



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97

TABELA DE VALORES

Código CIS	Descrição dos Serviços	VALORES DENTRO DO CIS	VALORES CLÍNICAS
	CONSULTAS ESPECIALIZADAS /EXAMES		
1.0	ALERGOLOGIA		
1.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
2.0	ANESTESIOLOGIA		
2.1	CONSULTAS DE AVALIAÇÃO	R\$ 50,00	R\$ 50,00
2.2	ATENDIMENTO ANESTESICO EM PROCEDIMENTO CIRURGICO EM HOSPITAL DE PEQUENO PORTE		R\$350,00
3.0	CARDIOLOGIA		
3.1	CONSULTAS NO CIS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
3.2	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
3.2.1	ECOCARDIOGRAFIA BIDIMENSIONAL COM OU SEM DOPPLER		R\$ 160,00
3.2.2	ELETROCARDIOGRAMA COM LAUDO (REALIZADO PELO MÉDICO)	R\$ 20,00	R\$ 30,00
3.2.3	RISCO CIRÚRGICO (ECG COM LAUDO + RISCO CIRÚRGICO)		R\$ 100,00
3.2.4	LAUDO DE ELETROCARDIOGRAMA (TELEMEDICINA REALIZADO NO CIS)	R\$ 10,00	R\$ 10,00
3.2.5	TESTE DE ESFORÇO ERGOMÉTRICO (INCLUINDO ECG)		R\$ 180,00
3.2.6	HOLTER 24 HORAS		R\$ 100,00
3.2.7	MAPA (PRESSÃO ARTERIAL 24 HORAS)		R\$ 180,00
4.0	CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO		
4.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
5.0	CIRURGIA CARDÍACA		
5.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
6.0	CIRURGIA GERAL		
6.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
7.0	CIRURGIA PLÁSTICA		
7.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
8.0	CIRURGIA TÓRAX		
8.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
9.0	CIRURGIA VASCULAR		
9.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
10.0	DERMATOLOGIA		
10.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
11.0	ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA		
11.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
12.0	GASTROENTEROLOGIA		
12.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
12.2	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
12.2.1	RETOSIGMOIDOSCOPIA		R\$ 120,00
12.2.2	COLONOSCOPIA		R\$ 300,00
12.2.3	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EDA)		R\$ 80,00
12.2.4	POLIPECTOMIA		R\$ 90,00
13.0	GERIATRIA		
13.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
14.0	GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA		
14.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
14.2	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
15.0	HEMATOLOGIA		
15.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
15.2.1	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
16.0	INFECTOLOGIA		



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97

16.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
12.2.1	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
17.0	MASTOLOGISTA		
17.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
18.0	MEDICINA NUCLEAR		
18.1.1	DENSITOMETRIA ÓSSEA ATÉ 2 SEGMENTOS		R\$ 150,00
18.1.2	DENSITOMETRIA ÓSSEA COLUNA LOMBAR 2 SEGMENTOS		R\$ 150,00
18.1.3	DENSITOMETRIA ÓSSEA DUO-ENERGÉTICA (VERT. LOMBARES)		R\$ 150,00
18.1.4	DENSITOMETRIA ÓSSEA CORPO TODO		R\$ 150,00
18.1.5	ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL		R\$ 500,00
18.1.6	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA		R\$ 500,00
18.1.7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA/COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE		R\$ 180,00
18.1.8	TOMOGRAFIA COMP. DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE.		R\$ 180,00
18.1.9	TOMOGRAFIA COMP. DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE.		R\$ 180,00
18.1.10	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES		R\$ 180,00
18.1.11	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO (PARTES MOLES, LARINGE, TIROIDE OU PARA TIROIDE) C/ CONTRASTE.		R\$ 250,00
18.1.12	TOMOGRAFIA DACRIOCISTOGRAFIA.		R\$ 200,00
18.1.13	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA OU ORBITAS		R\$ 180,00
18.1.14	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO C/ CONTRASTE		R\$ 180,00
18.1.15	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MASTOIDE OU ORELHAS		R\$ 200,00
18.1.16	TOMOGRAFIA COMP. DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR.		R\$ 200,00
18.1.17	TOMOGRAFIA COMP. DE SEGMENTOS APENDICULARES.		R\$ 200,00
18.1.18	TOMOGRAFIA COMP. DE TORAX COM OU S/ CONTRASTE.		R\$ 250,00
18.1.19	TOMOGRAFIA DE HEMITORAX / MEDIASTINO (POR PLANO)		R\$ 200,00
18.1.20	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN C/ CONTRASTE		R\$ 315,00
18.1.21	TOMOGRAFIA COMP. DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR.		R\$ 240,00
18.1.22	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA		R\$ 250,00
18.1.23	ANGIOTOMOGRAFIA		R\$ 450,00
18.1.24	TOMOGRAFIA ABDOMEN SUPERIOR		R\$ 250,00
18.1.25	TOMOGRAFIA DE CARÓTIDAS		R\$ 450,00
18.1.26	TOMOGRAFIA PESCOÇO (PARTES MOLES, LARINGE, TIREOÍDE E FARINGE)		R\$ 250,00
18.1.27	TOMOGRAFIA RENAL		R\$ 450,00
18.1.28	TOMOGRAFIA UROTOMOGRAFIA		R\$ 450,00
18.1.29	MAMOGRAFIA BILATERAL		R\$ 80,00
19.0	NEFROLOGIA		
19.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
20.0	NEUROCIRURGIA		
20.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
20.1	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
20.2.1	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMII		R\$ 350,00
20.2.2	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS		R\$ 350,00
29.2.3	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS E MMII		R\$ 700,00
20.2.4	ELETROENCEFALOGRAMA DE ROTINA		R\$ 39,60
20.2.5	ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGÍLIA/ SONO ESPONTÂNEO OU INDUZIDO		R\$ 79,20
20.2.6	ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO (MAPEAMENTO)		R\$ 95,00
21.0	NEUROLOGIA		
21.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
21.1	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
21.1.2	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMII		R\$ 350,00
21.1.3	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS		R\$ 350,00
21.1.4	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS E MMII		R\$ 700,00



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97

21.1.5	ELETRONEUROGRAMA DE ROTINA		R\$ 39,60
21.1.6	ELETRONEUROGRAMA/VIGÍLIA SONO ESPONTÂNEO/ INDUZIDO		R\$ 79,20
21.1.7	ELETRONEUROGRAMA QUANTITATIVO (MAPEAMENTO)		R\$ 95,00
21.1.8	LAUDO DE ELETRONEUROGRAMA (TELEMEDICINA)		R\$ 10,00
21.1.9	LAUDO DE ELETRONEUROGRAMA COM MAPEAMENTO (TELEM)		R\$ 22,00
22.0	NEUROPEDIATRA		
22.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
22.1	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
22.2.1	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMII		R\$ 350,00
22.2.2	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS		R\$ 350,00
22.2.3	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS E MMII		R\$ 700,00
22.2.4	ELETRONEUROGRAMA DE ROTINA		R\$ 39,60
22.2.5	ELETRONEUROGRAMA/VIGÍLIA E SONO ESPONTÂNEO/ INDUZIDO		R\$ 79,20
22.2.6	ELETRONEUROGRAMA QUANTITATIVO (MAPEAMENTO)		R\$ 95,00
23.0	OFTALMOLOGISTA		
23.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
23.2	CONSULTAS OFTALMOLOGICAS + TONOMETRIA+ MAPEAMENTO DE RETINA+ TESTE ORTOPTICO – PROJETO BOA VISÃO		R\$ 60,00
23.1	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
23.2.1	BIOMETRIA ULTRASSONICA (BINOCULAR)		R\$ 66,00
23.2.2	CURVA TENSIONAL DIARIA		R\$ 49,50
23.2.3	GONIOSCOPIA (BINOCULAR)		R\$ 20,00
23.2.4	MAPEAMENTO DE RETINA (MONOCULAR)		R\$ 24,24
23.2.5	RETINOGRAFIA COLORIDA (MONOCULAR)		R\$ 16,50
23.2.6	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA (BINOCULAR)		R\$ 49,50
23.2.7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÔRNEA (BINOCULAR)		R\$ 41,25
23.2.8	TESTE ORTÓPTICO (BINOCULAR)		R\$ 12,34
23.2.9	TESTE DE ADAPTAÇÃO DE LENTE DE CONTATO (BINOCULAR)		R\$ 30,00
23.2.10	MEDIDA DE OFUSCAMENTO DE CONTRASTE (BINOCULAR)		R\$ 26,40
23.2.11	EPLAÇÃO DE CÍLIOS (MONOCULAR)		R\$ 21,60
23.2.12	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO (MONOCULAR)		R\$ 28,80
23.2.13	TONOMETRIA (BINOCULAR)		R\$ 12,34
23.2.14	EXERESE DE PTERIGIO (MONOCULAR)		R\$ 400,00
23.2.15	FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE LIO DOBRÁVEL (MONOCULAR)		R\$ 964,50
23.2.16	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA – OCT (MONOCULAR)		R\$ 200,00
23.2.17	CAPSULOTOMIA YAG LASER (MONOCULAR)		R\$ 200,00
23.2.18	PAN FOTOCOAGULAÇÃO (MONOCULAR)		R\$ 200,00
23.2.19	CAMPIMETRIA (MONOCULAR)		R\$ 120,00
23.2.20	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA (MONOCULAR)		R\$ 36,36
24.0	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	PORTES	
24.1	CONSULTAS		R\$ 50,00
24.2	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
24.2.1	CORREÇÃO DE DEDO EM MARTELO	PEQUENO	R\$ 900,00
24.2.2	DESCOMPRESSÃO DE NEVO MEDIANO (TÚNEL DO CARPO)	PEQUENO	R\$ 900,00
24.2.3	CORREÇÃO DE DEDO EM GATILHO	PEQUENO	R\$ 900,00
24.2.4	EXERESE DE CISTO SINOVIAL MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES	PEQUENO	R\$ 900,00
24.2.5	CORREÇÃO DE HALUX VALGO (JOANETE)	Médio -pequena	R\$1.500,00
24.2.6	ARTROSCOPIA DE JOELHO (MENISCO)	Médio- pequena	R\$1.500,00
24.2.7	REPARO DO MANGUITO ROTADOR	Médio - média	R\$2.500,00
24.2.8	RECONSTRUÇÃO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR	Médio -média	R\$2.500,00
24.2.8	OSTEOTOMIA VALGIZANTE	Médio – média	R\$2.500,00
24.2.9	ARTROPLASTIA DE QUADRIL	GRANDE	R\$3.700,00
24.2.10	ARTROPLASTIA DE JOELHO	GRANDE	R\$3.700,00
24.2.11	ARTROPLASTIA DO OMBRO	GRANDE	R\$3.700,00



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97

24.2.12	INFILTRAÇÃO		R\$100,00
25.0	OTORRINOLARINGOLOGIA		
25.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
25.2	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
25.2.1	VIDEONASOFIBROSCOPIA		R\$ 50,00
25.2.2	VECTOELETRONISTAGMOGRAFIA COMPUTADORIZADA		R\$ 200,00
25.2.3	AUDIOMETRIA TONAL	SUS	R\$ 11,50
25.2.4	IMPEDÂNCIOMETRIA	SUS	R\$ 1,37
25.2.5	CAUTERIZAÇÃO NASAL		R\$ 50,00
25.2.6	TAMPONAMENTO NASAL ANTERO/POSTERIOR		R\$ 150,00
25.2.7	TESTES ACUMÉTRICOS		R\$ 41,25
25.2.8	TESTES VESTIBULARES E OTONEUROLÓGICOS		R\$ 41,25
25.2.9	MANOBRAS DE REABILITAÇÃO VESTIBULARES		R\$ 60,00
25.2.10	REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO EM OUVIDO, FARINGE, LARINGE, NARIZ.		R\$ 60,00
25.2.11	TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR		R\$ 150,00
25.2.12	VIDEOLARINGOSCOPIA		R\$ 80,00
25.2.13	NASOFIBROSCOPIA / ENDOSCOPIA NASAL		R\$ 37,80
25.2.14	DRENAGEM DE ABSCESSO EM ORELHA / OTOHEMATOMA		R\$ 150,00
25.2.15	CORREÇÃO CIRURGIA DE LESÃO EM LÓBULO DE ORELHA		R\$ 150,00
25.2.16	FRENECTOMIA		R\$ 80,00
25.2.17	ESTUDO TOPO DIAGNÓSTICO DE PARALISIA FACIAL		R\$ 90,00
25.2.18	PROVA DE FUNÇÃO TUBÁRIA		R\$ 14,17
25.2.19	MIRINGOTOMIA UNILATERAL		R\$ 28,80
25.2.20	ASPIRAÇÃO DE OUVIDO		R\$ 50,00
25.2.22	REMOÇÃO - CURETAGEM DE CERUME		R\$ 50,00
25.2.23	TESTE ALÉRGICO (CUTÂNEO)		R\$ 150,00
25.3	PROCEDIMENTOS CIRURGICOS HOSPITALAR EM OTORRINOLARINGOLOGIA		
25.3.1	AMIGDALECTOMIA		R\$ 1.200,00
25.3.2	MÉDICO CIRURGIA		R\$ 500,00
25.3.3	HOSPITAL		R\$ 500,00
25.3.4	ANESTESISTA		R\$ 200,00
25.3.2	AMIGDALECTOMIA + ADENOIDECTOMIA		R\$ 1.400,00
25.4.2	MÉDICO CIRURGIA		R\$ 700,00
25.4.3	HOSPITAL		R\$ 500,00
25.4.4	ANESTESISTA		R\$ 200,00
25.5	ADENOIDECTOMIA		R\$ 1.200,00
25.5.1	MÉDICO CIRURGIA		R\$ 500,00
25.5.2	HOSPITAL		R\$ 500,00
25.5.3	ANESTESISTA		R\$ 200,00
25.6	SEPTOPLASTIA		R\$ 1.200,00
25.6.1	MÉDICO CIRURGIA		R\$ 500,00
25.6.2	MÉDICO CIRURGIA		R\$ 500,00
25.6.3	HOSPITAL		R\$ 200,00
25.7	SEPTOPLASTIA + TURBINECTOMIA		R\$ 1.400,00
25.7.1	MÉDICO CIRURGIA		R\$ 700,00
25.7.1	HOSPITAL		R\$ 500,00
25.7.1	ANESTESISTA		R\$ 200,00
25.8	RINOSEPTOPLASTIA FECHADA		R\$ 1.500,00
25.8.1	MÉDICO CIRURGIA		R\$ 800,00
25.8.2	HOSPITAL		R\$ 500,00
25.8.3	ANESTESISTA		R\$ 200,00
25.9	RINOSEPTOPLASTIA ABERTA		R\$ 1.700,00
25.9.1	MÉDICO CIRURGIA		R\$ 1.000,00



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97

25.9.2	HOSPITAL		R\$ 500,00
25.9.3	ANESTESISTA		R\$ 200,00
25.10	TIMPANOPLASTIA		R\$ 1.500,00
25.10.1	MÉDICO CIRURGIA		R\$ 500,00
25.10.2	HOSPITAL		R\$ 500,00
25.10.3	ANESTESISTA		R\$ 200,00
25.11	TURBINECTOMIA		R\$ 1.200,00
25.11.1	MÉDICO CIRURGIA		R\$ 500,00
25.11.2	HOSPITAL		R\$ 500,00
25.11.3	ANESTESISTA		R\$ 200,00
25.12	OTOPLASTIA		R\$ 1.500,00
25.12.1	MÉDICO CIRURGIA		R\$ 800,00
25.12.2	HOSPITAL		R\$ 500,00
25.12.3	ANESTESISTA		R\$ 200,00
26.0	PATOLOGIA (ANATOMOPATOLOGIA E CITOPATOLOGIA)		
	PROCEDIMENTOS		
26.1	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
26.1.1	BIOPSIA (ANATOMO PATOLOGICO)		R\$ 30,00
27.0	PATOLOGIA CLÍNICA (EXAMES LABORATÓRIAS)		
27.1.1	CLEARANCE OSMOLAR		R\$ 3,86
27.1.2	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO		R\$ 2,10
27.1.3	DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS		R\$ 2,00
27.1.4	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)		R\$ 7,60
27.1.5	DETERMINACAO CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO P/ CORTISONA (5 DOSAG.)		R\$ 10,00
27.1.6	DETERMINACAO CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO P/ CORTISONA (4 DOSAG.)		R\$ 10,00
27.1.7	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)		R\$ 10,00
27.1.8	DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE		R\$ 3,86
27.1.9	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE		R\$ 3,86
27.1.10	DOSAGEM DE ACETONA		R\$ 2,10
27.1.11	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO		R\$ 4,04
27.1.12	DOSAGEM DE ACIDO URICO		R\$ 2,22
27.1.13	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO		R\$ 4,04
27.1.14	DOSAGEM DE ALDOLASE		R\$ 2,10
27.1.15	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA		R\$ 4,04
27.1.16	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA		R\$ 4,53
27.1.17	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA		R\$ 4,04
27.1.18	DOSAGEM DE AMILASE		R\$ 4,04
27.1.19	DOSAGEM DE AMONIA		R\$ 17,14
27.1.20	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES		R\$ 3,86
27.1.21	DOSAGEM DE CALCIO		R\$ 4,00
27.1.22	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL		R\$ 4,00
27.1.23	DOSAGEM DE CAROTENO		R\$ 2,21
27.1.24	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA		R\$ 2,10
27.1.25	DOSAGEM DE CLORETO		R\$ 2,21
27.1.26	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL		R\$ 3,86
27.1.27	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL		R\$ 3,86
27.1.28	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL		R\$ 2,90
27.1.29	DOSAGEM DE COLINESTERASE		R\$ 4,04
27.1.30	DOSAGEM DE CREATININA		R\$ 4,04
27.1.31	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)		R\$ 8,64
27.1.32	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB		R\$ 4,04
27.1.33	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA		R\$ 3,86
27.1.34	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA		R\$ 4,04
27.1.35	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA		R\$ 3,86



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97

27.1.36	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)		R\$ 2,47
27.1.37	DOSAGEM DE FERRITINA		R\$ 18,71
27.1.38	DOSAGEM DE FERRO SÉRICO		R\$ 4,21
27.1.39	DOSAGEM DE FOLATO		R\$ 4,04
27.1.40	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA TOTAL		R\$ 3,86
27.1.41	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA		R\$ 3,50
27.1.42	DOSAGEM DE FOSFORO		R\$ 2,50
27.1.43	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA		R\$ 2,10
27.1.44	DOSAGEM DE GALACTOSE		R\$ 2,10
27.1.45	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)		R\$ 3,21
27.1.46	DOSAGEM DE GLICOSE		R\$ 2,21
27.1.47	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE		R\$ 4,53
27.1.48	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA		R\$ 3,86
27.1.49	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA		R\$ 10,44
27.1.50	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA		R\$ 2,10
27.1.51	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE		R\$ 16,76
27.1.52	DOSAGEM DE LACTATO		R\$ 4,04
27.1.53	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE		R\$ 4,86
27.1.55	DOSAGEM DE LIPASE		R\$ 8,21
27.1.56	DOSAGEM DE MAGNESIO		R\$ 4,04
27.1.57	DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS		R\$ 7,20
27.1.58	DOSAGEM DE PIRUVATO		R\$ 16,76
27.1.59	DOSAGEM DE PORFIRINAS		R\$ 7,12
27.1.60	DOSAGEM DE POTASSIO		R\$ 3,00
27.1.61	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS		R\$ 3,00
27.1.62	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES		R\$ 3,00
27.1.63	DOSAGEM DE SODIO		R\$ 3,00
27.1.64	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)		R\$ 3,00
27.1.65	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)		R\$ 3,00
27.1.66	DOSAGEM DE TRANSFERRINA		R\$ 4,94
27.1.67	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS		R\$ 4,21
27.1.68	DOSAGEM DE TRIPTOFANO		R\$ 9,90
27.1.69	DOSAGEM DE UREIA		R\$ 6,35
27.1.70	DOSAGEM DE VITAMINA B12		R\$ 3,13
27.1.71	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS		R\$ 6,34
27.1.72	ELETROFORESE DE PROTEINAS		R\$ 10,96
27.1.73	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE)		R\$ 3,00
27.1.74	PROVA DA D-XILOSE		R\$ 4,52
27.1.75	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTE ORAIS		R\$ 8,80
27.1.76	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D		R\$ 35,84
27.1.77	CITOQUIMICA HEMATOLOGICA		R\$ 8,37
27.1.78	CONTAGEM DE PLAQUETAS		R\$ 5,20
27.1.79	CONTAGEM DE RETICULOCITOS		R\$ 8,89
27.1.80	DETERMINACAO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR		R\$ 7,29
27.1.81	DETERMINACAO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)		R\$ 16,50
27.1.82	DETERMINACAO DE SULFO-HEMOGLOBINA		R\$ 20,80
27.1.83	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO		R\$ 7,32
27.1.84	DETERMINACAO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA		R\$ 10,02
27.1.85	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE		R\$ 11,56
27.1.86	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY		R\$ 7,32
27.1.87	DETERMINACAO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS		R\$ 5,06
27.1.88	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA		R\$ 1,68
27.1.89	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)		R\$ 3,00



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97

27.1.90	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)		R\$ 3,00
27.1.91	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTACAO (VHS)		R\$ 3,00
27.1.92	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE		R\$ 4,52
27.1.93	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III		R\$ 5,95
27.1.94	DOSAGEM DE FATOR II		R\$ 3,00
27.1.95	DOSAGEM DE FATOR IX		R\$ 1,68
27.1.96	DOSAGEM DE FATOR V		R\$ 4,52
27.1.97	DOSAGEM DE FATOR VII		R\$ 3,00
27.1.98	DOSAGEM DE FATOR VIII		R\$ 27,50
27.1.99	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)		R\$ 4,52
27.1.100	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)		R\$ 3,00
27.1.101	DOSAGEM DE FATOR X		R\$ 3,00
27.1.102	DOSAGEM DE FATOR XI		R\$ 3,00
27.1.103	DOSAGEM DE FATOR XII		R\$ 3,00
27.1.104	DOSAGEM DE FATOR XIII		R\$ 4,52
27.1.105	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO		R\$ 3,00
27.1.106	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA		R\$ 3,00
27.1.107	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC		R\$ 3,00
27.1.108	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL		R\$ 13,20
27.1.109	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA		R\$ 3,00
27.1.110	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO		R\$ 3,00
27.1.111	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA		R\$ 19,50
27.1.112	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)		R\$ 5,50
27.1.113	HEMATOCRITO		R\$ 5,50
27.1.114	HEMOGRAMA COMPLETO		R\$ 6,94
27.1.115	LEUCOGRAMA		R\$ 4,40
27.1.116	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA		R\$ 10,17
27.1.117	PESQUISA DE CELULAS LE		R\$ 3,11
27.1.118	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ		R\$ 10,17
27.1.119	PESQUISA DE FILARIA		R\$ 16,56
27.1.120	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S		R\$ 18,06
27.1.121	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA		R\$ 14,90
27.1.122	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA		R\$ 18,87
27.1.123	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO		R\$ 3,87
27.1.124	PROVA DO LACO		R\$ 3,11
27.1.125	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS		R\$ 18,87
27.1.126	TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS		R\$ 10,17
27.1.127	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)		R\$ 18,87
27.1.128	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)		R\$ 10,17
27.1.129	CONTAGEM DE LINFOCITOS B		R\$ 3,11
27.1.130	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8(cada)		R\$ 36,30
27.1.131	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS		R\$ 18,87
27.1.132	DETECCAO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)		R\$ 80,00
27.1.133	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)		R\$ 11,00
27.1.134	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)		R\$ 11,00
27.1.135	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE		R\$ 9,53
27.1.136	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA		R\$ 18,87
27.1.137	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA		R\$ 11,00
27.1.138	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)		R\$ 19,70
27.1.139	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA		R\$ 20,40
27.1.139	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3		R\$ 18,87
27.1.140	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4		R\$ 6,31
27.1.141	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA		R\$ 18,87
27.1.142	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)		R\$ 20,40



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97

27.1.143	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)		R\$ 20,40
27.1.144	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)		R\$ 10,17
27.1.145	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE		R\$ 11,00
27.1.146	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA		R\$ 10,17
27.1.147	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C		R\$ 358,17
27.1.148	IMUNOELETOFORESE DE PROTEINAS		R\$ 6,31
27.1.149	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)		R\$ 11,00
27.1.150	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA		R\$ 18,87
27.1.151	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA		R\$ 10,17
27.1.152	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA		R\$ 11,00
27.1.153	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI		R\$ 10,67
27.1.154	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)		R\$ 3,11
27.1.155	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)		R\$ 11,00
27.1.156	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2		R\$ 11,00
27.1.157	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)		R\$ 11,00
27.1.158	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS		R\$ 18,87
27.1.159	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM		R\$ 20,59
27.1.160	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)		R\$ 20,59
27.1.161	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)		R\$ 20,59
27.1.162	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS		R\$ 18,87
27.1.163	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS		R\$ 18,87
27.1.164	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS		R\$ 18,87
27.1.165	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS		R\$ 18,87
27.1.166	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO		R\$ 18,87
27.1.167	PESQ. DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA)		R\$ 11,00
27.1.168	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL		R\$ 18,87
27.1.169	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS		R\$ 20,40
27.1.170	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)		R\$ 20,40
27.1.171	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES		R\$ 8,55
27.1.172	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)		R\$ 10,68
27.1.173	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO		R\$ 20,40
27.1.174	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO		R\$ 20,40
27.1.175	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS		R\$ 10,17
27.1.176	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA		R\$ 4,51
27.1.177	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS		R\$ 20,40
27.1.178	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA		R\$ 18,87
27.1.179	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS		R\$ 3,11
27.1.180	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA		R\$ 12,10
27.1.181	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO		R\$ 10,17
27.1.182	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO		R\$ 18,66
27.1.183	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO		R\$ 10,17
27.1.184	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS		R\$ 20,40
27.1.185	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS		R\$ 33,00
27.1.186	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA		R\$ 20,40
27.1.187	PESQ. DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)		R\$ 18,87
27.1.188	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)		R\$ 18,87
27.1.189	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA		R\$ 18,87
27.1.190	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII		R\$ 18,87
27.1.191	PESQ. DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)		R\$ 12,77
27.1.192	PESQ. DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)		R\$ 11,00
27.1.193	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO		R\$ 20,40
27.1.194	PESQ. DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS.		R\$ 10,17



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97

27.1.195	PESQ. ANTICORPOS /OU ANTIGENO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO		R\$ 20,40
27.1.196	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA		R\$ 22,00
27.1.197	PESQ. DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR		R\$ 20,40
27.1.198	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS		R\$ 18,87
27.1.199	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS		R\$ 18,87
27.1.200	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA		R\$ 18,87
27.1.201	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI		R\$ 18,87
27.1.202	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG)		R\$ 14,68
27.1.203	PESQ.ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)		R\$ 20,40
27.1.204	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)		R\$ 20,40
27.1.205	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA		R\$ 20,40
27.1.206	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER		R\$ 3,11
27.1.207	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS 49EPSTEIN-BARR		R\$ 4,51
27.1.208	PESQ.497UISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES		R\$ 11,00
27.1.209	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS		R\$ 10,17
27.1.210	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS		R\$ 11,00
27.1.211	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA		R\$ 21,94
27.1.212	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI		R\$ 21,94
27.1.213	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)		R\$ 19,80
27.1.214	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)		R\$ 20,40
27.1.215	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)		R\$ 24,51
27.1.216	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA		R\$ 18,11
27.1.217	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER		R\$ 18,11
27.1.218	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR		R\$ 16,00
27.1.219	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES		R\$ 16,00
27.1.220	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)		R\$ 19,94
27.1.221	PESQ. ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)		R\$ 11,00
27.1.222	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)		R\$ 22,11
27.1.223	PESQUISA DE CLAMIDIA (POR CAPTURA HIBRIDA)		R\$ 20,40
27.1.224	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS		R\$ 18,87
27.1.225	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)		R\$ 7,81
27.1.226	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA		R\$ 33,34
27.1.227	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECÍFICA		R\$ 23,34
27.1.228	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)		R\$ 18,81
27.1.229	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)		R\$ 1,81
27.1.230	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS		R\$ 1,81
27.1.231	QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1		R\$ 81,81
27.1.232	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C		R\$ 298,81
27.1.233	REACAO DE HEMAGLUTINACAO (TPHA) P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS		R\$ 7,81
27.1.234	REACAO DE MONTENEGRO ID		R\$ 9,81
27.1.235	TESTE DE VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS		R\$ 5,81
27.1.236	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS		R\$ 7,81
27.1.237	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS		R\$ 7,81
27.1.238	TESTES ALERGICOS DE CONTATO		R\$ 11,27
27.1.239	TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA		R\$ 3,81
27.1.240	TESTES RAPIDOS P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS		R\$ 7,81
27.1.241	VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE		R\$ 4,81
27.1.242	DOSAGEM ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA		R\$ 38,81
27.1.244	DOSAGEM DA FRACAO C1Q DO COMPLEMENTO		R\$ 4,07



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97

27.1.245	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL		R\$ 3,86
27.1.246	DOSAGEM DE GORDURA FECAL		R\$ 3,86
27.1.247	EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL		R\$ 3,86
27.1.248	IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS		R\$ 2,24
27.1.249	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)		R\$ 4,07
27.1.250	PESQUISA DE EOSINOFILOS		R\$ 4,07
27.1.251	PESQUISA DE GORDURA FECAL		R\$ 2,21
27.1.252	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES		R\$ 8,93
27.1.253	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES		R\$ 4,04
27.1.254	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES		R\$ 2,24
27.1.255	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)		R\$ 3,34
27.1.256	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS		R\$ 4,07
27.1.257	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES		R\$ 14,07
27.1.258	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES		R\$ 9,24
27.1.259	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORA NAS FEZES		R\$ 6,24
27.1.260	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES		R\$ 9,24
27.1.261	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES		R\$ 4,07
27.1.262	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS/SEDIMENTO/ URINA.		R\$ 5,86
27.1.263	CLEARANCE DE CREATININA		R\$ 3,86
27.1.264	CLEARANCE DE FOSFATO		R\$ 3,86
27.1.265	CLEARANCE DE UREIA		R\$ 3,86
27.1.266	CONTAGEM DE ADDIS		R\$ 4,07
27.1.267	DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE		R\$ 4,07
27.1.268	DOSAGEM DE ACUCARES (POR CROMATOLOGRAFIA)		R\$ 2,24
27.1.269	DOSAGEM DE CITRATO		R\$ 8,93
27.1.270	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA		R\$ 14,04
27.1.271	DOSAGEM DE OXALATO		R\$ 2,24
27.1.272	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)		R\$ 3,34
27.1.273	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS		R\$ 4,07
27.1.274	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS		R\$ 4,07
27.1.275	PESQUISA DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOLOGRAFIA)		R\$ 2,24
27.1.276	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA		R\$ 4,07
27.1.277	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA		R\$ 2,24
27.1.278	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA		R\$ 2,24
27.1.279	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA		R\$ 2,24
27.1.280	PESQUISA DE CISTINA NA URINA		R\$ 2,24
27.1.281	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA		R\$ 4,07
27.1.282	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA		R\$ 2,24
27.1.283	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA		R\$ 2,24
27.1.284	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA		R\$ 3,69
27.1.285	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA		R\$ 2,24
27.1.286	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA		R\$ 2,24
27.1.287	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA		R\$ 4,07
27.1.288	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA		R\$ 2,24
27.1.289	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA		R\$ 4,88
27.1.290	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)		R\$ 2,24
27.1.291	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA		R\$ 2,24
27.1.292	PROVA DE DILUICAO (URINA)		R\$ 13,79
27.1.293	DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE		R\$ 13,79
27.1.294	DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3		R\$ 16,15
27.1.295	DETERMINACAO DE T3 REVERSO		R\$ 11,22
27.1.296	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA		R\$ 7,39
27.1.297	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS		R\$ 7,39
27.1.298	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES		R\$ 7,39



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97

27.1.299	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)		R\$ 15,53
27.1.300	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)		R\$ 13,07
27.1.301	DOSAGEM DE ALDOSTERONA		R\$ 13,21
27.1.302	DOSAGEM DE AMP CICLICO		R\$ 12,68
27.1.303	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA		R\$ 15,81
27.1.304	DOSAGEM DE CALCITONINA		R\$ 10,84
27.1.305	DOSAGEM DE CORTISOL		R\$ 12,37
27.1.306	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)		R\$ 12,28
27.1.307	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)		R\$ 11,16
27.1.308	DOSAGEM DE ESTRADIOL		R\$ 12,70
27.1.309	DOSAGEM DE ESTRIOL		R\$ 12,23
27.1.310	DOSAGEM DE ESTRONA		R\$ 15,56
27.1.311	DOSAGEM DE GASTRINA		R\$ 16,68
27.1.312	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA		R\$ 8,63
27.1.313	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)		R\$ 11,23
27.1.314	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)		R\$ 8,67
27.1.315	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)		R\$ 9,86
27.1.316	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)		R\$ 9,85
27.1.317	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)		R\$ 11,18
27.1.318	DOSAGEM DE INSULINA		R\$ 21,44
27.1.319	DOSAGEM DE PARATORMONIO		R\$ 16,88
27.1.320	DOSAGEM DE PEPTIDEO C		R\$ 31,24
27.1.321	DOSAGEM DE PROGESTERONA		R\$ 11,16
27.1.322	DOSAGEM DE PROLACTINA		R\$ 14,50
27.1.323	DOSAGEM DE RENINA		R\$ 16,88
27.1.324	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)		R\$ 54,42
27.1.325	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)		R\$ 11,47
27.1.326	DOSAGEM DE TESTOSTERONA		R\$ 14,42
27.1.327	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE		R\$ 16,88
27.1.328	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA		R\$ 9,63
27.1.329	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)		R\$ 12,76
27.1.330	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)		R\$ 13,20
27.1.331	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)		R\$ 13,32
27.1.332	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH		R\$ 13,32
27.1.333	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA		R\$ 13,32
27.1.334	TESTE DE ESTIMULO DE LH E FSH APOS GONADORRELINA		R\$ 13,32
27.1.335	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON		R\$ 13,32
27.1.336	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA		R\$ 13,32
27.1.337	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE		R\$ 9,27
27.1.338	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS		R\$ 16,36
27.1.339	PESQUISA DE MACROPROLACTINA		R\$ 2,26
27.1.340	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO		R\$ 2,45
27.1.341	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO		R\$ 4,04
27.1.342	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO		R\$ 2,26
27.1.344	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO		R\$ 17,21
27.1.345	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO		R\$ 3,86
27.1.346	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE		R\$ 2,21
27.1.347	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO		R\$ 30,25
27.1.348	DOSAGEM DE ALUMINIO		R\$ 11,00
27.1.349	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS		R\$ 11,00
27.1.350	DOSAGEM DE ANFETAMINAS		R\$ 11,00
27.1.351	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS		R\$ 14,44
27.1.352	DOSAGEM DE BARBITURATOS		R\$ 14,82
27.1.353	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS		R\$ 7,20



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97

27.1.354	DOSAGEM DE CADMIO		R\$ 19,28
27.1.355	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA		R\$ 34,52
27.1.356	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA		R\$ 9,71
27.1.357	DOSAGEM DE CHUMBO		R\$ 64,47
27.1.358	DOSAGEM DE CICLOSPORINA		R\$ 3,86
27.1.359	DOSAGEM DE COBRE		R\$ 9,86
27.1.360	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)		R\$ 17,21
27.1.361	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA		R\$ 38,74
27.1.362	DOSAGEM DE FENITOINA		R\$ 32,25
27.1.363	DOSAGEM DE FENOL		R\$ 3,86
27.1.364	DOSAGEM DE FORMALDEIDO		R\$ 2,47
27.1.365	DOSAGEM DE LITIO		R\$ 5,24
27.1.366	DOSAGEM DE MERCURIO		R\$ 4,52
27.1.367	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA		R\$ 11,00
27.1.368	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA		R\$ 11,00
27.1.369	DOSAGEM DE METOTREXATO		R\$ 11,00
27.1.370	DOSAGEM DE QUINIDINA		R\$ 2,21
27.1.371	DOSAGEM DE SALICILATOS		R\$ 3,86
27.1.372	DOSAGEM DE SULFATOS		R\$ 17,21
27.1.373	DOSAGEM DE TEOFILINA		R\$ 4,04
27.1.374	DOSAGEM DE TIOCIANATO		R\$ 17,21
27.1.375	DOSAGEM DE ZINCO		R\$ 21,47
27.1.376	ANTIBIOGRAMA		R\$ 14,66
27.1.377	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA		R\$ 14,66
27.1.378	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS		R\$ 4,62
27.1.379	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNOSTICA)		R\$ 4,62
27.1.380	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)		R\$ 4,62
27.1.381	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)		R\$ 3,08
27.1.382	BACTEROSCOPIA (GRAM)		R\$ 6,18
27.1.383	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO		R\$ 4,76
27.1.384	CULTURA DO LEITE MATERNO (POS-PASTEURIZACAO)		R\$ 4,76
27.1.385	CULTURA P/ HERPESVIRUS		R\$ 6,19
27.1.386	CULTURA PARA BAAR		R\$ 11,27
27.1.387	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS		R\$ 4,60
27.1.388	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS		R\$ 3,08
27.1.389	EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)		R\$ 12,63
27.1.390	HEMOCULTURA		R\$ 6,19
27.1.391	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS		R\$ 4,76
27.1.392	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI		R\$ 3,08
27.1.393	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO		R\$ 4,76
27.1.394	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A		R\$ 3,08
27.1.395	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY		R\$ 4,76
27.1.396	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI		R\$ 3,08
27.1.397	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS		R\$ 5,54
27.1.398	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM		R\$ 2,07
27.1.399	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES		R\$ 6,36
27.1.400	ADENOGRAMA		R\$ 4,76
27.1.401	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA		R\$ 4,76
27.1.402	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS		R\$ 1,96
27.1.403	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR		R\$ 1,96
27.1.404	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR		R\$ 7,21
27.1.405	DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO		R\$ 2,21
27.1.406	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO		R\$ 2,21



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97

27.1.407	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA		R\$ 2,21
27.1.408	DOSAGEM DE FRUTOSE		R\$ 2,21
27.1.409	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA		R\$ 1,96
27.1.410	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES		R\$ 1,96
27.1.411	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES		R\$ 7,21
27.1.412	ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR		R\$ 7,21
27.1.413	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO		R\$ 6,36
27.1.414	ESPLENOGRAMA		R\$ 2,07
27.1.415	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS		R\$ 6,36
27.1.416	MIELOGRAMA		R\$ 10,67
27.1.417	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)		R\$ 2,21
27.1.418	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA NO ESPERMA		R\$ 1,96
27.1.419	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR		R\$ 1,96
27.1.420	PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS		R\$ 1,96
27.1.421	PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA		R\$ 5,28
27.1.422	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)		R\$ 2,07
27.1.423	PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES		R\$ 10,67
27.1.424	PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)		R\$ 2,07
27.1.425	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)		R\$ 2,07
27.1.426	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE		R\$ 2,07
27.1.427	REACAO DE PANDY		R\$ 2,07
27.1.428	REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES		R\$ 2,07
27.1.429	TESTE DE CLEMENTS		R\$ 5,15
27.1.430	TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS		R\$ 5,15
27.1.431	TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO		R\$ 35,72
27.1.432	DETERMINACAO DE CARIOTIPO/ CULTURA DE LONGA DURACAO (BANDAS)		R\$ 35,72
27.1.433	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS)		R\$ 35,72
27.1.434	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)		R\$ 9,68
27.1.435	DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)		R\$ 72,60
27.1.436	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)		R\$ 72,60
27.1.437	DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)		R\$ 6,05
27.1.438	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICA TARDIO)		R\$ 13,31
27.1.439	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4		R\$ 22,99
27.1.440	DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECCAO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA		R\$ 6,05
27.1.441	DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA		R\$ 14,52
27.1.442	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICA TARDIO)		R\$ 11,71
27.1.443	DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS		R\$ 1,50
27.1.444	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO		R\$ 11,71
27.1.445	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR		R\$ 11,71
27.1.446	IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS		R\$ 6,36
27.1.447	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES P/ METODO DA ELUICAO		R\$ 6,36
27.1.448	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC		R\$ 6,36
27.1.449	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO		R\$ 1,50
27.1.450	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)		R\$ 3,00
27.1.451	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)		R\$ 6,36
27.1.452	TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B		R\$ 7,30



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97

27.1.453	EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA		R\$ 11,71
27.1.454	EXAME CITOPATOLOGICO HORMONAL SERIADO (MINIMO 3 COLETAS)		R\$ 11,71
27.1.455	EXAME DE CITOLOGIA ONCOTICA (EXCETO CERVICO-VAGINAL)		R\$ 17,56
27.1.456	EXAME CITOPATOLOGICO DE MAMA		R\$ 55,00
27.1.457	DETERMINACAO DE RECEPTORES TUMORAIS HORMONAIS		R\$ 47,53
27.1.458	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO - PECA CIRURGICA		R\$ 26,40
27.1.459	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO P/ CONGELAMENTO / PARAFINA (EXCETO COLO UTERINO) - PECA CIRURGICA		R\$ 92,00
27.1.460	IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)		R\$ 26,40
27.1.461	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - BIOPSIA		R\$ 47,53
27.1.462	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - PECA CIRURGICA		R\$ 26,40
27.1.463	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO – BIOPSIA		R\$ 26,40
27.1.464	TESTE DE URÉASE		R\$ 10,00
27.1.465	SWAB ANAL PARA PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS EM GESTANTES VAGINAL/ANAL		R\$ 40,00
28.0	PEDIATRIA		
28.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
29.0	PNEUMOLOGIA		
29.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
29.1	EXAMES REALIZADOS		
29.1.1	ESPIROMETRIA		R\$ 90,00
20.1.2	BRONCOSCOPIA		R\$ 250,00
30.0	PNEUMOPEDIATRIA		
30.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
31.0	PROCTOLOGIA		
31.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
32.0	PSIQUIATRIA		
32.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
33.0	RADIOLOGIA E DIAGNOSTICO POR IMAGEM		
33.1	RAIO – X - COM LAUDOS		
33.1.1	DACRIOCISTOGRAFIA		R\$ 40,00
33.1.2	PLANIGRAFIA DE LARINGE		R\$ 40,00
33.1.3	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)		R\$ 40,00
33.1.4	RADIOGRAFIA DE ARCADEA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS)		R\$ 40,00
33.1.5	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL		R\$ 40,00
33.1.6	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)		R\$ 40,00
33.1.7	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIGUA / BRETTON + HIRTZ)		R\$ 40,00
33.1.8	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)		R\$ 40,00
33.1.9	RADIOGRAFIA DE LARINGE		R\$ 40,00
33.1.10	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)		R\$ 40,00
33.1.11	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)		R\$ 40,00
33.1.12	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)		R\$ 30,00
33.1.13	RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (E CORPO ESTRANHO)		R\$ 40,00
33.1.14	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL)		R\$ 30,00
33.1.15	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)		R\$ 30,00
33.1.16	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON)		R\$ 40,00
33.1.17	MIELOGRAFIA		R\$ 40,00
33.1.18	PLANIGRAFIA DE COLUNA VERTEBRAL		R\$ 40,00
33.1.19	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + OBLIQUAS)		R\$ 30,00
33.1.20	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)		R\$ 30,00
33.1.21	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA		R\$ 40,00
33.1.22	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA		R\$ 40,00
33.1.23	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS e SEL)		R\$ 40,00
33.1.24	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA		R\$ 40,00



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97

33.1.25	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)		R\$ 40,00
33.1.26	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA		R\$ 40,00
33.1.27	SIALOGRAFIA (POR GLANDULA)		R\$ 40,00
33.1.28	RADIOGRAFIA DE CORACAO VASOS DA BASE (PA / LATERAL+ OBLIQUA)		R\$ 40,00
33.1.29	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL)		R\$ 40,00
33.1.30	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)		R\$ 40,00
33.1.31	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO		R\$ 40,00
33.1.32	RADIOGRAFIA DE ESTERNO		R\$ 30,00
33.1.33	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)		R\$ 40,00
33.1.34	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA)		R\$ 30,00
33.1.35	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRACAO + EXPIRACAO + LATERAL)		R\$ 30,00
33.1.36	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)		R\$ 30,00
33.1.37	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)		R\$ 30,00
33.1.38	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)		R\$ 30,00
33.1.39	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO		R\$ 30,00
33.1.40	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR		R\$ 30,00
33.1.41	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL		R\$ 30,00
33.1.42	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR		R\$ 30,00
33.1.43	RADIOGRAFIA DE BRACO		R\$ 30,00
33.1.44	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA		R\$ 30,00
33.1.45	RADIOGRAFIA DE COTOVELO		R\$ 40,00
33.1.46	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO		R\$ 40,00
33.1.47	RADIOGRAFIA DE MAO		R\$ 40,00
33.1.48	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)		R\$ 40,00
33.1.49	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES)		R\$ 40,00
33.1.50	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)		R\$ 40,00
33.1.51	CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE		R\$ 40,00
33.1.52	COLANGIOGRAFIA PER-OPERATORIA		R\$ 40,00
33.1.53	COLANGIOGRAFIA POS-OPERATORIA		R\$ 40,00
33.1.54	DUODENOGRAMA HIPOTONICA		R\$ 40,00
33.1.55	FISTULOGRAFIA		R\$ 40,00
33.1.56	HISTEROSSALPINGOGRAFIA		R\$ 40,00
33.1.57	PIELOGRAFIA ANTEROGRADA PERCUTANEA		R\$ 40,00
33.1.58	PIELOGRAFIA ASCENDENTE		R\$ 40,00
33.1.59	PLANIGRAFIA DE RIM S/ CONTRASTE		R\$ 40,00
33.1.60	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)		R\$ 30,00
33.1.61	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)		R\$ 70,00
33.1.62	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)		R\$ 30,00
33.1.63	RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO		R\$ 40,00
33.1.64	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO)		R\$ 40,00
33.1.65	RADIOGRAFIA P/ ESTUDO DELGADO C/ DUPLO CONTRASTE (ENTEROCLISE)		R\$ 30,00
33.1.66	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL		R\$ 30,00
33.1.67	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA		R\$ 40,00
33.1.68	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA		R\$ 40,00
33.1.69	RADIOGRAFIA DE BACIA		R\$ 30,00
33.1.70	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO		R\$ 30,00
33.1.71	RADIOGRAFIA DE COXA		R\$ 40,00
33.1.72	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)		R\$ 30,00
33.1.73	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)		R\$ 40,00
33.1.74	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)		R\$ 40,00
33.1.75	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE		R\$ 30,00
33.1.76	RADIOGRAFIA DE PERNA		R\$ 30,00
33.1.77	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES		R\$ 40,00



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97

33-1	ULTRASSONOGRAFIA - GRUPO I		
33.1	EXAMES ULTRASSONOGRÁFICOS	CIS	CLÍNICAS
33.1.1	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO COLORIDO E PULSADO	R\$ 130,00	R\$ 130,00
33.1.2	ULTRA-SONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL/RASTREAMENTO DE TESTÍCULOS	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.3	ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 100,00	R\$ 100,00
33.1.4	ULTRA-SONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL FEMININA	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.5	ULTRASSONOGRAFIA DA BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER - COLORIDO	R\$ 130,00	R\$ 130,00
33.1.6	ULTRASSONOGRAFIA DO ABDÔMEN TOTAL COM DOPPLER - COLORIDO	R\$ 130,00	R\$ 130,00
33.1.7	ULTRASSONOGRAFIA DA TIREÓIDE COM DOPPLER - COLORIDO	R\$ 130,00	R\$ 130,00
33.1.8	ULTRASSONOGRAFIA DAS GLÂNDULAS SALIVARES E SUBMANDIBULARES	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.9	ULTRASSONOGRAFIA DA REGIÃO INGUINAL	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.10	ULTRASSONOGRAFIA PENIANA	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.11	ULTRASSONOGRAFIA DO RETROPERITÔNIO	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.12	ULTRASSONOGRAFIA DE PARTES MOLES E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.13	ULTRASSONOGRAFIA DAS SUPRARRENAIS	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.14	ULTRASSONOGRAFIA DAS LOJAS RENAIAS	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.15	ULTRASSONOGRAFIA DO HIPOCÔNDRIO DIREITO	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.16	ULTRASSONOGRAFIA DA ARTICULAÇÃO COXOFEMORAL (QUADRIL)	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.17	ULTRA-SONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL MASCULINA	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.18	ULTRA-SONOGRAFIA DE TIREOIDE (PESCOÇO, CERVICAL, PAROTIDA)	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.19	ULTRA-SONOGRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.20	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTÉTRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO (MORFOLOGICO)	R\$ 130,00	R\$ 130,00
33.1.21	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSFONTANELA (HIPOCONDRIOS)	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.1.22	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (DOPPLER RENAL, VASCULAR VENOSO, CARÓTIDAS E VERTEBRAS, COLORIDO 3 OU MAIS)	R\$ 130,00	R\$ 130,00
33.1.23	ULTRA-SONOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES (ANTEBRAÇO, COXA, BRAÇO, JOELHO, TORNOZELO, OMBRO, PUNHO, PANTURRILHA)	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.2.	ULTRASSONOGRAFIA - GRUPO 2		
33.2.	EXAMES ULTRASSONOGRÁFICOS		
33.2.1	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (AVALIAÇÃO DE FÍGADO, PÂNCREAS, VESÍCULA BILIAR, VIAS BILIARES, BAÇO, RINS, RETROPERITÔNIO E BEXIGA)	R\$ 80,00	R\$ 80,00
33.2.2	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN INFERIOR (SUPRAPUBICA)	R\$ 80,00	R\$ 80,00
33.2.3	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO (RINS E BEXIGA)	R\$ 80,00	R\$ 80,00
33.2.4	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (FIGADO, VESICULA, VIAS BILIARES, REGIÃO INGUINAL, ÓRGÃOS E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS)	R\$ 60,00	R\$ 60,00
33.2.5	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL)	R\$ 60,00	R\$ 60,00
33.2.6	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA	R\$ 70,00	R\$ 70,00
33.2.7	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)	R\$ 60,00	R\$ 60,00
33.2.8	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	R\$ 70,00	R\$ 70,00
33.3	ULTRASSONOGRAFIA - GRUPO 3		
33.3	EXAMES ULTRASSONOGRÁFICOS REALIZADOS		
33.3.1	ULTRASSONOGRAFIA TIREÓIDE	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.2	ULTRASSONOGRAFIA OMBRO	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.3	ULTRASSONOGRAFIA MÃO	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.4	ULTRASSONOGRAFIA GLOBO OCULAR BILATERAL	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.5	ULTRASSONOGRAFIA GLOBO OCULAR COM DOPPLER COLORIDO	R\$ 130,00	R\$ 130,00
33.3.6	ULTRASSONOGRAFIA GLÂNDULAS SALIVARES (TODAS)	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.7	ULTRASSONOGRAFIA DE MAMAS	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.8	ULTRASSONOGRAFIA DERMATOLÓGICA – (PELE E SUBCUTÂNEO)	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.9	ULTRASSONOGRAFIA PESCOÇO	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.10	ULTRASSONOGRAFIA PARATIREÓIDE	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.11	ULTRASSONOGRAFIA ABDOMEM SUPERIOR COM DOPPLER	R\$ 130,00	R\$ 130,00
33.3.12	ULTRASSONOGRAFIA AORTA ABDOMINAL	R\$ 190,00	R\$ 190,00



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97

33.3.13	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER AORTA OU VASOS ILÍACOS	R\$ 190,00	R\$ 190,00
33.3.14	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ILIACAS	R\$ 190,00	R\$ 190,00
33.3.15	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE AORTA ABDOMINAL E VISCERAIS	R\$ 190,00	R\$ 190,00
33.3.16	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE ARTÉRIAS RENAS E AORTA DESCENDENTE	R\$ 190,00	R\$ 190,00
33.3.17	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER PENIANO	R\$ 130,00	R\$ 130,00
33.3.18	ULTRASSONOGRRAFIA ESTRUTURAS/SUPERFICIAIS (CERVICAL OU AXILAR)	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.19	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA 1º TRIMESTRE (ENDOVAGINAL)	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.20	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA 4D	R\$ 210,00	R\$ 210,00
33.3.21	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA 4D HD	R\$ 210,00	R\$ 210,00
33.3.22	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA C/ TRANSLUCENCIA NUCAL	R\$ 85,00	R\$ 85,00
33.3.23	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA COM PERFIL BIOFISICO FETAL	R\$ 150,00	R\$ 150,00
33.3.24	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICO ECOCARDIOGRAMA FETAL	R\$ 200,00	R\$ 200,00
33.3.25	ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICO COM DOPPLER	R\$ 130,00	R\$ 130,00
33.3.26	ULTRASSONOGRRAFIA PROSTATA COM DOPPLER	R\$ 150,00	R\$ 150,00
33.3.27	ULTRASSONOGRRAFIA TRANS-VAGINAL COM DOPPLER	R\$ 130,00	R\$ 130,00
34.0	REUMATOLOGIA		
34.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
35.0	UROLOGIA		
35.1	CONSULTAS	R\$ 50,00	R\$ 50,00
35.1.	PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
35.1.1	CISTOSCOPIA		R\$ 180,00
35.1.2	UROTROCISTOGRAFIA		R\$ 180,00
35.1.3	UROGRAFIA VENOSA		R\$ 120,00
35.1.4	UROFLUXOMETRIA		R\$ 100,00
35.1.4	URODINÂMICA		R\$ 220,00

	REDE MÃE PARANAENSE - COMSUS		
36.0	GESTANTE DE ALTO RISCO E RISCO INTERMEDIÁRIO		
36.1.1	CONSULTA ESPECIALIZADA DE RISCO INTERMEDIÁRIO E ALTO RISCO EM OBSTETRÍCIA – COMSUS	R\$ 60,00	
36.1.2	ATENDIMENTO DE PSICÓLOGO INDIVIDUAL DE RISCO INTERMEDIÁRIO E ALTO RISCO - COMSUS	R\$ 25,00	
36.1.3	ATENDIMENTO DE PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR EM GRUPO (EXCETO MÉDICO)- COMSUS	R\$ 13,00	
36.1.4	CONSULTAS DE PROFISSIONAL DE NIVEL SUPERIOR NA ÁREA DE SAÚDE (EXCETO MÉDICO) - COMSUS	R\$ 25,00	
36.1.5	CONSULTA ESPECIALIZADA DE PEDIATRIA PARA CRIANÇA ATÉ 01 ANO DE VIDA.	R\$ 50,00	
36.1.6	EDUCAÇÃO PERMANENTE, CAPACITAÇÃO REALIZADA POR MÉDICOS ESPECIALISTAS E EQUIPE MULTIPROFISSIONAIS AOS PROFISSIONAIS DO CIS E DA ATENÇÃO PRIMÁRIA – VALOR POR HORA.	R\$ 175,00	

OBS: “OS PROFISSIONAIS CREDENCIADOS NO GRUPO 36.0 REDE MÃE PARANAENSE – COMSUS ESTÃO SUJEITOS A NORMATIVAS E PROTOCOLOS DEFINIDO PELA SESA, ATRAVÉS DO PROGRAMA COMSUS”.

OUTROS SERVIÇOS DISPONIBILIZADOS PELO CIS-IVAIPORÃ

Código CIS	Descrição dos Serviços	VALORES CLÍNICAS
91055	FISIOTERAPIA	
	ATENDIMENTOS EM FISIOTERAPIA POR SESSÃO	R\$ 7,00



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97

07.02.00	PROCEDIMENTOS MÉDICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES EM OFTALMOLIGISTA	
07.02.01	CONSULTA MÉDICA EM HORÁRIOS DIFERENCIADOS/ HOSPITALAR	R\$ 100,00
07.02.02	OFTALMOLOGISTAS ACOMPANHADAS DE EXAMES/PROCEDIMENTOS COMPLEMENTARES, ATENDIDOS EM HORÁRIOS DIFERENCIADOS/ HOSPITALAR.	R\$ 100,00
07.03.00	PROCEDIMENTOS MÉDICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES EM NEFROLOGIA	
07.03.01	URETEROLITOTRIPSIA (VIA ENDOSCOPIA URETEROSCÓPIO RÍGIDO)	R\$ 2.500,00
07.03.02	URETEROLITOTOMIA (CIRURGIA ABERTA)	R\$ 2.500,00
07.03.03	NEFROLITOMIA (CIRURGIA ABERTA)	R\$ 2.500,00
07.03.04	CISTOCÓPIA (VIA ENDOSCOPIA P/ CÁLCULOS VESICAIIS BEXIGA)	R\$ 2.500,00
07.04.00	PROCEDIMENTOS / DIAGNOSTICA SAÚDE DO HOMEM/ MULHER	
07.04.01	PUNÇÃO DE MAMA C/ AGULHA GROSSA / CORE BIOPSY ORIENTADA POR LTRASSONOGRÁFIA+ANATOMOPATOLÓGICO (ÚTERO E MAMA)	R\$ 400,00
07.04.02	COLPOSCOPIA COM ANATOMO	R\$ 300,00
07.04.03	CAF CIRURGIA DE ALTA FREQUÊNCIA (CUTINIZAÇÃO C/ ANATOMO)	R\$ 420,00
07.04.04	BIÓPSIA DE PRÓSTATA GUIADA POR ULTRASSOM (COM ANATOMOPATOLÓGICO)	R\$ 500,00
07.04.05	EXCERSE DE NÓDULO DE MAMA COM ANATOMO	R\$ 500,00
07.04.06	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE AGULHA GROSSA TIREÓIDE (COM CITOLOGIA)	R\$ 500,00
07.04.07	PUNÇÃO DE AGULHA FINA (PAAF) TIREÓIDE (COM CITOLOGIA)	R\$ 500,00
07.04.08	PUNÇÃO ASPIRATIVA COM AGULHA FINA (MAMA, E OUTROS)	R\$ 500,00
07.04.09	CAUTERIZAÇÃO UTERINA	R\$ 300,00
14.01.00	PLANTÃO MÉDICO HOSPITALAR	
14.01.001.1	PLANTÃO MÉDICO HOSPITALR – PRESENCIAL DE 12 HORAS	R\$1.100,00

Código CIS	Descrição dos Serviços	VALORES CIS	VALORES CLÍNICAS	
03.01.01	PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR	VALOR P/ PCTES ESPECIAIS/ SEDAÇÃO	
			VALOR P/ PCTES ESPECIAI C/SEDAÇÃO	
03.01.01.015-3	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	R\$ 11,50	R\$ 17,25	R\$ 23,00
01.01.02.007-4	APLICACAO TOPICA DE FLUOR (INDIVIDUAL POR SESSAO)	R\$ 4,97	R\$ 7,45	R\$ 9,94
01.01.02.005-8	APLICACAO DE CARIOSTATICO (POR DENTE)	R\$ 4,97	R\$ 7,45	R\$ 9,94
01.01.02.006-6	APLICACAO DE SELANTE (POR DENTE)	R\$ 6,46	R\$ 9,69	R\$ 12,93
01.01.02.008-2	EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA	R\$ 6,46	R\$ 9,69	R\$ 12,93
01.01.02.009-0	SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA	R\$ 4,97	R\$ 7,45	R\$ 9,94
03.07.01.001-5	CAPEAMENTO PULPAR	R\$ 17,15	R\$ 25,73	R\$ 34,29
03.07.02.007-0	PULPOTOMIA DENTARIA	R\$ 17,15	R\$ 25,73	R\$ 34,29
03.07.03.002-4	RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIIS (POR SEXTANTE)	R\$ 18,49	R\$ 27,74	R\$ 36,98
03.07.03.001-6	RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIIS (POR SEXTANTE)	R\$ 18,49	R\$ 27,74	R\$ 36,98
03.07.01.002-3	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO	R\$ 6,13	R\$ 9,19	R\$ 12,26
03.07.01.003-1	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR	R\$ 20,00	R\$ 29,99	R\$ 40,00
03.07.01.004-0	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR	R\$ 20,00	R\$ 29,99	R\$ 40,00
04.14.02.012-0	EXODONTIA DE DENTE DECIDUO	R\$ 13,32	R\$ 19,9	R\$ 26,63



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97

04.14.02.013-8	EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE	R\$ 13,32	R\$ 19,98	R\$ 26,63
02.04.01.018-7	RADIOGRAFIA PERI-APICAL INTERPROXIMAL (BITE-WING)	R\$ 3,93	R\$ 5,90	R\$ 7,87
	PROCEDIMENTOS DE PERIODONTIA			
03.07.03.003-2	RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE)	R\$ 20,82	R\$ 31,22	R\$ 41,63
04.14.02.008-1	ENXERTO GENGIVAL	R\$ 18,85	R\$ 28,28	R\$ 37,70
04.14.02.015-4	GENGIVECTOMIA e/ou GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE)	R\$ 39,56	R\$ 59,34	R\$ 79,12
04.14.02.037-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE)	R\$ 24,51	R\$ 36,75	R\$ 49,01
	PROCEDIMENTOS DE ENDODONTIA			
03.07.02.002-9	CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECÂNICO	R\$ 10,03	R\$ 15,04	R\$ 20,06
03.07.02.001-0	ACESSO A POLPA DENTÁRIA E MEDICAÇÃO (POR DENTE)	R\$ 15,00	R\$ 22,49	R\$ 29,99
03.07.02.003-7	OBTURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO	R\$ 32,83	R\$ 49,24	R\$ 65,67
03.07.02.006-1	OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	R\$ 32,97	R\$ 49,45	R\$ 65,94
03.07.02.004-5	OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR	R\$ 42,69	R\$ 64,03	R\$ 85,38
03.07.02.005-3	OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE C/ TRÊS OU MAIS RAÍZES	R\$ 51,96	R\$ 77,94	R\$ 103,91
03.07.02.011-8	SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR	R\$ 2,94	R\$ 4,42	R\$ 5,89
	PROCEDIMENTOS DE CIRURGIA ORAL MENOR			
02.01.01.023-2	BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR	R\$ 27,66	R\$ 41,49	R\$ 55,32
02.01.01.052-6	BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA	R\$ 27,66	R\$ 42,52	R\$ 55,32
02.01.01.034-8	BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE	R\$ 55,45	R\$ 63,77	R\$ 85,03
03.07.01.005-8	TRATAMENTO DE NEURALGIAS FACIAIS	R\$ 18,66	R\$ 28,00	R\$ 37,33
04.14.01.001-9	CONTENCAO DE DENTES POR SPLINTAGEM	R\$ 36,94	R\$ 55,41	R\$ 73,88
04.04.02.048-8	OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVEOLODENTÁRIAS	R\$ 59,80	R\$ 89,70	R\$ 119,60
04.04.02.057-7	REDUÇÃO DE FRATURA ALVÉOLO-DENTÁRIA S/ OSTEOSÍNTESE	R\$ 141,53	R\$ 212,29	R\$ 282,98
04.04.02.061-5	REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TÊMPOROMANDIBULAR	R\$ 37,96	R\$ 56,94	R\$ 75,92
	PROCEDIMENTOS DE PRÓTESE DENTÁRIA			
03.07.04.007-0	MOLDAGEM DENTO-GENGIVAL PARA CONSTRUÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA	R\$ 46,00	R\$ 69,00	R\$ 92,00
03.07.04.008-9	REEMBASAMENTO E CONSERTO DE PRÓTESE DENTÁRIA	R\$ 10,25	R\$ 15,38	R\$ 20,49
07.01.07.009-9	PRÓTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVIVEL	R\$ 150,00	R\$ 150,00	R\$ 150,00
07.01.07.010-2	PRÓTESE PARCIAL MAXILAR REMOVIVEL	R\$ 150,00	R\$ 150,00	R\$ 150,00
07.01.07.012-9	PRÓTESE TOTAL MANDIBULAR	R\$ 150,00	R\$ 150,00	R\$ 150,00
07.01.07.013-7	PRÓTESE TOTAL MAXILAR	R\$ 150,00	R\$150,00	R\$ 150,00

Ivaiporã/PR, em 12 de dezembro de 2018.



CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ivaiporã
CNPJ 02.586.019/0001-97

Natasha Mayara Vieira
Presidente da Comissão de Licitação