

CONSUD Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste

CNPJ 00.333.678/0001-96

RESOLUÇÃO Nº 02/2023

DATA 23/03/2023

SUMULA Unifica e altera as tabelas de valores de serviços prestados cota extra aos entes consorciados contratados através do contrato de programa e dá outras providências.

FAÇO SABER QUE A ASSEMBLEIA GERAL DO CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO SUDOESTE - CONSUD APROVOU E EU, **JEAN PIERR CATTO**, NA CONDIÇÃO DE PRESIDENTE, E NO USO DE SUAS ATRIBUIÇÕES LEGAIS E EM CONFORMIDADE COM O ESTATUTO PROMULGO A SEGUINTE RESOLUÇÃO:

Art. 1º. Ficam unificadas as tabelas de valores do Consorcio e altera-se os valores da tabela de referência dos serviços prestados cota extra aos entes consorciados contratados através do contrato de programa para credenciamento de pessoas jurídicas através de processo de chamamento público, conforme segue:

TABELA DE EXAMES E PROCEDIMENTOS

ITEM	NOME	VALOR UNITÁRIO
DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO		
1	EXAMES BIOQUÍMICOS	
1.1	ÁCIDO FÓLICO	R\$ 28,69 R\$ 23,21*
1.2	CLEARANCE OSMOLAR	R\$ 4,21 *
1.3	DETERMINACAO DE CAPACIDADE DE FIXACAO DO FERRO	R\$ 2,41 R\$ 4,21*
1.4	DETERMINACAO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS	R\$ 18,78 *
1.5	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	R\$ 4,36 R\$ 7,26*
1.6	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)	R\$ 4,42 R\$ 7,36*
1.7	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA C/ INDUCAO POR CORTISONA (5 DOSAGENS)	R\$ 7,86 R\$ 13,10*
1.8	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	R\$ 12,00 R\$ 20,00*
1.9	DETERMINACAO DE OSMOLARIDADE	R\$ 4,21 *
1.10	DIMERO D	R\$ 90,00 R\$ 75,00*
1.11	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	R\$ 18,29 R\$ 21,68*
1.12	DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	R\$ 4,21 *



CONSUD Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste

CNPJ 00.333.678/0001-96

1.13	DOSAGEM DE ACETONA	R\$ 2,22*
1.14	DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	R\$ 2,41 R\$ 4,02*
1.15	DOSAGEM DE ACIDO URICO	R\$ 2,22 R\$ 3,55*
1.16	DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO	R\$ 10,80 R\$ 18,00*
1.17	DOSAGEM DE ALDOLASE	R\$ 4,42 R\$ 6,89*
1.18	DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA	R\$ 4,42 R\$ 7,36*
1.19	DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	R\$ 4,42 R\$ 7,36*
1.20	DOSAGEM DE ALFA-2-MACROGLOBULINA	R\$ 4,42 R\$ 7,36*
1.21	DOSAGEM DE AMILASE	R\$ 2,70 R\$ 4,50*
1.22	DOSAGEM DE AMONIA	R\$ 4,21 R\$ 7,02*
1.23	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	R\$ 2,41 R\$ 3,75*
1.24	DOSAGEM DE CALCIO	R\$ 2,22 R\$ 3,70*
1.25	DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	R\$ 4,21 R\$ 7,02*
1.26	DOSAGEM DE CAROTENO	R\$ 2,41*
1.27	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	R\$ 4,42 R\$ 7,36*
1.28	DOSAGEM DE CLORETO	R\$ 2,22 R\$ 3,23*
1.29	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	R\$ 4,21 R\$ 6,42*
1.30	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	R\$ 4,21 R\$ 7,02*
1.31	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	R\$ 2,22 R\$ 3,55*
1.32	DOSAGEM DE COLINESTERASE	R\$ 4,42 R\$ 7,36*
1.33	DOSAGEM DE CREATININA	R\$ 2,22 R\$ 3,70*
1.34	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 4,42 R\$ 7,36*
1.35	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	R\$ 4,94 R\$ 8,24*
1.36	DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA-HIDROXIBUTIRICA	R\$ 4,21*
1.37	DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	R\$ 4,21*
1.38	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	R\$ 4,42



CONSUD Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste

CNPJ 00.333.678/0001-96

		R\$ 7,06*
1.39	DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	R\$ 4,42*
1.40	DOSAGEM DE FERRITINA	R\$ 18,71 R\$ 26,57*
1.41	DOSAGEM DE FERRO SÉRICO	R\$ 4,21 R\$ 5,53*
1.42	DOSAGEM DE FOLATO	R\$ 18,78 R\$ 22,00*
1.43	DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA TOTAL	R\$ 2,41 R\$ 4,02*
1.44	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	R\$ 2,41 R\$ 4,02*
1.45	DOSAGEM DE FOSFORO	R\$ 2,22 R\$ 3,55*
1.46	DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	R\$ 2,41*
1.47	DOSAGEM DE GALACTOSE	R\$ 4,21 R\$ 7,02*
1.48	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	R\$ 4,21 R\$ 6,19*
1.49	DOSAGEM DE GLICOSE	R\$ 2,22 R\$ 3,55*
1.50	DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	R\$ 4,42 R\$ 7,36*
1.51	DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	R\$ 4,42 R\$ 7,36*
1.52	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 9,43 R\$ 15,72*
1.53	DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	R\$ 4,42*
1.54	DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	R\$ 4,21*
1.55	DOSAGEM DE LACTATO	R\$ 4,42 R\$ 7,06*
1.56	DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	R\$ 4,21*
1.57	DOSAGEM DE LIPASE	R\$ 2,70 R\$ 4,50*
1.58	DOSAGEM DE MAGNÉSIO	R\$ 2,41 R\$ 3,82*
1.59	DOSAGEM DE MUCOPROTEÍNA	R\$ 2,41 R\$ 3,01*
1.60	DOSAGEM DE PIRUVATO	R\$ 4,42 R\$ 7,36*
1.61	DOSAGEM DE PORFIRINAS	R\$ 4,21 R\$ 7,02*
1.62	DOSAGEM DE POTASSIO	R\$ 2,22 R\$ 3,55*
1.63	DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS	R\$ 1,68 R\$ 2,80*



CONSUD Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste

CNPJ 00.333.678/0001-96

1.64	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	R\$ 2,22 R\$ 3,70*
1.65	DOSAGEM DE SODIO	R\$ 2,22 R\$ 3,50*
1.66	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO- OXALACETICA (TGO)	R\$ 2,41 R\$ 4,02*
1.67	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	R\$ 2,41 R\$ 4,02*
1.68	DOSAGEM DE TRANSFERRINA	R\$ 4,94 R\$ 8,24*
1.69	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	R\$ 4,21 R\$ 5,68*
1.70	DOSAGEM DE TRIPTOFANO	R\$ 4,21 R\$ 5,26*
1.71	DOSAGEM DE TROPONINA	R\$ 10,80 R\$ 18,00*
1.72	DOSAGEM DE UREIA	R\$ 3,70 R\$ 3,70*
1.73	DOSAGEM DE VITAMINA B12	R\$ 18,29 R\$ 22,27*
1.74	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 6,49 R\$ 8,98*
1.75	ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	R\$ 4,42 R\$ 7,36*
1.76	ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 5,30 R\$ 8,84*
1.77	GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE)	R\$ 18,78*
1.78	HOMOCISTEINA	R\$ 24,00*
1.79	MIOGLOBINA	R\$ 24,00 R\$ 20,00*
1.80	PARCIAL DE URINA – EAS / QUE	R\$ 4,44 R\$ 5,20*
1.81	PEPTIDEO NATRIDIURETICO-BNP	R\$ 90,00 R\$ 54,00*
1.82	PROTEÍNA C FUNCIONAL	R\$ 96,00 R\$ 81,60*
1.83	PROTEÍNA S FUNCIONAL	R\$ 96,00 R\$ 160,47*
1.84	PROVA DA D-XILOSE	R\$ 4,42*
1.85	RELAÇÃO PROTEÍNA/CREATININA URINÁRIA	R\$ 18,00 R\$ 15,00*
1.86	TESTE DE INTOLERANCIA A LACTOSE	R\$ 24,00 R\$ 26,27*
1.87	TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS	R\$ 2,22 R\$ 13,10*
1.88	TROPONINA QUANTITATIVA	R\$ 42,00
1.89	VITAMINA A	R\$ 98,40



CONSUD Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste

CNPJ 00.333.678/0001-96

		R\$ 61,73*
1.90	VITAMINA B1	R\$ 90,00 R\$ 76,00*
1.91	VITAMINA B6	R\$ 90,00 R\$ 76,00*
1.92	VITAMINA K	R\$ 96,00 R\$ 320,00*
2	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	
2.1	CITOQUIMICA HEMATOLOGICA	R\$ 7,78*
2.2	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 3,28 R\$ 5,46*
2.3	CONTAGEM DE RETICULOCITOS	R\$ 3,28 R\$ 4,43*
2.4	DETERMINACAO DE CURVA DE RESISTENCIA GLOBULAR	R\$ 3,28*
2.5	DETERMINACAO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (GADA)	R\$ 3,28*
2.6	DETERMINACAO DE SULFO-HEMOGLOBINA	R\$ 3,28 R\$ 4,80*
2.7	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	R\$ 3,28*
2.8	DETERMINACAO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	R\$ 3,28*
2.9	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	R\$ 10,80*
2.10	DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO- DUKE	R\$ 3,28*
2.11	DETERMINACAO DE TEMPO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS	R\$ 6,95*
2.12	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBINA	R\$ 3,42 R\$ 5,26*
2.13	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	R\$ 6,92 R\$ 7,08*
2.14	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	R\$ 3,28 R\$ 4,80*
2.15	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTACAO (VHS)	R\$ 3,28 R\$ 3,92*
2.16	DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	R\$ 4,93 R\$ 8,22*
2.17	DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	R\$ 7,78 R\$ 12,96*
2.18	DOSAGEM DE FATOR II	R\$ 6,37 R\$ 10,62*
2.19	DOSAGEM DE FATOR IX	R\$ 9,13 R\$ 15,22*
2.20	DOSAGEM DE FATOR V	R\$ 5,68 R\$ 9,46*
2.21	DOSAGEM DE FATOR VII	R\$ 9,71 R\$ 16,18*



CONSUD Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste

CNPJ 00.333.678/0001-96

2.22	DOSAGEM DE FATOR VIII	R\$ 7,96 R\$ 13,26*
2.23	DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	R\$ 18,00 R\$ 30,00*
2.24	DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	R\$ 22,69 R\$ 37,82*
2.25	DOSAGEM DE FATOR X	R\$ 7,99 R\$ 13,32*
2.26	DOSAGEM DE FATOR XI	R\$ 10,93 R\$ 18,22*
2.27	DOSAGEM DE FATOR XII	R\$ 12,61 R\$ 21,02*
2.28	DOSAGEM DE FATOR XIII	R\$ 7,99 R\$ 13,32*
2.29	DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	R\$ 5,52 R\$ 6,57*
2.30	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	R\$ 1,84 R\$ 3,06*
2.31	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 370C	R\$ 3,28*
2.32	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	R\$ 3,28 R\$ 5,46*
2.33	DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	R\$ 3,28*
2.34	DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	R\$ 4,93 R\$ 8,22*
2.35	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	R\$ 6,49*
2.36	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	R\$ 3,28 R\$ 5,46*
2.37	GASOMETRIA	R\$ 3,34 R\$ 5,56*
2.38	HEMATOCRITO	R\$ 1,84 R\$ 3,06*
2.39	HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 4,93 R\$ 7,81*
2.40	LEUCOGRAMA	R\$ 3,28 R\$ 5,46*
2.41	MUTAÇÃO FATOR V LEIDEN	R\$ 84,00 R\$ 117,30*
2.42	PESQUISA DE CELULAS LE	R\$ 4,93*
2.43	PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	R\$ 3,28*
2.44	PESQUISA DE FILARIA	R\$ 3,28*
2.45	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	R\$ 3,28 R\$ 5,46*
2.46	PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	R\$ 3,28*
2.47	PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	R\$ 4,93 R\$ 6,95*
2.48	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	R\$ 3,28*
2.49	PROVA DO LAGO	R\$ 3,28*



CONSUD Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste

CNPJ 00.333.678/0001-96

2.50	RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	R\$ 3,28*
2.51	TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS	R\$ 14,40*
2.52	TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	R\$ 3,28*
2.53	TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	R\$ 3,28 R\$ 4,09*
3	EXAMES SOROLÓGICOS E IMUNOLÓGICOS	
3.1	ANCA (ANTICORPO ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILO)	R\$ 54,00 R\$ 28,80*
3.2	ANTI CENTRÔMERO	R\$ 48,00 R\$ 16,83*
3.3	ANTI ENDOMISIO IG A	R\$ 24,00 R\$ 39,00*
3.4	ANTI GLIADINA IGA	R\$ 24,00 R\$ 20,00*
3.5	ANTI GLIADINA IGG	R\$ 24,00 R\$ 20,00*
3.6	ANTI TRANSGLUTAMINASE IG A	R\$ 36,00 R\$ 30,00*
3.7	ANTI TRANSGLUTAMINASE IG G	R\$ 36,00 R\$ 30,00*
3.8	ANTICOAGULANTE LÚPICO	R\$ 24,00 R\$ 110,00*
3.9	ANTICORPO ANTI-RECEPTOR DE ACETILCOLINA	R\$ 36,00 R\$ 417,11*
3.10	ANTICORPOS ANTIFATOR INTRÍSECOS	R\$ 168,00 R\$ 230,00*
3.11	ANTICORPOS IGG / IGM PARA CAXUMBA	R\$ 54,00 R\$ 47,78*
3.12	ANTIFOSFOLIPIDEO	R\$ 24,00 R\$ 6,27*
3.13	ANTI-HIALURONIDASE	R\$ 108,00 R\$ 37,86*
3.14	ANTI-MBG (MEMBRANA BASAL GLOMERULAR)	R\$ 72,00 R\$ 27,42*
3.15	AVIDEZ DE IGG PARA TOXOPLASMOSE	R\$ 42,00 R\$ 30,00*
3.16	DENGUE NS1	R\$ 24,00 R\$ 40,00*
3.17	DETECÇÃO DE ANTICORPOS IGG E IGM POR IMUNOCROMATOGRAFIA (TESTE RÁPIDO COVID-19)	R\$ 168,00 R\$ 80,00*
3.18	DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	R\$ 11,10 R\$ 13,26*
3.19	DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	R\$ 3,40 R\$ 5,66*
3.20	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 11,10 R\$ 13,19*
3.21	DOSAGEM ANTIGENO CA 125	R\$ 16,02



CONSUD Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste

CNPJ 00.333.678/0001-96

		R\$ 18,00*
3.22	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	R\$ 18,07 R\$ 18,00*
3.23	DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	R\$ 19,70 R\$ 32,84*
3.24	DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	R\$ 16,26 R\$ 27,10*
3.25	DOSAGEM DE CA 15 03	R\$ 24,00 R\$ 20,00*
3.26	DOSAGEM DE CA 19/9	R\$ 24,00 R\$ 20,00*
3.27	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$ 20,59 R\$ 20,62*
3.28	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	R\$ 20,59 R\$ 20,62*
3.29	DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	R\$ 3,40 R\$ 5,58*
3.30	DOSAGEM DE IAMOTRIGINA	R\$ 240,00 R\$ 110,00*
3.31	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	R\$ 20,59 R\$ 22,09*
3.32	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	R\$ 11,10 R\$ 18,42*
3.33	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IGG)	R\$ 18,00 R\$ 14,79*
3.34	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	R\$ 20,59 R\$ 21,60*
3.35	DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	R\$ 11,10 R\$ 17,83*
3.36	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 3,40*
3.37	HLAB-27	R\$ 120,00 R\$ 76,66*
3.38	IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$ 20,59 R\$ 26,99*
3.39	IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R\$ 96,00*
3.40	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	R\$ 12,00 R\$ 18,66*
3.41	PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	R\$ 12,00 R\$ 20,00*
3.42	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL	R\$ 20,59*
3.43	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$ 10,40 R\$ 13,61*
3.44	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	R\$ 12,00 R\$ 17,18*
3.45	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	R\$ 3,40 R\$ 5,66*



CONSUD Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste

CNPJ 00.333.678/0001-96

3.46	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	R\$ 12,00 R\$ 20,00*
3.47	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	R\$ 12,00*
3.48	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	R\$ 22,26 R\$ 37,10*
3.49	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	R\$ 20,59 R\$ 25,98*
3.50	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS (TPO)	R\$ 20,59 R\$ 30,86*
3.51	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	R\$ 20,59 R\$ 19,98*
3.52	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	R\$ 20,59 R\$ 24,03*
3.53	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	R\$ 20,59 R\$ 21,08*
3.54	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	R\$ 20,59 R\$ 19,43*
3.55	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	R\$ 20,59 R\$ 21,08*
3.56	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	R\$ 20,59 R\$ 24,56*
3.57	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	R\$ 20,59 R\$ 24,03*
3.58	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	R\$ 22,26 R\$ 24,71*
3.59	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	R\$ 22,26 R\$ 24,71*
3.60	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	R\$ 20,59 R\$ 24,10*
3.61	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	R\$ 22,26 R\$ 36,90*
3.62	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R\$ 36,00*
3.63	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISCHMANIA	R\$ 12,00 R\$ 12,21*
3.64	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	R\$ 24,00*
3.65	PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	R\$ 16,02 R\$ 15,00*
3.66	PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	R\$ 3,40 R\$ 5,66*
3.67	PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	R\$ 4,92 R\$ 6,72*
3.68	PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	R\$ 11,10 R\$ 18,50*
3.69	PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	R\$ 2,12*
3.70	PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	R\$ 2,12*
3.71	SARS-COV-2 DETECÇÃO POR PCR (TESTE	R\$ 222,00



CONSUD Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste

CNPJ 00.333.678/0001-96

	COMPLETO COVID-19)	R\$ 150,00*
3.72	SELÊNIO	R\$ 36,00 R\$ 45,00*
3.73	TESTE NÃO TREPONEMICO PARA DETECÇÃO DE SIFILIS EM GESTANTES	R\$ 3,40 R\$ 5,66*
3.74	TESTES ALÉRGICOS DE CONTATO	R\$ 2,12*
4	PERFIL INFECCIOSO LACEN/ REDE	
4.1	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	R\$ 11,10 R\$ 17,14*
4.2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	R\$ 12,00 R\$ 17,92*
4.3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	R\$ 11,10 R\$ 18,10*
4.4	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	R\$ 4,44 R\$ 7,40*
4.5	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	R\$ 7,00 R\$ 11,66*
4.6	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	R\$ 12,00 R\$ 20,00*
4.7	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS	R\$ 11,10*
4.8	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	R\$ 20,59 R\$ 34,32*
4.9	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	R\$ 4,92 R\$ 8,20*
4.10	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	R\$ 6,60 R\$ 9,44*
4.11	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	R\$ 12,00 R\$ 9,76*
4.12	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	R\$ 6,89 R\$ 11,48*
4.13	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	R\$ 9,34 R\$ 13,08*
4.14	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII	R\$ 11,65*
4.15	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	R\$ 11,10 R\$ 18,50*
4.16	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS	R\$ 4,92 R\$ 8,20*
4.17	PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO	R\$ 22,26 R\$ 36,85*
4.18	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	R\$ 11,10 R\$ 12,21*
4.19	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 11,10 R\$ 10,63*
4.20	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	R\$ 12,00 R\$ 12,96*
4.21	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	R\$ 11,10 R\$ 10,63*



CONSUD Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste

CNPJ 00.333.678/0001-96

4.22	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	R\$ 3,36 R\$ 4,19*
4.23	PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	R\$ 12,00 *
5	PERFIL CD4	
5.1	CONTAGEM DE LINFOCITOS B	R\$ 18,00 R\$ 22,50*
5.2	CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	R\$ 18,00 R\$ 30,00*
5.3	CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	R\$ 18,00 R\$ 30,00*
6	PERFIL HEPATITE A	
6.1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 22,26 R\$ 26,56*
6.2	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	R\$ 22,26 R\$ 29,14*
7	PERFIL HEPATITE B	
7.1	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	R\$ 22,26 R\$ 26,62*
7.2	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	R\$ 22,26 R\$ 26,56*
7.3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG)	R\$ 22,26 R\$ 26,56*
7.4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	R\$ 22,26 R\$ 29,14*
7.5	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	R\$ 22,26 R\$ 26,62*
7.6	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	R\$ 22,26 R\$ 26,56*
8	PERFIL HEPATITE C	
8.1	DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	R\$ 115,20 R\$ 144,54*
8.2	GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 358,18 R\$ 383,37*
8.3	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	R\$ 22,26 R\$ 33,43*
8.4	QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	R\$ 202,18 R\$ 257,26*
9	PERFIL HIV	
9.1	DETECCAO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)	R\$ 78,00 R\$ 227,80*
9.2	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	R\$ 102,00 R\$ 161,47*
9.3	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	R\$ 12,00 R\$ 20,00*



CONSUD Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste

CNPJ 00.333.678/0001-96

9.4	PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA	R\$ 12,00*
9.5	QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1	R\$ 21,60*
10	PERFIL IMUNOESPECIFICO	
10.1	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	R\$ 12,00 R\$ 17,89*
11	PERFIL MONONUCLEOSE	
11.1	PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	R\$ 20,59*
11.2	PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 3,40 R\$ 5,66*
11.3	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 13,20 R\$ 17,00*
11.4	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	R\$ 20,36 R\$ 22,41*
11.5	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 20,59 R\$ 22,55*
11.6	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 20,59 R\$ 20,00*
11.7	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 20,59 R\$ 25,00*
11.8	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	R\$ 13,93 R\$ 17,00*
11.9	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	R\$ 22,26 R\$ 26,18*
11.10	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	R\$ 20,59 R\$ 24,00*
11.11	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	R\$ 20,59 R\$ 20,00*
11.12	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	R\$ 20,59 R\$ 25,00*
11.13	PESQUISA DE CLAMIDIA (POR CAPTURA HIBRIDA)	R\$ 72,00 R\$ 320,00*
11.14	REACAO DE HEMAGLUTINACAO (TPHA) P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 4,92*
11.15	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 12,00 R\$ 13,08*
11.16	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	R\$ 12,00 R\$ 14,75*
11.17	TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	R\$ 3,40*
12	PERFIL ZOSTER	
12.1	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 20,59 R\$ 25,51*
12.2	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	R\$ 20,59 R\$ 28,10*
13	TESTES CUTÂNEOS	
13.1	REACAO DE MONTENEGRO ID	R\$ 3,40*
13.2	TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA	R\$ 2,12*
14	EXAMES COPROLOGICOS	
14.1	DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	R\$ 1,98*



CONSUD Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste

CNPJ 00.333.678/0001-96

14.2	DOSAGEM DE GORDURA FECAL	R\$ 3,65*
14.3	EXAME COPROLOGICO FUNCIONAL	R\$ 3,30*
14.4	IDENTIFICACAO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	R\$ 1,98*
14.5	PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	R\$ 3,30*
14.6	PESQUISA DE EOSINOFILOS	R\$ 3,30*
14.7	PESQUISA DE GORDURA FECAL	R\$ 3,30*
14.8	PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	R\$ 3,30*
14.9	PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	R\$ 3,30*
14.10	PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES	R\$ 3,30*
14.11	PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)	R\$ 1,98*
14.12	PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	R\$ 3,30*
14.13	PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	R\$ 15,18*
14.14	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	R\$ 3,30*
14.15	PESQUISA DE SUBSTANCIAS REDUTORAS NAS FEZES	R\$ 2,56*
14.16	PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	R\$ 1,98*
14.17	PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	R\$ 2,47*
15	EXAMES DE UROANALISE	
15.1	CLEARANCE DE CREATININA	R\$ 7,02*
15.2	CLEARANCE DE FOSFATO	R\$ 7,02*
15.3	CLEARANCE DE UREIA	R\$ 7,02*
15.4	CONTAGEM DE ADDIS	R\$ 2,45*
15.5	DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE	R\$ 7,40*
15.6	DOSAGEM DE ACUCARES (POR CROMATOLOGRAFIA)	R\$ 4,44*
15.7	DOSAGEM DE CITRATO	R\$ 4,02*
15.8	DOSAGEM DE FRUTOSE	R\$ 4,02*
15.9	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	R\$ 16,24*
15.10	DOSAGEM DE OXALATO	R\$ 6,64*



CONSUD Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste

CNPJ 00.333.678/0001-96

15.11	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	R\$ 2,45 R\$ 4,08*
15.12	DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	R\$ 3,65*
15.13	EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	R\$ 4,44 R\$ 7,40*
15.14	PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA)	R\$ 4,44 R\$ 7,40*
15.15	PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	R\$ 2,45 R\$ 4,08*
15.16	PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	R\$ 4,44*
15.17	PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA	R\$ 2,45*
15.18	PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	R\$ 2,88 R\$ 4,80*
15.19	PESQUISA DE CISTINA NA URINA	R\$ 2,45 R\$ 4,08*
15.20	PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	R\$ 2,45 R\$ 4,08*
15.21	PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	R\$ 4,44 R\$ 7,40*
15.22	PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	R\$ 2,45 R\$ 3,08*
15.23	PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	R\$ 2,45*
15.24	PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	R\$ 4,03*
15.25	PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	R\$ 2,45*
15.26	PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	R\$ 2,45*
15.27	PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	R\$ 4,44 R\$ 7,40*
15.28	PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	R\$ 2,45 R\$ 3,97*
15.29	PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	R\$ 5,33 R\$ 8,88*
15.30	PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	R\$ 2,45
15.31	PROVA DE DILUICAO (URINA)	R\$ 2,45
16	EXAMES HORMONAIS	
16.1	DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE	R\$ 15,05 R\$ 16,70*
16.2	DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3	R\$ 15,05 R\$ 15,24*
16.3	DETERMINACAO DE T3 REVERSO	R\$ 17,63 R\$ 29,38*
16.4	DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	R\$ 12,24 R\$ 15,00*
16.5	DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	R\$ 8,06 R\$ 13,44*
16.6	DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	R\$ 8,06 R\$ 13,44*



CONSUD Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste

CNPJ 00.333.678/0001-96

16.7	DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	R\$ 8,06 R\$ 11,80*
16.8	DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	R\$ 16,94 R\$ 26,00*
16.9	DOSAGEM DE ALDOSTERONA	R\$ 14,27 R\$ 23,78*
16.10	DOSAGEM DE AMP CICLICO	R\$ 14,41 R\$ 23,35*
16.11	DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	R\$ 13,84 R\$ 2,06*
16.12	DOSAGEM DE CALCITONINA	R\$ 17,26 R\$ 26,00*
16.13	DOSAGEM DE CORTISOL	R\$ 11,83 R\$ 16,00*
16.14	DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$ 13,50 R\$ 22,50*
16.15	DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	R\$ 14,05 R\$ 23,42*
16.16	DOSAGEM DE ESTRADIOL	R\$ 12,18 R\$ 16,27*
16.17	DOSAGEM DE ESTRIOL	R\$ 13,86 R\$ 23,10*
16.18	DOSAGEM DE ESTRONA	R\$ 13,34 R\$ 18,00*
16.19	DOSAGEM DE GASTRINA	R\$ 16,98 R\$ 26,00*
16.20	DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	R\$ 18,42 R\$ 30,70*
16.21	DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	R\$ 9,42 R\$ 15,00*
16.22	DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	R\$ 12,25 R\$ 20,42*
16.23	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	R\$ 9,47 R\$ 12,00*
16.24	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	R\$ 10,76 R\$ 17,59*
16.25	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	R\$ 10,75 R\$ 17,92*
16.26	DOSAGEM DE INSULINA	R\$ 12,20 R\$ 17,71*
16.27	DOSAGEM DE PARATORMONIO	R\$ 51,76 R\$ 66,90*
16.28	DOSAGEM DE PEPTIDEO C	R\$ 18,42 R\$ 27,52*
16.29	DOSAGEM DE PROGESTERONA	R\$ 12,26 R\$ 18,00*
16.30	DOSAGEM DE PROLACTINA	R\$ 12,18 R\$ 16,00*



CONSUD Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste

CNPJ 00.333.678/0001-96

16.31	DOSAGEM DE RENINA	R\$ 15,83 R\$ 26,38*
16.32	DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	R\$ 18,42 R\$ 30,70*
16.33	DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	R\$ 15,73 R\$ 17,00*
16.34	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	R\$ 12,52 R\$ 15,00*
16.35	DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 15,73 R\$ 24,00*
16.36	DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	R\$ 18,42 R\$ 22,74*
16.37	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	R\$ 10,51 R\$ 17,22*
16.38	DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	R\$ 13,92 R\$ 22,29*
16.39	DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	R\$ 10,45 R\$ 17,42*
16.40	GH BASAL APÓS CLONIDINA	R\$ 36,00 R\$ 30,00*
16.41	GH BASAL APÓS EXERCICIO	R\$ 36,00 R\$ 30,00*
16.42	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	R\$ 14,41 R\$ 24,02*
16.43	TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	R\$ 14,41 R\$ 18,01*
16.44	TESTE DE ESTIMULO DE LH E FSH APOS GONADORRELINA	R\$ 14,41 R\$ 300,00*
16.45	TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	R\$ 14,41 R\$ 24,02*
16.46	TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	R\$ 14,41 R\$ 24,02*
16.47	TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE	R\$ 14,41 R\$ 24,02*
16.48	TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	R\$ 10,12*
17	EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA	
17.11	DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	R\$ 2,47 R\$ 4,12*
17.2	DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	R\$ 2,68 R\$ 4,46*
17.3	DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	R\$ 4,42 R\$ 7,36*
17.4	DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	R\$ 2,45 R\$ 4,08*
17.5	DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	R\$ 18,78 R\$ 21,35*
17.6	DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	R\$ 4,21*
17.7	DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	R\$ 2,41



CONSUD Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste

CNPJ 00.333.678/0001-96

		R\$ 3,01*
17.8	DOSAGEM DE ALUMINIO	R\$ 33,00 R\$ 41,32*
17.9	DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	R\$ 12,00
17.10	DOSAGEM DE ANFETAMINAS	R\$ 12,00 R\$ 20,00*
17.11	DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	R\$ 12,00 R\$ 20,00*
17.12	DOSAGEM DE BARBITURATOS	R\$ 15,76 R\$ 26,26*
17.13	DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	R\$ 16,18 R\$ 26,96*
17.14	DOSAGEM DE CADMIO	R\$ 7,86 R\$ 9,82*
17.15	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	R\$ 21,04 R\$ 22,00*
17.16	DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	R\$ 4,93 R\$ 7,99*
17.17	DOSAGEM DE CHUMBO	R\$ 10,60 R\$ 17,66*
17.18	DOSAGEM DE CICLOSPORINA	R\$ 70,33 R\$ 79,57*
17.19	DOSAGEM DE COBRE	R\$ 4,21 R\$ 7,02*
17.20	DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	R\$ 10,76 R\$ 17,94*
17.21	DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA	R\$ 18,78 R\$ 31,30*
17.22	DOSAGEM DE FENITOINA	R\$ 42,26 R\$ 47,13*
17.23	DOSAGEM DE FENOL	R\$ 2,46 R\$ 4,10*
17.24	DOSAGEM DE FORMALDEIDO	R\$ 4,21*
17.25	DOSAGEM DE LITIO	R\$ 2,70 R\$ 4,50*
17.26	DOSAGEM DE MERCURIO	R\$ 2,45 R\$ 3,06*
17.27	DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	R\$ 12,00 R\$ 20,00*
17.28	DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	R\$ 4,93 R\$ 7,99*
17.29	DOSAGEM DE METOTREXATO	R\$ 12,00 R\$ 15,00*
17.30	DOSAGEM DE QUINIDINA	R\$ 12,00*
17.31	DOSAGEM DE SALICILATOS	R\$ 2,41 R\$ 4,02*
17.32	DOSAGEM DE SULFATOS	R\$ 4,21*
17.33	DOSAGEM DE TEOFILINA	R\$ 18,78

Rod. Contorno Vitório Traiano, nº 501, Bairro Água Branca - Telefone (046) 3520-0900
CEP 85.601-838 - Francisco Beltrão - PR

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 27/03/2023 09:02 -03:00 - 03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEUDO ACESSSE <https://ic.atende.net/pe642185d04bd25>



CONSUD Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste

CNPJ 00.333.678/0001-96

		R\$ 31,30*
17.34	DOSAGEM DE THC NA URINA OU QUERATINA (MACONHA)	R\$ 58,98*
17.35	DOSAGEM DE TIOCIANATO	R\$ 4,42 R\$ 7,36*
17.36	DOSAGEM DE ZINCO	R\$ 18,78 R\$ 28,00*
17.37	DOSAGEM SÉRICA DE TOPIRAMATO	R\$ 360,00 R\$ 281,01*
17.38	TOXICOLÓGICO COMPLETO	R\$ 216,00 R\$ 130,00*
18	MICROBIOLOGIA – LACEN /REDE	
18.1	ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRACAO INIBITORIA MINIMA	R\$ 16,00 R\$ 16,00*
18.2	ANTIBIOGRAMA P/ MICOBACTERIAS	R\$ 16,00 R\$ 23,78*
18.3	CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	R\$ 12,30 R\$ 20,50*
18.4	CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	R\$ 5,03 R\$ 8,38*
18.5	HEMOCULTURA	R\$ 13,79 R\$ 18,93*
18.6	IDENTIFICAÇÃO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	R\$ 6,76 R\$ 11,26*
18.7	PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	R\$ 3,36 R\$ 4,20*
19	MICROBIOLOGIA	
19.1	ADENOGRAMA	R\$ 6,95
19.2	ANTIBIOGRAMA	R\$ 5,98 R\$ 9,96*
19.3	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (CONTROLE)	R\$ 5,04 R\$ 8,40*
19.4	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	R\$ 5,04 R\$ 8,40*
19.5	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (TUBERCULOSE)	R\$ 5,04 R\$ 8,40*
19.6	BACTERIOSCOPIA (GRAM)	R\$ 3,36 R\$ 5,60*
19.7	CSA – CULTURA STREPTOCOCCUS AGLACTIAE GRUPO B, COLETA ANAL E VAGINAL, (ESTRETOCOCO GRUPO B O GBS).	R\$ 30,00 R\$ 22,00*
19.8	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	R\$ 6,74 R\$ 11,24*
19.9	CULTURA P/ HERPESVIRUS	R\$ 5,20*
19.10	CULTURA PARA BAAR	R\$ 6,76 R\$ 10,93*
19.11	ESPLENOGRAMA	R\$ 6,95*
19.12	EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM	R\$ 2,27*



CONSUD Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste

CNPJ 00.333.678/0001-96

	GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	
19.13	EXAME MICROBIOLOGICO, MICOLOGICO A FRESCO (DIRETO)	R\$ 3,36 R\$ 5,60*
19.14	MIELOGRAMA	R\$ 186,00*
19.15	PEQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	R\$ 5,20*
19.16	PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	R\$ 5,20* R\$ 8,66*
19.17	PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	R\$ 3,36 R\$ 4,20*
19.18	PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	R\$ 5,20 R\$ 8,66*
19.19	PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	R\$ 3,36*
19.20	PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	R\$ 6,05 R\$ 7,35*
19.21	PESQUISA ESTREPTOCOCCUS AGALACTIE (GESTANTES)	R\$ 36,00*
20	LÍQUOR	
20.1	CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	R\$ 5,20*
20.2	CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	R\$ 5,20*
20.3	CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 2,27 R\$ 3,78*
20.4	CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	R\$ 2,27 R\$ 3,78*
20.5	ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR	R\$ 6,28 R\$ 10,46*
20.6	PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	R\$ 2,27 R\$ 3,78*
20.7	PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	R\$ 2,27 R\$ 3,78*
20.8	REACAO DE PANDY	R\$ 2,27*
21	EXAMES PARA TRIAGEM NEONATAL	
21.1	DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 10,56*
21.2	DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)	R\$ 79,20*
21.3	DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)	R\$ 79,20*
21.4	DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 6,60 R\$ 10,84*
21.5	DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4	R\$ 14,52 R\$ 18,15*
21.6	DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECCAO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA	R\$ 25,08*
21.7	DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA	R\$ 6,60*
21.8	DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	R\$ 15,84*
22	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	
22.1	DETERMINACAO DE ANTICORPOS	R\$ 12,78



CONSUD Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste

CNPJ 00.333.678/0001-96

	ANTIPLAQUETARIOS	R\$ 21,30*
22.2	DETERMINACAO DE CARGA VIRAL DO HIV POR RT-PCR	R\$ 300,00 R\$ 250,00*
22.3	DETERMINAÇÃO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURAÇÃO TÉCNICAS DE BANDAS	R\$ 216,00 R\$ 239,75*
22.4	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	R\$ 1,64 R\$ 2,74*
22.5	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 11,10
22.6	DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	R\$ 3,40 R\$ 5,66*
22.7	FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH - HR	R\$ 12,78*
22.8	IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS	R\$ 12,78*
22.9	PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO	R\$ 12,78*
22.10	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC	R\$ 300,00*
22.11	PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO	R\$ 216,00*
22.12	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	R\$ 1,64 R\$ 2,74*
22.13	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	R\$ 11,10 R\$ 4,09*
22.14	TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	R\$ 3,40 R\$ 8,21*
23	EXAMES EM GERAL	
23.1	CARIOTIPO BANDA G	R\$ 420,00 R\$ 350,00*
23.2	DETECÇÃO GENÉTICA DE INTOLERÂNCIA A LACTOSE	R\$ 180,00 R\$ 150,00*
23.3	DETERMINACAO DE CARGA VIRAL DO HIV POR RT-PCR	R\$ 300,00
23.4	ESPERMOGRAMA	R\$ 72,00 R\$ 9,60*
23.5	TESTE DO PEZINHO MASTER	R\$ 120,00 R\$ 210,00*
24	ANESTESIAS	
24.1	ANESTESIAS	R\$ 400,00
25	EXAMES DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADE ANGIOLOGIA	
25.1	CAPILAROSCOPIA	R\$ 28,42
25.2	INVESTIGAÇÃO ULTRASSONICA (PLETISMOGRAFIA)	R\$ 1,31
25.3	OSCILOMETRIA DE IMPULSO	R\$ 1,31
25.4	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	R\$ 450,00
26	EXAMES DIAGNÓSTICOS NA ESPECIALIDADE CARDIOLOGIA	



CONSUD Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste

CNPJ 00.333.678/0001-96

26.1	ARTERIOGRAFIA SELETIVA DE CAROTIDA	R\$ 3.500,00
26.2	ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE	R\$ 165,00
26.3	ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGICA	R\$ 900,00
26.4	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	R\$ 150,00
26.5	ECOCARDIOGRAMA FETAL	R\$ 237,00
26.6	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO PEDIÁTRICO	R\$ 215,00
26.7	ECODOPPLERCARDIOGRAMA COM CONTRASTE INTRACAVITRIO	R\$ 180,00
26.8	ECODOPPLERCARDIOGRAMA FETAL COM MAPEAMENTO DE FLUXO EM CORES	R\$ 150,00
26.9	ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 5,15
26.10	HOLTER DE 24 HORAS	R\$ 80,00
26.11	MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL	R\$ 90,00
26.12	TESTE ERGOMÉTRICO CONVENCIONAL 3 OU MAIS DERIVAÇÕES SIMULTÂNEAS (INCLUI ECG BASAL CONVENCIONAL)	R\$ 120,00
27	EXAMES DIAGNÓSTICOS NA ESPECIALIDADE ENDOSCOPIA	
27.1	ANUSCOPIA	R\$ 300,00
27.2	CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA E/OU URETROSCOPIA	R\$ 18,00
27.3	COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETROGRADA (VIA ENDOSCÓPICA)	R\$ 90,68
27.4	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	R\$ 112,66
27.5	COLONOSCOPIA (INCLUI A RETOSSIGMOIDOSCOPIA) COM ANATOMO PATOLÓGICO INCLUIDO NO EXAME	R\$ 200,00
27.6	COLONOSCOPIA COM POLIPECTOMIA C/ ANATOMO	R\$ 1.200,00
27.7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA COM ANATOMO PATOLÓGICO	R\$ 48,16
27.8	LAPAROSCOPIA	R\$ 40,37
27.9	LIGADURA ELÁSTICA DE HEMORRÓIDAS (SESSÃO)	R\$ 14,77
27.10	MANOMETRIA	R\$ 250,00
27.11	PHMETRIA	R\$ 1.000,00
27.12	RETOSSIGMOIDOSCOPIA	R\$ 23,13
27.13	TRAQUEOSCOPIA	R\$ 348,59
27.14	TRATAMENTO ESCLEROSANTE DE LESÕES NÃO HEMORRÁGICAS DO APARELHO DIGESTIVO INCLUINDO LIGADURA ELÁSTICA	R\$ 2.700,00
28	EXAMES DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADE GINECOLOGIA	
28.1	AMNIOSCOPIA	R\$ 1,69
28.2	COLPOSCOPIA	R\$ 20,00
28.3	CONTROLE DE QUALIDADE DO EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL	R\$ 17,63
28.4	DETERMINACAO DE RECEPTORES TUMORAIS HORMONAIIS	R\$ 93,70
28.5	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO DO COLO UTERINO – PEÇA CIRURGICA	R\$ 61,77



CONSUD Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste

CNPJ 00.333.678/0001-96

28.6	EXAME ANATOMOPATOLÓGICO DO COLO UTERINO/BIOPSIA.	R\$ 24,00
28.7	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRURGICA OU POR BIOPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA)	R\$ 48,70
28.8	EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA-RASTREAMENTO	R\$ 14,37
28.9	EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA	R\$ 13,72
28.10	EXAME CITOPATOLOGICO DE MAMA	R\$ 35,34
28.11	EXAME CITOPATOLOGICO HORMONAL SERIADO (MINIMO 3 COLETAS)	R\$ 20,96
28.12	EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CÉRVICO-VAGINAL)	R\$ 20,96
28.13	EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO DO CONTEÚDO CERVICO VAGINAL	R\$ 2,80
28.14	HISTEROSCOPIA (DIAGNÓSTICA)	R\$ 25,00
28.15	IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	R\$ 131,52
29	EXAMES DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADE NEUROLOGIA	
29.1	CISTOMETRIA SIMPLES	R\$ 8,82
29.2	ELETOENCEFALOGRAFIA EM VIGILIA C/ OU S/ FOTO-ESTIMULO	R\$ 11,34
29.3	ELETOENCEFALOGRAMA (EEG)	R\$ 25,00
29.4	ELETOENCEFALOGRAMA COM MAPEAMENTO CEREBRAL	R\$ 200,00
29.5	ELETROMIOGRAMA (EMG)	R\$ 27,00
29.6	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMII	R\$ 415,00
29.7	ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MMSS	R\$ 415,00
29.8	ESTIMULAÇÃO MAGNÉTICA TRANSCRANIANA	R\$ 350,00
29.9	POLISSONOGRAMA	R\$ 600,00
29.10	VIDEO ELETOENCEFALOGRAMA	R\$ 800,00
30	EXAMES DIAGNÓSTICOS NA ESPECIALIDADE OFTALMOLOGIA	
30.1	BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)	R\$ 24,24
30.2	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO	R\$ 12,34
30.3	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRÁFICO	R\$ 250,00
30.4	CAPSULOTOMIA A YAG LASER (UNILATERAL)	R\$ 600,00
30.5	CERATOMETRIA	R\$ 3,37
30.6	CURVA DIARIA DE PRESSAO OCULAR CDPO (MINIMO 3 MEDIDAS)	R\$ 10,11
30.7	DACRIOCISTOGRAFIA (UNILATERAL, ADULTO E INFANTIL)	R\$ 200,00
30.8	ELETO-OCULOGRAFIA	R\$ 24,24
30.9	ELETRORETINOGRAMA	R\$ 24,24
30.10	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER	R\$ 500,00
30.11	GONIOSCOPIA	R\$ 150,00
30.12	MAPEAMENTO DE RETINA	R\$ 24,24



CONSUD Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste

CNPJ 00.333.678/0001-96

30.13	MEDIDA DE OFUSCAMENTO E CONTRASTE	R\$ 3,37
30.14	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA	R\$ 24,24
30.15	OCT – TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA – MACULAR BINOCULAR	R\$ 250,00
30.16	OCT – TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA – PÁPILA (DISCO ÓPTICO) BINOCULAR	R\$ 250,00
30.17	OCT – TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA – RETINO BINOCULAR	R\$ 250,00
30.18	PAN-FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA A LASER	R\$ 450,90
30.19	POTENCIAL VISUAL EVOCADO	R\$ 24,24
30.20	REMOÇÃO DE ÓLEO DE SILICONE	
30.21	RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	R\$ 24,68
30.22	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	R\$ 200,00
30.23	TESTE DE PROVOCAÇÃO DE GLAUCOMA	R\$ 6,74
30.24	TESTE DE SCHIRMER	R\$ 3,37
30.25	TESTE DE VISÃO DE CORES	R\$ 3,37
30.26	TESTE ORTÓPTICO	R\$ 12,34
30.27	TESTE P/ ADAPTAÇÃO DE LENTE DE CONTATO	R\$ 12,34
30.28	TONOMETRIA	R\$ 3,37
30.29	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÔRNEA	R\$ 24,24
30.30	TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE DOENÇA DA RETINA – CONSISTE NA APLICAÇÃO INTRAVÍTREA DE MEDICAMENTO ANTIANGIÓGENICO PARA TRATAMENTO DA DOENÇA MACULAR RELACIONADA À IDADE (DMRI) E DO EDEMA MACULAR ASSOCIADO À RETINOPATIA DIABÉTICA. DEVERÁ SER REALIZADO CONFORME PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICOS DA DMRI E DA RETINOPATIA DIABÉTICA NO MINISTÉRIO DA SAÚDE. PROCEDIMENTO BINOCULAR. INCLUI A INJEÇÃO INTRAVÍTREA (NÃO DEVE SER REGISTRADO SIMULTANEAMENTE AO PROCEDIMENTO 04.05.03.005-3 – INJEÇÃO INTRA-VÍTREO). OBSERVAR A IDADE MÍNIMA ESTABELECIDADA NOS PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICOS DA DMRI E DA RETINOPATIA DIABÉTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.	R\$ 940,50
31	EXAMES DIAGNÓSTICOS NA ESPECIALIDADE OFTALMOLOGIA – TRATAMENTO GLAUCOMA	
31.1	ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DE GLAUCOMA POR FUNDOSCOPIA E TONOMETRIA	R\$ 17,74
31.2	CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAVLIAÇÃO DE GLAUCOMA (INCLUI TONOMETRIA, FUNDOSCOPIA E A CAMPIMETRIA)	R\$ 57,74
31.3	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (1ª LINHA)	R\$ 18,66
31.4	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (2ª LINHA)	R\$ 79,38



CONSUD Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste

CNPJ 00.333.678/0001-96

31.5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (3ª LINHA)	R\$ 127,98
31.6	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (1ª LINHA)	R\$ 12,44
31.7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (2ª LINHA)	R\$ 52,92
31.8	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (3º LINHA)	R\$ 85,33
32	EXAMES DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADE OTORRINOLARINGOLOGIA	
32.1	APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO DE CONDUCAO OSSEA CONVENCIONAL TIPO A	R\$ 500,00
32.2	APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO DE CONDUCAO OSSEA RETROAURICULAR TIPO A	R\$ 500,00
32.3	APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRAAURICULAR TIPO A	R\$ 525,00
32.4	APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRAAURICULAR TIPO B	R\$ 700,00
32.5	APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRAAURICULAR TIPO C	R\$ 1.100,00
32.6	APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRACANAL TIPO A	R\$ 525,00
32.7	APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRACANAL TIPO B	R\$ 700,00
32.8	APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRACANAL TIPO C	R\$ 1.100,00
32.9	APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO MICROCANAL TIPO A	R\$ 525,00
32.10	APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO MICROCANAL TIPO B	R\$ 700,00
32.11	APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO MICROCANAL TIPO C	R\$ 1.100,00
32.12	APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO RETROAURICULAR TIPO A	R\$ 525,00
32.13	APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO RETROAURICULAR TIPO B	R\$ 700,00
32.14	APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO RETROAURICULAR TIPO C	R\$ 1.100,00
32.15	AUDIOMETRIA DE REFORCO VISUAL (VIA AEREA / OSSEA)	R\$ 21,00
32.16	AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE	R\$ 20,13
32.17	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA)	R\$ 21,00
32.18	AVALIACAO DE LINGUAGEM ESCRITA / LEITURA	R\$ 4,11
32.19	AVALIACAO DE LINGUAGEM ORAL	R\$ 4,11
32.20	AVALIACAO MIOFUNCIONAL DE SISTEMA ESTOMATOGNATICO	R\$ 4,11



CONSUD Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste

CNPJ 00.333.678/0001-96

32.21	AVALIAÇÃO VOCAL	R\$ 4,11
32.22	EMISSÕES OTOACÚSTICAS EVOCADAS P/ TRIAGEM AUDITIVA (TESTE DA ORELHINHA)	R\$ 13,51
32.23	ESTUDO DE EMISSÕES OTOACÚSTICAS EVOCADAS TRANSITÓRIAS E PRODUTOS DE DISTORÇÃO (EOA)	R\$ 46,88
32.24	IMITANCIOMETRIA	R\$ 23,00
32.25	LARINGOSCOPIA	R\$ 150,00
32.26	LOGOaudiometria (LDV-IRF-LRF)	R\$ 26,25
32.27	NASOFIBROLARINGOSCOPIA PARA DIAGNÓSTICO E/OU BIÓPSIA	R\$ 150,00
32.28	NASOFIBROLARINGOSCOPIA DA DEGLUTIÇÃO	R\$ 300,00
32.29	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA MÉDIA E LONGA LATÊNCIA	R\$ 400,00
32.30	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO P/ TRIAGEM AUDITIVA (TESTE DA ORELHINHA)	R\$ 13,51
32.31	PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL (PAC)	R\$ 315,00
32.32	TESTES VESTIBULARES / OTONEUROLÓGICOS	R\$ 12,12
32.33	VECTOELETRONISTAGMOGRAFIA (EXAME DE LABIRINTO)	R\$ 260,00
32.34	VÍDEO-FARINGO-LARINGOSCOPIA COM ENDOSCÓPIO FLEXÍVEL	R\$ 150,00
32.35	VÍDEO-FARINGO-LARINGOSCOPIA COM ENDOSCÓPIO RÍGIDO	R\$ 150,00
33	EXAMES DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADE PNEUMOLOGIA	
33.1	BRONCOSCOPIA (BRONCOFIBROSCOPIA)	R\$ 36,02
33.2	ESPIROGRAFIA C/ DETERMINAÇÃO DO VOLUME RESIDUAL	R\$ 2,78
33.3	ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR	R\$ 120,00
33.4	POLISSONOGRAFIA DOMICILIAR	R\$ 500,00
33.5	PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR SIMPLES	R\$ 4,28
33.6	PROVA FARMACODINÂMICA	R\$ 2,78
33.7	TESTE DA CAMINHADA DE 6 MINUTOS	R\$ 2,78
34	EXAMES DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS EM ESPECIALIDADE UROLOGIA	
34.1	AVALIAÇÃO URODINÂMICA COMPLETA (ESTUDO URODINÂMICO)	R\$ 300,00
34.2	DILATAÇÃO DE URETRA (SESSÃO)	R\$ 1,52
34.3	ELETROCAUTERIZAÇÃO DE HPV	R\$ 350,00
34.4	EXTRAÇÃO ENDOSCÓPICA DE CORPO ESTRANHO / CÁLCULO EM URETER	R\$ 29,84
34.5	EXTRAÇÃO ENDOSCÓPICA DE CORPO ESTRANHO / CÁLCULO NA URETRA COM CISTOSCOPIA	R\$ 34,10
34.6	FRÊNULOPLASTIA	R\$ 400,00
34.7	INSTALAÇÃO ENDOSCÓPICA DE CATETER DUPLO J	R\$ 129,60
34.8	PENISCOPIA	R\$ 250,00
34.9	RETIRADA DE CATETER DUPLO J	R\$ 300,00



CONSUD Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste

CNPJ 00.333.678/0001-96

34.10	TESTE DE ERECAO (TEFI)	R\$ 500,00
34.11	URETROCISTOSCOPIA	R\$ 250,00
34.12	UROFLUXOMETRIA	R\$ 8,82
35	EXAMES DE ANGIO	
35.1	CONTRASTE PARA ANGIO RESSONÂNCIA ARTERIAL/VENOSA E ANGIOTOMOGRAFIA	R\$ 190,00
35.2	ANGIO RM ARTERIAL/VENOSA DE ABDÔMEN SUPERIOR	R\$ 1.000,00
35.3	ANGIO RM ARTERIAL/VENOSA DE CRÂNIO	R\$ 750,00
35.4	ANGIO RM ARTERIAL/VENOSA DE PELVE	R\$ 750,00
35.5	ANGIO RM ARTERIAL/VENOSA DE PESCOÇO	R\$ 750,00
35.6	ANGIO RM ARTERIAL/VENOSA DE TÓRAX	R\$ 750,00
35.7	ANGIO RM DE MEMBRO INFERIOR/SUPERIOR	R\$ 1.000,00
35.8	ANGIO RM DE VEIAS ILÍACAS	R\$ 1.000,00
35.9	ANGIOGRAFIA DE ARCO AORTICO	R\$ 137,01
35.10	ANGIOGRAFIA DE ARCO AORTICO E TRONCOS SUPRA-AORTICOS	R\$ 137,01
35.11	ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL	R\$ 268,75
35.12	ANGIOTOMOGRAFIA	R\$ 600,00
35.13	ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA	R\$ 900,00
35.14	COLANGIOGRAFIA TRANSCUTANEA	R\$ 45,34
35.15	LINFANGIOADENOGRAMA	R\$ 199,40
36	BIÓPSIA	
36.1	BIOPSIA CIRURGICA DE TIREOIDE	R\$ 123,70
36.2	BIOPSIA DE FIGADO EM CUNHA/FRAGMENTO	R\$ 197,59
36.3	BIOPSIA DE FIGADO POR PUNÇÃO	R\$ 369,23
36.4	BIOPSIA DE MEDULA COM EXAME DE MIELOGRAMA INCLUSO	R\$ 648,00
36.5	BIOPSIA DE PRÓSTATA GUIADA POR ULTRASSOM	R\$ 450,00
36.6	BIOPSIA DE RIM POR PUNCAO	R\$ 46,19
36.7	BIOPSIA DE TESTICULO	R\$ 46,19
36.8	BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE - PAAF	R\$ 23,73
36.9	BIOPSIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA / ULTRASSONOGRAMA / RESSONÂNCIA MAGNÉTICA / RAO X, COM EXAME DE ANATOMO PATOLÓGICO INCLUSO	R\$ 953,07
36.10	BIOPSIA/EXERESE DE NODULO DE MAMA	R\$ 70,00
36.11	BIOPSIA/PUNÇÃO DE VAGINA	R\$ 18,33
36.12	EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - BIOPSIA	R\$ 45,83
37	EXAMES CINTILOGRAFIAS	
37.1	CINTILOGRAFIA DE ARTICULACOES E/OU EXTREMIDADES E/OU OSSO	R\$ 216,38
37.2	CINTILOGRAFIA DE CORAÇÃO C/ GALIO 67	R\$ 549,06
37.3	CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GALIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS	R\$ 1.088,16
37.4	CINTILOGRAFIA DE FÍGADO E BAÇO (MINIMO 5	R\$ 159,51



CONSUD Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste

CNPJ 00.333.678/0001-96

	IMAGENS)	
37.5	CINTILOGRAFIA DE FÍGADO E VIAS BILIARES	R\$ 225,51
37.6	CINTILOGRAFIA DE GLÂNDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA)	R\$ 79,47
37.7	CINTILOGRAFIA DE GLÂNDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTIMULO	R\$ 105,46
37.8	CINTILOGRAFIA DE MAMA (BILATERAL)	R\$ 347,31
37.9	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ LOCALIZACAO DE NECROSE (MINIMO 3 PROJECOES)	R\$ 199,76
37.10	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO PARA AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE ESTRESSE (MINIMO 03 PROJEÇÕES)	R\$ 571,92
37.11	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO PARA AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE REPOUSO (MINIMO 03 PROJEÇÕES)	R\$ 536,29
37.12	CINTILOGRAFIA DE OSSOS C/ OU S/ FLUXO SANGUINEO (CORPO INTEIRO)	R\$ 229,18
37.13	CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES	R\$ 389,44
37.14	CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL C/ TALIO (SPECTO)	R\$ 525,61
37.15	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO C/ GÁLIO - 67	R\$ 549,06
37.16	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO P/ PESQUISA DE ASPIRAÇÃO	R\$ 153,01
37.17	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR INALACAO (MINIMO 2 PROJECOES)	R\$ 153,74
37.18	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR PERFUSÃO (MINIMO 4 PROJECOES)	R\$ 156,60
37.19	CINTILOGRAFIA DE RIM C/ GALIO 67	R\$ 549,06
37.20	CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO OSSEO C/ GALIO 67	R\$ 549,06
37.21	CINTILOGRAFIA DE SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL (MEDULA OSSEA)	R\$ 135,13
37.22	CINTILOGRAFIA DE TESTICULO E BOLSA ESCROTAL	R\$ 130,72
37.23	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ OU S/ CAPTAÇÃO	R\$ 92,73
37.24	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ TESTE DE SUPRESSÃO / ESTIMULO	R\$ 128,76
37.25	CINTILOGRAFIA P/ AVALIAÇÃO DE FLUXO SANGUINEO DE EXTREMIDADES	R\$ 171,08
37.26	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (LIQUIDO)	R\$ 162,45
37.27	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (SEMI-SOLIDO)	R\$ 162,45
37.28	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO GASTRICO	R\$ 173,06
37.29	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL	R\$ 137,83
37.30	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA	R\$ 188,67
37.31	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NÃO ATIVA	R\$ 372,98



CONSUD Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste

CNPJ 00.333.678/0001-96

37.32	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO	R\$ 162,45
37.33	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTEIRO	R\$ 406,41
37.34	CINTILOGRAFIA P/ QUANTIFICAÇÃO DE SHUNT EXTRACARDÍACO	R\$ 257,82
37.35	CINTILOGRAFIA RENAL / RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)	R\$ 332,57
37.36	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUAÇÃO DE ESFORÇO	R\$ 257,82
37.37	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUAÇÃO DE REPOUSO (VENTRICULOGRAFIA)	R\$ 212,06
37.38	CISTERNOCINTILOGRAFIA (INCLUINDO PESQUISA E/OU AVALIAÇÃO DO TRANSITO LIQUORICO)	R\$ 246,40
37.39	CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA	R\$ 147,56
37.40	CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA	R\$ 173,40
37.41	DEMONSTRAÇÃO DE SEQUESTRO DE HEMACIAS PELO BACO (C/ RADIOISOTOPOS)	R\$ 116,84
37.42	DETERMINAÇÃO DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR	R\$ 75,86
37.43	DETERMINAÇÃO DE FLUXO PLASMÁTICO RENAL	R\$ 75,86
37.44	DETERMINAÇÃO DE FLUXO SANGUÍNEO REGIONAL	R\$ 148,71
37.45	DETERMINAÇÃO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS (C/ RADIOISOTOPOS)	R\$ 65,23
37.46	ESTUDO DE FLUXO SANGUÍNEO CEREBRAL	R\$ 142,99
37.47	ESTUDO RENAL DINÂMICO C/ OU S/ DIURÉTICO	R\$ 413,10
37.48	IMUNO-CINTILOGRAFIA (ANTICORPO MONOCLONAL)	R\$ 1.323,91
37.49	LINFOCINTILOGRAFIA	R\$ 169,59
37.50	TESTE DO PERCLORATO C/ RADIOISÓTOPO	R\$ 128,88
38	EXAMES DENSITOMETRIA ÓSSEA	
38.1	DENSITOMETRIA ÓSSEA - DOIS SEGMENTOS (COLUNA E FÊMUR)	R\$ 180,00
38.2	DENSITOMETRIA ÓSSEA - CORPO INTEIRO	R\$ 300,00
38.3	DENSITOMETRIA ÓSSEA (UM SEGMENTO)	R\$ 150,00
38.4	DENSITOMETRIA ÓSSEA DUO-ENERGÉTICA DE COLUNA (VERTEBRAS E LOMBARES E/OU FÊMUR)	R\$ 125,00
39	EXAMES DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADE RADIOGRAFIAS	
39.1	BRONCOGRAFIA UNILATERAL	R\$ 110,41
39.2	CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE	R\$ 47,76
39.3	COLANGIOGRAFIA POS-OPERATORIA	R\$ 32,61
39.4	COLANGIOGRAFIA PRE-OPERATORIA	R\$ 32,61
39.5	DACRIOCISTOGRAFIA (UNILATERAL, ADULTO E INFANTIL)	R\$ 48,85
39.6	DUCTOGRAFIA (POR MAMA)	R\$ 57,16
39.7	DUODENOGRAMA HIPOTÔNICA	R\$ 34,52
39.8	ESCANOMETRIA	R\$ 90,00
39.9	FISTULOGRAFIA	R\$ 45,34
39.10	FLEBOGRAFIA DE CAVA INFERIOR E/OU SUPERIOR	R\$ 200,01



CONSUD Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste

CNPJ 00.333.678/0001-96

39.11	FLEBOGRAFIA DE MEMBRO	R\$ 145,94
39.12	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	R\$ 400,00
39.13	MAMOGRAFIA	R\$ 22,50
39.14	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	R\$ 45,00
39.15	MARCAÇÃO PRÉ CIRURGICA DE LESÃO NÃO PALPÁVEL DE MAMA ASSOCIADA A MAMOGRAFIA	R\$ 62,50
39.16	PIELOGRAFIA ASCENDENTE	R\$ 52,11
39.17	PLANIGRAFIA DE COLUNA VERTEBRAL	R\$ 21,33
39.18	PLANIGRAFIA DE LARINGE	R\$ 27,32
39.19	PLANIGRAFIA DE OSSO - SUBSIDIARIA A OUTROS EXAMES (POR PLANO)	R\$ 21,33
39.20	PLANIGRAFIA DE OSSO EM 2 PLANOS	R\$ 21,33
39.21	PLANIGRAFIA DE RIM S/ CONTRASTE	R\$ 21,33
39.22	RADIOGRAFIA	R\$ 21,33
39.23	RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRÂNSITO)	R\$ 500,00
39.24	RADIOGRAFIA DE PNEUMOMEDIASTINO	R\$ 27,27
39.25	RADIOGRAFIA DE REED - ESOFAGO, ESTOMAGO E DUODENO COM CONTRASTE	R\$ 400,00
39.26	RADIOGRAFIA P/ ESTUDO DO DELGADO C/ DUPLO CONTRASTE (ENTEROCLISE)	R\$ 48,09
39.27	RADIOGRAFIA PANORAMICA	R\$ 40,38
39.28	SIALOGRAFIA (POR GLANDULA)	R\$ 48,85
39.29	TELERADIOGRAFIA COM TRACADOS E SEM TRACADOS	R\$ 21,33
39.30	URETROCISTOGRAFIA	R\$ 250,00
39.31	UROGRAFIA VENOSA (UROGRAFIA EXCRETORA) COM CONTRASTE	R\$ 120,00
40	EXAMES DIAGNÓSTICOS SOMENTE O LAUDO	
40.6	LAUDO PARA ELETROCARDIOGRAMA	
40.3	LAUDO PARA EXAMES DE ELETROENCEFALOGRAMA	R\$ 40,00
40.4	LAUDO PARA EXAMES DE HOLTER	R\$ 40,00
40.5	LAUDO PARA EXAMES DE MAPA	R\$ 40,00
40.2	LAUDO PARA EXAMES DE RAIOS X FILME RADIOLÓGICO	R\$ 11,66
40.1	LAUDO PARA EXAMES DE RAIOS-X FILME DIGITAL	R\$ 11,66
41	EXAMES DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADE POR RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA	
41.1	ANGIOGRAFIA CEREBRAL (4 VASOS)	R\$ 179,46
41.2	AORTOGRAFIA ABDOMINAL	R\$ 189,73
41.3	AORTOGRAFIA TORACICA	R\$ 170,44
41.4	ARTERIOGRAFIA CERVICO-TORACICA	R\$ 201,01
41.5	ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO	R\$ 179,46
41.6	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE DOENCA ARTERIOSCLEROTICA AORTO-ILIACA E DISTAL	R\$ 504,33
41.7	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE HEMORRAGIA CEREBRAL	R\$ 504,43
41.8	ARTERIOGRAFIA P/ INVESTIGACAO DE ISQUEMIA	R\$ 504,43



CONSUD Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste

CNPJ 00.333.678/0001-96

	CEREBRAL	
41.9	ARTERIOGRAFIA PELVICA	R\$ 170,44
41.10	ARTERIOGRAFIA SELETIVA DE CAROTIDA	R\$ 190,31
41.11	ARTERIOGRAFIA SELETIVA POR CATETER (POR VASO)	R\$ 201,51
41.12	ARTERIOGRAFIA SELETIVA VERTEBRAL	R\$ 201,01
41.13	COLANGIOGRAFIA TRANSCUTANEA	R\$ 45,34
41.14	LINFANGIOADENOGRAMA	R\$ 199,40
42	EXAMES RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	
42.1	CONTRASTE PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	R\$ 190,00
42.2	ENTERO RESSONÂNCIA	R\$ 403,00
42.3	RESSONANCIA ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR	R\$ 403,00
42.4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ARTICULAR (POR ARTICULAÇÃO)	R\$ 403,00
42.5	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COM ESPECTROSCOPIA CEREBRAL	R\$ 403,00
42.6	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA CORAÇÃO - MORFOLÓGICO E FUNCIONAL	R\$ 403,00
42.7	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN INFERIOR/PELVE	R\$ 403,00
42.8	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 403,00
42.9	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTRO	R\$ 403,00
42.10	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA	R\$ 403,00
42.11	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL	R\$ 403,00
42.12	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 403,00
42.13	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA	R\$ 403,00
42.14	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CORAÇÃO / AORTA C/ CINE	R\$ 403,00
42.15	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE COXA	R\$ 590,00
42.16	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO	R\$ 403,00
42.17	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO COM FLUXO LIQUÓRICO	R\$ 1300,00
42.18	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MAMA	R\$ 403,00
42.19	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R\$ 403,00
42.20	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ÓRBITAS BILATERAL	R\$ 403,00
42.21	RESSONANCIA MAGNÉTICA DE OUVIDO	R\$ 750,00
42.22	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PESCOÇO (NASOFARINGE, OROFARINGE, LARINGE, TRAQUEIA, TIREOIDE, PARATIREOIDE)	R\$ 410,00
42.23	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PRÓSTATA	R\$ 403,00
42.24	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE SELA TÚRCICA (HIPOFISE)	R\$ 403,00
42.25	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX	R\$ 403,00
42.26	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES/	R\$ 403,00



CONSUD Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste

CNPJ 00.333.678/0001-96

	COLANGIORRESSONÂNCIA	
42.27	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA FACE	R\$ 403,00
42.28	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA HIDRO-RM (COLANGIO-RM OU URO-RM OU MIELO-RM OU SIALO-RM OU CISTOGRAFIA POR RM) (COM OU SEM CONTRASTE)	R\$ 403,00
42.29	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMETRICA DA PRÓSTATA	R\$ 470,00
42.30	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA PLEXO BRAQUIAL	R\$ 403,00
42.31	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA PLEXO LOMBO - SACRO	R\$ 403,00
42.32	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA SACRO COCCÍGEA	R\$ 403,00
42.33	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA SACRO ILIACAS	R\$ 403,00
42.34	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA SEGMENTO APENDICULAR (UNILATERAL)	R\$ 403,00
42.35	RESSONANCIA MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R\$ 403,00
43	EXAMES TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	
43.1	CONTRASTE PARA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	R\$ 190,00
43.2	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CAVUM	R\$ 86,75
43.3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CONE BEAM	R\$ 150,00
43.4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN SUPERIOR	R\$ 138,63
43.5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO ESTERNO CLAVICULAR	R\$ 86,75
43.6	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES	R\$ 86,75
43.7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR	R\$ 86,75
43.8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR	R\$ 86,75
43.9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE BACIA	R\$ 86,75
43.10	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL	R\$ 86,76
43.11	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 101,10
43.12	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA	R\$ 86,76
43.13	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES	R\$ 86,75
43.14	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE HIPOFISE/SELA TURCICA	R\$ 97,44
43.15	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE LARINGE	R\$ 86,75
43.16	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE/ABDÔMEN INFERIOR	R\$ 138,63
43.17	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SACRO COCCIX	R\$ 101,10
43.18	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX	R\$ 136,41
43.19	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO	R\$ 97,44



CONSUD Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste

CNPJ 00.333.678/0001-96

43.20	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO	R\$ 86,75
43.21	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ESCANOMETRIA BILATERAL DOS MEMBROS INFERIORES	R\$ 300,00
43.22	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA OUVIDOS INTERNO	R\$ 97,44
43.23	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA TEMPORO - MANDIBULAR	R\$ 86,75
43.24	TOMOGRAFIA POR EMISSÃO DE PÓSITRONS (PET-CT)	R\$ 2.107,22
43.25	TOMOMIELOGRAFIA COMPUTADORIZADA	R\$ 138,63
44	EXAMES EM REGIME DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	
44.1	RAIO-X EM REGIME DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA – ATENDIMENTO 24 HORAS TODOS OS DIAS DA SEMANA. (LAUDO ENTREGUE EM ATÉ 3 HORAS).	R\$ 40,00
44.2	RESSONÂNCIA DE CRÂNIO DE URGÊNCIA E EMERGENCIA (ADULTO E INFANTIL) ATENDIMENTO 24HORAS TODOS OS DIAS DA SEMANA. (LAUDO ENTREGUE EM ATÉ 3 HORAS).	R\$ 700,00
44.3	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COM OU SEM CONTRASTE EM REGIME DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ATENDIMENTO 24 HORAS TODOS OS DIAS DA SEMANA. (LAUDO ENTREGUE EM ATÉ 3 HORAS).	R\$ 300,00
45	EXAMES ULTRASSONOGRAFIA	
45.1	ECODOPPLER TRANSCRANIANO	R\$ 117,00
45.2	MARCAÇÃO DE LESÃO PRÉ-CIRURGICA DE LESÃO NÃO PALPÁVEL DE MAMA ASSOCIADA A ULTRASSONOGRAFIA	R\$ 25,43
45.3	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA	R\$ 14,81
45.4	ULTRASSONOGRAFIA ABDOMEN INFERIOR	R\$ 110,00
45.5	ULTRASSONOGRAFIA ABDÔMEN SUPERIOR	R\$ 80,00
45.6	ULTRASSONOGRAFIA ABDÔMEN TOTAL (INCLUI ABDÔMEN INFERIOR)	R\$ 110,00
45.7	ULTRASSONOGRAFIA APARELHO URINÁRIO	R\$ 80,00
45.8	ULTRASSONOGRAFIA BILATERAL DE MAMAS COM DOPPLER COLORIDO	R\$ 275,00
45.9	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN INFERIOR COM DOPPLER PEDIÁTRICA	R\$ 180,00
45.10	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN INFERIOR DOPPLER	R\$ 180,00
45.11	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR COM DOPPLER PEDIÁTRICA	R\$ 180,00
45.12	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR DOPPLER	R\$ 180,00
45.13	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO	R\$ 90,00
45.14	ULTRASSONOGRAFIA DE AXILA	R\$ 110,00
45.15	ULTRASSONOGRAFIA DE AXILA COM DOPPLER	R\$ 180,00
45.16	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R\$ 150,00



CONSUD Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste

CNPJ 00.333.678/0001-96

45.17	ULTRASSONOGRRAFIA DE GLÂNDULAS SALIVARES	R\$ 165,00
45.18	ULTRASSONOGRRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR)	R\$ 24,20
45.19	ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES COM DOPPLER	R\$ 180,00
45.20	ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 100,00
45.21	ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA TRANSRETAL COM DOPPLER COLORIDO	R\$ 390,00
45.22	ULTRASSONOGRRAFIA DE REGIÃO INGUINAL	R\$ 110,00
45.23	ULTRASSONOGRRAFIA DE TESTÍCULOS	R\$ 180,00
45.24	ULTRASSONOGRRAFIA DE TESTÍCULOS E CORDÕES ESPERMÁTICOS DOPPLER	R\$ 400,00
45.25	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE	R\$ 24,20
45.26	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE COM DOPPLER	R\$ 180,00
45.27	ULTRASSONOGRRAFIA DE TÓRAX (EXTRACARDIACA)	R\$ 80,00
45.28	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO SUPERIOR E INFERIOR – UNILATERAL	R\$ 260,00
45.29	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ARTÉRIAS RENAS	R\$ 180,00
45.30	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ILÍACAS	R\$ 180,00
45.31	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE ARTÉRIAS VISCERAIS (MESENTÉRICAS SUPERIOR, INFERIOR E TRONCO CELÍACO)	R\$ 180,00
45.32	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE HEMANGIOMA	R\$ 180,00
45.33	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE ORGAO OU ESTRUTURA ISOLADA (INCLUI CORAÇÃO)	R\$ 39,60
45.34	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	R\$ 39,60
45.35	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS ARTERIAIS BILATERAL (CARÓTIDAS E VERTEBRAIS)	R\$ 180,00
45.36	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS ARTERIAIS BILATERAIS (SUBCLÁVIAS E JUGULARES)	R\$ 39,60
45.37	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS CERVICAIS VENOSOS BILATERAIS (SUBCLÁVIAS E JUGULARES)	R\$ 180,00
45.38	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VEIA CAVA SUPERIOR OU INFERIOR	R\$ 180,00
45.39	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO SUPERIOR E INFERIOR– UNILATERAL	R\$ 260,00
45.40	ULTRASSONOGRRAFIA HIPOCÔNDRIO DIREITO	R\$ 165,00
45.41	ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL	R\$ 80,00
45.42	ULTRASSONOGRRAFIA MUSCULATURA DA COXA	R\$ 110,00



CONSUD Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste

CNPJ 00.333.678/0001-96

45.43	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA	R\$ 80,00
45.44	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA 1º TRIMESTRE (ENDOVAGINAL)	R\$ 90,00
45.45	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R\$ 120,00
45.46	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA COM TRANSLUCENCIA NUCAL	R\$ 200,00
45.47	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA COM TRANSLUCENCIA NUCAL E MEDIDA DO COLO UTERINO	R\$ 435,00
45.48	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA GEMELAR	R\$ 130,00
45.49	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA	R\$ 190,00
45.50	ULTRASSONOGRRAFIA ÓRGÃOS SUPERFICIAIS (MAMAS, TIREÓIDE OU ESCROTO OU PÊNIS OU CRÂNIO)	R\$ 100,00
45.51	ULTRASSONOGRRAFIA PRÓSTATA TRANSRETAL COM BIÓPSIA INDEPENDE O NUMERO DE FRAGMENTOS COM OU SEM ANATOMO PATOLOGICO	R\$ 450,00
45.52	ULTRASSONOGRRAFIA REGIÃO CERVICAL	R\$ 180,00
45.53	ULTRASSONOGRRAFIA RETROPERRITÔNIO, GRANDES VASOS E SUPRA RENAIIS	R\$ 165,00
45.54	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA	R\$ 200,00
45.55	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL (INCLUI ABDOME INFERIOR FEMININO)	R\$ 110,00
45.56	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL COM DOPPLER COLORIDO	R\$ 180,00
46	EXAMES DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS EM GERAL	
46.1	IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DA TIREÓIDE (100 MCI)	R\$ 1.071,90
46.2	IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DA TIREÓIDE (150 MCI)	R\$ 1.289,90
46.3	IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DA TIREÓIDE (200 MCI)	R\$ 1.471,32
46.4	IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DA TIREÓIDE (250 MCI)	R\$ 1.810,32
46.5	IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DA TIREÓIDE (30 MCI)	R\$ 1.000,00
46.6	IODOTERAPIA DE CARCINOMA DIFERENCIADO DA TIREÓIDE (50 MCI)	R\$ 1.000,00
46.7	TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO GRAVE	R\$ 512,31
47	ÓCULOS E PRÓTESE OCULAR	
47.1	LENTE ESCLERAL	R\$ 1.190,00
47.2	ÓCULOS COM LENTE FILTRANTE PARA ALBINOS	R\$ 150,00
47.3	ÓCULOS COM LENTES ASFÉRICAS POSITIVAS (ACIMA DE 8,00 GRAUS)	R\$ 340,00
47.4	ÓCULOS COM LENTES CORRETIVAS IGUAIS / MAIORES QUE 0,5 DIOPTRIAS	R\$ 28,00
47.5	ÓCULOS COM LENTES ESFERO PRISMÁTICAS (ACIMA	R\$ 350,00



CONSUD Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste

CNPJ 00.333.678/0001-96

	DE 5,00 ATÉ 12,00 GRAUS)	
47.6	OCULOS MULTIFOCAL	R\$ 85,00
47.7	OCULOS ULTEX BIFOCAL	R\$ 75,00
47.8	PRÓTESE OCULAR	R\$ 1.250,00

* Itens excluídos ou com valores alterados pela Resolução 022/2023.

Art. 2º - Das alterações seja dada ciência ao Setor de Licitações para que promova ao registro da informação junto aos processos licitatórios correspondentes;

Art. 3º - Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Gabinete do Presidente do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste
Francisco Beltrão, 23 de março de 2023

JEAN PIERR CATTO

Presidente do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 27/03/2023 09:02 - 03:00 - 03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSSE <https://ic.atende.net/p642185d04bd25>.

