
02.04.06.015-0	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE ESQUERDO (AP E OBLIQUO)	R\$ 50,00	90
02.04.06.016-8	RADIOGRAFIA DE PERNA D	R\$ 50,00	90
02.04.06.016-8	RADIOGRAFIA DE PERNA E	R\$ 50,00	90
02.04.04.012-4	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA) D	R\$ 50,00	90
02.04.04.012-4	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA) E	R\$ 50,00	90
02.04.02.012-3	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA	R\$ 50,00	90
02.04.01.014-4	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 50,00	720
02.04.03.015-3	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	R\$ 50,00	6600
02.04.03.017-0	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	R\$ 50,00	6600
02.04.02.013-1	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUNA TOTAL-TELESPONDILOGRAFIA ( P/ ESCOLIOSE)	R\$ 50,00	60
02.04.06.017-6	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES D	R\$ 50,00	60
02.04.06.017-6	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES E	R\$ 50,00	60
02.04.01.022-5	RADIOGRAFIA PERIAPICAL DIGITAL	R\$ 26,00	5400
02.04.01.022-5	RADIOGRAFIA PERIAPICAL IMPRESSA	R\$ 27,50	1000
02.04.01.017-9	RADIOGRAFIA PANORAMICA IMPRESSA	R\$ 60,50	1000
02.04.01.017-9	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DIGITAL	R\$ 58,00	7200
	SERVIÇO DE RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA-RNM C/ CONTRASTE / S/ CONTRASTE E SEM SEDAÇÃO		
02.07.01.002-1	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	R\$ 450,00	45
02.07.01.003-0	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	R\$ 450,00	210



02.07.01.004-8	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 450,00	210
02.07.01.005-6	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	R\$ 450,00	100
02.07.01.006-4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO	R\$ 450,00	240
02.07.01.007-2	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	R\$ 450,00	60
02.07.03.003-0	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) ARTICULAÇÃO COXOFEMURAL	R\$ 450,00	100
02.07.03.003-0	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) COXA	R\$ 450,00	30
02.07.03.003-0	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) JOELHO	R\$ 450,00	60
02.07.03.003-0	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) PERNA	R\$ 450,00	30
02.07.03.003-0	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) TORNOZELO	R\$ 450,00	30
02.07.03.003-0	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) PÉ	R\$ 450,00	90
02.07.02.002-7	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) OMBRO	R\$ 450,00	30
02.07.02.002-7	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) BRAÇO	R\$ 450,00	30
02.07.02.002-7	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) COTOVELO	R\$ 450,00	30
02.07.02.002-7	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) ANTEBRAÇO	R\$ 450,00	30
02.07.02.002-7	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) PUNHO	R\$ 450,00	30
02.07.02.002-7	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) MÃO	R\$ 450,00	30
02.07.02.003-5	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	R\$ 450,00	120
02.07.03.001-4	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 450,00	120
02.07.03.002-2	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA	R\$ 450,00	300
02.07.03.002-2	RESSONANCIA MAGNETICA DE PELVE	R\$ 450,00	120
02.07.03.002-2	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN INFERIOR	R\$ 450,00	120
02.07.03.004-9	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/COLANGIORRESSONANCIA	R\$ 450,00	30
02.07.01.006-4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ÓRBITAS	R\$ 450,00	30
02.07.02.006-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA MAMA	R\$ 450,00	90
02.06.03.003-7	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR C/ CONTRASTE	R\$ 300,00	360
02.06.03.003-7	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR S/ CONTRASTE	R\$ 260,00	500
02.06.02.002-3	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ) C/ CONTRASTE	R\$ 300,00	90
02.06.02.002-3	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ) S/ CONTRASTE	R\$ 260,00	90
02.06.03.001-0	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN SUPERIOR C/ CONTRASTE	R\$ 300,00	360
02.06.03.001-0	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN SUPERIOR S/ CONTRASTE	R\$ 260,00	360
02.06.01.001-0	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ CONTRASTE	R\$ 300,00	240
02.06.01.001-0	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE	R\$ 260,00	240
02.06.01.002-8	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA COM CONTRASTE	R\$ 300,00	240
02.06.01.002-8	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA SEM CONTRASTE	R\$ 260,00	240
02.06.01.003-6	TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ CONTRASTE	R\$ 300,00	90



02.06.01.003-6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA S/ CONTRASTE	R\$ 260,00	90
02.06.01.007-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO, COM CONTRASTE	R\$ 300,00	300
02.06.01.007-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO, SEM CONTRASTE	R\$ 260,00	300
02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES COM CONTRASTE	R\$ 300,00	240
02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES SEM CONTRASTE	R\$ 260,00	240
02.06.01.005-2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO COM CONTRASTE	R\$ 300,00	150
02.06.01.005-2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO SEM CONTRASTE	R\$ 260,00	150
02.06.02.002-3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGUIMENTOS APENDICULARES (BRAÇO ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA E PÉ) C/ CONTRASTE	R\$ 300,00	180
02.06.02.002-3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGUIMENTOS APENDICULARES (BRAÇO ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA E PÉ) S/ CONTRASTE	R\$ 260,00	180
02.06.03.002-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR C/ CONTRASTE	R\$ 300,00	72
02.06.03.002-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR S/ CONTRASTE	R\$ 260,00	72
02.06.02.001-5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR C/ CONTRASTE	R\$ 300,00	72
02.06.02.001-5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR S/ CONTRASTE	R\$ 260,00	72
02.06.01.006-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TÚRSICA COM CONSTATE	R\$ 300,00	240
02.06.01.006-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TÚRSICA SEM CONSTATE	R\$ 260,00	240
02.06.02.003-1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX COM CONTRASTE	R\$ 300,00	540
02.06.02.003-1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX SEM CONTRASTE	R\$ 260,00	540
02.06.03.003-7	TOMOGRAFIA DE VIAS URINÁRIAS COM CONTRASTE	R\$ 300,00	240
02.06.03.003-7	TOMOGRAFIA DE VIAS URINÁRIAS SEM CONTRASTE	R\$ 260,00	240
02.05.02.003-8	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR / INFERIOR	R\$ 90,00	10800
02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	R\$ 150,00	5400
02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	R\$ 90,00	5400
-	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTERIAS CAROTIDAS COM DOPPLER	R\$ 120,00	2100
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULACAO	R\$ 90,00	12600
02.05.02.007-0	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 90,00	5400
-	ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES	R\$ 90,00	5400
02.05.02.010-0	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	R\$ 90,00	5400
02.05.02.011-9	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 90,00	360
02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE	R\$ 90,00	5400
02.05.01.005-9	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO	R\$ 150,00	2800
02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL	R\$ 90,00	5400
02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA	R\$ 90,00	10800
02.05.02.015-1	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R\$ 120,00	2000
02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	R\$ 90,00	5400
02.05.02.017-8	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA	R\$ 90,00	2000
02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL	R\$ 90,00	5400

**BLOCO 03 – DIAGNÓSTICO DIVERSOS**



CÓDIGO SIGTAP	PROCEDIMENTO	V. REF.	QUANT.
02.11.10.001-3	APLICAÇÃO DE TESTE PARA PSICODIAGNÓSTICO	R\$ 2.200,00	30
02.01.01.016-0	BIÓPSIA DE ENDOMETRIO POR ASPIRAÇÃO MANUAL INTRA-UTERINA	R\$ 200,00	180
02.08.01.003-3	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE REPOUSO (MINIMO 3 PROJECOES)	R\$ 900,00	100
02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA COM ANESTESIA	R\$ 900,00	24
02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA) COM SEDAÇÃO	R\$ 750,00	120
02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAMA COM DOPPLER	R\$ 180,00	100
02.05.01.001-6	ECOCARGIOGRAMA DE ESTRESSE	R\$ 320,00	100
02.05.01.002-4	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO	R\$ 150,00	200
02.11.02.003-6	ELETROCARDIOGRAMA COM LAUDO COM FORNECIMENTO DE EQUIPAMENTOS (GRAVADOR, IMPRESSORA, COMPUTADOR E ELETROCARDIÓGRAFO) - ATENDIMENTO ELETIVO	R\$ 35,00	9500
-	ELETROCARDIOGRAMA LAUDADO REMOTAMENTE COM FORNECIMENTO DE EQUIPAMENTO (GRAVADOR, IMPRESSORA, COMPUTADOR E ELETROCARDIÓGRAFO) - ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 24H	R\$ 50,00	27.400
02.11.07.014-9	EMISSÕES OTOACÚSTICAS EVOCADAS PARA TRIAGEM AUDITIVA (TESTE DA ORELHINHA)	R\$ 120,00	1.560
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	R\$ 380,00	510
02.11.08.005-5	ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR	R\$ 100,00	150
02.11.09.001-8	ESTUDO URODINÂMICO	R\$ 440,00	90
02.11.07.020-3	IMITANCIOMETRIA	R\$ 95,00	80
02.09.04.002-5	LARINGOSCOPIA	R\$ 180,00	150
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA COM LAUDO	R\$ 50,00	7.600
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA DIGITAL BILATERAL PARA RASTREAMENTO COM LAUDO	R\$ 100,00	12000
02.11.02.004-4	MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	R\$ 120,00	7200
02.11.02.005-2	MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (M.A.P.A)	R\$ 120,00	7200
02.11.02.007-9	OXIMETRIA DE PULSO (TESTE DO CORAÇÃOZINHO)	R\$ 120,00	1.560
02.11.05.011-3	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO	R\$ 120,00	288
-	TESTE DA LINGUINHA	R\$ 120,00	1.560
02.11.02.006-0	TESTE DE ESFORCO / TESTE ERGOMETRICO	R\$ 120,00	2.880
-	TESTE DO OLHINHO	R\$ 120,00	1.560
02.04.05.017-0	URETROCISTOGRAFIA RETRÓGRADA E MICCIONAL	R\$ 430,00	72
02.09.04.004-1	VIDEOLARINGOSCOPIA	R\$ 260,00	85
04.17.01.006-0	SEDAÇÃO	R\$ 450,00	36