



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2023 / EDIÇÃO Nº 1101

Ivaiporã, Sexta-Feira, 13 de Janeiro de 2023



### NOTA TÉCNICA Nº 01/2023 – CIS/AME

**Assunto: Estabelece diretrizes e modalidades de atendimento para a composição do Ciclo Periódico de Atendimentos (CPA) e define os critérios mínimos de qualidade para consultas e interconsultas ampliadas do Ambulatório Multiprofissional Especializado.**

O Ambulatório Multiprofissional Especializado (AME) tem o compromisso de atuar como um Ponto de Atenção Secundária da Rede de Atenção e, por isso, diferentemente do Centro de Especialidades Médicas, vai além de executar a ação meramente assistencial (consultas e exames). Compreende as funções assistencial, supervisonal, educacional e de pesquisa (MENDES, 2011, p.103), e para que cumpra seu papel, foi instituído e aprovado em Assembleia Regional de Prefeitos o **Ciclo Periódico de Atendimentos (CPA)**.

A conformação do modelo denominado Ciclo Periódico é uma ideia do AME CISI, e comporta 15 atendimentos, que serão organizados conforme as necessidades de saúde dos pacientes atendidos pelas equipes do ambulatório e equipes profissionais da Atenção Primária à Saúde, dentre as seguintes modalidades: consultas e interconsultas ampliadas.

A organização da composição do CPA fica a cargo da coordenação técnica do serviço, sob supervisão de funcionários designados para este fim.

É preciso que fique claro que os recursos do AME são investidos para que sejam entregues pelos profissionais credenciados, esses tipos de atendimentos, ficando o pagamento do produto atrelado ao atendimento dos critérios mínimos de qualidade estabelecidos, descritos a seguir:

#### **I - CONSULTA**

- **Consulta Multiprofissional:** modalidade de atendimento prevista em consultório individual, em número de 6 a 8 atendimentos por turno (conforme





# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2023 / EDIÇÃO Nº 1101

Ivaiporã, Sexta-Feira, 13 de Janeiro de 2023



programação definida pela coordenação do AME), com início e término em horário pactuado entre a equipe multiprofissional e coordenação do AME, de modo a viabilizar o funcionamento do ciclo de atendimentos e a realização posterior de interconsultas.

○ **Critérios:**

- Acolhimento do paciente, pelo nome;
- Postura proativa, de forma a apoiar o funcionamento interno do serviço, verificada através de comunicação e cooperação com o profissional do Ponto de Apoio, para a organização dos processos e melhor andamento do ciclo de atendimentos;
  - Utilização de roteiro de primeira consulta, sempre que primeiro atendimento, conforme modelo padronizado que deve ser desenvolvido pelo profissional credenciado e apresentado à coordenação técnica, para validação;
  - Utilização – pelo profissional - de jaleco ou vestimenta similar, fechados;
  - Ambiente que garanta privacidade durante o atendimento;
  - Leitura e análise do formulário de encaminhamento, e documentos complementares;
    - Registro do atendimento no desenho do ciclo periódico;
    - Registro completo das informações coletadas e conduta terapêutica, em prontuário eletrônico, conforme atuação profissional;
    - Registro de procedimentos em prontuário eletrônico;
    - Definição de meta terapêutica, com justificativa (e acompanhamento dela nas consultas subsequentes);
    - Plano de Autocuidado, com assinatura de compromisso, por parte do paciente, para cumprimento das metas pactuadas;
    - Preenchimento dos formulários para encaminhamento de pacientes a outros serviços ou outras especialidades médicas, quando previsto no Plano de Cuidado (por parte do médico);
    - Preenchimento de guias para solicitação de exames complementares, quando solicitados (por parte do médico);
- Não é permitido que o médico da equipe multiprofissional solicite ou encaminhe paciente para a sua especialidade médica.





# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2023 / EDIÇÃO Nº 1101

Ivaiporã, Sexta-Feira, 13 de Janeiro de 2023



### I - INTERCONSULTA AMPLIADA

Modalidade de procedimento que compreende 5 tipos de atendimentos, utilizados para a organização do CPA, que devem ser registrados conforme as categorias descritas a seguir:

- **Discussão de Caso com Fechamento do Plano de Cuidado**

- Compreende a reunião multiprofissional para discussão das percepções individuais dos profissionais e construção de consensos coletivos;

- Deve conter o registro sucinto do caso, com preenchimento de todos os campos do documento, impressão, assinatura e entrega. A entrega deve ocorrer em pasta fechada, específica da linha de cuidado, entregue sobre a mesa da Sala de Reunião da Equipe Multiprofissional;

- A equipe deve conferir se foram produzidos os registros dos atendimentos em documento específico (formulário padronizado) para todos os pacientes atendidos, se todos os campos estão devidamente preenchidos e assinados;

- A enfermeira do Ponto de Apoio, antes de enviar o documento para a APS, deve realizar a revisão e, se necessário, apontar não conformidades nos documentos. Se avaliado como “conforme”, ela deve assinar e validar o documento, enviando-o para a APS conforme fluxo estabelecido, deixando cópia no prontuário do paciente;

- **Critérios:**

- Reunião ocorrida com a presença de todos os profissionais da equipe multiprofissional da Linha de Cuidado específica, do AME;

- Registro do caso e preenchimento de todos os campos do formulário padronizado;

- Entrega da documentação no mesmo dia da reunião, dentro do horário de funcionamento do serviço, em pasta fechada;

- Descrição de medidas recomendadas para o caso, em formulário padronizado;





# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2023 / EDIÇÃO Nº 1101

Ivaiporã, Sexta-Feira, 13 de Janeiro de 2023



- Repasse de casos mais complexos à Coordenação Técnica, em reunião quinzenal;
- Avaliação de resultados, em reunião quinzenal, com a Coordenação Técnica.
- Não é permitida cobrança da participação de profissional da equipe multiprofissional que avalie que não há qualquer intercorrência ou possibilidade de contribuição na sua área de atuação.
- **Elaboração de Projeto Educacional e Terapêutico**
  - Compreende ação supervisonal, através de reunião multiprofissional entre equipe multiprofissional do AME e equipe multiprofissional da APS, para discussão de caso complexo ou de caso que não atende aos critérios de estratificação e que a APS se sente insegura no manejo. A eleição dos casos para tal modalidade pode ser definida pela regulação do serviço, ou coordenação técnica, ou equipe da APS, ou equipe multiprofissional do AME;
    - Deve conter o registro do caso, elenco de fragilidades, levantamento de problemas e elaboração de intervenção, em formulário próprio.
    - **Critérios:**
      - Reunião agendada pela equipe base do AME, com registro em planilha específica;
      - Registro em formulário padronizado, com preenchimento de todos os campos;
      - Avaliação de resultados alcançados e readequação de conduta, após 3º e 5º atendimento no AME, em reunião técnica entre os dois níveis de atenção;
      - Registro de pactuação de ações para o acompanhamento do caso, com estabelecimento de prazos e nomes dos profissionais responsáveis;
      - Entrega da documentação no mesmo dia, com assinatura dos profissionais da APS que participaram da reunião (print da tela, em caso de reunião remota, com transcrição do nome e categoria profissional dos participantes, em formulário);





# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2023 / EDIÇÃO Nº 1101

Ivaiporã, Sexta-Feira, 13 de Janeiro de 2023



- Repasse de casos mais complexos à Coordenação Técnica, em reunião quinzenal;

- **Matriciamento**

- Compreende ação matricial, com tema específico, para o qual a equipe multiprofissional do AME elaborará conteúdo e realizará a orientação dos profissionais da equipe multiprofissional da APS;

- **Critérios:**

- Reunião agendada pela equipe base do AME, com registro em planilha específica;
- Registro em formulário padronizado, com preenchimento de todos os campos;
- Descrição do conteúdo abordado e cópia do material utilizado;
- Aplicação de formulário para pesquisa de satisfação, voltada aos profissionais da APS, que deve ser entregue para a equipe base do AME.

- **Ação Educativa**

- Modalidade prevista para treinamentos e reuniões técnicas internas, e para palestras voltadas para a APS.

- Haverá registro e pagamento para cada um dos temas acertados entre a equipe multiprofissional e a coordenação técnica do AME;

- **Critérios:**

- Reunião agendada pela equipe base do AME, com registro em planilha específica;
- Registro em formulário padronizado, com preenchimento de todos os campos;
- Preenchimento de lista de presença e aplicação de pesquisa de satisfação.





# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2023 / EDIÇÃO Nº 1101

Ivaiporã, Sexta-Feira, 13 de Janeiro de 2023



- **Regulação**
    - Modalidade de atendimento que prevê a avaliação de casos encaminhados ao AME, que suscitem dúvidas quanto aos critérios técnicos e à conduta do setor regulatório.
      - Compreende a avaliação do caso e o registro da orientação médica para definição da conduta e priorização do caso.
    - **Critérios:**
      - Preenchimento de formulário de regulação, com avaliação do caso e registro da conduta, para definição do desenho adotado pelo AME para a organização do atendimento especializado;
      - Definição de prioridade, dentro das 3 opções existentes, para aprazamento da primeira consulta;
      - Orientações para a equipe da APS quanto a informações complementares necessárias;
      - Solicitação de exames, com preenchimento do pedido (se necessário).
- Todos os atendimentos previstos serão igualmente remunerados, desde que atendam integralmente aos critérios exigidos pelo serviço, e contenham os registros adequados, descritos nos anexos 1, 2, 3 e 4 desta Nota Técnica.

Os atendimentos serão auditados internamente pela coordenadora técnica e profissional do ponto de apoio e, havendo não conformidades, estas serão registradas e reportadas aos profissionais, por escrito, com prazo para adequação.

Os procedimentos administrativos ocorrerão, conforme detalhado a seguir:

- 1º. Advertência verbal ao profissional, com registro em ata;
- 2º. Advertência escrita ao profissional, com cópia para a empresa;
- 3º. Suspensão do atendimento.

O prazo para adequação será informado dentro do procedimento administrativo aplicado, podendo ser imediato ou em 5 dias úteis, conforme critério da coordenação técnica.

A não adequação aos critérios, por parte do profissional, resultará na suspensão do atendimento do profissional e abertura de procedimento administrativo,





# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2023 / EDIÇÃO Nº 1101**

**Ivaiporã, Sexta-Feira, 13 de Janeiro de 2023**



para apuração dos fatos. Para garantir a continuidade do serviço, durante a vigência do processo administrativo, a empresa deve substituir o profissional. Não havendo possibilidade de substituição, a empresa poderá ser substituída.

Ivaiporã, 13 de janeiro de 2023.

**RENAN MENCK ROMANICHEN**  
Presidente - CIS Ivaiporã

**KAREN PATRICIA WILKE FERREIRA ROCHA**  
Coordenadora Técnica do Ambulatório Multiprofissional Especializado – AME  
Ivaiporã

NOTA: Este texto é uma compilação de vários arquivos de autoria de Karen Patricia Wilke Ferreira Rocha.

### REFERÊNCIAS

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

ROCHA, K. P. W. F. **Nota Orientativa Nº02/2022**. Ivaiporã: Ambulatório Multiprofissional Especializado. CIS Ivaiporã. 2022.





# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2023 / EDIÇÃO Nº 1101

Ivaiporã, Sexta-Feira, 13 de Janeiro de 2023



### NOTA TÉCNICA Nº 02/2023 – CIS/AME

**Assunto: Estabelece os procedimentos na ocasião de ausência do profissional especialista da equipe multiprofissional, em dia de atendimento na Linha de Cuidado, no Ambulatório Multiprofissional Especializado.**

Considerando o planejamento e gestão das filas expectantes de pacientes encaminhados pela Atenção Primária em Saúde ao Ambulatório Multiprofissional Especializado (AME);

Considerando o compromisso assumido junto ao Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde da 22ª Região de Saúde, para a divulgação das listas de pacientes com atendimento previsto no AME com uma semana de antecedência da sua ocorrência;

Determina-se que a ausência do profissional especialista, quando ocorrer por motivos previsíveis (como a participação em cursos, congressos, viagens ou outros compromissos pessoais), deverá **obrigatoriamente** ser informada **exclusivamente** à coordenadora técnica do AME, com pelo menos 10 dias de antecedência.

Fica estabelecido que, em decorrência do compromisso do ambulatório com os municípios da região, se necessário (a depender da avaliação da coordenação sobre o impacto da ausência daquele profissional para o atendimento aos pacientes e cumprimento de metas assumidas pelo serviço) os atendimentos poderão vir a ocorrer com a participação de outros profissionais credenciado, contratados exclusivamente para tais situações, para a proteção do gerenciamento e organização da fila expectante.





# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

**ANO: 2023 / EDIÇÃO Nº 1101**

**Ivaiporã, Sexta-Feira, 13 de Janeiro de 2023**



O não cumprimento do disposto acarretará registro de ocorrência profissional, sendo que a sua reincidência poderá justificar a suspensão da utilização dos serviços do profissional, pelo ambulatório, bem como eventual instauração de processo administrativo.

Ivaiporã, 13 de janeiro de 2023.

**RENAN MENCK ROMANICHEN**  
Presidente - CIS Ivaiporã

**KAREN PATRICIA WILKE FERREIRA ROCHA**  
Coordenadora Técnica do Ambulatório Multiprofissional Especializado – AME Ivaiporã

### REFERÊNCIA

ROCHA, K. P. W. F. **Nota Orientativa Nº01/2022.** Ivaiporã: Ambulatório Multiprofissional Especializado. CIS Ivaiporã. 2022.

**CIS IVAIPORÃ**  
Rua Professora Diva Proença, 500  
Ivaiporã/PR  
Fone: (43) 3472-0649





# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2023 / EDIÇÃO Nº 1101

Ivaiporã, Sexta-Feira, 13 de Janeiro de 2023



PORTARIA Nº 10/2023

**SÚMULA:** “Concede Férias a Servidor e dá Outras Providências”.

O **PRESIDENTE DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE, 22ª REGIONAL DE SAÚDE**, Estado do Paraná, no uso de suas atribuições que lhe são conferidas pelo Estatuto da Entidade, e considerando o contido no Art. 130 da CLT, RESOLVE:

**CONCEDER:**

**Art. 1º - FÉRIAS** regulamentar a que tem direito ao servidor **JAIME MARCELO VICENTINO**, consistente em 15 (quinze) dias iniciando-se o período de gozo em 23/01/2023 a 06/02/2023, relativas ao período aquisitivo de 03/03/2020 a 02/03/2021.

**Art. 2º** - Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação;

Edifício do Consórcio Intermunicipal de Saúde da 22ª Regional de Saúde do Paraná, aos 12 de janeiro de 2023.

**RENAN MENCK ROMANICHEN**

**PRESIDENTE DO CIS**

**CIS IVAIPORÃ**  
Rua Professora Diva Proença, 500  
Ivaiporã – PR  
Fone: (43) 3472-0649 | 3472-1795





# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2023 / EDIÇÃO Nº 1101

Ivaiporã, Sexta-Feira, 13 de Janeiro de 2023



ANEXO I

### TABELA DE VALORES CIS IVAIPORÃ 2023

CÓDIGO CIS	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇO	VALOR DENTRO DO CIS	VALOR CLÍNICAS
	<b>CONSULTAS ESPECIALIZADAS /EXAMES</b>		
1.0	<b>ALERGOLOGIA</b>		
1.1	CONSULTAS	R\$ 60,00	R\$ 60,00
2.0	<b>ANESTESIOLOGIA</b>		
2.1	CONSULTAS E AVALIAÇÃO	R\$ 60,00	R\$ 60,00
3.0	<b>CARDIOLOGIA</b>		
3.1	CONSULTAS	R\$ 60,00	R\$ 60,00
4.0	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS</b>		
4.1	ECOCARDIOGRAFIA BIDIMENSIONAL COM OU SEM DOPPLER		R\$ 160,00
4.2	ELETROCARDIOGRAMA COM LAUDO (REALIZADO PELO MÉDICO)	R\$ 20,00	R\$ 30,00
4.3	RISCO CIRÚRGICO (ECG COM LAUDO + RISCO CIRÚRGICO)		R\$ 100,00
4.4	TESTE DE ESFORÇO / ERGOMÉTRICO (INCLUINDO ECG)		R\$ 180,00
4.5	HOLTER 24 HORAS		R\$ 100,00
4.6	MAPA (PRESSÃO ARTERIAL 24 HORAS)		R\$ 180,00
5.0	<b>CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO</b>		
5.1	CONSULTAS	R\$ 60,00	R\$ 60,00
6.0	<b>CIRURGIA CARDÍACA</b>		
6.1	CONSULTAS	R\$ 60,00	R\$ 60,00
7.0	<b>CIRURGIA GERAL</b>		
7.1	CONSULTAS	R\$ 60,00	R\$ 60,00
8.0	<b>CIRURGIA PLÁSTICA</b>		
8.1	CONSULTAS	R\$ 60,00	R\$ 60,00
9.0	<b>CIRURGIA TÓRAX</b>		
9.1	CONSULTAS	R\$ 60,00	R\$ 60,00
10.0	<b>CIRURGIA VASCULAR</b>		
10.1	CONSULTAS	R\$ 60,00	R\$ 60,00
11.0	<b>DERMATOLOGIA</b>		
11.1	CONSULTAS	R\$ 60,00	R\$ 60,00
12.0	<b>ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA</b>		
12.1	CONSULTAS	R\$ 60,00	R\$ 60,00
13.0	<b>GASTROENTEROLOGIA</b>		
13.1	CONSULTAS	R\$ 60,00	R\$ 60,00
14.0	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS</b>		
14.1	RETOSIGMOIDOSCOPIA		R\$ 137,11
14.2	COLONOSCOPIA		R\$ 397,00
14.3	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EDA)		R\$ 247,00
14.4	POLIPECTOMIA		R\$ 90,00
15.0	<b>GERIATRIA</b>		
15.1	CONSULTAS	R\$ 60,00	R\$ 60,00
16.0	<b>GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA</b>		
16.1	CONSULTAS GINECOLOGIA	R\$ 60,00	R\$ 60,00
16.2	CONSULTAS OBSTÉTRICA	R\$ 60,00	R\$ 60,00
17.0	<b>HEMATOLOGIA</b>		
17.1	CONSULTAS	R\$ 60,00	R\$ 60,00

CIS IVAIPORÃ  
Rua Professora Diva Proença, 500  
Ivaiporã/PR  
Fone: (43) 3472-0649



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2023 / EDIÇÃO Nº 1101

Ivaiporã, Sexta-Feira, 13 de Janeiro de 2023



18.0	<b>INFECTOLOGIA</b>		
18.1	CONSULTAS	R\$ 60,00	R\$ 60,00
19.0	<b>MASTOLOGISTA</b>		
19.1	CONSULTAS	R\$ 60,00	R\$ 60,00
20.0	<b>NEFROLOGIA</b>		
20.1	CONSULTAS	R\$ 60,00	R\$ 60,00
21.0	<b>NEUROLOGIA</b>		
21.1	CONSULTAS NEUROCIRURGIA	R\$ 60,00	R\$ 60,00
21.2	CONSULTAS NEUROPEDIATRIA	R\$ 60,00	R\$ 60,00
21.3	CONSULTAS NEUROLOGIA CLÍNICA	R\$ 60,00	R\$ 60,00
21.4	CONSULTAS NEUROPEDIATRIA/NEUROLOGIA INFANTIL – CONSULTA REFERENCIADA	R\$115,00	R\$115,00
21.5	CONSULTAS DE NEUROPSICÓLOGO	R\$60,00	R\$60,00
22.0	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS</b>		
22.1	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMII		R\$ 400,00
22.2	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS		R\$ 400,00
22.3	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS E MMII		R\$ 800,00
22.4	ELETROENCEFALOGRAMA DE ROTINA		R\$ 39,60
22.5	ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGÍLIA/ SONO ESPONTÂNEO OU INDUZIDO		R\$ 79,20
22.6	ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO (MAPEAMENTO)		R\$ 95,00
22.7	LAUDO DE ELETROENCEFALOGRAMA (TELEMEDICINA)		R\$ 10,00
22.8	LAUDO DE ELETROENCEFALOGRAMA COM MAPEAMENTO (TELEM)		R\$ 22,00
23.0	<b>OFTALMOLOGIA</b>		
23.1	CONSULTAS	R\$ 60,00	R\$ 60,00
23.2	CONSULTA OFTALMOLOGICA + TONOMETRIA+ MAPEAMENTO DE RETINA+ TESTE ORTOPTICO – PROJETO BOA VISÃO	R\$ 60,00	R\$ 60,00
23.3	CONSULTA + EXAME DE TONOMETRIA + CERATOMETRIA	R\$45,00	
24.0	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS</b>		
24.1	BIOMETRIA ULTRASSONICA (BINOCULAR)		R\$ 66,00
24.2	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL		R\$13,42
24.3	BIOMICROSCOPIA		R\$12,34
24.4	MAPEAMENTO DE RETINA		R\$24,24
24.5	CURVA TENSIONAL DIARIA		R\$ 49,50
24.6	GONIOSCOPIA (BINOCULAR)		R\$ 20,00
24.7	MAPEAMENTO DE RETINA (MONOCULAR)		R\$ 24,24
24.8	RETINOGRAFIA COLORIDA (MONOCULAR)		R\$ 16,50
24.9	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA (BINOCULAR)		R\$ 49,50
24.10	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÔRNEA (BINOCULAR)		R\$ 41,25
24.11	TESTE ORTÓPTICO (BINOCULAR)		R\$ 12,34
24.12	TESTE DE ADAPTAÇÃO DE LENTE DE CONTATO (BINOCULAR)		R\$ 30,00
24.13	MEDIDA DE OFUSCAMENTO DE CONTRASTE (BINOCULAR)		R\$ 26,40
24.14	EPILAÇÃO DE CÍLIOS (MONOCULAR)		R\$ 21,60
24.15	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO (MONOCULAR)		R\$ 28,80
24.16	TONOMETRIA (BINOCULAR)		R\$ 12,34
24.17	TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO		R\$ 400,00
24.18	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA – OCT (MONOCULAR)		R\$ 200,00
24.19	CAPSULOTOMIA YAG LASER (MONOCULAR)		R\$ 200,00
24.20	PAN FOTOCOAGULAÇÃO (MONOCULAR)		R\$ 200,00
24.21	CAMPIMETRIA (MONOCULAR)		R\$ 120,00
24.22	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA (MONOCULAR)		R\$ 36,36

CIS IVAIPORÃ  
Rua Professora Diva Proença, 500  
Ivaiporã/PR  
Fone: (43) 3472-0649



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2023 / EDIÇÃO Nº 1101

Ivaiporã, Sexta-Feira, 13 de Janeiro de 2023



25.0	<b>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>		
25.1	CONSULTAS	R\$ 60,00	R\$ 60,00
26.0	<b>OTORRINOLARINGOLOGIA</b>		
26.1	CONSULTAS	R\$ 60,00	R\$ 60,00
27.0	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS</b>		
27.1	VIDEONASOFIBROSCOPIA		R\$ 50,00
27.2	VECTOELETRONISTAGMOGRAFIA COMPUTADORIZADA		R\$ 200,00
27.3	AUDIOMETRIA TONAL	SUS	-
28.4	IMPEDÂNCIOMETRIA	SUS	-
28.5	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO - BERA	SUS	-
28.6	EMISSÕES OTOACÚSTICAS EVOCADAS PARA TRIAGEM AUDITIVA (TESTE DA ORELHINHA)	SUS	R\$ 33,77
28.7	CAUTERIZAÇÃO NASAL		R\$ 50,00
28.9	TAMPONAMENTO NASAL ANTERO/POSTERIOR		R\$ 150,00
28.10	TESTES ACUMÉTRICOS		R\$ 41,25
28.11	TESTES VESTIBULARES E OTONEUROLÓGICOS		R\$ 41,25
28.12	MANOBRAS DE REABILITAÇÃO VESTIBULARES		R\$ 60,00
28.13	REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO EM OUVIDO, FARINGE, LARINGE, NARIZ.		R\$ 60,00
28.14	TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR		R\$ 150,00
28.15	VIDEOLARINGOSCOPIA		R\$ 80,00
28.16	NASOFIBROSCOPIA / ENDOSCOPIA NASAL		R\$ 37,80
28.17	DRENAGEM DE ABSCESSO EM ORELHA / OTOHEMATOMA		R\$ 150,00
28.18	CORREÇÃO CIRURGIA DE LESÃO EM LÓBULO DE ORELHA		R\$ 150,00
28.19	FRENECTOMIA		R\$ 80,00
28.20	ESTUDO TOPO DIAGNÓSTICO DE PARALISIA FACIAL		R\$ 90,00
28.21	PROVA DE FUNÇÃO TUBÁRIA		R\$ 14,17
28.22	MIRINGOTOMIA UNILATERAL		R\$ 28,80
28.23	ASPIRAÇÃO DE OUVIDO		R\$ 50,00
28.24	REMOÇÃO - CURETAGEM DE CERUME		R\$ 50,00
28.25	TESTE ALÉRGICO (CUTÂNEO)		R\$ 150,00
29.0	<b>PNEUMOLOGIA</b>		
29.1	CONSULTAS PNEUMOLOGISTA	R\$ 60,00	R\$ 60,00
29.2	CONSULTAS PNEUMOPEDIATRIA	R\$ 60,00	R\$ 60,00
30.0	<b>EXAMES REALIZADOS</b>		
30.1	ESPIROMETRIA		R\$ 90,00
30.2	BRONCOSCOPIA		R\$ 250,00
31.0	<b>PROCTOLOGIA</b>		
31.1	CONSULTAS	R\$ 60,00	R\$ 60,00
32.0	<b>PSIQUIATRIA</b>		
32.1	CONSULTAS	R\$ 60,00	R\$ 60,00
33.0	<b>REUMATOLOGIA</b>		
33.1	CONSULTAS	R\$ 60,00	R\$ 60,00
34.0	<b>UROLOGIA</b>		
34.1	CONSULTAS	R\$ 60,00	R\$ 60,00
35.0	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS</b>		
35.1	CISTOSCOPIA		R\$ 180,00
35.2	UROTROCISTOGRAFIA		R\$ 180,00
35.3	UROGRAFIA VENOSA		R\$ 120,00
35.4	UROFLUXOMETRIA		R\$ 100,00
35.5	URODINÂMICA		R\$ 220,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2023 / EDIÇÃO Nº 1101

Ivaiporã, Sexta-Feira, 13 de Janeiro de 2023



### OUTRAS CLASSIFICAÇÕES DE CONSULTA MÉDICA

36.0	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR
36.1	CONSULTA MÉDICA COM ENFASE EM ESPECIALIDADES (CLINICO GERAL, COM ESPECIALIDADE PRETENDIDA QUE CONTENHA NO MINIMO CARGA HORARIO DE 360 HORAS COM CURSO RECONHECIDO)	R\$ 50,00
36.2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA (AMBULATÓRIO MÉDICO ESCOLA)	R\$38,00

### SERVIÇOS MULTIPROFISSIONAIS

37.0	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR
37.1	ATENDIMENTOS EM FISIOTERAPIA POR SESSÃO	R\$ 25,00
37.2	SESSÃO DE ACUPUNTURA COM INSERÇÃO DE AGULHAS	R\$ 25,00
37.3	SESSÃO DE ACUPUNTURA COM APLICAÇÃO DE VENTOSAS	R\$ 19,00
37.4	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INDIVIDUAL HABILITAÇÃO E REABILITAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NAS ÁREAS DE LINGUAGEM, MOTRICIDADE OROFACIAL, VOZ E AUDIÇÃO Idade Mínima: 0 meses Idade Máxima: 130 anos	R\$ 25,00
37.5	CONSULTA / ACOMPANHAMENTO PSICOLOGICO	R\$ 25,00
37.6	CONSULTA / ACOMPANHAMENTO NUTRICIONISTA	R\$ 25,00
37.7	PLANTÃO TÉCNICO DE RADIOLOGIA – 04 HRS	R\$ 128,54

### SERVIÇOS MÉDICOS HOSPITALAR

38.0	PROCEDIMENTOS MÉDICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	VALOR
38.1	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM HORÁRIOS DIFERENCIADOS/ HOSPITALAR	R\$ 100,00
38.2	CONSULTA OFTALMOLOGISTA ACOMPANHADAS DE EXAMES/PROCEDIMENTOS COMPLEMENTARES, ATENDIDOS EM HORÁRIOS DIFERENCIADOS/ HOSPITALAR.	R\$ 100,00
39.0	PROCEDIMENTOS / DIAGNOSTICO SAÚDE DO HOMEM/ MULHER	VALOR
39.1	PUNÇÃO DE MAMA C/ AGULHA GROSSA / CORE BIOPSY ORIENTADA POR LTRASSONOGRAFIA+ANATOMOPATOLÓGICO (ÚTERO E MAMA)	R\$ 400,00
39.2	COLPOSCOPIA COM RETIRADA DE MATERIAL PARA CAUTERIZAÇÃO	R\$ 300,00
39.3	CAF CIRURGIA DE ALTA FREQUÊNCIA (CUTINIZAÇÃO C/ ANATOMO)	R\$ 420,00
39.4	BIÓPSIA DE PRÓSTATA GUIADA POR ULTRASSOM (COM ANATOMOPATOLÓGICO)	R\$ 500,00
39.5	EXCERESE DE NÓDULO DE MAMA COM ANATOMO	R\$ 500,00
39.6	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE AGULHA GROSSA TIREÓIDE (COM CITOLOGIA)	R\$ 500,00
39.7	PUNÇÃO DE AGULHA FINA (PAAF) TIREÓIDE (COM CITOLOGIA)	R\$ 500,00
39.8	PUNÇÃO ASPIRATIVA COM AGULHA FINA (MAMA, E OUTROS)	R\$ 500,00
39.9	CAUTERIZAÇÃO GINECOLÓGICA (COLO, ÚTERO, PAREDE VAGINAL, E VAGINA EXTERNA)	R\$ 300,00
40.0	PLANTÃO MEDICO HOSPITALAR – EXCLUSIVO CIRURGICO EM HPP	VALOR
40.1	PLANTÃO MÉDICO EM CIRURGIA GERAL – 12 HORAS	R\$ 2.250,00
40.2	PLANTÃO GASTROENTEROLOGISTA – 12 HORAS	R\$ 2.250,00
40.3	PLANTÃO OTORRINOLARINGOLOGIA – 12 HORAS	R\$ 2.250,00
40.4	PLANTÃO MEDICO EM GINECOLOGIA -12 HORAS	R\$ 2.250,00
40.5	PLANTÃO MEDICO EM OBSTETRICIA -12 HORAS	R\$ 2.250,00
40.6	PLANTÃO MÉDICO VASCULAR – 12 HORAS	R\$ 2.250,00
40.7	PLANTÃO MÉDICO UROLOGIA - 12 HORAS	R\$ 2.250,00
40.8	PLANTÃO MÉDICO ORTOPEDIA - 12 HORAS	R\$ 2.250,00
40.9	PLANTÃO MÉDICO PEDIATRIA - 12 HORAS	R\$ 2.250,00
40.10	PLANTÃO MÉDICO EM ANESTESIOLOGIA -12 HORAS	R\$ 1.450,00

CIS IVAIPORÃ  
Rua Professora Diva Proença, 500  
Ivaiporã/PR  
Fone: (43) 3472-0649



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2023 / EDIÇÃO Nº 1101

Ivaiporã, Sexta-Feira, 13 de Janeiro de 2023



### SERVICOS CIRURGIAS ELETIVAS

RELAÇÃO DE CIRURGIA/ PROCEDIMENTO ELETIVO COM 150% DE COMPLEMENTO X SIGTAP ( INCLUI SERVIÇO HOSPITALAR, PROFISSIONAL CIRURGIÃO E ANESTESISTA)				
41.0	PROCEDIMENTO	Valor SIGTAP	Complemento 150%	Valor Total
41.1	TRATAMENTO CIRURGICO DE GRAVIDEZ ECTOPICA	R\$ 459,18	R\$ 688,77	R\$ 1.147,95
41.2	POSTECTOMIA	R\$ 219,12	R\$ 328,68	R\$ 547,80
41.3	PLÁSTICA DE FREIO BÁLANO PREPUCIAL	R\$ 34,10	R\$ 51,15	R\$ 85,25
41.4	POSPADIA POR ESTAGIO TRATAMENTO CIRURGICO	R\$ 372,96	R\$ 559,44	R\$ 932,40
41.5	EPISPADIA POR ETAPA	R\$ 388,21	R\$ 582,32	R\$ 970,53
41.6	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	R\$ 360,07	R\$ 540,11	R\$ 900,18
41.7	BIOPSIA DO FIGADO POR PUNÇÃO	R\$ 71,15	R\$ 106,73	R\$ 177,88
41.8	TRATAMENTO CIRURGICO DE SINDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEO-FIBROSO AO NIVEL DO CARPO	R\$ 347,62	R\$ 521,43	R\$ 869,05
41.9	ADENOIDECTOMIA	R\$ 348,18	R\$ 522,27	R\$ 870,45
41.10	AMIGDALECTOMIA	R\$ 306,57	R\$ 459,86	R\$ 766,43
41.11	TIMPANOPLASTIA (UNI / BILATERAL)	R\$ 618,15	R\$ 927,23	R\$ 1.545,38
41.12	SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	R\$ 247,46	R\$ 371,19	R\$ 618,65
41.13	SEPTOPLASTIA REPARADORA NÃO ESTÉTICA	R\$ 213,75	R\$ 320,63	R\$ 534,38
41.14	TURBINECTOMIA	R\$ 315,65	R\$ 473,48	R\$ 789,13
41.15	CORRECAO CIRURGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MUSCULOS)	R\$ 1.160,45	R\$ 1.740,68	R\$ 2.901,13
41.16	CORRECAO CIRURGICA DO ESTRABISMO (ATE 2 MUSCULOS)	R\$ 1.160,45	R\$ 1.740,68	R\$ 2.901,13
41.17	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (BILATERAL)	R\$ 582,04	R\$ 873,06	R\$ 1.455,10
41.18	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	R\$ 483,37	R\$ 725,06	R\$ 1.208,43
41.19	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	R\$ 254,12	R\$ 381,18	R\$ 635,30
41.20	HEMORROIDECTOMIA	R\$ 315,94	R\$ 473,91	R\$ 789,85
41.21	COLECISTECTOMIA	R\$ 695,77	R\$ 1.043,66	R\$ 1.739,43
41.22	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 693,05	R\$ 1.039,58	R\$ 1.732,63

CIS IVAIPORÃ  
Rua Professora Diva Proença, 500  
Ivaiporã/PR  
Fone: (43) 3472-0649



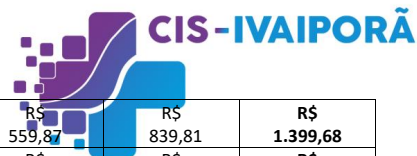
# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2023 / EDIÇÃO Nº 1101

Ivaiporã, Sexta-Feira, 13 de Janeiro de 2023



41.23	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA	R\$ 559,87	R\$ 839,81	R\$ 1.399,68
41.24	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	R\$ 539,92	R\$ 809,88	R\$ 1.349,80
41.25	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	R\$ 426,02	R\$ 639,03	R\$ 1.065,05
41.26	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	R\$ 445,51	R\$ 668,27	R\$ 1.113,78
41.27	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	R\$ 416,43	R\$ 624,65	R\$ 1.041,08
41.28	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)	R\$ 295,75	R\$ 443,63	R\$ 739,38
41.29	TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO SUPERIOR	R\$ 194,89	R\$ 292,34	R\$ 487,23
41.30	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEDO EM GATILHO	R\$ 241,15	R\$ 361,73	R\$ 602,88
41.31	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO QUADRIL NÃO CIMENTADA / HÍBRIDA	R\$ 1.214,72	R\$ 1.822,08	R\$ 3.036,80
41.32	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO JOELHO	R\$ 1.154,84	R\$ 1.732,26	R\$ 2.887,10
41.33	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	R\$ 1.602,18	R\$ 2.403,27	R\$ 4.005,45
41.34	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HALUX VALGUS C/ OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO	R\$ 355,81	R\$ 533,72	R\$ 889,53
41.35	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	R\$ 332,26	R\$ 498,39	R\$ 830,65
41.36	RESSEÇÃO DE CISTO SINOVIAL	R\$ 91,49	R\$ 137,24	R\$ 228,73
41.37	NEFRECTOMIA PARCIAL	R\$ 841,74	R\$ 1.262,61	R\$ 2.104,35
41.38	NEFRECTOMIA TOTAL	R\$ 853,65	R\$ 1.280,48	R\$ 2.134,13
41.39	NEFROSTOMIA C/ OU S/ DRENAGEM	R\$ 650,27	R\$ 975,41	R\$ 1.625,68
41.40	NEFROSTOMIA PERCUTANEA	R\$ 600,47	R\$ 900,71	R\$ 1.501,18
41.41	RESSECCAO ENDOSCOPICA DE PROSTATA	R\$ 594,68	R\$ 892,02	R\$ 1.486,70
41.42	VASECTOMIA	R\$ 306,47	R\$ 459,71	R\$ 766,18
41.43	CERCLAGEM DE COLO DO UTERO	R\$ 178,01	R\$ 267,02	R\$ 445,03
41.44	HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)	R\$ 460,08	R\$ 690,12	R\$ 1.150,20
41.45	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	R\$ 770,70	R\$ 1.156,05	R\$ 1.926,75
41.46	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	R\$ 546,04	R\$ 819,06	R\$ 1.365,10
41.47	HISTERECTOMIA TOTAL	R\$ 634,03	R\$ 951,05	R\$ 1.585,08
41.48	HISTERECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 464,61	R\$ 696,92	R\$ 1.161,53

CIS IVAIPORÃ  
Rua Professora Diva Proença, 500  
Ivaiporã/PR  
Fone: (43) 3472-0649





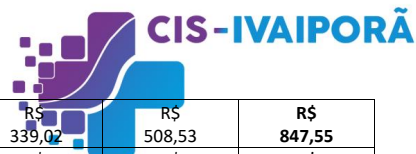
# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2023 / EDIÇÃO Nº 1101

Ivaiporã, Sexta-Feira, 13 de Janeiro de 2023



41.49	LAQUEADURA TUBARIA	R\$ 339,02	R\$ 508,53	R\$ 847,55
41.50	FACIOMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR RIGIDA	R\$ 651,60	R\$ 977,40	R\$ 1.629,00
41.51	FACIOMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL	R\$ 771,60	R\$ 1.157,40	R\$ 1.929,00

RELAÇÃO DE CIRURGIA/ PROCEDIMENTO ELETIVO COM 150% DE COMPLEMENTO X SIGTAP - SERVIÇOS PROFISSIONAIS –HPP VALOR				
Especialidade cirúrgica: CIRURGIA GERAL				
42.0	PROCEDIMENTO	Valor SIGTAP (Profissional)	Complemento 150%	Valor Total
42.1	HEMORROIDECTOMIA	R\$ 124,94	R\$ 187,41	R\$ 312,35
42.2	COLECISTECTOMIA	R\$ 248,61	R\$ 372,92	R\$ 621,53
42.3	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 171,78	R\$ 257,67	R\$ 429,45
42.4	HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA	R\$ 150,08	R\$ 225,12	R\$ 375,20
42.5	FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL	R\$ 80,65	R\$ 120,98	R\$ 201,63
42.6	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	R\$ 147,69	R\$ 221,54	R\$ 369,23
42.7	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	R\$ 146,99	R\$ 220,49	R\$ 367,48
42.8	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	R\$ 146,96	R\$ 220,44	R\$ 367,40
42.9	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	R\$ 137,40	R\$ 206,10	R\$ 343,50
42.10	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	R\$ 136,44	R\$ 204,66	R\$ 341,10
42.11	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL)	R\$ 258,80	R\$ 388,20	R\$ 647,00
42.12	HISTERECTOMIA (POR VIA VAGINAL)	R\$ 183,41	R\$ 275,12	R\$ 458,53
42.13	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	R\$ 190,94	R\$ 286,41	R\$ 477,35
42.14	HISTERECTOMIA TOTAL	R\$ 221,71	R\$ 332,57	R\$ 554,28
42.15	HISTERECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA	R\$ 185,11	R\$ 277,67	R\$ 462,78
42.16	LAQUEADURA TUBARIA	R\$ 138,97	R\$ 208,46	R\$ 347,43
42.17	POSTECTOMIA	R\$ 121,40	R\$ 182,10	R\$ 303,50
Especialidade cirúrgica: OTORRINOLARINGOLOGIA				
43.0	PROCEDIMENTO	Valor SIGTAP (Profissional)	Complemento 150%	Valor Total
43.1	ADENOIDECTOMIA	R\$ 179,05	R\$ 268,58	R\$ 447,63
43.2	AMIGDALECTOMIA	R\$ 157,65	R\$ 236,48	R\$ 394,13
43.3	SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	R\$ 75,87	R\$ 113,81	R\$ 189,68
43.4	SEPTOPLASTIA REPARADORA NÃO ESTÉTICA	R\$ 73,32	R\$ 109,98	R\$ 183,30
43.5	TIMPANOPLASTIA (UNI / BILATERAL)	R\$ 322,83	R\$ 484,25	R\$ 807,08
43.6	TURBINECTOMIA	R\$ 132,01	R\$ 198,02	R\$ 330,03
Especialidade cirúrgica: VASCULAR				
44.0	PROCEDIMENTO	Valor SIGTAP (Profissional)	Complemento 150%	Valor Total
44.1	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (BILATERAL)	R\$ 400,40	R\$ 600,60	R\$ 1.001,00



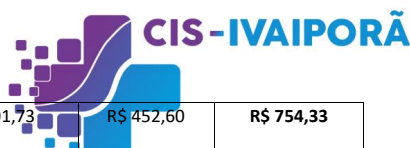
# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2023 / EDIÇÃO Nº 1101

Ivaiporã, Sexta-Feira, 13 de Janeiro de 2023



44.2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	R\$ 301,73	R\$ 452,60	R\$ 754,33
44.3	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	R\$300,78	R\$451,17	R\$751,95
44.4	AMPUTAÇÃO/DESARTICULAÇÃO (DEDO ATÉ O PÉ, TRANSTIBIAL, TRANSFEMURAL)	R\$338,03	R\$507,05	R\$845,08
44.5	DEBRIDAMENTO DE ULCERA/DE TECIDOS DESVITALIZADOS	R\$543,08	814,62	R\$1.357,70
<b>ESPECIALIDADE UROLOGIA</b>				
45.0	PROCEDIMENTO	Valor SIGTAP (Profissional)	Complemento 150%	Valor Total
45.1	NEFROLITOTOMIA PERCUTANEA	R\$801,50	R\$1202,25	R\$2003,75
45.2	INSTALAÇÃO E RETIRADA ENDOSCOPICA DE CATETER DUPLO J	R\$218,68	R\$328,02	R\$546,70

### SERVIÇOS RADIOLOGIA MÉDICA

45.0	MEDICINA NUCLEAR	VALOR
45.1	DENSITOMETRIA ÓSSEA ATÉ 2 SEGMENTOS	R\$ 150,00
45.2	DENSITOMETRIA ÓSSEA COLUNA LOMBAR 2 SEGMENTOS	R\$ 150,00
45.3	DENSITOMETRIA ÓSSEA DUO-ENERGÉTICA (VERT. LOMBARES)	R\$ 150,00
45.4	DENSITOMETRIA ÓSSEA CORPO TODO	R\$ 150,00
45.5	ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL	R\$ 500,00
45.6	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	R\$ 500,00
45.7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA/COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 180,00
45.8	TOMOGRAFIA COMP. DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE.	R\$ 180,00
45.9	TOMOGRAFIA COMP. DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE.	R\$ 180,00
45.10	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES	R\$ 180,00
45.11	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO (PARTES MOLES, LARINGE, TIROIDE OU PARA TIROIDE) C/ CONTRASTE.	R\$ 250,00
45.12	TOMOGRAFIA DACRIOCISTOGRAFIA.	R\$ 200,00
45.13	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICA OU ORBITAS	R\$ 180,00
45.14	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO C/ CONTRASTE	R\$ 180,00
45.15	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MASTOIDE OU ORELHAS	R\$ 200,00
45.16	TOMOGRAFIA COMP. DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR.	R\$ 200,00
45.17	TOMOGRAFIA COMP. DE SEGMENTOS APENDICULARES.	R\$ 200,00
45.18	TOMOGRAFIA COMP. DE TORAX COM OU S/ CONTRASTE.	R\$ 250,00
45.19	TOMOGRAFIA DE HEMITORAX / MEDIASTINO (POR PLANO)	R\$ 200,00
45.20	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN C/ CONTRASTE	R\$ 315,00
45.21	TOMOGRAFIA COMP. DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR.	R\$ 240,00
45.22	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Pelve / BACIA	R\$ 250,00
45.23	ANGIOTOMOGRAFIA	R\$ 450,00
45.24	TOMOGRAFIA ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 250,00
45.25	TOMOGRAFIA DE CARÓTIDAS	R\$ 450,00
45.26	TOMOGRAFIA PESCOÇO (PARTES MOLES, LARINGE, TIROIDE E FARINGE)	R\$ 250,00
45.27	TOMOGRAFIA RENAL	R\$ 450,00
45.28	TOMOGRAFIA UROTOMOGRAFIA	R\$ 450,00
45.29	MAMOGRAFIA BILATERAL	R\$ 80,00
45.30	PROCEDIMENTO DE ANESTESIA EM EXAMES DE RESSONANCIA MAGNETICA EM QUE EXIGE SEDAÇÃO.	R\$ 300,00

CIS IVAIPORÃ  
Rua Professora Diva Proença, 500  
Ivaiporã/PR  
Fone: (43) 3472-0649



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2023 / EDIÇÃO Nº 1101

Ivaiporã, Sexta-Feira, 13 de Janeiro de 2023



45.31	RESSONANCIA CARDIACA MORFOLOGICA E FUNCIONAL	R\$903,13
45.32	RESSONANCIA DE ABDOMEN TOTAL DE CRIANÇAS COM SEDAÇÃO	R\$1.800,00

46.0	RAIO – X - COM LAUDOS	VALOR
46.1	DACRIOCISTOGRAFIA	R\$ 40,00
46.2	PLANIGRAFIA DE LARINGE	R\$ 40,00
46.3	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	R\$ 40,00
46.4	RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS)	R\$ 40,00
46.5	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	R\$ 40,00
46.6	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	R\$ 40,00
46.7	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIGUA / BRETTON + HIRTZ)	R\$ 40,00
46.8	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	R\$ 40,00
46.9	RADIOGRAFIA DE LARINGE	R\$ 40,00
46.10	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)	R\$ 40,00
46.11	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)	R\$ 40,00
46.12	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 30,00
46.13	RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (E CORPO ESTRANHO)	R\$ 40,00
46.14	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL)	R\$ 30,00
46.15	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 30,00
46.16	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON)	R\$ 40,00
46.17	MIELOGRAFIA	R\$ 40,00
46.18	PLANIGRAFIA DE COLUNA VERTEBRAL	R\$ 40,00
46.19	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + OBLIQUAS)	R\$ 30,00
46.20	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	R\$ 30,00
46.21	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA	R\$ 40,00
46.22	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 40,00
46.23	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS e SEL)	R\$ 40,00
46.24	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA	R\$ 40,00
46.25	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	R\$ 40,00
46.26	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA	R\$ 40,00
46.27	SIALOGRAFIA (POR GLANDULA)	R\$ 40,00
46.28	RADIOGRAFIA DE CORACAO VASOS DA BASE (PA / LATERAL+ OBLIQUA)	R\$ 40,00
46.29	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL)	R\$ 40,00
46.30	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	R\$ 40,00
46.31	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	R\$ 40,00
46.32	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	R\$ 30,00
46.33	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)	R\$ 40,00
46.34	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA)	R\$ 30,00
46.35	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRACAO + EXPIRACAO + LATERAL)	R\$ 30,00
46.36	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 30,00
46.37	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	R\$ 30,00
46.38	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	R\$ 30,00
46.39	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	R\$ 30,00
46.40	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	R\$ 30,00
46.41	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	R\$ 30,00
46.42	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	R\$ 30,00
46.43	RADIOGRAFIA DE BRACO	R\$ 30,00
46.44	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	R\$ 30,00
46.45	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R\$ 40,00
46.46	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO	R\$ 40,00
46.47	RADIOGRAFIA DE MAO	R\$ 40,00

CIS IVAIPORÃ  
Rua Professora Diva Proença, 500  
Ivaiporã/PR  
Fone: (43) 3472-0649



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2023 / EDIÇÃO Nº 1101

Ivaiporã, Sexta-Feira, 13 de Janeiro de 2023



46.48	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	R\$ 40,00
46.49	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES)	R\$ 40,00
46.50	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 40,00
46.51	CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE	R\$ 40,00
46.52	COLANGIOGRAFIA PER-OPERATORIA	R\$ 40,00
46.53	COLANGIOGRAFIA POS-OPERATORIA	R\$ 40,00
46.54	DUODENOGRAFIA HIPOTONICA	R\$ 40,00
46.55	FISTULOGRAFIA	R\$ 40,00
46.56	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	R\$ 380,00
46.57	PIELOGRAFIA ANTEROGRADA PERCUTANEA	R\$ 40,00
46.58	PIELOGRAFIA ASCENDENTE	R\$ 40,00
46.59	PLANIGRAFIA DE RIM S/ CONTRASTE	R\$ 40,00
46.60	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	R\$ 30,00
46.61	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	R\$ 70,00
46.62	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	R\$ 30,00
46.63	RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO	R\$ 40,00
46.64	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO)	R\$ 40,00
46.65	RADIOGRAFIA P/ ESTUDO DELGADO C/ DUPLO CONTRASTE (ENTEROCLISE)	R\$ 30,00
46.66	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	R\$ 30,00
46.67	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA	R\$ 40,00
46.68	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	R\$ 40,00
46.69	RADIOGRAFIA DE BACIA	R\$ 30,00
46.70	RADIOGRAFIA DE CALCANEO	R\$ 30,00
46.71	RADIOGRAFIA DE COXA	R\$ 40,00
46.72	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	R\$ 30,00
46.73	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	R\$ 40,00
46.74	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)	R\$ 40,00
46.75	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	R\$ 30,00
46.76	RADIOGRAFIA DE PERNA	R\$ 30,00
46.77	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES	R\$ 40,00
46.78	VIDEODEGLUTOGRAMA	R\$350,00
46.79	RAIO X DEGLUTOGRAMA	R\$350,00

47.0	EXAMES ULTRASSONOGRAFICOS	VALOR
47.1	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO COLORIDO E PULSADO	R\$ 130,00
47.2	ULTRA-SONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL \ RASTREAMENTO DE TESTÍCULOS	R\$ 85,00
47.3	ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 100,00
47.4	ULTRA-SONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL FEMININA	R\$ 85,00
47.5	ULTRASSONOGRAFIA DA BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER - COLORIDO	R\$ 130,00
47.6	ULTRASSONOGRAFIA DO ABDÔMEN TOTAL COM DOPPLER - COLORIDO	R\$ 130,00
47.7	ULTRASSONOGRAFIA DA TIREÓIDE COM DOPPLER - COLORIDO	R\$ 130,00
47.8	ULTRASSONOGRAFIA DAS GLÂNDULAS SALIVARES E SUBMANDIBULARES	R\$ 85,00
47.9	ULTRASSONOGRAFIA DA REGIÃO INGUINAL	R\$ 85,00
47.10	ULTRASSONOGRAFIA PENIANA	R\$ 85,00
47.11	ULTRASSONOGRAFIA DO RETROPERITÔNIO	R\$ 85,00
47.12	ULTRASSONOGRAFIA DE PARTES MOLES E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS	R\$ 85,00
47.13	ULTRASSONOGRAFIA DAS SUPRARENAS	R\$ 85,00
47.14	ULTRASSONOGRAFIA DAS LOJAS RENAS	R\$ 85,00
47.15	ULTRASSONOGRAFIA DO HIPOCÔNDRIO DIREITO	R\$ 85,00
47.16	ULTRASSONOGRAFIA DA ARTICULAÇÃO COXOFEMORAL (QUADRIL)	R\$ 85,00
47.17	ULTRA-SONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL MASCULINA	R\$ 85,00

CIS IVAIPORÃ  
Rua Professora Diva Proença, 500  
Ivaiporã/PR  
Fone: (43) 3472-0649



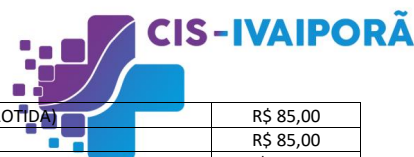
# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2023 / EDIÇÃO Nº 1101

Ivaiporã, Sexta-Feira, 13 de Janeiro de 2023



47.18	ULTRA-SONOGRAFIA DE TIREOIDE (PESCOÇO, CERVICAL, PAROTÍDIA)	R\$ 85,00
47.19	ULTRA-SONOGRAFIA DE TORAX (EXTRACARDIACA)	R\$ 85,00
4720	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R\$ 130,00
47.21	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSFONTANELA (HIPOCONDRIO)	R\$ 85,00
47.22	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (DOPPLER RENAL, VASCULAR VENOSO, CARÓTIDAS E VERTEBRAS, COLORIDO 3 OU MAIS)	R\$ 130,00
47.23	ULTRA-SONOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES (ANTEBRAÇO, COXA, BRAÇO, JOELHO, TORNOZELO, OMBRO, PUNHO, PANTURRILHA)	R\$ 85,00
47.24	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA	R\$ 250,00
47.25	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (AVALIAÇÃO DE FÍGADO, PÂNCREAS, VESÍCULA BILIAR, VIAS BILIARES, BAÇO, RINS, RETROPERITÔNIO E BEXIGA)	R\$ 80,00
47.26	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN INFERIOR (SUPRAPUBICA)	R\$ 80,00
47.27	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO (RINS E BEXIGA)	R\$ 80,00
47.28	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (FIGADO, VESICULA, VIAS BILIARES, REGIÃO INGUINAL, ORGÕES E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS)	R\$ 60,00
47.29	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL)	R\$ 60,00
47.30	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	R\$ 70,00
47.31	ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	R\$ 60,00
47.32	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	R\$ 70,00
47.32	ULTRASSONOGRAFIA TIREÓIDE	R\$ 85,00
47.33	ULTRASSONOGRAFIA OMBRO	R\$ 85,00
47.34	ULTRASSONOGRAFIA MÃO	R\$ 85,00
47.35	ULTRASSONOGRAFIA GLOBO OCULAR BILATERAL	R\$ 85,00
47.36	ULTRASSONOGRAFIA GLOBO OCULAR COM DOPPLER COLORIDO	R\$ 130,00
47.37	ULTRASSONOGRAFIA GLÂNDULAS SALIVARES (TODAS)	R\$ 85,00
47.38	ULTRASSONOGRAFIA DE MAMAS	R\$ 85,00
47.39	ULTRASSONOGRAFIA DERMATOLÓGICA – (PELE E SUBCUTÂNEO)	R\$ 85,00
47.40	ULTRASSONOGRAFIA PESCOÇO	R\$ 85,00
47.41	ULTRASSONOGRAFIA PARATIREÓIDE	R\$ 85,00
47.42	ULTRASSONOGRAFIA ABDOMEM SUPERIOR COM DOPPLER	R\$ 130,00
47.43	ULTRASSONOGRAFIA AORTA ABDOMINAL	R\$ 190,00
47.44	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER AORTA OU VASOS ILÍACOS	R\$ 190,00
47.45	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ILIACAS	R\$ 190,00
47.46	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE AORTA ABDOMINAL E VISCERAIS	R\$ 190,00
47.47	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE ARTÉRIAS RENAIIS E AORTA DESCENDENTE	R\$ 190,00
47.48	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER PENIANO	R\$ 130,00
47.48	ULTRASSONOGRAFIA ESTRUTURAS/SUPERFICIAIS (CERVICAL OU AXILAS)	R\$ 85,00
47.49	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA 1º TRIMESTRE (ENDOVAGINAL)	R\$ 85,00
47.50	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA 4D	R\$ 210,00
47.51	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA 4D HD	R\$ 210,00
47.52	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA C/ TRANSLUCENCIA NUCAL	R\$ 85,00
47.53	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM PERFIL BIOFISICO FETAL	R\$ 150,00
47.54	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICO ECOCARDIOGRAMA FETAL	R\$ 200,00
47.55	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICO COM DOPPLER	R\$ 130,00
47.56	ULTRASSONOGRAFIA PROSTATA COM DOPPLER	R\$ 150,00
47.57	ULTRASSONOGRAFIA TRANS-VAGINAL COM DOPPLER	R\$ 130,00

### SERVICO PRÓTESE DENTARIA

48.0	PROCEDIMENTOS DE PRÓTESE DENTÁRIA	VALOR
48.1	MOLDAGEM DENTO-GENGIVAL PARA CONSTRUÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA	R\$ 92,00

CIS IVAIPORÃ  
Rua Professora Diva Proença, 500  
Ivaiporã/PR  
Fone: (43) 3472-0649



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2023 / EDIÇÃO Nº 1101

Ivaiporã, Sexta-Feira, 13 de Janeiro de 2023



48.2	REEMBASAMENTO E CONserto DE PRÓTESE DENTÁRIA	R\$ 20,49
48.3	PRÓTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVIVEL	R\$ 150,00
48.4	PRÓTESE PARCIAL MAXILAR REMOVIVEL	R\$ 150,00
48.5	PRÓTESE TOTAL MANDIBULAR	R\$ 150,00
48.6	PRÓTESE TOTAL MAXILAR	R\$ 150,00
	<b>PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS- BUCOMAXILO</b>	<b>VALOR</b>
48.7	APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (POR DENTE)	R\$72,00
48.8	APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE)	R\$81,00
48.9	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO)	R\$45,00
48.10	EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA	R\$45,00
48.11	SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA	R\$81,00
48.12	CAPEAMENTO PULPAR	R\$99,00
48.13	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO	R\$55,39
48.14	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR	R\$135,00
48.15	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR	R\$86,77
48.16	PULPOTOMIA DENTÁRIA	R\$180,00
48.17	RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE)	R\$90,00
48.18	RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE)	R\$90,00
48.19	EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO	R\$117,00
48.20	EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE	R\$135,00
48.21	RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE)	R\$81,00
48.22	ENXERTO GENGIVAL	R\$630,00
48.23	GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE)	R\$180,00
48.24	GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE)	R\$180,00
48.25	TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE)	R\$180,00
48.26	OBTURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO	R\$270,00
48.27	OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR	R\$360,00
48.28	OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE C/ TRÊS OU MAIS RAÍZES	R\$490,00
48.29	OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	R\$360,00
48.30	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR	R\$400,00
48.31	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE C/ 3 OU MAIS RAÍZES	R\$450,00
48.32	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR	R\$450,00
48.33	SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR	R\$720,00
48.34	BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR	R\$62,54
48.35	BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE	R\$77,48
48.36	BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA	R\$78,51
48.37	TRATAMENTO DE NEURALGIAS FACIAIS	R\$21,64
48.38	CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM	R\$135,00
48.39	OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVEOLO DENTÁRIAS	R\$104,00
48.40	REDUÇÃO DE FRATURA ALVEOLO-DENTÁRIA SEM OSTEOSSÍNTESE	R\$174,49
48.41	REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR	R\$66,02
48.42	RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA/ DENTÁRIA	R\$96,48
48.43	RECONSTRUÇÃO PARCIAL DO LÁBIO TRAUMATIZADO	R\$38,36
48.44	EXCISÃO DE CÁLCULO DE GLÂNDULA SALIVAR	R\$691,34
48.45	EXERESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO-ODONTOGÊNICO	R\$71,06
48.46	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA INTRA/ EXTRA-ORAL	R\$211,56

CIS IVAIPORÃ

Rua Professora Diva Proença, 500

Ivaiporã/PR

Fone: (43) 3472-0649



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2023 / EDIÇÃO Nº 1101

Ivaiporã, Sexta-Feira, 13 de Janeiro de 2023



48.47	FRENECTOMIA	R\$270,00
48.48	SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR	R\$409,42
48.49	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORONASAL/ ORO-SINUSAL	R\$218,31
48.50	DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS	R\$35,78
48.51	EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR	R\$177,81
48.52	EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA	R\$162,00
48.53	EXCISÃO EM CUNHA DO LÁBIO	R\$59,72
48.54	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DOS OSSOS DA FACE	R\$280,03
48.55	RETIRADA DE MEIOS DE FIXAÇÃO MAXILO-MANDIBULAR	R\$22,11
48.56	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA ORO-SINUSAL/ ORO-NASAL	R\$649,65
48.57	APICECTOMIA C/ OU S/ OBTURAÇÃO RETROGRADA	R\$149,79
48.58	APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO ORAL (POR SEXTANTE)	R\$107,60
48.59	CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES	R\$56,69
48.60	CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR	R\$82,86
48.61	CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR	R\$89,65
48.62	CURETAGEM PERIAPICAL	R\$43,84
48.63	ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA INTRABUCAL	R\$43,84
48.64	EXODONTIA MULTIPLA C/ ALVEOLO-PLASTIA POR SEXTANTE	R\$540,00
48.65	GLOSSORRAFIA	R\$34,89
48.66	MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS	R\$137,83
48.67	ODONTOSECÇÃO / RADILECTOMIA / TUNELIZAÇÃO	R\$65,04
48.68	REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO)	R\$93,80
48.69	REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO)	R\$270,00
48.70	REMOÇÃO DE TÓRUS E EXOSTOSES	R\$270,00
48.71	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL	R\$140,00
48.72	TRATAMENTO CIRÚRGICO P/ TRACIONAMENTO DENTAL	R\$45,44
48.73	TRATAMENTO DE ALVEOLITE	R\$140,00
48.74	ULOTOMIA/ULECTOMIA	R\$180,00
48.75	RADIOGRAFIA PERIAPICAL	R\$15,00
48.76	RADIOGRAFIA PANORAMICA COM LAUDO	R\$80,00
48.77	RADIOGRAFIA PANORAMICA SEM LAUDO	R\$70,00

### SERVIÇOS TELEMEDICINA

49.0	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	VALOR
49.1	LAUDO DE ELETROCARDIOGRAMA (TELEMEDICINA REALIZADO NO CIS)	R\$ 10,00
49.2	LAUDO ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 6,50
49.3	LAUDO ELETROENCEFALOGRAMA OCUPACIONAL	R\$ 10,00
49.4	LAUDO ELETROENCEFALOGRAMA CLÍNICO	R\$ 10,00
49.5	LAUDO ELETROENCEFALOGRAMA COM MAPEAMENTO	R\$ 22,00
49.6	LAUDO RISCO CIRÚRGICO	R\$ 50,00
49.6	LAUDO RAIOS X CONVENCIONAL	R\$ 6,50
49.7	LAUDO RAIOS X OIT -1 ASSINATURA	R\$ 7,50
49.8	LAUDO RAIOS X OIT -2 ASSINATURA	R\$ 8,00

CIS IVAIPORÃ  
Rua Professora Diva Proença, 500  
Ivaiporã/PR  
Fone: (43) 3472-0649





# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2023 / EDIÇÃO Nº 1101

Ivaiporã, Sexta-Feira, 13 de Janeiro de 2023



### SERVICOS VINCULADOS AO CONVÊNIO QUALICIS - SESA

50.0	ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL	VALOR
50.1	TERAPEUTA OCUPACIONAL	R\$25,00
50.2	CONSULTA ENFERMEIRO	R\$25,00
50.3	ATENDIMENTO / ASSISTÊNCIA FARMACEUTICA	R\$25,00
50.4	ATENDIMENTO ASSISTENTE SOCIAL OU FISIOTERAPEUTA	R\$25,00
50.5	CONSULTA NUTRICIONISTA	R\$25,00
50.6	CONSULTA / ACOMPANHAMENTO PSICOLOGICO	R\$25,00
50.7	CONSULTA / ACOMPANHAMENTO FONOAUDIOLÓGICO	R\$25,00
50.8	ATENDIMENTO PODOLOGO	R\$25,00
ESPECIALIDADES MÉDICA		VALOR
51.1	PSIQUIATRIA	
51.1	CONSULTAS	R\$60,00
52.0	OTORRINOLARINGOLOGIA	
52.1	CONSULTAS	R\$60,00
53.0	OFTALMOLOGIA	
53.1	CONSULTAS	R\$60,00
54.0	OFTALMOLOGISTA/RETINOLOGISTA	
54.1	CONSULTAS	R\$60,00
55.0	CIRURGIA GERAL	
55.1	CONSULTAS	R\$60,00
56.0	CIRURGIA VASCULAR	
56.1	CONSULTAS	R\$60,00
57.0	NEUROLOGIA	
57.1	CONSULTAS	R\$60,00
58.0	NEFROLOGIA	
58.1	CONSULTAS	R\$60,00
59.0	NEUROLOGIA PEDIATRICO	
59.1	CONSULTAS	R\$60,00

### ATENDIMENTOS / PROCEDIMENTOS / EXAMES MÉDICOS ESPECIALIZADOS APLICADOS NO PLANO DE CUIDADO, CONFORME LINHA GUIA POR REDE DE ATENÇÃO, AO PACIENTE ATENDIDO NO QUALICIS

	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS - QUALICIS	VALOR
60.0	CARDIOLOGIA – ALTO RISCO	
60.1	CONSULTAS	R\$ 60,00
61.0	PROCEDIMENTOS REALIZADOS	
61.1	ECOCARDIOGRAFIA BIDIMENSIONAL COM OU SEM DOPPLER	R\$ 160,00
61.2	LAUDO DE ELETROCARDIOGRAMA (TELEMEDICINA REALIZADO NO CIS)	R\$ 10,00
61.3	TESTE DE ESFORÇO   ERGOMÉTRICO (INCLUINDO ECG)	R\$ 180,00
61.4	HOLTER 24 HORAS	R\$ 100,00
62.0	ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA – ALTO RISCO	
62.1	CONSULTAS	R\$ 60,00
63.0	GERIATRIA – ALTO RISCO	
63.1	CONSULTAS	R\$ 60,00
64.0	GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA – ALTO RISCO	
64.1	CONSULTAS ESPECIALIZADA DE RISCO INTERMEDIARIO E ALTO RISCO EM OBSTETRÍCIA – QUALICIS	R\$ 60,00
65.0	MEDICINA NUCLEAR	
65.1	DENSITOMETRIA ÓSSEA ATÉ 2 SEGMENTOS	R\$ 150,00
66.0	PEDIATRA – ALTO RISCO	

CIS IVAIPORÃ  
Rua Professora Diva Proença, 500  
Ivaiporã/PR  
Fone: (43) 3472-0649







# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2023 / EDIÇÃO Nº 1101

Ivaiporã, Sexta-Feira, 13 de Janeiro de 2023



66.1	CONSULTA ESPECIALIZADA DE PEDIATRIA PARA CRIANÇA ATÉ 01 ANO DE VIDA.	R\$ 60,00
<b>67.0</b>	<b>PSIQUIATRIA – ALTO RISCO</b>	
67.1	CONSULTAS	R\$ 60,00
<b>68.0</b>	<b>EXAMES ULTRASSONOGRAFICOS</b>	<b>VALOR</b>
68.1	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO COLORIDO E PULSADO	R\$ 130,00
68.2	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R\$ 130,00
68.3	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	R\$ 70,00
68.4	ULTRASSONOGRAFIA ABDOMINAL	R\$80,00
68.5	ULTRASSONOGRAFIA CEREBRAL/ QUANTITATIVO	R\$85,00
68.6	ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA	R\$250,00
<b>69.0</b>	<b>OUTROS EXAMES</b>	<b>VALOR</b>
69.1	RESSONANCIA MAGNETICA	R\$500,00
69.2	TOMOGRAFIA TCC	R\$180,00
69.3	ELETROCARDIOGRAMA EEG SONO E VIGILIA	R\$79,20
69.4	RETINOGRAFIA COM CONTRASTE	R\$16,50
69.5	FUNDOSCOPIA	R\$24,24
69.6	RAIOS-X	R\$40,00
69.7	ITB (INDICE TORNOZELO BRAQUIAL)- DOPPLER MANUAL	R\$40,00
	<b>SERVIÇOS CLINICA COMPARTILHADA</b>	<b>VALOR</b>
<b>70.0</b>	<b>CARDIOLOGIA – ALTO RISCO</b>	
70.1	INTERCONSULTA AMPLIADA - referente a matriciamento, treinamento, estudo de caso, capacitação dos profissionais na ABS, estudo permanente e pesquisa, a ser desenvolvida pelo profissional do AME aos demais profissionais da rede e da atenção básica no município, com duração de até 30 minutos.	R\$ 60,00
<b>71.0</b>	<b>ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA – ALTO RISCO</b>	
71.1	INTERCONSULTA AMPLIADA - referente a matriciamento, treinamento, estudo de caso, capacitação dos profissionais na ABS, estudo permanente e pesquisa, a ser desenvolvida pelo profissional do AME aos demais profissionais da rede e da atenção básica no município, com duração de até 30 minutos.	R\$ 60,00
<b>72.0</b>	<b>GERIATRIA – ALTO RISCO</b>	
72.1	INTERCONSULTA AMPLIADA - referente a matriciamento, treinamento, estudo de caso, capacitação dos profissionais na ABS, estudo permanente e pesquisa, a ser desenvolvida pelo profissional do AME aos demais profissionais da rede e da atenção básica no município, com duração de até 30 minutos.	R\$ 60,00
<b>73.0</b>	<b>GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA – ALTO RISCO</b>	
73.1	INTERCONSULTA AMPLIADA - referente a matriciamento, treinamento, estudo de caso, capacitação dos profissionais na ABS, estudo permanente e pesquisa, a ser desenvolvida pelo profissional do AME aos demais profissionais da rede e da atenção básica no município, com duração de até 30 minutos.	R\$ 60,00
<b>74.0</b>	<b>PEDIATRA – ALTO RISCO</b>	
74.1	INTERCONSULTA AMPLIADA - referente a matriciamento, treinamento, estudo de caso, capacitação dos profissionais na ABS, estudo permanente e pesquisa, a ser desenvolvida pelo profissional do AME aos demais profissionais da rede e da atenção básica no município, com duração de até 30 minutos.	R\$ 60,00
<b>75.0</b>	<b>PSIQUIATRIA – ALTO RISCO</b>	
75.1	INTERCONSULTA AMPLIADA - referente a matriciamento, treinamento, estudo de caso, capacitação dos profissionais na ABS, estudo permanente e pesquisa, a ser desenvolvida pelo profissional do AME aos demais profissionais da rede e da atenção básica no município, com duração de até 30 minutos.	R\$ 60,00
<b>76.0</b>	<b>EQUIPE MULTIPROFISIONAL</b>	

CIS IVAIPORÃ  
Rua Professora Diva Proença, 500  
Ivaiporã/PR  
Fone: (43) 3472-0649



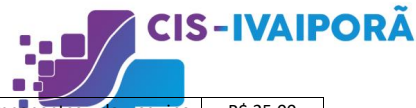
# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2023 / EDIÇÃO Nº 1101

Ivaiporã, Sexta-Feira, 13 de Janeiro de 2023



76.1	INTERCONSULTA AMPLIADA pelos membros componentes da equipe multidisciplinar - referente a matriciamento, treinamento, estudo de caso, capacitação dos profissionais na ABS, estudo permanente e pesquisa, a ser desenvolvida pelo profissional do AME aos demais profissionais da rede e da atenção básica no município, com duração de até 30 minutos, por profissional.	R\$ 25,00
77.0	<b>PROCEDIMENTOS EM GINECOLOGIA</b>	<b>VALOR</b>
77.1	CONSULTA MÉDICA EM GINECOLOGIA	R\$60,00
77.2	INTERCONSULTA – DISCUSSÃO DE CASO COM ABS, PARA CONSTRUÇÃO DE PLANO DE CUIDADO INDIVIDUAL.	R\$60,00
77.3	COLPOSCOPIA COM RETIRADA DE MATERIAL PARA CAUTERIZAÇÃO	R\$300,00
77.4	CAF – CIRURGIA DE ALTA FREQUENCIA	R\$420,00
77.5	INSERÇÃO DE DIU – INSUMO NÃO INCLUSO E A SER FORNECIDO PELO MUNICIPIO	R\$60,00
77.6	INSERÇÃO DE IMPLANTE SUBCUTANEO - INSUMO NÃO INCLUSO E A SER FORNECIDO PELO MUNICIPIO	R\$60,00

ITEM		VALOR LAUDO
Consulta médica especializada (ambulatório médico escolar)		38,00
<b>TABELA SUS</b>		
Nº	PROCEDIMENTOS AMBULATORIO ESCOLA	VALOR UNITARIO (SUS)
01	FUNDOSCOPIA	3,37
02	CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE PEQUENAS LESÕES	26,90
03	EXCISÃO E/OU SUTURA SIMPLES DE PEQUENAS LESÕES	28,00
04	EXERESE DE CISTO CEBÁCIO/LIPIOMA	12,46
05	CANTOPLASTIA	15,00
06	COLOCAÇÃO/RETIRADA DE DIU	30,00
07	INCISÃO E DRENAGEM DE ABSCESSO DE MAMA	24,73
08	DRENAGEM DE GLÂNDULA DE BARTHOLIN	18,16
09	EXERESE DE CISTO VAGINAL	22,62
10	EXERESE DE PÓLIPO DE ÚTERO	30,60
11	PUNÇÃO DE TUMOR SUPERFICIAL DE PELE	14,10
12	RETIRADA DE MATERIAL PARA BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES	25,83
13	EXERESE DE NÓDULO DE MAMA	98,00
14	PUNÇÃO DE VULVA	30,60
15	CURATIVO GRAU II	32,40
16	CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE LESÕES CUTÂNEAS	26,90
Nº	EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA	VALOR UNITÁRIO
01	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL/RASTREAMENTO DE TESTÍCULO	R\$60,00
02	ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL FEMININA E MASCULINA	R\$60,00
03	ULTRASSONOGRAFIA DA BOLSA ESCROTAL	R\$80,00
04	ULTRASSONOGRAFIA DO RETROPERITÔNIO	R\$60,00

CIS IVAIPORÃ  
Rua Professora Diva Proença, 500  
Ivaiporã/PR  
Fone: (43) 3472-0649



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2023 / EDIÇÃO Nº 1101

Ivaiporã, Sexta-Feira, 13 de Janeiro de 2023



05	ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS	R\$60,00
06	ULTRASSONOGRRAFIA DAS SUPRARRENAIS	R\$60,00
07	ULTRASSONOGRRAFIA DAS LOJAS RENAIAS	R\$60,00
08	ULTRASSONOGRRAFIA DO HIPOCÔNDRIO DIREITO	R\$60,00
09	ULTRASSONOGRRAFIA DA ARTICULAÇÃO COXOFEMORAL	R\$65,00
10	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE	R\$60,00
11	ULTRASSONOGRRAFIA DE TÓRAX	R\$60,00
12	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÕES (ANTEBRAÇO, COXA, BRAÇO, JOELHO, TORNOZELO, OMBRO, PUNHO, PANTURRILHA)	R\$65,00
13	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL (AVALIAÇÃO DO FÍGADO, PÂNCREAS, VESÍCULA BILIAR, VIAS BILIARES, BAÇO, RINS, RETROPERITÔNIO E BEXIGA)	R\$60,00
14	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN INFERIOR	R\$60,00
15	ULTRASSONOGRRAFIA DO ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES, REGIÃO INGUINAL)	R\$50,00
16	ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA	R\$50,00
17	ULTRASSONOGRRAFIA OMBRO	R\$60,00
18	ULTRASSONOGRRAFIA MÃO	R\$60,00
19	ULTRASSONOGRRAFIA DE MAMAS	R\$60,00
20	ULTRASSONOGRRAFIA AORTA ABDOMINAL	R\$80,00
21	ULTRASSONOGRRAFIA AORTA OU VASO ILÍACO	R\$80,00
22	ULTRASSONOGRRAFIA AORTA ABDOMINAL E VISCERAL	R\$80,00





# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2023 / EDIÇÃO Nº 1101

Ivaiporã, Sexta-Feira, 13 de Janeiro de 2023



### ANEXO II - TABELA DE VALORES - CIS EXAMES LABORATORIAIS

CODIGO CIS	DESCRIÇÃO DE EXAMES	VALOR
<b>1.0</b>	<b>PATOLOGIA CLÍNICA (EXAMES LABORATÓRIAS)</b>	
1.1.1	CLEARANCE OSMOLAR	R\$ 3,86
1.1.2	DETERMINAÇÃO DE CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO	R\$ 2,10
1.1.3	DETERMINAÇÃO DE CROMATOGRÁFIA DE AMINOÁCIDOS	R\$ 2,00
1.1.4	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA (2 DOSAGENS)	R\$ 7,60
1.1.5	DETERMINAÇÃO CURVA GLICÊMICA C/ INDUÇÃO P/ CORTISONA (5 DOSAG.)	R\$ 10,00
1.1.6	DETERMINAÇÃO CURVA GLICÊMICA C/ INDUÇÃO P/ CORTISONA (4 DOSAG.)	R\$ 10,00
1.1.7	DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICÊMICA CLÁSSICA (5 DOSAGENS)	R\$ 10,00
1.1.8	DETERMINAÇÃO DE OSMOLARIDADE	R\$ 3,86
1.1.9	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	R\$ 3,86
1.1.10	DOSAGEM DE ACETONA	R\$ 2,10
1.1.11	DOSAGEM DE ÁCIDO ASCORBICO	R\$ 4,04
1.1.12	DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO	R\$ 2,22
1.1.13	DOSAGEM DE ÁCIDO VANILMANDELICO	R\$ 4,04
1.1.14	DOSAGEM DE ALDOLASE	R\$ 2,10
1.1.15	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	R\$ 4,04
1.1.16	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEÍNA ÁCIDA	R\$ 4,53
1.1.17	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	R\$ 4,04
1.1.18	DOSAGEM DE AMILASE	R\$ 4,04
1.1.19	DOSAGEM DE AMONIA	R\$ 17,14
1.1.20	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES	R\$ 3,86
1.1.21	DOSAGEM DE CÁLCIO	R\$ 4,00
1.1.22	DOSAGEM DE CÁLCIO IONIZÁVEL	R\$ 4,00
1.1.23	DOSAGEM DE CAROTENO	R\$ 2,21
1.1.24	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	R\$ 2,10
1.1.25	DOSAGEM DE CLORETO	R\$ 2,21
1.1.26	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$ 3,86
1.1.27	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$ 3,86
1.1.28	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$ 2,90
1.1.29	DOSAGEM DE COLINESTERASE	R\$ 4,04
1.1.30	DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 4,04
1.1.31	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 8,64
1.1.32	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$ 4,04
1.1.33	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTÍRICA	R\$ 3,86
1.1.34	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTÂMICA	R\$ 4,04
1.1.35	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA	R\$ 3,86
1.1.36	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	R\$ 2,47
1.1.37	DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 18,71
1.1.38	DOSAGEM DE FERRO SÉRICO	R\$ 4,21
1.1.39	DOSAGEM DE FOLATO	R\$ 4,04
1.1.40	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA TOTAL	R\$ 3,86
1.1.41	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 3,50
1.1.42	DOSAGEM DE FOSFORO	R\$ 2,50
1.1.43	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ÁCIDA	R\$ 2,10
1.1.44	DOSAGEM DE GALACTOSE	R\$ 2,10
1.1.45	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 3,21

CIS IVAIPORÃ

Rua Professora Diva Proença, 500

Ivaiporã/PR

Fone: (43) 3472-0649



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2023 / EDIÇÃO Nº 1101

Ivaiporã, Sexta-Feira, 13 de Janeiro de 2023



1.1.46	DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 2,21
1.1.47	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	R\$ 4,53
1.1.48	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	R\$ 3,86
1.1.49	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 10,44
1.1.50	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	R\$ 2,10
1.1.51	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	R\$ 16,76
1.1.52	DOSAGEM DE LACTATO	R\$ 4,04
1.1.53	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	R\$ 4,86
1.1.54	DOSAGEM DE LIPASE	R\$ 8,21
1.1.55	DOSAGEM DE MAGNESIO	R\$ 4,04
1.1.56	DOSAGEM DE MUÇO-PROTEINAS	R\$ 7,20
1.1.57	DOSAGEM DE PIRUVATO	R\$ 16,76
1.1.58	DOSAGEM DE PORFIRINAS	R\$ 7,12
1.1.59	DOSAGEM DE POTASSIO	R\$ 3,00
1.1.60	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	R\$ 3,00
1.1.61	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$ 3,00
1.1.62	DOSAGEM DE SODIO	R\$ 3,00
1.1.63	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	R\$ 3,00
1.1.64	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$ 3,00
1.1.65	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$ 4,94
1.1.66	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$ 4,21
1.1.67	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	R\$ 9,90
1.1.68	DOSAGEM DE UREIA	R\$ 6,35
1.1.69	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$ 3,13
1.1.70	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	R\$ 6,34
1.1.71	ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 10,96
1.1.72	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE)	R\$ 3,00
1.1.73	PROVA DA D-XILOSE	R\$ 4,52
1.1.74	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTE ORAIS	R\$ 8,80
1.1.75	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$ 35,84
1.1.76	CITOQUIMICA HEMATOLOGICA	R\$ 8,37
1.1.77	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 5,20
1.1.78	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$ 8,89
1.1.79	DETERMINACAO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR	R\$ 7,29
1.1.80	DETERMINACAO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)	R\$ 16,50
1.1.81	DETERMINACAO DE SULFO-HEMOGLOBINA	R\$ 20,80
1.1.82	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	R\$ 7,32
1.1.83	DETERMINACAO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	R\$ 10,02
1.1.84	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	R\$ 11,56
1.1.85	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	R\$ 7,32
1.1.86	DETERMINACAO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS	R\$ 5,06
1.1.87	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA	R\$ 1,68
1.1.88	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$ 3,00
1.1.89	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 3,00
1.1.90	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTACAO (VHS)	R\$ 3,00
1.1.91	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	R\$ 4,52
1.1.92	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	R\$ 5,95
1.1.93	DOSAGEM DE FATOR II	R\$ 3,00
1.1.94	DOSAGEM DE FATOR IX	R\$ 1,68
1.1.95	DOSAGEM DE FATOR V	R\$ 4,52
1.1.96	DOSAGEM DE FATOR VII	R\$ 3,00
1.1.97	DOSAGEM DE FATOR VIII	R\$ 27,50



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2023 / EDIÇÃO Nº 1101

Ivaiporã, Sexta-Feira, 13 de Janeiro de 2023



1.1.198	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	R\$ 4,52
1.1.199	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	R\$ 3,00
1.1.100	DOSAGEM DE FATOR X	R\$ 3,00
1.1.101	DOSAGEM DE FATOR XI	R\$ 3,00
1.1.102	DOSAGEM DE FATOR XII	R\$ 3,00
1.1.103	DOSAGEM DE FATOR XIII	R\$ 4,52
1.1.104	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	R\$ 3,00
1.1.105	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$ 3,00
1.1.106	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37OC	R\$ 3,00
1.1.107	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	R\$ 13,20
1.1.108	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	R\$ 3,00
1.1.109	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	R\$ 3,00
1.1.110	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 19,50
1.1.111	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	R\$ 5,50
1.1.112	HEMATOCRITO	R\$ 5,50
1.1.113	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 6,94
1.1.114	LEUCOGRAMA	R\$ 4,40
1.1.115	PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	R\$ 10,17
1.1.116	PESQUISA DE CELULAS LE	R\$ 3,11
1.1.117	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	R\$ 10,17
1.1.118	PESQUISA DE FILARIA	R\$ 16,56
1.1.119	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	R\$ 18,06
1.1.120	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	R\$ 14,90
1.1.121	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	R\$ 18,87
1.1.122	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	R\$ 3,87
1.1.123	PROVA DO LACO	R\$ 3,11
1.1.124	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	R\$ 18,87
1.1.125	TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS	R\$ 10,17
1.1.126	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	R\$ 18,87
1.1.127	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$ 10,17
1.1.128	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	R\$ 3,11
1.1.129	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8(cada)	R\$ 36,30
1.1.130	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	R\$ 18,87
1.1.130	DETECCAO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)	R\$ 80,00
1.1.131	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	R\$ 11,00
1.1.132	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	R\$ 11,00
1.1.133	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	R\$ 9,53
1.1.134	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 18,87
1.1.135	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R\$ 11,00
1.1.136	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$ 19,70
1.1.137	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	R\$ 20,40
1.1.138	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$ 18,87
1.1.139	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	R\$ 6,31
1.1.140	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	R\$ 18,87
1.1.141	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R\$ 20,40
1.1.142	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$ 20,40
1.1.142	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$ 10,17
1.1.143	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	R\$ 11,00
1.1.144	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 10,17
1.1.145	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 358,17
1.1.146	IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 6,31
1.1.147	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R\$ 11,00



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2023 / EDIÇÃO Nº 1101

Ivaiporã, Sexta-Feira, 13 de Janeiro de 2023



1.1.148	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	R\$ 18,87
1.1.149	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	R\$ 10,17
1.1.150	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$ 11,00
1.1.151	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	R\$ 10,67
1.1.152	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	R\$ 3,11
1.1.153	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R\$ 11,00
1.1.154	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R\$ 11,00
1.1.155	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	R\$ 11,00
1.1.156	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	R\$ 18,87
1.1.157	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$ 20,59
1.1.158	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$ 20,59
1.1.159	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	R\$ 20,59
1.1.160	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	R\$ 18,87
1.1.161	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	R\$ 18,87
1.1.162	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	R\$ 18,87
1.1.163	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	R\$ 18,87
1.1.164	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	R\$ 18,87
1.1.165	PESQ. DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	R\$ 11,00
1.1.166	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL	R\$ 18,87
1.1.167	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS	R\$ 20,40
1.1.168	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	R\$ 20,40
1.1.169	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	R\$ 8,55
1.1.170	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTISTREPTOLISINA O (ASLO)	R\$ 10,68
1.1.171	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	R\$ 20,40
1.1.172	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	R\$ 20,40
1.1.173	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	R\$ 10,17
1.1.174	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	R\$ 4,51
1.1.175	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	R\$ 20,40
1.1.176	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	R\$ 18,87
1.1.177	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	R\$ 3,11
1.1.178	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	R\$ 12,10
1.1.179	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	R\$ 10,17
1.1.180	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	R\$ 18,66
1.1.181	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	R\$ 10,17
1.1.182	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	R\$ 20,40
1.1.183	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	R\$ 33,00
1.1.184	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R\$ 20,40
1.1.185	PESQ. DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$ 18,87
1.1.186	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	R\$ 18,87
1.1.187	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	R\$ 18,87
1.1.188	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII	R\$ 18,87
1.1.189	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$ 12,77
1.1.190	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	R\$ 11,00
1.1.191	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	R\$ 20,40
1.1.192	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS	R\$ 10,17
1.1.193	PESQ. ANTICORPOS /OU ANTIGENO VIRUS SINCIAL RESPIRATORIO	R\$ 20,40
1.1.194	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	R\$ 22,00
1.1.195	PESQ. DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 20,40
1.1.196	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 18,87
1.1.197	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	R\$ 18,87



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2023 / EDIÇÃO Nº 1101

Ivaiporã, Sexta-Feira, 13 de Janeiro de 2023



1.1.198	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$ 18,87
1.1.199	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 18,87
1.1.200	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG)	R\$ 14,68
1.1.201	PESQUISA ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R\$ 20,40
1.1.202	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 20,40
1.1.203	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 20,40
1.1.204	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 3,11
1.1.205	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS 496EPSTEIN-BARR	R\$ 4,51
1.1.206	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 11,00
1.1.207	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 10,17
1.1.208	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	R\$ 11,00
1.1.209	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$ 21,94
1.1.210	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 21,94
1.1.211	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$ 19,80
1.1.212	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R\$ 20,40
1.1.213	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 24,51
1.1.214	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 18,11
1.1.215	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 18,11
1.1.216	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 16,00
1.1.217	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 16,00
1.1.218	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R\$ 19,94
1.1.219	PESQUISA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$ 11,00
1.1.220	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	R\$ 22,11
1.1.221	PESQUISA DE CLAMIDIA (POR CAPTURA HIBRIDA)	R\$ 20,40
1.1.222	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	R\$ 18,87
1.1.223	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	R\$ 7,81
1.1.224	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLOURESCENCIA	R\$ 33,34
1.1.225	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECÍFICA	R\$ 23,34
1.1.226	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLOURESCENCIA)	R\$ 18,81
1.1.227	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	R\$ 1,81
1.1.228	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	R\$ 1,81
1.1.229	QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1	R\$ 81,81
1.1.230	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 298,81
1.1.231	REACAO DE HEMAGLUTINACAO (TPHA) P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 7,81
1.1.232	REACAO DE MONTENEGRO ID	R\$ 9,81
1.1.233	TESTE DE VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS	R\$ 5,81
1.1.234	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 7,81
1.1.235	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 7,81
1.1.236	TESTES ALERGICOS DE CONTATO	R\$ 11,27
1.1.237	TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA	R\$ 3,81
1.1.238	TESTES RAPIDOS P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 7,81
1.1.239	VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE	R\$ 4,81
1.1.240	DOSAGEM ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINASE RECOMBINANTE HUMANO IGA	R\$ 38,81
1.1.241	DOSAGEM DA FRACAO C1Q DO COMPLEMENTO	R\$ 4,07
1.1.242	DOSAGEM DE ESTERCIBILINOGENIO FECAL	R\$ 3,86
1.1.243	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	R\$ 3,86
1.1.244	EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	R\$ 3,86
1.1.245	IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	R\$ 2,24
1.1.246	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	R\$ 4,07
1.1.247	PESQUISA DE EOSINOFILOS	R\$ 4,07





# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2023 / EDIÇÃO Nº 1101

Ivaiporã, Sexta-Feira, 13 de Janeiro de 2023



1.1.248	PESQUISA DE GORDURA FECAL	R\$ 2,21
1.1.249	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	R\$ 8,93
1.1.250	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	R\$ 4,04
1.1.251	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	R\$ 2,24
1.1.252	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)	R\$ 3,34
1.1.253	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$ 4,07
1.1.254	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	R\$ 14,07
1.1.255	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 9,24
1.1.256	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORA NAS FEZES	R\$ 6,24
1.1.257	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	R\$ 9,24
1.1.258	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	R\$ 4,07
1.1.259	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS/SEDIMENTO/ URINA.	R\$ 5,86
1.1.260	CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 3,86
1.1.261	CLEARANCE DE FOSFATO	R\$ 3,86
1.1.262	CLEARANCE DE UREIA	R\$ 3,86
1.1.263	CONTAGEM DE ADDIS	R\$ 4,07
1.1.264	DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE	R\$ 4,07
1.1.265	DOSAGEM DE ACUCARES (POR CROMATOGRRAFIA)	R\$ 2,24
1.1.266	DOSAGEM DE CITRATO	R\$ 8,93
1.1.267	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 14,04
1.1.268	DOSAGEM DE OXALATO	R\$ 2,24
1.1.269	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$ 3,34
1.1.270	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	R\$ 4,07
1.1.271	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	R\$ 4,07
1.1.272	PESQUISA DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRRAFIA)	R\$ 2,24
1.1.273	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	R\$ 4,07
1.1.274	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	R\$ 2,24
1.1.275	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA	R\$ 2,24
1.1.276	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	R\$ 2,24
1.1.277	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	R\$ 2,24
1.1.278	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	R\$ 4,07
1.1.279	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	R\$ 2,24
1.1.280	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	R\$ 2,24
1.1.281	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	R\$ 3,69
1.1.282	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	R\$ 2,24
1.1.283	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	R\$ 2,24
1.1.284	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	R\$ 4,07
1.1.285	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	R\$ 2,24
1.1.286	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	R\$ 4,88
1.1.287	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	R\$ 2,24
1.1.288	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	R\$ 2,24
1.1.289	PROVA DE DILUICAO (URINA)	R\$ 13,79
1.1.290	DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE	R\$ 13,79
1.1.291	DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3	R\$ 16,15
1.1.292	DETERMINACAO DE T3 REVERSO	R\$ 11,22
1.1.293	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	R\$ 7,39
1.1.294	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	R\$ 7,39
1.1.295	DOSAGEM DE 17-HIDROXCORTICOSTEROIDES	R\$ 7,39
1.1.296	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	R\$ 15,53
1.1.297	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R\$ 13,07
1.1.298	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	R\$ 13,21
1.1.299	DOSAGEM DE AMP CICLICO	R\$ 12,68



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2023 / EDIÇÃO Nº 1101

Ivaiporã, Sexta-Feira, 13 de Janeiro de 2023



1.1.1.300	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	R\$ 15,81
1.1.1.301	DOSAGEM DE CALCITONINA	R\$ 10,84
1.1.1.302	DOSAGEM DE CORTISOL	R\$ 12,37
1.1.1.303	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$ 12,28
1.1.1.304	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R\$ 11,16
1.1.1.305	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$ 12,70
1.1.1.306	DOSAGEM DE ESTRIOL	R\$ 12,23
1.1.1.307	DOSAGEM DE ESTRONA	R\$ 15,56
1.1.1.308	DOSAGEM DE GASTRINA	R\$ 16,68
1.1.1.309	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	R\$ 8,63
1.1.1.340	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$ 11,23
1.1.1.341	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	R\$ 8,67
1.1.1.342	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$ 9,86
1.1.1.343	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 9,85
1.1.1.344	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$ 11,18
1.1.1.345	DOSAGEM DE INSULINA	R\$ 21,44
1.1.1.346	DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$ 16,88
1.1.1.347	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R\$ 31,24
1.1.1.348	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$ 11,16
1.1.1.349	DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$ 14,50
1.1.1.350	DOSAGEM DE RENINA	R\$ 16,88
1.1.1.351	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	R\$ 54,42
1.1.1.352	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	R\$ 11,47
1.1.1.353	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$ 14,42
1.1.1.354	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 16,88
1.1.1.355	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$ 9,63
1.1.1.356	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$ 12,76
1.1.1.357	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 13,20
1.1.1.358	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 13,32
1.1.1.359	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	R\$ 13,32
1.1.1.360	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	R\$ 13,32
1.1.1.361	TESTE DE ESTIMULO DE LH E FSH APOS GONADORRELINA	R\$ 13,32
1.1.1.362	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	R\$ 13,32
1.1.1.363	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	R\$ 13,32
1.1.1.364	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE	R\$ 9,27
1.1.1.365	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	R\$ 16,36
1.1.1.366	PESQUISA DE MACROPROLACTINA	R\$ 2,26
1.1.1.367	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	R\$ 2,45
1.1.1.368	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	R\$ 4,04
1.1.1.369	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	R\$ 2,26
1.1.1.370	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	R\$ 17,21
1.1.1.371	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	R\$ 3,86
1.1.1.372	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	R\$ 2,21
1.1.1.373	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	R\$ 30,25
1.1.1.374	DOSAGEM DE ALUMINIO	R\$ 11,00
1.1.1.375	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	R\$ 11,00
1.1.1.376	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	R\$ 11,00
1.1.1.377	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	R\$ 14,44
1.1.1.378	DOSAGEM DE BARBITURATOS	R\$ 14,82
1.1.1.379	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	R\$ 7,20
1.1.1.380	DOSAGEM DE CADMIO	R\$ 19,28
1.1.1.381	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	R\$ 34,52



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2023 / EDIÇÃO Nº 1101

Ivaiporã, Sexta-Feira, 13 de Janeiro de 2023



1.1.382	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	R\$ 9,71
1.1.383	DOSAGEM DE CHUMBO	R\$ 64,47
1.1.384	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	R\$ 3,86
1.1.385	DOSAGEM DE COBRE	R\$ 9,86
1.1.386	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	R\$ 17,21
1.1.387	DOSAGEM DE ETOSUXIMIDA	R\$ 38,74
1.1.388	DOSAGEM DE FENITOINA	R\$ 32,25
1.1.389	DOSAGEM DE FENOL	R\$ 3,86
1.1.390	DOSAGEM DE FORMALDEIDO	R\$ 2,47
1.1.391	DOSAGEM DE LITIO	R\$ 5,24
1.1.392	DOSAGEM DE MERCURIO	R\$ 4,52
1.1.393	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	R\$ 11,00
1.1.394	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	R\$ 11,00
1.1.395	DOSAGEM DE METOTREXATO	R\$ 11,00
1.1.396	DOSAGEM DE QUINIDINA	R\$ 2,21
1.1.397	DOSAGEM DE SALICILATOS	R\$ 3,86
1.1.398	DOSAGEM DE SULFATOS	R\$ 17,21
1.1.399	DOSAGEM DE TEOFILINA	R\$ 4,04
1.1.400	DOSAGEM DE TIOCIANATO	R\$ 17,21
1.1.401	DOSAGEM DE ZINCO	R\$ 21,47
1.1.402	ANTIBIOGRAMA	R\$ 14,66
1.1.403	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	R\$ 14,66
1.1.404	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	R\$ 4,62
1.1.405	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNOSTICA)	R\$ 4,62
1.1.406	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	R\$ 4,62
1.1.407	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	R\$ 3,08
1.1.408	BACTEROSCOPIA (GRAM)	R\$ 6,18
1.1.409	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$ 4,76
1.1.410	CULTURA DO LEITE MATERNO (POS-PASTEURIZACAO)	R\$ 4,76
1.1.411	CULTURA P/ HERPESVIRUS	R\$ 6,19
1.1.412	CULTURA PARA BAAR	R\$ 11,27
1.1.413	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	R\$ 4,60
1.1.414	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	R\$ 3,08
1.1.415	EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO)	R\$ 12,63
1.1.416	HEMOCULTURA	R\$ 6,19
1.1.417	IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	R\$ 4,76
1.1.418	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	R\$ 3,08
1.1.419	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	R\$ 4,76
1.1.420	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	R\$ 3,08
1.1.421	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	R\$ 4,76
1.1.422	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	R\$ 3,08
1.1.423	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	R\$ 5,54
1.1.424	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	R\$ 2,07
1.1.425	ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 6,36
1.1.426	ADENOGRAMA	R\$ 4,76
1.1.427	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	R\$ 4,76
1.1.428	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	R\$ 1,96
1.1.429	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 1,96
1.1.430	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 7,21
1.1.431	DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 2,21
1.1.432	DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 2,21



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2023 / EDIÇÃO Nº 1101

Ivaiporã, Sexta-Feira, 13 de Janeiro de 2023



1.1.433	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	R\$ 2,21
1.1.434	DOSAGEM DE FRUTOSE	R\$ 2,21
1.1.435	DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	R\$ 1,96
1.1.436	DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 1,96
1.1.437	DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 7,21
1.1.438	ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR	R\$ 7,21
1.1.439	ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	R\$ 6,36
1.1.440	ESPLENOGRAMA	R\$ 2,07
1.1.441	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	R\$ 6,36
1.1.442	MIELOGRAMA	R\$ 10,67
1.1.443	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	R\$ 2,21
1.1.444	DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA NO ESPERMA	R\$ 1,96
1.1.445	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	R\$ 1,96
1.1.446	PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS	R\$ 1,96
1.1.447	PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA	R\$ 5,28
1.1.448	PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APOS VASECTOMIA)	R\$ 2,07
1.1.449	PESQUISA DE RAGOCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 10,67
1.1.450	PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)	R\$ 2,07
1.1.451	PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)	R\$ 2,07
1.1.452	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	R\$ 2,07
1.1.453	REACAO DE PANDY	R\$ 2,07
1.1.454	REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	R\$ 2,07
1.1.455	TESTE DE CLEMENTS	R\$ 5,15
1.1.456	TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS	R\$ 5,15
1.1.457	TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO	R\$ 35,72
1.1.458	DETERMINACAO DE CARIOTIPO/ CULTURA DE LONGA DURACAO BANDAS)	R\$ 35,72
1.1.459	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CORIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 35,72
1.1.460	DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	R\$ 9,68
1.1.461	DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 72,60
1.1.462	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)	R\$ 72,60
1.1.463	DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)	R\$ 6,05
1.1.464	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICA TARDIO)	R\$ 13,31
1.1.465	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4	R\$ 22,99
1.1.466	DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECCAO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA	R\$ 6,05
1.1.467	DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA	R\$ 14,52
1.1.468	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICA TARDIO)	R\$ 11,71
1.1.469	DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS	R\$ 1,50
1.1.470	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 11,71
1.1.471	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	R\$ 11,71
1.1.472	IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS	R\$ 6,36
1.1.473	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES P/ METODO DA ELUICAO	R\$ 6,36
1.1.474	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 370C	R\$ 6,36
1.1.475	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO	R\$ 1,50
1.1.476	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 3,00
1.1.477	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R\$ 6,36
1.1.478	TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	R\$ 7,30
1.1.479	EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA	R\$ 11,71
1.1.480	EXAME CITOPATOLOGICO HORMONAL SERIADO (MINIMO 3 COLETAS)	R\$ 11,71
1.1.481	EXAME DE CITOLOGIA ONCOTICA (EXCETO CERVICO-VAGINAL)	R\$ 17,56



# Diário Oficial

## Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Em conformidade com a Resolução Nº 14/2014, com a Lei Complementar nº 131/2009 e com o Acórdão nº 302/2009 do Tribunal de Contas do Estado do Paraná.

ANO: 2023 / EDIÇÃO Nº 1101

Ivaiporã, Sexta-Feira, 13 de Janeiro de 2023



1.1.482	EXAME CITOPATOLOGICO DE MAMA	R\$ 55,00
1.1.483	DETERMINAÇÃO DE RECEPTORES TUMORAIS HORMONAIS	R\$ 47,53
1.1.484	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO DO COLO UTERINO - PEÇA CIRURGICA	R\$ 26,40
1.1.485	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO P/ CONGELAMENTO / PARAFINA (EXCETO COLO UTERINO) - PEÇA CIRURGICA	R\$ 92,00
1.1.486	IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R\$ 26,40
1.1.487	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - BIOPSIA	R\$ 47,53
1.1.488	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - PEÇA CIRURGICA	R\$ 26,40
1.1.489	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO DO COLO UTERINO – BIOPSIA	R\$ 26,40
1.1.490	TESTE DE URÉASE	R\$ 10,00
1.1.491	SWAB ANAL PARA PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS EM GESTANTES VAGINAL/ANAL	R\$ 40,00
1.1.492	DOSAGEM DE ANTÍGENO PROSTÁTICO LIVRE (PSA LIVRE)	R\$19,70
1.1.493	PRÓ BPN - N TERMINAL	R\$85,58
1.1.494	D - DÍMERO QUANTITATIVO	R\$65,00
1.1.495	GASOMETRIA (ARTERIAL OU VENOSA)	R\$50,00
1.1.496	T3 LIVRE (TRIIODOTIRONINA LIVRE)	R\$13,20
1.1.497	TESTE RÁPIDO PARA DENGUE – NSI	R\$50,00
1.1498	CATETER DUPLO I	R\$180,00
1.1499	ANTI ENDOMISIO IGG	R\$53,00
1.1500	ANTI ENDOMISIO IGM	R\$53,00
1.1501	ANTI ENDOMISIO IGA	R\$53,00
1.1502	TESTE GENÉTICO PARA INTOLERÂNCIA A LACTOSE	R\$70,00
1.1503	TESTE ORAL PARA INTOLERÂNCIA A LACTOSE	R\$21,60
1.1504	IGE ESPECÍFICO PARA CASEÍNA	R\$20,25
1.1505	IGE ESPECÍFICO PARA SOJA	R\$20,25
1.1506	IGE ESPECÍFICO BETA LACTOGLOBULINA	R\$20,25
1.1507	IGE ESPECÍFICO PARA ALFA LACTOGLOBULINA	R\$20,25
1.1508	IGE ESPECÍFICO PARA LEITE (F2)	R\$20,25
1.1509	CA 125	R\$47,00

RENAN MENCK ROMANICHEN  
PRESIDENTE – CIS IVAIPORÃ

CIS IVAIPORÃ  
Rua Professora Diva Proença, 500  
Ivaiporã/PR  
Fone: (43) 3472-0649