



CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO EXPANDIDA SUL
CIM EXPANDIDA SUL-ES

Alfredo Chaves, Anchieta, Guarapari, Iconha, Itapemirim, Marataízes, Piúma e Rio Novo do Sul.

TABELA DE VALORES DE PROCEDIMENTOS

ÚLTIMA ATUALIZAÇÃO EM REUNIÕES ORDINÁRIA DA ASSEMBLEIA DO CIM EXPANDIDA EM
11/04/2024
VIGENTE A PARTIR DE **24/04/2024**

ITEM	PROCEDIMENTO	VALOR
1	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM:	
1.1	ALERGISTA	R\$ 48,40
1.2	ANGIOLOGISTA	R\$ 42,35
1.3	CARDIOLOGISTA	R\$ 42,35
1.4	CIRURGIA GERAL	R\$ 26,62
1.5	CLINICA MÉDICA	R\$ 24,20
1.6	DERMATOLOGISTA	R\$ 42,35
1.7	ENDOCRINOLOGISTA	R\$ 48,40
1.8	GASTROENTEROLOGISTA	R\$ 42,35
1.9	GERIATRIA	R\$ 36,30
1.10	GINECOLOGISTA	R\$ 42,00
1.11	INFECTOLOGISTA	R\$ 44,00
1.12	MASTOLOGISTA	R\$ 36,30
1.13	MEDICINA DO TRABALHO	R\$ 18,15
1.14	NEFROLOGISTA	R\$ 18,15
1.15	NEUROLOGISTA ADULTO	R\$ 66,00
1.16	NEURO PEDIATRA	R\$ 100,00
1.17	NEUROCIRURGIÃO	R\$ 36,30
1.18	OBSTETRÍCIA	R\$ 42,00
1.19	OFTALMOLOGISTA (COMPLETA, PÓS E PRÉ- CIRÚRGICA)	R\$ 48,40
1.20	ONCOLOGISTA	R\$ 46,00
1.21	ORTOPEDISTA	R\$ 42,35
1.22	OSTEOPATIA (CONSULTA + EXAME CLÍNICO + MANIPULAÇÃO)	R\$ 18,15
1.23	OTORRINOLARINGOLOGISTA	R\$ 42,35
1.24	PEDIATRIA	R\$ 42,35
1.25	PNEUMOLOGISTA	R\$ 48,40
1.26	PROCTOLOGISTA	R\$ 42,35
1.27	PSICANÁLISE	R\$ 18,15
1.28	PSIQUIÁTRA ADULTO	R\$ 66,00
1.29	PSIQUIÁTRA PEDIÁTRICO	R\$ 66,00
1.30	REUMATOLOGISTA	R\$ 42,35
1.31	SERVIÇO/ATIVIDADE REALIZADA POR MÉDICO ESPECIALISTA 01 HORA	R\$ 120,00
1.32	UROLOGISTA	R\$ 42,35
1.33	VISITA DOMICILIAR DE MÉDICO ESPECIALISTA	R\$ 80,00



CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO EXPANDIDA SUL
CIM EXPANDIDA SUL-ES

Alfredo Chaves, Anchieta, Guarapari, Iconha, Itapemirim, Marataízes, Piúma e Rio Novo do Sul.

1.34	VISITA DOMICILIAR DE MÉDICO GENERALISTA	R\$ 50,00
2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR MEIO DE TELEMEDICINA EM:	VALOR
2.1	ORTOPEDIA	R\$ 42,35
3	CONSULTA MÉDICA C/ PÓS-GRADUAÇÃO EM:	VALOR
3.1	CONS. MÉDICA C/ PÓS- GRADUAÇÃO EM ALERGIA	R\$ 48,40
3.2	CONS. MÉDICA C/ PÓS- GRADUAÇÃO EM ANGIOLOGIA	R\$ 42,35
3.3	CONS. MÉDICA C/ PÓS- GRADUAÇÃO EM CARDIOLOGIA	R\$ 42,35
3.4	CONS. MÉDICA C/ PÓS- GRADUAÇÃO EM CIRURGIA GERAL	R\$ 26,62
3.5	CONS. MÉDICA C/ PÓS- GRADUAÇÃO EM CLÍNICA MÉDICA	R\$ 24,20
3.6	CONS. MÉDICA C/ PÓS- GRADUAÇÃO EM DERMATOLOGIA	R\$ 42,35
3.7	CONS. MÉDICA C/ PÓS- GRADUAÇÃO EM ENDOCRINOLOGIA	R\$ 48,40
3.8	CONS. MÉDICA C/ PÓS- GRADUAÇÃO EM GASTROENTEROLOGIA	R\$ 42,35
3.9	CONS. MÉDICA C/ PÓS- GRADUAÇÃO EM GINECOLOGIA	R\$ 42,00
3.10	CONS. MÉDICA C/ PÓS- GRADUAÇÃO EM GERIATRIA	R\$ 36,30
3.11	CONS. MÉDICA C/ PÓS- GRADUAÇÃO EM INFECTOLOGIA	R\$ 44,00
3.12	CONS. MÉDICA C/ PÓS- GRADUAÇÃO EM MASTOLOGIA	R\$ 36,30
3.13	CONS. MÉDICA C/ PÓS- GRADUAÇÃO EM MEDICINA DO TRABALHO	R\$ 18,15
3.14	CONS. MÉDICA C/ PÓS- GRADUAÇÃO EM NEFROLOGIA	R\$ 18,15
3.15	CONS. MÉDICA C/ PÓS- GRADUAÇÃO EM NEUROLOGIA ADULTA	R\$ 66,00
3.16	CONS. MÉDICA C/ PÓS- GRADUAÇÃO EM NEUROLOGIA PEDIATRICA	R\$ 100,00
3.17	CONS. MÉDICA C/ PÓS- GRADUAÇÃO EM NEUROCIRURGIA	R\$ 36,30
3.18	CONS. MÉDICA C/ PÓS- GRADUAÇÃO EM OBSTETRICIA	R\$ 42,00
3.19	CONS. MÉDICA C/ PÓS-GRADUAÇÃO EM OFTALMOLOGIA COMPLETA, PÓS E PRÉ- CIRÚRGICA.	R\$ 48,40
3.20	CONS. MÉDICA C/ PÓS- GRADUAÇÃO EM ONCOLOGIA	R\$ 48,40
3.21	CONS. MÉDICA C/ PÓS- GRADUAÇÃO EM ORTOPEDIA	R\$ 46,00
3.22	CONS. MÉDICA C/ PÓS- GRADUAÇÃO EM OSTEOPATIA (CONSULTA + EXAME CLÍNICO + MANIPULAÇÃO	R\$ 18,15
3.23	CONS. MÉDICA C/ PÓS- GRADUAÇÃO EM OTORINOLARINGOLOGIA	R\$ 42,35
3.24	CONS. MÉDICA C/ PÓS- GRADUAÇÃO EM PEDIATRIA	R\$ 42,35
3.25	CONS. MÉDICA C/ PÓS- GRADUAÇÃO EM PNEUMOLOGIA	R\$ 48,40
3.26	CONS. MÉDICA C/ PÓS- GRADUAÇÃO EM PROCTOLOGIA	R\$ 42,35
3.27	CONS. MÉDICA C/ PÓS- GRADUAÇÃO EM PSICANÁLISE	R\$ 18,15
3.28	CONS. MÉDICA C/ PÓS- GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA ADULTO	R\$ 66,00
3.29	CONS. MÉDICA C/ PÓS- GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA PEDIATRICA	R\$ 66,00
3.30	CONS. MÉDICA C/ PÓS- GRADUAÇÃO EM REUMATOLOGIA	R\$ 42,35
3.31	CONS. MÉDICA C/ PÓS- GRADUAÇÃO EM UROLOGIA	R\$ 42,35
4	DIAGNÓSTICO POR BIOPSIA	VALOR
4.1	BIOPSIA DE NÓDULO MAMÁRIO S/ ULTRASSONOGRRAFIA	R\$ 132,00
4.2	BIOPSIA DE NÓDULO TIREOIDIANO	R\$ 120,00
5	DIAGNÓSTICO POR CINTILOGRAFIA	VALOR
5.1	CINTILOGRAFIA CEREBRAL C/ FLUXO	R\$ 297,00
5.2	CINTILOGRAFIA COM GÁLIO	R\$ 693,00
5.3	CINTILOGRAFIA DE MAMA BILATERAL	R\$ 561,00
5.4	CINTILOGRAFIA DE PARATIREÓIDE	R\$ 462,00
5.5	CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE	R\$ 167,20
5.6	CINTILOGRAFIA DO FÍGADO E VIAS BILIARES	R\$ 319,00



CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO EXPANDIDA SUL
CIM EXPANDIDA SUL-ES

Alfredo Chaves, Anchieta, Guarapari, Iconha, Itapemirim, Marataízes, Piúma e Rio Novo do Sul.

5.7	CINTILOGRAFIA FÍGADO E BAÇO	R\$ 247,50
5.8	CINTILOGRAFIA MIOCÁRDICA REPOUSO/ESFORÇO (SPECT)	R\$ 935,00
5.9	CINTILOGRAFIA ÓSSEA	R\$ 286,00
5.10	CINTILOGRAFIA P/ TESTE DO HELICOBACTERPYLORI COM C14	R\$ 286,00
5.11	CINTILOGRAFIA PULMONAR (INALAÇÃO)	R\$ 253,00
5.12	CINTILOGRAFIA PULMONAR (PERFUSÃO)	R\$ 253,00
5.13	CINTILOGRAFIA RENAL ESTÁTICA (DMSA)	R\$ 253,00
5.14	CINTILOGRAFIA TESTICULAR	R\$ 231,00
5.15	CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA	R\$ 220,00
5.16	CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA	R\$ 198,00
5.17	CINTILOGRAFIA RENAL DINÂMICO (DPTA)	R\$ 220,00
5.18	CINTILOGRAFIA DE ESVAZIAMENTO ESOFÁGICO	R\$ 269,50
5.19	CINTILOGRAFIA DE ESVAZIAMENTO GÁSTRICO	R\$ 269,50
5.20	CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL	R\$ 781,00
5.21	CINTILOGRAFIA DE PESQUISA DE METÁSTASE DO CORPO TOTAL	R\$ 352,00
5.22	CINTILOGRAFIA REFLUXO GASTRESOFÁGICO	R\$ 269,50
6	DIAGNÓSTICO EM NEUROLOGIA:	VALOR
6.1	ELETRONEUROMIOGRAFIA FACE	R\$ 275,00
6.2	ELETRONEUROMIOGRAFIA MEMBROS INFERIORES	R\$ 385,00
6.3	ELETRONEUROMIOGRAFIA MEMBROS SUPERIORES	R\$ 385,00
6.4	ELETRONEUROMIOGRAFIA PERÍNEO	R\$ 401,72
6.5	ELETRONEUROMIOGRAFIA 04 MEMBROS	R\$ 693,00
6.6	ELETROENCEFALOGRAMA (ADULTO)	R\$ 66,00
6.7	ELETROENCEFALOGRAMA (PEDIÁTRICO)	R\$ 88,00
6.8	ELETROENCEFALOGRAMA + MAPEAMENTO CEREBRAL	R\$ 120,00
6.9	POLISSONOGRAMA (PSG COM EEG AMPLIADO)	R\$ 605,00
6.10	POLISSONOGRAMA (PSG PARA TITULAÇÃO DE PRESSÃO POSITIVA E TESTE DE MÚLTIPLAS LATÊNCIAS DO SONO)	R\$ 550,00
7	DIAGNÓSTICO EM OFTALMOLOGIA	VALOR
7.1	ANGIOGRAFIA BILATERAL	R\$ 165,00
7.2	CAMPO VISUAL	R\$ 60,00
7.3	CATARATA UNILATERAL	R\$ 990,00
7.4	CURVA TENSIONAL DIÁRIA /PAQUIMETRIA (POR OLHO)	R\$ 60,00
7.5	ECOBIMETRIA (POR OLHO)	R\$ 44,00
7.6	ECOGRAFIA DE OLHO (POR OLHO)	R\$ 45,25
7.7	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER (POR SESSÃO) MONOCULAR	R\$ 165,00
7.8	GONIOSCOPIA / MAPEAMENTO DE RETINA (POR OLHO)	R\$ 42,48
7.9	MICROSCOPIA ESPECULAR	R\$ 44,00
7.10	PAM BILATERAL	R\$ 22,00
7.11	PTERÍGIO COM ALTO TRANSPLANTE	R\$ 660,00
7.12	RETINOGRAFIA COLORIDA (POR OLHO) MONOCULAR	R\$ 34,85
7.13	TESTE DO OLHINHO	R\$ 50,00
7.14	TESTE PROVOCATIVO DE GLAUCOMA	R\$ 24,20
7.15	TOMOGRAMA DE COERÊNCIA OPTICA (OCT)	R\$ 224,44
7.16	TOPOGRAFIA BILATERAL	R\$ 44,00
7.17	ULTRASSONOGRAMA BIOMICROSCÓPICA MONOCULAR	R\$ 55,00
7.18	ULTRASSONOGRAMA DIAGNÓSTICA MONOCULAR	R\$ 55,00
7.19	YAG LASER (POR OLHO)	R\$ 172,50



CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO EXPANDIDA SUL
CIM EXPANDIDA SUL-ES

Alfredo Chaves, Anchieta, Guarapari, Iconha, Itapemirim, Marataízes, Piúma e Rio Novo do Sul.

8	DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA	VALOR
8.1	LAUDO PARA RAIOS-X	R\$ 8,25
8.2	RADIOGRAFIA DA ARTICULAÇÃO ESCÂMPULO-UMERAL	R\$ 20,93
8.3	RADIOGRAFIA DA BACIA	R\$ 22,68
8.4	RADIOGRAFIA DA CLAVÍCULA	R\$ 21,33
8.5	RADIOGRAFIA DA COLUNA LOMBO-SACRA (3 INCIDÊNCIAS)	R\$ 28,81
8.6	RADIOGRAFIA DA COLUNA CERVICAL: (AP-LAT-TO OBLIQUAS) OU (FUNCIONAL OU DINÂMICA) – 5 INCIDÊNCIAS	R\$ 24,25
8.7	RADIOGRAFIA DA COLUNA CERVICAL: AP-LAT-TO OU FLEXÃO - 3 INCIDÊNCIAS	R\$ 23,23
8.8	RADIOGRAFIA DA COLUNA DORSAL: AP-LATERAL	R\$ 28,54
8.9	RADIOGRAFIA DA COLUNA LOMBO-SACRA (COM OBLIQUAS E COM SELETIVAS PARA L5/S1) E (FUNCIONAL OU DINÂMICA) (5 INCIDÊNCIAS)	R\$ 28,85
8.10	RADIOGRAFIA DA COXA	R\$ 22,36
8.11	RADIOGRAFIA DA FACE (FN-MN-LAT-HIRTZ)	R\$ 21,13
8.12	RADIOGRAFIA DA MÃO OU QUIRODÁCTILO	R\$ 20,49
8.13	RADIOGRAFIA DA PERNA	R\$ 19,64
8.14	RADIOGRAFIA DE ESCANOMETRIA	R\$ 21,73
8.15	RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO PARA IDADE ÓSSEA	R\$ 16,50
8.16	RADIOGRAFIA DO BRAÇO	R\$ 25,00
8.17	RADIOGRAFIA DO ANTEBRAÇO	R\$ 18,59
8.18	RADIOGRAFIA DO ABDÔMEN (AP-LAT OU LOCALIZADA) OU (AGUDO)	R\$ 27,63
8.19	RADIOGRAFIA DO ABDÔMEN SIMPLES - AP	R\$ 24,71
8.20	RADIOGRAFIA DO CALCÂNEO	R\$ 20,04
8.21	RADIOGRAFIA DO CAVUM	R\$ 20,13
8.22	RADIOGRAFIA DO COTOVELO	R\$ 19,85
8.23	RADIOGRAFIA DO CRÂNIO (PA-LAT)	R\$ 21,33
8.24	RADIOGRAFIA DO CRÂNIO (PA-LAT-OBL OU BRETTON-HIRTZ)	R\$ 27,15
8.25	RADIOGRAFIA DO FÊMUR	R\$ 22,01
8.26	RADIOGRAFIA DO JOELHO: AP - LATERAL	R\$ 20,86
8.27	RADIOGRAFIA DO JOELHO OU ROTULA: AP –LAT - AXIAL	R\$ 21,49
8.28	RADIOGRAFIA DO OMBRO	R\$ 21,85
8.29	RADIOGRAFIA DO PÉ OU PODODÁCTILO	R\$ 20,78
8.30	RADIOGRAFIA DO PUNHO: AP-LAT-OBLIQUAS	R\$ 20,46
8.31	RADIOGRAFIA DO TÓRAX: PA - LAT	R\$ 21,12
8.32	RADIOGRAFIA DO TÓRAX: APICO-LORDOTICA	R\$ 17,95
8.33	RADIOGRAFIA DO TÓRAX: (PA (INS E EXP) – LAT)	R\$ 24,20
8.34	RADIOGRAFIA DO TÓRAX: (PA - LAT – OBLICAS)	R\$ 28,71
8.35	RADIOGRAFIA DO TORNOZELO	R\$ 23,67
8.36	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	R\$ 77,00
8.37	DENSITOMETRIA ÓSSEA	R\$ 64,37
8.38	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	R\$ 44,00
8.39	MAMOGRAFIA DIGITAL BILATERAL	R\$ 75,25
9	DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	VALOR
9.1	ANGIORESSONÂNCIA	R\$ 440,00
9.2	RESSONÂNCIA C/ CONTRASTE	R\$ 440,00
9.3	RESSONÂNCIA C/ SEDAÇÃO (REALIZADA EM HOSPITAL)	R\$ 1.200,00



CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO EXPANDIDA SUL
CIM EXPANDIDA SUL-ES

Alfredo Chaves, Anchieta, Guarapari, Iconha, Itapemirim, Marataízes, Piúma e Rio Novo do Sul.

9.4	RESSONÂNCIA S/ CONTRASTE	R\$ 385,00
9.5	SEDAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES DE RESSONÂNCIA (ADULTO E INFANTIL)	R\$ 350,00
10	DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA	VALOR
10.1	TOMOGRAFIA DA COLUNA CERVICAL	R\$ 170,00
10.2	TOMOGRAFIA DA COLUNA DORSAL	R\$ 170,00
10.3	TOMOGRAFIA DA COLUNA LOMBAR	R\$ 170,00
10.4	TOMOGRAFIA DA COXA	R\$ 170,00
10.5	TOMOGRAFIA DA FARINGE	R\$ 170,00
10.6	TOMOGRAFIA DA MANDÍBULA	R\$ 170,00
10.7	TOMOGRAFIA DA MASTÓIDE OU OUVIDO	R\$ 170,00
10.8	TOMOGRAFIA DA ÓRBITA	R\$ 170,00
10.9	TOMOGRAFIA DA PELVE OU BACIA	R\$ 170,00
10.10	TOMOGRAFIA DA PUNÇÃO ASPIRATIVA	R\$ 170,00
10.11	TOMOGRAFIA DA SELA TÚRCICA	R\$ 170,00
10.12	TOMOGRAFIA DA TOMEMIELOGRAFIA ATÉ TRÊS SEGMENTOS	R\$ 170,00
10.13	TOMOGRAFIA DAS EXTREMIDADES	R\$ 170,00
10.14	TOMOGRAFIA DAS PERNAS	R\$ 170,00
10.15	TOMOGRAFIA DO ABDÔMEN SUPERIOR	R\$ 170,00
10.16	TOMOGRAFIA DO ABDÔMEN TOTAL	R\$ 170,00
10.17	TOMOGRAFIA DO CRÂNIO	R\$ 170,00
10.18	TOMOGRAFIA DO PESCOÇO	R\$ 170,00
10.19	TOMOGRAFIA DO TÓRAX	R\$ 170,00
10.20	TOMOGRAFIA DOS SEGMENTOS APENDICULARES	R\$ 170,00
10.21	TOMOGRAFIA DOS SEIOS DA FACE	R\$ 170,00
10.22	TOMOGRAFIA (DIVERSO)	R\$ 170,00
10.23	TC ANGIOTOMOGRAFIA TORÁCICA	R\$ 554,40
10.24	TC ANGIOTOMOGRAFIA CRÂNIO	R\$ 445,50
10.25	TC ANGIOTOMOGRAFIA PELVE	R\$ 440,00
10.26	TC ANGIOTOMOGRAFIA ABDÔMEN SUPERIOR	R\$ 554,40
10.27	TC ANGIOTOMOGRAFIA ABDÔMEN + PELVE	R\$ 880,00
10.28	TC ANGIOTOMOGRAFIA TÓRAX + ABDÔMEN	R\$ 1.108,80
10.29	TC ANGIOTOMOGRAFIA TORÁCICA	R\$ 554,40
10.30	TC ANGIOTOMOGRAFIA CRÂNIO	R\$ 445,50
10.31	TC ANGIOTOMOGRAFIA PELVE	R\$ 440,00
10.32	SEDAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES DE TOMOGRAFIA (ADULTO E INFANTIL)	R\$ 350,00
11	DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRRAFIA	VALOR
11.1	ULTRASSONOGRRAFIA ABDÔMEN SUPERIOR	R\$ 53,13
11.2	ULTRASSONOGRRAFIA ABDÔMEN INFERIOR	R\$ 53,13
11.3	ULTRASSONOGRRAFIA ABDÔMEN TOTAL	R\$ 60,72
11.4	ULTRASSONOGRRAFIA APARELHO URINÁRIO	R\$ 53,13
11.5	ULTRASSONOGRRAFIA COTOVELO	R\$ 54,87
11.6	ULTRASSONOGRRAFIA ENDOVAGINAL	R\$ 44,28
11.7	ULTRASSONOGRRAFIA JOELHO	R\$ 54,87
11.8	ULTRASSONOGRRAFIA MAMA	R\$ 44,28
11.9	ULTRASSONOGRRAFIA MÃO	R\$ 54,87
11.10	ULTRASSONOGRRAFIA OMBRO	R\$ 54,87



CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO EXPANDIDA SUL
CIM EXPANDIDA SUL-ES

Alfredo Chaves, Anchieta, Guarapari, Iconha, Itapemirim, Marataízes, Piúma e Rio Novo do Sul.

11.11	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA	R\$ 37,95
11.12	ULTRASSONOGRRAFIA PÉ	R\$ 54,87
11.13	ULTRASSONOGRRAFIA PELE	R\$ 54,87
11.14	ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICA	R\$ 33,00
11.15	ULTRASSONOGRRAFIA PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL)	R\$ 44,28
11.16	ULTRASSONOGRRAFIA QUADRIL	R\$ 54,87
11.17	ULTRASSONOGRRAFIA SUPERFÍCIE TECIDOS SUBCUTÂNEOS	R\$ 54,87
11.18	ULTRASSONOGRRAFIA SUPERFÍCIE CORPORAL	R\$ 54,87
11.19	ULTRASSONOGRRAFIA SUPERFÍCIE ABDOMINAL	R\$ 54,87
11.20	ULTRASSONOGRRAFIA SUPERFÍCIE PELE	R\$ 54,87
11.21	ULTRASSONOGRRAFIA SUPERFÍCIE PAREDE	R\$ 54,87
11.22	ULTRASSONOGRRAFIA TIREÓIDE	R\$ 53,13
11.23	ULTRASSONOGRRAFIA TORNOZELO	R\$ 54,87
11.24	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSRETAL	R\$ 53,13
11.25	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER ABDOMINAL	R\$ 101,20
11.26	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER ARTERIAL DE MEMBROS	R\$ 126,50
11.27	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER CARÓTIDA	R\$ 126,50
11.28	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DAS ARTÉRIAS RENAS	R\$ 118,99
11.29	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER ENDOVAGINAL	R\$ 101,20
11.30	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER OBSTÉTRICO	R\$ 101,20
11.31	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER MORFOLÓGICA	R\$ 101,20
11.32	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER PERFIL BIOFÍSICO FETAL	R\$ 101,20
11.33	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER PRÓSTATA	R\$ 101,20
11.34	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER TRANSLUCÊNCIA NUCAL	R\$ 101,20
11.35	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER TESTÍCULO	R\$ 101,20
11.36	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER TIREÓIDE	R\$ 101,20
11.37	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER VASCULAR PARA MEMBROS	R\$ 126,50
11.39	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER VERTEBRAIS	R\$ 126,50
12	ULTRASSONOGRRAFIA PARA REALIZAÇÃO EM CONSULTÓRIO MUNICIPAL	VALOR
12.1	ULTRASSONOGRRAFIA ABDÔMEN SUPERIOR/INFERIOR (CONS. MUNICIPAL)	R\$ 55,00
12.2	ULTRASSONOGRRAFIA ABDÔMEN TOTAL (CONS. MUNICIPAL)	R\$ 55,00
12.3	ULTRASSONOGRRAFIA APARELHO URINÁRIO (CONS. MUNICIPAL)	R\$ 55,00
12.4	ULTRASSONOGRRAFIA ENDOVAGINAL (CONS. MUNICIPAL)	R\$ 55,00
12.5	ULTRASSONOGRRAFIA MAMA (CONS. MUNICIPAL)	R\$ 55,00
12.6	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA (CONS. MUNICIPAL)	R\$ 55,00
12.7	ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICA (CONS. MUNICIPAL)	R\$ 55,00
12.8	ULTRASSONOGRRAFIA PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL) EM CONS. MUNICIPAL	R\$ 55,00
12.9	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSRETAL (CONS. MUNICIPAL)	R\$ 55,00
12.10	ULTRASSONOGRRAFIA TIREÓIDE (CONS. MUNICIPAL)	R\$ 55,00
13	ATENDIMENTO DE ULTRASSONOGRRAFIA NO MUNICÍPIO C/ EQUIPAMENTO E INSUMOS DO MUNICÍPIO	R\$ 30,25
14	EXAMES CARDIOLÓGICOS	VALOR
14.1	ECOCARDIOGRAMA DOPPLER	R\$ 113,85
14.2	ECOCARDIOGRAMA PRETO E BRANCO	R\$ 49,50



CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO EXPANDIDA SUL
CIM EXPANDIDA SUL-ES

Alfredo Chaves, Anchieta, Guarapari, Iconha, Itapemirim, Marataízes, Piúma e Rio Novo do Sul.

14.3	ECOCARDIOGRAMA INFANTIL	R\$ 240,00
14.4	ECOCARDIOGRAMA FETAL	R\$ 250,00
14.5	ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 7,70
14.6	ELETROCARDIOGRAMA DIGITAL	R\$ 16,00
14.7	HOTER 24 HORAS	R\$ 200,00
14.8	MONITORAMENTO AMBULATORIAL DA PRESSÃO ARTERIAL (MAPA)	R\$ 190,00
14.9	RISCO CIRÚRGICO C/ LAUDO	R\$ 17,60
14.10	TESTE ERGOMÉTRICO	R\$ 77,00
14.11	TESTE CICLOERGOMÉTRICO	R\$ 33,00
15	EXAMES DE CITOLOGIA E PATOLOGIA	VALOR
15.1	CITOLOGIA MAMÁRIA	R\$ 11,00
15.2	CITOLOGIA ONCÓTICA	R\$ 11,72
15.3	COLPOCITOLÓGICO (PREVENTIVO)	R\$ 20,96
15.4	HISTOPATOLÓGICO	R\$ 27,50
15.5	HISTOPATOLÓGICO 2 PEÇAS	R\$ 41,80
15.6	HISTOPATOLÓGICO 3 PEÇAS	R\$ 56,10
15.7	HISTOPATOLÓGICO 4 PEÇAS	R\$ 70,40
15.8	MICOLÓGICO DIRETO	R\$ 14,66
16	EXAME EM PNEUMOLOGIA	VALOR
16.1	ESPIROMETRIA	R\$ 75,00
17	TESTES ALÉRGICOS	VALOR
17.1	TESTE ALÉRGICO (ALIMENTAR)	R\$ 100,00
17.2	TESTE ALÉRGICO (INALANTE)	R\$ 70,00
18	CIRURGIAS DE PEQUENO PORTE - AMBULATORIAL	VALOR
18.1	PEQUENAS CIRURGIAS DERMATOLÓGICAS	R\$ 45,10
18.2	PEQUENAS CIRURGIAS AMBULATORIAIS	R\$ 44,00
18.3	CAUTERIZAÇÃO DE PEQUENAS LESÕES (ATÉ 05 LESÕES)	R\$ 45,10
19	EXAMES E DIAGNÓSTICO EM GINECOLOGIA/PROCEDIMENTO	VALOR
19.1	CAUTERIZAÇÃO DO COLO UTERINO	R\$ 44,00
19.2	COLPOSCOPIA	R\$ 33,00
19.3	COLPOSCOPIA + BIOPSIA	R\$ 60,50
19.4	FORNECIMENTO E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO INTRAUTERINO- DIU	R\$ 38,50
19.5	PUNÇÃO DE NÓDULOS E CISTOS MAMÁRIOS	R\$ 44,00
	CONSULTAS DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR APOIO AS CLINICAS MÉDICAS	
20	FISIOTERAPIA	VALOR
20.1	EQUOTERAPIA	R\$ 43,50
20.2	HIDROTERAPIA	R\$ 54,45
20.3	PLANTÃO FISIOTERAPIA AMBULATÓRIAL 01 HORA	R\$ 47,64
20.4	PLANTÃO FISIOTERAPIA AMBULATÓRIAL 04 HORAS	R\$ 190,55
20.5	PLANTÃO FISIOTERAPIA AMBULATÓRIAL 06 HORAS	R\$ 285,82
20.6	PLANTÃO FISIOTERAPIA AMBULATÓRIAL 08 HORAS	R\$ 381,09
20.7	PLANTÃO FISIOTERAPIA AMBULATÓRIAL 12 HORAS	R\$ 571,64
20.8	SESSÃO DE ACUPUNTURA	R\$ 9,08
20.9	SESSÃO DE FISIOTERAPIA DOMICILIAR NEUROLÓGICA	R\$ 27,83
20.10	SESSÃO DE FISIOTERAPIA DOMICILIAR ORTOPÉDICO	R\$ 24,20
20.11	SESSÃO DE FISIOTERAPIA DOMICILIAR RESPIRATÓRIA	R\$ 24,20
20.12	SESSÃO DE FISIOTERAPIA DOMICILIAR REUMATOLÓGICA	R\$ 24,20



CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO EXPANDIDA SUL
CIM EXPANDIDA SUL-ES

Alfredo Chaves, Anchieta, Guarapari, Iconha, Itapemirim, Marataízes, Piúma e Rio Novo do Sul.

20.13	SESSÃO DE FISIOTERAPIA DOMICILIAR TRAUMATOLÓGICA	R\$ 24,20
20.14	SESSÃO DE FISIOTERAPIA HIDROTERAPIA NEUROFUNCIONAL	R\$ 77,00
20.15	SESSÃO DE FISIOTERAPIA NEUROLÓGICA	R\$ 18,15
20.16	SESSÃO DE FISIOTERAPIA ORTOPÉDICA	R\$ 16,94
20.17	SESSÃO DE FISIOTERAPIA PRÉ E PÓS-OPERATÓRIA	R\$ 30,80
20.19	SESSÃO DE FISIOTERAPIA REFORÇO DO ASSOALHO PÉLVICO	R\$ 24,20
20.20	SESSÃO DE FISIOTERAPIA REUMATOLÓGICA	R\$ 16,94
20.21	SESSÃO DE FISIOTERAPIA RPG	R\$ 30,25
20.22	SESSÃO DE FISIOTERAPIA TRAUMATOLÓGICA RESPIRATÓRIA	R\$ 16,94
20.33	TERAPIA OCUPACIONAL	R\$ 42,35
21	FONOAUDIOLOGIA	VALOR
21.1	AUDIOMETRIA COMPLETA ADULTO	R\$ 33,00
21.2	AUDIOMETRIA COMPLETA PEDIÁTRICA	R\$ 33,00
21.3	AUDIOMETRIA TONAL	R\$ 18,70
21.4	AUDIOMETRIA VOCAL	R\$ 18,70
21.5	CONSULTA EM FONOAUDIOLOGIA	R\$ 40,00
21.6	IMITANCIOMETRIA, IMPEDANCIOMETRIA E TIMPANOMETRIA	R\$ 33,00
21.7	SESSÕES DE FONOAUDIOLOGIA MÉTODO ABA	R\$ 50,00
21.8	TESTE DA LINGUINHA	R\$ 27,50
21.9	VISITA DOMICILIAR DE FONOAUDIÓLOGO	R\$ 50,00
22	NUTRICIONISTA	VALOR
22.1	CONSULTA NUTRICIONISTA	R\$ 25,00
22.2	VISITA DOMICILIAR NUTRICIONISTA	R\$ 50,00
23	PSICOLOGIA	VALOR
23.1	CONSULTA PSICOLOGIA	R\$ 40,00
23.2	SESSÕES DE PSICOLOGIA MÉTODO (ABA)	R\$ 50,00
23.3	VISITA DOMICILIAR DE PSICÓLOGO	R\$ 50,00
24	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITALARES	VALOR
24.1	ANEXECTOMIA / OOFOROPLASTIA (CISTO DE OVÁRIO) UNILATERAL OU BILATERAL	R\$ 1.520,00
24.2	ANEXECTOMIA / OOFOROPLASTIA (CISTO DE OVÁRIO) POR VÍDEO UNILATERAL OU BILATERAL	R\$ 2.000,00
24.3	LAQUEADURA TUBÁRIA	R\$ 1.520,00
24.4	LAQUEADURA TUBÁRIA POR VÍDEO	R\$ 2.000,00
24.3	APENDICECTOMIA CONVENCIONAL	R\$ 1.600,00
24.4	APENDICECTOMIA POR VIDEO	R\$ 1.920,00
24.5	BILIODIGESTIVA / EXPLORAÇÃO DE VIAS BILIARES	R\$ 3.840,00
24.6	BIOPSIA HEPATICA GUIADA POR US	R\$ 600,00
24.7	CIRURGIA PARA DOENÇA DO REFLUXO POR VÍDEO	R\$ 2.880,00
24.8	CISTO PILONIDAL COM OU SEM RETALHO	R\$ 1.200,00
24.9	DRENAGEM BILIAR EXTERNA GUIADA POR US	R\$ 1.600,00
24.10	DRENAGEM DE TÓRAX	R\$ 800,00
24.11	ESPLENECTOMIA CONVENCIONAL	R\$ 2.240,00
24.12	ESPLENECTOMIA POR VÍDEO	R\$ 2.800,00
24.13	EXERESE DE NEOPLASIA DE PELE NÃO MELANOMA (ATÉ 3 LESÕES)	R\$ 150,00



CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO EXPANDIDA SUL
CIM EXPANDIDA SUL-ES

Alfredo Chaves, Anchieta, Guarapari, Iconha, Itapemirim, Marataízes, Piúma e Rio Novo do Sul.

24.14	EXERESE DE NEOPLASIA DE PELE MELANOMA (ATÉ 03 LESÕES)	R\$ 300,00
24.15	EXERESE DE NODULO MAMÁRIO	R\$ 800,00
24.16	EXERESE DE TUMOR DE PARTES MOLES (ATÉ 3 LESÕES)	R\$ 150,00
24.17	GASTROSTOMIA / JEJUNOSTOMIA / CISTOSTOMIA CIRURGICA	R\$ 1.200,00
24.18	HERNIA INGUINAL BILATERAL OU INCISIONAL	R\$ 2.000,00
24.19	HÉRNIA UMBILICAL/ EPIGASTRICA / INGUINAL UNILATERAL	R\$ 1.600,00
24.20	HISTERECTOMIA	R\$ 2.000,00
24.21	PEQUENA CIRURGIA CORRETORA DE DEFORMIDADES	R\$ 150,00
24.22	POSTECTOMIA / POSTOPLASTIA " FIMOSE"	R\$ 960,00
24.23	RECONSTRUÇÃO DE TRANSITO / FECHAMENTO DE COLOSTOMIA	R\$ 3.200,00
24.24	RETOSIGMOECTOMIA/ COLECTOMIA DIREITA	R\$ 4.000,00
24.25	TRAMAMENTO PARA HIDROCELE	R\$ 1.600,00
24.26	TRAQUEOSTOMIA	R\$ 1.200,00
24.27	TIREOIDECTOMIA PARCIAL	R\$ 2.000,00
24.28	TIREOIDECTOMIA TOTAL	R\$ 2.400,00
25	PROCEDIMENTOS OTORRINOLARINGOLÓGICOS	VALOR
25.1	CAUTERIZAÇÃO PARA EPISTAXE	R\$ 36,96
25.2	EXAME DE TONTEIRA NO ROL	R\$ 55,00
25.3	LARINGOSCOPIA (FIBRO) C/ LAUDO	R\$ 60,50
25.4	RETIRADA DE CERUME	R\$ 17,60
25.5	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO (NARIZ E OUVIDO)	R\$ 44,00
25.6	TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR	R\$ 86,90
25.7	TAMPONAMENTO NASAL POSTERIOR	R\$ 99,00
25.8	VECTOELETRONISTAGMOGRAFIA	R\$ 100,00
25.9	VÍDEO LARINGOSCOPIA	R\$ 66,00
26	PROCEDIMENTO ORTOPÉDICO	VALOR
26.1	PROCEDIMENTOS ORTOPÉDICOS	R\$ 42,35
27	PROCEDIMENTO PROCTOLOGIA E GASTROENTEROLOGIA	VALOR
27.1	COLONOSCOPIA (VÍDEO)	R\$ 385,00
27.2	COLONOSCOPIA FIBRO	R\$ 242,00
27.3	CROMOSCOPIA CONVENCIONAL/DIGITAL E/OU MAGNIFICADO DE IMAGEM	R\$ 40,00
27.4	DESCOMPRESSÃO COLÔNIA POR COLONOSCOPIA	R\$ 350,00
27.5	DILATAÇÃO INSTRUMENTAL DO ESÔFAGO, ESTOMAGO E DUODENO	R\$ 210,00
27.6	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	R\$ 154,00
27.7	ENTEROSCOPIA	R\$ 640,00
27.8	ESCLEROSE DE VARIZES DE ESÔFAGO, ESTOMAGO E DUODENO	R\$ 280,00
27.9	GASTROSTOMIA/JEJUNOSTOMIA ENDOSCÓPICA	R\$ 1.050,00
27.10	INJEÇÃO DE SUBSTANCIAS/MEDICAMENTOS (NANQUIM/CORTICÓIDE/TOXBOTUL/ETC)	R\$ 281,55
27.11	INTRODUÇÃO DE PRÓTESES DO ESÔFAGO	R\$ 385,00
27.12	INTRODUÇÃO DE PRÓTESES GASTRODUODENAL/COLON	R\$ 700,00
27.13	MACROBIÓPSIA ENDOSCÓPICA	R\$ 240,00
27.14	RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXÍVEL	R\$ 88,00
27.15	RETOSSIGMOIDOSCOPIA RÍGIDA	R\$ 88,00
27.16	LIGADURA ELÁSTICA DO ESÔFAGO, ESTOMAGO E DUODENO	R\$ 315,00



CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO EXPANDIDA SUL
CIM EXPANDIDA SUL-ES

Alfredo Chaves, Anchieta, Guarapari, Iconha, Itapemirim, Marataízes, Piúma e Rio Novo do Sul.

27.17	TRATAMENTO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA	R\$ 385,00
27.15	PASSAGEM DE SONDA NASOENTERAL VIA ENDOSCÓPICA	R\$ 70,00
27.16	POLIPECTOMIA DE COLON (INDEPENDENTE DO NÚMERO DE POLIPOS)	R\$ 210,00
27.17	POLIPECTOMIA DO ESÔFAGO, ESTOMAGO E DUODENO (INDEPENDENTE DO NÚMERO DE POLIPOS)	R\$ 105,00
27.18	RESSECÇÃO DE NEOPLASIAS POR MUCOSECTOMIA ENDOSCÓPICA	R\$ 455,00
27.19	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO COLON	R\$ 350,00
27.20	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO ESÔFAGO, ESTOMAGO E DUODENO	R\$ 245,00
27.21	TRATAMENTO DE FISTULAS ENTEROCUTANEAS VIA ENDOSCÓPICA	R\$ 280,00
28	PROCEDIMENTOS UROLÓGICOS	VALOR
28.1	BIOPSIA DE PRÓSTATA S/ USG.	R\$ 198,00
28.2	BIOPSIA DE PRÓSTATA C/ USG.	R\$ 825,00
28.3	CISTOSCOPIA C/ BIOPSIA	R\$ 330,00
28.4	CISTOSCOPIA S/ BIOPSIA	R\$ 275,00
28.5	ESTUDO URODINÂMICO	R\$ 275,00
28.6	FLUXOMETRIA	R\$ 143,00
28.7	URETROCISTOGRAFIA	R\$ 99,00
28.8	UROGRAFIA EXCRETORA	R\$ 77,00
28.9	VASECTOMIA	R\$ 385,00
28.10	LITOTRIPSIA EXTRA CORP. ONDAS DE CHOQUE + ANESTESIA	R\$ 880,00
29	ODONTOLOGIA	VALOR
29.1	CONSULTA EM ODONTOLOGIA	R\$ 24,20
29.2	CONSULTA ODONTOLÓGICA (BUCCO MAXILO FACIAL)	R\$ 38,72
29.3	EXODONTIA RETALHO	R\$ 101,10
29.4	PLANTÃO ESCOVAÇÃO SUPERVISIONADA 01 HORA	R\$ 30,80
29.5	PLANTÃO ESCOVAÇÃO SUPERVISIONADA 04 HORAS	R\$ 123,20
29.6	PLANTÃO AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL 01 HORA DIURNO/NOTURNO	R\$ 9,17
29.7	PLANTÃO AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL 08 HORAS DIURNO	R\$ 73,33
29.8	PLANTÃO AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL 12H (DIURNO/NOTURNO)	R\$ 110,00
29.9	PLANTÃO ODONTOLÓGICO CLÍNICA 01 HORA	R\$ 37,50
29.10	PLANTÃO ODONTOLÓGICO CLÍNICA 04 HORAS	R\$ 150,00
29.11	PLANTÃO ODONTOLÓGICO CLÍNICA 06 HORAS	R\$ 225,00
29.12	PLANTÃO ODONTOLÓGICO CLÍNICA 08 HORAS	R\$ 300,00
29.13	PLANTÃO ODONTOLÓGICO CLÍNICA 12 HORAS	R\$ 450,00
29.14	PLANTÃO ODONTOLÓGICO ESPECIALIDADES 01 HORA	R\$ 49,50
29.15	PLANTÃO ODONTOLÓGICO ESPECIALIDADES 04 HORAS	R\$ 198,00
29.16	PLANTÃO ODONTOLÓGICO ESPECIALIDADES 08 HORAS	R\$ 385,00
29.17	VISITA DOMICILIAR CIRURGIÃO DENTISTA	R\$ 50,00
	PLANTÕES	
30	PLANTÕES ASSISTENCIA SOCIAL	VALOR
30.1	PLANTÃO ASSISTENTE SOCIAL 01 HORA DIURNO/NOTURNO	R\$ 22,50
30.2	PLANTÃO ASSISTENTE SOCIAL 04 HORAS DIURNO/NOTURNO	R\$ 90,02
30.3	PLANTÃO ASSISTENTE SOCIAL 08 HORAS DIURNO/NOTURNO	R\$ 180,03
30.4	PLANTÃO ASSISTENTE SOCIAL 12 HORAS DIURNO/NOTURNO	R\$ 270,05
31	PLANTÕES BIOMÉDICO	VALOR



CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO EXPANDIDA SUL
CIM EXPANDIDA SUL-ES

Alfredo Chaves, Anchieta, Guarapari, Iconha, Itapemirim, Marataízes, Piúma e Rio Novo do Sul.

31.1	PLANTÃO BIOMÉDICO 01 HORA (DIURNO/NOTURNO)	R\$ 19,76
31.2	PLANTÃO BIOMÉDICO 04 HORAS (DIURNO/NOTURNO)	R\$ 79,06
31.3	PLANTÃO BIOMÉDICO 08 HORAS (DIURNO/NOTURNO)	R\$ 158,11
31.4	PLANTÃO BIOMÉDICO 12 HORAS (DIURNO/NOTURNO)	R\$ 237,17
32	PLANTÕES BIOQUÍMICO	VALOR
32.1	PLANTÃO BIOQUÍMICO 01 HORA DIURNO	R\$ 30,62
32.2	PLANTÃO BIOQUÍMICO 04 HORAS DIURNO	R\$ 122,50
32.3	PLANTÃO BIOQUÍMICO 08 HORAS DIURNO	R\$ 245,00
32.4	PLANTÃO BIOQUÍMICO 12 HORAS DIURNO	R\$ 367,50
33	PLANTÕES CONDUTOR SOCORRISTA	VALOR
33.1	PLANTÃO CONDUTOR SOCORRISTA 01 HORA DIURNO	R\$ 11,00
33.2	PLANTÃO CONDUTOR SOCORRISTA 04 HORAS DIURNO	R\$ 44,00
33.3	PLANTÃO CONDUTOR SOCORRISTA 06 HORAS DIURNO	R\$ 66,00
33.4	PLANTÃO CONDUTOR SOCORRISTA 08 HORAS DIURNO	R\$ 88,00
33.5	PLANTÃO CONDUTOR SOCORRISTA 12 HORAS DIURNO	R\$ 120,00
33.6	PLANTÃO CONDUTOR SOCORRISTA 01 HORA NOTURNO	R\$ 13,75
33.7	PLANTÃO CONDUTOR SOCORRISTA 04 HORAS NOTURNO	R\$ 55,00
33.8	PLANTÃO CONDUTOR SOCORRISTA 06 HORAS NOTURNO	R\$ 82,50
33.9	PLANTÃO CONDUTOR SOCORRISTA 08 HORAS NOTURNO	R\$ 110,00
33.10	PLANTÃO CONDUTOR SOCORRISTA 12 HORAS NOTURNO	R\$ 165,00
34	PLANTÕES ENFERMAGEM	VALOR
34.1	PLANTÃO ENFERMAGEM 01 HORA DIURNO	R\$ 24,04
34.2	PLANTÃO ENFERMAGEM 04 HORAS DIURNO	R\$ 96,14
34.3	PLANTÃO ENFERMAGEM 06 HORAS DIURNO	R\$ 144,21
34.3	PLANTÃO ENFERMAGEM 08 HORAS DIURNO	R\$ 192,28
34.4	PLANTÃO ENFERMAGEM 12 HORAS DIURNO	R\$ 288,42
34.5	PLANTÃO ENFERMAGEM 01 HORA NOTURNO	R\$ 33,65
34.6	PLANTÃO ENFERMAGEM 04 HORAS NOTURNO	R\$ 134,60
34.7	PLANTÃO ENFERMAGEM 06 HORAS NOTURNO	R\$ 201,90
34.8	PLANTÃO ENFERMAGEM 08 HORAS NOTURNO	R\$ 269,20
34.9	PLANTÃO ENFERMAGEM 12 HORAS NOTURNO	R\$ 403,79
35	PLANTÕES ENFERMAGEM (RESPONSÁVEL TÉCNICO)	VALOR
35.1	PLANTÃO ENFERMAGEM 01 HORA (RESPONSÁVEL TÉCNICO)	R\$ 32,18
35.2	PLANTÃO ENFERMAGEM 04 HORAS (RESPONSÁVEL TÉCNICO)	R\$ 128,72
35.4	PLANTÃO ENFERMAGEM 06 HORAS (RESPONSÁVEL TÉCNICO)	R\$ 193,08
35.5	PLANTÃO ENFERMAGEM 08 HORAS (RESPONSÁVEL TÉCNICO)	R\$ 257,44
35.6	PLANTÃO ENFERMAGEM 12 HORAS (RESPONSÁVEL TÉCNICO)	R\$ 386,16
36	PLANTÕES FARMACÊUTICOS	VALOR
36.1	PLANTÃO FARMACÊUTICO 01 HORA (DIURNO/NOTURNO)	R\$ 20,91
36.2	PLANTÃO FARMACÊUTICO 04 HORAS (DIURNO/NOTURNO)	R\$ 83,64
36.3	PLANTÃO FARMACÊUTICO 06 HORAS (DIURNO/NOTURNO)	R\$ 125,46
36.5	PLANTÃO FARMACÊUTICO 08 HORAS (DIURNO/NOTURNO)	R\$ 167,28
36.6	PLANTÃO FARMACÊUTICO 12 HORAS (DIURNO/NOTURNO)	R\$ 250,87
37	PLANTÕES FARMACÊUTICOS (RESPONSÁVEL TÉCNICO)	VALOR
37.1	PLANTÃO FARMACÊUTICO 01 HORA (RESPONSÁVEL TÉCNICO)	R\$ 27,99
37.2	PLANTÃO FARMACÊUTICO 04 HORAS (RESPONSÁVEL TÉCNICO)	R\$ 111,96
37.3	PLANTÃO FARMACÊUTICO 06 HORAS (RESPONSÁVEL TÉCNICO)	R\$ 167,94
37.4	PLANTÃO FARMACÊUTICO 08 HORAS (RESPONSÁVEL TÉCNICO)	R\$ 223,92



CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO EXPANDIDA SUL
CIM EXPANDIDA SUL-ES

Alfredo Chaves, Anchieta, Guarapari, Iconha, Itapemirim, Marataízes, Piúma e Rio Novo do Sul.

37.5	PLANTÃO FARMACÊUTICO 12 HORAS (RESPONSÁVEL TÉCNICO)	R\$ 335,88
38	PLANTÕES MÉDICO	VALOR
38.1	PLANTÃO MÉDICO 01 HORA DIURNO (SEGUNDA A SEXTA)	R\$ 96,25
38.2	PLANTÃO MÉDICO 04 HORAS DIURNO (SEGUNDA A SEXTA)	R\$ 385,00
38.3	PLANTÃO MÉDICO 06 HORAS DIURNO (SEGUNDA A SEXTA)	R\$ 575,50
38.4	PLANTÃO MÉDICO 08 HORAS DIURNO (SEGUNDA A SEXTA)	R\$ 770,00
38.5	PLANTÃO MÉDICO 12 HORAS DIURNO (SEGUNDA A SEXTA)	R\$ 1.155,00
38.7	PLANTÃO MÉDICO 12 HORAS DIURNO SOBRE AVISO (SEGUNDA A SEXTA)	R\$ 462,00
38.8	PLANTÃO MÉDICO 01 HORA DIURNO (SÁBADO/DOMINGO)	R\$ 115,50
38.9	PLANTÃO MÉDICO 04 HORAS DIURNO (SÁBADO/DOMINGO)	R\$ 462,00
38.10	PLANTÃO MÉDICO 06 HORAS DIURNO (SÁBADO/DOMINGO)	R\$ 693,00
38.11	PLANTÃO MÉDICO 08 HORAS DIURNO (SÁBADO/DOMINGO)	R\$ 924,00
38.12	PLANTÃO MÉDICO 12 HORAS DIURNO (SÁBADO/DOMINGO)	R\$ 1.386,00
38.13	PLANTÃO MÉDICO 12 HORAS DIURNO SOBRE AVISO (SABADO/DOMINGO)	R\$ 554,40
38.14	PLANTÃO MÉDICO 08 HORAS DIURNO (ESTRÁTEGIA DA SAÚDE FAMILIAR)	R\$ 943,25
38.15	PLANTÃO MÉDICO 01 HORA NOTURNO (SEGUNDA A SEXTA)	R\$ 102,26
38.16	PLANTÃO MÉDICO 12 HORAS NOTURNO (SEGUNDA A SEXTA)	R\$ 1.227,19
38.17	PLANTÃO MÉDICO 01 HORA NOTURNO (SÁBADO/DOMINGO)	R\$ 122,73
38.18	PLANTÃO MÉDICO 12 HORAS NOTURNO (SÁBADO/DOMINGO)	R\$ 1.472,63
38.19	PLANTÃO MÉDICO 12 HORAS NOTURNO SOBRE AVISO (SEGUNDA A SEXTA)	R\$ 490,88
38.20	PLANTÃO MÉDICO 12 HORAS NOTURNO SOBRE AVISO (SABADO E DOMINGO)	R\$ 589,05
39	PLANTÕES MÉDICO (RESPONSÁVEL TÉCNICO)	VALOR
39.1	PLANTÃO MÉDICO 01 HORA (RESPONSÁVEL TÉCNICO)	R\$ 107,99
39.2	PLANTÃO MÉDICO 04 HORAS (RESPONSÁVEL TÉCNICO)	R\$ 431,96
39.3	PLANTÃO MÉDICO 06 HORAS (RESPONSÁVEL TÉCNICO)	R\$ 647,94
39.4	PLANTÃO MÉDICO 08 HORAS (RESPONSÁVEL TÉCNICO)	R\$ 863,92
39.5	PLANTÃO MÉDICO 12 HORAS (RESPONSÁVEL TÉCNICO)	R\$ 1.295,88
40	PLANTÕES MÉDICO NEUROPEDIATRIA	
40.1	PLANTÃO MÉDICO NEUROPEDIATRIA 01 HORA DIURNO	R\$ 145,57
40.2	PLANTÃO MÉDICO NEUROPEDIATRIA 04 HORAS DIURNO	R\$ 582,28
40.3	PLANTÃO MÉDICO NEUROPEDIATRIA 06 HORAS DIURNO	R\$ 873,42
40.4	PLANTÃO MÉDICO NEUROPEDIATRIA 08 HORAS DIURNO	R\$ 1.164,56
40.5	PLANTÃO MÉDICO NEUROPEDIATRIA 12 HORAS DIURNO	R\$ 1.746,94
40.6	PLANTÃO MÉDICO NEUROPEDIATRIA 01 HORA NOTURNO	R\$ 149,12
40.7	PLANTÃO MÉDICO NEUROPEDIATRIA 04 HORAS NOTURNO	R\$ 596,48
40.8	PLANTÃO MÉDICO NEUROPEDIATRIA 06 HORAS NOTURNO	R\$ 894,72
40.9	PLANTÃO MÉDICO NEUROPEDIATRIA 08 HORAS NOTURNO	R\$ 1.192,96
40.10	PLANTÃO MÉDICO NEUROPEDIATRIA 12 HORAS NOTURNO	R\$ 1.789,48
41	PLANTÃO MÉDICO PSIQUIATRIA	VALOR
41.1	PLANTÃO MÉDICO PSIQUIATRIA 01 HORA DIURNO	R\$ 145,57
41.2	PLANTÃO MÉDICO PSIQUIATRIA 04 HORAS DIURNO	R\$ 582,28
41.3	PLANTÃO MÉDICO PSIQUIATRIA 06 HORAS DIURNO	R\$ 873,42
41.4	PLANTÃO MÉDICO PSIQUIATRIA 08 HORAS DIURNO	R\$ 1.164,56



CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO EXPANDIDA SUL
CIM EXPANDIDA SUL-ES

Alfredo Chaves, Anchieta, Guarapari, Iconha, Itapemirim, Marataízes, Piúma e Rio Novo do Sul.

41.5	PLANTÃO MÉDICO PSIQUIATRIA 12 HORAS DIURNO	R\$ 1.746,94
41.6	PLANTÃO MÉDICO PSIQUIATRIA 1 HORA NOTURNO	R\$ 149,12
41.7	PLANTÃO MÉDICO PSIQUIATRIA 04 HORAS NOTURNO	R\$ 596,48
41.8	PLANTÃO MÉDICO PSIQUIATRIA 06 HORAS NOTURNO	R\$ 894,72
41.9	PLANTÃO MÉDICO PSIQUIATRIA 08 HORAS NOTURNO	R\$ 1.192,96
41.10	PLANTÃO MÉDICO PSIQUIATRIA 12 HORAS NOTURNO	R\$ 1.789,48
42	PLANTÕES MÉDICO PEDIATRA	VALOR
42.1	PLANTÃO MÉDICO PEDIATRA 01 HORA DIURNO (SEGUNDA A SEXTA)	R\$ 121,00
42.2	PLANTÃO MÉDICO PEDIATRA 04 HORAS DIURNO (SEGUNDA A SEXTA)	R\$ 484,00
42.3	PLANTÃO MÉDICO PEDIATRA 06 HORAS DIURNO (SEGUNDA A SEXTA)	R\$ 726,00
42.4	PLANTÃO MÉDICO PEDIATRA 08 HORAS DIURNO (SEGUNDA A SEXTA)	R\$ 968,00
42.5	PLANTÃO MÉDICO PEDIATRA 12 HORAS DIURNO (SEGUNDA A SEXTA)	R\$ 1.452,00
42.6	PLANTÃO MÉDICO PEDIATRA 01 HORAS DIURNO (FINAL DE SEMANA)	R\$ 141,17
42.7	PLANTÃO MÉDICO PEDIATRA 04 HORAS DIURNO (FINAL DE SEMANA)	R\$ 564,66
42.8	PLANTÃO MÉDICO PEDIATRA 06 HORAS DIURNO (FINAL DE SEMANA)	R\$ 847,00
42.9	PLANTÃO MÉDICO PEDIATRA 08 HORAS DIURNO (FINAL DE SEMANA)	R\$ 1.129,33
42.10	PLANTÃO MÉDICO PEDIATRA 12 HORAS DIURNO (FINAL DE SEMANA)	R\$ 1.694,00
42.11	PLANTÃO MÉDICO PEDIATRA 01 HORA NOTURNO (SEGUNDA A SEXTA)	R\$ 128,09
42.12	PLANTÃO MÉDICO PEDIATRA 04 HORAS NOTURNO (SEGUNDA A SEXTA)	R\$ 512,36
42.13	PLANTÃO MÉDICO PEDIATRA 06 HORAS NOTURNO (SEGUNDA A SEXTA)	R\$ 768,54
42.14	PLANTÃO MÉDICO PEDIATRA 08 HORAS NOTURNO (SEGUNDA A SEXTA)	R\$ 1.024,72
42.15	PLANTÃO MÉDICO PEDIATRA 12 HORAS NOTURNO (SEGUNDA A SEXTA)	R\$ 1.537,08
42.16	PLANTÃO MÉDICO PEDIATRA 01 HORA NOTURNO (FINAL DE SEMANA)	R\$ 147,08
42.17	PLANTÃO MÉDICO PEDIATRA 04 HORAS NOTURNO (FINAL DE SEMANA)	R\$ 588,33
42.18	PLANTÃO MÉDICO PEDIATRA 06 HORAS NOTURNO (FINAL DE SEMANA)	R\$ 882,50
42.19	PLANTÃO MÉDICO PEDIATRA 08 HORAS NOTURNO (FINAL DE SEMANA)	R\$ 1.176,67
42.20	PLANTÃO MÉDICO PEDIATRA 12 HORAS NOTURNO (FINAL DE SEMANA)	R\$ 1.765,00
43	PLANTÕES NUTRICIONISTA	VALOR
43.1	PLANTÃO NUTRICIONISTA 01 HORA DIURNO	R\$ 43,75
43.2	PLANTÃO NUTRICIONISTA 04 HORAS DIURNO	R\$ 175,00



CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO EXPANDIDA SUL
CIM EXPANDIDA SUL-ES

Alfredo Chaves, Anchieta, Guarapari, Iconha, Itapemirim, Marataízes, Piúma e Rio Novo do Sul.

43.3	PLANTÃO NUTRICIONISTA 06 HORAS DIURNO	R\$ 262,50
43.4	PLANTÃO NUTRICIONISTA 08 HORAS DIURNO	R\$ 350,00
43.5	PLANTÃO NUTRICIONISTA 12 HORAS DIURNO	R\$ 525,00
44	PLANTÕES NUTRICIONISTA (RESPONSÁVEL TÉCNICO)	VALOR
44.1	PLANTÃO NUTRICIONISTA 01 HORA (RESPONSÁVEL TÉCNICO)	R\$ 48,12
44.2	PLANTÃO NUTRICIONISTA 04 HORAS (RESPONSÁVEL TÉCNICO)	R\$ 192,48
44.3	PLANTÃO NUTRICIONISTA 06 HORAS (RESPONSÁVEL TÉCNICO)	R\$ 288,72
44.4	PLANTÃO NUTRICIONISTA 08 HORAS (RESPONSÁVEL TÉCNICO)	R\$ 384,96
44.5	PLANTÃO NUTRICIONISTA 12 HORAS (RESPONSÁVEL TÉCNICO)	R\$ 577,45
45	PLANTÕES PSICÓLOGOS	VALOR
45.1	PLANTÃO PSICÓLOGO 01 HORA DIURNO/NOTURNO	R\$ 27,99
45.2	PLANTÃO PSICÓLOGO 04 HORAS DIURNO/NOTURNO	R\$ 111,96
45.3	PLANTÃO PSICÓLOGO 06 HORAS DIURNO/NOTURNO	R\$ 167,94
45.4	PLANTÃO PSICÓLOGO 08 HORAS DIURNO/NOTURNO	R\$ 223,92
45.5	PLANTÃO PSICÓLOGO 12 HORAS DIURNO/NOTURNO	R\$ 335,91
46	PLANTÕES TÉCNICO EM ENFERMAGEM	VALOR
46.1	PLANTÃO TÉCNICO EM ENFERMAGEM 01 HORA DIURNO	R\$ 13,70
46.2	PLANTÃO TÉCNICO EM ENFERMAGEM 04 HORAS DIURNO	R\$ 54,82
46.3	PLANTÃO TÉCNICO EM ENFERMAGEM 06 HORAS DIURNO	R\$ 82,23
46.4	PLANTÃO TÉCNICO EM ENFERMAGEM 08 HORAS DIURNO	R\$ 109,63
46.5	PLANTÃO TÉCNICO EM ENFERMAGEM 12 HORAS DIURNO	R\$ 164,45
46.6	PLANTÃO TÉCNICO EM ENFERMAGEM 01 HORA NOTURNO	R\$ 16,87
46.7	PLANTÃO TÉCNICO EM ENFERMAGEM 04 HORAS NOTURNO	R\$ 67,46
46.8	PLANTÃO TÉCNICO EM ENFERMAGEM 06 HORAS NOTURNO	R\$ 101,20
46.9	PLANTÃO TÉCNICO EM ENFERMAGEM 08 HORAS NOTURNO	R\$ 134,93
46.10	PLANTÃO TÉCNICO EM ENFERMAGEM 12 HORAS NOTURNO	R\$ 202,40
47	PLANTÕES TÉCNICO EM IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA	VALOR
47.1	PLANTÃO TÉCNICO EM IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA 01 HORA DIURNO	R\$ 15,24
47.2	PLANTÃO TÉCNICO EM IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA 04 HORAS DIURNO	R\$ 60,96
47.3	PLANTÃO TÉCNICO EM IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA 06 HORAS DIURNO	R\$ 91,46
47.4	PLANTÃO TÉCNICO EM IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA 08 HORAS DIURNO	R\$ 121,95
47.5	PLANTÃO TÉCNICO EM IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA 12 HORAS DIURNO	R\$ 182,93
47.6	PLANTÃO TÉCNICO EM IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA 01 HORA NOTURNO	R\$ 21,34
47.7	PLANTÃO TÉCNICO EM IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA 04 HORAS NOTURNO	R\$ 85,36
47.8	PLANTÃO TÉCNICO EM IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA 06 HORAS NOTURNO	R\$ 128,05
47.9	PLANTÃO TÉCNICO EM IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA 08 HORAS NOTURNO	R\$ 170,73
47.10	PLANTÃO TÉCNICO EM IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA 12 HORAS NOTURNO	R\$ 256,10
48	PLANTÕES TÉCNICO EM RADIOLOGIA	VALOR



CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO EXPANDIDA SUL
CIM EXPANDIDA SUL-ES

Alfredo Chaves, Anchieta, Guarapari, Iconha, Itapemirim, Marataízes, Piúma e Rio Novo do Sul.

48.1	PLANTÃO TÉCNICO EM RADIOLOGIA 01 HORA DIURNO	R\$ 22,59
48.2	PLANTÃO TÉCNICO EM RADIOLOGIA 04 HORAS DIURNO	R\$ 90,36
48.3	PLANTÃO TÉCNICO EM RADIOLOGIA 06 HORAS DIURNO	R\$ 135,54
48.4	PLANTÃO TÉCNICO EM RADIOLOGIA 08 HORAS DIURNO	R\$ 180,72
48.5	PLANTÃO TÉCNICO EM RADIOLOGIA 12 HORAS DIURNO	R\$ 271,08
48.6	PLANTÃO TÉCNICO EM RADIOLOGIA 01 HORA NOTURNO	R\$ 31,63
48.7	PLANTÃO TÉCNICO EM RADIOLOGIA 04 HORAS NOTURNO	R\$ 126,51
48.8	PLANTÃO TÉCNICO EM RADIOLOGIA 06 HORAS NOTURNO	R\$ 189,76
48.9	PLANTÃO TÉCNICO EM RADIOLOGIA 08 HORAS NOTURNO	R\$ 253,01
48.10	PLANTÃO TÉCNICO EM RADIOLOGIA 12 HORAS NOTURNO	R\$ 379,52
49	PLANTÕES TRAUMA ORTOPEDIA	VALOR
49.1	PLANTÃO TRAUMA ORTOPEDIA 01 HORA DIURNO	R\$ 170,15
49.2	PLANTÃO TRAUMA ORTOPEDIA 04 HORAS DIURNO	R\$ 680,63
49.3	PLANTÃO TRAUMA ORTOPEDIA 06 HORAS DIURNO	R\$ 1.020,94
49.4	PLANTÃO TRAUMA ORTOPEDIA 08 HORAS DIURNO	R\$ 1.361,25
49.5	PLANTÃO TRAUMA ORTOPEDIA 12 HORAS DIURNO	R\$ 2.041,88
49.6	PLANTÃO TRAUMA ORTOPEDIA 01 HORA NOTURNO	R\$ 170,15
49.7	PLANTÃO TRAUMA ORTOPEDIA 04 HORAS NOTURNO	R\$ 680,63
49.8	PLANTÃO TRAUMA ORTOPEDIA 06 HORAS NOTURNO	R\$ 1.020,94
49.9	PLANTÃO TRAUMA ORTOPEDIA 08 HORAS NOTURNO	R\$ 1.361,25
49.10	PLANTÃO TRAUMA ORTOPEDIA 12 HORAS NOTURNO	R\$ 2.041,88
50	PLANTÕES MÉDICO C/ PÓS GRADUAÇÃO EM NEUROPEDIATRIA	VALOR
50.1	PLANTÃO MÉDICO C/ PÓS GRADUAÇÃO EM NEUROPEDIATRIA 01 HORA DIURNO	R\$ 145,57
50.2	PLANTÃO MÉDICO C/ PÓS GRADUAÇÃO EM NEUROPEDIATRIA 04 HORAS DIURNO	R\$ 582,28
50.3	PLANTÃO MÉDICO C/ PÓS GRADUAÇÃO EM NEUROPEDIATRIA 06 HORAS DIURNO	R\$ 873,42
50.4	PLANTÃO MÉDICO C/ PÓS GRADUAÇÃO EM NEUROPEDIATRIA 08 HORAS DIURNO	R\$ 1.164,56
50.5	PLANTÃO MÉDICO C/ PÓS GRADUAÇÃO EM NEUROPEDIATRIA 12 HORAS DIURNO	R\$ 1.746,94
50.6	PLANTÃO MÉDICO C/ PÓS GRADUAÇÃO EM NEUROPEDIATRIA 01 HORA NOTURNO	R\$ 149,12
50.7	PLANTÃO MÉDICO C/ PÓS GRADUAÇÃO EM NEUROPEDIATRIA 04 HORAS NOTURNO	R\$ 596,48
50.8	PLANTÃO MÉDICO C/ PÓS GRADUAÇÃO EM NEUROPEDIATRIA 06 HORAS NOTURNO	R\$ 894,72
50.9	PLANTÃO MÉDICO C/ PÓS GRADUAÇÃO EM NEUROPEDIATRIA 08 HORAS NOTURNO	R\$ 1.192,96
50.10	PLANTÃO MÉDICO C/ PÓS GRADUAÇÃO EM NEUROPEDIATRIA 12 HORAS NOTURNO	R\$ 1.789,48
51	PLANTÕES MÉDICO COM PÓS GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA	VALOR
51.1	PLANTÃO MÉDICO COM PÓS GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA 01 HORA DIURNO	R\$ 145,57
51.2	PLANTÃO MÉDICO COM PÓS GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA 04 HORAS DIURNO	R\$ 582,28
51.3	PLANTÃO MÉDICO COM PÓS GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA 06 HORAS DIURNO	R\$ 873,42



CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO EXPANDIDA SUL
CIM EXPANDIDA SUL-ES

Alfredo Chaves, Anchieta, Guarapari, Iconha, Itapemirim, Marataízes, Piúma e Rio Novo do Sul.

	HORAS DIURNO	
51.4	PLANTÃO MÉDICO COM PÓS GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA 08 HORAS DIURNO	R\$ 1.164,56
51.5	PLANTÃO MÉDICO COM PÓS GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA 12 HORAS DIURNO	R\$ 1.746,94
51.6	PLANTÃO MÉDICO COM PÓS GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA 01 HORA NOTURNO	R\$ 149,12
51.7	PLANTÃO MÉDICO COM PÓS GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA 04 HORAS NOTURNO	R\$ 596,48
51.8	PLANTÃO MÉDICO COM PÓS GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA 06 HORAS NOTURNO	R\$ 894,72
51.9	PLANTÃO MÉDICO COM PÓS GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA 08 HORAS NOTURNO	R\$ 1.192,96
51.10	PLANTÃO MÉDICO COM PÓS GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA 12 HORAS NOTURNO	R\$ 1.789,48
52	PLANTÕES MÉDICO C/ PÓS GRADUAÇÃO EM PEDIATRIA	VALOR
52.1	PLANTÃO MÉDICO C/ PÓS GRADUAÇÃO EM PEDIATRIA 01 HORA DIURNO (SEGUNDA A SEXTA)	R\$ 121,00
52.2	PLANTÃO MÉDICO C/ PÓS GRADUAÇÃO EM PEDIATRIA 04 HORAS DIURNO (SEGUNDA A SEXTA)	R\$ 484,00
52.3	PLANTÃO MÉDICO C/ PÓS GRADUAÇÃO EM PEDIATRIA 06 HORAS DIURNO (SEGUNDA A SEXTA)	R\$ 726,00
52.4	PLANTÃO MÉDICO C/ PÓS GRADUAÇÃO EM PEDIATRIA 08 HORAS DIURNO (SEGUNDA A SEXTA)	R\$ 968,00
52.5	PLANTÃO MÉDICO C/ PÓS GRADUAÇÃO EM PEDIATRIA 12 HORAS DIURNO (SEGUNDA A SEXTA)	R\$ 1.452,00
52.6	PLANTÃO MÉDICO C/ PÓS GRADUAÇÃO EM PEDIATRIA 01 HORAS DIURNO (FINAL DE SEMANA)	R\$ 141,17
52.7	PLANTÃO MÉDICO C/ PÓS GRADUAÇÃO EM PEDIATRIA 04 HORAS DIURNO (FINAL DE SEMANA)	R\$ 564,67
52.8	PLANTÃO MÉDICO C/ PÓS GRADUAÇÃO EM PEDIATRIA 06 HORAS DIURNO (FINAL DE SEMANA)	R\$ 847,00
52.9	PLANTÃO MÉDICO C/ PÓS GRADUAÇÃO EM PEDIATRIA 08 HORAS DIURNO (FINAL DE SEMANA)	R\$ 1.129,33
52.10	PLANTÃO MÉDICO C/ PÓS GRADUAÇÃO EM PEDIATRIA 12 HORAS DIURNO (FINAL DE SEMANA)	R\$ 1.694,00
52.11	PLANTÃO MÉDICO C/ PÓS GRADUAÇÃO EM PEDIATRIA 01 HORA NOTURNO (SEGUNDA A SEXTA)	R\$ 128,09
52.12	PLANTÃO MÉDICO C/ PÓS GRADUAÇÃO EM PEDIATRIA 04 HORAS NOTURNO (SEGUNDA A SEXTA)	R\$ 512,36
52.13	PLANTÃO MÉDICO C/ PÓS GRADUAÇÃO EM PEDIATRIA 06 HORAS NOTURNO (SEGUNDA A SEXTA)	R\$ 768,54
52.14	PLANTÃO MÉDICO C/ PÓS GRADUAÇÃO EM PEDIATRIA 08 HORAS NOTURNO (SEGUNDA A SEXTA)	R\$ 1.024,72
52.15	PLANTÃO MÉDICO C/ PÓS GRADUAÇÃO EM PEDIATRIA 12 HORAS NOTURNO (SEGUNDA A SEXTA)	R\$ 1.537,08
52.16	PLANTÃO MÉDICO C/ PÓS GRADUAÇÃO EM PEDIATRIA 01 HORA NOTURNO (FINAL DE SEMANA)	R\$ 147,08
52.17	PLANTÃO MÉDICO C/ PÓS GRADUAÇÃO EM PEDIATRIA 04 HORAS	R\$ 588,33



CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO EXPANDIDA SUL
CIM EXPANDIDA SUL-ES

Alfredo Chaves, Anchieta, Guarapari, Iconha, Itapemirim, Marataízes, Piúma e Rio Novo do Sul.

	NOTURNO (FINAL DE SEMANA)	
52.18	PLANTÃO MÉDICO C/ PÓS GRADUAÇÃO EM PEDIATRIA 06 HORAS NOTURNO (FINAL DE SEMANA)	R\$ 882,50
52.19	PLANTÃO MÉDICO C/ PÓS GRADUAÇÃO EM PEDIATRIA 08 HORAS NOTURNO (FINAL DE SEMANA)	R\$ 1.176,67
52.20	PLANTÃO MÉDICO C/ PÓS GRADUAÇÃO EM PEDIATRIA 12 HORAS NOTURNO (FINAL DE SEMANA)	R\$ 1.765,00
53	PLANTÃO MÉDICO C/ PÓS GRADUAÇÃO EM ORTOPEdia	VALOR
53.1	PLANTÃO MÉDICO C/ PÓS GRADUAÇÃO EM TRAUMA ORTOPEdia 01 HORA DIURNO	R\$ 170,15
53.2	PLANTÃO MÉDICO C/ PÓS GRADUAÇÃO EM TRAUMA ORTOPEdia 04 HORAS DIURNO	R\$ 680,63
53.3	PLANTÃO MÉDICO C/ PÓS GRADUAÇÃO EM TRAUMA ORTOPEdia 06 HORAS DIURNO	R\$ 1.020,94
53.4	PLANTÃO MÉDICO C/ PÓS GRADUAÇÃO EM TRAUMA ORTOPEdia 08 HORAS DIURNO	R\$ 1.361,25
53.5	PLANTÃO MÉDICO C/ PÓS GRADUAÇÃO EM TRAUMA ORTOPEdia 12 HORAS DIURNO	R\$ 2.041,88
53.6	PLANTÃO MÉDICO C/ PÓS GRADUAÇÃO EM TRAUMA ORTOPEdia 01 HORA NOTURNO	R\$ 170,15
53.7	PLANTÃO MÉDICO C/ PÓS GRADUAÇÃO EM TRAUMA ORTOPEdia 04 HORAS NOTURNO	R\$ 680,63
53.8	PLANTÃO MÉDICO C/ PÓS GRADUAÇÃO EM TRAUMA ORTOPEdia 06 HORAS NOTURNO	R\$ 1.020,94
53.9	PLANTÃO MÉDICO C/ PÓS GRADUAÇÃO EM TRAUMA ORTOPEdia 08 HORAS NOTURNO	R\$ 1.361,25
53.10	PLANTÃO MÉDICO C/ PÓS GRADUAÇÃO EM TRAUMA ORTOPEdia 12 HORAS NOTURNO	R\$ 2.041,88
	EXAMES LABORATORIAIS	
54	EXAMES BIOQUIMICOS	VALOR
54.1	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA	R\$ 11,00
54.2	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA 5 DOSAGENS	R\$ 7,21
54.3	DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO (SANGUE)	R\$ 2,04
54.4	DOSAGEM DE ALDOLASE	R\$ 4,05
54.5	DOSAGEM DE AMILASE (SERICA)	R\$ 4,40
54.6	DOSAGEM DE BILIRRUBINAS TOTAL FRAÇÕES	R\$ 2,21
54.7	DOSAGEM DE CÁLCIO (SANGUE)	R\$ 2,04
54.8	DOSAGEM DE CÁLCIO IONIZADO	R\$ 3,86
54.9	DOSAGEM DE CLORETO	R\$ 2,04
54.10	DOSAGEM DE CLORETO (LIQUOR)	R\$ 2,04
54.11	DOSAGEM DE COLESTEROL -TOTAL	R\$ 2,04
54.12	DOSAGEM DE COLESTEROL - HDL	R\$ 3,86
54.13	DOSAGEM DE COLESTEROL - LDL	R\$ 3,86
54.14	DOSAGEM DE COLESTEROL - VLDL	R\$ 3,86
54.15	DOSAGEM DE COLINESTERASE	R\$ 5,34
54.16	DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 2,04
54.17	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 4,05
54.18	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRAÇÃO MB	R\$ 4,05



CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO EXPANDIDA SUL
CIM EXPANDIDA SUL-ES

Alfredo Chaves, Anchieta, Guarapari, Iconha, Itapemirim, Marataízes, Piúma e Rio Novo do Sul.

54.19	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA	R\$ 4,05
54.20	DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 17,15
54.21	DOSAGEM DE FERRO SÉRICO	R\$ 5,94
54.22	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA PROSTÁTICA	R\$ 2,21
54.23	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 2,21
54.24	DOSAGEM DE FÓSFORO	R\$ 2,04
54.25	DOSAGEM DE GAMA – GLUTAMIL- TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 4,95
54.26	DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 2,04
54.27	DOSAGEM DE GLICOSE (LIQ. PLEURAL)	R\$ 2,04
54.28	DOSAGEM DE GLICOSE (LIGUOR)	R\$ 2,04
54.29	DOSAGEM DE GLICOSE JEJUM	R\$ 2,04
54.30	DOSAGEM DE GLICOSE PÓS JANTAR	R\$ 2,04
54.31	DOSAGEM DE GLICOSE PRÉ JANTAR	R\$ 2,04
54.32	DOSAGEM DE GLICEMIA 16 HORAS	R\$ 2,04
54.33	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 30,84
54.34	DOSAGEM DE LIPASE	R\$ 2,48
54.35	DOSAGEM DE MAGNÉSIO (SANGUE)	R\$ 2,21
54.36	DOSAGEM DE POTÁSSIO	R\$ 8,80
54.37	DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES	R\$ 2,04
54.38	DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS	R\$ 1,54
54.39	DOSAGEM DE SÓDIO	R\$ 4,40
54.40	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO-OXALACÉTICA (TGO)	R\$ 3,96
54.41	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$ 3,96
54.42	DOSAGEM DE TRIGLICERÍDEOS	R\$ 3,86
54.44	DOSAGEM DE URÉIA	R\$ 2,04
54.45	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$ 16,76
54.46	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 17,60
54.47	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA (PORCT.)	R\$ 5,95
54.48	ELETROFORESE DE PROTEÍNAS	R\$ 17,60
54.49	GASOMETRIA	R\$ 3,06
54.50	GASOMETRIA (APÓS EXERCÍCIO CICLO-ERGOMÉTRICO)	R\$ 3,06
54.51	GASOMETRIA (APÓS OXIGÊNIO A 100 DURANTE A DIFUSÃO ALVÉOLO-CAPILAR)	R\$ 3,06
54.52	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DÉFICIT BASE)	R\$ 17,22
54.53	LÍPIDES TOTAIS	R\$ 2,04
54.54	LÍPIDOGRAMA	R\$ 17,22
54.55	PROTEÍNAS BENCE-JONES (PESQUISA)	R\$ 2,24
54.56	PROTEÍNAS TOTAIS (LIQUOR)	R\$ 1,54
54.57	URÉIA PÓS HD	R\$ 2,04
55	EXAMES COPROLÓGICOS	VALOR
55.1	CULTURA FEZES	R\$ 6,18
55.2	FEZES COM MIF	R\$ 1,82
55.3	PARASITOLÓGICO - EPF	R\$ 1,82
55.4	PESQUISA LARVAS STRONGYLOIDES	R\$ 1,82
55.5	PESQUISA DE SANGUE OCULTO	R\$ 1,82
55.6	PESQUISA DE OXIURUS	R\$ 1,82
55.7	SWAB ANAL	R\$ 1,82



CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO EXPANDIDA SUL
CIM EXPANDIDA SUL-ES

Alfredo Chaves, Anchieta, Guarapari, Iconha, Itapemirim, Marataízes, Piúma e Rio Novo do Sul.

56	EXAMES HEMATOLÓGICOS E HEMOSTASIA	VALOR
56.1	CITOMETRIA DE FLUXO	R\$ 2,08
56.2	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 3,00
56.3	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$ 6,37
56.4	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO - TC	R\$ 3,00
56.5	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE PROTROMBINA - TAP	R\$ 3,00
56.6	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO - TS	R\$ 3,00
56.7	DETERMINAÇÃO DE TEMPO TROMBOPLASTINA ATIVA - PTTK	R\$ 3,00
56.8	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO - TC	R\$ 6,37
56.9	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE PROTROMBINA - TAP	R\$ 6,37
56.10	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO - TS	R\$ 6,37
56.11	DETERMINAÇÃO DE TEMPO TROMBOPLASTINA ATIVA - PTTK	R\$ 6,37
56.12	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTAÇÃO - VHS	R\$ 3,00
56.13	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	R\$ 5,06
56.14	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$ 1,68
56.15	ERITROGRAMA	R\$ 3,00
56.16	HEMATÓCRITO	R\$ 1,68
56.17	HEMOGRAMA + PLAQUETAS	R\$ 4,52
56.18	LEUCOGRAMA	R\$ 3,00
56.19	PESQUISA DE CÉLULAS LE	R\$ 4,52
56.20	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (COOMBS DIRETO)	R\$ 3,00
56.21	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (COOMBS INDIRETO)	R\$ 3,00
56.22	TRYPANOSSOMA CRUZI (HEMOAGLUTINAÇÃO) - HAITC	R\$ 11,00
56.23	TRYPANOSSOMA CRUZI ELISA	R\$ 10,18
56.24	TRYPANOSSOMA CRUZI ELISA	R\$ 11,00
56.25	TRYPANOSSOMA CRUZI IGG QUT. (IMUNOFL.)	R\$ 11,00
57	EXAMES RELACIONADOS A DOENÇAS E AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSORIA	VALOR
57.1	NEO CHAGAS IGM	R\$ 11,00
58	EXAMES SOROLÓGICOS, IMUNOBIOLOGICOS E ALÉRGICOS	VALOR
58.1	ACETIL COLINESTERASE	R\$ 4,05
58.2	ÁCIDO FÓLICO	R\$ 20,35
58.3	ÁCIDO LÁCTICO	R\$ 8,25
58.4	ÁCIDO METIL HIPURICO	R\$ 2,24
58.5	ALBUMINA	R\$ 3,86
58.6	ANCA	R\$ 2,48
58.7	ANTIBIOGRAMA (GERAL)	R\$ 5,48
58.8	ANTICORPOS ANTI PLAQUETAS IGG / IGM	R\$ 11,72
58.9	ANTICORPOS ANTI-RUBÉOLA IGG (ELISA)	R\$ 18,88
58.10	ANTICORPOS ANTI-RUBÉOLA IGM (ELISA)	R\$ 18,88
58.11	ANTIESTREPTOLISINA 'O' ASO - AEO	R\$ 3,11
58.12	ANTÍGENO AUSTRALIA HBSAG	R\$ 17,42
58.13	ANTÍGENO CARCINOEMBRIOGÊNICO - CEA	R\$ 14,69
58.14	ANTIGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO- PSA LIVRE/TOTAL	R\$ 23,10
58.15	AUTO-ANTICORPOS ANTI-CARDIOLIPINA IGG	R\$ 11,00
58.16	AUTO-ANTICORPOS ANTI-CARDIOLIPINA IGM	R\$ 11,00
58.17	BETA ESTRADIOL – 17 BETA ESTRADIOL ESTROGÊNIO	R\$ 11,17
58.18	BETA HCG – SUD-UNIDADE	R\$ 9,44



CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO EXPANDIDA SUL
CIM EXPANDIDA SUL-ES

Alfredo Chaves, Anchieta, Guarapari, Iconha, Itapemirim, Marataízes, Piúma e Rio Novo do Sul.

58.19	BETA HCG (QUANTITATIVO – HP)	R\$ 8,64
58.20	BLASTOMICOSE	R\$ 4,51
58.21	BRUCELOSE	R\$ 3,11
58.22	CAPACIDADE LIVRE DE LIGAÇÃO DE FERRO	R\$ 2,21
58.23	CAPACIDADE TOTAL DE LIGAÇÃO DE FERRO	R\$ 2,21
58.24	DETERMINAÇÃO DE COMPLEMENTO CH 50	R\$ 10,18
58.25	TESTE DE VDRL P / DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$ 3,11
58.26	DOSAGEM DO ANTIGENO CA 19/9	R\$ 8,93
58.28	DOSAGEM DO ANTIGENO CA 125	R\$ 8,80
58.29	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$ 18,88
58.30	DOSAGEM DE COMPLEMENTO SÉRICO C4	R\$ 18,88
58.31	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R\$ 13,53
58.32	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$ 11,55
58.33	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IGG)	R\$ 11,00
58.34	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 3,11
58.35	DOSAGEM DE TROPONINA	R\$ 9,90
58.38	IGE ESPECÍFICO PARA ÁCARO	R\$ 10,18
58.39	IGE ESPECÍFICO PARA CACAU	R\$ 10,18
58.40	IGE ESPECÍFICO PARA CARNE DE VACA	R\$ 10,18
58.41	IGE ESPECÍFICO PARA CLARA DO OVO	R\$ 10,18
58.42	IGE ESPECÍFICO PARA CORANTE VERMELHO	R\$ 10,18
58.43	IGE DERMATOPHAGOIDES FARINAE	R\$ 10,18
58.44	IGE DERMATOPHAGOIDES PTERONYSSINUS	R\$ 10,18
58.45	IGE ESPECÍFICO PARA	R\$ 10,18
58.46	IGE ESPECÍFICO PARA ALFA LACTOALBUMINA	R\$ 10,18
58.47	IGE ESPECÍFICO PARA AMENDOIM	R\$ 10,18
58.48	IGE ESPECÍFICO PARA AVEIA	R\$ 10,18
58.49	IGE ESPECÍFICO PARA BANANA	R\$ 10,18
58.50	IGE ESPECÍFICO PARA BARATA	R\$ 10,18
58.51	IGE ESPECÍFICO PARA BLOMIA TROPICALIS	R\$ 10,18
58.52	IGE ESPECÍFICO PARA CAMARÃO	R\$ 10,18
58.53	IGE ESPECÍFICO PARA CÂNDIDA ALBICANS	R\$ 10,18
58.54	IGE ESPECÍFICO PARA CARNE DE BOI	R\$ 10,18
58.58	IGE ESPECÍFICO PARA CARNE DE FRANGO	R\$ 10,18
58.59	IGE ESPECÍFICO PARA CARNE DE PORCO	R\$ 10,18
58.60	IGE ESPECÍFICO PARA MOFO	R\$ 10,18
58.61	IGE ESPECÍFICO PARA LEITE DE CABRA	R\$ 10,18
58.62	IGE ESPECÍFICO PARA LEITE DE VACA	R\$ 10,18
58.63	IGE ESPECÍFICO PARA MORFO	R\$ 10,18
58.64	IGE ESPECÍFICO PARA GEMA DE OVO	R\$ 10,18
58.65	IGE ESPECÍFICO PARA PELO (CÃO)	R\$ 10,18
58.66	IGE ESPECÍFICO PARA POEIRA	R\$ 10,18
58.67	IGE TOTAL	R\$ 10,18
58.68	MONONUCLEOSE (MONOTESTE)	R\$ 3,11
58.69	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM HERPES ZOSTER	R\$ 18,88
58.70	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG HERPES	R\$ 18,88
58.71	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG TOXOPLASMOSE	R\$ 20,41
58.72	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM TOXOPLASMOSE	R\$ 20,41



CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO EXPANDIDA SUL
CIM EXPANDIDA SUL-ES

Alfredo Chaves, Anchieta, Guarapari, Iconha, Itapemirim, Marataízes, Piúma e Rio Novo do Sul.

58.73	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (I METODO)	R\$ 10,67
58.74	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-2	R\$ 20,41
58.75	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI- SCHISTOSOMOS	R\$ 6,31
58.76	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ATICITOMEGALOVIRUS	R\$ 15,40
58.77	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ATICITOMEGALOVIRUS	R\$ 17,60
58.78	PESQUISA DE ANTICORPOS HEPATITE A HAV-IGG (INTERIOR)	R\$ 20,02
58.79	PESQUISA DE ANTICORPOS HEPATITE A HAV-IGM (INTERIOR)	R\$ 25,30
58.80	PESQUISA DE ANTICORPOS HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG)	R\$ 15,95
58.81	PESQUISA DE ANTICORPOS HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$ 17,60
58.82	PESQUISA DE ANTICORPOS HEPATITE B (ANTI - HBE)	R\$ 20,41
58.83	PESQUISA DE ANTICORPOS HEPATITE B (ANTI - HBS)	R\$ 20,41
58.84	PESQUISA DE ANTICORPOS HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$ 35,20
58.85	PESQUISA DE ANTIGENO/ HEPATITE B (HBEAG)	R\$ 19,69
58.86	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA DENGUE IGG	R\$ 22,00
58.87	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA DENGUE IGM	R\$ 33,00
58.88	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA IGG	R\$ 18,88
58.89	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA IGM	R\$ 19,25
58.90	PESQUISA DE FATOR RH "D"	R\$ 1,51
58.81	PESQUISA DE FATOR REUMATÓIDE	R\$ 3,11
58.82	PESQUISA DE FATOR REUMATÓIDE (WALLER ROSE)	R\$ 4,51
58.83	PESQUISA DE FATOR ANTI-NUCLEAR ROTINA IMUNOFLUORESCENTE- FANMMMJJMMJN	R\$ 18,88
58.84	PESQUISA DE TRYPANOSSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCÊNCIA)	R\$ 11,00
58.85	POTÁSSIO PÓS HD	R\$ 2,04
58.86	TESTE DE VDRL P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$ 3,11
58.87	TESTE FTA- ABS IGM P/ DIAGNÓSTICO DA SIFILIS	R\$ 11,00
59	EXAMES UROANÁLISE	VALOR
59.1	ÁCIDO HIPURICO NA URINA	R\$ 2,45
59.2	CÁLCIO (URINA)	R\$ 2,04
59.3	CLEARENCE DE CREATININA	R\$ 5,50
59.4	CULTURA (GERAL)	R\$ 6,18
59.5	CULTURA DE URINA + ANTIBIOGRAMA	R\$ 7,15
59.6	CULTURA PARA BK	R\$ 6,18
59.7	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA (MICROALBUMINURIA)	R\$ 8,93
59.8	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$ 2,24
59.9	DOSAGEM DE AMILASE (URINA)	R\$ 2,48
59.10	EAS – EXAME DE URINA	R\$ 4,07
59.11	GRAM GOTA DE URINA	R\$ 3,08
59.12	GRAM DE GOTA NÃO CENTRIFUGADA	R\$ 3,08
59.13	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	R\$ 4,07
59.14	PARCIAL DE URINA	R\$ 2,04
59.15	PESQUISA DE PIÓCITOS	R\$ 1,82
59.16	SÓDIO (URINA)	R\$ 2,04
60	EXAMES HORMONAIS	VALOR
60.1	ANTICORPO ANTI TPO MICROSSONAL	R\$ 20,68
60.2	DOSAGEM DE CORTISOL	R\$ 7,37
60.3	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$ 18,88



CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO EXPANDIDA SUL
CIM EXPANDIDA SUL-ES

Alfredo Chaves, Anchieta, Guarapari, Iconha, Itapemirim, Marataízes, Piúma e Rio Novo do Sul.

60.4	DOSAGEM DE DEHIDROTESTOTERONA (DHT)	R\$ 9,90
60.5	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$ 12,10
60.6	DOSAGEM DE ESTRIOL (SANGUE)	R\$ 17,71
60.7	DOSAGEM DE ESTRONA	R\$ 14,41
60.8	DOSAGEM DE GLICOSE PÓS -PRANDIAL	R\$ 2,90
60.9	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$ 9,44
60.10	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTUMULANTE (FSH)	R\$ 11,00
60.11	GH – HORMONIO DE CRESCIMENTO	R\$ 27,50
60.12	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	R\$ 13,20
60.13	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 10,98
60.14	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE LH 120' APÓS LHRH	R\$ 9,87
60.14	DOSAGEM DE PARATORMÔNIO	R\$ 47,44
60.15	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$ 13,75
60.16	DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$ 12,32
60.17	DOSAGEM DE TESTOSTERONA TOTAL	R\$ 12,10
60.18	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 22,55
60.19	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3 TOTAL)	R\$ 10,45
60.20	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T3 LIVRE)	R\$ 16,16
60.21	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 12,10
60.22	DOSAGEM DE TIROXINA T4	R\$ 11,00
60.23	LH 120' APÓS LHRH	R\$ 9,87
60.24	ÍNDICE DE SATURAÇÃO DA TRANSFERRINA	R\$ 4,53
60.25	TSH – ULTRASENSÍVEL	R\$ 12,65
60.26	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (S-DHEA)	R\$ 14,42
61	EXAMES MICROBIOLÓGICOS	VALOR
61.1	ANTIBIOGRAMA (GERAL)	R\$ 5,48
61.2	BAAR (PESQUISA)	R\$ 6,19
61.3	BACTEROSCOPIA (GRAM)	R\$ 3,08
61.4	CULTURA PARA IDENTIFICAÇÃO DE FUNGOS	R\$ 4,61
61.5	CULTURA DE BACTÉRIAS PARA IDENTIFICAÇÃO	R\$ 6,18
61.6	EXAME A FRESCO	R\$ 3,08
61.7	HEMOCULTURA	R\$ 12,64
61.8	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	R\$ 5,54
61.9	TRICHOMONAS VAGINALIS (PESQUISA)	R\$ 5,54
61.10	URINA 1º JATO	R\$ 4,07
62	EXAMES PATOLÓGICOS	VALOR
62.1	CITOLOGIA MAMÁRIA	R\$ 11,00
62.2	CITOLOGIA ONCÓTICA	R\$ 11,72
62.3	PCR P/CHLAMYDIA TRACHOMATIS – IMUNOFLORECÊNCIA. INDIRETA	R\$ 11,00
63	EXAMES TOXICOLÓGICOS OU DE MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA	VALOR
63.1	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	R\$ 2,45
63.2	ACIDO HIPURICO	R\$ 2,24
63.3	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	R\$ 64,47
63.4	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	R\$ 19,28
63.5	DOSAGEM DE COBRE	R\$ 11,55
63.6	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	R\$ 9,87
63.7	DOSAGEM DE LITIO	R\$ 4,40



CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO EXPANDIDA SUL
CIM EXPANDIDA SUL-ES

Alfredo Chaves, Anchieta, Guarapari, Iconha, Itapemirim, Marataízes, Piúma e Rio Novo do Sul.

63.8	DOSAGEM DE MERCÚRIO	R\$ 2,24
63.9	DOSAGEM DE FENOBARBITAL	R\$ 17,22
64	EXAMES DE OUTROS LÍQUIDOS BIOLÓGICOS	VALOR
64.1	MIELOGRAMA	R\$ 6,37
64.2	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES / ESPERMOGRAMA	R\$ 10,67
64.3	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	R\$ 3,11
64.4	TESTE IMUNOLOG. P/ GRAVIDEZ	R\$ 3,11
64.5	FRUTOSAMINA	R\$ 2,21
64.6	CLONAZEPAN	R\$ 11,00
EXAMES LABORATORIAIS REALIZADOS EM PRONTO ATENDIMENTO (24H)		
65	EXAMES BIOQUIMICOS	VALOR
65.1	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA	R\$ 22,00
65.2	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA 5 DOSAGENS	R\$ 14,42
65.3	DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO (SANGUE)	R\$ 4,08
65.4	DOSAGEM DE ALDOLASE	R\$ 4,10
65.5	DOSAGEM DE AMILASE (SERICA)	R\$ 8,80
65.6	DOSAGEM DE BILIRRUBINAS TOTAL FRAÇÕES	R\$ 4,42
65.7	DOSAGEM DE CÁLCIO (SANGUE)	R\$ 4,08
65.8	DOSAGEM DE CÁLCIO IONIZADO	R\$ 3,86
65.9	DOSAGEM DE CLORETO	R\$ 4,08
65.10	DOSAGEM DE CLORETO (LIQUOR)	R\$ 4,08
65.11	DOSAGEM DE COLESTEROL -TOTAL	R\$ 4,08
65.12	DOSAGEM DE COLESTEROL - HDL	R\$ 7,72
65.13	DOSAGEM DE COLESTEROL - LDL	R\$ 7,72
65.14	DOSAGEM DE COLESTEROL - VLDL	R\$ 7,72
65.15	DOSAGEM DE COLINESTERASE	R\$ 10,68
65.16	DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 4,08
65.17	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 8,10
65.18	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRAÇÃO MB	R\$ 8,10
65.19	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA	R\$ 8,10
65.20	DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 34,30
65.21	DOSAGEM DE FERRO SÉRICO	R\$ 11,88
65.22	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA PROSTÁTICA	R\$ 4,42
65.23	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 4,42
65.24	DOSAGEM DE FÓSFORO	R\$ 4,08
65.25	DOSAGEM DE GAMA – GLUTAMIL- TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 9,90
65.26	DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 4,08
65.27	DOSAGEM DE GLICOSE (LIQ. PLEURAL)	R\$ 4,08
65.28	DOSAGEM DE GLICOSE (LIQUOR)	R\$ 4,08
65.29	DOSAGEM DE GLICOSE JEJUM	R\$ 4,08
65.30	DOSAGEM DE GLICOSE PÓS JANTAR	R\$ 4,08
65.31	DOSAGEM DE GLICOSE PRÉ JANTAR	R\$ 4,08
65.32	DOSAGEM DE GLICEMIA 16 HORAS	R\$ 4,08
65.33	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 61,68
65.34	DOSAGEM DE LIPASE	R\$ 4,96
65.35	DOSAGEM DE MAGNÉSIO (SANGUE)	R\$ 4,42



CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO EXPANDIDA SUL
CIM EXPANDIDA SUL-ES

Alfredo Chaves, Anchieta, Guarapari, Iconha, Itapemirim, Marataízes, Piúma e Rio Novo do Sul.

65.36	DOSAGEM DE POTASSIO	R\$ 17,60
65.37	DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES	R\$ 4,08
65.38	DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS	R\$ 3,08
65.39	DOSAGEM DE SÓDIO	R\$ 8,80
65.40	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACÉTICA (TGO)	R\$ 7,92
65.41	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$ 7,92
65.42	DOSAGEM DE TRIGLICERÍDEOS	R\$ 7,92
65.43	DOSAGEM DE URÉIA	R\$ 4,08
65.44	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$ 33,52
65.45	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 35,20
65.46	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA (PORCT.)	R\$ 11,90
65.47	ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 35,20
65.48	GASOMETRIA	R\$ 6,12
65.49	GASOMETRIA (APÓS EXERCÍCIO CICLO-ERGOMÉTRICO)	R\$ 6,12
65.50	GASOMETRIA (APÓS OXIGÊNIO A 100 DURANTE A DIFUSÃO ALVÉOLO-CAPILAR)	R\$ 6,12
65.51	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DÉFICIT BASE)	R\$ 34,44
65.52	LIPIDES TOTAIS	R\$ 4,08
65.53	LIPIDOGRAMA	R\$ 34,44
65.54	PROTEÍNAS BENCE-JONES (PESQUISA)	R\$ 4,48
65.55	PROTEÍNAS TOTAIS (LIQUOR)	R\$ 3,08
65.56	URÉIA PÓS HD	R\$ 4,08
66	EXAMES COPROLÓGICOS	VALOR
66.1	CULTURA FEZES	R\$ 12,36
66.2	FEZES COM MIF	R\$ 3,64
66.3	PARASITOLÓGICO - EPF	R\$ 3,64
66.4	PESQUISA LARVAS STRONGYLOIDES	R\$ 3,64
66.5	PESQUISA DE SANGUE OCULTO	R\$ 3,64
66.6	PESQUISA DE OXIURUS	R\$ 3,64
66.7	SWAB ANAL	R\$ 3,64
67	EXAMES HEMATOLÓGICOS E HEMOSTASIA	VALOR
67.1	CITOMETRIA DE FLUXO	R\$ 4,16
67.2	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 6,00
67.3	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$ 12,74
67.4	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO - TC	R\$ 6,00
67.5	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE PROTROMBINA - TAP	R\$ 6,00
67.6	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO - TS	R\$ 6,00
67.7	DETERMINAÇÃO DE TEMPO TROMBOPLASTINA ATIVA - PTTK	R\$ 6,00
67.8	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO - TC	R\$ 12,74
67.9	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE PROTROMBINA - TAP	R\$ 12,74
67.10	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO - TS	R\$ 12,74
67.11	DETERMINAÇÃO DE TEMPO TROMBOPLASTINA ATIVA - PTTK	R\$ 12,74
67.12	DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTAÇÃO - VHS	R\$ 6,00
67.13	DOSAGEM DE FIBRINOGÊNIO	R\$ 10,12
67.14	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$ 3,36
67.15	ERITROGRAMA	R\$ 6,00
67.16	HEMATÓCRITO	R\$ 3,36



CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO EXPANDIDA SUL
CIM EXPANDIDA SUL-ES

Alfredo Chaves, Anchieta, Guarapari, Iconha, Itapemirim, Marataízes, Piúma e Rio Novo do Sul.

67.17	HEMOGRAMA + PLAQUETAS	R\$ 9,04
67.18	LEUCOGRAMA	R\$ 6,00
67.19	PESQUISA DE CÉLULAS LE	R\$ 9,04
67.20	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (COOMBS DIRETO)	R\$ 6,00
67.21	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (COOMBS INDIRETO)	R\$ 6,00
67.22	TRYPANOSSOMA CRUZI (HEMOAGLUTINAÇÃO) - HAITC	R\$ 22,00
67.23	TRYPANOSSOMA CRUZI ELISA	R\$ 20,36
67.24	TRYPANOSSOMA CRUZI ELISA	R\$ 22,00
67.25	TRYPANOSSOMA CRUZI IGG QUT. (IMUNOFL.)	R\$ 22,00
68	EXAMES RELACIONADOS A DOENÇAS E AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSORIA	VALOR
68.1	NEO CHAGAS IGM	R\$ 22,00
69	EXAMES SOROLÓGICOS, IMUNOBIOLÓGICOS E ALÉRGICOS	VALOR
69.1	ACETIL COLINESTERASE	R\$ 8,10
69.2	ÁCIDO FÓLICO	R\$ 40,70
69.3	ÁCIDO LÁCTICO	R\$ 16,50
69.4	ÁCIDO METIL HIPURICO	R\$ 4,48
69.5	ALBUMINA	R\$ 7,72
69.6	ANCA	R\$ 4,96
69.7	ANTIBIOGRAMA (GERAL)	R\$ 10,96
69.8	ANTICORPOS ANTI PLAQUETAS IGG / IGM	R\$ 23,44
69.9	ANTICORPOS ANTI-RUBÉOLA IGG (ELISA)	R\$ 37,76
69.10	ANTICORPOS ANTI-RUBÉOLA IGM (ELISA)	R\$ 37,76
69.11	ANTIESTREPTOLISINA 'O' ASO - AEO	R\$ 6,22
69.12	ANTÍGENO AUSTRALIA HBSAG	R\$ 34,84
69.13	ANTÍGENO CARCINOEMBRIOGÊNICO - CEA	R\$ 29,38
69.14	ANTIGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO- PSA LIVRE/TOTAL	R\$ 46,20
69.15	AUTO-ANTICORPOS ANTI-CARDIOLIPINA IGG	R\$ 22,00
69.16	AUTO-ANTICORPOS ANTI-CARDIOLIPINA IGM	R\$ 22,00
69.17	BETA ESTRADIOL – 17 BETA ESTRADIOL ESTROGÊNIO	R\$ 22,34
69.18	BETA HCG – SUD-UNIDADE	R\$ 18,88
69.19	BETA HCG (QUANTITATIVO – HP)	R\$ 17,28
69.20	BLASTOMICOSE	R\$ 9,02
69.21	BRUCELOSE	R\$ 6,22
69.22	CAPACIDADE LIVRE DE LIGAÇÃO DE FERRO	R\$ 4,42
69.23	CAPACIDADE TOTAL DE LIGAÇÃO DE FERRO	R\$ 4,42
69.24	DETERMINAÇÃO DE COMPLEMENTO CH 50	R\$ 20,84
69.25	TESTE DE VDRL P / DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$ 6,22
69.26	DOSAGEM DO ANTIGENO CA 19/9	R\$ 17,86
69.27	DOSAGEM DO ANTIGENO CA 125	R\$ 17,60
69.28	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$ 37,76
69.29	DOSAGEM DE COMPLEMENTO SÉRICO C4	R\$ 37,76
69.30	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R\$ 27,06
69.31	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$ 23,10
69.32	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IGG)	R\$ 22,00
69.33	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 6,22
69.34	DOSAGEM DE TROPONINA	R\$ 19,80
69.35	IGE ESPECÍFICO PARA ÁCARO	R\$ 20,36



CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO EXPANDIDA SUL
CIM EXPANDIDA SUL-ES

Alfredo Chaves, Anchieta, Guarapari, Iconha, Itapemirim, Marataízes, Piúma e Rio Novo do Sul.

69.36	IGE ESPECÍFICO PARA CACAU	R\$ 20,36
69.37	IGE ESPECÍFICO PARA CARNE DE VACA	R\$ 20,36
69.38	IGE ESPECÍFICO PARA CLARA DO OVO	R\$ 20,36
69.39	IGE ESPECÍFICO PARA CORANTE VERMELHO	R\$ 20,36
69.40	IGE DERMATOPHAGOIDES FARINAE	R\$ 20,36
69.41	IGE DERMATOPHAGOIDES PTERONYSSINUS	R\$ 20,36
69.42	IGE ESPECÍFICO PARA	R\$ 20,36
69.43	IGE ESPECÍFICO PARA ALFA LACTOALBUMINA	R\$ 20,36
69.44	IGE ESPECÍFICO PARA AMENDOIM	R\$ 20,36
69.45	IGE ESPECÍFICO PARA AVEIA	R\$ 20,36
69.46	IGE ESPECÍFICO PARA BANANA	R\$ 20,36
69.47	IGE ESPECÍFICO PARA BARATA	R\$ 20,36
69.48	IGE ESPECÍFICO PARA BLOMIA TROPICALIS	R\$ 20,36
69.49	IGE ESPECÍFICO PARA CAMARÃO	R\$ 20,36
69.50	IGE ESPECÍFICO PARA CÂNDIDA ALBICANS	R\$ 20,36
69.51	IGE ESPECÍFICO PARA CARNE DE BOI	R\$ 20,36
69.52	IGE ESPECÍFICO PARA CARNE DE FRANGO	R\$ 20,36
69.53	IGE ESPECÍFICO PARA CARNE DE PORCO	R\$ 20,36
69.54	IGE ESPECÍFICO PARA MOFO	R\$ 20,36
69.55	IGE ESPECÍFICO PARA LEITE DE CABRA	R\$ 20,36
69.56	IGE ESPECÍFICO PARA LEITE DE VACA	R\$ 20,36
69.57	IGE ESPECÍFICO PARA MORFO	R\$ 20,36
69.58	IGE ESPECÍFICO PARA GEMA DE OVO	R\$ 20,36
69.59	IGE ESPECÍFICO PARA PELO (CÃO)	R\$ 20,36
69.60	IGE ESPECÍFICO PARA POEIRA	R\$ 20,36
69.61	IGE TOTAL	R\$ 10,18
69.62	MONONUCLEOSE (MONOTESTE)	R\$ 6,22
69.63	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM HERPES ZOSTER	R\$ 37,76
69.64	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG HERPES	R\$ 37,76
69.65	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG TOXOPLASMOSE	R\$ 40,82
69.66	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM TOXOPLASMOSE	R\$ 40,82
69.67	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (I METODO)	R\$ 21,34
69.68	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-2	R\$ 40,82
69.69	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI- SCHISTOSOMOS	R\$ 12,62
69.70	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ATICITOMEGALOVIRUS	R\$ 30,80
69.71	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ATICITOMEGALOVIRUS	R\$ 35,20
69.72	PESQUISA DE ANTICORPOS HEPATITE A HAV-IGG (INTERIOR)	R\$ 40,04
69.73	PESQUISA DE ANTICORPOS HEPATITE A HAV-IGM (INTERIOR)	R\$ 50,60
69.74	PESQUISA DE ANTICORPOS HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG)	R\$ 31,90
69.75	PESQUISA DE ANTICORPOS HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$ 35,20
69.76	PESQUISA DE ANTICORPOS HEPATITE B (ANTI - HBE)	R\$ 40,82
69.77	PESQUISA DE ANTICORPOS HEPATITE B (ANTI - HBS)	R\$ 40,82
69.78	PESQUISA DE ANTICORPOS HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$ 70,40
69.79	PESQUISA DE ANTIGENO/ HEPATITE B (HBEAG)	R\$ 39,38
69.80	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA DENGUE IGG	R\$ 44,00
69.81	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA DENGUE IGM	R\$ 66,00
69.82	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA IGG	R\$ 37,76
69.83	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA IGM	R\$ 38,50



CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO EXPANDIDA SUL
CIM EXPANDIDA SUL-ES

Alfredo Chaves, Anchieta, Guarapari, Iconha, Itapemirim, Marataízes, Piúma e Rio Novo do Sul.

69.84	PESQUISA DE FATOR RH "D"	R\$ 3,02
69.85	PESQUISA DE FATOR REUMATÓIDE	R\$ 6,22
69.86	PESQUISA DE FATOR REUMATÓIDE (WALLER ROSE)	R\$ 9,02
69.87	PESQUISA DE FATOR ANTI-NUCLEAR ROTINA IMUNOFLUORESCENTE- FANMMMJJMMJN	R\$ 37,76
69.88	PESQUISA DE TRYPANOSSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCÊNCIA)	R\$ 22,00
69.89	POTÁSSIO PÓS HD	R\$ 4,08
69.90	TESTE DE VDRL P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$ 6,22
69.91	TESTE FTA- ABS IGM P/ DIAGNÓSTICO DA SIFILIS	R\$ 22,00
70	EXAMES UROANÁLISE	VALOR
70.1	ÁCIDO HIPURICO NA URINA	R\$ 4,90
70.2	CÁLCIO (URINA)	R\$ 4,08
70.3	CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 11,00
70.4	CULTURA (GERAL)	R\$ 12,36
70.5	CULTURA DE URINA + ANTIBIOGRAMA	R\$ 14,30
70.6	CULTURA PARA BK	R\$ 12,36
70.7	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA (MICROALBUMINURIA)	R\$ 17,86
70.8	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$ 4,48
70.10	DOSAGEM DE AMILASE (URINA)	R\$ 4,96
70.11	EAS – EXAME DE URINA	R\$ 8,17
70.12	GRAM GOTA DE URINA	R\$ 6,16
70.13	GRAM DE GOTA NÃO CENTRIFUGADA	R\$ 6,16
70.14	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	R\$ 8,14
70.15	PARCIAL DE URINA	R\$ 4,08
70.16	PESQUISA DE PIÓCITOS	R\$ 3,64
70.17	SÓDIO (URINA)	R\$ 4,08
71	EXAMES HORMONAIS	VALOR
71.1	ANTICORPO ANTI TPO MICROSSONAL	R\$ 41,36
71.2	DOSAGEM DE CORTISOL	R\$ 14,74
71.3	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$ 37,76
71.4	DOSAGEM DE DEHIDROTESTOTERONA (DHT)	R\$ 19,80
71.5	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$ 24,20
71.6	DOSAGEM DE ESTRIOL (SANGUE)	R\$ 35,42
71.7	DOSAGEM DE ESTRONA	R\$ 28,82
71.8	DOSAGEM DE GLICOSE PÓS -PRANDIAL	R\$ 5,80
71.9	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$ 18,88
71.10	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTUMULANTE (FSH)	R\$ 22,00
71.11	GH – HORMONIO DE CRESCIMENTO	R\$ 55,00
71.12	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	R\$ 26,40
71.13	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 21,96
71.14	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE LH 120' APÓS LHRH	R\$ 19,74
71.15	DOSAGEM DE PARATORMÔNIO	R\$ 94,88
71.16	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$ 27,50
71.17	DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$ 24,64
71.18	DOSAGEM DE TESTOSTERONA TOTAL	R\$ 24,20
71.19	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 45,10



CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO EXPANDIDA SUL
CIM EXPANDIDA SUL-ES

Alfredo Chaves, Anchieta, Guarapari, Iconha, Itapemirim, Marataízes, Piúma e Rio Novo do Sul.

71.20	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3 TOTAL)	R\$ 20,90
71.21	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T3 LIVRE)	R\$ 32,32
71.22	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 24,20
71.23	DOSAGEM DE TIROXINA T4	R\$ 22,00
71.24	LH 120' APÓS LHRH	R\$ 19,74
71.25	ÍNDICE DE SATURAÇÃO DA TRANSFERRINA	R\$ 9,06
71.26	TSH – ULTRASENSÍVEL	R\$ 25,30
71.27	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (S-DHEA)	R\$ 28,84
72	EXAMES MICROBIOLÓGICOS	VALOR
72.1	ANTIBIOGRAMA (GERAL)	R\$ 10,96
72.2	BAAR (PESQUISA)	R\$ 12,38
72.3	BACTEROSCOPIA (GRAM)	R\$ 6,16
72.4	CULTURA PARA IDENTIFICAÇÃO DE FUNGOS	R\$ 9,22
72.5	CULTURA DE BACTÉRIAS PARA IDENTIFICAÇÃO	R\$ 12,36
72.6	EXAME A FRESCO	R\$ 6,16
72.7	HEMOCULTURA	R\$ 25,28
72.8	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	R\$ 11,08
72.9	TRICHOMONAS VAGINALIS (PESQUISA)	R\$ 11,08
72.10	URINA 1º JATO	R\$ 8,14
73	EXAMES PATOLÓGICOS	VALOR
73.1	CITOLOGIA MAMÁRIA	R\$ 22,00
73.2	CITOLOGIA ONCÓTICA	R\$ 23,44
73.4	PCR P/CHLAMYDIA TRACHOMATIS – IMUNOFLORECÊNCIA. INDIRETA	R\$ 22,00
74	EXAMES TOXICOLÓGICOS OU DE MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA	VALOR
74.1	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	R\$ 4,90
74.2	ACIDO HIPURICO	R\$ 4,48
74.3	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	R\$ 128,94
74.4	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	R\$ 38,56
74.5	DOSAGEM DE COBRE	R\$ 23,10
74.6	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	R\$ 19,74
74.7	DOSAGEM DE LITIO	R\$ 8,80
74.8	DOSAGEM DE MERCÚRIO	R\$ 4,48
74.9	DOSAGEM DE FENOBARBITAL	R\$ 34,44
75	EXAMES DE OUTROS LÍQUIDOS BIOLÓGICOS	VALOR
75.1	MIELOGRAMA	R\$ 12,74
75.2	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES / ESPERMOGRAMA	R\$ 21,34
75.3	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	R\$ 6,22
75.4	TESTE IMUNOLOG. P/ GRAVIDEZ	R\$ 6,22
75.6	FRUTOSAMINA	R\$ 4,42
75.7	CLONAZEPAN	R\$ 22,00