

RESOLUÇÃO Nº. 016/2020**DATA: 11/02/2020**

SÚMULA: Fixa o valor da tabela de referência para pagamento de **EXAMES MÉDICOS DIVERSOS**, cujas realizações se darão nos endereços profissionais das empresas interessadas.

HELTON PEDRO PFEIFER, PRESIDENTE DA ARSS - ASSOCIAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO SUDOESTE, NO USO DE SUAS ATRIBUIÇÕES LEGAIS E EM CONFORMIDADE COM O ESTATUTO:

RESOLVE

Art. 1º. Fixar o valores de consultas na realização de **EXAMES MÉDICOS DIVERSOS**, cujas realizações se darão nos endereços profissionais das empresas interessadas, conforme tabela que segue:

CÓDIGO SUS	EXAMES DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADE RADIOGRAFIAS	Valor
02.04.01.003-9	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	R\$ 21,33
02.04.01.004-7	RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS)	R\$ 21,33
02.04.01.005-5	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	R\$ 21,33
02.04.01.006-3	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	R\$ 21,33
02.04.01.007-1	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIGUA / BRETTON + HIRTZ)	R\$ 21,33
02.04.01.008-0	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	R\$ 21,33
02.04.01.009-8	RADIOGRAFIA DE LARINGE	R\$ 21,33
02.04.01.010-1	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)	R\$ 21,33
02.04.01.011-0	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)	R\$ 21,33
02.04.01.012-8	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 21,33
02.04.01.013-6	RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (LOCALIZACAO DE CORPO ESTRANHO)	R\$ 21,33
02.04.01.014-4	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 21,33
02.04.01.015-2	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON)	R\$ 21,33
02.04.01.016-0	RADIOGRAFIA OCLUSAL	R\$ 21,33
02.04.01.017-9	RADIOGRAFIA PANORAMICA	R\$ 40,38
02.04.01.018-7	RADIOGRAFIA PERI-APICAL INTERPROXIMAL (BITE-WING)	R\$ 21,33
02.04.01.020-9	TELERADIOGRAFIA COM TRACADOS E SEM TRACADOS	R\$ 21,33
02.04.02.002-6	PLANIGRAFIA DE COLUNA VERTEBRAL	R\$ 21,33
02.04.02.003-4	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	R\$ 21,33

02.04.02.004-2	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	R\$ 21,33
02.04.02.005-0	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA	R\$ 21,33
02.04.02.006-9	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 21,33
02.04.02.007-7	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)	R\$ 21,33
02.04.02.008-5	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA	R\$ 21,33
02.04.02.009-3	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	R\$ 21,33
02.04.02.010-7	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	R\$ 21,33
02.04.02.011-5	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINAMICA	R\$ 21,33
02.04.02.012-3	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA	R\$ 21,33
02.04.03.005-6	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 21,33
02.04.03.006-4	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL)	R\$ 21,33
02.04.03.007-2	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	R\$ 21,33
02.04.03.008-0	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	R\$ 21,33
02.04.03.009-9	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	R\$ 21,33
02.04.03.010-2	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)	R\$ 21,33
02.04.03.011-0	RADIOGRAFIA DE PNEUMOMEDIASTINO	R\$ 27,27
02.04.03.012-9	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDOTICA)	R\$ 21,33
02.04.03.013-7	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRACAO + EXPIRACAO + LATERAL)	R\$ 21,33
02.04.03.014-5	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 21,33
02.04.03.015-3	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	R\$ 21,33
02.04.03.016-1	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRAO OIT)	R\$ 21,33
02.04.03.017-0	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	R\$ 21,33
02.04.04.001-9	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	R\$ 21,33
02.04.04.002-7	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	R\$ 21,33
02.04.04.003-5	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	R\$ 21,33
02.04.04.004-3	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	R\$ 21,33
02.04.04.005-1	RADIOGRAFIA DE BRACO	R\$ 21,33
02.04.04.006-0	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	R\$ 21,33
02.04.04.007-8	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R\$ 21,33
02.04.04.008-6	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO	R\$ 21,33
02.04.04.009-4	RADIOGRAFIA DE MAO	R\$ 21,33
02.04.04.010-8	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	R\$ 21,33
02.04.04.011-6	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES)	R\$ 21,33
02.04.04.012-4	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 21,33
02.04.05.010-3	PLANIGRAFIA DE RIM S/ CONTRASTE	R\$ 21,33
02.04.05.011-1	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	R\$ 21,33
02.04.05.012-0	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	R\$ 21,33

02.04.05.013-8	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	R\$ 21,33
02.04.05.014-6	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO, ESTOMAGO E DUODENO	R\$ 180,00
02.04.06.004-4	PLANIGRAFIA DE OSSO - SUBSIDIARIA A OUTROS EXAMES (POR PLANO)	R\$ 21,33
02.04.06.005-2	PLANIGRAFIA DE OSSO EM 2 PLANOS	R\$ 21,33
02.04.06.006-0	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	R\$ 21,33
02.04.06.007-9	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA	R\$ 21,33
02.04.06.008-7	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	R\$ 21,33
02.04.06.009-5	RADIOGRAFIA DE BACIA	R\$ 21,33
02.04.06.010-9	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO	R\$ 21,33
02.04.06.011-7	RADIOGRAFIA DE COXA	R\$ 21,33
02.04.06.012-5	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	R\$ 21,33
02.04.06.013-3	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	R\$ 21,33
02.04.06.014-1	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)	R\$ 21,33
02.04.06.015-0	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	R\$ 21,33
02.04.06.016-8	RADIOGRAFIA DE PERNA	R\$ 21,33
02.04.06.017-6	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES	R\$ 21,33

CÓDIGO SUS	EXAMES CINTILOGRAFIAS	Valores
02.08.01.001-7	CINTILOGRAFIA DE CORAÇÃO C/ GALIO 67	R\$ 549,06
02.08.01.002-5	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO PARA AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE ESTRESSE (MINIMO 03 PROJEÇÕES)	R\$ 571,92
02.08.01.003-3	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO PARA AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE REPOUSO (MINIMO 03 PROJEÇÕES)	R\$ 536,29
02.08.01.004-1	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ LOCALIZACAO DE NECROSE (MINIMO 3 PROJECOES)	R\$ 199,76
02.08.01.005-0	CINTILOGRAFIA P/ AVALIAÇÃO DE FLUXO SANGUINEO DE EXTRE- MIDADES	R\$ 171,08
02.08.01.006-8	CINTILOGRAFIA P/ QUANTIFICAÇÃO DE SHUNT EXTRACARDÍACO	R\$ 257,82
02.08.01.007-6	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SI- TUAÇÃO DE ESFORCO	R\$ 257,82
02.08.01.008-4	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SI- TUAÇÃO DE REPOUSO (VENTRICULOGRAFIA)	R\$ 212,06
02.08.03.002-6	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ OU S/ CAPTAÇÃO	R\$ 92,73
02.08.03.003-4	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ TESTE DE SUPRESSÃO / ESTIMULO	R\$ 128,76
02.08.03.001-8	CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES	R\$ 389,44
02.08.02.001-2	CINTILOGRAFIA DE FÍGADO E BAÇO (MINIMO 5 IMAGENS)	R\$ 159,51
02.08.02.002-0	CINTILOGRAFIA DE FÍGADO E VIAS BILIARES	R\$ 225,51
02.08.02.003-9	CINTILOGRAFIA DE GLÂNDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTIMULO	R\$ 105,46

02.08.02.005-5	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (LIQUIDO)	R\$ 162,45
02.08.02.006-3	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (SEMI-SOLIDO)	R\$ 162,45
02.08.02.007-1	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO GASTRICO	R\$ 173,06
02.08.02.008-0	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL	R\$ 137,83
02.08.02.009-8	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA	R\$ 188,67
02.08.02.010-1	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NÃO ATIVA	R\$ 372,98
02.08.02.011-0	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO	R\$ 162,45
02.08.02.012-8	IMUNO-CINTILOGRAFIA (ANTICORPO MONOCLONAL)	R\$ 1.323,91
02.08.03.004-2	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTEIRO	R\$ 406,41
02.08.03.005-0	TESTE DO PERCLORATO C/ RADIOISOTOPO	R\$ 128,88
02.08.04.002-1	CINTILOGRAFIA DE RIM C/ GALIO 67	R\$ 549,06
02.08.04.003-0	CINTILOGRAFIA DE TESTICULO E BOLSA ESCROTAL	R\$ 130,72
02.08.04.006-4	CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA	R\$ 147,56
02.08.04.007-2	CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA	R\$ 173,40
02.08.04.008-0	DETERMINACAO DE FILTRACAO GLOMERULAR	R\$ 75,86
02.08.04.009-9	DETERMINACAO DE FLUXO PLASMATICO RENAL	R\$ 75,86
02.08.04.010-2	ESTUDO RENAL DINAMICO C/ OU S/ DIURETICO	R\$ 413,10
02.08.04.005-6	CINTILOGRAFIA RENAL / RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)	R\$ 332,57
02.08.05.001-9	CINTILOGRAFIA DE ARTICULACOES E/OU EXTREMIDADES E/OU OSSO	R\$ 216,38
02.08.05.003-5	CINTILOGRAFIA DE OSSOS C/ OU S/ FLUXO SANGUINEO (CORPO INTEIRO)	R\$ 229,18
02.08.05.004-3	CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO OSSEO C/ GALIO 67	R\$ 549,06
02.08.06.001-4	CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL C/ TALIO (SPECTO)	R\$ 525,61
02.08.06.002-2	CISTERNOCINTILOGRAFIA (INCLUINDO PESQUISA E/OU AVALIACAO DO TRANSITO LIQUORICO)	R\$ 246,40
02.08.06.003-0	ESTUDO DE FLUXO SANGUINEO CEREBRAL	R\$ 142,99
02.08.07.001-0	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO C/ GÁLIO - 67	R\$ 549,06
02.08.07.002-8	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO P/ PESQUISA DE ASPIRAÇÃO	R\$ 153,01
02.08.07.003-6	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR INALACAO (MINIMO 2 PROJECOS)	R\$ 153,74
02.08.07.004-4	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR PERFUSÃO (MINIMO 4 PROJECOS)	R\$ 156,60
02.08.08.001-5	CINTILOGRAFIA DE SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL (MEDULA OSSEA)	R\$ 135,13
02.08.08.002-3	DEMONSTRACAO DE SEQUESTRO DE HEMACIAS PELO BACO (C/ RADIOISOTOPOS)	R\$ 116,84
02.08.08.003-1	DETERMINACAO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS (C/ RADIOSOTOPOS)	R\$ 65,23
02.08.08.004-0	LINFOCINTILOGRAFIA	R\$ 169,59
02.08.09.001-0	CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GALIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS	R\$ 1.088,16
02.08.09.002-9	CINTILOGRAFIA DE GLÂNDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA)	R\$ 79,47

02.02.09.003-7	CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)	R\$ 347,31
02.08.01.009-2	DETERMINAÇÃO DE FLUXO SANGUÍNEO REGIONAL	R\$ 148,71

S/ CÓDIGO	CSA – Cultura Streptococcus Agalactiae Grupo B, coleta anal e vaginal, (Estreptococo grupo B o GBS).	R\$ 25,00
-----------	--	-----------

S/ CÓDIGO	OCT – Tomografia de Coerência Óptica – RETINO Monocular	R\$ 250,00
S/ CÓDIGO	OCT – Tomografia de Coerência Óptica – MACULAR Monocular	R\$ 250,00
S/ CÓDIGO	OCT – Tomografia de Coerência Óptica – PAPILA (Disco Óptico) Monocular	R\$ 250,00

S/CODIGO	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA CONE BEAM COM OU SEM CONTRASTE	R\$ 150,00
----------	---	------------

03.04.09.006-9	IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DA TIREÓIDE (50 MCI)	R\$ 1000,00
03.04.09.005-0	IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DA TIREÓIDE (30 MCI)	R\$ 1000,00

Art. 2º - Esta resolução entrará em vigor a partir da data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Gabinete do Presidente da ARSS - Associação Regional de Saúde do Sudoeste,

Francisco Beltrão, 11 de fevereiro de 2020.

Publique-se.

HELTON PEDRO PFEIFER
Presidente – ARSS.

Diário Oficial dos Municípios do Sudoeste do Paraná

Quarta-Feira, 12 de Fevereiro de 2020

Ano IX – Edição Nº 2046

ARSS

RESOLUÇÃO Nº. 016/2020-DATA: 11/02/2020

SÚMULA: Fixa o valor da tabela de referência para pagamento de EXAMES MÉDICOS DIVERSOS, cujas realizações se darão nos endereços profissionais das empresas interessadas.

HELTON PEDRO PFEIFER, PRESIDENTE DA ARSS-ASSOCIAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO SUDOESTE, NO USO DE SUAS ATRIBUIÇÕES LEGAIS E EM CONFORMIDADE COM O ESTATUTO:-RESOLVE

Art. 1º. Fixar o valores de consultas na realização de EXAMES MÉDICOS DIVERSOS, cujas realizações se darão nos endereços profissionais das empresas interessadas, conforme tabela que segue:

CÓDIGO SUS	EXAMES DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADE RADIOGRAFIAS	Valor
02.04.01.003-9	RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	R\$ 21,33
02.04.01.004-7	RADIOGRAFIA DE ARCADEA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS)	R\$ 21,33
02.04.01.005-5	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	R\$ 21,33
02.04.01.006-3	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	R\$ 21,33
02.04.01.007-1	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIQUA / BRETTON + HIRTZ)	R\$ 21,33
02.04.01.008-0	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	R\$ 21,33
02.04.01.009-6	RADIOGRAFIA DE LARINGE	R\$ 21,33
02.04.01.010-1	RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)	R\$ 21,33
02.04.01.011-0	RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)	R\$ 21,33
02.04.01.012-6	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 21,33
02.04.01.013-6	RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (LOCALIZACAO DE CORPO ESTRANHO)	R\$ 21,33
02.04.01.014-4	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	R\$ 21,33
02.04.01.015-2	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON)	R\$ 21,33
02.04.01.016-0	RADIOGRAFIA OCLUSAL	R\$ 21,33
02.04.01.017-9	RADIOGRAFIA PANORAMICA	R\$ 40,38
02.04.01.018-7	RADIOGRAFIA PERI-APICAL INTERPROXIMAL (BITE-WING)	R\$ 21,33
02.04.01.020-9	TELERADIOGRAFIA COM TRACADOS E SEM TRACADOS	R\$ 21,33
02.04.02.002-6	PLANIGRAFIA DE COLUNA VERTEBRAL	R\$ 21,33
02.04.02.003-4	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	R\$ 21,33
02.04.02.004-2	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	R\$ 21,33
02.04.02.005-0	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA	R\$ 21,33
02.04.02.006-9	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 21,33
02.04.02.007-7	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)	R\$ 21,33
02.04.02.008-5	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA	R\$ 21,33
02.04.02.009-3	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	R\$ 21,33
02.04.02.010-7	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	R\$ 21,33
02.04.02.011-5	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINAMICA	R\$ 21,33
02.04.02.012-3	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA	R\$ 21,33
02.04.03.005-6	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 21,33
02.04.03.006-4	RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL)	R\$ 21,33
02.04.03.007-2	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	R\$ 21,33
02.04.03.008-0	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	R\$ 21,33
02.04.03.009-9	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	R\$ 21,33
02.04.03.010-2	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)	R\$ 21,33
02.04.03.011-0	RADIOGRAFIA DE PNEUMOMEDIASTINO	R\$ 27,27
02.04.03.012-9	RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA)	R\$ 21,33
02.04.03.013-7	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRACAO + EXPIRACAO + LATERAL)	R\$ 21,33
02.04.03.014-5	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 21,33
02.04.03.015-3	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	R\$ 21,33
02.04.03.016-1	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRAO OIT)	R\$ 21,33
02.04.03.017-0	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	R\$ 21,33
02.04.04.001-9	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	R\$ 21,33
02.04.04.002-7	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	R\$ 21,33
02.04.04.003-5	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	R\$ 21,33
02.04.04.004-3	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	R\$ 21,33
02.04.04.005-1	RADIOGRAFIA DE BRACO	R\$ 21,33
02.04.04.006-0	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	R\$ 21,33
02.04.04.007-8	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	R\$ 21,33
02.04.04.008-6	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO	R\$ 21,33
02.04.04.009-4	RADIOGRAFIA DE MAO	R\$ 21,33
02.04.04.010-8	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	R\$ 21,33
02.04.04.011-6	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES)	R\$ 21,33
02.04.04.012-4	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	R\$ 21,33
02.04.05.010-3	PLANIGRAFIA DE RIM S/ CONTRASTE	R\$ 21,33
02.04.05.011-1	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	R\$ 21,33
02.04.05.012-0	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	R\$ 21,33
02.04.05.013-8	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	R\$ 21,33
02.04.05.014-6	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO, ESTOMAGO E DUODENO	R\$ 180,00
02.04.06.004-4	PLANIGRAFIA DE OSSO-SUBSIDIARIA A OUTROS EXAMES (POR PLANO)	R\$ 21,33
02.04.06.005-2	PLANIGRAFIA DE OSSO EM 2 PLANOS	R\$ 21,33
02.04.06.006-0	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	R\$ 21,33
02.04.06.007-9	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA	R\$ 21,33
02.04.06.008-7	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	R\$ 21,33
02.04.06.009-5	RADIOGRAFIA DE BACIA	R\$ 21,33
02.04.06.010-9	RADIOGRAFIA DE CALCANEO	R\$ 21,33
02.04.06.011-7	RADIOGRAFIA DE COXA	R\$ 21,33

Matéria publicada no DIÁRIO OFICIAL DOS MUNICÍPIOS DO SUDOESTE DO PARANÁ no dia 12/02/2020.
A verificação de autenticidade da matéria pode ser feita informando o código identificador no site:
<http://dioems.com.br>

Diário Oficial dos Municípios do Sudoeste do Paraná

Quarta-Feira, 12 de Fevereiro de 2020

Ano IX – Edição Nº 2046

02.04.06.012-5	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	R\$ 21,33
02.04.06.013-3	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	R\$ 21,33
02.04.06.014-1	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)	R\$ 21,33
02.04.06.015-0	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	R\$ 21,33
02.04.06.016-8	RADIOGRAFIA DE PERNA	R\$ 21,33
02.04.06.017-6	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES	R\$ 21,33
CÓDIGO SUS	EXAMES CINTILOGRAFIAS	Valores
02.08.01.001-7	CINTILOGRAFIA DE CORAÇÃO C/ GALIO 67	R\$ 549,06
02.08.01.002-5	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO PARA AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE ESTRESSE (MÍNIMO 03 PROJEÇÕES)	R\$ 571,92
02.08.01.003-3	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO PARA AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE REPOUSO (MÍNIMO 03 PROJEÇÕES)	R\$ 536,29
02.08.01.004-1	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ LOCALIZACAO DE NECROSE (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)	R\$ 199,76
02.08.01.005-0	CINTILOGRAFIA P/ AVALIAÇÃO DE FLUXO SANGUINEO DE EXTREMIDADES	R\$ 171,08
02.08.01.006-8	CINTILOGRAFIA P/ QUANTIFICAÇÃO DE SHUNT EXTRACARDÍACO	R\$ 257,82
02.08.01.007-6	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUAÇÃO DE ESFORÇO	R\$ 257,82
02.08.01.008-4	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUAÇÃO DE REPOUSO (VENTRICULOLOGRAFIA)	R\$ 212,06
02.08.03.002-6	CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE C/ OU S/ CAPTAÇÃO	R\$ 92,73
02.08.03.003-4	CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE C/ TESTE DE SUPRESSÃO / ESTIMULO	R\$ 128,76
02.08.03.001-8	CINTILOGRAFIA DE PARATIREÓIDES	R\$ 389,44
02.08.02.001-2	CINTILOGRAFIA DE FÍGADO E BAÇO (MÍNIMO 5 IMAGENS)	R\$ 169,51
02.08.02.002-0	CINTILOGRAFIA DE FÍGADO E VIAS BILIARES	R\$ 225,51
02.08.02.003-9	CINTILOGRAFIA DE GLÂNDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTIMULO	R\$ 105,46
02.08.02.005-5	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (LIQUIDO)	R\$ 162,45
02.08.02.006-3	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (SEMI-SOLIDO)	R\$ 162,45
02.08.02.007-1	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO GASTRICO	R\$ 173,06
02.08.02.008-0	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL	R\$ 137,83
02.08.02.009-8	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA	R\$ 188,67
02.08.02.010-1	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NÃO ATIVA	R\$ 372,98
02.08.02.011-0	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO	R\$ 162,45
02.08.02.012-8	IMUNO-CINTILOGRAFIA (ANTICORPO MONOCLONAL)	R\$ 1.323,91
02.08.03.004-2	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTEIRO	R\$ 406,41
02.08.03.005-0	TESTE DO PERCLORATO C/ RADIOISOTOPO	R\$ 128,88
02.08.04.002-1	CINTILOGRAFIA DE RIM C/ GALIO 67	R\$ 549,06
02.08.04.003-0	CINTILOGRAFIA DE TESTICULO E BOLSA ESCROTAL	R\$ 130,72
02.08.04.006-4	CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA	R\$ 147,56
02.08.04.007-2	CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA	R\$ 173,40
02.08.04.008-0	DETERMINACAO DE FILTRACAO GLOMERULAR	R\$ 75,86
02.08.04.009-9	DETERMINACAO DE FLUXO PLASMATICO RENAL	R\$ 75,86
02.08.04.010-2	ESTUDO RENAL DINAMICO C/ OU S/ DIURETICO	R\$ 413,10
02.08.04.005-6	CINTILOGRAFIA RENAL / RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)	R\$ 332,57
02.08.05.001-9	CINTILOGRAFIA DE ARTICULACOES E/OU EXTREMIDADES E/OU OSSO	R\$ 216,38
02.08.05.003-5	CINTILOGRAFIA DE OSSOS C/ OU S/ FLUXO SANGUINEO (CORPO INTEIRO)	R\$ 229,18
02.08.05.004-3	CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO OSSEO C/ GALIO 67	R\$ 549,06
02.08.06.001-4	CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL C/ TALIO (SPECTO)	R\$ 525,61
02.08.06.002-2	CISTERNOCINTILOGRAFIA (INCLUINDO PESQUISA E/OU AVALIACAO DO TRANSITO LIQUORICO)	R\$ 246,40
02.08.06.003-0	ESTUDO DE FLUXO SANGUINEO CEREBRAL	R\$ 142,99
02.08.07.001-0	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO C/ GALIO-67	R\$ 549,06
02.08.07.002-8	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO P/ PESQUISA DE ASPIRAÇÃO	R\$ 153,01
02.08.07.003-6	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR INALACAO (MÍNIMO 2 PROJEÇÕES)	R\$ 153,74
02.08.07.004-4	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR PERFUSÃO (MÍNIMO 4 PROJEÇÕES)	R\$ 156,60
02.08.08.001-5	CINTILOGRAFIA DE SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL (MEDULA OSSEA)	R\$ 135,13
02.08.08.002-3	DEMONSTRACAO DE SEQUESTRO DE HEMACIAS PELO BACO (C/ RADIOISOTOPOS)	R\$ 116,84
02.08.08.003-1	DETERMINACAO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS (C/ RADIOISOTOPOS)	R\$ 65,23
02.08.08.004-0	LINFOCINTILOGRAFIA	R\$ 169,59
02.08.09.001-0	CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GALIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS	R\$ 1.088,16
02.08.09.002-9	CINTILOGRAFIA DE GLÂNDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA)	R\$ 79,47
02.02.09.003-7	CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)	R\$ 347,31
02.08.01.009-2	DETERMINACAO DE FLUXO SANGUINEO REGIONAL	R\$ 148,71
S/ CÓDIGO	CSA – Cultura Streptococcus Agalactiae Grupo B, coleta anal e vaginal, (Estreptococo grupo B ou GBS).	R\$ 25,00
S/ CÓDIGO	OCT – Tomografia de Coerência Óptica – RETINO Monocular	R\$ 250,00
S/ CÓDIGO	OCT – Tomografia de Coerência Óptica – MACULAR Monocular	R\$ 250,00
S/ CÓDIGO	OCT – Tomografia de Coerência Óptica – PÁPILA (Disco Óptico) Monocular	R\$ 250,00
S/CODIGO	TOMOGRAMA COMPUTADORIZADA CONE BEAM COM OU SEM CONTRASTE	R\$ 150,00
03.04.09.006-9	IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DA TIREÓIDE (50 MCI)	R\$ 1000,00
03.04.09.005-0	IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DA TIREÓIDE (30 MCI)	R\$ 1000,00

Art. 2º – Esta resolução entrará em vigor a partir da data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Gabinete do Presidente da ARSS – Associação Regional de Saúde do Sudoeste,
Francisco Beltrão, 11 de fevereiro de 2020.
Publique-se./HELTON PEDRO PFEIFER-Presidente – ARSS.

Cod:323191