

O Consórcio Público da Região Sudoeste Serrana – CIM Pedra Azul, com sede na Av. Marechal Deodoro, nº 126, Centro, Afonso Cláudio - ES, por intermédio de seu Presidente, o Sr. Josafá Storch, no uso de suas prerrogativas legais, informa por meio deste, a tabela de valores e procedimentos de saúde ofertados aos municípios consorciados.

Registra-se, publica-se e cumpra-se.

Afonso Cláudio, ES, 13 de dezembro de 2022

Josafá Storch

Presidente do CIM Pedra Azul

<b>CAMARA SETORIAL DE SAÚDE</b>		
<b>1</b>	<b>CONSULTAS MÉDICAS EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA</b>	<b>VALOR R\$</b>
1.1	Oftalmologia com exame de fundo de olho + Tonometria	50,00
1.2	Ortopedia	50,00
1.3	Otorrinolaringologia	50,00
1.4	Nefrologia	50,00
1.5	Neurologia	50,00
1.6	Psiquiatria	50,00
1.7	Cardiologia + Eletrocardiograma	50,00
1.8	Dermatologia	50,00
1.9	Geriatria	50,00
1.10	Endocrinologia	50,00
1.11	Reumatologia	50,00
1.12	Urologia	50,00
1.13	Consulta com Anestesista	50,00
1.14	Infectologista	50,00
1.15	Gastroentereologia	50,00
1.16	Reumatologia	50,00
1.17	Neuropediatria	60,00
1.18	Pediatria	50,00
1.19	Ginecologia	50,00
1.20	Cirurgia Geral	50,00
1.21	Angiologia	50,00
1.22	Clínico Geral	40,00
1.23	Consulta Ortopédica/Telemedicina	36,80
<b>2</b>	<b>Consultas de Profissionais de Nível Superior Apoio às Clínicas Médicas</b>	
2.1	Fonoaudiologia	36,00
2.2	Fisioterapia	36,00
2.3	Nutricionista	36,00
2.4	Psicologia	36,00
2.5	Acupuntura	36,00
<b>3</b>	<b>Procedimentos de Cardiologia</b>	

3.1	Ecocardiograma Bidimensional com Doppler a cores/ Carótidas	90,00
3.2	Eletrocardiograma com laudo (via internet 24 horas)	10,00
3.3	Ecocardiograma bidimensional c/ Doppler vertebrais e carótidas	150,00
3.4	Monitorização Ambulatorial de Pressão Arterial 24 horas	120,00
3.5	Teste de Esforço/ Teste Ergométrico	90,00
4	<b>Procedimentos de Oftalmologia</b>	
4.1	Angiografia Fluorescente	185,00
4.2	Biometria Ultrassônica (monocular)	65,00
4.3	Campo visual ou Campimetria/mono	60,00
4.4	Paquimetria Ultrassônica/ Córnea	60,00
4.5	Mapeamento de retina ou Fundo de olho/ mono	60,00
4.6	Ecografia/ ultrassom de olho	50,00
4.7	Ceratoscopia Mono	80,00
4.8	Curva Tensional Diária/BI	60,00
4.9	Microscopia Especular da Córnea/ Mono	90,00
4.10	Dacriocistografia (vias lacrimais)	130,00
4.11	Angiografia Fluorescente	200,00
4.12	Retinografia colorida por olho	40,00
4.13	Gonioscopia	50,00
5	<b>Procedimentos Cirúrgicos/Hospitalar/Anestesiologia</b>	
5.1	Cirurgia de Pterígio	700,00
6	<b>Procedimentos de Gastroenterologia e Proctologia</b>	
6.1	Endoscopia Digestiva Alta c/ anestesia/sedação	250,00
6.2	Endoscopia digestiva com retirada de peça anatômica para biopsia	280,00
6.3	Colonoscopia/ com sedação/ anestesia	480,00
6.5	Colonoscopia/ com sedação/ 2enômeno2 com retirada de peça para biopsia	510,00
6.5	Retossigmoidoscopia Flexível ou rígida	120,00
6.6	Retossigmoidoscopia Flexível ou rígida com retirada de peça para biopsia	150,00

<b>7</b>	<b>Procedimentos em Neurologia</b>	
7.1	Eletroencefalograma em vigília	70,00
7.2	Eletroencefalograma com mapeamento cerebral	200,00
<b>8</b>	<b>Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais</b>	
8.1	Vasectomia	173,00 H.M.
8.2	Postectomia	200,00 H.M.
8.3	Cirurgias de Pequeno Porte I – Ambulatorial <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Exérese</u> de unha</li> <li>• Retirada de corpo estranho</li> <li>• Cauterização Química (até 5 lesões)</li> <li>• Drenagem de Abscesso</li> <li>• Infiltração <u>intralesional</u></li> </ul>	60,00 H.M. Material disponibilizado pelo municipo.
8.4	Cirurgias de Pequeno Porte II – Ambulatorial <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Exérese</u> e <u>sutura</u> de pequenas lesões (até 5 lesões)</li> <li>• <u>Exérese</u> de tumor de partes moles (até 3 lesões)</li> <li>• Biopsia de pele e mucosa (até 3 lesões)</li> <li>• <u>Excisão</u> e <u>sutura</u> simples de câncer de pele e mucosa (até 3 lesões)</li> <li>• <u>Hantelasma</u> (por lesão)</li> </ul>	110,00 H.M. Material disponibilizado pelo municipo.
8.5	Cirurgias de médio Porte – Hospitalar	300,00 H.M.
8.6	Procedimentos Ortopédicos	100,00 H.M.
<b>9</b>	<b>Procedimentos de Urologia</b>	
9.1	Urodinâmica	130,00
9.2	Urografia Excretora	150,00
9.3	Uretrocistografia <u>Miccional</u>	150,00
<b>10</b>	<b>Procedimentos de Otorrinolaringologia</b>	
10.1	Audiometria	80,00
10.2	Bera	200,00
10.3	Videolaringoscopia	120,00
10.4	Videolaringoscopia nasal e flexível	120,00
10.5	Teste da Orelhinha	46,88

10.6	Timpanoplastia (Uni/Bilateral)	2.000,00
10.7	Timpanotomia para tubo de ventilação	700,00
10.8	Uvulopalatofaringoplastia	800,00
10.9	Excisão de rânula ou fenômeno de retenção salivar	650,00
10.10	Frenotomia lingual ou frenectomia	650,00
10.11	Adenoidectomia	1.200,00
10.12	Amigdalectomia	1.400,00
10.13	Turbinectomia	950,00
10.14	Septoplastia para correção de desvio	950,00
10.15	Septoplastia + cornetos	1.350,00
<b>11</b>	<b>Procedimentos de Fisioterapia</b>	
11.1	Sessão de fisioterapia domiciliar Ortopédica/ Respiratória/ Reumatológica	22,00
11.2	Sessão de fisioterapia neurológica	16,80
11.3	Sessão de fisioterapia RPG	27,50
11.4	Terapia Ocupacional	38,50
11.5	Fisioterapia pré-pós traumática	28,00
<b>12</b>	<b>Procedimentos em Ginecologia</b>	
12.1	Consulta ginecológica/obstétrica	50,00
12.2	Colposcopia	60,00
12.3	Colposcopia mais Biópsia	70,00
12.4	Fornecimento e inserção do Diu	250,00
12.5	Inserção do Diu	150,00
12.6	Eletrocauterização do colo uterino	85,00
<b>13</b>	<b>Procedimentos em Anestesiologia</b>	
13.1	Sedação p/ procedimentos cirúrgicos – Hospitalar	200,00

13.2	Sedação p/ Tomografia e Ressonância Magnética (adulto/infantil)	350,00
<b>14</b>	<b>Plantões</b>	
14.1	<b>Plantões médico regulador: clínico geral e pediatria – PA/Ambulatorial</b>	
14.2	Segunda a sexta-feira 12 horas	1.000,00
14.2.1	Segunda a sexta-feira 24 horas	2.000,00
14.2.2	Sábado 12 horas	1.200,00
14.2.3	Sábado 24 horas	2.400,00
14.2.4	Domingo 12 horas	1.200,00
14.2.5	Domingo 24 horas	2.400,00
14.2.6	Clínico geral/pediatra AB 08 HORAS	670,00
14.2.7	Clínico geral/pediatra AB 04 HORAS	350,00
14.3	<b>Apoio Matricial: Plantões de 6 horas diurnos</b>	
14.3.1	Médico Especialista: Psiquiatria/Neurologia/S.M	480,00
14.3.2	Psicologia/Saúde Mental	200,00
14.3.3	Enfermeiro	200,00
<b>14.4</b>	<b>Plantões De Assistência De Enfermagem</b>	
14.4.1	Plantões 12 horas diurno nível superior PA	420,00
14.4.2	Plantões 08 horas diurno nível superior PA/Ambulatorial	240,00
14.4.3	Plantões 12 horas noturno nível superior PA	450,00
14.4.4	Plantões 12 horas diurno nível técnico PA	100,00
14.4.5	Plantões 12 horas noturno nível técnico PA	120,00
14.4.6	Plantões 08 horas diurno nível técnico Ambulatorial	100,00
14.5	<b>Plantão Farmacêutico</b>	
14.5.1	Plantão de 12 horas diurno	360,00
14.5.2	Plantão de 08 horas diurno	240,00
14.6	<b>Plantão Odontólogo</b>	
14.6.1	Plantão de 12 horas diurno	300,00

14.6.2	Plantão de supervisor 08 horas diurno	200,00
14.6.3	Plantão de 08 horas diurno	200,00
14.6.4	Plantão de 08 horas diurno técnico saúde bucal	110,00
14.6.5	Plantão de 08 horas diurno auxiliar em odontologia	110,00
14.7	<b>Plantão Assistente Social</b>	
14.7.1	Plantão de 08 horas diurno	200,00
14.8	<b>Plantão Psicólogo</b>	
14.8.1	Plantão de 08 horas diurno	200,00
14.9	<b>Plantão técnico Raio X</b>	
14.9.1	Plantão de 04 horas diurno	140,00
14.10	<b>Plantão de Laboratório</b>	
14.10.1	Plantão de sobreviso de laboratório 12 horas	200,00
14.11	<b>Plantão de Nutricionista</b>	
14.11.1	Plantão de 08 horas	200,00
<b>15.</b>	<b>ULTRASSONOGRAFIAS</b>	
15.1	US OBSTÉTRICA GESTAÇÃO COM DOPPLER COLOR	115,00
15.2	US MORFOLÓGICA	218,50
15.3	US MORFOLÓGICA COM DOPPLER	240,00
15.4	OBSTÉTRICA COM DOPPLER	115,00
15.5	US OBSTÉTRICA COM TRANSLUCÊNCIA	126,00
15.6	US DOPPLER COLOR ARTERIAL DE MEMBRO INF. UNILATERAL	120,75
15.7	US DOPPLER COLOR ARTERIAL DE MEMBRO SUP. UNILATERAL	120,75
15.8	US DOPPLER COLOR DE AORTA E ARTÉRIAS RENAI	135,00
15.9	US DOPPLER COLOR DE VASOS CERVICAIS (CARÓTIDAS)	104,65
15.10	US DOPPLER COLOR DE VASOS CERVICAIS (VERTEBRAIS)	104,65
15.11	US DOPPLER COLOR VENOSO DE MEMBRO INF. UNILATERAL (INCLUI VARIZES E SAFENAS)	120,75
15.12	US DOPPLER COLOR VENOSO DE MEMBRO SUP. UNILATERAL	120,75
15.13	US OBSTETRICA (ENDOVAGINAL, MAMÁRIA, PÉLVICA, TIREÓIDE, ABDOMINAL TOTAL, ABDOMEM SUP. E OUTROS)	65,00
15.14	ANGIORESSONÂNCIA	480,00
15.15	ANGIOTOMOGRRAFIA	400,00

<b>16</b>	<b>RESSONÂNCIAS</b>	
16.1	RM MAMA (BILATERAL)	500,00
16.2	RM MAMA (UNILATERAL)	319,00
16.3	RM PELVE	319,00
16.4	RM COXO-FEMURAL (BILATERAL)	319,00
16.5	RM TORAX	319,00
16.6	RM PESCOÇO (LARINGE, FARINGE, TIREOIDE, P. MOLES)	319,00
16.7	RM JOELHO (UNILATERAL)	319,00
16.8	RM OMBRO (UNILATERAL)	319,00
16.9	RM COLUNA LOMBO – SACRA	319,00
16.10	RM FACE (SEIOS DA FACE, ORBITA, OSSO TEMPORAL).	319,00
16.11	RM ARTICULAR (OMBRO, COTOVELO, PUNHO, JOELHO, TORNOZELO, PÉ, ART.). COXA	319,00
16.12	RM CRÂNIO (FACE, ENCEFALO, SELA ÓRBITAS, MASTÓIDES, HIPO).	319,00
16.13	RM DE SELA TURCA (HIPÓFISE)	319,00
16.14	RM COLUNA CERVICAL	319,00
16.15	RM COLUNA TORACICA	319,00
16.16	RM COTOVELO OU PUNHO OU OMBRO (UNILATERAL)	319,00
16.17	RM ABDOMEN SUPERIOR (FIGADO, PANCREAS, BAÇO, RINS, SUPRA RENAI, RETROPERITONICO).	319,00
<b>17</b>	<b>TOMOGRAFIAS</b>	
17.1	TC SELA TURCA	132,00
17.2	TC COLUNA CERVICAL ATE 3 SEGMENTOS	132,00
17.3	TC COLUNA DORSAL ATÉ 3 SEGMENTOS	132,00
17.4	TC COLUNA LOMBAR ATÉ 3 SEGMENTOS	132,00
17.5	TC PELVE OU BACIA	176,00
17.6	TC ARTICULAÇÕES	132,00
17.7	TC ABDOME TOTAL	228,00
17.8	TC PESCOÇO (FARINGE, LARINGE, TIREOIDE, REGIÃO CERVICAL).	176,00
17.9	TC ABDOMEN SUPERIOR	176,00
17.10	TC CRANIO	176,00
17.11	TC ATM	132,00
17.12	TC TORAX	176,00
17.13	TC MASTOIDES OU OUVIDOS	176,00
17.14	TC SEIOS DA FACE	132,00
17.15	TC FACE	132,00
17.16	TC ORBITAS	132,00

18	RADIOGRAFIAS	
18.1	EMISSAO DE LAUDO RADIOLOGICO	10,00
18.2	ESCANOMETRIA	22,00
18.3	RADIOGRAFIA CLISTER OPACO	120,0
18.4	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA / COM LAUDO)	32,20
18.5	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	15,00
18.6	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO	15,00
18.7	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO COM LAUDO	32,20
18.9	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	15,00
18.10	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP) / COM LAUDO	32,20
18.11	RADIOGRAFIA DE ADENOIDES LATERAL	19,00
18.12	RADIOGRAFIA DE ADENOIDES LATERAL (COM LAUDO)	32,20
18.13	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	15,00
18.14	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	15,00
18.15	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR (COM LAUDO)	32,20
18.16	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL (QUADRIL / COM LAUDO)	32,20
18.17	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL (QUADRIL)	15,00
18.18	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	15,00
18.19	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR (COM LAUDO)	32,20
18.20	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA	22,00
18.21	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA (COM LAUDO)	32,20
18.22	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (TORNOZELO / COM LAUDO)	32,20
18.23	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA (TORNOZELO)	15,00
18.24	RADIOGRAFIA DE BACIA (AP / COM LAUDO)	32,20
18.25	RADIOGRAFIA DE BACIA AP	15,00
18.26	RADIOGRAFIA DE BRACO AP/PERFIL	15,00
18.27	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO AP/PERFIL	15,00
18.28	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO AP/PERFIL (COM LAUDO)	32,20
18.29	RADIOGRAFIA DE CAVUM	19,00
18.30	RADIOGRAFIA DE CAVUM (COM LAUDO)	32,20
18.31	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ / COM LAUDO)	32,20
18.32	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	19,00
18.33	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA AP/PERFIL	15,00
18.34	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP / PERFIL / OBLIQUAS)	27,00
18.35	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP / PERFIL)	15,00
18.36	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + PERFIL+ OBLIQUAS / COM LAUDO)	32,20
18.37	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + PERFIL / COM LAUDO)	32,20
18.38	RADIOGRAFIA DE COLUNA DORSAL AP PERFIL	24,00
18.39	RADIOGRAFIA DE COLUNA DORSAL AP PERFIL (COM LAUDO)	32,20
18.40	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBAR (AP / PERFIL / OBLIQUA / COM LAUDO)	32,20
18.41	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBAR AP / PERFIL	27,00
18.42	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBAR AP / PERFIL / OBLIQUA	24,00
18.43	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	16,00
18.44	RADIOGRAFIA DE COTOVELO AP/PERFIL	15,00



18.45	RADIOGRAFIA DE COXA AP / PERFIL (FEMUR) COM LAUDO	32,20
18.46	RADIOGRAFIA DE COXA AP/PERFIL (FEMUR)	22,00
18.47	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA / LATERAL / BRETTON / COM LAUDO)	32,20
18.48	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA / LATERAL / BRETTON)	21,00
18.49	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL / COM LAUDO)	32,20
18.50	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIGUA / BRETTON + HIRTZ / COM LAUDO)	32,20
18.51	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIGUA / BRETTON + HIRTZ)	27,00
18.52	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	21,00
18.53	RADIOGRAFIA DE ESTERNO AP / PERFIL	18,00
18.54	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL / COM LAUDO)	32,20
18.55	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	15,00
18.56	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL / COM LAUDO)	32,20
18.57	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	22,00
18.58	RADIOGRAFIA DE MAO (QUIRODACTILOS AP / PERFIL)	15,00
18.59	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	22,00
18.60	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA) COM LAUDO	32,20
18.61	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)	21,00
18.62	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL) COM LAUDO	32,20
18.63	RADIOGRAFIA DE OMBRO OU OMOPLATA	15,00
18.64	RADIOGRAFIA DE OMBRO OU OMOPLATA (COM LAUDO)	32,20
18.65	RADIOGRAFIA DE ORBITAS	22,00
18.66	RADIOGRAFIA DE ORBITAS (COM LAUDO)	32,20
18.67	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	19,00
18.68	RADIOGRAFIA DE PE OU PODODACTILOS AP/PERFIL	15,00
18.69	RADIOGRAFIA DE PE OU PODODACTILOS AP/PERFIL (COM LAUDO)	32,20
18.70	RADIOGRAFIA DE PERNA AP / PERFIL	15,00
18.71	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP / PERFIL)	15,00
18.72	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP / PERFIL/COM LAUDO)	32,20
18.73	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	22,00
18.74	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA	27,00
18.75	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA (COM LAUDO)	32,20
18.76	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN / MN / LAT)	19,00
18.77	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN / MN / LAT) COM LAUDO	32,20
18.78	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	15,00
18.79	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ) COM LAUDO	32,20
18.80	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (HR / PERFIL)	19,00
18.81	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (HR / PERFIL) COM LAUDO	32,20
18.82	RADIOGRAFIA DE SELA TURCA (PA + LATERAL + BRETTON)	19,00
18.83	RADIOGRAFIA DE SELA TURCA (PA + LATERAL + BRETTON) COM LAUDO	32,20
18.84	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRACAO + EXPIRACAO + LATERAL)	26,00
18.85	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRACAO + EXPIRACAO + LATERAL) COM LAUDO	32,20
18.86	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	32,20
18.87	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA) COM LAUDO	32,20
18.88	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E LATERAL)	22,00

18.89	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E LATERAL) COM LAUDO	32,20
18.90	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	18,00
18.91	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA) COM LAUDO	32,20
18.92	RADIOGRAFIA SERIOGRAFIA ESOFAGO GASTRO DUODENAL	100,00
18.93	RADIOGRAFIA SERIOGRAFIA GASTRO DUODENO	100,00
<b>19</b>	<b>Prótese Dentária</b>	
19.1	Prótese Dentária no município sede do laboratório	200,00
19.2	Prótese Dentária nos municípios acima de 60km da sede do laboratório	280,00
<b>20</b>	<b>Transporte Sanitário de U&amp;E</b>	
20.1	<b>Remoção Básica (Km Rodado)</b> Equipe: 01 técnico de enfermagem e 01 condutor socorrista	8,40
20.2	<b>Remoção UTI (Km Rodado)</b> Equipe: 01 médico, 01 enfermeiro e 01 condutor socorrista	12,00
20.3	<b>Remoção UTIN NEONATAL OU PEDIÁTRICA (Km Rodado)</b> Equipe: 01 médico pediatra, 01 enfermeiro e 01 condutor socorrista	14,00
<b>22</b>	<b>Mamografia</b>	
22.1	Bilateral	63,25
<b>23</b>	<b>ELETRONEUROMIOGRAFIA</b>	
	Eletroneuromiografia face	275,00
	Eletroneuromiografia membros inferiores	385,00
	Eletroneuromiografia membros superiores	385,00
	Eletroneuromiografia períneo	401,72
	Eletroneuromiografia quatro membros	693,00

ITEM	CAMARA SETORIAL ADMINISTRATIVA	VALOR (R\$)
1	MEDICINA DO TRABALHO	75,00 POR VIDA