



## Prefeitura Municipal de Lagoa Santa

### CONTRATO DE PROGRAMA Nº 031/2024

O **MUNICÍPIO DE LAGOA SANTA**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ sob nº 73.357.469/0001-56, sediado na Rua São João, nº 290, Centro, Lagoa Santa/MG, CEP: 33.230-103, neste ato representado pelo **SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE (INTERINO)**, João Paulo da Silva, inscrito no CPF sob o nº 068.242.246-00 e CI nº MG10155497, SSP/MG, doravante denominado **CONTRATANTE** e do outro lado o **CONSÓRCIO PÚBLICO INSTITUIÇÃO DE COOPERAÇÃO INTERMUNICIPAL DO MÉDIO PARAÓPEBA – ICISMEP**, inscrito no CNPJ sob o nº 05.802.877/0001-10, com sede na Rua Orquídeas, nº 489, Bairro Flor de Minas, São Joaquim de Bicas/MG, neste ato representado por seu Diretor Institucional, Sr. Eustáquio da Abadia Amaral, inscrito no CPF sob o nº 055.506.886-20, residente e domiciliado no município de Belo Horizonte, MG, de conformidade com seus estatutos, doravante **CONTRATADO**, tendo em vista o que dispõe a Constituição da República Federativa do Brasil, em especial os seus artigos 196 e seguintes, a Lei Orgânica do Município, a Lei n.º 8.080/90, o art. 3º, § 3º da Lei n.º 8.142/90, as normas gerais da Lei n.º 8.666/93, a Lei n.º 11.107/05 e o Decreto Federal n.º 6.017/07, além das demais disposições gerais e regulamentares aplicáveis à espécie, e considerando que a licitação é dispensada, nos termos do art. 2º, § 1º, III da Lei n.º 11.107/05 c/c art. 18 e 32 do Decreto Federal n.º 6.017/07, as partes acima identificadas celebram o presente Contrato de Programa, decorrente da **Dispensa de Licitação 028/2023 - Processo nº 216/2023**, conforme o art. 24, inciso XXVI da Lei Federal nº 8.666/93, sendo aplicada a referida Lei, que se regerá, além da legislação citada, pelas cláusulas e condições seguintes:

#### CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente contrato tem por objeto **CELEBRAÇÃO DE CONTRATO DE PROGRAMA COM O CONSÓRCIO PÚBLICO DA INSTITUIÇÃO DE COOPERAÇÃO INTERMUNICIPAL DO MÉDIO PARAÓPEBA – ICISMEP** para a prestação dos seguintes serviços:

1.1.1. **Procedimentos ambulatoriais e hospitalares eletivos** que não estejam contempladas pela cota mensal do município estabelecida pela ICISMEP, nem pela cota do município através de repasses do SUS e, também, que não estejam contempladas em eventuais repasses de convênios firmados com o Estado e/ou outros entes da Federação, podendo a prestação de serviços ocorrer em unidades da ICISMEP, unidades prestadoras de serviço regularmente contratadas ou dentro de unidades do CONTRATANTE;

1.1.2. **Assistência à saúde pública em nível ambulatorial e hospitalar (serviços médicos)** em unidade(s) de saúde situada(s) no município do **CONTRATANTE**; e

1.1.3. **Procedimentos ambulatoriais e hospitalares inseridos na Programação Pactuada e Integrada do Sistema Único de Saúde - PPI/SUS** e demais projetos e programas especiais estabelecidos pelos governos Estadual e Federal.



## Prefeitura Municipal de Lagoa Santa

1.1.3.1. Os serviços serão distribuídos e utilizados livremente, **dentro dos valores estabelecidos neste contrato (teto financeiro)**, de acordo com a capacidade operacional da **CONTRATADA** e da demanda do **CONTRATANTE**, que através de relatórios acompanhará a execução dos mesmos, tudo de acordo com as normas do Sistema Único de Saúde - SUS.

1.1.3.2. Mediante termo aditivo, e de acordo com a capacidade operacional da **CONTRATADA**, o **CONTRATANTE** poderá, considerando suas necessidades, fazer acréscimos ou supressões nos valores limites desse CONTRATO, durante o período de sua vigência, incluídas as prorrogações, por meio de solicitação justificada do Secretário de Saúde ou outra autoridade competente.

### CLÁUSULA SEGUNDA – DA ESPECIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS

2.1. Os serviços elencados no anexo I do presente instrumento, poderão sofrer acréscimos a qualquer momento durante a vigência do contrato.

### CLÁUSULA TERCEIRA – DA VIGÊNCIA E DO PRAZO DE EXECUÇÃO

3.1. A duração do presente contrato será de 12 (doze) meses a contar da assinatura do mesmo, podendo ser prorrogado mediante termo aditivo, nos termos do artigo 57, II da Lei nº 8.666/93 e alterações posteriores.

3.2. Mediante termo aditivo, e de acordo com a capacidade operacional da **CONTRATADA**, o **CONTRATANTE** poderá, considerando suas necessidades, fazer acréscimos ou supressões nos valores limites desse contrato, durante o período de sua vigência, incluídas as prorrogações, por meio de solicitação justificada do Secretário de Saúde ou outra autoridade competente

### CLÁUSULA QUARTA – DO ACOMPANHAMENTO E FORMA DE EXECUÇÃO

4.1. O acompanhamento e a fiscalização da execução do contrato ficarão sob a responsabilidade dos gestores de contratos da Secretaria de Saúde nos termos da Portaria Municipal vigente.

4.2. A execução do presente contrato será avaliada pelos órgãos competentes, mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste contrato, e de quaisquer outros dados necessários ao controle e avaliação dos serviços prestados.

4.2.1. Sob critérios definidos em normatização complementar, poderá, em casos específicos, ser realizada auditoria especializada.

4.2.2. Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operacional do **CONTRATADO** poderá ensejar a não prorrogação deste contrato ou a revisão das condições ora estipuladas.



## Prefeitura Municipal de Lagoa Santa

4.2.3. A fiscalização exercida pelo contratante sobre os serviços ora contratados, não eximirá o **CONTRATADO** da sua plena responsabilidade perante o **CONTRATANTE** ou para com os pacientes e terceiros, decorrentes de culpa ou dolo na execução do contrato.

4.2.4. O **CONTRATADO** facilitará ao **CONTRATANTE** o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que forem solicitados pelos servidores do **CONTRATANTE**, designados para tal fim.

4.2.5. Em qualquer hipótese é assegurado ao **CONTRATADO** amplo direito de defesa, nos termos da Lei Federal de Licitação e Contratos Administrativos nº 8.666/93.

### CLÁUSULA QUINTA - DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO

5.1. Para o cumprimento do objeto deste contrato, o **CONTRATADO** se obriga a oferecer ao paciente todo recurso necessário ao seu atendimento e, ainda a:

5.1.1 Realizar apenas os serviços autorizados pelo **CONTRATANTE**, atentando-se aos quantitativos, prazos, valores estabelecidos e local de prestação de serviço, não se responsabilizando por inconsistências apresentadas pelo **CONTRATANTE**;

5.1.2. Realizar os procedimentos e/ou serviços respeitando-se os critérios, normatizações e protocolos de regulação médica, com análise classificatória de risco e de prioridades;

5.1.3. Tratando-se de atividades realizadas em unidades prestadoras de serviço regularmente contratadas, caberá ao **CONTRATADO** fiscalizar e acompanhar os serviços, procedendo com a averiguação da qualidade e providências caso os serviços não estejam sendo realizados a contento;

5.1.4. Responsabilizar-se pela contratação de todo e qualquer profissional necessário à Prestação de Serviços delineados neste contrato;

5.1.5. Notificar o **CONTRATANTE** de quaisquer ocorrências relevantes que envolva a execução dos objetos deste contrato;

5.1.6. Executar os procedimentos e/ou serviços, com garantia de qualidade, integralidade e continuidade da assistência durante a vigência do contrato;

5.1.7. Exclui-se da responsabilidade do **CONTRATADO** o descumprimento do Contrato, por greve, blackouts, convulsões sociais e outros decorrentes de caso fortuito ou de força maior, previstos em Lei;

5.1.8 Aceitar as condições de remuneração constante nas *Tabela(s) Oficial(is) de Serviços de Saúde da ICISMEP* anexa, com vedação expressa da cobrança de qualquer taxa ou diferença ao usuário.



## Prefeitura Municipal de Lagoa Santa

### CLÁUSULA SEXTA – DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

- 6.1. Efetivar, com exclusividade, o controle e distribuição da utilização dos serviços contratados, dentro dos valores estabelecidos neste contrato;
- 6.2. Efetivar, para o atendimento do usuário, a devida marcação no(s) sistema(s) disponibilizado(s) pelo **CONTRATADO** ou pelos credenciados, com a antecedência estabelecida;
- 6.3. Utilizar o sistema informatizado do **CONTRATADO** de forma responsável, mantendo sigilo das informações disponibilizadas, exceto em documentos que por sua própria natureza não exija sigilo;
- 6.4. Requerer a prestação de serviço elencada na assistência a saúde pública em nível ambulatorial, indicando a unidade de saúde que deverá ser prestado o mesmo;
- 6.5. Propor aditamento, remanejar ou interromper as marcações em caso de utilização total dos valores estabelecidos neste contrato, sob pena de arcar, incontestemente, com as diferenças apuradas;
- 6.6. Comunicar ao **CONTRATADO** quanto a qualquer problema ou ocorrência na prestação dos serviços;
- 6.7. Manter em rigorosa pontualidade os pagamentos;
- 6.8. Providenciar as dotações orçamentárias, reservas e empenhos necessários à fiel contraprestação deste contrato;
- 6.9. Acompanhar a execução física e financeira do presente contrato, controlando, avaliando, monitorando e auditando a conformidade da execução dos tipos e quantitativos de Serviços;
- 6.10. Compete à Secretaria Municipal de Saúde - SMS do **CONTRATANTE** acompanhar a execução do contrato, bem como conferir a execução dos serviços e as notas fiscais emitidas pela **CONTRATADA** e atestar formalmente a conformidade de execução, com o “*de acordo*” para fins de pagamento.

### CLÁUSULA SÉTIMA – ESTIMATIVA DO VALOR (PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS), QUANTIDADES DE EXAMES E FORMA DE PAGAMENTO

- 7.1. O valor total estimado do contrato é de R\$ 2.200.000,00 (dois milhões e duzentos mil reais), que serão manejados e distribuídos MENSALMENTE sob demanda do CONTRATANTE e disponibilidade do CONTRATADO, mediante solicitações e agendamentos prévios.
- 7.2. O valor estabelecido no *caput* desta Cláusula refere-se ao teto financeiro do contrato.
- 7.3. O valor estipulado no *caput* desta Cláusula será diluído mensalmente, cabendo ao **CONTRATANTE** acompanhar a execução através de relatórios



## Prefeitura Municipal de Lagoa Santa

encaminhados pelo **CONTRATADO**, sendo do **CONTRATANTE** a responsabilidade exclusiva pelo controle de gastos mensais e globais deste contrato.

7.4 Os valores individualizados de cada serviço prestado são aqueles aprovados nas *Tabela(s) Oficial(is) de Serviço(s) de Saúde da ICISMEP* e serão discriminados nos documentos de cobrança, sendo que as tabelas contendo os valores vigentes por ocasião da assinatura deste instrumento são repassadas, também neste ato, ao **CONTRATANTE**, fazendo parte integrante deste instrumento.

7.5 O valor total deste contrato (Teto Financeiro) poderá ser alterado nas condições estabelecidas na Cláusula Terceira, item 3.2, bem como, pelas hipóteses previstas na Lei Federal 8.666/93.

### CLÁUSULA OITAVA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

8.1. As despesas necessárias à execução do presente contrato de programa correrão às expensas da seguinte Dotação Orçamentária:

DOTAÇÃO	FICHA
02.06.01.10.302.0019.2224.3.3.90.39.00	642

8.2. A parte das despesas decorrentes deste contrato que não forem realizadas em 2024 correrão à conta de dotações orçamentárias próprias de exercícios futuros.

### CLÁUSULA NONA – DA APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS DE COBRANÇA E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

9.1. O preço estipulado neste contrato será pago da seguinte forma, sob pena de incidência de multa de 2% (dois por cento) e atualização monetária.

9.2. Os serviços objetos deste contrato, serão atestados por intermédio de planilhas comprobatórias encaminhadas ao Serviço de Regulação da SMS do **CONTRATANTE**, com os quantitativos mensais de execução dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares até o 5º dia útil subsequente ao mês de realização dos mesmos.

9.3. Caso seja de interesse do **CONTRATANTE** a emissão de relatório detalhado com nome do paciente atendido, data, horário, médico e procedimento realizado, caberá ao mesmo acessar o sistema informatizado da ICISMEP, consultando o sítio oficial da Instituição [www.cismep.com.br](http://www.cismep.com.br), link “Acesso Regulação” para a realização da consulta, onde estarão disponíveis todas as informações detalhadas.

9.4. Após o encaminhamento dos documentos comprobatórios a ICISMEP remeterá ao **CONTRATANTE** documentos de cobrança/nota fiscal após a devida conferência dos serviços prestados.



## Prefeitura Municipal de Lagoa Santa

9.5. A Nota fiscal/fatura de apresentação de produção mensal dos serviços, constará o caráter ambulatorial ou hospitalar da prestação de serviços, o local de realização dos procedimentos e/ou serviços, com listagem descritiva dos quantitativos e do período (competência) de execução dos mesmos, com nomes e assinaturas de pacientes ou de seus acompanhantes/representantes legais.

9.6. A remuneração pelos serviços será efetuada de acordo com os valores discriminados na(s) *Tabela(s) Oficial(ais) de Serviço(s) de Saúde da Instituição*, pelo **CONTRATANTE** ao **CONTRATADO**, até o 15º (décimo quinto) dia útil subsequente a apresentação da cobrança/nota fiscal.

9.7. No caso de atraso de pagamento, desde que o **CONTRATADO** não tenha concorrido de alguma forma para tanto, serão devidos pela **CONTRATANTE** os encargos, juros e multa previstos neste termo.

9.8. O **CONTRATADO**, na hipótese de atraso superior a 30 (trinta) dias no pagamento devido pelo **CONTRATANTE**, fica livre de qualquer responsabilidade pelo não atendimento do paciente amparado pelo SUS, bem como, atendimento nas unidades do município demandante, ressalvadas as situações de calamidade pública ou grave ameaça da ordem interna ou as situações de urgência e emergência.

### **CLÁUSULA DÉCIMA – DA(S) TABELA(S) OFICIAL(AIS) DE SERVIÇO(S) DE SAÚDE DA ICISMEP.**

10.1. Os valores referentes aos objetos deste contrato são estipulados por meio de Tabelas Próprias do Consórcio e poderão ser alteradas, inclusive sofrerem reajustamento geral ou pontual, em caso de ocorrência de fatores que abalem o equilíbrio financeiro ou afetem ou possam afetar a regular disponibilização dos serviços aqui contratados, levando em consideração sempre as peculiaridades locais que impactam na obtenção/disponibilização dos serviços e nas características assistenciais da região em que os mesmos são demandados.

10.2. Sempre que houver alterações nos valores constantes na(s) Tabela(s) Oficial(ais) de Serviço(s) de Saúde da ICISMEP, deve haver comunicação ao **CONTRATANTE**, incorporando-se as mesmas a este instrumento.

### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS**

11.1. As partes, no caso de mora ou inadimplemento de obrigações de pagar e/ou fazer, ficarão sujeitas ao ressarcimento dos danos provocados à outra e/ou penalidades previstas em lei, cuja incidência deverá os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade.

11.1.1. Considerando estarmos no âmbito da cooperação interfederativa estabelecida constitucionalmente no art. 241 da Carta Maior, a aplicação de penalidades deve ser precedida de tentativa de ajuste administrativo, uma vez que a **CONTRATADA** é parte da Administração Indireta do **CONTRATANTE** e este, por sua vez, é ente Consorciado da primeira conjuntamente com outros entes federados, sendo que a penalidade, portanto, deve ter sua finalidade



## Prefeitura Municipal de Lagoa Santa

apurada e fundamentada em procedimento administrativo próprio, observados os princípios da ampla defesa e do devido processo legal.

### CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA RESCISÃO

12.1 Constituem motivos para rescisão do presente **CONTRATO** o não Cumprimento de quaisquer de suas cláusulas e condições, bem como, de forma análoga, os motivos previstos na legislação referente a licitações e contratos administrativos, sem prejuízo da multa prevista na Cláusula anterior.

12.1.1. Em caso de rescisão contratual, se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo à população, será observado o prazo de 30 (trinta) dias antes que cesse definitivamente a prestação dos serviços. Neste prazo o **CONTRATANTE** continuará obrigado à efetivação dos pagamentos ora contratados, sob pena de suspensão imediata dos serviços, sem prejuízo de cobrança dos já executados.

### CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS/ INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

13.1. Os serviços ora contratados serão prestados pelo contratado por meios próprios ou sob sua gestão administrativa ou contratual.

13.2. Os prestadores de serviços credenciados pelo contratado não poderão cobrar do paciente ou de seu acompanhante qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços prestados nos termos deste contrato.

13.3. O contratado responsabilizar-se-á por qualquer cobrança indevida, feita ao paciente ou seu representante, por profissional empregado, preposto ou credenciado, em razão da execução deste contrato.

13.4. Sem prejuízo do acompanhamento da fiscalização e da normatividade suplementar exercida pelo contratante, sobre a execução do objeto deste contrato, o mesmo reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS, decorrente da Legislação da Saúde.

13.5. É de responsabilidade exclusiva e integral do contratado a utilização de pessoal para execução do objeto deste contrato, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício cujo ônus e obrigações, em nenhuma hipótese, poderão ser transferidos para o contratante ou para o Ministério de Saúde.

13.6. O contratado, na hipótese de atraso superior a 30 (trinta) dias no pagamento devido pelo contratante, ficará livre de qualquer responsabilidade pelo não atendimento de paciente amparado pelo SUS, ressalvadas as situações de calamidade pública ou grave ameaça da ordem interna ou as situações de urgência e emergência.



## Prefeitura Municipal de Lagoa Santa

### CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA VINCULAÇÃO CONTRATUAL

14.1. Este Contrato está vinculado de forma total e plena ao **Processo nº 216/2023 – Dispensa de Licitação 028/2023**, que lhe deu causa para cuja execução, exigir-se-à rigorosa obediência ao Termo de Referência.

14.2. Ficam as partes contratantes obrigadas a observar todos os termos da Lei n.º 8.666/93, a Lei n.º 11.107/05 e o Decreto Federal n.º 6.017/07 e, em sua omissão, os preceitos de direito público, os preceitos da teoria geral dos contratos e os termos da legislação civil aplicáveis à espécie.

### CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DO CONTROLE, AVALIAÇÃO, VISTORIA E FISCALIZAÇÃO

15.1. A execução do presente CONTRATO será avaliada pelos órgãos competentes, mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste instrumento, e de quaisquer outros dados necessários ao controle e avaliação dos serviços prestados.

### CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DA PUBLICAÇÃO

16.1 O extrato do presente Contrato será publicado no "Diário Oficial dos Municípios Mineiros", no Diário Oficial do Estado e no Diário Oficial da União, nos termos do parágrafo único, do artigo 61 da Lei Federal 8.666/93, a cargo do **CONTRATANTE**.

### CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DO FORO

17.1 As partes elegem o foro da comarca de Lagoa Santa/MG, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja para dirimir questões oriundas do presente contrato que não puderem ser resolvidas pela parte e pela Assembléia Geral/Conselho de Prefeitos.

E por estarem assim justas e contratadas, assinam o presente instrumento eletronicamente.

Lagoa Santa, 2024

**MUNICÍPIO DE LAGOA SANTA**  
**SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE (INTERINO)**  
JOÃO PAULO DA SILVA  
**CONTRATANTE**

**CONSÓRCIO PÚBLICO INSTITUIÇÃO DE COOPERAÇÃO**  
**INTERMUNICIPAL DO MÉDIO PARAÓPEBA – ICISMEP**  
EUSTÁQUIO DA ABADIA AMARAL  
**CONTRATADO**

Testemunhas: \_\_\_\_\_

CPF:

CPF:





## - ANEXO I -

# TABELAS OFICIAIS DE SERVIÇOS DE SAÚDE INSTITUIÇÃO DE COOPERAÇÃO INTERMUNICIPAL DO MÉDIO PARAOPEBA - ICISMEP



**TABELA DE SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS  
(TSPS)**



*Atualização na Tabela de Serviços e Procedimentos em Saúde da ICISMEP, realizada em Agosto de 2023, com publicação em Agosto de 2023, para vigência a partir da competência de Agosto de 2023.*

**TABELA DE SERVIÇOS DE SAÚDE EXECUTADOS NAS UNIDADES ICISMEP**

Tabela 01 - OFTALMOLOGIA

PACOTE BÁSICO DA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA (QUANTIDADE 1)	R\$ 50,58
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR PACIENTE (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
TOTAL DO PACOTE		
PACOTE BÁSICO DA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA INFANTIL		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA (QUANTIDADE 1)	R\$ 60,00
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR PACIENTE (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
SEM CÓDIGO SUS	RETINOSCOPIA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
TOTAL DO PACOTE		
SERVIÇOS COMPLEMENTARES EM OFTALMOLOGIA - UNIDADE MOVEL		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
-	ARMAÇÃO PARA ÓCULOS ALTO ÍNDICE GRAU FORTE MODELO ADULTO FEMININO E MASCULINO - MATERIAL EM METAL OU ACETATO COM ARO TOTAL, ARO QUADRADO OU REDONDO	R\$ 87,00
-	ARMAÇÃO PARA ÓCULOS ALTO ÍNDICE GRAU FORTE MODELO INFANTIL FEMININO E MASCULINO - MATERIAL EM METAL OU ACETATO COM ARO TOTAL, ARO QUADRADO OU REDONDO	R\$ 87,00
-	ARMAÇÃO PARA ÓCULOS MODELO ADULTO FEMININO E MASCULINO - MATERIAL EM METAL OU ACETATO COM ARO TOTAL, ARO QUADRADO OU REDONDO	R\$ 87,00
-	ARMAÇÃO PARA ÓCULOS MODELO INFANTIL FEMININO E MASCULINO - MATERIAL EM METAL OU ACETATO COM ARO TOTAL, ARO QUADRADO OU REDONDO	R\$ 86,00
-	LENTE OFTÁLMICAS MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO ÍNDICE DE -10.00 A + 9.50 ESFÉRICO E CILINDRO ATE -6.00; CONFORME RECEITUÁRIO MÉDICO	R\$ 39,00
-	LENTE OFTÁLMICAS MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO ÍNDICE DE -8.00 A +6.00 ESFÉRICO E CILINDRO ATE -4.00; CONFORME RECEITUÁRIO MÉDICO	R\$ 39,00
-	LENTE OFTÁLMICAS MONOFOCAIS ANTI-REFLEXO ALTO ÍNDICE GRAU FORTE, ALTA DIOPTRIA DE -12.50 A -23.00 ESFÉRICO E CILINDRO ATE -9.00; CONFORME RECEITUÁRIO MÉDICO	R\$ 45,00
-	LENTE OFTÁLMICAS MONOFOCAIS VISAO SIMPLES ANTI-REFLEXO DE PLANO -4.00 A + 4.00 ESFÉRICO, CILINDRO ATE -2.00; CONFORME RECEITUÁRIO MÉDICO	R\$ 61,00
-	LENTE OFTÁLMICAS MONOFOCAIS VISAO SIMPLES ANTI REFLEXO DE PLANO -6.00 A +6.00 ESFÉRICO, CILINDRO ATE -4.00; CONFORME RECEITUÁRIO MÉDICO	R\$ 58,00
-	LENTE OFTÁLMICAS MULTIFOCAIS ALTO ÍNDICE DE -10.00 A + 6.00 ESFÉRICO E CILINDRO ATE -6.00; ADICAO DE +1.00 A +3.50 ALTURA MINIMA DE 22MM	R\$ 59,00
-	LENTE OFTÁLMICAS MULTIFOCAIS VISAO SIMPLES DE -4.00 A +7.00 ESFÉRICO E CILINDRO ATE -4.00; ADICAO DE -1.00 A +3.00 ALTURA MINIMA DE 22MM	R\$ 74,90
AVALIAÇÃO DE CATARATA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CATARATA (QUANTIDADE 1)	R\$ 86,09
02.11.06.001-1	BIOMETRIA ULTRASSONICA MONOCULAR (ECO A) (R\$ 24,24 QUANTIDADE 2)	
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
02.05.02.008-9	ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
TOTAL DO PACOTE		
CONTROLE ANTECIPADO DE GLAUCOMA - CONSULTA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)	R\$ 79,00
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 2)	
02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA (QUANTIDADE 1)	
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR (R\$ 14,81 QUANTIDADE 2)	
02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
TOTAL DO PACOTE		
CONTROLE DE GLAUCOMA 30 A 60 DIAS - ACOMPANHAMENTO		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)	R\$ 19,46
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (3,37 QUANTIDADE 2)	
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
TOTAL DO PACOTE		
AVALIAÇÃO CIRÚRGICA DE GLAUCOMA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)	R\$ 53,54
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA	
02.11.06.017-8	RETINOGRAMA COLORIDA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
TOTAL DO PACOTE		
CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAVLIAÇÃO DE GLAUCOMA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.010-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)	R\$ 57,74
	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
	FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1)	
	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA (QUANTIDADE 1)	
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR (R\$ 14,81 QUANTIDADE 2)	
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
TOTAL DO PACOTE		
ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DE GLAUCOMA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.03.05.001-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)	R\$ 17,74
	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
	FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
TOTAL DO PACOTE		
DESCRIÇÃO DOS TRATAMENTOS MEDICAMENTOSOS DE GLAUCOMA		
Tabela 8	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.03.05.003-9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (1ª LINHA)	R\$ 18,66
03.03.05.004-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (2ª LINHA)	R\$ 79,38
03.03.05.005-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (3ª LINHA)	R\$ 127,98
03.03.05.006-3	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (1ª LINHA)	R\$ 12,44
03.03.05.007-1	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (2ª LINHA)	R\$ 52,92
03.03.05.008-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (3ª LINHA)	R\$ 85,33
03.03.05.009-8	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE ACETAZOLAMIDA MONOCULAR OU BINOCULAR	R\$ 93,10
03.03.05.010-1	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA MONOCULAR	R\$ 8,93
03.03.05.011-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA BINOCULAR	R\$ 13,39
03.03.05.015-2	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - MONOCULAR	R\$ 65,36
03.03.05.016-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - BINOCULAR	R\$ 98,04
03.03.05.017-9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR	R\$ 97,77
03.03.05.018-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR	R\$ 146,64
03.03.05.019-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR	R\$ 138,25
03.03.05.020-9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR	R\$ 207,36
03.03.05.021-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS	R\$ 150,69
03.03.05.022-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS	R\$ 226,02
CONSULTA PARA CONTROLE PÓS-OPERATORIO DE GLAUCOMA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)	R\$ 50,58
CISMEP-61	LISE DE SUTURA DE LASER POS TRABECULECTOMIA	R\$ 50,58
AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CORNEA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CORNEA (QUANTIDADE 1)	R\$ 59,58

02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR (R\$ 14,81 QUANTIDADE 2) (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
<b>TOTAL DO PACOTE</b>		
<b>AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE ESTRABISMO</b>		
<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR ICISMEP</b>
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM ESTRABISMO (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.023-2	TESTE ORTÓPTICO (QUANTIDADE 1)	R\$ 71,47
<b>TOTAL DO PACOTE</b>		
<b>AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE PLÁSTICA OCULAR</b>		
<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR ICISMEP</b>
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM PLÁSTICA OCULAR (QUANTIDADE 1)	R\$ 53,60
<b>TOTAL DO PACOTE</b>		
<b>AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA</b>		
<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR ICISMEP</b>
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM RETINA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.017-8	RETINOGRÁFIA COLORIDA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.018-6	RETINOGRÁFIA FLUORESCENTE (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	R\$ 121,00
<b>TOTAL DO PACOTE</b>		
<b>AVALIAÇÃO EM RETINOPATIA DE PREMATURIDADE</b>		
<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR ICISMEP</b>
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA (QUANTIDADE 1)	R\$ 242,42
<b>TOTAL DO PACOTE</b>		
<b>AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CIRURGIAS RETINIANAS - AVAL. DEPARTAMENTO DE VITRECTOMIA</b>		
<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR ICISMEP</b>
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CIRURGIAS RETINIANAS (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)	
02.05.02.008-9	ULTRASSONOGRÁFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR) - ECO B- (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	R\$ 95,96
<b>TOTAL DO PACOTE</b>		
<b>AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA - CONTROLE DE VITRECTOMIA</b>		
<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR ICISMEP</b>
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CIRURGIAS RETINIANAS (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
02.05.02.008-9	ECO-B ULTRA-SOM DE GLOBO OCULAR/ORBITA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	R\$ 48,08
<b>TOTAL DO PACOTE</b>		
<b>AVALIAÇÃO DE RETINA POS INJEÇÃO INTRA-VITREO</b>		
<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR ICISMEP</b>
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM RETINA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	R\$ 85,00
<b>TOTAL DO PACOTE</b>		
<b>EXAMES EM OFTALMOLOGIA</b>		
<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR ICISMEP</b>
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR	R\$ 14,81
02.05.02.008-9	ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR) - ECO B	R\$ 34,34
02.11.06.001-1	BIOMETRIA ULTRASSONICA MONOCULAR (ECO A)	R\$ 24,24
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO	R\$ 12,34
02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA	R\$ 40,00
02.11.06.005-4	CERATOMETRIA	R\$ 3,37
02.11.06.006-2	CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO OCULAR - CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS)	R\$ 17,17
02.11.06.010-0	FUNDOSCOPIA	R\$ 3,37
02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA	R\$ 17,17
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO	R\$ 24,24
02.11.06.015-1	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL	R\$ 7,00
02.11.06.017-8	RETINOGRÁFIA COLORIDA BINOCULAR	R\$ 24,68
02.11.06.018-6	RETINOGRÁFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	R\$ 64,00
02.11.06.021-6	TESTE DE SCHIRMER	R\$ 3,37
02.11.06.022-4	TESTE DE VISÃO DE CORES	R\$ 3,37
02.11.06.023-2	TESTE ORTÓPTICO	R\$ 12,34
02.11.06.025-9	TONOMETRIA	R\$ 3,37
02.11.06.026-7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÔRNEA (CERATOSCOPIA)	R\$ 30,00
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA (OCT)	R\$ 60,00
CISMEP-12	TRATAMENTO MEDICAMENTOSOS DE BLEFAROESPASMO COM TOXINA BOTULÍNICA	R\$ 85,00
03.05.03.023-3	TRATAMENTO MEDICAMENTOSOS DA DOENÇA DA RETINA	R\$ 84,72
<b>PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO AMBULATORIAL - S.A.</b>		
<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR ICISMEP</b>
02.01.01.009-7	BIÓPSIA DE CONJUNTIVA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 99,71
02.01.01.011-9	BIÓPSIA DE CÔRNEA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 97,76
02.01.01.018-6	BIÓPSIA DE ESCLERA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 97,76
02.01.01.035-6	BIÓPSIA DE PÁLPEBRA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 106,33
04.05.01.004-4	DRENAGEM DE ABSCESSO DE PÁLPEBRA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 30,56
04.05.01.005-2	EPILAÇÃO A LASER - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 110,32
04.05.01.006-0	EPILAÇÃO DE CÍLIOS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 43,36
04.05.01.010-9	OCLUSÃO DE PONTO LACRIMAL (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 25,53
04.05.01.014-1	SIMBLEFAROPLASTIA - UNILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 363,88
04.05.01.016-8	SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 88,00
04.05.01.017-6	SUTURA DE PÁLPEBRAS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 283,40
04.05.01.018-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BLEFAROCALASE - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 741,00
04.05.01.019-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TRIQUIASE COM OU SEM EXERTO (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 469,25
04.05.01.020-6	PUNCTOPLASTIA - UNILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 131,84
04.05.03.003-7	CRIOterapia OCULAR	R\$ 154,73
04.05.03.004-5	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER (APAC)	R\$ 107,61
04.05.03.005-3	INJEÇÃO INTRA-VITREO (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 263,90
CISMEP-13	INJEÇÃO INTRA-VITREO COM ANTIBIÓTICO	R\$ 86,92
04.05.03.009-6	SUTURA DE ESCLERA (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 214,92
04.05.03.010-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEISCÊNCIA DE SUTURA DE ESCLERA	R\$ 226,47
04.05.03.011-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MÍASE PALPEBRAL (BILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 30,94
04.05.03.012-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE NEOPLASIA DE ESCLERA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 408,98
04.05.03.015-0	VITRIOLÍSE A YAG LASER (BPA CONSOLIDADO)	R\$ 71,17
04.05.03.019-3	PAN-FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA A LASER CORRESPONDE A 4 PROCEDIMENTOS DE FOTOCOAGULAÇÃO A LASER. (APAC)	R\$ 430,46
04.05.03.021-5	RETINOPEXIA PNEUMÁTICA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 528,45
04.05.03.022-3	REMOÇÃO DE ÓLEO DE SILICONE (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 637,00
04.05.04.013-0	INJEÇÃO RETROBULBAR/ PERIBULBAR	R\$ 32,95
04.05.04.019-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO XANTELASMA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 295,24
04.05.05.002-0	CAPSULOTOMIA A YAG LASER (APAC)	R\$ 112,77
04.05.05.003-8	CAUTERIZAÇÃO DE CÔRNEA	R\$ 25,82
04.05.05.006-2	CORREÇÃO DE ASTIGMATISMO SECUNDÁRIO	R\$ 25,82
04.05.05.007-0	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE HERNIA DE IRIS	R\$ 378,28
04.05.05.008-9	EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA	R\$ 266,38
04.05.05.012-7	FOTOTRABECULOPLASTIA A LASER (APAC)	R\$ 45,00
04.05.05.016-0	INJEÇÃO SUBCONJUNTIVAL/SUBTENONIANA	R\$ 13,33
04.05.05.017-8	IRIDECTOMIA CIRÚRGICA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 390,82
04.05.05.019-4	IRIDOTOMIA A LASER (APAC)	R\$ 78,75
04.05.05.020-8	PARACENTESE DE CÂMARA ANTERIOR	R\$ 109,75
04.05.05.021-6	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 191,62
04.05.05.024-0	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA ANTERIOR DO OLHO (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 456,82
04.05.05.025-9	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO NA CÔRNEA	R\$ 28,94
04.05.05.026-7	SINEQUIOLÍSE A YAG LASER (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 45,00
04.05.05.029-1	SUTURA DE CONJUNTIVA	R\$ 115,47
04.05.05.030-5	SUTURA DE CÔRNEA	R\$ 225,74
		R\$ 325,57
		R\$ 420,00

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.05.028-3	SUBSTITUIÇÃO DE LENTE INTRA-OCULAR	R\$ 824,20
<b>PROCEDIMENTOS CIRURGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H.</b>		
02.01.01.011-9	BIÓPSIA DE CÔRNEA	R\$ 97,96
02.01.01.024-0	BIÓPSIA DE ÍRIS, CORPO CILIAR, RETINA, CORÓIDE E VÍTREO	R\$ 244,98
03.08.04.001-5	TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS CIRURGICOS OU CLÍNICOS	R\$ 270,40
04.05.01.001-0	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ENTRÓPIO E ECTRÓPIO (BILATERAL)	R\$ 393,50
04.05.01.007-9	EXERESE DE CALÁZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PÁLPEBRA E SUPERCÍLIOS (UNILATERAL)	R\$ 190,93
04.05.01.002-8	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE EPICANTO E TELÉCANTO	R\$ 278,90
04.05.01.003-6	DACRIOCISTORRINOSTOMIA (UNILATERAL)	R\$ 1.666,66
04.05.01.008-7	EXTIRPAÇÃO DE GLÂNDULA LACRIMAL	R\$ 787,48
04.05.01.011-7	RECONSTITUIÇÃO DE CANAL LACRIMAL (UNILATERAL)	R\$ 689,66
04.05.01.012-5	RECONSTITUIÇÃO PARCIAL DA PÁLPEBRA COM TARSORRAFIA (BILATERAL)	R\$ 538,12
04.05.01.013-3	RECONSTITUIÇÃO TOTAL DE PÁLPEBRA	R\$ 1.445,31
04.05.01.015-0	SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL (BILATERAL)	R\$ 203,73
04.05.01.017-6	SUTURA DE PÁLPEBRAS (BILATERAL)	R\$ 160,00
04.05.02.001-5	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MUSCULOS HIPERTROPIAS)	R\$ 2.242,32
04.05.02.002-3	CORREÇÃO CIRÚRGICA DO ESTRABISMO (ATE 2 MUSCULOS)	R\$ 1.442,10
04.05.03.002-9	BIÓPSIA DE TUMOR INTRA-OCULAR	R\$ 96,11
04.05.03.007-0	RETINOPEXIA COM INTROFLEXÃO ESCLERAL	R\$ 1.410,32
04.05.03.009-6	SUTURA DE ESCLERA	R\$ 247,00
04.05.03.013-4	VITRECTOMIA ANTERIOR	R\$ 479,76
04.05.03.014-2	VITRECTOMIA POSTERIOR	R\$ 2.190,50
04.05.03.016-9	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER	R\$ 2.921,17
04.05.03.017-7	VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO, ÓLEO DE SILICONE E ENDOLASER	R\$ 3.380,00
CISMEP-03	MEMBRANECTOMIA	R\$ 339,30
CISMEP-04	TROCA FLUIDO GASOSA	R\$ 204,10
CISMEP-05	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA POSTERIOR DO OLHO	R\$ 340,60
04.05.03.020-7	DRENAGEM DE HEMORRAGIA DE CORÓIDE	R\$ 453,60
04.05.04.001-6	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE LAGOFTALMO	R\$ 400,68
04.05.04.007-5	EVISCERAÇÃO DE GLOBO OCULAR	R\$ 1.035,40
04.05.04.018-0	TRANSPLANTE DE PERÍOSTEO EM ESCLEROMALÁCIA	R\$ 1.197,98
04.05.04.020-2	TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL	R\$ 660,56
04.05.05.001-1	CAPSULECTOMIA POSTERIOR CIRÚRGICA	R\$ 301,18
04.05.05.004-6	CICLOCRIOCOAGULAÇÃO/DIATERMIA	R\$ 587,51
04.05.05.005-4	CICLODIÁLISE	R\$ 453,41
04.05.05.013-5	IMPLANTE DE PRÓTESE ANTI-GLAUCOMATOSA	R\$ 1.014,07
04.05.05.021-6	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL	R\$ 187,20
04.05.05.022-4	RECONSTITUIÇÃO DE FÓRNIX CONJUNTIVAL	R\$ 619,98
04.05.05.032-1	TRABECULECTOMIA (CIRURGIA FISTULIZANTE ANTI-GLAUCOMATOSA)	R\$ 898,35
04.05.05.035-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE GLAUCOMA CONGÊNITO	R\$ 1.236,75
04.05.05.039-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEISCÊNCIA DE SUTURA DE CÔRNEA	R\$ 240,84
07.02.07.004-1	ESFERA DE MULLER (PROCED. ESPECIAL)	R\$ 78,00
07.02.07.005-0	TUBO DE DRENAGEM PARA GLAUCOMA (PROCED. ESPECIAL)	R\$ 1.040,00
04.05.04.010-5	EXPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR LIO	R\$ 846,19
04.05.04.021-0	REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRA- OCULAR	R\$ 453,61
04.05.05.009-7	FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR	R\$ 863,96
04.05.05.010-0	FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR	R\$ 643,16
04.05.05.011-9	FACOEMULSIFICAÇÃO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR RÍGIDA	R\$ 863,96
04.05.05.014-3	IMPLANTE INTRAESTROMAL	R\$ 1.267,00
04.05.05.015-1	IMPLANTE SECUNDÁRIO DE LENTE INTRA- OCULAR LIO	R\$ 1.122,00
04.05.05.037-2	FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL	R\$ 863,96
04.05.05.038-0	CIRURGIA DE CATARATA CONGÊNITA	R\$ 895,16

<b>OFTALMOLOGIA UNIDADES EXTERNAS</b>		
<b>PACOTE BASICO DA CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - UNIDADES EXTERNAS</b>		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA (QUANTIDADE 1)	R\$ 69,36
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR PACIENTE (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
<b>AVALIAÇÃO DE CATARATA - UNIDADES EXTERNAS</b>		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CATARATA (QUANTIDADE 1)	R\$ 122,54
02.11.06.001-1	BIOMETRIA ULTRASSONICA MONOCULAR (ECO A)	
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
02.05.02.008-9	ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
<b>AVALIAÇÃO CIRÚRGICA DE GLAUCOMA - UNIDADES EXTERNAS</b>		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)	R\$ 92,88
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO (QUANTIDADE 1)	
02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA	
02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
<b>CONSULTA PARA DIAGNOSTICO/REAVIAÇÃO DE GLAUCOMA - UNIDADES EXTERNAS</b>		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.010-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)	R\$ 149,73
	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
	FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1)	
	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA (QUANTIDADE 1)	
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA - MONOCULAR	
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	
02.11.06.006-2	CURVA DIARIA DE PRESSÃO (CDP - 3 MEDIDAS)	
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO	
02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
<b>ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DE GLAUCOMA - UNIDADES EXTERNAS</b>		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.03.05.001-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1)	R\$ 46,24
	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)	
	FUNDOSCOPIA (QUANTIDADE 1)	
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	
<b>DESCRIÇÃO DOS TRATAMENTOS MEDICAMENTOSOS DE GLAUCOMA - UNIDADES EXTERNAS</b>		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.03.05.003-9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (1ª LINHA)	R\$ 18,66
03.03.05.004-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (2ª LINHA)	R\$ 79,38
03.03.05.005-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR (3ª LINHA)	R\$ 127,98
03.03.05.006-3	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (1ª LINHA)	R\$ 12,44
03.03.05.007-1	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (2ª LINHA)	R\$ 52,92
03.03.05.008-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (3ª LINHA)	R\$ 85,33
03.03.05.009-8	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE ACETAZOLAMIDA MONOCULAR OU BINOCULAR	R\$ 93,10
03.03.05.010-1	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE Pilocarpina MONOCULAR	R\$ 8,93
03.03.05.011-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA COM DISPENSAÇÃO DE Pilocarpina BINOCULAR	R\$ 13,39
03.03.05.015-2	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - MONOCULAR	R\$ 65,36
03.03.05.016-0	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA - BINOCULAR	R\$ 98,04
03.03.05.017-9	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR	R\$ 97,77
03.03.05.018-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - BINOCULAR	R\$ 146,64
03.03.05.019-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA - 2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA - MONOCULAR	R\$ 138,25
		R\$ 207,36

03.03.05.021-7	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS	R\$	150,69
03.03.05.022-5	TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR - ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS	R\$	226,02
<b>AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CORNEA - UNIDADES EXTERNAS</b>			
<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR ICISMEP</b>	
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CORNEA (QUANTIDADE 1)		
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)		
02.11.06.026-7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÔRNEA-CERATOSCOPIA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO) (24.24)	R\$	74,55
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA - MONOCULAR (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)		
<b>AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE ESTRABISMO - UNIDADES EXTERNAS</b>			
<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR ICISMEP</b>	
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM ESTRABISMO (QUANTIDADE 1)	R\$	95,29
02.11.06.023-2	TESTE ORTÓPTICO (QUANTIDADE 1)		
<b>AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE PLÁSTICA OCULAR - UNIDADES EXTERNAS</b>			
<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR ICISMEP</b>	
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM PLÁSTICA OCULAR (QUANTIDADE 1)	R\$	69,36
<b>AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA - UNIDADES EXTERNAS</b>			
<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR ICISMEP</b>	
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM RETINA (QUANTIDADE 1)		
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)		
02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA (QUANTIDADE 1)		
02.11.06.028-4	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	R\$	196,53
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)		
02.11.06.018-6	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)		
<b>AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE CIRURGIAS RETINIANAS - AVAL. DEPARTAMENTO DE VITRECTOMIA - UNIDADES EXTERNAS</b>			
<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR ICISMEP</b>	
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CIRURGIAS RETINIANAS (QUANTIDADE 1)		
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)		
02.05.02.008-9	ULTRASSONOGRAMA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B- (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	R\$	196,53
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)		
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)		
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO		
02.11.06.025-9	TONOMETRIA (QUANTIDADE 1)		
<b>AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE RETINA - CONTROLE DE VITRECTOMIA - UNIDADES EXTERNAS</b>			
<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR ICISMEP</b>	
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CIRURGIAS RETINIANAS (QUANTIDADE 1)		
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)		
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)	R\$	138,73
02.05.02.008-9	ECO-B ULTRA-SOM DE GLOBO OCULAR/ÓRBITA (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)		
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)		
<b>AVALIAÇÃO DE RETINA POS INJEÇÃO INTRA-VITREO - UNIDADES EXTERNAS</b>			
<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR ICISMEP</b>	
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM RETINA (QUANTIDADE 1)		
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA OCT (SE NECESSÁRIO SERÁ REALIZADO)	R\$	138,73
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA (QUANTIDADE 1)		
03.01.10.001-2	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS (QUANTIDADE 1)		
<b>EXAMES EM OFTALMOLOGIA - UNIDADES EXTERNAS</b>			
<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR ICISMEP</b>	
02.05.02.002-0	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA - MONOCULAR	R\$	40,46
02.05.02.008-9	ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B	R\$	57,80
02.11.06.001-1	BIOMETRIA ULTRASSÔNICA MONOCULAR (ECO A)	R\$	40,46
02.11.06.002-0	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO	R\$	23,12
02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA	R\$	52,02
02.11.06.006-2	CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO OCULAR - CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS)	R\$	28,90
02.11.06.011-9	GONIOSCOPIA	R\$	28,90
02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO (MONOCULAR)	R\$	40,46
02.11.06.015-1	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL	R\$	52,02
02.11.06.017-8	RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	R\$	86,71
02.11.06.018-6	RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	R\$	115,61
02.11.06.025-9	TONOMETRIA	R\$	5,78
02.11.06.026-7	TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÔRNEA (CERATOSCOPIA)	R\$	69,36
02.11.06.028-3	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA (OCT)	R\$	69,36
CISMEP-12	TRATAMENTO MEDICAMENTOSOS DE BLEFAROPASMO COM TOXINA BOTULÍNICA ( SEM A TOXINA, TOXINA FORNECIDA PELO ESTADO )	R\$	98,27
<b>PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO AMBULATORIAL - S.A. - UNIDADES EXTERNAS</b>			
<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR ICISMEP</b>	
02.01.01.009-7	BIÓPSIA DE CONJUNTIVA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	158,14
02.01.01.019-6	BIÓPSIA DE ESCLERA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	113,02
02.01.01.035-6	BIÓPSIA DE PÁLPEBRA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	148,08
04.05.01.004-4	DRENAGEM DE ABSCESSO DE PÁLPEBRA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	150,29
04.05.01.005-2	EPILAÇÃO A LASER - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	107,51
04.05.01.006-0	EPILAÇÃO DE CÍLIOS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	40,40
04.05.01.014-1	SIMBLEFAROPLASTIA - UNILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	303,95
04.05.01.016-8	SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	135,95
04.05.01.017-6	SUTURA DE PÁLPEBRAS - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	263,58
04.05.01.018-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BLEFAROCALASE - BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	1.028,13
04.05.01.019-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TRIQUIASE COM OU SEM ENXERTO (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	361,85
04.05.03.004-5	FOTOCOAGULAÇÃO A LASER secão (APAC)	R\$	86,88
04.05.03.005-3	INJEÇÃO INTRA-VITREO (BPA INDIVIDUALIZADO) ( com Avastim )	R\$	430,06
CISMEP-13	INJEÇÃO INTRA-VITREO COM ANTIBIÓTICO (dexametasona e/ou ceftriaxona e/ou vancomicina)	R\$	208,09
04.05.03.009-6	SUTURA DE ESCLERA (UNILATERAL) (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	248,46
04.05.03.015-0	VITRIÓLISE A YAG LASER (BPA CONSOLIDADO)	R\$	78,61
04.05.03.019-3	PAN-FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA A LASER CORRESPONDE A 4 PROCEDIMENTOS DE FOTOCOAGULAÇÃO A LASER. (APAC)	R\$	208,09
04.05.03.021-5	RETINOPEXIA PNEUMÁTICA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	610,92
04.05.03.022-3	REMOÇÃO DE ÓLEO DE SILICONE (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	736,42
04.05.04.019-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO XANTELASMA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	301,04
04.05.05.002-0	CAUTERIZAÇÃO A YAG LASER (APAC)	R\$	78,61
04.05.05.003-8	CAUTERIZAÇÃO DE CÔRNEA	R\$	29,85
04.05.05.008-9	EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA	R\$	213,64
04.05.05.012-7	FOTOTRABECULOPLASTIA A LASER (APAC)	R\$	52,02
04.05.05.016-0	INJEÇÃO SUBCONJUNTIVAL/SUBTENONIANA	R\$	15,41
04.05.05.017-8	IRIDECTOMIA CIRÚRGICA (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	451,82
04.05.05.019-4	IRIDOTOMIA A LASER (APAC)	R\$	91,04
04.05.05.020-8	PARACENTESE DE CÂMARA ANTERIOR	R\$	126,88
04.05.05.021-6	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	221,53
04.05.05.024-0	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA ANTERIOR DO OLHO (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	528,12
04.05.05.025-9	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO NA CÔRNEA	R\$	33,46
04.05.05.026-7	SINEQUIÓLISE A YAG LASER (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	78,61
04.05.05.029-1	SUTURA DE CONJUNTIVA	R\$	133,49
04.05.05.030-5	SUTURA DE CÔRNEA	R\$	260,97
04.05.05.036-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PTERÍGIO	R\$	411,76
CISMEP	CROSSLINKING	R\$	1.168,00
<b>PROCEDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H. - UNIDADES EXTERNAS</b>			
<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR ICISMEP</b>	
02.01.01.024-0	BIÓPSIA DE ÍRIS, CORPO CILIAR, RETINA, CORÓIDE E VÍTRIO	R\$	283,21
04.05.01.001-0	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ENTROPÍO E ECTROPÍO (BILATERAL)	R\$	289,02
04.05.01.007-9	EXERESE DE CALÁZIO E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PÁLPEBRA E SUPERCÍLIOS (UNILATERAL)	R\$	113,29
04.05.01.002-8	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE EPICANTO E TELECANTO	R\$	322,43
04.05.01.003-6	DACRIOCISTORRINOSTOMIA (UNILATERAL)	R\$	936,42
04.05.01.011-7	RECONSTITUIÇÃO DE CANAL LACRIMAL (UNILATERAL)	R\$	867,05
04.05.01.012-5	RECONSTITUIÇÃO PARCIAL DA PÁLPEBRA COM TARSORRAFIA (BILATERAL)	R\$	439,31
04.05.01.015-0	SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL (BILATERAL)	R\$	289,02
04.05.01.017-6	SUTURA DE PÁLPEBRAS (BILATERAL)	R\$	208,09
04.05.02.001-5	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MÚSCULOS HIPERTROPIAS)	R\$	1.572,25
04.05.02.002-3	CORREÇÃO CIRÚRGICA DO ESTRABISMO (ATÉ 2 MÚSCULOS)	R\$	1.132,95
04.05.03.007-0	RETINOPEXIA COM INTROFLEXÃO ESCLERAL	R\$	1.005,43
04.05.03.009-6	SUTURA DE ESCLERA	R\$	285,55
04.05.03.013-4	VITRECTOMIA ANTERIOR	R\$	554,64
04.05.03.014-2	VITRECTOMIA POSTERIOR	R\$	2.532,37
04.05.03.016-0	VITRECTOMIA POSTERIOR COM IMPLANTAÇÃO DE BARRIL DE ABRILHONADO E FIBRA LASER	R\$	3.377,08
		R\$	3.907,51

CISMEP-03	MEMBRANECTOMIA	R\$ 392,25
CISMEP-04	TROCA FLUIDO GASOSA	R\$ 235,95
CISMEP-05	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CÂMARA POSTERIOR DO OLHO	R\$ 393,76
04.05.04.001-6	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE LAGOFALMO	R\$ 439,31
04.05.04.006-7	ENUCLEAÇÃO DO GLOBO OCULAR	R\$ 751,45
04.05.04.007-5	EVISCERAÇÃO DE GLOBO OCULAR	R\$ 832,37
04.05.04.018-0	TRANSPLANTE DE PERÍOSTEO EM ESCLEROMALÁCIA	R\$ 1.384,95
04.05.04.020-2	TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL	R\$ 786,13
04.05.05.001-1	CAPSULECTOMIA POSTERIOR CIRÚRGICA	R\$ 439,31
04.05.05.004-6	CICLOCRIOCOAAGULAÇÃO/DIATERMIA	R\$ 679,20
04.05.05.021-6	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL	R\$ 254,34
04.05.05.022-4	RECONSTITUIÇÃO DE FÓRNIX CONJUNTIVAL	R\$ 533,53
04.05.05.032-1	TRABECULECTOMIA (CIRURGIA FISTULIZANTE ANTIGLAUCOMATOSA)	R\$ 1.038,55
04.05.05.035-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE GLAUCOMA CONGÊNITO	R\$ 1.429,77
04.05.05.039-9	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEISCÊNCIA DE SUTURA DE CÔRNEA	R\$ 278,43
04.05.04.010-5	EXPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR LIO	R\$ 978,25
04.05.04.021-0	REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRA- OCULAR	R\$ 524,40
04.05.05.009-7	FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR	R\$ 998,80
04.05.05.010-0	FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR	R\$ 988,15
04.05.05.011-9	FACOMULSIFICAÇÃO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA- OCULAR RÍGIDA	R\$ 1.149,00
04.05.05.014-3	IMPLANTE INTRAESTROMAL	R\$ 3.096,90
04.05.05.015-1	IMPLANTE SECUNDÁRIO DE LENTE INTRA- OCULAR LIO	R\$ 1.445,09
04.05.05.037-2	FACOMULSIFICACAO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRÁVEL	R\$ 1.149,00
<b>PROCEDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS ESPECIAIS - UNIDADES EXTERNAS</b>		
<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR ICISMEP</b>
CISMEP-45	PENTACAM ( TOMOGRAFIA DE CÔRNEA )	R\$ 289,02
CISMEP-46	SEDAÇÃO PARA PLÁSTICA OCULAR	R\$ 161,85
CISMEP-47	INJECAO INTRA-VITREA DE EYLIA ( AFUBICERPT ) COM OCT 30 DIAS APOS GRUPOS DE 3 APLICACAOES	R\$ 1.965,32
CISMEP-48	INJECAO INTRA-VITREA DE LUCENTIS ( RANIZUBIMABE ) COM OCT 30 DIAS APOS GRUPOS DE 3 APLICACAOES	R\$ 2.977,79
CISMEP-49	CIRURGIA DE PRK - REFRAATIVA A LASER BINOCULAR	R\$ 1.849,71
CISMEP-50	CIRURGIA DE PRK - REFRAATIVA A LASER MONOCULAR	R\$ 1.098,27
CISMEP-51	AVALIAÇÃO DE CIRURGIA REFRAATIVA A LASER - INCLUI PENTACAM	R\$ 404,62

## TABELA 02 - OTORRINOLARINGOLOGIA

<b>CONSULTA EM OTORRINOLARINGOLOGIA</b>		
<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR ICISMEP</b>
03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA (OTORRINOLARINGOLOGIA)	R\$ 64,18
03.01.01.007-2	AVAL. NO DEPART. DE MICROCIRURGIA DE LARINGE	R\$ 66,40
03.01.01.007-2	AVAL. NO DEPART. CIRUR. DE SINUSITES E POLIPOS NASAIS	R\$ 66,40
03.01.01.007-2	AVAL. NO DEPART. DE AMIGDALAS E ADENOIDES	R\$ 66,40
03.01.01.007-2	AVAL. NO DEPART. DE CIRUR. DE OUVIDO - OTORRINO	R\$ 66,40
03.01.01.007-2	AVAL. NO DEPART. DE CIRURGIA DE SEPTO NASAL E CORNETOS	R\$ 66,40
<b>EXAMES EM OTORRINOLARINGOLOGIA</b>		
<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR ICISMEP</b>
02.09.04.002-5	LARINGOSCOPIA	R\$ 66,40
02.09.04.004-1	VIDEOLARINGOSCOPIA (FIBRONASOLARINGOSCOPIA)	R\$ 94,68
<b>PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO AMBULATORIAL - S.A.</b>		
<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR ICISMEP</b>
02.01.01.008-9	BIÓPSIA DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO	R\$ 32,02
02.01.01.019-4	BIÓPSIA DE FARINGE (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 32,02
02.01.01.036-4	BIÓPSIA DE PAVILHAO AURICULAR	R\$ 24,40
02.01.01.039-9	BIÓPSIA DE PIRÂMIDE NASAL	R\$ 32,02
02.01.01.044-5	BIÓPSIA DE SEIO PARANASAL	R\$ 32,02
02.01.01.052-6	BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA	R\$ 35,07
04.04.01.007-5	DRENAGEM DE FURÚNCULO NO CONDUTO AUDITIVO EXTERNO	R\$ 29,06
04.04.01.015-6	INFILTRAÇÃO MEDICAMENTOSA EM CORNETO INFERIOR	R\$ 19,82
04.04.01.024-5	MIRINGOTOMIA	R\$ 19,82
04.04.01.025-3	PARACENTESE DO TÍMPANO	R\$ 24,40
04.04.01.026-1	PUNÇÃO TRANSMÉATICA DO SEIO MAXILAR (UNILATERAL)	R\$ 19,82
04.04.01.027-0	REMOCAO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO UNILATERAL/BILATERAL	R\$ 33,20
04.04.01.029-6	RESSECCAO DE SINEQUIAS	R\$ 64,05
04.04.01.031-8	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO, FARINGE, LARINGE, NARIZ	R\$ 61,97
04.04.01.034-2	TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR E/OU POSTERIOR	R\$ 29,06
04.04.01.036-9	TIMPANOTOMIA PARA TUBO DE VENTILAÇÃO	R\$ 476,10
04.04.01.039-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PERICONDRITE DE PAVILHÃO	R\$ 64,05
04.04.01.044-0	ANTROSTOMIA MAXILAR INTRA-NASAL	R\$ 76,24
04.04.02.005-4	DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS	R\$ 24,40
04.04.02.010-0	EXCISÃO EM CUNHA DE LÁBIO (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 61,00
<b>PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H.</b>		
<b>CÓDIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR ICISMEP</b>
02.01.01.026-7	BIÓPSIA DE LESÃO DE PARTES MOLES POR AGULHA / CÉU ABERTO) - EXCLUSIVO PARA CASOS EM LARINGE REALIZADOS EM AMBIENTE HOSPITALAR (BLOCO CIRÚRGICO) SOB ANESTESIA GERAL	R\$ 620,25
03.08.04.001-5	TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS OU CLÍNICOS	R\$ 321,35
04.01.02.015-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO SINUS PRE-AURICULAR	R\$ 614,27
04.04.01.001-6	ADENOIDECTOMIA	R\$ 1.533,65
04.04.01.002-4	AMIGDALECTOMIA	R\$ 1.031,15
04.04.01.003-2	AMIGDALECTOMIA COM ADENOIDECTOMIA	R\$ 1.992,51
04.04.01.004-0	ANTROTOMIA DA MASTÓIDE (DRENAGEM DE OTITE NO LACTENTE)	R\$ 449,39
04.04.01.005-9	DRENAGEM DE ABSCESSO FARINGEO	R\$ 394,72
04.04.01.006-7	DRENAGEM DE ABSCESSO PERIAMIGDALIANO	R\$ 394,72
04.04.01.008-3	DRENAGEM DO SACO ENDO-LINFÁTICO (SHUNT) COM AUDIÇÃO VIA TRANSMASTÓIDEA (IDADE MÍNIMA DE 12 ANOS)	R\$ 1.237,73
04.04.01.010-5	ESTAPEDECTOMIA	R\$ 2.366,91
04.04.01.011-3	EXÉRESE DE PAPILOMA EM LARINGE	R\$ 1.255,73
04.04.01.012-1	EXÉRESE DE TUMOR DE VIAS AÉREAS SUPERIORES, FACE E PESCOÇO	R\$ 558,72
04.04.01.013-0	EXTIRPAÇÃO DO TUMOR DO CAVUM E FARINGE	R\$ 381,78
04.04.01.016-4	LABIRINTECTOMIA MEMBRANOSA/ÓSSEA COM OU SEM AUDIÇÃO	R\$ 1.244,93
04.04.01.021-0	MASTOIDECTOMIA RADICAL	R\$ 2.953,39
04.04.01.022-9	MASTOIDECTOMIA SUBTOTAL	R\$ 2.140,39
04.04.01.023-7	MICROCIRURGIA OTOLOGICA	R\$ 1.042,28
04.04.01.028-8	RESSECCÃO DO GLOMO TÍMPÂNICO	R\$ 1.302,25
04.04.01.031-8	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO/ FARINGE/LARINGE/NARIZ	R\$ 381,78
04.04.01.032-6	SINUSOTOMIA BILATERAL	R\$ 1.789,86
04.04.01.033-4	SINUSOTOMIA ESFENOIDAL	R\$ 1.942,27
04.04.01.035-0	TIMPANOPLASTIA (UNI/BILATERAL)	R\$ 1.710,12
04.04.01.037-7	TRAQUEOSTOMIA	R\$ 852,19
04.04.01.038-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ESTENOSE DO CONDUTO AUDITIVO	R\$ 893,91
04.04.01.040-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RINITE CRÔNICA (OZENA)	R\$ 514,13
04.04.01.041-5	TURBINECTOMIA (IDADE MÍNIMA DE 12 ANOS)	R\$ 1.165,63
CISMEP-06	ELETROCOAGULAÇÃO DE MUCOSA DE CORNETOS NASAIS EM PACIENTES COM IDADE ABAIXO DE 12 ANOS EM CIRURGIAS DE A + A	R\$ 165,99
04.04.01.048-2	SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO	R\$ 1.252,35
04.04.01.049-0	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE IMPERFURAÇÃO COANAL (UNILATERAL/BILATERAL)	R\$ 485,35
04.04.01.050-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PERFURAÇÃO DO SEPTO NASAL	R\$ 485,35
04.04.01.051-2	SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR	R\$ 1.063,25
04.04.01.052-0	SEPTOPLASTIA REPARADORA NÃO ESTÉTICA	R\$ 353,01
04.04.01.053-9	RESSECCÃO DE TUMOR DO ACÚSTICO (PELA FOSSA MÉDIA)	R\$ 885,28
04.04.01.055-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RINOFIMA	R\$ 525,64
04.04.02.001-1	ALONGAMENTO DE COLUMELA	R\$ 324,23
04.04.02.003-8	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORO-NASAL/ORO-SINUSAL	R\$ 655,11
04.04.02.004-6	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA SALIVAR COM RETALHO	R\$ 309,85
04.04.02.027-5	RESSECCÃO DE LESÃO MALIGNA E BENIGNA DA REGIÃO CRÂNIO E BUCOMAXILOFACIAL (IDADE MÍNIMA DE 10 ANOS)	R\$ 1.748,43
04.04.02.032-1	RINOPLASTIA PARA DEFEITOS PÓS-TRAUMÁTICOS	R\$ 1.320,20
04.04.02.034-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ATRESIA NARINÁRIA	R\$ 453,71
04.04.02.035-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA E CISTOS ORO-MAXILARES	R\$ 597,56
		R\$ 540,02

04.04.03.008-4	ALVEOLOPLASTIA COM ENXERTO ÓSSEO EM PACIENTE COM ANOMALIA CRÂNIOFACIAL	R\$	1.565,73
04.13.04.023-2	TRATAMENTO CIRÚRGICO NÃO ESTÉTICO DA ORELHA	R\$	607,63

### TABELA 03 - FONOAUDIOLOGIA

AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL (pacote)		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.11.07.004-1	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR - VIA AÉREA/ÓSEA	R\$ 49,25
02.11.07.021-1	LOGOaudiometria (Audiometria Vocal)	
02.11.07.032-7	TESTES ACUMÉTRICOS (DIAPASÃO)	
TOTAL DO PACOTE		
AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL + IMITÂNCIOMETRIA (pacote)		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.11.07.004-1	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR - VIA AÉREA/ÓSEA	R\$ 72,25
02.11.07.021-1	LOGOaudiometria (Audiometria Vocal)	
02.11.07.032-7	TESTES ACUMÉTRICOS (DIAPASÃO)	
02.11.07.020-3	IMITÂNCIOMETRIA (IMPEDÂNCIOMETRIA)	
TOTAL DO PACOTE		
ESTUDO DE OTOEMISSIONES ACÚSTICAS EVOCADAS TRANSITÓRIAS E POR PRODUTO DE DISTRORÇÃO (EOA)		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.11.07.005-0	AVALIAÇÃO AUDITIVA COMPORTAMENTAL	R\$ 64,88
02.11.07.015-7	ESTUDO DE OTOEMISSIONES ACÚSTICAS EVOCADAS TRANSITÓRIAS E POR PRODUTO DE DISTRORÇÃO - EOA	
TOTAL DO PACOTE		
EXAMES		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.11.07.020-3	IMITÂNCIOMETRIA = IMPEDÂNCIOMETRIA	R\$ 47,00
02.11.07.035-1	TESTES VESTIBULARES/OTONEUROLÓGICOS	R\$ 74,00
02.11.07.034-3	TESTES DE PROCESSAMENTO AUDITIVO	R\$ 223,98
CONSULTAS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.07.011-3	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INDIVIDUAL	R\$ 40,00

CONSULTA EM GASTROENTEROLOGIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (GASTROENTEROLOGIA)	R\$ 46,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CONSULTA PRÉ- COLONOSCOPIA)	R\$ 46,00
PROCEDIMENTOS - SERVIÇO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL - SA/SH		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.09.01.001-0	COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA (VIA ENDOSCÓPICA)	R\$ 6.799,00
02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA) DIAGNÓSTICA COM ANESTESISTA (COM POLIPECTOMIA SE NECESSÁRIO)	R\$ 700,00
02.09.01.002-9	COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA) SIMPLES (COM POLIPECTOMIA SE NECESSÁRIO)	R\$ 450,00
CISMEP-43	ECOENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA	R\$ 2.250,00
CISMEP-44	ECOENDOSCOPIA TERAPEUTICA	R\$ 4.375,00
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (ENDOSCOPIA)	R\$ 207,25
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (ENDOSCOPIA) COM ANESTESISTA	R\$ 303,41
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (ENDOSCOPIA) COM ANESTESISTA COM PASSAGEM DE Sonda NASOENTÉRICA	R\$ 403,45
02.09.01.003-7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (ENDOSCOPIA) DIAGNÓSTICA PEDIÁTRICA COM ANESTESISTA	R\$ 1.318,35
CISMEP-58	MANOMETRIA ANORRETAL	R\$ 315,72
CISMEP-59	MANOMETRIA ESOFÁGICA	R\$ 390,74
CISMEP-60	PHMETRIA ESOFÁGICA	R\$ 317,80
03.03.07.005-6	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO ESÓFAGO/ESTÔMAGO/DUODENO	R\$ 84,80
04.07.01.025-4	RETIRADA DE PÓLIPO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA OU COLONOSCOPIA	R\$ 42,40
02.09.01.005-3	RETOSIGMOIDOSCOPIA	R\$ 84,80
CISMEP-52	TATUAGEM POR COLONOSCOPIA	R\$ 713,56
04.07.01.031-9	TRATAMENTO ESCLEROSANTE DE VARIZES ESOFÁGICAS	R\$ 636,00
CISMEP-61	DILATAÇÃO ESOFÁGICA POR BALÃO (ACALASIA)	R\$ 3.374,62
CISMEP-62	DILATAÇÃO ESOFÁGICA POR VELAS (SAVARY GILLIARD)	R\$ 1.587,94
CISMEP-63	LIGADURA ELÁSTICA DE LESÃO HEMORRÁGICA DO APARELHO DIGESTIVO ALTO	R\$ 1.516,14

### TABELA 04 - GASTROENTEROLOGIA

#### TABELA 05 - ANGIOLOGIA

CONSULTA EM ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (ANGIOLOGIA - COM CIRURGIÃO)	R\$ 42,00
CISMEP-14	AVALIAÇÃO TRATAMENTO ESCLEROSANTE/ESPUIMA	R\$ 42,00
PROCEDIMENTOS - SERVIÇO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL - SA/SH		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.06.02.009-4	DISSECÇÃO DE VEIA/ARTÉRIA	R\$ 15,16
04.06.02.013-2	EXCISAO E SUTURA DE HEMANGIOMA	R\$ 98,53
04.06.02.014-0	EXCISAO E SUTURA DE LINFANGIOMA / NEVUS	R\$ 98,53
03.09.07.001-5	TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)*	R\$ 208,21
* Valor coberto por FAEC		
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H.		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.06.02.056-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL)	R\$ 1.092,60
04.06.02.057-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	R\$ 727,85
ANGIOLOGIA UNIDADES EXTERNAS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.09.07.001-5	AVALIAÇÃO TRATAMENTO ESCLEROSANTE + TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTÉTICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	R\$ 577,20

### TABELA 06 - ULTRASSONOGRRAFIA

EXAMES		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.01.01.041-0	BIÓPSIA DE PRÓSTATA	R\$ 531,95
02.01.01.047-0	BIÓPSIA DE TIREÓIDE OU PARATIREÓIDE - PAAF	R\$ 144,07
02.01.01.058-5	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA	R\$ 144,07
02.01.01.060-7	PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA GROSSA	R\$ 284,38
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 03 VASOS) = DUPLEX SCAN DE MEMBRO INFERIOR, MEMBRO SUPERIOR, DE CARÓTIDAS E ARTÉRIAS VERTEBRAIS.	R\$ 114,29
02.05.01.005-9	ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO	R\$ 95,00
02.05.02.003-8	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)	R\$ 66,00
		R\$ 75,00
		R\$ 66,00

02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO (UMA ARTICULAÇÃO / UNILATERAL)	R\$	66,00
02.05.02.007-0	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL)	R\$	66,00
02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$	83,00
02.05.02.010-0	ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL) (PÉLVICA MASCULINA)	R\$	66,00
02.05.02.011-9	ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$	66,00
02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE	R\$	66,00
02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA (VIA ABDOMINAL OU VIA TRANSVAGINAL)	R\$	66,00
02.05.02.015-1	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R\$	95,00
02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA) (PÉLVICA FEMININA)	R\$	66,00
02.05.02.017-8	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	R\$	79,00
02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL (ENDOVAGINAL)	R\$	66,00
CISMEP-07	ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	R\$	66,00
CISMEP-16	ULTRASSONOGRAFIA TRANSLUCÊNCIA NUCAL	R\$	79,00
CISMEP-23	ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA	R\$	209,00
CISMEP-25	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE + DOPPLER	R\$	127,00
CISMEP-26	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL) + DOPPLER	R\$	127,00
CISMEP-30	SEDAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS CONFORME NECESSIDADE CLÍNICA	R\$	33,00

#### ULTRASSONOGRAFIA UNIDADES EXTERNAS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP	VALOR ICISMEP + EQTO *	VALOR ICISMEP + EQTO + DIGITADORA **
02.05.01.004-0	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 03 VASOS) = DUPLEX SCAN DE MEMBRO INFERIOR, MEMBRO	R\$ -	R\$ 130,00	R\$ -
02.05.01.005-9	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTÉTRICO	R\$ 120,00	R\$ 131,76	R\$ 132,92
02.05.02.003-8	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)	R\$ 75,00	R\$ 86,76	R\$ 87,92
02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	R\$ 75,00	R\$ 86,76	R\$ 87,92
02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	R\$ 75,00	R\$ 86,76	R\$ 87,92
02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO (UMA ARTICULAÇÃO / UNILATERAL)	R\$ 75,00	R\$ 86,76	R\$ 87,92
02.05.02.007-0	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL)	R\$ 75,00	R\$ 86,76	R\$ 87,92
02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA BILATERAL (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 75,00	R\$ 86,76	R\$ 87,92
02.05.02.010-0	ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL) (PÉLVICA MASCULINA)	R\$ 75,00	R\$ 86,76	R\$ 87,92
02.05.02.011-9	ULTRASSONOGRAFIA DE PRÓSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 75,00	R\$ 86,76	R\$ 87,92
02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE	R\$ 75,00	R\$ 86,76	R\$ 87,92
02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA (VIA ABDOMINAL OU VIA TRANSVAGINAL)	R\$ 75,00	R\$ 86,76	R\$ 87,92
02.05.02.015-1	ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO	R\$ 120,00	R\$ 131,76	R\$ 132,92
02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA) (PÉLVICA FEMININA)	R\$ 75,00	R\$ 86,76	R\$ 87,92
02.05.02.017-8	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	R\$ 86,40	R\$ 98,16	R\$ 99,32
02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL (ENDOVAGINAL)	R\$ 75,00	R\$ 86,76	R\$ 87,92
CISMEP-07	ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	R\$ 75,00	R\$ 86,76	R\$ 87,92
CISMEP-16	ULTRASSONOGRAFIA TRANSLUCÊNCIA NUCAL	R\$ 86,40	R\$ 98,16	R\$ 99,32
CISMEP-23	ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA	R\$ 228,00	R\$ 239,76	R\$ 240,92
CISMEP-25	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREÓIDE + DOPPLER	R\$ 120,00	R\$ 131,76	R\$ 132,92
CISMEP-26	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL (BILATERAL) + DOPPLER	R\$ 120,00	R\$ 131,76	R\$ 132,92

O valor ICISMEP + EQPTO envolve os custos com o serviço do profissional e locação do aparelho de ultrassonografia (por exame)  
O valor ICISMEP + EQTO + DIGITADORA envolve os custos com o serviço do profissional, locação do aparelho de ultrassonografia e serviço de digitadora auxiliar (por exame)

#### TABELA 07 - CARDIOLOGIA

EXAMES		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA	R\$ 135,00
02.11.02.006-0	TESTE ESFORÇO/TESTE ERGOMÉTRICO	R\$ 97,00
02.11.02.004-4	EXAME DE MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTZ 24 HS (3 CANAIS) COM LAUDO	R\$ 112,48
02.11.02.005-2	EXAME DE MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL (M.A.P.A)	R\$ 104,83
02.11.02.001-0	CATETERISMO CARDIACO	R\$ 1.683,00

#### TABELA 08 - CIRURGIA GERAL

CONSULTA EM CIRURGIA GERAL		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CIRURGIA GERAL)	R\$ 59,94
03.01.01.007-2	AVAL. CIRÚRGICA PARA LAQUEADURA, POSTECTOMIA, VASECTOMIA, HIDROCELE E PLÁSTICA DE FREIO BALANO	R\$ 59,94
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H.		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	R\$ 1.098,81
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	R\$ 1.552,30
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	R\$ 961,24
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	R\$ 1.245,01
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	R\$ 1.358,39
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	R\$ 1.099,24
04.09.06.018-6	LAQUEADURA TUBÁRIA	R\$ 1.310,78
04.09.05.006-7	PLÁSTICA DE FREIO BALANO-PREPUCIAL	R\$ 566,08
04.09.05.008-3	POSTECTOMIA	R\$ 818,47
04.09.04.021-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIDROCELE	R\$ 984,47
04.09.04.024-0	VASECTOMIA	R\$ 732,08

#### TABELA 09 - PROCTOLOGIA

CONSULTA EM CIRURGIA GERAL		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (PROCTOLOGIA)	R\$ 59,94
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO HOSPITALAR - S.H.		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.07.02.021-7	ESFINCTEROTOMIA INTERNA E TRATAMENTO DE FISSURA ANAL	R\$ 824,32
04.01.02.008-8	EXERESE DE CISTO SACROCOCCÍGEO	R\$ 898,35
04.07.02.027-6	FISTULECTOMIA / FISTULECTOMIA ANAL	R\$ 941,12
04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA	R\$ 1.175,12

#### TABELA 10 - NEUROLOGIA

CONSULTA EM NEUROLOGIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (NEUROLOGIA)	R\$ 83,00
DIAGNÓSTICO POR ELETRONEUROMIOGRAMA (BILATERAL)		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.11.05.008-3	ELETRONEUROMIOGRAMA DOS MEMBROS INFERIORES (MMII/BILATERAL) OU DOS MEMBROS SUPERIORES (MMSS/BILATERAL)	R\$ 316,00
TOTAL DO PACOTE		
AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE ELETRONEUROMIOGRAMA (4 MEMBROS)		
Código	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.11.05.008-3	ELETRONEUROMIOGRAMA DOS MEMBROS INFERIORES (MMII/BILATERAL)	R\$ 426,00
	ELETRONEUROMIOGRAMA DOS MEMBROS SUPERIORES (MMSS/BILATERAL)	
TOTAL DO PACOTE		
ELETRONEUROGRAMA (EEG)		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.11.05.005-9	ELETRONEUROGRAMA QUANTITATIVO C/ MAPEAMENTO (EEG)	R\$ 80,00

#### TABELA 11 - CABEÇA E PESCOÇO

CONSULTA EM CABEÇA E PESCOÇO		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CABEÇA E PESCOÇO)	R\$ 94,94
TOTAL DO PACOTE		

#### TABELA 12 - MAMOGRAFIA

EXAMES DE MAMOGRAFIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (MAMOGRAFIA)	R\$ 83,00



02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIACAO PERIODICA BILATERAL	R\$	45,00
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIACAO PERIODICA UNILATERAL	R\$	22,50
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	R\$	45,00
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIACAO PERIODICA BILATERAL - BICAS	R\$	45,00
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIACAO PERIODICA UNILATERAL - BICAS	R\$	22,50
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO - BICAS	R\$	45,00
02.04.03.003-0	MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA OU DE AVALIACAO PERIODICA UNILATERAL - MARIANA	R\$	25,91
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO - MARIANA	R\$	51,81
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA EM UNIDADE MOVEL (DIARIA)	R\$	5.572,00
02.04.03.018-8	MAMOGRAFIA EM UNIDADE MOVEL (DIARIA - INCLUI ALIMENTACAO E HOSPEDAGEM)	R\$	6.204,00

### TABELA 13 - DERMATOLOGIA

CONSULTA EM DERMATOLOGIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (DERMATOLOGIA)	
CISMEP-10	DERMATOSCOPIA (POR LESÃO)	R\$ 56,00
TOTAL DO PACOTE		
PROCEDIMENTOS CIRURGICOS HOSPITAL DIA - SERVIÇO AMBULATORIAL - S.A.		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.01.01.002-0	BIÓPSIA/PUNÇÃO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE	R\$ 99,38
02.01.01.037-2	BIÓPSIA DE PELE E PARTES MOLES	R\$ 65,79
03.03.08.001-9	CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE PEQUENAS LESÕES	R\$ 5,00
CISMEP-02	CRIOTERAPIA ATÉ 5 LESÕES	R\$ 71,52
04.01.01.004-0	ELETROCOAGULACAO DE LESAO CUTANEA ATÉ OS LESÕES (BPA INDIVIDUALIZADO)	R\$ 71,52
04.01.01.005-8	EXCISÃO DE LESÃO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA (CANTOPLASTIA UNGUEAL)	R\$ 85,45
04.01.01.007-4	EXÊRESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS/CISTO SEBACEO/LIPOMA	R\$ 113,32
04.01.01.011-2	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO (CIRURGIA GERAL)	R\$ 85,45

### TABELA 16 - EXAMES EM UNIDADES EXTERNAS

EXAMES - UNIDADE CONTAGEM		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.11.05.010-5	POLISSONOGRAFIA	R\$ 900,90
02.11.09.001-8	ESTUDO URODINAMICO	R\$ 623,15
02.11.02.006-0	TESTE ERGOMÉTRICO	R\$ 137,00
02.04.05.017-0	URETRICISTOSCOPIA (URETRICISTOGRAFIA)	R\$ 990,00
02.05.01.002-4	ECCARDIOGRAFIA TRANSESOFGICA	R\$ 631,30

### TABELA 18 - RESSONÂNCIAS

PROCEDIMENTOS RESSONANCIA MAGNETICA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.07.01.001-3	ANGIORESSONANCIA CEREBRAL	R\$ 460,90
CISMEP-57	CONTRASTE (CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	R\$ 50,60
04.17.01.006-0	SEDAÇÃO (CONFORME NECESSIDADE DE USO AVALIADA PELO PROFISSIONAL)	R\$ 193,57
02.07.01.002-1	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	R\$ 385,00
02.07.01.003-0	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL	R\$ 440,00
02.07.01.004-8	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	R\$ 440,00
02.07.01.005-6	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	R\$ 440,00
02.07.01.006-4	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	R\$ 440,00
02.07.01.007-2	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	R\$ 385,00
02.07.02.002-7	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	R\$ 385,00
02.07.02.003-5	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	R\$ 405,90
02.07.03.001-4	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 440,00
02.07.03.002-2	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA/PELVE	R\$ 385,00
02.07.03.003-0	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	R\$ 385,00
02.07.03.004-9	RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES	R\$ 385,00

### TABELA 19 - CINTILOGRAFIAS

PROCEDIMENTOS CINTILOGRAFIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
02.08.03.002-6	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE COM OU SEM CAPTAÇÃO	R\$ 85,01
02.08.01.001-7	CINTILOGRAFIA DE CORAÇÃO C/ GALIO 67	R\$ 503,31
02.08.09.001-0	CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GALIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS	R\$ 997,48
02.08.02.001-2	CINTILOGRAFIA DE FÍGADO E BAÇO (MÍNIMO 5 IMAGENS)	R\$ 146,59
02.08.02.002-0	CINTILOGRAFIA DE FÍGADO E VIAS BILIARES	R\$ 206,72
02.08.09.002-9	CINTILOGRAFIA DE GLÂNDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA)	R\$ 72,85
02.08.02.003-9	CINTILOGRAFIA DE GLÂNDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTÍMULO	R\$ 96,68
02.08.09.003-7	CINTILOGRAFIA DE MAMA ( BILATERAL)	R\$ 318,37
02.08.01.002-5	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE ESTRESSE (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)	R\$ 449,37
02.08.01.003-3	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM SITUAÇÃO DE REPOUSO (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)	R\$ 421,38
02.08.01.004-1	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ LOCALIZAÇÃO DE NECROSE (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)	R\$ 183,12
02.08.05.003-5	CINTILOGRAFIA DE OSSOS C/ OU S/ FLUXO SANGUÍNEO (CORPO INTEIRO)	R\$ 210,09
02.08.03.001-8	CINTILOGRAFIA DE PARATIREÓIDES	R\$ 356,99
02.08.06.001-4	CINTILOGRAFIA DE PERFUSÃO CEREBRAL C/ TALIO (SPCTO)	R\$ 481,81
02.08.07.001-0	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO C/ GALIO 67	R\$ 503,31
02.08.07.002-8	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO P/ PESQUISA DE ASPIRAÇÃO	R\$ 140,26
02.08.07.003-6	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR INALAÇÃO (MÍNIMO 2 PROJEÇÕES)	R\$ 140,93
02.08.07.004-4	CINTILOGRAFIA DE PULMÃO POR PERFUSÃO ( MÍNIMO 4 PROJEÇÕES)	R\$ 143,55
02.08.04.002-1	CINTILOGRAFIA DE RIM C/ GALIO 67	R\$ 503,31
02.08.05.004-3	CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO OSSEO COM GALIO 67	R\$ 503,31
02.08.04.003-0	CINTILOGRAFIA DE TESTÍCULO E BOLSAS ESCROTAL	R\$ 119,83
02.08.03.002-6	CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE C/ OU S/ CAPTAÇÃO	R\$ 85,01
02.08.01.005-0	CINTILOGRAFIA P/ AVALIAÇÃO DE FLUXO SANGUÍNEO DE EXTREMIDADES	R\$ 125,42
02.08.02.005-5	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFÁGICO (LÍQUIDO)	R\$ 148,92
02.08.02.006-3	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRÂNSITO ESOFÁGICO (SEMI-SÓLIDO)	R\$ 148,92
02.08.02.007-1	CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRÂNSITO GÁSTRICO	R\$ 158,64
02.08.02.008-0	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL	R\$ 126,35
02.08.02.009-8	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA	R\$ 172,95
02.08.02.010-1	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NÃO ATIVA	R\$ 341,90
02.08.02.011-0	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO	R\$ 148,92
02.08.03.004-2	CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DO CORPO INTERNO	R\$ 372,57
02.08.04.005-6	CINTILOGRAFIA RENAL/RENÓGRAMA (QUALITATIVAS E/OU QUANTITATIVAS)	R\$ 146,33
02.08.01.008-4	CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CÂMARAS CARDÍACAS EM SITUAÇÃO DE REPOUSO (VENTRICULOGRAFIA)	R\$ 194,38
02.08.06.002-2	CISTERNOCINTILOGRAFIA (INCLUINDO PESQUISA E/OU AVALIAÇÃO DO TRÂNSITO LÍQUÓRICO)	R\$ 225,87
02.08.04.006-4	CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA	R\$ 135,27
02.08.04.007-2	CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA	R\$ 158,95
02.08.04.010-2	ESTUDO RENAL DINÂMICO C/ OU S/ DIURÉTICO	R\$ 181,76
02.08.08.004-0	LINFOCINTILOGRAFIA	R\$ 155,46

### TABELA 20 - ANÁLISE DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICOS

PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICOS POR FRASCO		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
CISMEP-17	SERVIÇOS DE ANÁLISE DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICOS DE FRAGMENTOS NOS RETIRADOS NO EXAME DE ENDOSCOPIA E COLONOSCOPIA	R\$ 61,65
CISMEP-18	SERVIÇOS DE ANÁLISE DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICOS OU CITOLOGICOS DE FRAGMENTOS RETIRADOS NA PUNÇÃO DE MAMA	R\$ 53,10
CISMEP-19	SERVIÇOS DE ANÁLISE DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICOS DE FRAGMENTOS RETIRADOS NA PUNÇÃO DE PRÓSTATA	R\$ 61,65
CISMEP-20	SERVIÇOS DE ANÁLISE DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICOS DE FRAGMENTOS RETIRADOS PUNÇÃO DE TIREÓIDE	R\$ 51,52

### TABELA 21 - BERA

POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA, MEDIA E LONGA LATENCIA - BERA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
		R\$ 266,20

02.11.07.026-2	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA, MÉDIA E LONGA LATÊNCIA (BERA) - COM SEDAÇÃO ADULTO	R\$	770,00
02.11.07.026-2	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA, MÉDIA E LONGA LATÊNCIA (BERA) - SEM SEDAÇÃO INFANTIL	R\$	275,00
02.11.07.026-2	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA, MÉDIA E LONGA LATÊNCIA (BERA) - COM SEDAÇÃO INFANTIL	R\$	1.045,00

## TABELA 22 - IMPLANTE

IMPLANTE DE LENTE ESCLERAL PINTADA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
CISMEP-24	IMPLANTE DE LENTE ESCLERAL PINTADA: CONFECCIONADA INDIVIDUALMENTE ARTESANALMENTE, IDENTICA AO OLHO SADIO	R\$ 1.078,00

## TABELA 23 - TELEMEDICINA

SERVIÇOS DE TELEMEDICINA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
CISMEP-36	TELE-INTERCONSULTA EM MULTIESPECIALIDADES COM INFRAESTRUTURA TECNOLÓGICA E DE SEGURANÇA DE DADOS DOS USUÁRIOS (LICENÇAS, SOFTWARES E PERMISSÕES DE ACESSO)	R\$ 93,24
CISMEP-37	TELEDERMATOSCOPIA	R\$ 6,00
CISMEP-38	TELE-ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 30,00
CISMEP-39	TELE-ELETOENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO C/ MAPEAMENTO (EEG)	R\$ 65,00
CISMEP-40	TELEMONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTZER 24 HS (3 CANAIS)	R\$ 85,00
CISMEP-41	TELEMONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (M.A.P.A)	R\$ 90,00

## TABELA 24 - MEDICINA HIPERBÁRICA

SERVIÇOS DE MEDICINA HIPERBARICA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
CISMEP-42	SESSÃO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBARICA (POR SESSÃO DE ATÉ 02 HORAS)	R\$ 300,00

## TABELA 25 - CIRURGIAS EM PRESTADORES EXTERNOS

CIRURGIA ORTOPÉDICA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.08.04.004-1	ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL	R\$ 7.613,28
04.08.05.006-3	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO JOELHO	R\$ 6.021,39
04.08.05.016-0	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	R\$ 4.764,00
04.08.05.017-9	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR)	R\$ 5.050,20
04.08.01.014-2	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTO DESCOMPRESSIVOS)	R\$ 2.389,20
04.08.05.089-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	R\$ 1.650,06
04.03.02.012-3	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SINDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEO-FIBROSO AO NIVEL DO CARPO	R\$ 2.010,15

CIRURGIA GERAL		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.07.03.003-4	COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA	R\$ 3.270,75
04.07.02.034-9	PROCTOPEXIA ABDOMINAL POR PROCIDENCIA DO RETO	R\$ 1.845,08
04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA	R\$ 2.061,56
04.07.04.006-4	HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA	R\$ 1.618,05
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	R\$ 1.817,17
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	R\$ 1.789,15
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	R\$ 1.430,15
04.07.04.011-0	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE	R\$ 1.618,45
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	R\$ 1.289,40
04.06.02.057-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	R\$ 2.185,03
04.06.02.056-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL)	R\$ 2.713,45

CIRURGIA GINECOLÓGICA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.09.06.012-7	HISTERECTOMIA SUBTOTAL	R\$ 1.859,90
04.09.06.013-5	HISTERECTOMIA TOTAL	R\$ 2.091,95
04.09.06.017-8	HISTEROSCOPIA CIRURGICA C/ RESSECTOSCOPIO	R\$ 1.399,15
04.09.06.019-4	MIOMECTOMIA	R\$ 2.032,85
04.09.06.021-6	OOFORRECTOMIA/OOFOROLASTIA	R\$ 1.884,14
09.09.06.004-6	CURETAGEM SEMIÓTICA C/ OU S/ DILATAÇÃO DO COLO UTERINO	R\$ 880,40

CIRURGIA UROLÓGICA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.09.01.017-0	INSTALACAO ENDOSCÓPICA DE CATETER DUPLO J	R\$ 1.636,18
CISMEP-37	RETIRADA DE CATETER DUPLIO J	R\$ 518,88
04.09.04.013-4	ORCUIDOPEXIA UNILATERAL	R\$ 1.557,75
04.09.03.002-3	PROSTATECTOMIA SUPRAPUBICA	R\$ 3.659,18
04.09.03.004-0	RESSECCAO ENDOSCOPICA DE PROSTATA (RTU)	R\$ 3.490,01
04.09.04.023-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARICOCELE	R\$ 1.715,75
04.09.01.059-6	URETEROLITOTRIPSIA FLEXIVEL	R\$ 3.373,00
04.09.01.059-6	URETEROLITOTRIPSIA RIGIDA A LASER	R\$ 3.483,50
04.09.01.023-5	NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA	R\$ 4.497,72

CIRURGIA CARDIOLÓGICA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR ICISMEP
04.06.03.002-2	ANGIOPLASTIA CORONARIANA C/ IMPLANTE DE DOIS STENTS (PACOTE) Incluindo os seguintes materiais: 01 Diária de CTI ou Enfermaria; Honorários médicos CTI; Stents; Balão Intraporto; Fio Guia; Introdutor; Cateter Guia; Seringa Insufadora; Taxa de Sala Hemodinâmica; Honorários Médicos Hemodinâmica	R\$ 11.776,47
04.06.03.005-7	ANGIOPLASTIA PERIFERICA C/ IMPLANTE DE DOIS STENTS (PACOTE) Incluindo os seguintes materiais: 01 Diária de CTI ou Enfermaria; Honorários médicos CTI; Stents; Balão Intraporto; Fio Guia; Introdutor; Cateter Guia; Seringa Insufadora; Taxa de Sala Hemodinâmica; Honorários Médicos Hemodinâmica	R\$ 14.058,82

OPME's		
OPME CIRURGIA ORTOPÉDICA		
CIRURGIA	OPME	VALOR ICISMEP
ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL	COMPONENTE FEMORAL CIMENTADO (HASTE)	R\$ 1.632,96
	RESTRITOR/PLUG DE CIMENTO	R\$ 46,66
	CABEÇA INTERCAMBIÁVEL	R\$ 750,83
	COMPONENTE ACETABULAR CIMENTADO	R\$ 381,87
	CIMENTO ORTOPÉDICO	R\$ 81,79
	LAMINA SERRA	R\$ 324,00
	COMPONENTE FEMORAL NÃO CIMENTADO	R\$ 2.746,33
	COMPONENTE ACETABULAR METALICO	R\$ 1.864,18
	COMPONENTE ACETABULAR POLIETILENO PARA COMPONENTE METALICO	R\$ 603,90
	PARAFUSO ACETABULAR	R\$ 177,66
ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO JOELHO	COMPONENTE BIPOLAR (CABEÇA BIPOLAR)	R\$ 1.632,96
	COMPONENTE FEMURAL	R\$ 2.707,99
	COMPONENTE BASE TIBIAL	R\$ 1.390,73
	COMPONENTE PLATEAU TIBIAL	R\$ 571,78
	COMPONENTE PATELAR	R\$ 240,67
	CIMENTO ORTOPÉDICO	R\$ 98,14
	LAMINA SERRA	R\$ 324,00
	LAMINA DE SHAVER	R\$ 680,40
	EQUIPO C/ SENSOR	R\$ 563,76
	PARAFUSO DE INTERFERENCIA EM TITANIO	R\$ 787,79
RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	LAMINA DE SHAVER	R\$ 680,40
	EQUIPO C/ SENSOR	R\$ 563,76
	PARAFUSO DE INTERFERENCIA EM TITANIO	R\$ 787,79
	LAMINA DE SHAVER	R\$ 680,40
RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR)	EQUIPO C/ SENSOR	R\$ 563,76
	PARAFUSO DE INTERFERENCIA EM TITANIO	R\$ 787,79
	LAMINA DE SHAVER	R\$ 680,40
	EQUIPO C/ SENSOR	R\$ 563,76
REPARO DE ROTURA DO	EQUIPO C/ SENSOR	R\$ 563,76
		R\$ 334,37

PROCEDIMENTO DESCOMPRESSIVOS)	ANCORA MONTADA EM TITANIO	R\$	868,32
	PONTEIRA FREQUENCIA	R\$	858,48
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	LAMINA DE SHAVER	R\$	680,40
	EQUIPO C/ SENSOR	R\$	563,76
	PARAFUSO DE INTERFERENCIA EM TITANIO	R\$	787,79
	FAST-FIX 360 RETO OU CURVO AGULHADO	R\$	2.835,00
	EMPURRADOR DE NO/CORTADOR DE SUTURA E CANULA	R\$	567,00

OPME CIRURGIA UROLOGICA		
CIRURGIA	OPME	VALOR ICISMEP
INSTALACAO ENDOSCOPICA DE CATETER DUPLO J	CATETER DUPLO J	R\$ 396,00
RESSECCAO ENDOSCOPICA DE PROSTATA (RTU)	ALÇA DE RTU	R\$ 396,00
	EQUIPO DE IRRIGACAO DE 3 VIAS	R\$ 400,00
URETEROLITOTRIPSIA FLEXIVEL	CATETER DUPLO J	R\$ 396,00
	FIO GUIA HIDROFILICO	R\$ 675,00
	CATETER BASKET PARA RETIRADA DE CALCULO	R\$ 1.521,00
URETEROLITOTRIPSIA RIGIDA A LASER	BALAO URETERAL	R\$ 1.860,00
	EXTRATOR DE CALCULO 3Fr	R\$ 1.521,00
	CATETER DUPLO J	R\$ 396,00
	FIO GUIA HIDROFILICO	R\$ 675,00
	FIBRA LASER	R\$ 3.100,00
NEFROLITOTRIPSIA PERCUTANEA	AMPLATZ	R\$ 1.860,00
	CONJUNTO DE NEFROSTOMIA	R\$ 1.240,00
	EQUIPO DE IRRIGACAO	R\$ 279,00
	EXTRATOR DE CALCULO PERCUTANEA	R\$ 1.521,00
	CATETER DUPLO J	R\$ 396,00
	FIO GUIA HIDROFILICO	R\$ 675,00
	CATETER URETRAL	R\$ 170,50

OPME CIRURGIA GERAL		
CIRURGIA	OPME	VALOR ICISMEP
HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	TELA DE MARLEX M (15cm X 15cm)	R\$ 475,00
	TELA DE MARLEX P (7,5cm X 7,5cm)	R\$ 416,00
HERNIOPLASTIA INGUINAL CRURAL	TELA DE MARLEX M (15cm X 15cm)	R\$ 475,00
	TELA DE MARLEX P (7,5cm X 7,5cm)	R\$ 416,00

OPME CIRURGIA CARDIOLOGICA		
CIRURGIA	OPME	VALOR ICISMEP
ANGIOPLASTIAS	STENT PARA ARTERIA PERIFERICA OU CORONARIA	R\$ 2.339,84

OUTROS SERVIÇOS RELACIONADOS AS CIRURGIAS		
CONSULTA MÉDICA PARA AVALIAÇÕES CIRÚRGICAS		R\$ 90,00
CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (RISCO CIRÚRGICO)		R\$ 80,00
RAIO X TÓRAX (ATÉ 2 INCIDÊNCIAS)		R\$ 42,00
RAIO X TÓRAX (3 INCIDÊNCIAS)		R\$ 77,50
CURATIVO ESPECIAL (SEM HIDROCOLOIDE - MAIOR EXTENSÃO)		R\$ 85,80
CURATIVO SIMPLES		R\$ 65,95
LEITO DE CTI (DIÁRIA)		R\$ 1.800,00
* Serviço exclusivo para pacientes que necessitarem de suporte emergencial ao realizarem procedimentos em prestadores externos		
LEITO DE ENFERMARIA (DIÁRIA)		R\$ 705,00
* Serviço exclusivo para pacientes que necessitarem de suporte emergencial ao realizarem procedimentos em prestadores externos		

Lagoa Santa, 2024

**MUNICÍPIO DE LAGOA SANTA**  
**SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE (INTERINO)**  
**JOÃO PAULO DA SILVA**  
**CONTRATANTE**

**CONSÓRCIO PÚBLICO INSTITUIÇÃO DE COOPERAÇÃO**  
**INTERMUNICIPAL DO MÉDIO PARAÓPEBA – ICISMEP**  
**EUSTÁQUIO DA ABADIA AMARAL**  
**CONTRATADO**

Testemunhas: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

## CONTRATO DE PROGRAMA Nº 031-2024 - PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA SANTA/MG

Código do documento c2c1c7ae-1430-43ba-b9d1-5e3539c8fe70



### Assinaturas

- |   |   |   |
|---|---|---|
|    | Alexssander Rodrigues Batista Silva<br>alexssandersilva@lagoasanta.mg.gov.br<br>Aprovou                     |    |
|    | Sthefany Caroline Gonçalves de Oliveira<br>sthefanyoliveira@lagoasanta.mg.gov.br<br>Acusou recebimento      |    |
|    | Sthefany Caroline Gonçalves de Oliveira<br>sthefanyoliveira@lagoasanta.mg.gov.br<br>Assinou como testemunha |    |
|   | Maria Aparecida Pires De Moura<br>mariamoura@lagoasanta.mg.gov.br<br>Assinou como testemunha                |    |
|  | Sthefany Caroline Gonçalves de Oliveira<br>sthefanyoliveira@lagoasanta.mg.gov.br<br>Aprovou                 |  |
|  | Carolina Morais Gonçalves de Alencar<br>carolina.morais@icismep.mg.gov.br<br>Reconheceu                     |  |
|  | Vanilda da Silva Maia<br>vanilda.maia@icismep.mg.gov.br<br>Reconheceu                                       |  |
|  | Eustaquio da Abadia Amaral<br>eustaquioabadia@icismep.mg.gov.br<br>Assinou como parte                       |  |
|  | João Paulo da Silva<br>joaosilva@lagoasanta.mg.gov.br<br>Assinou como parte                                 |   |

### Eventos do documento

#### 26 Feb 2024, 17:04:49

Documento c2c1c7ae-1430-43ba-b9d1-5e3539c8fe70 **criado** por STHEFANY CAROLINE GONÇALVES DE OLIVEIRA (93a8876e-3e05-4ef0-b200-7762d559d073). Email:sthefanyoliveira@lagoasanta.mg.gov.br. - DATE\_ATOM: 2024-02-26T17:04:49-03:00

#### 26 Feb 2024, 17:06:20

Assinaturas **iniciadas** por STEFANY CAROLINE GONÇALVES DE OLIVEIRA (93a8876e-3e05-4ef0-b200-7762d559d073). Email: sthefanyoliveira@lagoasanta.mg.gov.br. - DATE\_ATOM: 2024-02-26T17:06:20-03:00

**26 Feb 2024, 17:10:46**

ALEXSSANDER RODRIGUES BATISTA SILVA **Aprovou** (0efcdc1b-a77e-4c23-bc7e-88d9ac1d00ed) - Email: alexssandersilva@lagoasanta.mg.gov.br - IP: 187.86.249.107 (187-86-249-107.vespanet.com.br porta: 7726) - Documento de identificação informado: 134.862.826-03 - DATE\_ATOM: 2024-02-26T17:10:46-03:00

**27 Feb 2024, 11:18:40**

STHEFANY CAROLINE GONÇALVES DE OLIVEIRA **Acusou recebimento** (93a8876e-3e05-4ef0-b200-7762d559d073) - Email: sthefanyoliveira@lagoasanta.mg.gov.br - IP: 187.86.249.107 (187-86-249-107.vespanet.com.br porta: 40600) - Documento de identificação informado: 125.308.626-56 - DATE\_ATOM: 2024-02-27T11:18:40-03:00

**27 Feb 2024, 11:19:22**

STHEFANY CAROLINE GONÇALVES DE OLIVEIRA (93a8876e-3e05-4ef0-b200-7762d559d073). Email: sthefanyoliveira@lagoasanta.mg.gov.br. **ADICIONOU** o signatário **carolina.morais@icisnep.mg.gov.br** - DATE\_ATOM: 2024-02-27T11:19:22-03:00

**27 Feb 2024, 11:20:16**

STHEFANY CAROLINE GONÇALVES DE OLIVEIRA (93a8876e-3e05-4ef0-b200-7762d559d073). Email: sthefanyoliveira@lagoasanta.mg.gov.br. **ADICIONOU** o signatário **miriam.anastacio@icisnep.mg.gov.br** - DATE\_ATOM: 2024-02-27T11:20:16-03:00

**27 Feb 2024, 11:21:19**

STHEFANY CAROLINE GONÇALVES DE OLIVEIRA (93a8876e-3e05-4ef0-b200-7762d559d073). Email: sthefanyoliveira@lagoasanta.mg.gov.br. **ADICIONOU** o signatário **eustaquio.abadia@icisnep.mg.gov.br** - DATE\_ATOM: 2024-02-27T11:21:19-03:00

**27 Feb 2024, 11:21:32**

STHEFANY CAROLINE GONÇALVES DE OLIVEIRA (93a8876e-3e05-4ef0-b200-7762d559d073). Email: sthefanyoliveira@lagoasanta.mg.gov.br. **ALTEROU** o signatário **eustaquio.abadia@icisnep.mg.gov.br** para **eustaquioabadia@icisnep.mg.gov.br** - DATE\_ATOM: 2024-02-27T11:21:32-03:00

**27 Feb 2024, 11:22:06**

STHEFANY CAROLINE GONÇALVES DE OLIVEIRA (93a8876e-3e05-4ef0-b200-7762d559d073). Email: sthefanyoliveira@lagoasanta.mg.gov.br. **ADICIONOU** o signatário **joasilva@lagoasanta.mg.gov.br** - DATE\_ATOM: 2024-02-27T11:22:06-03:00

**27 Feb 2024, 18:30:44**

JOÃO PAULO DA SILVA **Assinou como parte** (d9b5b80f-ea11-4207-9f3f-4989aabd478b) - Email: joasilva@lagoasanta.mg.gov.br - IP: 187.86.249.108 (187-86-249-108.vespanet.com.br porta: 39104) - Documento de identificação informado: 068.242.246-00 - DATE\_ATOM: 2024-02-27T18:30:44-03:00

**28 Feb 2024, 14:04:20**

STHEFANY CAROLINE GONÇALVES DE OLIVEIRA (93a8876e-3e05-4ef0-b200-7762d559d073). Email:

sthefanyoliveira@lagoasanta.mg.gov.br **ALTEROU** o signatário **miriam.anastacio@icismep.mg.gov.br** para **vanilda.maia@icismep.mg.gov.br** - DATE\_ATOM: 2024-02-28T14:04:20-03:00

**28 Feb 2024, 14:13:03**

CAROLINA MORAIS GONÇALVES DE ALENCAR **Reconheceu** - Email: carolina.morais@icismep.mg.gov.br - IP: 177.55.237.46 (177.55.237.46.blinktelecom.com.br porta: 27488) - **Geolocalização: -20.0496454 -44.2615272** - Documento de identificação informado: 102.770.236-88 - DATE\_ATOM: 2024-02-28T14:13:03-03:00

**28 Feb 2024, 15:24:49**

VANILDA DA SILVA MAIA **Reconheceu** - Email: vanilda.maia@icismep.mg.gov.br - IP: 177.55.237.46 (177.55.237.46.blinktelecom.com.br porta: 49300) - Documento de identificação informado: 050.443.416-06 - DATE\_ATOM: 2024-02-28T15:24:49-03:00

**28 Feb 2024, 16:28:15**

EUSTAQUIO DA ABADIA AMARAL **Assinou como parte** - Email: eustaquioabadia@icismep.mg.gov.br - IP: 177.55.237.46 (177.55.237.46.blinktelecom.com.br porta: 8106) - **Geolocalização: -20.0497528 -44.2615549** - Documento de identificação informado: 055.506.886-20 - DATE\_ATOM: 2024-02-28T16:28:15-03:00

**28 Feb 2024, 17:05:03**

STHEFANY CAROLINE GONÇALVES DE OLIVEIRA **Assinou como testemunha** (93a8876e-3e05-4ef0-b200-7762d559d073) - Email: sthefanyoliveira@lagoasanta.mg.gov.br - IP: 187.86.249.107 (187-86-249-107.vespanet.com.br porta: 44482) - Documento de identificação informado: 125.308.626-56 - DATE\_ATOM: 2024-02-28T17:05:03-03:00

**28 Feb 2024, 17:06:02**

MARIA APARECIDA PIRES DE MOURA **Assinou como testemunha** (a7756d57-4e14-489d-b719-c9f0936c9c19) - Email: mariamoura@lagoasanta.mg.gov.br - IP: 187.86.249.107 (187-86-249-107.vespanet.com.br porta: 14564) - **Geolocalização: -19.644416 -43.9123968** - Documento de identificação informado: 046.948.296-61 - DATE\_ATOM: 2024-02-28T17:06:02-03:00

**28 Feb 2024, 17:07:09**

STHEFANY CAROLINE GONÇALVES DE OLIVEIRA **Aprovou** (93a8876e-3e05-4ef0-b200-7762d559d073) - Email: sthefanyoliveira@lagoasanta.mg.gov.br - IP: 187.86.249.107 (187-86-249-107.vespanet.com.br porta: 36486) - Documento de identificação informado: 125.308.626-56 - DATE\_ATOM: 2024-02-28T17:07:09-03:00

Hash do documento original

(SHA256):7f705d55379f0df51bfe129826f99c6c22fa2a71f0ad7c946f1ce8ab3d82a547

(SHA512):94e358e161c74d19b4bc441e7aac5238470c2972be89df09d53d51585d5fc824cd16b9259819fddcd470b88b9f3b28029450044092eba2be3444f2d4e9b51ebb

Esse log pertence **única e exclusivamente** aos documentos de HASH acima

**Esse documento está assinado e certificado pela D4Sign**