



## Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe - CISAMARP

### Resolução Nº 01/2020

#### DISPÕE SOBRE TABELA DE VALORES DE PROCEDIMENTOS PARA O ANO DE 2020.

Moisés Diersmann, Presidente do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe – CISAMARP, Prefeito Municipal de Luzerna, usando da competência que lhe confere o inciso VIII, Art. 17 do Estatuto Social do CISAMARP.

#### RESOLVE:

Art. 1º Homologar a Tabela de procedimentos do CISAMARP para o ano de 2020 com os respectivos valores.

Art. 2º Os valores constantes na respectiva tabela poderão ser alterados no decorrer do ano, a qualquer tempo, por deliberação da maioria dos(as) Secretários(as) de Saúde.

Art. 3º Poderão ser incluídos e/ou excluídos procedimentos da referida tabela na mesma forma do art 2º.

Art. 4º Os valores e procedimentos autorizados para contratação pelo CISAMARP e disponibilização aos municípios consorciados, são os elencados abaixo, respeitando os artigos supra.

**TABELA CISAMARP VIGENTE PARA 2020**

CONSULTAS/ATENDIMENTOS	CÓD. SUS	R\$ CIS
ANGIOLOGIA (CONSULTA)	03.01.01.007-2	R\$ 70,00
ANESTESIOLOGIA (CONSULTA)	03.01.01.007-2	R\$ 70,00
ANESTESIOLOGIA (SEDAÇÃO)	03.01.01.007-2	R\$ 15,15
ALERGIA E IMUNOLOGIA (CONSULTA)	03.01.01.007-2	R\$ 70,00
CARDIOLOGIA (CONSULTA)	03.01.01.007-2	R\$ 70,00
CIRURGIA TORÁCICA (CONSULTA)	03.01.01.007-2	R\$ 70,00
CIRURGIA GERAL (CONSULTA)	03.01.01.007-2	R\$ 70,00
CIRURGIÃO DENTISTA-TRAUMATO BUCOMAXILO FACIAL(CONSULTA)	00.09.01.631-7	R\$ 60,00
DERMATOLOGIA (CONSULTA)	03.01.01.007-2	R\$ 70,00
ENDOCRINOLOGIA (CONSULTA)	03.01.01.007-2	R\$ 70,00
FONOAUDIOLOGIA (CONSULTA)	03.01.04.004-4	R\$ 19,00
GASTROENTEROLOGIA (CONSULTA)	03.01.01.007-2	R\$ 70,00
GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA (CONSULTA)	03.01.01.007-2	R\$ 70,00
GERIATRIA/GERONTOLOGIA (CONSULTA)	03.01.01.007-2	R\$ 70,00
HEMATOLOGIA (CONSULTA)	03.01.01.007-2	R\$ 70,00

Avenida Manoel Roque, 99, térreo - Fone: (49) 3531-1653 – Videira - SC.

<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)



## Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe - CISAMARP

INFECTOLOGIA (CONSULTA)	03.01.01.007-2	R\$ 70,00
MASTOLOGIA (CONSULTA)	03.01.01.007-2	R\$ 70,00
NEFROLOGIA (CONSULTA)	03.01.01.007-2	R\$ 70,00
NEUROCIRURGIA (CONSULTA)	03.01.01.007-2	R\$ 70,00
NEUROLOGIA (CONSULTA)	03.01.01.007-2	R\$ 70,00
NUTRICIONISTA (TERAPIA INDIVIDUAL)	03.01.01.004-8	R\$ 15,00
OTORRINOLARINGOLOGIA (CONSULTA)	03.01.01.007-2	R\$ 70,00
OFTALMOLOGIA (CONSULTA) (**)	03.01.01.007-2	R\$ 70,00
ONCOLOGIA (CONSULTA)	03.01.01.007-2	R\$ 70,00
ORTOPEDIA (CONSULTA)	03.01.01.007-2	R\$ 70,00
PEDIATRIA (CONSULTA)	03.01.01.007-2	R\$ 70,00
PNEUMOLOGIA (CONSULTA)	03.01.01.007-2	R\$ 70,00
PSICOLOGIA (CONSULTA)	03.01.08.017-8	R\$ 15,00
PSICOPEDAGOGIA (TERAPIA INDIVIDUAL)	03.01.08.017-8	R\$ 15,00
PROCTOLOGIA (CONSULTA)	03.01.01.007-2	R\$ 70,00
PSIQUIATRIA (CONSULTA)	03.01.01.007-2	R\$ 70,00
REUMATOLOGIA (CONSULTA)	03.01.01.007-2	R\$ 70,00
UROLOGIA (CONSULTA)	03.01.01.007-2	R\$ 70,00
VASCULAR (CONSULTA)	03.01.01.007-2	R\$ 70,00
PSIQUIATRA (CONSULTA) INCLUINDO TERAPIA INDIVIDUAL	00.09.01.636-8	R\$ 130,00
EXAMES/PROCEDIMENTOS		
<b>ANATOMIA PATOLÓGICA</b>		
Exame Anátomo-Patológico p/ Congelamento /Parafina (exceto Colo Uterino) – Peça Cirúrgica	02.03.02.003-0	R\$ 24,00
Exame Citopatológico Hormonal Seriado (Mínimo 3 coletas)	02.03.01.002-7	R\$ 10,65
Exame Anátomo-Patológico do Colo Uterino	02.03.02.002-2	R\$ 50,00
Exame Citopatológico Cérvico-Vaginal/Microflora	02.03.01.001-9	R\$ 6,97
Imunohistoquímica de Neoplasias Malignas (por marcador)	02.03.02.004-9	R\$ 92,00
Exame Anátomo-Patológico de Mama-biópsia	02.03.02.006-5	R\$ 45,88
Exame Anátomo-Patológico do Colo Uterino-biópsia	02.03.02.008-1	R\$ 24,00
Exame Citopatológico Cérvico Vaginal/Microflora - Rastreamento	02.03.01.008-6	R\$ 7,30
HIBRIDIZAÇÃO IN SITU SONDA ALTO RISCO	00.09.01.694-5	R\$ 340,00
CAPTURA HIBRIDA SONDAS ALTO E BAIXO RISCO	00.09.01.696-1	R\$ 230,00
<b>ANGIOTOMOGRAFIA</b>		
ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL / VENOSA ABD SUPERIOR	00.09.01.652-0	R\$ 490,00
ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL / VENOSA ABD TOTAL	00.09.01.655-4	R\$ 490,00
ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL / VENOSA AORTA TOTAL ABDOMINAL E TORÁCICA	00.09.01.656-2	R\$ 490,00
Angiotomografia arterial / venosa de crânio	00.09.01.657-0	R\$ 490,00
Angiotomografia arterial / venosa de membros superiores	00.09.01.658-9	R\$ 490,00
Angiotomografia arterial / venosa de pescoço	00.09.01.638-4	R\$ 490,00
ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL / VENOSA Pelve	00.09.01.653-8	R\$ 490,00
Angiotomografia arterial / venosa pulmonar	00.09.01.639-2	R\$ 490,00
ANGIOTOMOGRAFIA DE MEMBROS INFERIORES	00.09.01.659-7	R\$ 490,00
ANGIOTOMOGRAFIA TORAX	00.09.01.660-0	R\$ 490,00

Avenida Manoel Roque, 99, térreo - Fone: (49) 3531-1653 – Videira - SC.

<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)



## Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe - CISAMARP

ANGIOTOMOGRAFIA AORTA E ILIACAS	00.09.01.698-8	R\$ 490,00
<b>AUDIOLOGIA/FONOAUDIOLOGIA</b>		
Terapia Individual Fonoaudiologia (sessão)	03.01.04.004-4	R\$ 19,00
Logaudiometria (LDV IRF LRF)	02.11.07.021-1	R\$ 42,53
Gustometria	02.11.07.019-0	R\$ 2,06
Imitanciometria	02.11.07.020-3	R\$ 48,27
Pesquisa de Pares cranianos	02.11.07.025-4	R\$ 1,37
Teste auditivo Supraliminares	02.11.07.033-5	R\$ 1,37
Emissões Otoacústicas Evocadas p/triagem auditiva (teste da orelhinha)	02.11.07.014-9	R\$ 17,56
<b>Audiometria Tonal Limiar (Via Aérea/Óssea)</b>	02.11.07.004-1	R\$ 30,00
BERA (Potencial Evocado Auditivo p/ Triagem Auditiva)	02.11.07.027-0	R\$ 190,00
<b>BIÓPSIAS (COLETA DE MATERIAIS)</b>		
Biópsia de próstata (com anestésico)	02.01.01.041-0	R\$ 46,19
Biópsia de anus e canal anal	02.01.01.004-6	R\$ 18,46
Biópsia de Boca (língua, lábio, mucosa, cavidade bucal )	02.01.01.052-6	R\$ 22,43
Biópsia de Palpebra(dermatologia)	02.01.01.035-6	R\$ 18,33
Biópsias Pele e partes moles (pele, tecido celular ou gânglios subcutâneos, parede abdominal)	02.01.01.037-2	R\$ 70,00
Biopsia de Pleura	02.01.01.040-2	R\$ 113,68
Biópsia de Pavilhão Auricular (dermatologia)	02.01.01.036-4	R\$ 14,66
Biópsia de Fígado por Punção	02.01.01.021-6	R\$ 200,00
Biópsia Punção de Tumores superficiais de pele (dermatologia)	02.01.01.002-0	R\$ 14,10
Core biopsy Prostata 12 fragmentos	00.09.01.667-8	R\$ 400,00
Core biopsy Fígado	00.09.01.668-6	R\$ 520,00
Core biopsy Mama sem limite de nódulos	00.09.01.669-4	R\$ 520,00
Core biopsy Pulmão	00.09.01.671-6	R\$ 520,00
PAAF Mamária punção aspirativa por agulha fina sem limite de nódulos	00.09.01.672-4	R\$ 300,00
PAAF Tireóide punção aspirativa por agulha fina sem limite de nódulos	00.09.01.673-2	R\$ 300,00
<b>CARDIOLOGIA</b>		
Monitoramento pelo sistema holter 24 hs (3 canais)	02.11.02.004-4	R\$ 80,00
Teste de esforço/teste ergométrico	02.11.02.006-0	R\$ 100,00
Ecocardiograma com doppler	02.05.01.003-2	R\$ 170,00
MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL	02.11.02.005-2	R\$ 140,00
Eletrocardiograma (ECG)	02.11.02.003-6	R\$ 30,00
Eco Doppler Carótidas e Vertebrais bilateral	00.09.01.648-1	R\$ 153,65
Ecocardiograma Fetal	00.09.01.640-6	R\$ 250,00
<b>CINTILOGRAFIA</b>		
Cintilografia de miocárdio para avaliação da perfusão em situação de Repouso	02.08.01.002-5	R\$ 430,00
Cintilografia de miocárdio para avaliação de perfusão em situação de estresse	02.08.01.003-3	R\$ 450,00
Cintilografia de corpo inteiro c/ Galio-67 p/ pesquisa de neoplasias	02.08.09.001-0	R\$ 979,34
Cintilografia óssea com ou sem fluxo sanguíneo (corpo inteiro)	02.08.05.003-5	R\$ 229,19
Cintilografia de articulações e/ou extremidades e/ou osso	02.08.05.001-9	R\$ 180,32
Cintilografia de Fígado e baço (minimi 5 imagens)	02.08.02.001-2	R\$ 143,92

Avenida Manoel Roque, 99, térreo - Fone: (49) 3531-1653 – Videira - SC.

<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)



## Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe - CISAMARP

Cintilografia de pulmão para pesquisa de aspiração	02.08.07.002-8	R\$ 138,37
Cintilografia de pulmão por inalação	02.08.07.003-6	R\$ 138,37
Cintilografia pulmonar de perfusão	02.08.07.004-4	R\$ 130,50
Dacriocintilografia (cintilografia da glandula lacrimal)	02.08.09.002-9	R\$ 378,00
Cintilografia de tireóide e/ou sem captação	02.08.03.002-6	R\$ 210,00
Cintilografia de paratireóides	02.08.03.001-8	R\$ 324,54
Cintilografia renal DMSA (quantitativa e qualitativa)	02.08.04.005-6	R\$ 283,94
Cintilografia renal DTPA	00.09.01.697-0	R\$ 333,33
Cintilografia para pesquisa de diverticulose de meckel	02.08.02.008-0	R\$ 189,00
Cintilografia p/ pesquisa de hemorragia digestiva ativa	02.08.02.009-8	R\$ 200,00
Cintilografia p/ pesquisa de hemorragia digestiva não ativa	02.08.02.010-1	R\$ 210,00
Cintilografia p/ pesquisa de refluxo- esofágico	02.08.02.011-0	R\$ 180,00
Cintilografia de Perfusão Cerebral	02.08.06.001-4	R\$ 394,21
Cintilografia p/ pesquisa de corpo inteiro - PCI	02.08.03.004-2	R\$ 338,70
<b>DENSITOMETRIA ÓSSEA DE COLUNA</b>	02.04.06.002-8	R\$ 55,10
<b>DENSITOMETRIA ÓSSEA DE FEMUR</b>	00.09.01.619-8	R\$ 55,10
<b>DERMATOLOGIA</b>		
Eletrocoagulação(Dermatologia)	04.01.01.004-0	R\$ 20,00
Exeres de Tumor de Pele e Anexos/Cisto Sebáceo,Lipoma (Dermato)	04.01.01.007-4	R\$ 20,00
<b>ELETRONEUROMIOGRAFIAS(ENMG)</b>		
Eletroneuromiografia de Face	00.00.09.003-4	R\$ 174,00
Eletroneuromiografia de Membros Inferiores	00.00.09.004-2	R\$ 230,00
Eletroneuromiografia de Membros Superiores	00.00.09.005-0	R\$ 230,00
Eletroneuromiografia de Membros Inferiores e Superiores	00.00.09.006-9	R\$ 360,00
<b>FISIOTERAPIA</b>		
Atendimento fisioterapeutico em pacientes c/disfunções uroginecológicas	03.02.01.002-5	R\$ 10,00
Atendimento Fisioterapêutico nas alterações motoras	03.02.05.002-7	R\$ 10,00
Atendimento Fisioterapêutico em pacientes no Pré/Pós operatório de neurologia	03.02.06.005-7	R\$ 12,00
Atendimento Fisioterapêutico em pacientes oncológico clínico	03.02.02.002-0	R\$ 10,00
Atendimento Fisioterapêutico de pacientes com cuidados paliativos	03.02.02.001-2	R\$ 12,00
Atendimento Fisioterapêutico em pacientes no Pré e Pós-Operatório nas Disf. Mú.	03.02.05.001-9	R\$ 12,00
Atendimento Fisioterapêutico em pacientes c/Distúrbios Neuro-Cinético-Fun.	03.02.06.002-2	R\$ 12,00
Atendimento Fisioterapêutico nas Desordens do Desenvolvimento Neuro-Motor	03.02.06.003-0	R\$ 10,00
Atendimento Fisioterapêutico em pacientes c/Trans. Respiratório c/Comp.	03.02.04.001-3	R\$ 12,00
Atendimento Fisioterapêutico em pacientes c/Trans.Respiratório s/Comp.	03.02.04.002-1	R\$ 10,00
Atendimento Fisioterapêutico em pacientes c/ transtorno clín. cardiovascular	03.02.04.003-0	R\$ 10,00
Atendimento Fisioterapêutico em pacientes pré/pós cirurgia cardiovascular	03.02.04.004-8	R\$ 12,00

Avenida Manoel Roque, 99, térreo - Fone: (49) 3531-1653 – Videira - SC.

<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)



## Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe - CISAMARP

Atendimento Fisioterapêutico nas disfunções vasculares periféricas	03.02.04.005-6	R\$ 10,00
<b>GASTROENTEROLOGIA/PROCTOLOGIA</b>		
Endoscopia Digestiva Alta (EDA)	02.09.01.003-7	R\$ 80,00
EDA COM SEDAÇÃO	00.09.01.635-0	R\$ 161,00
Teste de urease	00.09.01.634-1	R\$ 26,00
Biópsia esofago estomago e duodeno	00.09.01.651-1	R\$ 13,00
Colonoscopia	02.09.01.002-9	R\$ 300,00
Polipectomia - Retirada de pólipos do tubo digestivo por endoscopia	04.07.01.025-4	R\$ 100,00
Retirada de corpo estranho do tubo digestivo por endoscopia	04.07.01.024-6	R\$ 80,00
Retossigmoidoscopia	02.09.01.005-3	R\$ 80,00
<b>GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA</b>		
Colposcopia	02.11.04.002-9	R\$ 100,00
Colposcopia com biópsia (sem análise)	00.09.01.679-1	R\$ 130,00
Criocauterização de colo uterino	03.09.03.004-8	R\$ 30,00
<b>NEUROLOGIA</b>		
Eletroencefalografia em vigília com ou sem foto estímulo	02.11.05.002-4	R\$ 120,00
Eletroencefalograma sono induzido com ou sem medicamento	02.11.05.003-2	R\$ 120,00
Polissonografia	02.11.05.010-5	R\$ 400,00
<b>OTORRINOLARINGOLOGIA</b>		
Biópsia de Pirâmide nasal	02.01.01.039-9	R\$ 19,00
Biópsia de seios paranasais	02.01.01.044-5	R\$ 19,00
Biópsia de faringe	02.01.01.019-4	R\$ 19,00
Drenagem de Abscesso faríngeo	04.04.01.005-9	R\$ 23,00
Drenagem de Furúnculo no conduto auditivo Externo	04.04.01.007-5	R\$ 15,00
Incisão e Drenagem de Abscesso	00.04.01.010-4	R\$ 15,00
Ducha de Politzer (uni/bilateral)	04.04.01.009-1	R\$ 15,00
Infiltração Medicamentosa em corneto inferior	04.04.01.015-6	R\$ 15,00
Tamponamento Nasal Anterior e Posterior	04.04.01.034-2	R\$ 17,00
Eletrogustometria	02.11.07.013-0	R\$ 17,00
Laringoscopia	02.09.04.002-5	R\$ 60,00
<b>OFTALMOLOGIA</b>		
Biometria Ultrassônica (monocular)	02.11.06.001-1	R\$ 24,24
Campimetria Computadorizada ou manual com gráfico (Monocular)	02.11.06.003-8	R\$ 40,00
Ceratometria (Monocular)	02.11.06.005-4	R\$ 3,37
Curva Diária de Pressão Ocular CDPO (mínimo 3 medidas) (Monocular)	02.11.06.006-2	R\$ 10,11
Eletrooculografia (Oftalmologia)	02.11.06.007-0	R\$ 24,24
Eletroretinografia (Oftalmo)	02.11.06.008-9	R\$ 24,24
Mapeamento de Retina (Monocular)	02.11.06.012-7	R\$ 24,24
Microscopia Espécula de Cornea (Monocular)	02.11.06.014-3	R\$ 24,24
Paquimetria Ultrassônica (Monocular)	02.05.02.002-0	R\$ 14,81
Potencial Visual Evocado (Monocular)	02.11.06.016-0	R\$ 24,24
Retinografia Fluorescente (Binocular)	02.11.06.018-6	R\$ 64,00
Retinografia Colorida (Binocular)	02.11.06.017-8	R\$ 24,68
Teste de Adaptação de Visão Sub-Normal (Binocular)	02.11.06.019-4	R\$ 24,68

Avenida Manoel Roque, 99, térreo - Fone: (49) 3531-1653 – Videira - SC.

<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)



## Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe - CISAMARP

Teste de Provocação de Glaucoma (Binocular)	02.11.06.020-8	R\$ 6,74
Teste para Adaptação de Lente de Contato (Binocular)	02.11.06.024-0	R\$ 12,34
Tonometria	02.11.06.025-9	R\$ 17,74
Teste Ortóptico (Binocular)	02.11.06.023-2	R\$ 12,34
Topografia Computadorizada de cornea (Binocular)	02.11.06.026-7	R\$ 24,24
Potencial de Acuidade Visual (Monocular)	02.11.06.015-1	R\$ 3,37
Teste de Schirmer (Monocular)	02.11.06.021-6	R\$ 3,37
Teste de Visão de Cores	02.11.06.022-4	R\$ 3,37
Ultrassonografia de Globo Ocular/orbita (monocular)	02.05.02.008-9	R\$ 62,37
<b>ODONTOLOGIA</b>		
Protese Total Mandibular	07.01.07.012-9	R\$ 250,00
Protese Total Maxilar	07.01.07.013-7	R\$ 250,00
Radiografia Panorâmica	02.04.01.017-9	R\$ 42,00
Protese Parcial	10.80.30.101-9	R\$ 200,00
Protese Parcial Mandibular Removível	07.01.07.009-9	R\$ 350,00
Protese Parcial Maxilar Removível	07.01.07.010-2	R\$ 350,00
<b>PNEUMOLOGIA</b>		
Espirometria com determinação de volume residual	02.11.08.001-2	R\$ 100,00
Gasometria	02.11.08.002-0	R\$ 52,50
<b>UROLOGIA</b>		
Urodinâmica Completa	02.11.09.001-8	R\$ 315,00
<b>RADIOLOGIA</b>		
Mamografia Bilateral com laudo	00.09.01.628-7	R\$ 45,00
Laudo exame de mamografia bilateral	00.09.01.627-9	R\$ 30,00
<b>RADIOLOGIA (RX)</b>		
Radiografia Cavum (lateral +Hirtz)	02.04.01.006-3	R\$ 17,20
Radiografia Abdomen Agudo (Mínimo de 3 incidências)	02.04.05.012-0	R\$ 38,25
Radiografia de Abdomen Simples (AP)	02.04.05.013-8	R\$ 17,93
Radiografia de Abdomen (AP+lateral/localizada)	02.04.05.011-1	R\$ 26,83
Radiografia de Antebraço	02.04.04.001-9	R\$ 16,05
Radiografia Arcada Zigomática Malar (AP+Oblíquas)	02.04.01.004-7	R\$ 17,40
Radiografia de Articulação Coxo-Femoral	02.04.06.006-0	R\$ 19,43
Radiografia de Articulação Escápulo Umeral	02.04.04.003-5	R\$ 18,50
Radiografia de Articulação Esterno Clavicular	02.04.04.004-3	R\$ 18,50
Radiografia de Coração e Vasos da Base (PA+Lateral+Oblíquas)	02.04.03.005-6	R\$ 18,66
Radiografia de Costelas (por hemitórax)	02.04.03.007-2	R\$ 20,93
Radiografia de Cotovelo	02.04.04.007-8	R\$ 14,75
Radiografia de Coxa	02.04.06.011-7	R\$ 22,35
Radiografia Crânio (PA+Lateral+Oblíquas/Bretton+Hirtz)	02.04.01.007-1	R\$ 22,88
Radiografia de Crânio (PA+Lateral)	02.04.01.008-0	R\$ 18,80
Radiografia de Esôfago	02.04.03.008-0	R\$ 25,01
Escanometria	02.04.06.003-6	R\$ 19,43
Duodenografia Hipotônica	02.04.05.004-9	R\$ 44,88
Radiografia do Esterno	02.04.03.009-9	R\$ 19,95

Avenida Manoel Roque, 99, térreo - Fone: (49) 3531-1653 – Videira - SC.

<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)



## Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe - CISAMARP

Radiografia de Estômago e Duodeno	02.04.05.014-6	R\$ 45,79
Radiografia de Joelho (AP+ lateral)	02.04.06.012-5	R\$ 16,95
Radiografia de Joelho ou Patela (AP+lateral+Axial)	02.04.06.013-3	R\$ 17,90
Radiografia de Laringe	02.04.01.009-8	R\$ 14,35
Radiografia de região Orbitália (Localização de Corpo Estranho)	02.04.01.013-6	R\$ 19,95
Radiografia de Mão	02.04.04.009-4	R\$ 15,75
Radiografia de Mão e Punho (p/determinação de idade óssea)	02.04.04.010-8	R\$ 15,00
Radiografia de Mastóide/Rochedos (Bilateral)	02.04.01.010-1	R\$ 22,58
Radiografia de Maxilar (PA + Oblíquas)	02.04.01.011-0	R\$ 18,00
Radiografia de Mediastino (PA+Perfil)	02.04.03.010-2	R\$ 21,83
Radiografia de Omoplata/Ombro (3 posições)	02.04.04.011-6	R\$ 19,95
Radiografia Bilateral de Órbitas (PA+Oblíquas+Hirtz)	02.04.01.003-9	R\$ 20,95
Radiografia de Ossos da Face (MN+Lateral+Hirtz)	02.04.01.012-8	R\$ 20,95
Radiografia de Pé/Dedos do Pé	02.04.06.015-0	R\$ 16,95
Radiografia de Perna	02.04.06.016-8	R\$ 22,35
Radiografia de Punho (AP+Lateral+Oblíquas)	02.04.04.012-4	R\$ 17,28
Radiografia de Dedos da Mão	02.04.04.008-6	R\$ 18,28
Radiografia de Região Sacro-Coccigea	02.04.02.012-3	R\$ 19,50
Radiografia de Seios da Face (FN+MN+Lateral+Hirtz)	02.04.01.014-4	R\$ 18,30
Radiografia de Sela Túrsica (PA+Lateral+ Bretton)	02.04.01.015-2	R\$ 18,00
Radiografia de Tórax (PA+Inspiração+Expiração+Lateral)	02.04.03.013-7	R\$ 35,80
Radiografia de Tórax (PA+Lateral+Oblíquas)	02.04.03.014-5	R\$ 30,05
Radiografia de Tórax Ápico-Lordótica	02.04.03.012-9	R\$ 13,90
Radiografia de Tórax (PA)	02.04.03.017-0	R\$ 17,20
Radiografia de Intestino Delgado (Trânsito)	02.04.05.015-4	R\$ 61,87
Radiografia de Tórax (PA e Perfil)	02.04.03.015-3	R\$ 23,75
Radiografia de Articulação Sacro-Ilíaca	02.04.06.007-9	R\$ 19,43
Radiografia de Articulação Tíbio-Társica	02.04.06.008-7	R\$ 16,25
Radiografia de Articulação Temporo-Mandibular Bilateral	02.04.01.005-5	R\$ 20,95
Radiografia de Articulação Acrômio Clavicular	02.04.04.002-7	R\$ 18,50
Radiografia de Bacia	02.04.06.009-5	R\$ 19,43
Radiografia de Braço	02.04.04.005-1	R\$ 19,43
Radiografia de Calcâneo	02.04.06.010-9	R\$ 16,25
Radiografia de Clavícula	02.04.04.006-0	R\$ 18,50
Clister Opaco com Duplo Contraste	02.04.05.001-4	R\$ 62,09
Colangiografia Pré-Operatória	02.04.05.003-0	R\$ 42,39
Colangiografia Pós-Operatória	02.04.05.003-0	R\$ 42,39
Radiografia de Coluna Lombo Sacra	02.04.02.006-9	R\$ 27,40
Radiografia de Coluna Cervical (AP+Lateral+To/Flexão)	02.04.02.004-2	R\$ 20,48
Radiografia de Coluna Cervical (AP+Lateral+To+Oblíquas)	02.04.02.003-4	R\$ 20,83
Radiografia de Coluna Cervical Funcional/Dinâmica	02.04.02.005-0	R\$ 25,73
Radiografia de Coluna Torácica (AP+Lateral)	02.04.02.009-3	R\$ 22,90
Radiografia de Coluna Toraco-Lombar Dinâmica	02.04.02.011-5	R\$ 38,95
Radiografia de Coluna Tóraco Lombar	02.04.02.010-7	R\$ 24,33

Avenida Manoel Roque, 99, térreo - Fone: (49) 3531-1653 – Videira - SC.

<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)



## Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe - CISAMARP

Radiografia de Coluna Lombo Sacra (c/Oblíquas)	02.04.02.007-7	R\$ 37,25
Radiografia de Coração e Vasos de Base (PA+Lateral)	02.04.03.006-4	R\$ 11,77
Radiografia de Costelas (Por Hemitórax)	02.04.03.007-2	R\$ 20,93
Radiografia de Coxa	02.04.06.011-7	R\$ 22,35
Radiografia de Cotovelo	02.04.04.007-8	R\$ 14,75
Urografia Venosa	02.04.05.018-9	R\$ 74,62
Uretrocistografia Retrógrada	00.09.01.666-0	R\$ 182,00
Urografia Excretora	00.09.01.675-9	R\$ 231,00
<b>RESSONÂNCIA MAGNÉTICA</b>		
RESSONANCIA MAGNETICA DE QUADRIL	10.80.30.131-8	R\$ 268,75
RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	10.80.30.131-9	R\$ 268,75
RESSONANCIA MAGNETICA DE OUVIDO	10.80.30.132-0	R\$ 268,75
RESSONANCIA MAGNETICA DE ESCÁPULA	10.80.30.132-1	R\$ 268,75
RESSONANCIA MAGNETICA DE ESTERNO	10.80.30.132-2	R\$ 268,75
RESSONANCIA MAGNETICA DE CLAVICULA	10.80.30.132-3	R\$ 268,75
RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO (ombro, cotovelo, punho, mão, joelho, tornozelo, pé)	10.80.30.132-5	R\$ 268,75
RESSONANCIA MAGNETICA DE VEIAS ILIACAS	10.80.30.132-6	R\$ 268,75
RM Membros Superiores (Unilateral) (braço, antebraço)	02.07.02.002-7	R\$ 268,75
RM Membros Inferiores (Unilateral) (perna, coxa)	02.07.03.003-0	R\$ 268,75
RM Coluna Lombo Sacra	02.07.01.004-8	R\$ 268,75
RM de Coluna Torácica	02.07.01.005-6	R\$ 268,75
RM de Coluna Cervical / Pescoço (laringe, faringe, tireóide, glândulas salivares e gânglios cervicais)	02.07.01.003-0	R\$ 268,75
RM de Articulação Tempora-Mandibular (Bilateral)	02.07.01.002-1	R\$ 268,75
RM de Bacia/Pélvis	02.07.03.002-2	R\$ 268,75
RM de Sela Tursica	02.07.01.007-2	R\$ 268,75
RM Crânio	02.07.01.006-4	R\$ 268,75
RM Vias Biliares / Colangioressonância	02.07.03.004-9	R\$ 268,75
RM de Abdomem Superior	02.07.03.001-4	R\$ 268,75
RM de Tórax	02.07.02.003-5	R\$ 268,75
Contraste para Ressonância Magnética	00.00.09.012-3	R\$ 70,00
Sedação para Ressonância Magnética	10.80.30.102-0	R\$ 320,00
Angioressonância Por Segmento	00.09.01.629-5	R\$ 268,75
<b>SERVIÇO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS (***)</b>		
Sessão de Acupuntura Aplicação de ventosas/moxa	03.09.05.001-4	R\$ 3,65
Sessão de Acupuntura com inserção de agulhas	03.09.05.002-2	R\$ 4,13
<b>TOMOGRAFIAS (com ou sem contraste)</b>		
TC de Crânio	02.06.01.007-9	R\$ 123,80
TC de Sela Tursica	02.06.01.006-0	R\$ 123,80
TC de Coluna Torácica	02.06.01.003-6	R\$ 110,23
TC de Coluna Lombo Sacra	02.06.01.002-8	R\$ 128,45
TC Coluna Cervical	02.06.01.001-0	R\$ 110,23
TC de Articulação de Membro Superior	02.06.02.001-5	R\$ 110,22
TC de Articulação de Membros Inferiores	02.06.03.002-9	R\$ 110,22

Avenida Manoel Roque, 99, térreo - Fone: (49) 3531-1653 – Videira - SC.

<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)





## Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe - CISAMARP

TC de Face/Seios da Face/Articulações Têmporo Mandibular	02.06.01.004-4	R\$ 110,22
TC de Abdomen Superior	02.06.03.001-0	R\$ 176,13
TC de Abdomem Total	00.00.09.001-8	R\$ 221,76
TC de Tórax	02.06.02.003-1	R\$ 173,31
TC de Pescoço	02.06.01.005-2	R\$ 110,22
TC de Pelve/Bacia	02.06.03.003-7	R\$ 176,13
TC de Segmentos Apendiculares	02.06.02.002-3	R\$ 110,22
TC de Mastoíde ou ouvido	00.09.01.611-2	R\$ 141,25
Urotomografia	00.09.01.621-0	R\$ 210,00
<b>ULTRASSONOGRAFIA</b>		
ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN INFERIOR (BEXIGA, UTERO, OVARIO E ANEXOS, PROSTATA, VESICULAS SEMINAIS)	10.80.30.130-2	R\$ 62,37
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE ABDOMEN TOTAL	10.80.30.130-3	R\$ 150,00
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE ABDOMEN INFERIOR	10.80.30.130-4	R\$ 115,50
ULTRASSONOGRAFIA DE ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (CERVICAL OU AXILAS OU MÚSCULO OU TENDÃO)	10.80.30.130-5	R\$ 62,37
ULTRASSONOGRAFIA DE PARTES MOLES	10.80.30.130-6	R\$ 62,37
ULTRASSONOGRAFIA DE TRANSLUCÊNCIA NUCAL	10.80.30.130-7	R\$ 62,37
ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	10.80.30.130-8	R\$ 62,37
ULTRASSONOGRAFIA DE GLÂNDULAS SALIVARES	10.80.30.130-9	R\$ 62,37
ULTRASSONOGRAFIA DE REGIÃO INGUINAL HERNIAS (UNILATERAL)	10.80.30.131-0	R\$ 62,37
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER HEPATICO	10.80.30.131-1	R\$ 120,00
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ARTERIAS RENAS OU ILIACAS	10.80.30.131-2	R\$ 115,50
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE ORGAO OU ESTRUTURA ISOLADA	10.80.30.131-3	R\$ 115,50
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS VENOSOS BILATERAL (SUBCLAVIAS E JUGULARES)	10.80.30.131-4	R\$ 115,50
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VEIA CAVA SUPERIOR OU INFERIOR	10.80.30.131-5	R\$ 115,50
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO TRANSFONTANELA	10.80.30.131-6	R\$ 115,50
ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO ARTERIAL OU VENOSO DE MEMBRO SUPERIOR OU INFERIOR	10.80.30.131-7	R\$ 115,50
Ultrassonografia de Abdomem Superior (Fígado,Visícula,Vias)	02.05.02.003-8	R\$ 62,37
Ultrassonografia de Abdomem Total	02.05.02.004-6	R\$ 115,50
Ultrassonografia de Aparelho Urinário	02.05.02.005-4	R\$ 62,37
Ultrassonografia de Articulação	02.05.02.006-2	R\$ 62,37
Ultrassonografia de Bolsa Escrotal	02.05.02.007-0	R\$ 62,37
Ultrassonografia de Globo Ocular/orbita	02.05.02.008-9	R\$ 62,37
Ultrassonografia Mamária Bilateral	02.05.02.009-7	R\$ 62,37
Ultrassonografia de Prostata (via transretal)	02.05.02.011-9	R\$ 62,37
Ultrassonografia de Prostata (via abdominal)	02.05.02.010-0	R\$ 62,37
Ultrassonografia de Tireóide	02.05.02.012-7	R\$ 62,37
Ultrassonografia de Obstétrica	02.05.02.014-3	R\$ 62,37
Ultrassonografia de Obstétrica c/ Doppler	02.05.02.015-1	R\$ 115,50

Avenida Manoel Roque, 99, térreo - Fone: (49) 3531-1653 – Videira - SC.

<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)



## Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe - CISAMARP

Ultrassonografia Pélvica (Ginecológica)	02.05.02.016-0	R\$ 62,37
Ultrassonografia Obstétrica Morfológica	00.00.09.002-6	R\$ 136,50
Ultrassonografia Transfontanela	02.05.02.017-8	R\$ 62,37
Ultrassonografia Doppler Colorido de Vasos (Até 3 vasos)	02.05.01.004-0	R\$ 191,73
Ultrassonografia Transvaginal	02.05.02.018-6	R\$ 62,37
Ultrassonografia Morfológica com Doppler	00.09.01.670-8	R\$ 180,00
Ultrassonografia Doppler de Mamas	00.09.01.662-7	R\$ 115,50
Ultrassonografia Doppler de Tireoide	00.09.01.690-2	R\$ 115,50
Ultrassonografia Doppler de Transvaginal	00.09.01.685-6	R\$ 115,50
Ultrassonografia Doppler de Próstata	00.09.01.691-0	R\$ 115,50
Ultrassonografia Doppler de Bolsa Escrotal	00.90.42.193-0	R\$ 115,50
Ultrassonografia Doppler de abdômen Superior	00.09.01.693-7	R\$ 115,50
<b>PROCEDIMENTOS MUTIRÃO CIRURGIAS ELETIVAS</b>		
Consulta Pré-cirúrgica	00.00.09.033-6	R\$ 70,00
Consulta Pós-cirúrgica	00.00.09.014-0	R\$ 70,00
Consulta Pré-anestésica	00.00.09.036-0	R\$ 70,00
Complemento Procedimentos Cirúrgicos de Oftalmologia (Del.535/CIB/2013)	00.09.01.637-6	R\$ 150,00
<b>INTERNAÇÃO</b>		
Internação paciente com dependência de substâncias psicoativas dia internado	00.00.09.011-5	R\$ 30,65
INTERNAÇÃO P TRAT CLINICO TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS (por dia de internação)	00.09.01.664-3	R\$ 30,65
<b>OXIGENOTERAPIA</b>		
Sessão de oxigenoterapia Hiperbárica	00.09.01.661-9	R\$ 320,00
<b>COMPLEMENTO CIRURGIA CATARATA</b>		
Complemento para cirurgias de catarata com APAC	00.09.01.646-5	R\$ 56,00
(*) CÓDIGO CISAMARP		
(**) Na consulta de oftalmologia estão incluídos os exames de: Gonioscopia, Fundoscopia, Check-up de Glaucoma e Tonometria		

ANÁLISES CLÍNICAS		
PROCEDIMENTO	CODIGO SUS	VALOR
ALBUMINA	10.80.30.129-7	R\$ 1,92
ÍNDICE DE SATURAÇÃO DA TRANSFERRINA	10.80.30.129-8	R\$ 8,44
T3 LIVRE	10.80.30.129-9	R\$ 10,00
DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	02.02.12.002-3	R\$ 1,37
CARDIOLIPINA IGA, AUTO ANTICORPOS	10.80.30.123-0	R\$ 18,18
ANTICOAGULANTE LÚPICO	10.80.30.123-1	R\$ 21,80
DOSAGEM DE ALDOLASE	00.22.01.014-7	R\$ 3,68
CLEARANCE OSMOLAR	02.02.01.001-5	R\$ 3,51
DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	02.02.01.002-3	R\$ 2,01

Avenida Manoel Roque, 99, térreo - Fone: (49) 3531-1653 – Videira - SC.

<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)



## Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe - CISAMARP

DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS	02.02.01.003-1	R\$	15,65
DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	02.02.01.004-0	R\$	3,63
DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA ( 5 dosagens)	02.02.01.005-8	R\$	6,55
DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (4 dosagens)	02.02.01.006-6	R\$	3,68
DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 dosagens)	02.02.01.007-4	R\$	10,00
DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE	02.02.01.008-2	R\$	3,51
DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	02.02.01.009-0	R\$	3,51
DOSAGEM DE ACETONA	02.02.01.010-4	R\$	1,85
DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	02.02.01.011-2	R\$	2,01
DOSAGEM DE ACIDO URICO	02.02.01.012-0	R\$	1,85
DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO	02.02.01.013-9	R\$	9,00
DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	02.02.01.015-5	R\$	3,68
DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	02.02.01.016-3	R\$	3,68
DOSAGEM DE AMILASE	02.02.01.018-0	R\$	2,25
DOSAGEM DE AMONIA	02.02.01.019-8	R\$	3,51
DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	02.02.01.020-1	R\$	2,01
DOSAGEM DE CALCIO	02.02.01.021-0	R\$	1,85
DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	02.02.01.022-8	R\$	3,51
DOSAGEM DE CAROTENO	02.02.01.023-6	R\$	2,01
DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	02.02.01.025-2	R\$	3,68
DOSAGEM DE CLORETO	02.02.01.026-0	R\$	1,85
DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	02.02.01.027-9	R\$	3,51
DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	02.02.01.028-7	R\$	3,51
DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	02.02.01.029-5	R\$	1,85
DOSAGEM DE COLINESTERASE	02.02.01.030-9	R\$	3,68
DOSAGEM DE CREATININA	02.02.01.031-7	R\$	1,85
DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	02.02.01.032-5	R\$	3,68
DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	02.02.01.033-3	R\$	4,12
DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	02.02.01.034-1	R\$	3,51
DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	02.02.01.035-0	R\$	3,51
DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	02.02.01.036-8	R\$	3,68
DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	02.02.01.037-6	R\$	3,68
DOSAGEM DE FERRITINA	02.02.01.038-4	R\$	15,59
DOSAGEM DE FERRO SERICO	02.02.01.039-2	R\$	3,51
DOSAGEM DE FOLATO	02.02.01.040-6	R\$	15,65
DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	02.02.01.041-4	R\$	2,01
DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	02.02.01.042-2	R\$	2,01
DOSAGEM DE FOSFORO	02.02.01.043-0	R\$	1,85
DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	02.02.01.044-9	R\$	2,01
DOSAGEM DE GALACTOSE	02.02.01.045-7	R\$	3,51
DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRASFERASE (GAMA GT)	02.02.01.046-5	R\$	3,51
DOSAGEM DE GLICOSE	02.02.01.047-3	R\$	1,85
DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	02.02.01.048-1	R\$	3,68

Avenida Manoel Roque, 99, térreo - Fone: (49) 3531-1653 – Videira - SC.

<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)



## Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe - CISAMARP

DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	02.02.01.049-0	R\$ 3,68
DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	02.02.01.050-3	R\$ 7,86
DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	02.02.01.051-1	R\$ 3,68
DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	02.02.01.052-0	R\$ 3,51
DOSAGEM DE LACTATO	02.02.01.053-8	R\$ 3,68
DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	02.02.01.054-6	R\$ 3,51
DOSAGEM DE LIPASE	02.02.01.055-4	R\$ 2,25
DOSAGEM DE MAGNESIO	02.02.01.056-2	R\$ 2,01
DOSAGEM DE MUÇO-PROTEINAS	02.02.01.057-0	R\$ 2,01
DOSAGEM DE PIRUVATO	02.02.01.058-9	R\$ 3,68
DOSAGEM DE PORFIRINAS	02.02.01.059-7	R\$ 3,51
DOSAGEM DE POTASSIO	02.02.01.060-0	R\$ 1,85
DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	02.02.01.061-9	R\$ 1,40
DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	02.02.01.062-7	R\$ 1,85
DOSAGEM DE SODIO	02.02.01.063-5	R\$ 1,85
DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	02.02.01.064-3	R\$ 2,01
DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	02.02.01.065-1	R\$ 2,01
DOSAGEM DE TRANSFERRINA	02.02.01.066-0	R\$ 4,12
DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	02.02.01.067-8	R\$ 3,51
DOSAGEM DE TRIPTOFANO	02.02.01.068-6	R\$ 3,51
DOSAGEM DE UREIA	02.02.01.069-4	R\$ 1,85
DOSAGEM DE VITAMINA B12	02.02.01.070-8	R\$ 15,24
ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	02.02.01.071-6	R\$ 3,68
ELETROFORESE DE PROTEINAS	02.02.01.072-4	R\$ 4,42
GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE )	02.02.01.073-2	R\$ 15,65
PROVA DA D-XILOSE	02.02.01.074-0	R\$ 3,68
TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA/HIPOGLICEMIANTES ORAIS	02.02.01.075-9	R\$ 6,55
CITOQUIMICA HEMATOLOGICA	02.02.02.001-0	R\$ 6,48
CONTAGEM DE PLAQUETAS	02.02.02.002-9	R\$ 2,73
CONTAGEM DE RETICULOCITOS	02.02.02.003-7	R\$ 2,73
DETERMINACAO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR	02.02.02.004-5	R\$ 2,73
DETERMINACAO DE SULFO-HEMOGLOBINA	02.02.02.006-1	R\$ 2,73
DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	02.02.02.007-0	R\$ 2,73
DETERMINACAO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	02.02.02.008-8	R\$ 2,73
DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	02.02.02.009-6	R\$ 2,73
DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	02.02.02.010-0	R\$ 9,00
TERMINAÇÃO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACITAS	02.02.02.011-8	R\$ 5,79
DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA	02.02.02.012-6	R\$ 2,85
DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP)	02.02.02.013-4	R\$ 5,77
DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	02.02.02.014-2	R\$ 2,73
DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSIDIMENTACAO (VHS)	02.02.02.015-0	R\$ 2,73
DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	02.02.02.016-9	R\$ 4,11
DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	02.02.02.017-7	R\$ 6,48
DOSAGEM DE FATOR II	02.02.02.018-5	R\$ 5,31

Avenida Manoel Roque, 99, térreo - Fone: (49) 3531-1653 – Videira - SC.

<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)



## Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe - CISAMARP

DOSAGEM DE FATOR IX	02.02.02.019-3	R\$ 7,63
DOSAGEM DE FATOR V	02.02.02.020-7	R\$ 4,73
DOSAGEM DE FATOR VII	02.02.02.021-5	R\$ 8,09
DOSAGEM DE FATOR VIII	02.02.02.022-3	R\$ 6,63
DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	02.02.02.023-1	R\$ 15,00
DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	02.02.02.024-0	R\$ 18,91
DOSAGEM DE FATOR X	02.02.02.025-8	R\$ 6,66
DOSAGEM DE FATOR XI	02.02.02.026-6	R\$ 9,11
DOSAGEM DE FATOR XII	02.02.02.027-4	R\$ 10,51
DOSAGEM DE FATOR XIII	02.02.02.028-2	R\$ 6,66
DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	02.02.02.029-0	R\$ 4,60
DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	02.02.02.030-4	R\$ 1,53
DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC	02.02.02.031-2	R\$ 2,73
DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	02.02.02.032-0	R\$ 2,73
DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	02.02.02.033-9	R\$ 2,73
DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	02.02.02.034-7	R\$ 4,11
ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	02.02.02.035-5	R\$ 5,41
ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	02.02.02.036-3	R\$ 2,73
HEMATOCRITO	02.02.02.037-1	R\$ 1,53
HEMOGRAMA COMPLETO	02.02.02.038-0	R\$ 4,11
LEUCOGRAMA	02.02.02.039-8	R\$ 2,73
PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	02.02.02.040-1	R\$ 25,00
PESQUISA DE CELULAS LE	02.02.02.041-0	R\$ 4,11
PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	02.02.02.042-8	R\$ 2,73
PESQUISA DE FILARIA	02.02.02.043-6	R\$ 2,73
PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	02.02.02.044-4	R\$ 2,73
PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	02.02.02.046-0	R\$ 2,73
PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	02.02.02.048-7	R\$ 4,11
PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	02.02.02.049-5	R\$ 2,73
PROVA DO LACO	02.02.02.050-9	R\$ 2,73
RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	02.02.02.051-7	R\$ 2,73
TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS	02.02.02.052-5	R\$ 12,00
TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	02.02.02.053-3	R\$ 2,73
TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	02.02.02.054-1	R\$ 2,73
CONTAGEM DE LINFOCITOS B	02.02.03.001-6	R\$ 15,00
CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	02.02.03.002-4	R\$ 15,00
CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	02.02.03.003-2	R\$ 15,00
DETECCAO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)	02.02.03.004-0	R\$ 65,00
DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	02.02.03.005-9	R\$ 96,00
DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	02.02.03.006-7	R\$ 9,25
DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	02.02.03.007-5	R\$ 2,83
DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	02.02.03.008-3	R\$ 9,25
DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	02.02.03.009-1	R\$ 15,06
DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	02.02.03.010-5	R\$ 16,42

Avenida Manoel Roque, 99, térreo - Fone: (49) 3531-1653 – Videira - SC.

<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)



## Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe - CISAMARP

DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	02.02.03.011-3	R\$ 13,55
DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	02.02.03.012-1	R\$ 17,16
DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	02.02.03.013-0	R\$ 17,16
DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	02.02.03.015-6	R\$ 17,16
DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	02.02.03.016-4	R\$ 9,25
DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	02.02.03.018-0	R\$ 17,16
DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	02.02.03.019-9	R\$ 4,10
DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	02.02.03.020-2	R\$ 2,83
IMUNOELETOFORESE DE PROTEINAS	02.02.03.022-9	R\$ 17,16
IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	02.02.03.023-7	R\$ 80,00
PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	02.02.03.025-3	R\$ 10,00
PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	02.02.03.026-1	R\$ 10,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	02.02.03.027-0	R\$ 8,67
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	02.02.03.028-8	R\$ 17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	02.02.03.029-6	R\$ 85,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	02.02.03.030-0	R\$ 10,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	02.02.03.031-8	R\$ 18,55
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	02.02.03.032-6	R\$ 17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	02.02.03.033-4	R\$ 5,74
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	02.02.03.034-2	R\$ 17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	02.02.03.035-0	R\$ 18,55
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	02.02.03.036-9	R\$ 18,55
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	02.02.03.037-7	R\$ 9,25
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	02.02.03.038-5	R\$ 10,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	02.02.03.039-3	R\$ 9,25
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	02.02.03.040-7	R\$ 3,70
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	02.02.03.041-5	R\$ 5,83
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	02.02.03.042-3	R\$ 10,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL	02.02.03.043-1	R\$ 17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS	02.02.03.044-0	R\$ 9,25
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	02.02.03.045-8	R\$ 10,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	02.02.03.046-6	R\$ 9,70
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	02.02.03.047-4	R\$ 2,83
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	02.02.03.048-2	R\$ 10,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLIADINA (GLUTEN) IGG IGM E IGA	02.02.03.049-0	R\$ 17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	02.02.03.050-4	R\$ 10,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	02.02.03.051-2	R\$ 10,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	02.02.03.052-0	R\$ 17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	02.02.03.053-9	R\$ 4,10
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	02.02.03.054-7	R\$ 5,50
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	02.02.03.055-5	R\$ 17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	02.02.03.056-3	R\$ 17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	02.02.03.057-1	R\$ 17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	02.02.03.058-0	R\$ 17,16

Avenida Manoel Roque, 99, térreo - Fone: (49) 3531-1653 – Videira - SC.

<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)



## Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe - CISAMARP

PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	02.02.03.059-8	R\$ 17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	02.02.03.060-1	R\$ 17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	02.02.03.061-0	R\$ 10,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	02.02.03.062-8	R\$ 17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS	02.02.03.063-6	R\$ 18,55
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE	02.02.03.064-4	R\$ 18,55
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	02.02.03.065-2	R\$ 7,78
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII	02.02.03.066-0	R\$ 9,71
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HC)	02.02.03.067-9	R\$ 18,55
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HD)	02.02.03.068-7	R\$ 18,55
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	02.02.03.069-5	R\$ 9,25
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS	02.02.03.070-9	R\$ 4,10
PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCICIAL RESP	02.02.03.071-7	R\$ 18,55
PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	02.02.03.072-5	R\$ 17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BAR	02.02.03.073-3	R\$ 2,83
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	02.02.03.074-1	R\$ 11,00
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	02.02.03.075-0	R\$ 9,25
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	02.02.03.076-8	R\$ 16,97
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	02.02.03.077-6	R\$ 9,25
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS	02.02.03.078-4	R\$ 18,55
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE)	02.02.03.079-2	R\$ 30,00
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV)	02.02.03.080-6	R\$ 18,55
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	02.02.03.081-4	R\$ 17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES	02.02.03.082-2	R\$ 17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	02.02.03.083-0	R\$ 17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	02.02.03.084-9	R\$ 17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	02.02.03.085-7	R\$ 11,61
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	02.02.03.086-5	R\$ 10,00
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	02.02.03.087-3	R\$ 18,55
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	02.02.03.088-1	R\$ 9,25
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS	02.02.03.089-0	R\$ 18,55
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE)	02.02.03.090-3	R\$ 20,00
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV)	02.02.03.091-1	R\$ 18,55
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	02.02.03.092-0	R\$ 17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES	02.02.03.093-8	R\$ 17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	02.02.03.094-6	R\$ 17,16
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	02.02.03.095-4	R\$ 17,16
PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	02.02.03.096-2	R\$ 13,35
PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (H)	02.02.03.097-0	R\$ 18,55
PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	02.02.03.098-9	R\$ 18,55
PESQUISA DE CLAMIDIA (POR CAPTURA HIBRIDA)	02.02.03.099-7	R\$ 60,00
PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	02.02.03.100-4	R\$ 2,83
PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	02.02.03.101-2	R\$ 4,10
PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLOURESCENCIA	02.02.03.102-0	R\$ 10,00

Avenida Manoel Roque, 99, térreo - Fone: (49) 3531-1653 – Videira - SC.

<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)



## Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe - CISAMARP

PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	02.02.03.103-9	R\$ 9,25
PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	02.02.03.104-7	R\$ 10,00
PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	02.02.03.105-5	R\$ 1,77
PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	02.02.03.106-3	R\$ 1,77
QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1	02.02.03.107-1	R\$ 18,00
REACAO DE HEMAGLUTINACAO (TPHA) P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	02.02.03.109-8	R\$ 4,10
REACAO DE MONTENEGRO ID	02.02.03.110-1	R\$ 2,83
TESTE DE VDRL P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	02.02.03.111-0	R\$ 2,88
TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	02.02.03.112-8	R\$ 10,00
TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	02.02.03.113-6	R\$ 10,00
TESTES ALERGICOS DE CONTATO	02.02.03.114-4	R\$ 1,77
TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA	02.02.03.115-2	R\$ 1,77
TESTES RAPIDOS P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	02.02.03.116-0	R\$ 10,00
VDRL P/ DETECAAO DE SIFILIS EM GESTANTE	02.02.03.117-9	R\$ 2,83
DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	02.02.04.001-1	R\$ 1,65
DOSAGEM DE GORDURA FECAL	02.02.04.002-0	R\$ 3,04
EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	02.02.04.003-8	R\$ 3,04
IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	02.02.04.004-6	R\$ 1,65
PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	02.02.04.005-4	R\$ 1,65
PESQUISA DE EOSINOFILOS	02.02.04.006-2	R\$ 1,65
PESQUISA DE GORDURA FECAL	02.02.04.007-0	R\$ 1,65
PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	02.02.04.008-9	R\$ 1,65
PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	02.02.04.009-7	R\$ 1,65
PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	02.02.04.010-0	R\$ 1,65
PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)	02.02.04.011-9	R\$ 1,65
PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	02.02.04.012-7	R\$ 1,65
PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	02.02.04.013-5	R\$ 10,25
PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	02.02.04.014-3	R\$ 1,65
PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	02.02.04.015-1	R\$ 1,65
PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	02.02.04.016-0	R\$ 1,65
PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	02.02.04.017-8	R\$ 1,65
ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	02.02.05.001-7	R\$ 3,70
CLEARANCE DE CREATININA	02.02.05.002-5	R\$ 3,51
CLEARANCE DE FOSFATO	02.02.05.003-3	R\$ 3,51
CLEARANCE DE UREIA	02.02.05.004-1	R\$ 3,51
CONTAGEM DE ADDIS	02.02.05.005-0	R\$ 2,04
DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE	02.02.05.006-8	R\$ 3,70
DOSAGEM DE ACUCARES (POR CROMATOGRAFIA)	02.02.05.007-6	R\$ 3,70
DOSAGEM DE CITRATO	02.02.05.008-4	R\$ 2,01
DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	02.02.05.009-2	R\$ 8,12
DOSAGEM DE OXALATO	02.02.05.010-6	R\$ 3,68
DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	02.02.05.011-4	R\$ 2,04
DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	02.02.05.012-2	R\$ 3,04
EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	02.02.05.013-0	R\$ 3,70

Avenida Manoel Roque, 99, térreo - Fone: (49) 3531-1653 – Videira - SC.

<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)





## Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe - CISAMARP

PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA)	02.02.05.014-9	R\$ 3,70
PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	02.02.05.015-7	R\$ 3,04
PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	02.02.05.016-5	R\$ 3,70
PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA	02.02.05.017-3	R\$ 2,04
PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	02.02.05.018-1	R\$ 2,40
PESQUISA DE CISTINA NA URINA	02.02.05.019-0	R\$ 2,04
PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	02.02.05.020-3	R\$ 2,04
PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	02.02.05.021-1	R\$ 3,70
PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	02.02.05.022-0	R\$ 2,04
PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	02.02.05.023-8	R\$ 2,04
PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	02.02.05.024-6	R\$ 3,36
PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	02.02.05.026-2	R\$ 2,04
PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	02.02.05.027-0	R\$ 2,04
PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	02.02.05.028-9	R\$ 3,70
PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	02.02.05.029-7	R\$ 2,04
PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	02.02.05.030-0	R\$ 4,44
PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	02.02.05.031-9	R\$ 2,04
PROVA DE DILUICAO (URINA)	02.02.05.032-7	R\$ 2,04
DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE	02.02.06.001-2	R\$ 12,54
DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3	02.02.06.002-0	R\$ 12,54
DETERMINACAO DE T3 REVERSO	02.02.06.003-9	R\$ 14,69
DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	02.02.06.004-7	R\$ 10,20
DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	02.02.06.005-5	R\$ 6,72
DOSAGEM DE 17-HIDROXCORTICOSTEROIDES	02.02.06.006-3	R\$ 6,72
DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	02.02.06.007-1	R\$ 6,72
DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	02.02.06.008-0	R\$ 14,12
DOSAGEM DE ALDOSTERONA	02.02.06.009-8	R\$ 11,89
DOSAGEM DE AMP CICLICO	02.02.06.010-1	R\$ 12,01
DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	02.02.06.011-0	R\$ 11,53
DOSAGEM DE CALCITONINA	02.02.06.012-8	R\$ 14,38
DOSAGEM DE CORTISOL	02.02.06.013-6	R\$ 9,86
DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	02.02.06.014-4	R\$ 11,25
DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	02.02.06.015-2	R\$ 11,71
DOSAGEM DE ESTRADIOL	02.02.06.016-0	R\$ 10,15
DOSAGEM DE ESTRIOL	02.02.06.017-9	R\$ 11,55
DOSAGEM DE ESTRONA	02.02.06.018-7	R\$ 11,12
DOSAGEM DE GASTRINA	02.02.06.019-5	R\$ 14,12
DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	02.02.06.020-9	R\$ 15,35
DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	02.02.06.021-7	R\$ 7,85
DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	02.02.06.022-5	R\$ 10,21
DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	02.02.06.023-3	R\$ 7,89
DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	02.02.06.024-1	R\$ 8,97
DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	02.02.06.025-0	R\$ 8,96
DOSAGEM DE INSULINA	02.02.06.026-8	R\$ 10,17

Avenida Manoel Roque, 99, térreo - Fone: (49) 3531-1653 – Videira - SC.

<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)



## Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe - CISAMARP

DOSAGEM DE PARATORMONIO	02.02.06.027-6	R\$ 43,13
DOSAGEM DE PEPTIDEO C	02.02.06.028-4	R\$ 15,35
DOSAGEM DE PROGESTERONA	02.02.06.029-2	R\$ 10,22
DOSAGEM DE PROLACTINA	02.02.06.030-6	R\$ 10,15
DOSAGEM DE RENINA	02.02.06.031-4	R\$ 13,19
DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	02.02.06.032-2	R\$ 15,35
DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	02.02.06.033-0	R\$ 13,11
DOSAGEM DE TESTOSTERONA	02.02.06.034-9	R\$ 10,43
DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	02.02.06.035-7	R\$ 13,11
DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	02.02.06.036-5	R\$ 15,35
DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	02.02.06.037-3	R\$ 8,76
DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	02.02.06.038-1	R\$ 11,60
DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	02.02.06.039-0	R\$ 8,71
TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA/TSH APOS TRH	02.02.06.040-3	R\$ 12,01
TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	02.02.06.041-1	R\$ 12,01
TESTE DE ESTIMULO DE LH E FSH APOS GONADORRELINA	02.02.06.042-0	R\$ 12,01
TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	02.02.06.043-8	R\$ 12,01
TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	02.02.06.044-6	R\$ 12,01
TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE	02.02.06.045-4	R\$ 12,01
TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	02.02.06.046-2	R\$ 8,43
DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	02.02.07.001-8	R\$ 2,06
DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	02.02.07.002-6	R\$ 2,23
DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	02.02.07.003-4	R\$ 3,68
DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	02.02.07.004-2	R\$ 2,04
DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	02.02.07.005-0	R\$ 15,65
DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	02.02.07.006-9	R\$ 3,51
DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	02.02.07.007-7	R\$ 2,01
DOSAGEM DE ALUMINIO	02.02.07.008-5	R\$ 27,50
DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	02.02.07.009-3	R\$ 10,00
DOSAGEM DE ANFETAMINAS	02.02.07.010-7	R\$ 10,00
DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	02.02.07.011-5	R\$ 10,00
DOSAGEM DE BARBITURATOS	02.02.07.012-3	R\$ 13,13
DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	02.02.07.013-1	R\$ 13,48
DOSAGEM DE CADMIO	02.02.07.014-0	R\$ 6,55
DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	02.02.07.015-8	R\$ 17,53
DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	02.02.07.016-6	R\$ 4,11
DOSAGEM DE CHUMBO	02.02.07.017-4	R\$ 8,83
DOSAGEM DE CICLOSPORINA	02.02.07.018-2	R\$ 58,61
DOSAGEM DE COBRE	02.02.07.019-0	R\$ 3,51
DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	02.02.07.020-4	R\$ 8,97
DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA	02.02.07.021-2	R\$ 15,65
DOSAGEM DE FENITOINA	02.02.07.022-0	R\$ 35,22
DOSAGEM DE FENOL	02.02.07.023-9	R\$ 2,05
DOSAGEM DE FORMALDEIDO	02.02.07.024-7	R\$ 3,51

Avenida Manoel Roque, 99, térreo - Fone: (49) 3531-1653 – Videira - SC.

<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)



## Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe - CISAMARP

DOSAGEM DE LITIO	02.02.07.025-5	R\$ 2,25
DOSAGEM DE MERCURIO	02.02.07.026-3	R\$ 2,04
DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	02.02.07.027-1	R\$ 4,11
DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	02.02.07.028-0	R\$ 10,00
DOSAGEM DE METOTREXATO	02.02.07.029-8	R\$ 10,00
DOSAGEM DE QUINIDINA	02.02.07.030-1	R\$ 10,00
DOSAGEM DE SALICILATOS	02.02.07.031-0	R\$ 2,01
DOSAGEM DE SULFATOS	02.02.07.032-8	R\$ 3,51
DOSAGEM DE TEOFILINA	02.02.07.033-6	R\$ 15,65
DOSAGEM DE TIOCIANATO	02.02.07.034-4	R\$ 3,68
DOSAGEM DE ZINCO	02.02.07.035-2	R\$ 15,65
ANTIBIOGRAMA	02.02.08.001-3	R\$ 4,98
ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	02.02.08.002-1	R\$ 13,33
BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR	02.02.08.004-8	R\$ 4,20
BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	02.02.08.005-6	R\$ 4,20
BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (TUBERCULOSE)	02.02.08.006-4	R\$ 4,20
BACTEROSCOPIA (GRAM)	02.02.08.007-2	R\$ 2,80
CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	02.02.08.008-0	R\$ 5,62
CULTURA DO LEITE MATERNO (POS-PASTEURIZACAO)	02.02.08.009-9	R\$ 4,33
CULTURA P/ HERPESVIRUS	02.02.08.010-2	R\$ 4,33
CULTURA PARA BAAR	02.02.08.011-0	R\$ 5,63
CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	02.02.08.012-9	R\$ 10,25
CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	02.02.08.013-7	R\$ 4,19
EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)	02.02.08.014-5	R\$ 2,80
HEMOCULTURA	02.02.08.015-3	R\$ 11,49
IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	02.02.08.016-1	R\$ 5,63
PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	02.02.08.017-0	R\$ 4,33
PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	02.02.08.018-8	R\$ 2,80
PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	02.02.08.019-6	R\$ 4,33
PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	02.02.08.020-0	R\$ 2,80
PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	02.02.08.021-8	R\$ 4,33
PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	02.02.08.022-6	R\$ 2,80
PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	02.02.08.023-4	R\$ 5,04
ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	02.02.09.001-9	R\$ 1,89
ADENOGRAMA	02.02.09.002-7	R\$ 5,79
CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	02.02.09.003-5	R\$ 4,33
CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	02.02.09.004-3	R\$ 4,33
CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	02.02.09.005-1	R\$ 1,89
CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	02.02.09.006-0	R\$ 1,89
DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIEL	02.02.09.007-8	R\$ 6,56
DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	02.02.09.008-6	R\$ 1,89
DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	02.02.09.009-4	R\$ 2,01
DOSAGEM DE FRUTOSE	02.02.09.010-8	R\$ 2,01
DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	02.02.09.011-6	R\$ 2,01

Avenida Manoel Roque, 99, térreo - Fone: (49) 3531-1653 – Videira - SC.

<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)



## Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe - CISAMARP

DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	02.02.09.012-4	R\$ 1,89
DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	02.02.09.013-2	R\$ 1,89
ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR	02.02.09.015-9	R\$ 5,23
ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	02.02.09.016-7	R\$ 6,56
ESPLENOGRAMA	02.02.09.017-5	R\$ 5,79
EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE	02.02.09.018-3	R\$ 1,89
MIELOGRAMA	02.02.09.019-1	R\$ 5,79
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES ( ELISA )	02.02.09.021-3	R\$ 9,70
DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA NO ESPERMA	02.02.09.022-1	R\$ 2,01
PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	02.02.09.023-0	R\$ 1,89
PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS	02.02.09.024-8	R\$ 1,89
PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA	02.02.09.025-6	R\$ 1,89
PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)	02.02.09.026-4	R\$ 4,80
PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	02.02.09.027-2	R\$ 1,89
PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)	02.02.09.028-0	R\$ 9,70
PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNE	02.02.09.029-9	R\$ 1,89
PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	02.02.09.030-2	R\$ 1,89
REACAO DE PANDY	02.02.09.031-0	R\$ 1,89
REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	02.02.09.032-9	R\$ 1,89
TESTE DE CLEMENTS	02.02.09.033-7	R\$ 1,89
TESTE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS	02.02.09.034-5	R\$ 4,69
TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO	02.02.09.035-3	R\$ 4,69
IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE	02.02.12.004-0	R\$ 10,65
PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO	02.02.12.005-8	R\$ 5,79
PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37 OC	02.02.12.006-6	R\$ 5,79
PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO	02.02.12.007-4	R\$ 5,79
PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	02.02.12.008-2	R\$ 1,37
TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	02.02.12.009-0	R\$ 2,73
TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	02.02.12.010-4	R\$ 5,79
DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	02.02.01.017-1	R\$ 3,68
ANTIGENO ASSOCIADO AO CANCER DE OVARIO (CA 125)	00.00.09.015-8	R\$ 20,00
ANTICORPOS ENDOMISIO (IGG)	00.09.01.600-7	R\$ 30,00
CULTURA PARA IDENTIFICAÇÃO DO MICOPLASMA	00.09.01.601-5	R\$ 30,00
ANTICORPOS ENDOMISIO (IGM)	00.09.01.612-0	R\$ 85,00
DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO LIVRE (PSA LIVRE)	00.09.01.613-9	R\$ 15,00
toxoplasmose Igg avidéz	00.09.01.620-1	R\$ 45,00
DOSAGEM DE 25-OH-VITAMINA D	00.09.01.622-8	R\$ 30,00
PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES	00.09.01.624-4	R\$ 4,80
THC (MACONHA)	00.09.01.625-2	R\$ 25,00
CURVA DE TOLERENCIA A LACTOSE	00.09.01.626-0	R\$ 35,00
ANTICORPOS ANTI-TRANSGLUTAMINASE IGG	00.09.01.632-5	R\$ 98,00
DOSAGEM DE IGG TOTAL	00.09.01.633-3	R\$ 18,00
CULTURA PARA IDENTIFICAÇÃO DE UREAPLASMA	00.09.01.642-2	R\$ 30,00
ANTICORPOS ANTI-TRANSGLUTAMINASE IGA	00.09.01.643-0	R\$ 82,00

Avenida Manoel Roque, 99, térreo - Fone: (49) 3531-1653 – Videira - SC.

<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)



## Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe - CISAMARP

HLA-B-27	00.09.01.644-9	R\$ 87,00
IGFBP-3	00.09.01.649-0	R\$ 43,00
PCR PARA DST's (CLAMYDIA)	00.09.01.650-3	R\$ 140,00
PESQUISA DE ESTREPTOCOCO DO GRUPO B EM SWAB VAGINAL E ANAL	00.09.01.654-6	R\$ 50,00
ANTIGENO ASSOCIADO AO CANCER DE MAMA (CA 15-3)	00.00.09.016-6	R\$ 12,00
ANTIGENO ASSOCIADO AO CANCER GASTROENTESTINAL (CA 19-9)	00.00.09.017-4	R\$ 12,00
PESQUISA DE ANTICORPOS IGA (ELISA) ANTICLAMIDIA	00.00.09.018-2	R\$ 20,00
UISA DE ANTICORPOS IGG (IFI) ANTICLAMIDIA	00.00.09.019-0	R\$ 30,00
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM (ELISA) ANTICLAMIDIA	00.00.09.020-4	R\$ 20,00
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG (ELISA) ANTICLAMIDIA	00.00.09.021-2	R\$ 20,00
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM (IFI) ANTICLAMIDIA	00.00.09.022-0	R\$ 30,00
ANTICORPOS ENDOMISIO (IGA)	00.00.09.023-9	R\$ 30,00

(\*) Código não existente tabela SUS

### COMPLEMENTO PARA CIRURGIAS DE MUTIRÃO

CÓDIGO	NOME	VALOR
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO ADENOIDECTOMIA	1080301210	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO ALARGAMENTO DA ENTRADA VAGINAL	1080301064	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO ALONGAMENTO / ENCURTAMENTO MIOTENDINOSO	1080301166	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO AMIGDALECTOMIA	1080301211	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDECTOMIA	1080301212	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO APENDICECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	1080301035	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO ARTRODESE DE MEDIAS / GRANDES ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	1080301129	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO ARTRODESE DE MEDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR	1080301091	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO ARTRODESE DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES	1080301167	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO ARTROPLASTIA DE ARTICULAÇÃO DA MAO	1080301092	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO ARTROPLASTIA DE CABEÇA DO RADIO	1080301093	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO ARTROPLASTIA DE RESSECÇÃO DE MEDIA / GRANDE ARTICULAÇÃO	1080301168	R\$ 500,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO ARTROPLASTIA DE REVISAO OU RECONSTRUÇÃO DO QUADRIL	1080301124	R\$ 500,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO ARTROPLASTIA ESCAPULO-UMERAL PARCIAL	1080301086	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO ARTROPLASTIA PARCIAL DE QUADRIL	1080301123	R\$ 500,00

Avenida Manoel Roque, 99, térreo - Fone: (49) 3531-1653 – Videira - SC.

<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)



**Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe -  
CISAMARP**

COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO - REVISAO / RECONSTRUCAO	1080301130	R\$ 500,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO JOELHO	1080301204	R\$ 500,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO QUADRIL CIMENTADA	1080301203	R\$ 500,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO QUADRIL NAO CIMENTADA / HIBRIDA	1080301125	R\$ 500,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO BURSECTOMIA	1080301169	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO CERCLAGEM DE COLO DO UTERO	1080301055	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO CISTECTOMIA PARCIAL	1080301278	R\$ 500,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO CISTOLITOTOMIA E/OU RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA BEXIGA	1080301236	R\$ 500,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO COLECISTECTOMIA	1080301029	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	1080301030	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO COLECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	1080301036	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO COLEDOCOTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	1080301037	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO COLPECTOMIA	1080301065	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO COLPOCLEISE (CIRURGIA DE LE FORT)	1080301066	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO COLPOPERINEOCLEISE	1080301067	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	1080301052	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR C/ AMPUTACAO DE COLO	1080301045	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO COLPOPERINEOPLASTIA POSTERIOR	1080301068	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO COLPOPERINEORRAFIA NAO OBSTETRICA	1080301069	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO COLPOPLASTIA ANTERIOR	1080301070	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO CONIZACAO	1080301043	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO CORRECAO DE HIPOSPADIA (1 o TEMPO)	1080301276	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO CORRECAO DE HIPOSPADIA (2o TEMPO)	1080301277	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO CURETAGEM SEMIOTICA C/ OU S/ DILATAÇÃO DO COLO DO UTERO	1080301042	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO CURETAGEM UTERINA EM MOLA HIDATIFORME	1080301056	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (DOIS NÍVEIS)	1080301121	R\$ 500,00

Avenida Manoel Roque, 99, térreo - Fone: (49) 3531-1653 – Videira - SC.

<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)



**Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe -  
CISAMARP**

COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (UM NIVEL)	1080301120	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO EPIDIDIMECTOMIA	1080301266	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO EPIFISIODESE DO TROCANTER MAIOR DO FEMUR	1080301126	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO EPIFISIODESE FEMORAL PROXIMAL IN SITU	1080301127	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO ESTAPEDECTOMIA	1080301217	R\$ 500,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO EXERESE DE CISTO DE EPIDIDIMO	1080301267	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO EXERESE DE CISTO SACRO-COCCIGEO	1080301023	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO EXERESE DE CISTO VAGINAL	1080301071	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO EXERESE DE GLANDULA DE BARTHOLIN / SKENE	1080301044	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO EXERESE DE LESAO DO CORDAO ESPERMÁTICO	1080301268	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO EXERESE DE PAPILOMA EM LARINGE	1080301218	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO EXERESE DE TUMOR DE VIAS AEREAS SUPERIORES, FACE E PESCOCO	1080301219	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE MEDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES	1080301196	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES	1080301170	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO EXPLORACAO CIRURGICA DA BOLSA ESCROTAL	1080301269	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO EXTIRPAÇÃO DE TUMOR DO CAVUM E FARINGE	1080301220	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO EXTIRPAÇÃO E SUPRESSÃO DE LESÃO DE PELE E DE TECIDO CELULAR SUBCUTANEO	1080301021	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO EXTRACAO ENDOSCOPICA DE CALCULO EM PELVE RENAL	1080301237	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO FASCIECTOMIA	1080301197	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO FASCIOTOMIA DE MEMBROS SUPERIORES	1080301095	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	1080301026	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO HEMORROIDECTOMIA	1080301027	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA	1080301031	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA VIDEOLAPAROSCOPICA	1080301039	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO HERNIOPLASTIA INCISIONAL	1080301032	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	1080301033	R\$ 400,00

Avenida Manoel Roque, 99, térreo - Fone: (49) 3531-1653 – Videira - SC.

<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)



## Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe - CISAMARP

COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO HERNIOPLASTIA INGUINAL 1 CRURAL (UNILATERAL)	1080301034	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	1080301022	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO HERNIOPLASTIA UMBILICAL	1080301028	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO HERNIORRAFIA INGUINAL VIDEOLAPAROSCOPICA	1080301040	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO HERNIORRAFIA UMBILICAL VIDEOLAPAROSCOPICA	1080301041	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL	1080301046	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA I / BILATERAL)	1080301047	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO HISTERECTOMIA SUBTOTAL	1080301048	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO HISTERECTOMIA TOTAL	1080301049	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO HISTEROSCOPIA CIRURGICA C/ RESSECTOSCOPIO	1080301057	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO INJECAO DE GORDURA / TEFLON PERI-URETRAL	1080301257	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO LAQUEADURA TUBARIA	1080301050	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO LARINGECTOMIA PARCIAL	1080301221	R\$ 500,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO LITOTRIPSIA	1080301238	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO MANIPULAÇÃO ARTICULAR	1080301082	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO MARSUPIALIZACAO DE GLANDULA DE BARTOLIN	1080301072	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO MASTOIDECTOMIA RADICAL	1080301222	R\$ 500,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO MASTOIDECTOMIA SUBTOTAL	1080301223	R\$ 500,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO MEATOTOMIA SIMPLES	1080301258	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO MICROCIRURGIA OTOLOGICA	1080301213	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO MIOMECTOMIA	1080301058	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO MIOMECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	1080301059	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO NEFRECTOMIA PARCIAL	1080301239	R\$ 500,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO NEFRECTOMIA TOTAL	1080301240	R\$ 500,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO NEFROLITOTOMIA	1080301241	R\$ 500,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO NEFROLITOTOMIA PERCUTANEA	1080301242	R\$ 500,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO NEFROSTOMIA C/ OU S/ DRENAGEM	1080301243	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO NEFROSTOMIA PERCUTANEA	1080301244	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO NEFROURETERECTOMIA TOTAL	1080301245	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO NEOSTOMIA DE EPIDIDIMO / CANAL DEFERENTE	1080301270	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO OOFORECTOMIA / OOFOROPLASTIA	1080301051	R\$ 400,00

Avenida Manoel Roque, 99, térreo - Fone: (49) 3531-1653 – Videira - SC.

<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)





**Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe -  
CISAMARP**

COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO OPERACAO DE BURCH	1080301073	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO ORQUIDOPEXIA BILATERAL	1080301271	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	1080301230	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO ORQUIECTOMIA SUBCAPSULAR BILATERAL	1080301272	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO ORQUIECTOMIA UNI OU BILATERAL C/ ESVAZIAMENTO GANGLIONAR	1080301273	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO ORQUIECTOMIA UNILATERAL	1080301274	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO OSTECTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO E DO PÉ	1080301171	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO OSTEOTOMIA DE OSSOS DA MÃO E/OU DO PE	1080301198	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PE	1080301208	R\$ 500,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO PANCREATECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	1080301038	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO PAROTIDECTOMIA PARCIAL OU SUBTOTAL	1080301226	R\$ 500,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO PATELECTOMIA TOTAL OU PARCIAL	1080301131	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO PIELOLITOTOMIA	1080301246	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO PIELOPLASTIA	1080301247	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO PLASTICA MAMARIA FEMININA NAO ESTETICA	1080301054	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO POSTECTOMIA	1080301228	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA	1080301235	R\$ 500,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO PROSTATOVESICULECTOMIA RADICAL	1080301265	R\$ 500,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO QUADRICEPSPLASTIA	1080301132	R\$ 500,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO REALINHAMENTO DO MECANISMO EXTENSOR DO JOELHO	1080301133	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO RECONSTRUÇÃO CAPSULO-LIGAMENTAR DE COTOVELO PUNHO	1080301096	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO RECONSTRUCAO DA VAGINA	1080301074	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO RECONSTRUÇÃO DE POLIA TENDINOSA DOS DEDOS DA MÃO	1080301097	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO RECONSTRUCAO DE TENDAO PATELAR / TENDAO QUADRICIPITAL	1080301134	R\$ 500,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO RECONSTRUCAO LIGAMENTAR DO TORNOZELO	1080301135	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO RECONSTRUCAO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR DO JOELHO	1080301136	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	1080301205	R\$ 500,00

Avenida Manoel Roque, 99, térreo - Fone: (49) 3531-1653 – Videira - SC.

<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)



**Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe -  
CISAMARP**

COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR C/ OU S/ ANTERIOR)	1080301206	R\$ 500,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO REPARAÇÃO E OPERAÇÃO PLÁSTICA DO TESTÍCULO	1080301275	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO REPARO DE BAINHA TENDINOSA AO NÍVEL DO TORNOZELO	1080301137	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)	1080301191	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL	1080301199	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO RESSECÇÃO DE ELEMENTO VERTEBRAL POSTERIOR / POSTERO-LATERAL / DISTAL A C2 (MAIS DE 2 SEGMENTOS)	1080301122	R\$ 500,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO RESSECÇÃO DO COLO VESICAL / TUMOR VESICAL A CEU ABERTO	1080301248	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO RESSECÇÃO DO OLECRANO E/OU CABEÇA DO RÁDIO	1080301094	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO RESSECÇÃO E FECHAMENTO DE FÍSTULA URETRAL	1080301259	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE LESÃO VESICAL	1080301249	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE PROSTATA	1080301229	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO RESSECÇÃO MUSCULAR	1080301172	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO RESSECÇÃO SIMPLES DE TUMOR ÓSSEO / DE PARTES MOLES	1080301200	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRA-ARTICULAR	1080301173	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRA-ÓSSEO	1080301174	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-ÓSSEO	1080301083	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS	1080301084	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO RETIRADA DE PRÓTESE DE SUBSTITUIÇÃO DE GRANDES ARTICULAÇÕES (OMBRO / COTOVELO / QUADRIL / JOELHO)	1080301175	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO RETIRADA DE TRAÇÃO TRANS-ESQUELÉTICA	1080301176	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO RETIRADA PERCUTÂNEA DE CÁLCULO URETERAL C/ CATETER	1080301250	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO REVISÃO CIRÚRGICA DE COTO DE AMPUTAÇÃO DOS DEDOS	1080301177	R\$ 300,00



**Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe -  
CISAMARP**

COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO REVISAO CIRURGICA DE COTO DE AMPUTACAO EM MEMBRO INFERIOR (EXCETO DEDOS DO PE)	1080301138	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO REVISAO CIRURGICA DO PE TORTO CONGENITO	1080301139	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO SALPINGECTOMIA UNI / BILATERAL	1080301060	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO SALPINGECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	1080301061	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO SALPINGOPLASTIA	1080301062	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO SALPINGOPLASTIA VIDEOLAPAROSCOPICA	1080301063	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	1080301209	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO SINUSOTOMIA BILATERAL	1080301224	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO SINUSOTOMIA ESFENOIDAL	1080301225	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR	1080301227	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TENÓLISE	1080301201	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TENOMIOTOMIA / DESINSERÇÃO	1080301178	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TENOPLASTIA OU ENXERTO DE TENDÃO UNICO	1080301179	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TENORRAFIA ÚNICA EM T ' L OSTEO-FIBROSO	1080301180	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO INFERIOR	1080301140	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO SUPERIOR	1080301192	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TIMPANOPLASTIA (UNI / BILATERAL)	1080301216	R\$ 500,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TITIREOIDECTOMIA TOTAL	1080301215	R\$ 500,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRANSFERENCIA MUSCULAR / TENDINOSA NO MEMBRO INFERIOR	1080301141	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRANSPOSIÇÃO / TRANSFERENCIA MIOTENDINOSA MÚLTIPLA	1080301181	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRANSPOSIÇÃO / TRANSFERENCIA MIOTENDINOSA ÚNICA	1080301182	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DA SINDROME DO IMPACTO SUB-ACROMIAL	1080301090	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE ARTRITE INFECCIOSA (GRANDES E MEDIAS ARTICULAÇÕES)	1080301183	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE ARTRITE INFECCIOSA DAS PEQUENAS ARTICULAÇÕES	1080301184	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE AVULSAO DO GRANDE E DO PEQUENO TROCANTER	1080301142	R\$ 400,00

Avenida Manoel Roque, 99, térreo - Fone: (49) 3531-1653 – Videira - SC.

<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)



## Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe - CISAMARP

COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE BEXIGA NEUROGENICA	1080301251	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE CISTOCELE	1080301252	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE COAPTACAO DE NINFAS	1080301075	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE DEDO EM GATILHO	1080301193	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE DEDO EM MARTELO / EM GARRA (MÃO E PE)	1080301185	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE DEFORMIDADE ARTICULAR POR RETRACAO TENO-CAPSULO-LIGAMENTAR	1080301186	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE FISTULA RETO-VAGINAL	1080301076	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE FISTULA VESICO-VAGINAL	1080301077	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE FRATURA / LESAO FISARIA DAS FALANGES DA MAO (COM FIXAÇÃO)	1080301098	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE FRATURA / LESÃO FISARIA DE EPICONDILIO / EPITROClea DO ÚMERO	1080301099	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE FRATURA / LESAO FISARIA DE OSSOS DO MEDIO-PE	1080301143	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE FRATURA / LESAO FISARIA DO CONDILO / TRÓCLEA/APOFISE CORONÓIDE DO ULNA / CABEÇA DO RÁDIO	1080301100	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METACARPÍANOS	1080301101	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSÍANOS	1080301144	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS PODODACTÍLOS	1080301145	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOZELO	1080301146	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE FRATURA DA CLAVÍCULA	1080301087	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	1080301102	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE FRATURA DA PATELA POR FIXAÇÃO INTERNA	1080301147	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE FRATURA DE EXTREMIDADES / METÁFISE PROXIMAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO	1080301103	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRAÇO (C/ SÍNTESE)	1080301104	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA ULNA	1080301105	R\$ 300,00

Avenida Manoel Roque, 99, térreo - Fone: (49) 3531-1653 – Videira - SC.

<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)



## Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe - CISAMARP

COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE FRATURA DO CALCÂNEO	1080301148	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE FRATURA DO TALUS	1080301149	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR	1080301150	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE FRATURA LESAO FISÁRIA DISTAL DE TIBIA	1080301151	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE FRATURA LESAO FISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	1080301106	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE FRATURA VICIOSAMENTE CONSOLIDADA DOS OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO E DO PÉ	1080301187	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE FRATURA-LUXAÇÃO DE GALEAZZI / MONTEGGIA / ESSEX-LOPRESTI	1080301107	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO	1080301108	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE HALUX VALGUS C/ OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO	1080301194	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE HIDROCELE	1080301231	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE HIPERTROFIA DOS PEQUENOS LABIOS	1080301078	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE INCONTINENCIA URINARIA POR VIA VAGINAL	1080301053	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE INCONTINENCIA URINARIA VIA ABDOMINAL	1080301253	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE INFECÇÃO PÓS-ARTROPLASTIA (GRANDES ARTICULAÇÕES)	1080301188	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE LESAO AGUDA CAPSULO-LIGAMENTAR DO MEMBRO SUPERIOR: COTOVELO / PUNHO	1080301109	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE LESÃO AGUDA CAPSULO-LIGAMENTAR MEMBRO INFERIOR (JOELHO / TORNOZELO)	1080301152	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE LESAO DA MUSCULATURA INTRÍNSECA DA MAO	1080301110	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE LESÃO EVOLUTIVA FISÁRIA NO MEMBRO INFERIOR	1080301153	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE LESÃO EVOLUTIVA FISARIA NO MEMBRO SUPERIOR	1080301111	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR	1080301088	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO CARPO-METACARPIANA	1080301112	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXACAO DOS OSSOS DO CARPO	1080301113	R\$ 300,00

Avenida Manoel Roque, 99, térreo - Fone: (49) 3531-1653 – Videira - SC.

<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)



## Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe - CISAMARP

COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE LUXACAO ESPONTANEA / PROGRESSIVA / PARALITICA DO QUADRIL	1080301128	R\$ 500,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE PÉ CAVO	1080301154	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE PÉ PLANO VALGO	1080301155	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE PÉ TORTO CONGENITO	1080301156	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE PÉ TORTO CONGENITO INVETERADO	1080301157	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA DIÁFISE DO FÊMUR	1080301158	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA OSSEA DA DIÁFISE TIBIAL	1080301163	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA DA MAO	1080301114	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA OSSEA DO ANTEBRAÇO	1080301202	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA OSSEA DO COLO DO FEMUR	1080301160	R\$ 500,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA OSSEA DO UMEMO	1080301115	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA OSSEA METÁFISE DISTAL DO FEMUR	1080301161	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA OSSEA DA REGIÃO TRQCANTERIANA	1080301159	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO AO NIVEL DO JOELHO	1080301162	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO/ PERDA ÓSSEA DA METÁFISE TIBIAL	1080301164	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE PSEUDARTROSE AO NIVEL DO COTOVELO	1080301116	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE PSEUDARTROSE NA REGIAO METAFISE-EPIFISARIA DISTAL DO RADIO E ULNA	1080301117	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE PSEUDO-RETARDO / CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓSSEA AO IIVEL DO CARPO	1080301118	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE REFLUXO VESICO-URETERAL	1080301254	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE RETARDO DE CONSOLIDACAO DA PSEUDARTROSE DE CLAVICULA / ESCAPULA	1080301089	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE ROTURA DE MENISCO COM SUTURA MENISCAL UNI / BICOMPATIMENTAL	1080301207	R\$ 500,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	1080301195	R\$ 300,00

Avenida Manoel Roque, 99, térreo - Fone: (49) 3531-1653 – Videira - SC.

<http://www.cisamarp.sc.gov.br>

[cisamarp@cisamarp.sc.gov.br](mailto:cisamarp@cisamarp.sc.gov.br)



**Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe -  
CISAMARP**

COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE SINDACTILIA DA MAO (POR ESPACO INTERDIGITAL)	1080301119	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE SINDACTILIA SIMPLES (DOIS DEDOS)	1080301189	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE SINDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEO-FIBROSO AO NIVEL DO CARPO	1080301190	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE VAGINA SEPTADA / ATRESICA	1080301079	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE VARICOCELE	1080301232	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE VARIZES BILATERAL)	1080301025	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DE VARIZES UNILATERAL)	1080301024	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. CIR. DO HALUX VALGUS S/ OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO	1080301165	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TRAT. DAS LESÕES OSTEO-CONDRAIS POR FIXAÇÃO OU MOSAICOPLASTIA JOELHO/TORNOZELO	1080301085	R\$ 500,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO TURBINECTOMIA	1080301214	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO URETEROCISTONEOSTOMIA	1080301255	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO URETEROLITOTOMIA	1080301234	R\$ 500,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO URETEROPLASTIA	1080301256	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO URETROPLASTIA (RESSECCAO DE CORDA)	1080301260	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO URETROPLASTIA AUTOGENA	1080301261	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO URETROPLASTIA RETEROGENEA	1080301262	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO URETROSTOMIA PERINEAL / CUTANEA / EXTERNA	1080301263	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO URETROTOMIA INTERNA	1080301264	R\$ 300,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO VASECTOMIA	1080301233	R\$ 400,00
COMPLEMENTO P CIRURGIA DE MUTIRÃO VULVECTOMIA SIMPLES	1080301080	R\$ 300,00

Art. 5º Esta resolução entra em vigor nesta data, condicionada sua validade à publicação no DOM/SC.

Videira, 03 de janeiro de 2020.

---

**Moisés Diersmann**  
Presidente do CISAMARP