



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU
Rua Iguaçu, s/nº - Bairro Nazaré
Medianeira – Paraná – 85884-000
(45)3264-5062

4ª Assembleia Geral Extraordinária

Edital nº 05/2023

Ata 04/2023

Ao 1º dia do mês de novembro do ano de dois mil e vinte e três (01/11/2023), a partir das 15h:00min, na sede do CISI, Medianeira/PR, em primeira chamada e com a coordenação do Presidente do Consórcio Intermunicipal de Saúde Iguaçu, Prefeito de Medianeira Antonio França Benjamim que, no uso de suas atribuições legais e com quórum estabelecido, deu início a **4ª ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA – 2023**, de acordo com o Edital nº 05/2023, de 19 de outubro de 2023, publicado em 19/10/2023. Presentes a mesma, o presidente citado, o prefeito de Serranópolis do Iguaçu Ivo Roberti, o prefeito de Ramilândia Edson dos Santos, o prefeito de Matelândia Maximino Pietrobon e a Secretária de Saúde de Missal Janieli, representando, com procuração, o prefeito Adilto Luiz Ferrari. A assembleia ainda contou com a presença dos SMS de Medianeira Rosângela F. Zanchett, de Matelândia Douglas Carnetti, a apoiadora do Cosems Carline Slovinski Acordi Garcia, e do Cisi os funcionários Silvia Vannini, diretora executiva, Lizandra De Luca Lima, contadora, Dr. Fabrício de Faveri, advogado, Fabrício Alessi Steinmacher, analista de Informática, Ana Paula Antonio Cosmo, Assessora de Planejamento. O presidente abriu a Assembleia saudando a todos e apresentou a Ordem do dia, de acordo com o Edital. Inicialmente foi efetuada a leitura da Ata nº 03/2023, da última Assembleia, tendo sido APROVADA. Na sequência, passou-se à apresentação do: **1) Contrato de Rateio e Contrato de Programa/2024**, os quais foram elaborados baseados nos valores que os municípios contemplaram em suas LOAS, e os Contratos de Programa que estão elaborados com os valores previstos para a utilização em serviços médicos, saúde bucal e atendimentos multiprofissionais (consultas, exames e procedimentos), a contratação de Casa de Apoio e de empresa para o fornecimento de Software de Gestão em Saúde Pública, APROVADO. Referente ao **2) PLACIC/2024**, a contadora, primeiramente explanou sobre os objetivos do Plano e elencou as ações e metas previstas para 2024, sendo que o mesmo foi APROVADO. Na sequência veio o assunto **3) Orçamento/2024**, sendo esclarecido que o mesmo foi baseado nos Contratos de Rateio firmados com os municípios e no Programa BPA firmado com o governo estadual, estimando as receitas e fixando as despesas no valor de R\$ 15.400.369,64 (quinze milhões, quatrocentos mil, trezentos e sessenta e nove reais e sessenta e quatro centavos), sendo R\$ 2.031.547,96 (dois milhões, trinta e um mil, quinhentos e quarenta e sete reais e noventa e seis centavos) para as despesas administrativas; R\$ 12.027.620,57 (doze milhões, vinte e sete mil, seiscentos e vinte reais e cinquenta e sete centavos) para serviços e procedimentos de saúde e afins; R\$ 775.000,00 (setecentos e setenta e cinco mil reais) para as casas de apoio, R\$ 520.000,00 (quinhentos e vinte mil reais) para empresa de fornecimento de software de gestão em saúde pública e R\$ 46.201,11 (quarenta e seis mil, duzentos e um reais e onze centavos) para reserva de contingência, o qual foi APROVADO. **4)**



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU
Rua Iguaçu, s/nº - Bairro Nazaré
Medianeira - Paraná - 85884-000
(45)3264-5062

41 **Apresentação e aprovação dos Editais de Credenciamento/2024:** Os Editais de
42 Credenciamento de Casas de Apoio e dos Serviços de Saúde, não sofreram alterações
43 significativas e foram APROVADOS. **5) Apresentação e aprovação das Tabelas de**
44 **Preços Públicos:** a) para as diárias das casas de apoio, considerando pesquisas em
45 consórcios, prefeitura, proposta do prestador e o índice IPCA acumulado no período, foi
46 APROVADO o valor de R\$ 100,28 (cem reais e vinte e oito centavos) em quartos
47 coletivos, e R\$ 143,41 (centos e quarenta e três reais e quarenta e um centavos) para
48 quarto individual. b) para os serviços na área de especialidades médicas, saúde
49 bucal e atendimentos multiprofissionais, foram apresentadas sugestões de alterações,
50 que levaram em conta pesquisas em outros órgãos públicos; último reajuste concedido à
51 especialidade; dificuldade de contratação; insatisfação dos prestadores; aumento dos
52 insumos e materiais médicos e que, nas pediatrias, são necessárias 1 residência e 1
53 especialização. Tudo isso foi anteriormente discutido em reunião com os Secretários
54 Municipais de Saúde, Cosems e o CISI, no dia 17/10/2023, as quais também foram
55 APROVADAS pela assembleia, tendo sido estabelecida a Tabela de Preços Públicos
56 CISI/2024, conforme anexo a esta. Terminada a apresentação da Tabela e Edital, Dr.
57 Fabrício fez a apresentação e discussão do: **6) PROCESSO ELEITORAL,** que deve
58 ocorrer na primeira semana de dezembro, cabendo ao atual Conselho Diretor organizar
59 esse processo, de acordo com a 6ª alteração do Estatuto: "Processo eleitoral Título II -
60 Do Conselho Diretor **Art. 14.** O Conselho Diretor é composto por um Presidente, um
61 Vice-Presidente e um Secretário que serão eleitos pela Assembleia Geral dentre seus
62 membros, com mandato de 01 (um ano) e direito à reeleição. Os critérios para o
63 processo estão de acordo com o **Art. 53. Art. 54, § 1º, § 2º.** Poderá haver alteração na
64 condução do processo eleitoral, no dia da eleição, em caso de negociação para chapa
65 única, que deverá ser aprovada pelos presentes. **Art. 55, Art. 56. Art. 57.** Na
66 oportunidade será eleito também o Conselho Fiscal e a Comissão Técnica Consultiva
67 Paritária. O CISI deverá encaminhar o Edital de convocação da assembleia para os
68 prefeitos com as principais normativas legais do processo eleitoral. Com a concordância
69 de todos, foi aprovada a eleição por aclamação. Finalizando a assembleia, o presidente
70 agradeceu a presença de todos. Assina a presente ata, em conjunto com quem a lavrou,
71 o presidente do CISI, Prefeito Antonio França Benjamim. As demais assinaturas
72 constam do livro de assinaturas.

73

74

75

76



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU
Rua Iguaçu, s/nº - Bairro Nazaré
Medianeira – Paraná – 85884-000
(45)3264-5062

77	CÓDIGO CONSULTAS MÉDICAS EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA VALOR CISI
78	03.01.01.007-2 CONSULTA MÉDICA EM ANESTESIOLOGIA - PRE ANESTESICA R\$ 70,00
79	03.01.01.007-2 CONSULTA MÉDICA EM ALERGIA E IMUNOLOGIA R\$ 90,00
80	03.01.01.007-2 CONSULTA MÉDICA EM ANGIOLOGIA R\$ 70,00
81	03.01.01.007-2 CONSULTAS MÉDICAS NAS ÁREAS DE PEDIATRIA: neuropediatria,
82	gastropediatria, cardiopediatria, uropediatria, nefropediatria, entre outras. R\$ 120,00
83	03.01.01.007-2 CONSULTA MÉDICA EM CARDIOLOGIA R\$ 70,00
84	03.01.01.007-2 CONSULTA MÉDICA EM CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO R\$ 70,00
85	03.01.01.007-2 CONSULTA MÉDICA EM CIRURGIA VASCULAR R\$ 70,00
86	03.01.01.007-2 CONSULTA EM CLINICA MÉDICA critérios constantes no Edital. R\$ 70,00
87	03.01.01.007-2 CONSULTA MÉDICA EM COLOPROCTOLOGIA/PROCTOLOGIA R\$ 70,00
88	03.01.01.007-2 CONSULTA MÉDICA EM DERMATOLOGIA (EXCETO PROCEDIMENTOS
89	PARA FINS ESTÉTICOS) R\$ 70,00
90	03.01.01.007-2 CONSULTA MÉDICA EM ENDOCRINOLOGIA R\$ 70,00
91	03.01.01.007-2 CONSULTA MÉDICA EM GASTROENTEROLOGIA R\$ 70,00
92	03.01.01.007-2 CONSULTA MÉDICA EM GENÉTICA R\$ 90,00
93	03.01.01.007-2 CONSULTA MÉDICA EM GERIATRIA R\$ 90,00
94	03.01.01.007-2 CONSULTA MÉDICA EM HEMATOLOGIA R\$ 90,00
95	03.01.01.007-2 CONSULTA MÉDICA EM INFECTOLOGIA R\$ 90,00
96	03.01.01.007-2 CONSULTA MÉDICA EM NEFROLOGIA R\$ 70,00
97	03.01.01.007-2 CONSULTA MÉDICA EM NEUROCIRURGIA R\$ 70,00
98	03.01.01.007-2 CONSULTA MÉDICA EM NEUROLOGIA R\$ 70,00
99	03.01.01.007-2 CONSULTA MÉDICA EM OFTALMOLOGIA + FUNDOSCOPIA R\$ 70,00
100	03.01.01.007-2 CONSULTA MÉDICA EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA R\$ 70,00
101	03.01.01.007-2 CONSULTA MÉDICA EM OTORRINOLARINGOLOGIA R\$ 70,00
102	03.01.01.007-2 CONSULTA MÉDICA EM PNEUMOLOGIA R\$ 70,00
103	03.01.01.007-2 CONSULTA MÉDICA EM PSIQUIATRIA R\$ 90,00
104	03.01.01.007-2 CONSULTA MÉDICA EM REUMATOLOGIA R\$ 90,00
105	03.01.01.007-2 CONSULTA MÉDICA EM UROLOGIA R\$ 70,00
106	03.01.01.004-8 CONSULTA DE FONOAUDIOLOGIA R\$ 40,00
107	03.01.01.004-8 CONSULTA DE TERAPIA OCUPACIONAL R\$ 40,00
108	CÓDIGO ANESTESIOLOGIA VALOR CISI
109	00.00.00.001-1 ANESTESIA PARA endoscopia ou colonoscopia R\$ 150,00
110	04.17.01.004-4 ANESTESIA PARA RESSONÂNCIA, TOMOGRAFIA e COLONO+ENDOSCOPIA no
111	mesmo ato R\$ 250,00
112	CÓDIGO CARDIOLOGIA VALOR CISI
113	02.05.01.003-2 ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA COM OU SEM SEDAÇÃO R\$ 170,00
114	02.11.02.003-6 ELETROCARDIOGRAMA R\$ 22,00
115	02.11.02.004-4 MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS) R\$ 100,00
116	02.11.02.005-2 MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL - MAPA R\$ 90,00
117	02.11.02.006-0 TESTE DE ESFORÇO / TESTE ERGOMÉTRICO R\$ 120,00
118	CÓDIGO CURATIVOS ULCERAS VENOSAS E ARTERIAIS VALOR CISI
119	03.01.01.004-8 AVALIAÇÃO PROFISSIONAL R\$ 40,00
120	00.00.00.012-2 BOTA DE UNNA - ÚLCERA VENOSA R\$ 100,00
121	00.00.00.012-3 BOTA DE UNNA COM CARVÃO R\$ 110,00
122	04.01.01.001-5 ULCERA ARTERIAL R\$ 90,00

70



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU
Rua Iguaçu, s/nº - Bairro Nazaré
Medianeira – Paraná – 85884-000
(45)3264-5062

123	CÓDIGO DERMATOLOGIA VALOR CISI
124	02.01.01.037-2 BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES R\$ 72,00
125	04.01.01.004-0 ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÃO CUTÂNEA (CAUTERIZAÇÃO) até 5 lesões
126	R\$ 35,00
127	04.01.01.005-8 EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA
128	R\$ 65,00
129	04.01.01.007-4 EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS/CISTO SEBACEO/LIPOMA/NEVUS
130	R\$ 70,00
131	04.01.01.009-0 FULGURAÇÃO CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE LESÕES CUTÂNEAS -
132	CRIOTERAPIA ATÉ 30 LESÕES. R\$ 35,00
133	04.01.01.012-0 RETIRADA DE LESÃO POR SHAVING – até 5 lesões R\$ 37,00
134	00.00.00.003-1 APLICAÇÃO PARA QUELOIDE COM TRIACIMOLOMO/XILITOL R\$ 75,00
135	03.03.08.010-8 FOTOTERAPIA PARA VITILIGO E/OU PSORÍASE - POR SESSÃO R\$ 40,00
136	CÓDIGO EXAMES ANÁTOMO PATOLÓGICOS VALOR CISI
137	02.03.02.001-4 DETERMINAÇÃO DE RECEPTORES TUMORAIS HORMONAIS R\$ 94,00
138	02.03.02.002-2 EXAME ANATOMO – PATOLOGICO DO COLO UTERINO –(PEÇA CIRÚRGICA)
139	R\$ 65,00
140	02.03.02.003-0 EXAME ANÁTOMO-PATOLOGICO P/BÍOPSIA OU BIÓPSIA ASPIRATIVA - GERAL
141	R\$ 45,00
142	02.03.02.004-9 IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR/POR
143	PEDAÇO – MÁXIMO DE 03) R\$ 140,00
144	02.03.02.008-1 EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO - BIOPSIA R\$ 45,00
145	CÓDIGO FISIOTERAPIA VALOR CISI
146	03.01.01.016-1 FISIOTERAPIA DOMICILIAR R\$ 48,00
147	03.02.05.002-7 FISIOTERAPIA GERAL R\$ 10,00
148	03.02.03.001-8 FISIOTERAPIA PARA PACIENTES EM CONDIÇÕES ESPECIAIS R\$ 14,00
149	03.02.05.001-9 FISIOTERAPIA PRÉ E PÓS OPERATÓRIA R\$ 12,00
150	CÓDIGO FONOAUDIOLOGIA VALOR CISI
151	02.11.07.004-1 AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AÉREA / ÓSSEA) com (LDV- IRF –
152	LRF) R\$ 32,00
153	02.11.07.015-7 ESTUDO DE EMISSÕES OTOACUSTICAS TRANSITÓRIA DE DISTORÇÃO
154	(EOA) R\$ 71,00
155	03.01.01.016-1 FONOAUDIOLOGIA DOMICILIAR R\$ 48,00
156	02.11.07.020-3 IMITANCIOMETRIA R\$ 35,00
157	02.11.07.034-3 POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO - BERA R\$ 190,00
158	02.11.05.011-3 PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL - PAC R\$ 170,00
159	03.01.07.011-3 SESSÃO/TERAPIA EM FONOAUDIOLOGIA R\$ 40,00
160	CÓDIGO GASTROENTEROLOGIA VALOR CISI
161	02.09.01.002-9 COLONOSCOPIA COM OU SEM POLIPECTOMIA R\$ 340,00
162	02.09.01.003-7 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM OU SEM POLIPECTOMIA R\$ 174,00
163	00.00.00.004-1 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA - PEDIATRICA R\$ 305,00
164	02.09.01.005-3 RETOSSIGMOIDOSCOPIA R\$ 116,00
165	00.00.00.004-2 RETIRADA DE CORPO ESTRANHO R\$ 35,00
166	03.03.01.011-8 TRATAMENTO EM HEPATITES VIRAIS (AMBULATORIAL) - PROGRAMA
167	ESPECIAL R\$ 90,00
168	CÓDIGO MEDICINA NUCLEAR VALOR CISI



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU

Rua Iguaçu, s/nº - Bairro Nazaré

Medianeira – Paraná – 85884-000

(45)3264-5062

169	02.08.01.002-5 CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM
170	SITUACAO DE ESTRESSE (MINIMO 3 PROJEcoes) R\$ 505,00
171	02.08.01.003-3 CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM
172	SITUACAO DE REPOUSO (MINIMO 3 PROJEcoes) R\$ 475,00
173	02.08.02.002-0 CINTILOGRAFIA DE FIGADO E VIAS BILIARES R\$ 230,00
174	02.08.02.011-0 CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFAGICO R\$ 165,00
175	02.08.03.001-8 CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES R\$ 395,00
176	02.08.03.002-6 CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ OU S/ CAPTACAO R\$ 95,00
177	02.08.04.005-6 CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)
178	R\$ 165,00
179	02.08.04.010-2 ESTUDO RENAL DINAMICO C/ OU S/ DIURETICO - DTPA R\$ 202,00
180	02.08.05.003-5 CINTILOGRAFIA DE OSSOS C/ OU S/ FLUXO SANGUINEO (CORPO INTEIRO) R\$
181	231,00
182	02.08.06.001-4 CINTILOGRAFIA DE PERFUSAO CEREBRAL C/ GALIO (SPCTO) R\$ 657,00
183	02.08.06.002-2 CISTERNOCINTILOGRAFIA (INCLUINDO PESQUISA E/OU AVALIACAO
184	DO TRANSITO LIQUORICO) R\$ 230,00
185	02.08.06.003-0 ESTUDO DE FLUXO SANGUINEO CEREBRAL R\$ 132,00
186	02.08.07.002-8 CINTILOGRAFIA DE PULMAO P/ PESQUISA DE ASPIRACAO R\$ 155,00
187	02.08.07.003-6 CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR INALACAO (MINIMO 2 PROJEcoes) R\$ 158,00
188	02.08.07.004-4 CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR PERFUSAO (MINIMO 4 PROJEcoes) R\$
189	163,00
190	02.08.09.001-0 CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GALIO 67 P/ PESQUISA DE
191	NEOPLASIAS R\$ 1.096,70
192	02.08.09.002-9 CINTILOGRAFIA DE GLANDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA) R\$ 82,00
193	03.03.12.006-1 TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO (PLUMMER – ATE 30 MCI)
194	(iodoterapia) R\$ 735,00
195	03.03.12.007-0 TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO GRAVES (iodoterapia) R\$ 600,00
196	CÓDIGO NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA VALOR CISI
197	02.11.05.004-0 ELETROENCEFALOGRAMA R\$ 100,00
198	02.11.05.008-3 ELETRONEUROMIOGRAFIA bilateral R\$ 240,00
199	00.00.00.006-1 ELETROENCEFALOGRAMA – COM SEDAÇÃO R\$ 140,00
200	CÓDIGO ODONTOLOGIA VALOR CISI
201	03.01.01.015-3 CONSULTA ODONTOLÓGICA 50,00
202	02.04.01.022-5 RADIOGRAFIA PERIAPICAL 15,00
203	03.07.02.006-1 TRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR 200,00
204	03.07.02.004-5 TRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR 250,00
205	03.07.02.005-3 TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR 350,00
206	04.14.02.027-8 EXODONTIA 3º MOLAR (INCLUSO) + ODONTOSECÇÃO 400,00
207	CÓDIGO OFTALMOLOGIA VALOR CISI
208	00.00.00.007-3 CURATIVO OFTALMOLÓGICO R\$ 20,00
209	00.00.00.007-1 ENXERTO DE MEMBRANA AMIÓTICA (MONOCULAR) R\$ 340,00
210	02.11.06.028-3 TOMOGRAFIA DE COERENCIA ÓTICA – OCT (MONOCULAR) R\$ 150,00
211	02.05.02.002-0 PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR) R\$ 25,00
212	02.05.02.008-9 ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR) R\$ 40,00
213	02.11.06.001-1 BIOMETRIA ULTRASSONICA (MONOCULAR) R\$ 25,00
214	02.11.06.002-0 BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (MONOCULAR) R\$ 20,00
215	02.11.06.003-8 CAMPIMETRIA COMPUT. OU MANUAL COM GRÁFICO (MONOCULAR) R\$ 40,00



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU
Rua Iguaçu, s/nº - Bairro Nazaré
Medianeira – Paraná – 85884-000
(45)3264-5062

216	02.11.06.006-2 CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO OCULAR CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS)
217	(MONOCULAR) R\$ 20,00
218	02.11.06.008-9 ELETRORETINOGRRAFIA (MONOCULAR) R\$ 70,00
219	02.11.06.011-9 GONIOSCOPIA (MONOCULAR) R\$ 20,00
220	02.11.06.012-7 MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (MONOCULAR) R\$ 25,00
221	02.11.06.013-5 MEDIDA DE OFUSCAMENTO E CONTRASTE (SENSIBILIDADE AO
222	CONTRASTE) (MONOCULAR) R\$ 10,00
223	02.11.06.014-3 MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA (MONOCULAR) R\$ 50,00
224	02.11.06.015-1 POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL (PAM) (MONOCULAR) R\$ 10,00
225	02.11.06.017-8 RETINOGRRAFIA COLORIDA (MONONOCULAR) R\$ 30,00
226	02.11.06.018-6 RETINOGRRAFIA FLUORESCENTE (ANGIOFLUORESCENOGRRAFIA)
227	(MONOCULAR) R\$ 60,00
228	02.11.06.020-8 TESTE DE PROVOCAÇÃO DE GLAUCOMA (BINOCULAR) e sensibilidade
229	ao contraste R\$ 15,00
230	02.11.06.021-6 TESTE DE SCHIRMER (AVALIAÇÃO DAS VIAS LACRIMAIS) (MONOCULAR)
231	R\$ 10,00
232	02.11.06.023-2 TESTE ORTOPTICO (MONOCULAR) R\$ 10,00
233	02.11.06.026-7 TOPOGRAFIA COMPUT. DE CORNEA (CERATOSCOPIA COMPUT.) (MONOCULAR)
234	R\$ 40,00
235	04.05.01.005-2 EPILAÇÃO A LASER (MONOCULAR) R\$ 50,00
236	04.05.01.006-0 EPILAÇÃO DE CÍLIOS (MONOCULAR) R\$ 30,00
237	04.05.01.007-9 EXERESE DE CALAZIO (MONOCULAR) R\$ 100,00
238	04.05.01.010-9 OCLUSÃO DE PONTO LACRIMAL (MONOCULAR) R\$ 150,00
239	04.05.01.015-0 SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL (MONOCULAR)
240	R\$ 500,00
241	04.05.01.017-6 SUTURA DE PALPEBRAS PROCEDIMENTO CIRURGICO COM A FINALIDADE
242	REPADORA E TERAPEUTICA, SOB ANESTESIA LOCAL, PARA REPARAÇÃO PALPEBRAL
243	TRAUMATICA R\$ 144,00
244	04.05.03.004-5 FOTOCOAGULAÇÃO A LASER (POR SESSÃO) (MONOCULAR) R\$ 100,00
245	04.05.03.005-3 APLICAÇÃO DE INJEÇÃO INTRA-VITREO MONOCULAR – POR APLICAÇÃO
246	R\$ 200,00
247	04.05.03.009-6 SUTURA DE ESCLERA (MONOCULAR) R\$ 400,00
248	04.05.03.011-8 TRAT. CIRURG. DE MIIASE PALPEBRAL (MONOCULAR) R\$ 50,00
249	04.05.03.019-3 PAN-FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA A LASER (MONOCULAR) R\$ 230,00
250	04.05.05.002-0 CAPSULOTOMIA A YANG LASER (MONOCULAR) R\$ 110,00
251	04.05.05.008-9 EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA (MONOCULAR) R\$ 175,00
252	04.05.05.037-2 FACOEMULSIFICAÇÃO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR
253	DOBRÁVEL COM ANESTESIA (MONOCULAR) R\$ 772,00
254	04.05.04.021-0 REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRA-OCULAR COM ANESTESIA R\$ 454,00
255	04.05.05.012-7 FOTOTRABECULOPLASTIA A LASER (MONOCULAR) R\$ 90,00
256	04.05.05.016-0 INJEÇÃO SUBCONJUNTIVAL / SUBTENONIANA (TRIAcinolona/FORTASMA +
257	VANCOMISINA) (MONOCULAR, POR APLICAÇÃO) R\$ 50,00
258	04.05.05.021-6 RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL AUTO TRANSPLANTE (MONOCULAR) R\$ 150,00
259	04.05.05.025-9 RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CORNEA (MONOCULAR) R\$ 30,00
260	04.05.05.029-1 SUTURA DE CONJUNTIVA (MONOCULAR) R\$ 175,00
261	04.05.05.030-5 SUTURA DE CORNEA COM ANESTESIA (MONOCULAR) R\$ 520,00
262	04.05.05.036-4 PTERÍGIO (EXERESE) COM RECOBRIMENTO - quando necessário.

20



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU

Rua Iguaçu, s/nº - Bairro Nazaré
Medianeira – Paraná – 85884-000
(45)3264-5062

263	(Anestesia + procedimento + taxa de sala) (MONOCULAR) R\$ 350,00
264	04.05.05.010-0 FACECTOMIA SEM IMPLANTE DE LIO R\$ 483,60
265	04.05.05.015-1 IMPLANTE SECUNDÁRIO DE LENTE INTRA-OCULAR - LIO R\$ 1.112,83
266	04.05.007-5 EVISCERAÇÃO DE GLOBO OCULAR R\$ 587,51
267	04.05.05.032-1 TRABECULOTOMIA (TRABECULECTOMIA) R\$ 898,35
268	04.05.05.017-8 IRIDECTOMIA CIRÚRGICA R\$ 297,46
269	04.05.04.010-5 EXPLANTE DE LENTE INTRA OCULAR R\$ 846,19
270	04.05.05.028-3 SUBSTITUIÇÃO DA LENTE INTRA OCULAR R\$ 544,88
271	04.05.03.013-4 VITRECTOMIA ANTERIOR R\$ 381,08
272	CÓDIGO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA VALOR CISI
273	03.03.09.001-4 ARTROCENTESE DE GRANDES ARTICULAÇÕES R\$ 65,00
274	03.03.09.003-0 INFILTRAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS EM CAVIDADE SINOVIAL (ARTICULAÇÃO,
275	BAINHA TENDINOSA) R\$ 77,00
276	03.03.09.012-0 TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA NA CINTURA ESCAPULAR
277	(C/ IMOBILIZACAO) R\$ 73,00
278	03.03.09.014-6 TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE COSTELAS R\$ 30,00
279	03.03.09.015-4 TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE PUNHO COM LUVA
280	GESSADA R\$ 81,00
281	03.03.09.016-2 TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE OSSO METACARPICO R\$ 36,00
282	03.03.09.020-0 TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA EM MEMBRO INFERIOR C/
283	IMOBILIZACAO R\$ 84,00
284	03.03.09.021-9 TRATAMENTO CONSERVADOR DE LESAO DA COLUNA CERVICAL C/
285	IMOBILIZACAO R\$ 95,00
286	03.03.09.022-7 TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA EM MEMBRO SUPERIOR
287	C/ IMOBILIZACAO R\$ 83,00
288	03.03.09.023-5 TRATAMENTO CONSERVADOR DE LESAO DA COLUNA TORACOLOMBO-
289	SACRA C/ ORTESE R\$ 78,00
290	03.03.09.026-0 TRATAMENTO CONSERVADOR DE LESAO DE MECANISMO EXTENSOR
291	DOS DEDOS R\$ 36,00
292	03.03.09.028-6 TRATAMENTO CONSERVADOR DE LESAO LIGAMENTAR EM MEMBRO
293	C/ IMOBILIZACAO R\$ 70,00
294	04.08.01.012-6 REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA E FRATURA-LUXAÇÃO AO NÍVEL
295	DA CINTURA ESCAPULAR/UMERAL R\$ 89,00
296	04.08.02.016-4 REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA / LESAO FISARIA DO EXTREMO
297	PROXIMAL DO Umero R\$ 82,00
298	04.08.02.017-2 REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA / LESAO FISARIA NO PUNHO R\$ 77,00
299	04.08.02.018-0 REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA / LUXACAO DE MONTEGGIA OU DE
300	GALEAZZI R\$ 75,00
301	04.08.02.020-2 REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRACO
302	R\$ 76,00
303	04.08.02.022-9 REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO DO COTOVELO
304	R\$ 75,00
305	04.08.02.024-5 REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO OU FRATURA / LUXACAO NO PUNHO
306	R\$ 77,00
307	04.08.02.035-1 TRATAMENTO DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL C/ IMOBILIZACAO GESSADA
308	R\$ 70,00



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU

Rua Iguaçu, s/nº - Bairro Nazaré

Medianeira - Paraná - 85884-000

(45)3264-5062

- 309 04.08.05.019-5 REDUCAO INCRUENTA DA LUXACAO / FRATURA-LUXACAO METATARSO-
310 FALANGIANA / INTERFALANGIANA DO PE R\$ 70,00
311 04.08.05.021-7 REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA / LUXACAO / FRATURA-LUXACAO
312 DO TORNOZELO R\$ 70,00
313 04.08.05.022-5 REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA / LESAO FISARIA DISTAL DA
314 TIBIA C/ OU S/ FRATURA DA FIBULA R\$ 89,00
315 04.08.05.024-1 REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DOS OSSOS DO TARSO R\$ 70,00
316 04.08.05.025-0 REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA OU LESAO FISARIA DO JOELHO R\$ 89,00
317 04.08.05.027-6 REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO FEMURO-PATELAR R\$ 84,00
318 04.08.05.028-4 REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO OU FRATURA / LUXACAO SUBTALAR E
319 INTRATARSICA R\$ 70,00
320 04.08.05.029-2 REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO OU FRATURA / LUXACAO
321 TARSOMETATARSICA R\$ 70,00
322 CÓDIGO OTORRINOLARINGOLOGIA VALOR CISI
323 00.00.00.009-1 NASOFIBROENDOSCOPIA 100,00
324 02.01.01.008-9 BIOPSIA DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO 50,00
325 02.01.01.019-4 BIOPSIA DE FARINGE 50,00
326 02.01.01.039-9 BIOPSIA DE PIRAMIDE NASAL 50,00
327 02.01.01.052-6 BIOPSIA DE TECIDOS MOLES DA BOCA 50,00
328 02.09.04.002-5 LARINGOSCOPIA 95,00
329 02.09.04.004-1 VIDEOLARINGOSCOPIA 115,00
330 04.04.01.031-8 RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO / FARINGE / LARINGE /NARIZ
331 50,00
332 04.04.01.034-2 TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR E/OU POSTERIOR (CAUTERIZAÇÃO)
333 50,00
334 CÓDIGO PNEUMOLOGIA VALOR CISI
335 02.11.08.005-5 PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA C/ BRONCODILATADOR
336 /ESPIROGRAFIA R\$ 67,00
337 02.09.04.001-7 BRONCOSCOPIA (BRONCOFIBROSCOPIA) COM SEDAÇÃO
338 /MONITORIZAÇÃO/LAVADO BRÔNQUICO E/OU BIÓPSIA TRANSBRONQUICA R\$ 77,00
339 CÓDIGO RADIOLOGIA VALOR CISI
340 02.04.06.002-8 DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (VERTEBRAS
341 LOMBARES E FÊMUR) bilateral R\$ 90,00
342 02.04.06.003-6 ESCANOMETRIA R\$ 60,00
343 02.04.01.003-9 RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ) R\$ 25,00
344 02.04.05.011-1 RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA) R\$ 25,00
345 02.04.04.001-9 RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO R\$ 25,00
346 02.04.01.004-7 RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS) R\$ 25,00
347 02.04.04.002-7 RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR R\$ 25,00
348 02.04.06.006-0 RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL R\$ 25,00
349 02.04.04.003-5 RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL R\$ 25,00
350 02.04.04.004-3 RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR R\$ 25,00
351 02.04.06.007-9 RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA R\$ 25,00
352 02.04.01.005-5 RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR
353 BILATERAL/mandíbula R\$ 25,00
354 02.04.06.008-7 RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA R\$ 25,00
355 02.04.06.009-5 RADIOGRAFIA DE BACIA R\$ 25,00

70



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU

Rua Iguaçu, s/nº - Bairro Nazaré

Medianeira - Paraná - 85884-000

(45)3264-5062

356	02.04.04.005-1 RADIOGRAFIA DE BRACO R\$ 25,00
357	02.04.06.010-9 RADIOGRAFIA DE CALCANEIO R\$ 25,00
358	02.04.01.006-3 RADIOGRAFIA DE CAVUM R\$ 25,00
359	02.04.04.006-0 RADIOGRAFIA DE CLAVICULA R\$ 25,00
360	02.04.02.004-2 RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL R\$ 25,00
361	02.04.02.006-9 RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA R\$ 25,00
362	02.04.02.010-7 RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR R\$ 25,00
363	02.04.03.007-2 RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX) R\$ 25,00
364	02.04.04.007-8 RADIOGRAFIA DE COTOVELO R\$ 25,00
365	02.04.06.011-7 RADIOGRAFIA DE COXA OU FÊMUR R\$ 25,00
366	02.04.01.008-0 RADIOGRAFIA DE CRANIO R\$ 25,00
367	02.04.03.009-9 RADIOGRAFIA DE ESTERNO R\$ 25,00
368	02.04.05.014-6 RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO R\$ 155,00
369	02.04.05.015-4 RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO) R\$ 155,00
370	02.04.06.012-5 RADIOGRAFIA DE JOELHO R\$ 25,00
371	02.04.04.009-4 RADIOGRAFIA DE MAO E DEDOS DA MÃO R\$ 25,00
372	02.04.04.010-8 RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)
373	R\$ 25,00
374	02.04.01.010-1 RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL) R\$ 25,00
375	02.04.04.011-6 RADIOGRAFIA DE OMOPLATA / OMBRO R\$ 25,00
376	02.04.06.015-0 RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE R\$ 25,00
377	02.04.06.016-8 RADIOGRAFIA DE PERNA OU TORNOZELO R\$ 25,00
378	02.04.04.012-4 RADIOGRAFIA DE PUNHO R\$ 25,00
379	02.04.01.013-6 RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (LOCALIZACAO DE CORPO
380	ESTRANHO) R\$ 25,00
381	02.04.02.012-3 RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA R\$ 25,00
382	02.04.01.014-4 RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE R\$ 25,00
383	02.04.03.015-3 RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL) R\$ 25,00
384	02.04.05.016-2 RADIOGRAFIA P/ ESTUDO DO DELGADO C/ DUPLO CONTRASTE (ENTEROCLISE)
385	R\$ 155,00
386	02.04.05.017-0 URETROCISTOGRAFIA COM CONTRASTE R\$ 250,00
387	CÓDIGO RESSONÂNCIAS MAGNÉTICAS VALOR CISI
388	00.01.00.010-0 CONTRASTE (QUANDO NECESSÁRIO E SOLICITADO PELO MÉDICO)
389	SOMENTE 01 GUIA POR EXAME. R\$ 150,00
390	02.07.01.001-3 ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL (CRÂNIO) R\$ 405,00
391	00.00.00.021-1 ANGIORESSONÂNCIA DE PESCOÇO, PELVE E ABDOMEM COM BOMBA
392	INJETORA E CONTRASTE R\$ 450,00
393	02.07.03.004-9 COLANGIORESSONÂNCIA (ESPECÍFICO PARA ESTUDO DAS VIAS BILIARES E
394	VESÍCULA BILIAR) R\$ 370,00
395	02.07.03.001-4 RESSONÂNCIA DE ABDOMEN SUPERIOR (FIGADO/PANCREA/RIM/VIAS
396	BILIARES,ETC) R\$ 300,00
397	02.07.01.002-1 RESSONÂNCIA DE ARTICULACAO TEMPORO MANDIBULAR /FACE/ ORBITA
398	/OUVIDO ATM (BILATERAL) R\$ 300,00
399	02.07.03.002-2 RESSONÂNCIA DE BACIA / PELVE (PROSTATA/BEXIGA/UMBIGO/SACROILÍACO)
400	R\$ 300,00
401	02.07.01.003-0 RESSONÂNCIA DE COLUNA CERVICAL R\$ 300,00
402	02.07.01.004-8 RESSONÂNCIA DE COLUNA LOMBO-SACRA R\$ 300,00



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU
Rua Iguaçu, s/nº - Bairro Nazaré
Medianeira - Paraná - 85884-000
(45)3264-5062

403	02.07.01.005-6 RESSONÂNCIA DE COLUNA TORACICA R\$ 300,00
404	02.07.01.006-4 RESSONÂNCIA DE CRANIO R\$ 300,00
405	02.07.03.003-0 RESSONÂNCIA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) E DE MEMBRO
406	INFERIOR COXO FEMURAL BILATERAL OU RM DE SEGMENTO
407	APENDICULARES (QUADRIL/COXA FEMURAL/SACRO-ILÍACO ETC) R\$ 300,00
408	02.07.02.002-7 RESSONÂNCIA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) R\$ 300,00
409	02.07.01.007-2 RESSONÂNCIA DE SELA TURCICA (GLÂNDULA) R\$ 300,00
410	02.07.02.003-5 RESSONÂNCIA DE TORAX/MEDIASTINO R\$ 300,00
411	00.00.00.021-4 RESSONÂNCIA MAMÁRIA - bilateral R\$ 300,00
412	CÓDIGO TOMOGRAFIAS COMPUTADORIZADAS VALOR CISI
413	00.01.00.010-0 CONTRASTE (QUANDO NECESSÁRIO E SOLICITADO PELO MÉDICO)
414	SOMENTE 01 GUIA POR EXAME. R\$ 150,00
415	00.00.00.022-1 ANGIOTOMOGRAFIA COM BOMBA INJETORA R\$ 445,00
416	00.00.00.022-3 TOMOGRAFIA DE ABDOMEM TOTAL (FIGADO/PANCREA/BAÇO/RIM/VIAS
417	BILIARES/VESÍCULA/PROSTATA/BEXIGA/ÚTERO/OVÁRIO) R\$ 335,00
418	02.06.03.001-0 TOMOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (FIGADO/PANCREA/BAÇO/RIM/VIAS
419	BILIARES/VESÍCULA BILIAR) R\$ 200,00
420	02.06.03.002-9 TOMOGRAFIA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR R\$ 200,00
421	02.06.02.001-5 TOMOGRAFIA DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR R\$ 200,00
422	02.06.01.001-0 TOMOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (até 3 segmentos) R\$ 192,00
423	02.06.01.002-8 TOMOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (até 3 segmentos) R\$ 192,00
424	02.06.01.003-6 TOMOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (até 3 segmentos) R\$ 192,00
425	00.00.00.022-2 TOMOGRAFIA DE COLUNAS (SEGMENTO ADICIONAL) R\$ 65,00
426	02.06.01.004-4 TOMOGRAFIA DE FACE/SEIOS DA FACE/ÓRBITA/ARTICULACOES TEMPORO -
427	MANDIBULARES/MAXILAR E MANDÍBULA R\$ 192,00
428	02.06.02.004-0 TOMOGRAFIA DE HEMITORAX / MEDIASTINO (POR PLANO) R\$ 192,00
429	02.06.03.003-7 TOMOGRAFIA DE Pelve / BACIA (PROSTATA/BEXIGA/ÚTERO/OVÁRIO) R\$
430	220,00
431	02.06.01.005-2 TOMOGRAFIA DE PESCOCO (PARTES MOLES, LARINGE, TIREÓIDE E FARINGE)
432	R\$ 195,00
433	02.06.02.002-3 TOMOGRAFIA DE SEGMENTOS APENDICULARES (QUADRIL/COXA/FEMURAL
434	/COXA/SACRO-ILÍACO) R\$ 195,00
435	02.06.01.006-0 TOMOGRAFIA DE SELA TURCICA/HIPÓFISE R\$ 195,00
436	02.06.02.003-1 TOMOGRAFIA DE TORAX R\$ 220,00
437	02.06.01.007-9 TOMOGRAFIA DO CRANIO/ENCÉFALO R\$ 220,00
438	00.00.00.022-4 UROTOMOGRAFIA R\$ 300,00
439	CÓDIGO ULTRASSONOGRAFIAS VALOR CISI
440	00.00.00.23-10 ELASTOGRAFIA HEPÁTICA ULTRASSÔNICA R\$ 210,00
441	02.01.01.003-8 BIOPSIA/PUNÇÃO ASPIRATIVA P/ AGULHA FINA DE TIREÓIDE ORIENT.
442	P/ULTRASSONOGRAFIA R\$ 260,00
443	00.00.00.023-2 ESTUDO DE VASCULARIZAÇÃO DO ÓRGÃO R\$ 105,00
444	02.05.02.007-0 ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL R\$ 65,00
445	02.05.02.003-8 ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS
446	BILIARES) R\$ 60,00
447	02.05.02.004-6 ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL - FIGADO/PANCREAS/BAÇO /RIM
448	/VIAS BILIARES/VESÍCULA/BEXIGA R\$ 90,00
449	02.05.02.005-4 ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO R\$ 57,00



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU

Rua Iguaçu, s/nº - Bairro Nazaré

Medianeira – Paraná – 85884-000

(45)3264-5062

450	02.05.02.006-2 ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO R\$ 60,00
451	00.00.00.023-4 ULTRASSONOGRAFIA DE ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (cervicais, músculos,
452	tendões, glândulas, Parede abdominal) R\$ 55,00
453	02.05.02.010-0 ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL) R\$ 55,00
454	02.05.02.011-9 ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA TRANSRETAL) R\$ 80,00
455	02.05.02.012-7 ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE R\$ 60,00
456	02.05.02.013-5 ULTRASSONOGRAFIA DE TÓRAX (EXTRACARDIACA) R\$ 55,00
457	02.05.01.004-0 ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE VASOS SUPERFICIAL E PROFUNDO -
458	POR MEMBROS R\$ 167,00
459	ECODOPPLER DE CARÓTIDA E VERTEBRAIS 5 VASOS e AORTICA ABDOMINAL R\$ 167,00
460	02.05.01.005-9 ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO R\$ 105,00
461	ECOGRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA com doppler (1 GUIA POR BEBÊ) R\$ 105,00
462	02.05.02.009-7 ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA E AXILAS (BILATERAL) R\$ 75,00
463	02.05.02.014-3 ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA (01 GUIA POR BEBÊ) R\$ 55,00
464	02.05.02.015-1 ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO (01 GUIA
465	POR BEBÊ) R\$ 100,00
466	00.00.00.23-13 ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM TRANSLUCÊNCIA NUCAL (01 GUIA POR
467	BEBÊ) R\$ 105,00
468	00.00.00.23-11 ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA TRANSVAGINAL R\$ 75,00
469	02.05.02.016-0 ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSABDOMINAL – ginecológica R\$ 55,00
470	02.05.02.017-8 ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA R\$ 60,00
471	02.05.02.018-6 ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL R\$ 63,00
472	ULTRASSONOGRAFIAS - NAS DEPENDÊNCIAS DO CISI
473	00.00.00.023-7 ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO R\$ 47,00
474	00.00.00.023-8 ECODOPPLER DE CARÓTIDA E VERTEBRAIS 5 VASOS e AORTICA ABDOMINAL R\$
475	145,00
476	00.00.00.023-9 ECODOPPLER DE VASOS SUPERFICIAL E PROFUNDO - POR MEMBROS R\$ 145,00
477	00.00.00.024-0 ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN INFERIOR R\$ 47,00
478	00.00.00.025-0 ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR R\$ 47,00
479	00.00.00.025-2 ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL R\$ 50,00
480	00.00.00.025-6 ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO R\$ 47,00
481	00.00.00.025-9 ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL R\$ 47,00
482	00.00.00.026-0 ULTRASSONOGRAFIA DE PARTES MOLES R\$ 47,00
483	00.00.00.026-4 ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL) R\$ 47,00
484	00.00.00.026-6 ULTRASSONOGRAFIA DE REGIÃO CERVICAL R\$ 50,00
485	00.00.00.026-9 ULTRASSONOGRAFIA DE REGIÃO INGUINAL R\$ 50,00
486	00.00.00.027-0 ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE R\$ 50,00
487	00.00.00.027-1 ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA E AXILAS (BILATERAL) R\$ 50,00
488	00.00.00.027-4 ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA (01 GUIA POR BEBÊ) R\$ 47,00
489	00.00.00.027-5 ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA TRANSVAGINAL R\$ 50,00
490	00.00.00.027-6 ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL R\$ 47,00
491	CÓDIGO UROLOGIA VALOR CISI
492	02.11.09.001-8 AVALIAÇÃO URODINAMICA COMPLETA (feminina) R\$ 315,00
493	00.00.00.011-0 AVALIAÇÃO URODINAMICA COMPLETA (masculina) R\$ 350,00
494	CÓDIGO VASCULAR VALOR CISI
495	03.09.07.001-5 TRATAMENTO DE VARIZES POR ESPUMA (POR MEMBRO) R\$ 500,00





CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU

Rua Iguaçu, s/nº - Bairro Nazaré

Medianeira - Paraná - 85884-000

(45)3264-5062

496	CÓDIGO EXAMES LABORATORIAIS - ANÁLISES CLÍNICAS VALOR CISI
497	02.02.05.001-7 PARCIAL DE URINA - ROTINA R\$ 7,40
498	00.00.00.24-35 ANTI ENDOMÍSIO IGA R\$ 15,00
499	00.00.00.24-36 ANTI ENDOMÍSIO IGG R\$ 15,00
500	00.00.00.24-37 ANTI ENDOMÍSIO IGM R\$ 30,00
501	02.02.08.002-1 ANTIBIOGRAMA AUTOMATIZADO R\$ 26,66
502	02.02.08.003-0 ANTIBIOGRAMA P/ MICROBACTERIAS E CULTURAS R\$ 26,66
503	02.02.02.057-6 ANTICOAGULANTE LÚPICO R\$ 110,00
504	00.00.00.24-21 AVIDEZ TOXOPLASMOSE R\$ 29,00
505	02.02.08.004-8 BACILOSCOPIA DIREITA P/ BAAR R\$ 8,40
506	02.02.08.007-2 BACTEROSCOPIA (GRAM) R\$ 5,60
507	02.02.03.121-7 DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125 R\$ 26,70
508	02.02.05.002-5 CLEARANCE DE CREATININA R\$ 7,02
509	02.02.03.001-6 CONTAGEM DE LINFOCITOS B R\$ 30,00
510	02.02.03.002-4 CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4 OU CD8 R\$ 30,00
511	02.02.02.003-7 CONTAGEM DE RETICULOCITOS R\$ 5,46
512	00.00.00.24-16 CULTURA DE FEZES R\$ 12,00
513	02.02.08.011-0 CULTURA PARA BAAR R\$ 11,26
514	02.02.08.012-9 CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS R\$ 20,50
515	02.02.08.013-7 CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS R\$ 8,38
516	00.00.00.24-22 D - DIMERO R\$ 50,00
517	02.02.03.004-0 DETECCAO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO) R\$ 130,00
518	02.02.03.005-9 DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO) R\$ 130,00
519	02.02.12.001-5 DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS R\$ 96,00
520	02.02.01.002-3 DETERMINAÇÃO DE CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO - TIBC R\$ 6,00
521	02.02.10.003-0 DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE TOTAL (C/ TECNICA DE
522	BANDAS) R\$ 260,00
523	02.02.03.006-7 DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50) R\$ 18,50
524	02.02.01.004-0 DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS) R\$ 12,00
525	02.02.01.005-8 DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICEMICA com inducao por cortisona (5
526	DOSAGENS) R\$ 13,10
527	02.02.01.007-4 DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICEMICA CLÁSSICA (5 DOSAGENS) R\$ 20,00
528	02.02.03.007-5 DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE R\$ 5,66
529	02.02.02.007-0 DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO R\$ 5,46
530	02.02.02.010-0 DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY R\$ 18,00
531	02.02.02.009-6 DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE 5,46
532	02.02.02.012-6 DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA 5,70
533	02.02.02.013-4 DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA
534	(TTP ATIVADA) KPTT 11,54
535	02.02.02.014-2 DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP) 5,46
536	02.02.02.015-0 DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTACAO (VHS) 5,46
537	02.02.03.008-3 DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA 15,00
538	02.02.03.119-5 DOSAGEM DA FRAÇÃO C1Q DO COMPLEMENTO 34,32
539	02.02.06.004-7 DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPIROGESTERONA 20,40
540	02.02.06.005-5 DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS 13,44
541	02.02.06.006-3 DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES 13,44
542	02.02.01.076-7 DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D 26,00



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU

Rua Iguaçu, s/nº - Bairro Nazaré

Medianeira - Paraná - 85884-000

(45)3264-5062

543	02.02.01.009-0 DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE 7,02
544	02.02.06.007-1 DOSAGEM DE SEROTONINA 13,44
545	02.02.01.012-0 DOSAGEM DE ACIDO URICO 3,70
546	02.02.07.005-0 DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO 31,30
547	02.02.06.008-0 DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH) 28,24
548	02.02.01.014-7 DOSAGEM DE ALDOLASE 7,36
549	02.02.06.009-8 DOSAGEM DE ALDOSTERONA 23,78
550	02.02.01.015-5 DOSAGEM DE ALFA - 1 - ANTITRIPSINA 7,36
551	02.02.01.016-3 DOSAGEM DE ALFA - 1 - GLICOPROTEINA ACIDA 7,36
552	02.02.01.017-1 DOSAGEM DE ALFA - 2 - MACROGLOBULINA R\$ 22,00
553	02.02.03.009-1 DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA R\$ 22,00
554	02.02.07.008-5 DOSAGEM DE ALUMINIO R\$ 30,00
555	02.02.01.018-0 DOSAGEM DE AMILASE R\$ 4,50
556	02.02.01.019-8 DOSAGEM DE AMONIA R\$ 7,02
557	02.02.06.010-1 DOSAGEM DE AMP CICLICO R\$ 24,02
558	02.02.06.011-0 DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA R\$ 23,06
559	02.02.03.129-2 DOSAGEM DE ANTI-BETA-2-GLICOPROTEÍNA I - IGM R\$ 150,00
560	02.02.03.118-7 DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTI - TRANSGLUTAMINASE IGA OU IGG
561	(CASO SOLICITADOS AMBOS, LIBERAR 02 GUIAS). R\$ 30,00
562	02.02.03.010-5 DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA) R\$ 20,00
563	00.00.00.24-23 DOSAGEM DE ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO LIVRE (PSA LIVRE) R\$ 17,00
564	02.02.02.017-7 DOSAGEM DE ANTITROMBINA III R\$ 25,00
565	02.02.07.012-3 DOSAGEM DE BARBITURATOS R\$ 26,26
566	02.02.07.013-1 DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS R\$ 26,96
567	02.02.03.011-3 DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA R\$ 27,10
568	02.02.01.020-1 DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES R\$ 4,02
569	02.02.07.014-0 DOSAGEM DE CADMIO R\$ 13,10
570	02.02.01.021-0 DOSAGEM DE CÁLCIO R\$ 3,70
571	02.02.01.022-8 DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL R\$ 7,02
572	02.02.06.012-8 DOSAGEM DE CALCITONINA R\$ 28,76
573	02.02.07.015-8 DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA R\$ 35,06
574	02.02.07.016-6 DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA R\$ 8,22
575	02.02.01.023-6 DOSAGEM DE CAROTENO R\$ 25,00
576	02.02.01.025-2 DOSAGEM DE CERULOPLASMINA R\$ 11,00
577	02.02.07.017-4 DOSAGEM DE CHUMBO R\$ 17,66
578	02.02.07.018-2 DOSAGEM DE CICLOSPORINA R\$ 60,00
579	02.02.05.008-4 DOSAGEM DE CITRATO URINÁRIO R\$ 9,00
580	02.02.01.026-0 DOSAGEM DE CLORETO R\$ 5,00
581	02.02.07.019-0 DOSAGEM DE COBRE R\$ 10,00
582	02.02.01.027-9 DOSAGEM DE COLESTEROL HDL R\$ 7,02
583	02.02.01.028-7 DOSAGEM DE COLESTEROL LDL R\$ 7,02
584	02.02.01.029-5 DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL R\$ 4,00
585	02.02.01.030-9 DOSAGEM DE COLINESTERASE R\$ 7,36
586	02.02.03.012-1 DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3 R\$ 30,00
587	02.02.03.013-0 DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4 R\$ 30,00
588	02.02.06.013-6 DOSAGEM DE CORTISOL R\$ 15,00
589	02.02.01.031-7 DOSAGEM DE CREATININA 4,00

70



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU

Rua Iguaçu, s/nº - Bairro Nazaré

Medianeira – Paraná – 85884-000

(45)3264-5062

590	02.02.01.032-5 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK) 7,36
591	02.02.01.033-3 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRAÇÃO MB 8,24
592	02.02.06.014-4 DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA) 22,50
593	02.02.01.036-8 DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA (LDH) 7,36
594	02.02.07.020-4 DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA) 17,94
595	02.02.06.015-2 DOSAGEM DE DIHIDROTESTOSTERONA (DHT) 23,42
596	02.02.06.016-0 DOSAGEM DE ESTRADIOL 17,00
597	02.02.06.017-9 DOSAGEM DE ESTRIOL 17,00
598	02.02.06.018-7 DOSAGEM DE ESTRONA 22,24
599	02.02.02.018-5 DOSAGEM DE FATOR II R\$ 55,00
600	02.02.02.019-3 DOSAGEM DE FATOR IX R\$ 20,00
601	02.02.02.020-7 DOSAGEM DE FATOR V R\$ 35,00
602	02.02.02.021-5 DOSAGEM DE FATOR VII R\$ 40,00
603	02.02.02.022-3 DOSAGEM DE FATOR VIII R\$ 47,00
604	02.02.02.024-0 DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO) R\$ 100,00
605	02.02.02.025-8 DOSAGEM DE FATOR X R\$ 37,00
606	02.02.02.026-6 DOSAGEM DE FATOR XI R\$ 28,00
607	02.02.02.027-4 DOSAGEM DE FATOR XII R\$ 50,00
608	02.02.02.028-2 DOSAGEM DE FATOR XIII R\$ 38,00
609	02.02.07.022-0 DOSAGEM DE FENITOINA R\$ 55,00
610	02.02.07.023-9 DOSAGEM DE FENOL R\$ 9,00
611	02.02.01.038-4 DOSAGEM DE FERRITINA R\$ 25,00
612	02.02.01.039-2 DOSAGEM DE FERRO SÉRICO R\$ 7,02
613	02.02.02.029-0 DOSAGEM DE FIBRINOGENIO R\$ 10,00
614	02.02.01.040-6 DOSAGEM DE ÁCIDO FÓLICO R\$ 25,00
615	02.02.09.022-1 DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA NO ESPERMA R\$ 4,02
616	02.02.01.041-4 DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA TOTAL R\$ 5,00
617	02.02.01.042-2 DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA R\$ 4,02
618	02.02.09.009-4 DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA R\$ 4,02
619	02.02.01.043-0 DOSAGEM DE FOSFORO R\$ 3,70
620	02.02.01.044-9 DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ÁCIDA R\$ 4,02
621	02.02.09.011-6 DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA R\$ 7,00
622	02.02.09.010-8 DOSAGEM DE FRUTOSE R\$ 12,00
623	02.02.01.045-7 DOSAGEM DE GALACTOSE R\$ 10,00
624	02.02.01.046-5 DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT) R\$ 7,02
625	02.02.06.019-5 DOSAGEM DE GASTRINA R\$ 25,00
626	02.02.01.047-3 DOSAGEM DE GLICOSE R\$ 4,00
627	02.02.01.048-1 DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE (G6PD) R\$ 18,00
628	02.02.06.020-9 DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA R\$ 30,70
629	02.02.06.021-7 DOSAGEM DE BHCG - TESTE DE GRAVIDEZ R\$ 11,00
630	02.02.04.002-0 DOSAGEM DE GORDURA FECAL R\$ 10,00
631	02.02.01.049-0 DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA R\$ 7,36
632	02.02.01.050-3 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA/GLICADA R\$ 15,72
633	02.02.06.022-5 DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH) R\$ 20,42
634	02.02.06.023-3 DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH) R\$ 16,00
635	02.02.06.024-1 DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH) R\$ 17,94
636	02.02.06.025-0 DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH) R\$ 16,00



**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU**

Rua Iguaçu, s/nº - Bairro Nazaré

Medianeira - Paraná - 85884-000

(45)3264-5062

637	02.02.03.015-6 DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA) R\$ 27,00
638	02.02.03.016-4 DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) R\$ 18,50
639	02.02.03.018-0 DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM) R\$ 27,00
640	02.02.03.019-9 DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE R\$ 18,50
641	02.02.06.026-8 DOSAGEM DE INSULINA R\$ 14,00
642	02.02.01.053-8 DOSAGEM DE LACTATO R\$ 7,36
643	02.02.01.055-4 DOSAGEM DE LIPASE R\$ 4,50
644	02.02.07.025-5 DOSAGEM DE LITIO R\$ 7,00
645	02.02.01.056-2 DOSAGEM DE MAGNÉSIO R\$ 4,02
646	02.02.07.026-3 DOSAGEM DE MERCÚRIO R\$ 9,00
647	02.02.07.028-0 DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAÍNA R\$ 20,00
648	02.02.07.027-1 DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA R\$ 8,22
649	02.02.05.009-2 DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA R\$ 12,00
650	02.02.01.057-0 DOSAGEM DE MUÇO-PROTEÍNAS R\$ 5,00
651	02.02.05.010-6 DOSAGEM DE OXALATO (ÁCIDO OXÁLICO) R\$ 7,36
652	02.02.06.027-6 DOSAGEM DE PARATORMÔNIO (PTH) R\$ 55,00
653	02.02.06.028-4 DOSAGEM DE PEPTÍDEO C R\$ 22,00
654	02.02.01.058-9 DOSAGEM DE PIRUVATO R\$ 62,00
655	02.02.01.059-7 DOSAGEM DE PORFIRINAS R\$ 10,00
656	02.02.01.060-0 DOSAGEM DE POTÁSSIO R\$ 4,00
657	02.02.06.029-2 DOSAGEM DE PROGESTERONA R\$ 16,00
658	02.02.06.030-6 DOSAGEM DE PROLACTINA R\$ 15,50
659	02.02.03.020-2 DOSAGEM DE PROTEÍNA C REATIVA (PCR) R\$ 5,66
660	02.02.05.011-4 DOSAGEM DE PROTEÍNAS (URINA DE 24 HORAS) R\$ 4,08
661	02.02.01.061-9 DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS R\$ 3,00
662	02.02.01.062-7 DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES/ALBUMINA R\$ 3,70
663	02.02.06.031-4 DOSAGEM DE RENINA R\$ 27,00
664	02.02.01.063-5 DOSAGEM DE SÓDIO R\$ 3,70
665	02.02.06.032-2 DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1) R\$ 22,00
666	02.02.06.033-0 DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS) R\$ 17,00
667	02.02.06.002-0 DOSAGEM DE T3 R\$ 20,00
668	02.02.06.003-9 DOSAGEM DE T3 REVERSO R\$ 29,00
669	02.02.06.034-9 DOSAGEM DE TESTOSTERONA total R\$ 16,00
670	02.02.06.035-7 DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE R\$ 19,00
671	02.02.07.034-4 DOSAGEM DE TIOCIANATO R\$ 7,36
672	02.02.06.036-5 DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA R\$ 23,00
673	02.02.06.037-3 DOSAGEM DE TIROXINA (T4) R\$ 14,00
674	02.02.06.038-1 DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE) R\$ 20,00
675	05.01.08.005-8 DOSAGEM DE TACROLIMO (PACIENTE TRANSPLANTADO) R\$ 80,00
676	02.02.01.064-3 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO-OXALACÉTICA (TGO) R\$ 4,02
677	02.02.01.065-1 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO-PIRÚVICA (TGP) R\$ 4,02
678	02.02.01.066-0 DOSAGEM DE TRANSFERRINA R\$ 8,24
679	02.02.01.067-8 DOSAGEM DE TRIGLICÉRIDES R\$ 6,00
680	02.02.06.039-0 DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3) R\$ 15,00
681	02.02.01.068-6 DOSAGEM DE TRIPTOFANO R\$ 25,00
682	02.02.01.069-4 DOSAGEM DE UREIA R\$ 3,70
683	00.00.00.024-5 DOSAGEM DE VITAMINA A R\$ 55,00

60



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU

Rua Iguaçu, s/nº - Bairro Nazaré

Medianeira – Paraná – 85884-000

(45)3264-5062

684	00.00.00.24-18 DOSAGEM DE VITAMINA B1 R\$ 76,00
685	02.02.01.070-8 DOSAGEM DE VITAMINA B12 R\$ 25,00
686	00.00.00.024-1 DOSAGEM DE VITAMINA B2 R\$ 84,00
687	00.00.00.024-2 DOSAGEM DE VITAMINA B3 R\$ 160,00
688	00.00.00.024-3 DOSAGEM DE VITAMINA B5 R\$ 230,00
689	00.00.00.024-4 DOSAGEM DE VITAMINA B6 R\$ 70,00
690	00.00.00.024-6 DOSAGEM DE VITAMINA C R\$ 40,00
691	00.00.00.024-7 DOSAGEM VITAMINA D 1,25 R\$ 35,00
692	00.00.00.024-8 DOSAGEM DE VITAMINA E R\$ 60,00
693	00.00.00.024-9 DOSAGEM DE VITAMINA H R\$ 225,00
694	00.00.00.24-10 DOSAGEM DE VITAMINA K R\$ 180,00
695	02.02.07.035-2 DOSAGEM DE ZINCO R\$ 23,00
696	02.02.02.035-5 ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA R\$ 12,00
697	02.02.01.071-6 ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS R\$ 15,00
698	02.02.01.072-4 ELETROFORESE DE PROTEINAS R\$ 12,00
699	02.02.09.015-9 ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR R\$ 10,46
700	02.02.02.036-3 ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO) R\$ 5,46
701	02.02.09.017-5 ESPLENOGRAMA R\$ 11,58
702	02.02.04.003-8 EXAME COPROLÓGICO FUNCIONAL R\$ 15,00
703	00.00.00.24-26 EXAME CTX INTERLIGADORES CETERMINAIS R\$ 70,00
704	02.02.09.018-3 EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS
705	R\$ 3,78
706	02.02.08.014-5 EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO) R\$ 5,60
707	02.02.05.013-0 EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS - ANÁLISE FÍSICO QUÍMICA
708	R\$ 7,40
709	00.00.00.24-15 EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS VESICULARES R\$ 23,00
710	00.00.00.24-11 FATOR DE LEIDEN V R\$ 80,00
711	02.02.12.003-1 FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH-HR R\$ 20,00
712	02.02.03.021-0 GENOTIPAGEM DA HEPATITE C R\$ 300,00
713	02.03.04.699-9 GLICEMIA PÓS PRANDIAL R\$ 5,00
714	02.02.12.008-2 PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO) R\$ 4,00
715	02.02.02.038-0 HEMOGRAMA COMPLETO R\$ 8,22
716	00.00.00.24-27 PESQUISA DE HLA B27 R\$ 35,00
717	00.00.00.24-28 HLA DQ2 e DQ8 (DOENÇA CILÍACA) R\$ 170,00
718	02.02.12.004-0 IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE
719	HEMACIAS R\$ 17,00
720	02.02.03.022-9 IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS (inclusive Troponina) R\$ 60,00
721	02.02.02.039-8 LEUCOGRAMA R\$ 6,00
722	02.02.09.019-1 MIELOGRAMA R\$ 20,00
723	00.00.00.24-14 PARASITOLÓGICO POR AMOSTRA R\$ 4,00
724	00.00.00.24-12 PESQUISA DE ANTICORPO IGA ANTICARDIOLIPINA R\$ 17,00
725	02.02.03.025-3 PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA R\$ 17,00
726	02.02.03.026-1 PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA R\$ 15,00
727	00.00.00.24-19 PESQUISA DE ANTICORPOS – ANTI –GAD R\$ 60,00
728	02.02.03.037-7 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS R\$ 80,00
729	02.02.03.040-7 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS R\$ 7,40
730	02.02.03.042-3 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (IGG) R\$ 31,00



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU

Rua Iguaçu, s/nº - Bairro Nazaré

Medianeira - Paraná - 85884-000

(45)3264-5062

731	00.00.00.24-29 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (IGM) R\$ 19,00
732	02.02.03.027-0 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA DUPLA HÉLICE R\$ 17,34
733	00.00.00.24-13 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA HÉLICE SIMPLES R\$ 10,00
734	02.02.03.045-8 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70) R\$ 17,00
735	02.02.03.047-4 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTISTREPTOLISINA O (ASLO) R\$ 5,66
736	02.02.03.050-4 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO R\$ 15,00
737	02.02.03.028-8 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI - IGA R\$ 35,00
738	00.00.00.24-31 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI - IGM - IGA R\$ 35,00
739	02.02.03.029-6 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT) R\$ 127,50
740	02.02.03.030-0 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA) R\$ 15,00
741	02.02.03.031-8 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2 R\$ 30,00
742	02.02.03.051-2 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS R\$ 39,00
743	02.02.03.052-0 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA R\$ 28,00
744	02.02.03.055-5 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS (ANTI TPO) R\$ 22,00
745	02.02.03.056-3 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA R\$ 22,00
746	02.02.03.057-1 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO R\$ 35,00
747	02.02.03.058-0 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO R\$ 22,00
748	02.02.03.059-8 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO (FAN) R\$ 22,00
749	02.02.03.061-0 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS (MALÁRIA) R\$ 30,00
750	02.02.03.032-6 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP) R\$ 22,00
751	02.02.03.033-4 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS R\$ 12,00
752	02.02.03.034-2 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM R\$ 22,00
753	02.02.03.035-0 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO) R\$ 26,00
754	02.02.03.036-9 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA) R\$ 26,00
755	02.02.03.062-8 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA R\$ 22,00
756	02.02.03.063-6 PESQUISA DE HEPATITE B (ANTI-HBS) R\$ 28,00
757	02.02.03.064-4 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA
758	HEPATITE B (ANTI-HBE) R\$ 27,00
759	02.02.03.067-9 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTIHCV)
760	R\$ 27,00
761	02.02.03.068-7 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTIHDV)
762	R\$ 27,00
763	02.02.03.070-9 PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS
764	- BLASTOMICOSE R\$ 20,00
765	02.02.03.071-7 PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCIAL
766	RESPIRATORIO R\$ 27,00
767	02.02.03.074-1 PESQUISA DE CITOMEGALOVIRUS IGG R\$ 20,00
768	02.02.03.085-7 PESQUISA DE CITOMEGALOVIRUS IGM R\$ 20,00
769	02.02.03.075-0 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS R\$ 15,00
770	02.02.03.076-8 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA R\$ 20,00
771	02.02.03.077-6 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI -CHAGAS R\$ 14,00
772	02.02.03.078-4 PESQUISA DE HEPATITE B - ANTI HBC TOTAL R\$ 27,00
773	02.02.03.079-2 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE/MALÁRIA)
774	R\$ 30,00
775	02.02.03.080-6 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAVIGG)
776	R\$ 27,00
777	02.02.03.081-4 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA R\$ 23,00



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU

Rua Iguaçu, s/nº - Bairro Nazaré

Medianeira - Paraná - 85884-000

(45)3264-5062

778	02.02.03.082-2 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELAHERPES
779	ZOSTER R\$ 23,00
780	02.02.03.083-0 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR R\$ 24,00
781	02.02.03.084-9 PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES R\$ 26,00
782	02.02.03.086-5 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS R\$ 16,00
783	02.02.03.087-3 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA R\$ 27,00
784	02.02.03.088-1 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI-CHAGAS R\$ 15,00
785	02.02.03.090-3 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE) R\$ 30,00
786	02.02.03.091-1 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)
787	R\$ 25,00
788	02.02.03.092-0 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA R\$ 34,32
789	02.02.03.093-8 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA HERPES
790	ZOSTER R\$ 34,32
791	02.02.03.094-6 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR R\$ 34,32
792	02.02.03.095-4 PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES R\$ 34,32
793	02.02.03.096-2 PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA) R\$ 24,00
794	02.02.03.097-0 PESQUISA DE HBSAG - ANTÍGENO AUSTRALIA - AAU R\$ 25,00
795	02.02.03.098-9 PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG) R\$ 27,00
796	02.02.02.040-1 PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA/VON WILLEBRAND
797	R\$ 100,00
798	02.02.05.018-1 PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA R\$ 20,00
799	02.02.05.019-0 PESQUISA DE CISTINA NA URINA R\$ 6,50
800	02.02.03.099-7 PESQUISA DE CLAMIDIA (POR CAPTURA HIBRIDA) R\$ 90,00
801	02.02.05.020-3 PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA R\$ 15,00
802	02.02.02.042-8 PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ R\$ 7,00
803	02.02.03.100-4 PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS R\$ 8,00
804	02.02.04.005-4 PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA) R\$ 3,30
805	02.02.04.006-2 PESQUISA DE EOSINOFILOS R\$ 3,30
806	02.02.05.021-1 PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA R\$ 20,00
807	02.02.09.026-4 PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APÓS VASECTOMIA) R\$ 9,60
808	02.02.08.019-6 PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A R\$ 8,66
809	00.00.00.24-32 PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO B
810	(CULTURA) GESTANTE R\$ 20,00
811	02.02.03.101-2 PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE) R\$ 8,20
812	02.02.05.022-0 PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA R\$ 4,08
813	02.02.05.023-8 PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA R\$ 5,00
814	02.02.05.024-6 PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA R\$ 6,72
815	02.02.08.020-0 PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY R\$ 13,00
816	02.02.02.044-4 PESQUISA DE HEMOGLOBINA S R\$ 12,00
817	02.02.03.102-0 PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA R\$ 15,00
818	02.02.05.026-2 PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA R\$ 4,08
819	02.02.03.103-9 PESQUISA RASTREAMENTO IGE POR ALÉRGENO R\$ 13,00
820	02.02.04.009-7 PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES R\$ 4,00
821	02.02.04.010-0 PESQUISA DE LEVEDURA NAS FEZES R\$ 4,00
822	02.02.06.047-0 PESQUISA DE MACROPROLACTINA R\$ 19,00
823	02.02.04.011-9 PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)
824	R\$ 3,30



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU

Rua Iguaçu, s/nº - Bairro Nazaré

Medianeira - Paraná - 85884-000

(45)3264-5062

825	02.02.04.013-5 PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES R\$ 17,00
826	02.02.04.014-3 PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES R\$ 4,00
827	02.02.04.015-1 PESQUISA DE SUBSTÂNCIAS REDUTORAS NAS FEZES R\$ 4,00
828	02.02.08.023-4 PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM R\$ 9,00
829	02.02.03.104-7 PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLOURESCENCIA) -CHAGAS
830	R\$ 15,00
831	00.00.00.24-33 PROTROMBINA DETECÇÃO DOS GENES G20210A R\$ 120,00
832	02.02.09.030-2 PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE R\$ 4,00
833	02.02.03.107-1 QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1 R\$ 27,00
834	02.02.03.108-0 QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C R\$ 220,00
835	00.00.00.24-20 TESTE DE ABSORÇÃO DE LACTOSE R\$ 22,00
836	02.02.02.052-5 TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS R\$ 15,00
837	02.13.01.061-5 TESTE DE ELISA IGM P/ IDENTIFICAÇÃO DO VÍRUS DO SARAMPO R\$ 15,00
838	02.13.01.058-5 TESTE DE ELISA IGG P/ IDENTIFICAÇÃO DO VÍRUS DO SARAMPO R\$ 15,00
839	02.02.06.044-6 TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA R\$ 19,00
840	02.02.06.045-4 TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE R\$ 19,00
841	00.00.00.24-34 TESTE DE TOLERÂNCIA DE LACTOSE GENÉTICO (até 12 anos) R\$ 120,00
842	02.02.03.111-0 TESTE DE VDRL P/ DETECÇÃO DE SIFILIS R\$ 6,00
843	02.02.02.054-1 TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD) R\$ 6,00
844	02.02.03.112-8 TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS R\$ 15,00
845	02.02.03.113-6 TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS R\$ 15,00
846	02.02.12.010-4 TITULAÇÃO DE ANTI CORPOS ANTI A E/OU ANTI B R\$ 9,00
847	00.00.00.24-38 TRAB-ANTI RECEPTOR DE TSH R\$ 18,00
848	00.00.00.24-39 DOSAGEM DE HOMOCISTEÍNA R\$ 15,00
849	00.00.00.24-40 PESQUISA DE CÁLCIO URINÁRIO 24 HORAS R\$ 7,00
850	00.00.00.24-43 UREIA URINÁRIA 24 HORAS R\$ 7,00
851	02.02.05.031-9 PESQUISA DE TIROSINA NA URINA R\$ 15,00
852	02.02.02.046-0 PESQUISA DE TRIPANOSSOMA R\$ 4,00
853	02.02.04.016-0 PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES (ALFA 1 ANTITRIPSINA) R\$ 20,00
854	02.02.01.074-0 PROVA DA D-XILOSE R\$ 15,00
855	02.02.09.028-0 PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA) R\$ 15,00
856	02.02.09.029-9 PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS
857	PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C) R\$ 4,00
858	02.02.12.009-0 TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA) R\$ 4,00
859	02.02.06.046-2 TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS R\$ 13,00
860	02.02.03.115-2 TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA R\$ 5,00
861	00.00.00.24-41 ZINCO URINÁRIO 24 HORAS R\$ 25,00
862	00.00.00.24-42 FOSFORO URINÁRIO 24 HORAS R\$ 3,00