



Consórcio Intermunicipal de Saúde  
do Alto Paranaíba

**CISALP**

de ♥ pra você

**DEMONSTRATIVO MENSAL DE ATENDIMENTOS DE 01/05/2026 ATÉ 31/05/2026**

| PROCEDIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                   | QT |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1,25 - DIHIDROXIVITAMINA D                                                                                                                                                                                                                                                     | 33 |
| 17 ALFA HIDROXI PROGESTERONA (NS)                                                                                                                                                                                                                                              | 3  |
| 17 BETA ESTRADIOL                                                                                                                                                                                                                                                              | 1  |
| ABAÇÃO ARRITMIA VENTRICULAR                                                                                                                                                                                                                                                    | 1  |
| ACIDO URICO...                                                                                                                                                                                                                                                                 | 4  |
| ADENOIDECTOMIA                                                                                                                                                                                                                                                                 | 24 |
| ADENOIDECTOMIA                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1  |
| Agulhamento de Trabeculectomia                                                                                                                                                                                                                                                 | 1  |
| Ajuste e/ou manutenção dos aparelhos auditivos Está incluso no item: atendimento individual para testes e ajustes com software adequado, molde em silicone ou acrílico quando necessário a troca, tubinhos quando necessário a troca e olivas/domos quando necessário a troca. | 5  |
| AJUSTES DO APARELHO AUDITIVO                                                                                                                                                                                                                                                   | 86 |
| ALBUMINA PESQUISA (URINA)                                                                                                                                                                                                                                                      | 17 |
| AMIGDALECTOMIA                                                                                                                                                                                                                                                                 | 8  |
| AMIGDALECTOMIA COM ADENOIDECTOMIA                                                                                                                                                                                                                                              | 16 |
| ANESTESIA GERAL/NARCOSE/SEDACAO                                                                                                                                                                                                                                                | 4  |
| Angiofluoresceinografia                                                                                                                                                                                                                                                        | 7  |
| Angioplastia Coronária Percutânea com Implante de 1 (um) stent farmacológico                                                                                                                                                                                                   | 1  |
| ANGIORESSONANCIA ARTERIAL DE CRANIO...                                                                                                                                                                                                                                         | 3  |
| ANGIORESSONÂNCIA ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)                                                                                                                                                                                                                      | 1  |
| ANGIORESSONANCIA VENOSA DE CRANIO...                                                                                                                                                                                                                                           | 3  |
| ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE ABDOMEN SUPERIOR                                                                                                                                                                                                                                   | 2  |
| ANGIOTOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ARTERIAL DE CERVICAL                                                                                                                                                                                                                           | 2  |
| ANGIOTOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ARTERIAL DE MEMBROS INFERIORES                                                                                                                                                                                                                 | 2  |
| ANGIOTOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ARTERIAL DE Pelve                                                                                                                                                                                                                              | 3  |
| ANGIOTOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ARTERIAL DE PESCOÇO                                                                                                                                                                                                                            | 1  |
| ANGIOTOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ARTERIAL DE TORAX                                                                                                                                                                                                                              | 10 |
| ANGIOTOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO ARTERIAL                                                                                                                                                                                                                             | 5  |
| ANGIOTOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA VENOSA DE CRANIO                                                                                                                                                                                                                               | 2  |
| ANGIOTOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA VENOSA DE MEMBROS INFERIORES                                                                                                                                                                                                                   | 4  |
| ANGIOTOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA VENOSA DE Pelve                                                                                                                                                                                                                                | 2  |
| ANGIOTOMOGRAFIA CORONARIANA COM ESCORE DE CALCIO COM OU SEM CONTRASTE                                                                                                                                                                                                          | 1  |
| ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL/AORTA ILÍACA                                                                                                                                                                                                                                | 2  |
| ANGIOTOMOGRAFIA DE AORTA TORACICA/TRONCO/SUPRA AORTICOS                                                                                                                                                                                                                        | 1  |
| ANGIOTOMOGRAFIA DE CORONÁRIA COM CONTRASTE                                                                                                                                                                                                                                     | 56 |
| ANGIOTOMOGRAFIA REALIZADAS (SÁBADOS, DOMINGOS, FERIADOS E FORA DO HORÁRIO)                                                                                                                                                                                                     | 1  |





Consórcio Intermunicipal de Saúde  
do Alto Paranaíba

**CISALP**

de ♥ pra você

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ANGIOTOMOGRAFIA SUPERIOR                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 1  |
| ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE ABDOMEN SUPERIOR                                                                                                                                                                                                                                                                             | 3  |
| ANTI ANCA NEUTROFILOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1  |
| ANTIBIOGRAMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 33 |
| ANTICORPOS ANTI CITRULINA                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 3  |
| ANTICORPOS ANTI-GAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 1  |
| ANTITRYPANOSOMA CRUZI IGM – CHAGAS IGM...                                                                                                                                                                                                                                                                              | 7  |
| Aplicação De Injeção Intravítrea – BEVACIZUMABE (AVASTIN) Por Olho.                                                                                                                                                                                                                                                    | 84 |
| APLICAÇÃO DE INJEÇÃO MONOCULAR ANTIANGIOGENICA DE EYLIA (INCLUIR MEDICAMENTO)                                                                                                                                                                                                                                          | 78 |
| Aplicação de Intra Vítrea e Tomografia de Coerência Óptica (OCT) (por olho)                                                                                                                                                                                                                                            | 8  |
| APOLIPOPROTEINA A-I                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 1  |
| ARTERIOGRAFIA CEREBRAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 7  |
| ARTERIOGRAFIA DE CARÓTIDAS                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 1  |
| ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2  |
| ATENDIMENTO DE PEDAGOGO (PACOTE FECHADO)                                                                                                                                                                                                                                                                               | 4  |
| Atendimento em Psicopedagógico (por sessão)                                                                                                                                                                                                                                                                            | 1  |
| Atendimento em Terapia Ocupacional (por sessão)                                                                                                                                                                                                                                                                        | 79 |
| Atendimento individual a pessoa portadora de Lesão (ferida) Complexa tamanho G (Lesão única entre 6,1 a 10 cm de maior diâmetro) Fica a contratada responsável pelo fornecimento de todos os tipos de coberturas necessárias e específicas para o tratamento da lesão                                                  | 5  |
| Atendimento individual a pessoa portadora de Lesão (ferida) Complexa tamanho GG (Lesão única maior que 10 cm de ou lesões múltiplas que seus diâmetros somados ultrapassem 10 cm) Fica a contratada responsável pelo fornecimento de todos os tipos de coberturas necessárias e específicas para o tratamento da lesão | 37 |
| ATESTADO MÉDICO PERIÓDICO ADMISSIONAL OU DEMISSIONAL                                                                                                                                                                                                                                                                   | 78 |
| ATIVIDADE PLASMÁTICA DA RENINA...                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 2  |
| AUDIOMETRIA TONAL/VOCAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 83 |
| AUDIOMETRIA TONAL/VOCAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 29 |
| AVALIACAO DE MARCAPASSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 17 |
| Avaliação de Neuropsicologia                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 5  |
| avaliação de pequena cirurgia                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 1  |
| AVALIAÇÃO NEUROPSICOLOGICA                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 3  |
| AVALIACAO URODINAMICA COMPLETA                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 49 |
| BAAR PESQUISA                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 17 |
| BACTERIOSCOPIA (GRAM)                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 3  |
| Beta (teste de gravidez qualitativo)                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 7  |
| BILIRRUBINAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 13 |
| Biomédico em atendimento as demandas dos municípios consorciados, 8 horas diárias/ 40 horas semanais (mensal).                                                                                                                                                                                                         | 2  |
| Biometria Ultrassônica (Monocular) - Ecobiometria (Por Olho)                                                                                                                                                                                                                                                           | 55 |





Consórcio Intermunicipal de Saúde  
do Alto Paranaíba

**CISALP**

de ♥ pra você

|                                                                                                  |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| BIOPSIA COMPLEXA POR FRASCO OU PEÇA CIRURGICA                                                    | 166 |
| BIOPSIA DE ANEXO DE PEÇA CIRURGICA                                                               | 8   |
| biópsia de boca                                                                                  | 1   |
| BIOPSIA DE PAAF TIREOIDE / MAMA                                                                  | 11  |
| BIÓPSIA DE PRÓSTATA COM SEDAÇÃO                                                                  | 10  |
| BIOPSIA DO COLO UTERINO                                                                          | 1   |
| BIOPSIA INCISIONAL                                                                               | 2   |
| BIOPSIA SIMPLES FRAGMENTADA                                                                      | 24  |
| BIOPSIA SIMPLES POR FRASCO                                                                       | 59  |
| BIOPSIA/EXERESE DE NÓDULO DE MAMA                                                                | 1   |
| Blefaroplastia Bilateral                                                                         | 17  |
| Broncoscopia com Biópsia                                                                         | 2   |
| CALCIO                                                                                           | 4   |
| CALCIO                                                                                           | 2   |
| CALCIO DOSAGEM (URINA 24 HORAS)                                                                  | 1   |
| CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU CAMPO VISUAL (BINOCULAR)                                          | 12  |
| CAMPO VISUAL                                                                                     | 1   |
| capacidade TOTAL de ligação do ferro                                                             | 12  |
| CAPSULOTOMIA A YAG LASER                                                                         | 171 |
| CATETERISMO CARDIACO                                                                             | 2   |
| Cauterização nasal com aca                                                                       | 2   |
| CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE PEQUENAS LESÕES                                                          | 11  |
| CERATOSCOPIA DE CORNEA POR OLHO                                                                  | 44  |
| CINTILOGRAFIA DA TIREÓIDE E/OU CAPTAÇÃO (IODO - 131)                                             | 2   |
| CINTILOGRAFIA DA TIREÓIDE E/OU CAPTAÇÃO (TECNÉCIO - 99M TC)                                      | 3   |
| CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE ESTRESSE (MINIMO 3 PROJECOES) | 3   |
| CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE REPOUSO (MINIMO 3 PROJECOES)  | 3   |
| CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES                                                                   | 1   |
| CINTILOGRAFIA ÓSSEA (CORPO TOTAL)                                                                | 2   |
| CINTILOGRAFIA RENAL DINÂMICA COM DIURÉTICO                                                       | 1   |
| CINTILOGRAFIA RENAL ESTÁTICA (QUANTITATIVA OU QUALITATIVA)                                       | 1   |
| CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA E/OU URETROSCOPIA                                                 | 2   |
| CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA E/OU URETROSCOPIA COM ANESTESIA                                   | 3   |
| CITOLOGIA ONCOTICA VAGINAL                                                                       | 23  |
| CITOMEGALOVIRUS IGG...                                                                           | 1   |
| CITOMEGALOVIRUS IGM...                                                                           | 1   |
| CITOSOL HEPATICO TIPO 1 AUTO-ANTICORPOS                                                          | 1   |
| CLEARANCE DE CREATININA                                                                          | 4   |
| CLEARANCE DE CREATININA (URINA 24 HORAS)                                                         | 1   |





Consórcio Intermunicipal de Saúde  
do Alto Paranaíba

**CISPALP**

de ♥ pra você

|                                                                                                                                                                                                                                                                                          |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| CLIP HEMOSTÁTICO (ADICIONAL DE 01 CLIP HEMOSTÁTICO PARA COLONOSCOPIA)                                                                                                                                                                                                                    | 9   |
| COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA (VIA ENDOSCÓPICA)                                                                                                                                                                                                                                     | 2   |
| COLECISTECTOMIA (HONORÁRIO MÉDICO)                                                                                                                                                                                                                                                       | 1   |
| COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA                                                                                                                                                                                                                                                       | 2   |
| COLESTEROL TOTAL FRAÇÕES E TRIGLICERIDES                                                                                                                                                                                                                                                 | 264 |
| COLESTEROL TOTAL+FRANCOES+TRICLICERIDES                                                                                                                                                                                                                                                  | 2   |
| COLETA DE MATERIAL DO COLO DE ÚTERO PARA EXAME CITOPATOLÓGICO                                                                                                                                                                                                                            | 1   |
| COLINESTERASE PLASMÁTICA                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1   |
| COLONOSCOPIA + ANESTESIA + POLIPECTOMIA                                                                                                                                                                                                                                                  | 10  |
| COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)                                                                                                                                                                                                                                                                | 140 |
| COLONOSCOPIA ANESTESIA +POLIPECTOMIA +ALÇA                                                                                                                                                                                                                                               | 50  |
| COLONOSCOPIA COM MUCOSECTOMIA PARA RETIRADA DE LESÃO                                                                                                                                                                                                                                     | 3   |
| COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR                                                                                                                                                                                                                                                 | 1   |
| COLPOSCOPIA                                                                                                                                                                                                                                                                              | 3   |
| Confecção de Prótese Parcial Removível Superior ou Inferior (dente acrílico de três camadas de prensagem com escala de caracterização de cor, grade metálica em cromo cobalto com molibdênio fundido e polido, prótese com processo de fabricação em mufla e resina termopolimerizável). | 11  |
| Confecção de Prótese Total Superior ou Inferior (Prótese com processo de fabricação em mufla, com resina termopolimerizável, dentes acrílicos de três camadas de prensagem com escala de caracterização de cor e palato incolor no caso de Prótese Total Superior).                      | 11  |
| Consulta com Nutricionista                                                                                                                                                                                                                                                               | 25  |
| CONSULTA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA - FONOAUDIOLOGIA SESSÃO                                                                                                                                                                                                                                | 192 |
| Consulta de Avaliação Pré ou Pós Pequena Cirurgia                                                                                                                                                                                                                                        | 9   |
| CONSULTA DE CLÍNICA MÉDICA                                                                                                                                                                                                                                                               | 16  |
| CONSULTA em CARDIOLOGIA ADULTO                                                                                                                                                                                                                                                           | 43  |
| CONSULTA em CIRURGIA GERAL                                                                                                                                                                                                                                                               | 9   |
| CONSULTA em DERMATOLOGIA                                                                                                                                                                                                                                                                 | 29  |
| CONSULTA em ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA                                                                                                                                                                                                                                                 | 64  |
| CONSULTA EM FONOAUDIOLOGIA AVALIAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                     | 94  |
| CONSULTA em GINECOLOGIA/OBSTETRICIA                                                                                                                                                                                                                                                      | 82  |
| CONSULTA EM NEUROPSICOPEDAGOGIA SESSÃO                                                                                                                                                                                                                                                   | 26  |
| CONSULTA em OFTALMOLOGIA                                                                                                                                                                                                                                                                 | 2   |
| CONSULTA em PROCTOLOGIA                                                                                                                                                                                                                                                                  | 2   |
| CONSULTA EM PSICOLOGIA SESSÃO                                                                                                                                                                                                                                                            | 55  |
| CONSULTA em PSIQUIATRIA PEDIÁTRICA                                                                                                                                                                                                                                                       | 31  |
| CONSULTA em REUMATOLOGIA                                                                                                                                                                                                                                                                 | 199 |
| CONSULTA em UROLOGIA                                                                                                                                                                                                                                                                     | 101 |
| CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA                                                                                                                                                                                                                                                 | 2   |
| CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA                                                                                                                                                                                                                                                 | 24  |





Consórcio Intermunicipal de Saúde  
do Alto Paranaíba

**CISALP**

de ♥ pra você

|                                                                                                             |      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Consulta médica em atenção especializada - otorrino (OCI AVALIAÇÃO INICIAL DIAGNÓSTICA DE DEFICIT AUDITIVO) | 36   |
| CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (Neuroftalmologia)                                                 | 1    |
| Consulta médica especializada (alergista e imunologista)                                                    | 5    |
| Consulta médica especializada (anestesiologista)                                                            | 62   |
| Consulta médica especializada (angiologista)                                                                | 157  |
| Consulta médica especializada (Cardiologista)                                                               | 571  |
| Consulta médica especializada (cirurgião de cabeça e pescoço)                                               | 1    |
| Consulta médica especializada (cirurgião geral)                                                             | 79   |
| Consulta médica especializada (cirurgião plástico)                                                          | 4    |
| Consulta médica especializada (cirurgião torácico)                                                          | 1    |
| Consulta médica especializada (clínico)                                                                     | 342  |
| Consulta médica especializada (dermatologista)                                                              | 539  |
| Consulta médica especializada (Endocrinologista e Metabologista)                                            | 192  |
| Consulta médica especializada (gastroenterologista)                                                         | 157  |
| Consulta médica especializada (generalista)                                                                 | 117  |
| Consulta médica especializada (geriatra)                                                                    | 2    |
| Consulta médica especializada (ginecologista e obstetra)                                                    | 434  |
| Consulta médica especializada (hematologista)                                                               | 55   |
| Consulta médica especializada (infecologista)                                                               | 63   |
| Consulta médica especializada (mastologista)                                                                | 2    |
| Consulta médica especializada (nefrologista)                                                                | 22   |
| Consulta médica especializada (neurocirurgião)                                                              | 22   |
| Consulta médica especializada (Neurologista)                                                                | 528  |
| Consulta médica especializada (Neuropediatria)                                                              | 438  |
| Consulta médica especializada (oftalmologista)                                                              | 1314 |
| Consulta médica especializada (ortopedista e traumatologista)                                               | 1178 |
| Consulta médica especializada (otorrinolaringologista)                                                      | 295  |
| Consulta médica especializada (pediatra)                                                                    | 613  |
| Consulta Médica Especializada (Pneumologista)                                                               | 8    |
| Consulta médica especializada (psiquiatra)                                                                  | 837  |
| Consulta médica especializada (reumatologista)                                                              | 219  |
| Consulta médica especializada (urologista)                                                                  | 114  |
| Consulta médica especializada adulto (endocrinologista e metabologista)                                     | 156  |
| Consulta médica especializada adulto (endocrinologista e metabologista)                                     | 93   |
| Consulta Médica Especializada Medicina do Trabalho                                                          | 1    |
| CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA RETORNO OFTALMOLOGISTA                                                        | 54   |
| CONTAGEM DE PLAQUETAS                                                                                       | 320  |
| CONTAGEM DE RETICULOCITOS                                                                                   | 7    |
| CONTRASTE DE RESSONANCIA MAGNETICA                                                                          | 191  |
| CONTRASTE DE TOMOGRAFIA                                                                                     | 187  |





|                                                                                                                                                                                                                                                                |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| CONTRASTE RX                                                                                                                                                                                                                                                   | 9   |
| COOMBS INDIRETO                                                                                                                                                                                                                                                | 13  |
| Coordenação de Cirurgia Geral- Carga horária semanal mínima de 12 horas. As atividades serão desenvolvidas em conformidade com as normas e protocolos institucionais, tendo como objetivo a supervisão e coordenação do setor cirúrgico. Exercer a coordenação | 1   |
| CORE BIOPSIA DE MAMA                                                                                                                                                                                                                                           | 1   |
| CORREÇÃO CIRURGICA DE HIPOSPÁDIA                                                                                                                                                                                                                               | 1   |
| Correção de Lagoftalmo + enxerto                                                                                                                                                                                                                               | 1   |
| creatinofosfoquinase total - cpk                                                                                                                                                                                                                               | 1   |
| CRIOTERAPIA                                                                                                                                                                                                                                                    | 9   |
| CRIOTERAPIA até 5 lesões                                                                                                                                                                                                                                       | 1   |
| CROSSLINKING                                                                                                                                                                                                                                                   | 3   |
| CULTURA BACTERIANA + ANTIBIOGRAMA                                                                                                                                                                                                                              | 218 |
| CURVA DIARIA DE PRESSAO OCULAR CDPO (MINIMO 3 MEDIDAS)                                                                                                                                                                                                         | 10  |
| DENGUE IGG ANTICORPOS                                                                                                                                                                                                                                          | 31  |
| DENGUE IGG E IGM...                                                                                                                                                                                                                                            | 45  |
| DENGUE IGM ANTICORPOS                                                                                                                                                                                                                                          | 31  |
| DENSITOMETRIA OSSEA - 2 SEGMENTOS (COLUNA E FEMUR)                                                                                                                                                                                                             | 24  |
| DENSITOMETRIA OSSEA CORPO TOTAL                                                                                                                                                                                                                                | 2   |
| DENSITOMETRIA OSSEA UM SEGMENTO                                                                                                                                                                                                                                | 1   |
| DESLOCAMENTO DE PATOS DE MINAS PARA GUARDA MOR (302)                                                                                                                                                                                                           | 4   |
| Deslocamento - Uberaba a Abadia dos Dourados. (Ida e Volta)                                                                                                                                                                                                    | 2   |
| Deslocamento - Uberaba a Guimarânia. (Ida e Volta)                                                                                                                                                                                                             | 2   |
| deslocamento de coromandel a lagoa grande (ida e volta)                                                                                                                                                                                                        | 1   |
| deslocamento de coromandel a tiros (ida e volta)                                                                                                                                                                                                               | 1   |
| DESLOCAMENTO DE PATOS DE MINAS PARA ARAPUÁ (168,80)                                                                                                                                                                                                            | 2   |
| DESLOCAMENTO DE PATOS DE MINAS PARA LAGAMAR (165,4)                                                                                                                                                                                                            | 1   |
| DESLOCAMENTO DE PATOS DE MINAS PARA LAGOA GRANDE                                                                                                                                                                                                               | 6   |
| DESLOCAMENTO DE PATOS DE MINAS PARA RIO PARANAÍBA                                                                                                                                                                                                              | 6   |
| DESLOCAMENTO DE PATOS DE MINAS PARA SANTA ROSA DA SERRA                                                                                                                                                                                                        | 1   |
| DESLOCAMENTO DE PATOS DE MINAS PARA SÃO GONÇALO DO ABAETÉ                                                                                                                                                                                                      | 5   |
| deslocamento de patrocínio a guimarania                                                                                                                                                                                                                        | 4   |
| deslocamento de sao gotardo para arapua                                                                                                                                                                                                                        | 2   |
| Deslocamento de Uberaba para Cruzeiro da Fortaleza e de Cruzeiro da Fortaleza para Uberaba                                                                                                                                                                     | 1   |
| Deslocamento de Uberlândia a Lagamar (Ida e Volta)                                                                                                                                                                                                             | 1   |
| Deslocamento profissional de Patos de Minas a Rio Paranaíba                                                                                                                                                                                                    | 2   |
| DETERMINACAO DE CAPACIDADE LATENTE DE LIGACAO DO FERRO                                                                                                                                                                                                         | 2   |
| DETERMINAÇÃO DE COMPLEMENTO (CH50)                                                                                                                                                                                                                             | 1   |
| DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATOIDE                                                                                                                                                                                                                               | 9   |
| DETERMINAÇÃO DE ÍNDICE de Saturação de Transferina                                                                                                                                                                                                             | 20  |



Consórcio Intermunicipal de Saúde  
do Alto Paranaíba

**CISALP**

de ♥ pra você

|                                                                                                                                                                      |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO                                                                                                                                  | 19  |
| DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)                                                                                                | 164 |
| DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)                                                                                                               | 167 |
| DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO (VHS)                                                                                                                | 33  |
| DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA                                                                                                                      | 411 |
| Diária Hospitalar de Terapia Intensiva com honorário médico: Estão incluso todos os itens da diária em enfermaria acrescidos o honorário do coordenador intensivista | 0   |
| DIMERO D...                                                                                                                                                          | 99  |
| DISMORFISMO ERITROCITÁRIO                                                                                                                                            | 1   |
| DOPPLER AORTA E ARTERIAS RENAIAS                                                                                                                                     | 1   |
| DOPPLER AORTA E ILIACA                                                                                                                                               | 3   |
| Doppler Arterial ou Venoso - Bilateral                                                                                                                               | 13  |
| DOPPLER COLORIDO ARTERIAL - UNILATERAL                                                                                                                               | 14  |
| DOPPLER COLORIDO ARTERIAL- BILATERAL                                                                                                                                 | 38  |
| DOPPLER COLORIDO VENOSO - BILATERAL                                                                                                                                  | 327 |
| DOPPLER COLORIDO VENOSO - UNILATERAL                                                                                                                                 | 43  |
| DOPPLER DE CAROTIDAS E/OU VERTEBRAL                                                                                                                                  | 60  |
| DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D                                                                                                                                      | 352 |
| dosagem de ACIDO FOLICO                                                                                                                                              | 56  |
| DOSAGEM DE ACIDO URICO                                                                                                                                               | 204 |
| DOSAGEM DE ACIDO URICO (URINA 24 HORAS)                                                                                                                              | 1   |
| DOSAGEM DE ACIDO URICO (URINA AMOSTRA UNICA/RECENTE)                                                                                                                 | 3   |
| DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO                                                                                                                                           | 3   |
| DOSAGEM DE ALBUMINA                                                                                                                                                  | 16  |
| DOSAGEM DE ALDOLASE                                                                                                                                                  | 1   |
| DOSAGEM DE ALDOSTERONA                                                                                                                                               | 1   |
| DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA                                                                                                                                       | 1   |
| DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA                                                                                                                                | 1   |
| DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA                                                                                                                                         | 2   |
| DOSAGEM DE AMILASE                                                                                                                                                   | 84  |
| DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA                                                                                                                                           | 1   |
| DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)                                                                                                                      | 52  |
| DOSAGEM DE ANTITROMBINA III                                                                                                                                          | 1   |
| DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA                                                                                                                                     | 1   |
| DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES                                                                                                                               | 120 |
| DOSAGEM DE CALCIO                                                                                                                                                    | 130 |
| DOSAGEM DE CALCIO                                                                                                                                                    | 2   |
| DOSAGEM DE CALCIO IONICO                                                                                                                                             | 20  |
| DOSAGEM DE CLORETO                                                                                                                                                   | 19  |
| DOSAGEM DE COBRE                                                                                                                                                     | 9   |
| DOSAGEM DE COLESTEROL HDL                                                                                                                                            | 241 |





Consórcio Intermunicipal de Saúde  
do Alto Paranaíba

**CISALP**

de ♥ pra você

|                                                     |     |
|-----------------------------------------------------|-----|
| DOSAGEM DE COLESTEROL LDL                           | 164 |
| DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL                         | 243 |
| DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL E FRAÇÕES               | 29  |
| DOSAGEM DE COLESTEROL VLDL                          | 34  |
| DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3                           | 7   |
| DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4                           | 8   |
| DOSAGEM DE CORTISOL                                 | 7   |
| DOSAGEM DE CREATININA                               | 986 |
| DOSAGEM DE CREATININA NA URINA 24 HORAS             | 1   |
| DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)               | 26  |
| DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB           | 5   |
| DOSAGEM DE CURVA DE TOLERANCIA DE GLICOSE 2 D (120) | 56  |
| DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)            | 2   |
| DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA                     | 17  |
| DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)                 | 6   |
| DOSAGEM DE ESTRADIOL                                | 17  |
| DOSAGEM DE FATOR V DE LEIDEN                        | 1   |
| DOSAGEM DE FERRITINA                                | 326 |
| DOSAGEM DE FERRO SÉRICO                             | 196 |
| DOSAGEM DE FIBRINOGENIO                             | 3   |
| DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA                       | 107 |
| DOSAGEM DE FOSFORO                                  | 18  |
| DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)      | 217 |
| DOSAGEM DE GLICOSE                                  | 655 |
| DOSAGEM DE HBV, PCR QUALITATIVO                     | 2   |
| DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA                  | 858 |
| DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA                  | 5   |
| DOSAGEM DE HOMOCISTEINA                             | 13  |
| DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)      | 29  |
| DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)               | 21  |
| DOSAGEM DE IGE TOTAL                                | 6   |
| DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)                   | 1   |
| DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IGG)                   | 1   |
| DOSAGEM DE INSULINA                                 | 31  |
| DOSAGEM DE LACTATO                                  | 12  |
| DOSAGEM DE LIPASE                                   | 40  |
| DOSAGEM DE LÍTIO                                    | 7   |
| DOSAGEM DE MAGNÉSIO                                 | 106 |
| DOSAGEM DE MICROALBUMINURICA                        | 16  |
| DOSAGEM DE PEPTÍDEO C                               | 5   |
| DOSAGEM DE POTÁSSIO                                 | 715 |





Consórcio Intermunicipal de Saúde  
do Alto Paranaíba

**CIsALP**

de ♥ pra você

|                                                           |     |
|-----------------------------------------------------------|-----|
| DOSAGEM DE PROGESTERONA                                   | 11  |
| DOSAGEM DE PROLACTINA                                     | 19  |
| DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA                             | 153 |
| DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)                  | 7   |
| DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES                     | 46  |
| DOSAGEM DE SHBG - GLOBULINA LIGADORA DE HORMÔNIOS SEXUAIS | 2   |
| DOSAGEM DE SODIO                                          | 609 |
| DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)                          | 4   |
| DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)        | 2   |
| DOSAGEM DE T3 LIVRE                                       | 8   |
| DOSAGEM DE TESTOSTERONA                                   | 19  |
| DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE                             | 18  |
| DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA                                 | 8   |
| DOSAGEM DE TIROXINA (T4)                                  | 101 |
| DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)                      | 485 |
| DOSAGEM DE TRAB - ANTICORPO ANTI RECEPTOR DE TSH          | 7   |
| DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)       | 561 |
| DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)          | 547 |
| DOSAGEM DE TRANSFERRINA                                   | 10  |
| DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS                                 | 121 |
| DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)                           | 8   |
| DOSAGEM DE TROPONINA QUALITATIVA                          | 20  |
| DOSAGEM DE TROPONINA QUANTITATIVA                         | 39  |
| DOSAGEM DE UREIA                                          | 892 |
| DOSAGEM DE VDRL                                           | 63  |
| DOSAGEM DE VITAMINA B12                                   | 423 |
| DOSAGEM DE ZINCO                                          | 59  |
| DOSAGEM DE ZINCO (sangue)                                 | 11  |
| DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 125                                | 8   |
| dosagem do antígeno ca 15-3                               | 14  |
| DOSAGEM DO ANTÍGENO CA 19-9                               | 6   |
| DOSAGEM HLA-B27                                           | 5   |
| DOSAGEM PSA TOTAL                                         | 3   |
| DOSAGEM TSH ULTRASSENSIVEL                                | 802 |
| ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE                               | 7   |
| ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA                             | 149 |
| ECOCARDIOGRAMA                                            | 196 |
| ecocardiograma fetal (feto unico)                         | 28  |
| ECODOPPLERCARDIOGRAMA INFANTIL                            | 24  |
| Ecografia (ultrassom) por olho                            | 24  |
| ELETROCARDIOGRAMA                                         | 4   |





|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ELETROCAUTERIZAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 3   |
| ELETROENCEFALOGRAMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 3   |
| ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGILIA E SONO ESPONTANEO C/ OU S/ FOTOESTIMULO (EEG)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 36  |
| ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO C/ MAPEAMENTO (EEG)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 19  |
| ELETROFORESE DE COLESTEROL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 1   |
| ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 46  |
| ELETROFORESE DE PROTEINAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 10  |
| ELETRONEUROMIOGRAFIA DE 4 MEMBROS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 4   |
| ELETRONEUROMIOGRAFIA DE 2 MEMBROS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 50  |
| EMISSIONES OTOACUSTICAS EVOCADAS PARA TRIAGEM AUDITIVA (TESTE DA ORELHINHA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 3   |
| ENDARTERECTOMIA CAROTIDEA - CADA SEGMENTO ARTERIAL TRATADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 1   |
| Endoscopia com Anestesia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 2   |
| Endoscopia Digestiva com Polipectomia e Alça                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 3   |
| Entropio/Ectropio Inferior Ou Superior Bilateral                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 3   |
| Enxerto Osseo - Fica sob responsabilidade do CONTRATADO: Despesas agregadas a execução do procedimento, tais como: medicamentos e hemoderivados, oxigênio, insumos e materiais médico hospitalares, honorários médicos e de equipe multidisciplinar, taxas de bloco/hospitalares, refeições para paciente e acompanhante, até 02 diárias de enfermaria, até 01 diárias de UTI e demais despesas hospitalares. | 2   |
| ESCANOMETRIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 2   |
| ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 257 |
| Esofagogastroduodenoscopia - ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM SEDAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 56  |
| ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 311 |
| ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 1   |
| EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO - BIOPSIA SIMPLES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 8   |
| EXAME DE BICARBONATO -RESERVA ALCALINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 8   |
| Exame laboratorial de Dengue NS1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 75  |
| EXAME MICOLÓGICO DIRETO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1   |
| EXAME TOXICOLOGICO (PELO)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1   |
| Exerese de Tumor de Pálpebra com Plástica tipo II                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 4   |
| Facectomia com facoemulsificação, implante de anel expansor capsular e fixação escleral da lente intra – ocular dobrável acrílica hidrofóbica (por olho), incluso uma consulta pré cirúrgica para avaliação, internação hospitalar dia e uma consulta pós cirúrgica conforme determinado pelo médico responsável pelo procedimento.                                                                           | 1   |
| FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 196 |
| Facoemulsificação com implante de lente intraocular dobrável (por olho), combinada com trabeculectomia. Incluso uma consulta pré cirúrgica conforme determinado pelo médico responsável pelo procedimento. Retorno incluso.                                                                                                                                                                                   | 7   |
| FACOEMULSIFICACAO COM SEDAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 25  |
| FAN - (fator antinuclear HEp-2)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 13  |



Consórcio Intermunicipal de Saúde  
do Alto Paranaíba

**CISALP**

de ♥ pra você

|                                                                                                                                          |      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| FATOR ANTI-NUCLEAR (HEP2)                                                                                                                | 1    |
| FATOR REUMATOIDE - QUANTITATIVO                                                                                                          | 2    |
| FERRITINA SERICA                                                                                                                         | 9    |
| FLUXO SANGÜÍNEO ÓSSEO (ACOMPANHA CINTILOGRAFIA ÓSSEA TRIFÁSICA)                                                                          | 1    |
| FRATURA DE ANTEBRAÇO -TRATAMENTO CONSERVADOR E/OU FRATURA DE ANTEBRAÇO -REDUÇÃO INCRUENTA                                                | 1    |
| FRATURA DE OSSOS DO PÉ-TRATAMENTO CONSERVADOR E/OU FRATURA DO PÉ-REDUÇÃO INCRUENTA                                                       | 6    |
| FRATURA DE PUNHO-TRATAMENTO CONSERVADOR E/OU FRATURA DE PUNHO -REDUÇÃO INCRUENTA                                                         | 1    |
| FRATURA DE TÍBIA -REDUÇÃO INCRUENTA                                                                                                      | 2    |
| FRATURA DE TORNOZELO-REDUÇÃO INCRUENTA                                                                                                   | 3    |
| FUNDOSCOPIA                                                                                                                              | 1    |
| GAMA GLUTAMILTRANSFERASE                                                                                                                 | 1    |
| GASOMETRIA ARTERIAL - GASOMETRIA + HB + HT + Na + K + Cl + Ca + glicose + lactato (quando efetuado no gasômetro) - pesquisa e/ou dosagem | 6    |
| GASOMETRIA VENOSA - GASOMETRIA (PH,PCO <sup>2</sup> excesso base) - pesquisa e/ou dosagem                                                | 14   |
| GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA                                                                                                                 | 3    |
| GESSO LUVA                                                                                                                               | 1    |
| GLICOHEMOGLOBINA HBA 1C                                                                                                                  | 5    |
| GLICOSE 2 HORAS PÓS PRANDIAL                                                                                                             | 3    |
| GONIOSCOPIA - AO                                                                                                                         | 8    |
| GRUPO SANGUINEO + FATOR RH                                                                                                               | 27   |
| HBC TOTAL ANTICORPOS ANTI                                                                                                                | 1    |
| HBE ANTICORPOS ANTI                                                                                                                      | 1    |
| HBSAG - ANTIGENO AUSTRALIA                                                                                                               | 1    |
| HCG - SUB - UNIDADE BETA (SANGUE)                                                                                                        | 50   |
| HCV, PCR QUALITATIVO - S (RNA DO VIRUS DA HEPATITE C)...                                                                                 | 3    |
| HEMOCISTEINA                                                                                                                             | 1    |
| HEMOCULTURA COM ANTIBIOGRAMA                                                                                                             | 20   |
| HEMOGRAMA COMPLETO                                                                                                                       | 1496 |
| HEMORROIDECTOMIA (HONORÁRIO MÉDICO)                                                                                                      | 2    |
| HERNIOPLASTIA INGUINAL UNILATERAL                                                                                                        | 3    |
| HERNIOPLASTIA UMBILICAL                                                                                                                  | 1    |
| HERNIORRAFIA INGUINAL BILATERAL (HONORÁRIO MÉDICO)                                                                                       | 2    |
| HERNIORRAFIA INGUINAL UNILATERAL (HONORÁRIO MÉDICO)                                                                                      | 7    |
| HERNIORRAFIA UMBILICAL (HONORÁRIO MÉDICO)                                                                                                | 7    |
| Hidro RM, Colangio RM, Uro RM, Mielo RM, Sialo RM, Cistografia RM                                                                        | 13   |
| HIDROCELECTOMIA UNILATERAL (HONORÁRIO MÉDICO)                                                                                            | 2    |
| HIMENOTOMIA                                                                                                                              | 1    |
| HISTERECTOMIA TOTAL                                                                                                                      | 2    |





Consórcio Intermunicipal de Saúde  
do Alto Paranaíba

**CISALP**

de ♥ pra você

|                                                                                                                                                           |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| HISTEROSCOPIA (DIAGNOSTICA)                                                                                                                               | 1   |
| HIV 1 E 2 ANTICORPOS ANTI                                                                                                                                 | 147 |
| HIV 1 E 2 PESQUISA ANTICORPOS                                                                                                                             | 18  |
| HOSPEDAGEM COM PER NOITE (INCLUSO CAFÉ DA MANHÃ, ALMOÇO, CAFÉ DA TARDE E JANTAR. 02 BANHOS. LOCAL PARA DORMIR)                                            | 390 |
| HOSPEDAGEM SEM PER NOITE (INCLUSO CAFÉ DA MANHÃ, ALMOÇO, CAFÉ DA TARDE E JANTAR. 01 BANHO. LOCAL PARA DESCANSO INCLUINDO LOCAL PARA DORMIR DURANTE O DIA) | 93  |
| HTLV 1 E 2 ANTICORPOS ANTI- PESQUISA                                                                                                                      | 1   |
| IGE ESPECIFICO PARA ANANAIS (ABACAXI) - F210                                                                                                              | 1   |
| IGE MULTIPLO - FX5 (CLARA DE OVO, LEITE, PEIXE, TRIGO)                                                                                                    | 2   |
| IMITANCIOMETRIA                                                                                                                                           | 74  |
| IMOBILIZAÇÃO NÃO GESSADA (QUALQUER SEGMENTO) - 30711010                                                                                                   | 7   |
| IMPEDANCIOMETRIA                                                                                                                                          | 26  |
| IMPLANTE INTRA-ESTROMAL                                                                                                                                   | 2   |
| IMUNOHISTOQUIMICA GERAL (DIV-IH)                                                                                                                          | 2   |
| Imunohistoquímica Geral Com Anticorpo Isolado (DIVIHSSO)                                                                                                  | 1   |
| INCIDÊNCIA ADICIONAL (COLUNAS)                                                                                                                            | 10  |
| INCIDÊNCIA ADICIONAL (MEMBRO INFERIOR)                                                                                                                    | 1   |
| INCIDÊNCIA ADICIONAL (MEMBRO SUPERIOR)                                                                                                                    | 1   |
| INJEÇÃO DE CONTRASTE VIA BOMBA INJETORA PARA CASOS ESPECIFICOS                                                                                            | 119 |
| INJECAO INTRA-VITREO COM APLICAÇÃO DE LUCENTIS                                                                                                            | 20  |
| INJECAO INTRA-VITREO DE OZURDEX MONOCULAR                                                                                                                 | 1   |
| INJECAO RETROBULBAR / PERIBULBAR                                                                                                                          | 24  |
| INSERÇÃO DE DIU                                                                                                                                           | 1   |
| INSERÇÃO DO DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)                                                                                                               | 3   |
| INSTALAÇÃO ENDOSCÓPICA DE CATETER DUPLO J                                                                                                                 | 1   |
| INTERNAÇÃO VOLUNTÁRIA DE DEPENDENTES QUÍMICOS E TÓXICOS, ÁLCOOL E DROGAS, DO SEXO MASCULINO EM IDADE ENTRE 18 E 65 ANOS                                   | 8   |
| LAPAROTOMIA EXPLORADORA                                                                                                                                   | 1   |
| LAQUEADURA (HONORÁRIO MÉDICO)                                                                                                                             | 8   |
| Laser Argônio Sessão por olho                                                                                                                             | 58  |
| LAUDO DE EXAME DE ELETROENCEFALOGRAMA COM MAPEAMENTO CEREBRAL (PODE SER REALIZADO A DISTÂNCIA).                                                           | 3   |
| LAUDO DE RX                                                                                                                                               | 392 |
| Lípides Totais                                                                                                                                            | 3   |
| LIPOPROTEINA A                                                                                                                                            | 3   |
| MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO                                                                                                                    | 506 |
| MANIPULAÇÃO ARTICULAR SOB ANESTESIA GERAL                                                                                                                 | 1   |
| MAPEAMENTO DE RETINA                                                                                                                                      | 40  |
| MAPEAMENTO DE RETINA BILATERAL                                                                                                                            | 54  |
| Médico diretor clínico e técnico por hora trabalhada                                                                                                      | 220 |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Médico Generalista – PLANTÃO POR HORA TRABALHADA (SÁBADOS, DOMINGOS E FERIADOS) em unidades de saúde geridas pelo CISALP.                                                                                                                                                                                                 | 1558 |
| Médico Generalista – PLANTÃO POR HORA TRABALHADA (SEGUNDA A SEXTA) em unidades de saúde geridas pelo CISALP.                                                                                                                                                                                                              | 3129 |
| Médico Generalista – PLANTÕES DE 12H (SÁBADOS, DOMINGOS E FERIADOS) em unidades de saúde geridas pelo CISALP.                                                                                                                                                                                                             | 55   |
| Médico Generalista – PLANTÕES DE 12H (SEGUNDA A SEXTA) em unidades de saúde geridas pelo CISALP.                                                                                                                                                                                                                          | 84   |
| Médico Generalista – TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES (HORA TRABALHADA) em distâncias acima de 100 km, aos FINS DE SEMANA E FERIADOS, para os municípios consorciados ao CISALP.                                                                                                                                                | 29   |
| Médico Generalista – TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES (HORA TRABALHADA) em distâncias acima de 100 km, de SEGUNDA A SEXTA, para os municípios consorciados ao CISALP.                                                                                                                                                           | 125  |
| Médico Generalista ESF - de segunda a sexta - feira, em atendimento as demandas dos municípios consorciados, 8 horas diárias/40 horas semanais. (por hora trabalhada)                                                                                                                                                     | 2341 |
| Médico Generalista ESF- após o horário comercial, entre 17:00 e até 21:00 em atendimento as demandas dos municípios consorciados. (Por hora)                                                                                                                                                                              | 2    |
| MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 50   |
| MIELOGRAMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 2    |
| MIOGLOBINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 6    |
| MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)                                                                                                                                                                                                                                                                        | 205  |
| MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (M.A.P.A)                                                                                                                                                                                                                                                                  | 92   |
| NMP22 (CYFRA 21.1) MATRIZ PROTEICA NUCLEAR                                                                                                                                                                                                                                                                                | 1    |
| Oct Disco Óptico Bilateral (Glaucoma)                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 99   |
| Oct Disco Óptico Retina Bilateral                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 196  |
| ORQUIDOPEXIA UNILATERAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 2    |
| OSTEOCONDROPLASTIA ESTABILIZAÇÃO RESSECÇÃO E/OU PLASTIA                                                                                                                                                                                                                                                                   | 2    |
| PAAF DE TIREOIDE                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 15   |
| PAAF de Tireóide com Biópsia (1 nódulo)                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 2    |
| PAAF de Tireóide com Biópsia (3 nódulos)                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1    |
| PAAF de Tireóide com Biópsia (4 nódulos)                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1    |
| PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 116  |
| PARASITOLOGICO DE FEZES                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 39   |
| PARASITOLÓGICO DE FEZES – MIF                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 65   |
| PARASITOLÓGICO DE FEZES 1 AMOSTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 4    |
| PENTACAM DE Córnea                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 2    |
| PEQUENA CIRURGIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 52   |
| Pequena Cirurgia (Retirada de material para biópsia (pele, pequenas lesões e tumores, linfonodos superficiais, tecido subcutâneo e mucosa). Exérese ou sutura de pele. Remoção de “pintas”, verrugas, cistos, células sebáceas, lipomas, corpos estranhos, cicatrizes, queloides (infiltrações), cauterizações e outros.) | 49   |
| Perícia Médica – Psiquiatria                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 1    |
| PERÍCIA\INSPEÇÕES MÉDICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 11   |



|                                                                                                  |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| PESQUISA DE ANTICOAGULANTE LÚPICO                                                                | 3  |
| PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA                                                       | 5  |
| PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA                                                       | 6  |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)                                               | 5  |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT/IMUNOBLOT)                                       | 2  |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2                                                      | 14 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)                                             | 2  |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM                                                                   | 3  |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)                                                            | 3  |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)                                                            | 3  |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA                                                        | 3  |
| PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)           | 63 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)                       | 1  |
| PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)                                   | 78 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS                                                   | 9  |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA                                                        | 22 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI                                                 | 2  |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (HBC-IGG)              | 2  |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (ANTI-HAV-IGG)                           | 1  |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA                                             | 5  |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR                                           | 3  |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES                                         | 1  |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL) | 5  |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS                                                   | 9  |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI                                                 | 2  |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)         | 7  |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (ANTI-HAV-IGM)                           | 1  |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA                                             | 3  |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR                                           | 3  |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES                                         | 1  |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGM RUBEOLA (RUBEOLA IGM)                                                 | 1  |
| PESQUISA DE ANTI-DNA NATIVO                                                                      | 6  |
| PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)                                                    | 13 |
| PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)                                | 95 |
| PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)                                            | 1  |
| PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)                                                       | 1  |
| PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)                                           | 3  |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| PLANTÃO DE SOBREAVISO – Plantões de 12h para atendimentos e transferências, conforme demanda dos municípios consorciados ao CISALP.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 11  |
| PLANTÃO LABORATORIAL 24 HORAS (para sábados, domingos e feriados.) - por dia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 20  |
| PLAQUETAS, CONTAGEM E OBSERVAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 4   |
| Polipectomia com Pinça de Biópsia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 7   |
| POLISSONOGRAFIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 11  |
| Porte Cirúrgico Tipo I: Hérnia Unilateral Inguinal, Hérnia Umbilical, Hemorroidectomia, Lipoma, Hérnia Epigástrica, Biópsia Complexa, Gastrostomia/Jejunostomias.<br>Características: Cirurgias ambulatoriais ou menores, com duração inferior a 2 (duas) horas geralmente não necessitam de anestesia geral e podem ser realizadas com bloqueios regionais. Estas cirurgias são focadas principalmente em condições comuns e tratáveis com menor nível de complexidade. Incluso: Honorários da equipe cirúrgica com no mínimo 01 (um) cirurgião especialista, 01 (um) médico auxiliar, 01 (um) anestesista e 01 (um) instrumentador cirúrgico.                                           | 15  |
| Porte Cirúrgico Tipo II: Hérnia Bilateral Inguinal, Hernioplastia Inguinal VLP, Hernioplastia Incisional, Colecistectomia, Colecistectomia VLP, Fistulectomia, Fissurectomia, Esfincterectomia, Cisto Pilonidal, Reconstrução do Trânsito Intestinal.<br>Características: Cirurgias intra-abdominais com duração superior a 2 (duas) horas ou com perda sanguínea significativa. Estes procedimentos são de complexidade intermediária, exigindo técnicas cirúrgicas mais avançadas e, maior tempo de recuperação. Incluso: Honorários da equipe cirúrgica com no mínimo 01 (um) cirurgião especialista, 01 (um) médico auxiliar, 01 (um) anestesista e 01 (um) instrumentador cirúrgico. | 13  |
| POSTECTOMIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 4   |
| POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 1   |
| Prestação De Serviços A Saúde Domiciliar - Assistência (Por Sessão) De Fisioterapia Motora                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 72  |
| Prestação de serviços a saúde domiciliar - assistência (por sessão) de fisioterapia respiratória/motora                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 8   |
| Prestação de serviços de odontologia através de Cirurgião Dentista e Técnico e Higiene Bucal – THD ou Auxiliar em Saúde Bucal – ASB para as urgências e emergências odontológicas, na sede dos entes consorciados ao CISALP, de segunda a sexta feira, por hora trabalhada.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 170 |
| Prestação de serviços de Psicologia atendimento por sessão. O profissional deverá possuir título em Psicologia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 39  |
| Prestação de serviços em saúde para realização de cirurgias ortopédicas de média e alta complexidade. Incluso: Honorários da equipe cirúrgica com no mínimo 01 (um) cirurgião especialista, 01 (um) médico auxiliar, 01 (um) anestesista e 01 (um) instrumentador cirúrgico.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 51  |
| PRICK (TESTE CUTANEO) INALANTES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 5   |
| PRIMEIRA CONSULTA FONOAUDIOLOGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 11  |
| Projeto Casa de Apoio - CONTRATAÇÃO DE DIÁRIA DE SERVIÇOS DE HOSPEDAGEM PARA PACIENTES, ENCAMINHADOS PARA TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE SAÚDE FORA DO DOMICÍLIO - TFD, NA CIDADE DE BELO HORIZONTE. A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DEVERÁ COMPREENDER O ATENDIMENTO COM PERNOITES. Diária com                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 57  |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| inclusão de no mínimo 04 (quatro) refeições: café da manhã, almoço, café da tarde e jantar, até 02 banhos ou conforme necessidade do paciente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |
| Projeto Casa de Apoio - CONTRATAÇÃO DE DIÁRIA DE SERVIÇOS DE HOSPEDAGEM PARA PACIENTES, ENCAMINHADOS PARA TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE SAÚDE FORA DO DOMICÍLIO - TFD, NA CIDADE DE BELO HORIZONTE. A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DEVERÁ COMPREENDER O ATENDIMENTO SEM PERNOITES. Diária com inclusão de no mínimo 04 (quatro) refeições: café da manhã, almoço, café da tarde e jantar, até 02 banhos ou conforme necessidade do paciente.                 | 2   |
| Projeto Casa de Apoio Hospedagem com per noite - Barretos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 9   |
| Projeto Casa de Apoio Hospedagem sem per noite - Barretos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 10  |
| PROTEINA C REATIVA (PCR)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 164 |
| PROVA DE RETRACAO DO COAGULO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 1   |
| PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 3   |
| PSA LIVRE/ TOTAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 78  |
| Pseudoartrose E/Ou Osteotomias – Tratamento Cirurgico Fica sob responsabilidade do contratado: Despesas agregadas a execução do procedimento, tais como: medicamentos e hemoderivados, oxigênio, insumos e materiais médico hospitalares, honorários médicos e de equipe multidisciplinar, taxas de bloco/hospitalares, refeições para paciente e acompanhante, até 02 diárias de enfermaria, até 02 diárias de UTI e demais despesas hospitalares. | 2   |
| PTH - PARATORMÔNIO (MOLÉCULA INTACTA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 32  |
| Ptose Bilateral                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 5   |
| RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (2 INCIDÊNCIAS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 11  |
| RADIOGRAFIA PUNHO 2 INCIDENCIAS (AP+ P)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 5   |
| RADIOGRAFIA ADENOIDE (OU CAVUM) 2 INCIDENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1   |
| RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1   |
| RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 1   |
| RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1   |
| RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 3   |
| RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 5   |
| RADIOGRAFIA DE BACIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 4   |
| RADIOGRAFIA DE BACIA PELVE (2 INCIDENCIAS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 4   |
| RADIOGRAFIA DE CALCANEIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2   |
| RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 1   |
| RADIOGRAFIA DE CLAVICULA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2   |
| RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL ( 2 INCIDÊNCIAS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 6   |
| RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (2 OU 3 INCIDENCIAS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 2   |
| RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1   |
| Radiografia de Coluna Cervical Funcional ou Dinâmica (7 incidências)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 1   |
| RADIOGRAFIA DE COLUNA DORSAL (2 INCIDENCIAS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 2   |
| RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (3 INCIDENCIAS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 4   |
| RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (5 INCIDENCIAS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1   |
| RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 9   |



Consórcio Intermunicipal de Saúde  
do Alto Paranaíba

**CISALP**

de ♥ pra você

|                                                                                               |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR                                                           | 1   |
| RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)                                                       | 2   |
| RADIOGRAFIA DE COTOVELO                                                                       | 2   |
| Radiografia de Cotovelo (02 Incidências)                                                      | 2   |
| RADIOGRAFIA DE COXO FEMURAL (2 INCIDENCIAS)                                                   | 6   |
| RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)                                                          | 2   |
| RADIOGRAFIA DE ENEMA OPACO                                                                    | 1   |
| RADIOGRAFIA DE ESOFAGO, ESTOMAGO E DUODENO (REED)                                             | 4   |
| RADIOGRAFIA DE JOELHO                                                                         | 6   |
| Radiografia de Joelho (02 Incidência) Bilateral                                               | 3   |
| RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)                                                          | 10  |
| RADIOGRAFIA DE MAO DUAS INCIDENCIAS                                                           | 10  |
| RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)                                   | 1   |
| Radiografia de Mão Quirodáctilos (04 Incidências)                                             | 1   |
| radiografia de ombro (2 INC)                                                                  | 7   |
| RADIOGRAFIA DE OMBRO 3 INC                                                                    | 1   |
| RADIOGRAFIA DE PE OU PODODACTILOS                                                             | 5   |
| RADIOGRAFIA DE PE OU PODODACTILOS 2 INCIDENCIAS                                               | 12  |
| RADIOGRAFIA DE PERNA                                                                          | 2   |
| Radiografia de Sacro-Cóccix (02 Incidências)                                                  | 1   |
| RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (2 INCIDÊNCIAS)                                                  | 7   |
| RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)                                                            | 162 |
| RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)                                                                     | 22  |
| RADIOGRAFIA DE TORNOZELO 2 INC                                                                | 14  |
| RADIOGRAFIA PANORAMICA                                                                        | 31  |
| RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES                                                  | 9   |
| Reconstrução Ligamento Cruzado                                                                | 1   |
| REMOÇÃO DE CERÚMEN (LAVAGEM DE OUVIDOS)                                                       | 11  |
| REMOCAO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO UNILATERAL                                     | 4   |
| REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO)                                                 | 45  |
| reparo ou sutura de um menisco                                                                | 2   |
| REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRAOCULAR                                                         | 5   |
| RESSONANCIA MAGNETICA COM SEDAÇÃO                                                             | 13  |
| RESSONANCIA MAGNETICA COXO FEMURAL                                                            | 3   |
| Ressonância Magnética de Abdome Superior Hepatoespecífico                                     | 1   |
| RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR                                                     | 14  |
| RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN TOTAL                                                        | 12  |
| RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDÔMEN TOTAL REALIZADA (SÁBADO, DOMINGO, FERIADO E FORA DO HORÁRIO) | 2   |
| RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULAÇÃO                                                          | 27  |
| RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA (ARTICULAÇÕES SACROILÍACAS)                                    | 12  |





|                                                                                                                                                             |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Ressonância Magnética de Base do Crânio                                                                                                                     | 2   |
| RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO                                                                                                            | 52  |
| RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO (PARTES MOLES, LARINGE, TIREÓIDE, FARINGE, NASOFARINGE, OROFARINGE, TRAQUÉIA E PARATIREÓIDE) SEM CONTRASTE | 40  |
| RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA DORSAL                                                                                                                      | 4   |
| RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBAR                                                                                                                      | 75  |
| RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA                                                                                                                 | 148 |
| RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA                                                                                                                    | 12  |
| RESSONANCIA MAGNETICA DE CORACAO / AORTA C/ CINE                                                                                                            | 2   |
| RESSONANCIA MAGNETICA DE COTOVELO (UNILATERAL)                                                                                                              | 2   |
| RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COXA SEM CONTRASTE                                                                                                                 | 1   |
| RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO                                                                                                                             | 96  |
| RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MAMAS BILATERAL                                                                                                                    | 2   |
| RESSONANCIA MAGNETICA DE MÃO (UNILATERAL)                                                                                                                   | 9   |
| RESSONANCIA MAGNETICA DE MASTOIDES                                                                                                                          | 1   |
| Ressonância Magnética de membro inferior (unilateral) - JOELHO (UNILATERAL)                                                                                 | 146 |
| Ressonância Magnética de membro inferior (unilateral) - RNM de tornozelo ou pé (unilateral)                                                                 | 32  |
| RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)                                                                                                       | 2   |
| Ressonância Magnética de membro superior (unilateral) - RNM DE SEGMENTO APENDICULAR (UNILATERAL)                                                            | 2   |
| Ressonância Magnética de membro superior (unilateral) - RNM do Ombro (UNILATERAL)                                                                           | 117 |
| RESSONANCIA MAGNETICA DE ORBITA                                                                                                                             | 3   |
| RESSONANCIA MAGNETICA DE Pelve                                                                                                                              | 40  |
| RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PERNA SEM CONTRASTE                                                                                                                | 2   |
| RESSONANCIA MAGNETICA DE PRÓSTATA                                                                                                                           | 2   |
| RESSONANCIA MAGNETICA DE PUNHO                                                                                                                              | 5   |
| RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA                                                                                                                       | 10  |
| RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX                                                                                                                              | 1   |
| RESSONÂNCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÈTRICA DA PROSTATA                                                                                                          | 13  |
| RESSONÂNCIA MAGNÉTICA REALIZADA (SÁBADO, DOMINGO, FERIADO E FORA DO HORÁRIO)                                                                                | 5   |
| RESSONANCIA MAGNETICA SEIOS DA FACE                                                                                                                         | 1   |
| RETINOGRRAFIA COLORIDA BINOCULAR                                                                                                                            | 18  |
| Retinografia Simples Bilateral                                                                                                                              | 4   |
| Retirada De Corpo Estranho                                                                                                                                  | 1   |
| RETIRADA DE DIU                                                                                                                                             | 1   |
| RETIRADA DE LESAO POR SHAVING                                                                                                                               | 25  |
| RETIRADA DO DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)                                                                                                                 | 3   |
| RETIRADA ENDOSCOPICA DE CATETER DUPLO J                                                                                                                     | 6   |



Consórcio Intermunicipal de Saúde  
do Alto Paranaíba

**CISALP**

de ♥ pra você

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| RETORNO CONSULTA (ATÉ 30 DIAS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 3   |
| RETORNO POS OPERATORIO (ATÉ 30 DIAS SEM CUSTO)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 32  |
| RUBEOLA IGG                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 2   |
| RUBEOLA IGM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 2   |
| SANGUE OCULTO MONOCLONAL - AMOSTRA 1 (SEM DIETA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 51  |
| SANGUE OCULTO NAS FEZES (COM DIETA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 46  |
| SEGMENTOS ADICIONAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 51  |
| SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1   |
| Serviços de Consultoria, Assessoria e Apoio Administrativo em Gestão de Serviços Públicos de Saúde-SUS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 5   |
| SERVIÇOS MÉDICOS COMO DIRETOR RT / CLÍNICO / HORIZONTAL para prestação de serviços nos estabelecimentos hospitalares dos municípios dos entes consorciados.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 238 |
| SERVIÇOS MÉDICOS HORIZONTAIS – Atuação por hora em unidades de saúde, conforme demanda dos municípios consorciados ao CISALP.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 65  |
| SESSÃO DE FISIOTERAPIA: atendimento fisioterápico em pacientes no pré e pós-operatório nas disfunções músculo esqueléticas: atendimento fisioterápico visando o preparo para a cirurgia e redução de complicações respiratórias, motoras e circulatórias.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 39  |
| SESSÃO DE FISIOTERAPIA: atendimento fisioterápico nas alterações motoras: atendimento em pacientes com alterações motoras de origem traumatológica, ortopédicas, hematológicas, hematológica, infecciosa visando o preparo para a cirurgia e minimizando e tratando as complicações respiratórias, motoras e circulatórias.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 22  |
| Sessão de Neuropsicologia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 21  |
| Sessão de Ozônioterapia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 41  |
| Sessão de Terapia Regenerativa PRP/PRF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 2   |
| SINOVECTOMIA TOTAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 4   |
| SODIO - Na +                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 41  |
| SUBSTITUICAO DE LENTE INTRA-OCULAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 4   |
| TALA MEMBRO INFERIOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 7   |
| TALA MEMBRO SUPERIOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 6   |
| Taxa de intercorrência médicas / hospitalares: Específico para complicações / intercorrências que venham acontecer durante a realização de procedimentos médicos/cirurgias. Fica sob responsabilidade do CREDENCIADO: Procedimentos de caráter urgente, insumos / materiais médicos hospitalares, hemoderivados, oxigênio, insumos e medicamentos não previsto no pacote, taxa de bloco/hospitalares, órteses/prótese e materiais especiais (com nota fiscal para comprovação), honorários médicos, atendimento multidisciplinar e outros. Acompanha relatório médico com detalhamento da intercorrência (urgência/emergência, quadro clínico do paciente. | 157 |
| Técnico em Radiologia para atendimento as demandas dos municípios consorciados. Carga horária de até 24 horas semanais. (Valor por hora trabalhada)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 229 |
| TEMPO DE SANGRIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2   |
| TESTE ALERGICO IGE MULTIPLO ALIMENTOS - IGE MÚLTIPLO (FX5)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1   |
| TESTE DE CONTATO ALÉRGICO- PATCH TEST (PADRÃO)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 4   |
| TESTE DE CONTATO ALÉRGICO- PATCH TEST (PADRÃO\COSMÉTICOS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 4   |





|                                                                                                   |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| TESTE DE ESFORÇO / TESTE ERGOMETRICO                                                              | 201 |
| TESTE DE INCLINAÇÃO ORTOSTÁTICA - TILT TABLE TEST                                                 | 2   |
| TESTE DE SUPRESSÃO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA                                                  | 1   |
| TESTE DE TOLERANCIA A LACTOSE                                                                     | 1   |
| TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS                                                       | 2   |
| TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS                                                       | 4   |
| TESTES DE INALANTES OU ALIMENTOS (CADA)                                                           | 1   |
| TIMPANOTOMIA P/ TUBO DE VENTILACAO                                                                | 1   |
| Tomografia computadorizada abdômen total                                                          | 183 |
| TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR                                                     | 39  |
| TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE ABDÔMEN TOTAL REALIZADA (SÁBADO, DOMINGO, FERIADO E FORA DO HORÁRIO) | 42  |
| TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES                                                         | 28  |
| TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE BACIA...                                                             | 8   |
| TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL (ATÉ 3 SEGMENTOS)                                    | 16  |
| TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA DORSAL (ATE 3 SEGMENTOS)                                      | 6   |
| TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA ATÉ 3 SEGUIMENTOS                                 | 31  |
| TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES             | 31  |
| TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE MASTÓIDES OU OUVIDOS                                                 | 10  |
| TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE ORBITAS                                                              | 1   |
| TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE                                                                | 7   |
| TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR                                     | 31  |
| TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES - (BRACO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)   | 5   |
| TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX                                                                | 113 |
| TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO                                                               | 164 |
| TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO                                                              | 9   |
| TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA REALIZADA (SÁBADO, DOMINGO, FERIADO E FORA DO HORÁRIO)                  | 102 |
| TONOMETRIA                                                                                        | 38  |
| TOPOGRFIA COMPUTADORIZADA DE Córnea                                                               | 27  |
| TOXOPLASMOSE IGG...                                                                               | 162 |
| TOXOPLASMOSE IGM...                                                                               | 172 |
| TPO, ANTICORPOS ANTI                                                                              | 11  |
| TRABECULECTOMIA                                                                                   | 2   |
| TRANSAMINASE GLUTAMICO OXALACETICA                                                                | 16  |
| TRANSAMINASE GLUTAMICO PIRUVICA                                                                   | 30  |
| Transferência Avançada - Patos de Minas a Belo Horizonte. (Ida e Volta)                           | 2   |
| Transferência Avançada - Patos de Minas a Paracatu. (Ida e Volta)                                 | 1   |
| Transferência Avançada - Patos de Minas a Uberaba. (Ida e Volta)                                  | 1   |
| Transferência Básica - Patos de Minas a Belo Horizonte. (Ida e Volta)                             | 1   |



Consórcio Intermunicipal de Saúde  
do Alto Paranaíba

**CISALP**

de ♥ pra você

|                                                                                 |     |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----|
| TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA POR VIA VAGINAL                  | 1   |
| TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO COM IMPLANTE DE CONJUNTIVA                     | 122 |
| TRATAMENTO CIRURGICO DE XANTELASMA                                              | 1   |
| TRIGLICERIDES                                                                   | 42  |
| TRIGLICERIDES (NS)                                                              | 100 |
| Triquiase (van millighan) Unilateral                                            | 1   |
| TROCA DE SONDA DE GASTROSTOMIA (INSERÇÃO DA SONDA DE LONGA PERMANÊNCIA)         | 4   |
| TROPONINA I...                                                                  | 9   |
| TRYPANOSOMA CRUZI IGG – CHAGAS IGG...                                           | 6   |
| TRYPANOSSOMA CRUZI - HEMOAGLUTINACAO (NS)                                       | 2   |
| TURBINECTOMIA                                                                   | 12  |
| ULTRASSONOGRAMA ABDOMEN TOTAL COM DOPPLER                                       | 1   |
| ULTRASSONOGRAMA CERVICAL                                                        | 11  |
| ULTRASSONOGRAMA CERVICAL COM DOPPLER                                            | 1   |
| ULTRASSONOGRAMA DA ARTERIA RENAL E VIAS URINARIAS                               | 2   |
| Ultrassonografia Da Regiao Inguinal - Unilateral                                | 1   |
| ULTRASSONOGRAMA DE ABDÔMEN INFERIOR FEMININO (BEXIGA, ÚTERO, OVÁRIO E ANEXOS... | 1   |
| ULTRASSONOGRAMA DE ABDÔMEN INFERIOR MASCULINO (BEXIGA, PRÓSTATA E VESÍCULAS)... | 4   |
| ULTRASSONOGRAMA DE ABDÔMEN SUPERIOR                                             | 4   |
| ULTRASSONOGRAMA DE ABDOMEN SUPERIOR COM DOPPLER                                 | 1   |
| ULTRASSONOGRAMA DE ABDOMEN TOTAL                                                | 361 |
| ULTRASSONOGRAMA DE APARELHO URINÁRIO                                            | 142 |
| ULTRASSONOGRAMA DE ARTICULACAO                                                  | 107 |
| ULTRASSONOGRAMA DE ARTICULACAO - (JOELHO)                                       | 9   |
| ULTRASSONOGRAMA DE ARTICULACAO - (OMBRO)                                        | 29  |
| ULTRASSONOGRAMA DE ARTICULACAO - (PUNHO)                                        | 14  |
| ULTRASSONOGRAMA DE ARTICULAÇÃO COTOVELO - ESQUERDO                              | 1   |
| ULTRASSONOGRAMA DE ARTICULAÇÃO MÃO - DIREITO                                    | 1   |
| ULTRASSONOGRAMA DE ARTICULAÇÃO MÃO - ESQUERDO                                   | 1   |
| ULTRASSONOGRAMA DE ARTICULAÇÃO PÉ - DIREITO                                     | 3   |
| ULTRASSONOGRAMA DE ARTICULAÇÃO PÉ - ESQUERDO                                    | 5   |
| ULTRASSONOGRAMA DE AXILAS                                                       | 69  |
| ULTRASSONOGRAMA DE BOLSA ESCROTAL                                               | 17  |
| ULTRASSONOGRAMA DE BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER...                                | 1   |
| ULTRASSONOGRAMA DE BRAÇO                                                        | 1   |
| Ultrassonografia de Mamas e Axilas                                              | 3   |
| ULTRASSONOGRAMA DE MUSCULO                                                      | 3   |
| ULTRASSONOGRAMA DE PAREDE ABDOMINAL                                             | 48  |
| ULTRASSONOGRAMA DE PARTES MOLES                                                 | 70  |





Consórcio Intermunicipal de Saúde  
do Alto Paranaíba

**CISALP**

de ♥ pra você

|                                                                        |      |
|------------------------------------------------------------------------|------|
| ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)                         | 3    |
| ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL                        | 99   |
| ULTRASSONOGRRAFIA DE REGIÃO INGUINAL BILATERAL                         | 10   |
| ULTRASSONOGRRAFIA DE REGIÃO INGUINAL UNILATERAL                        | 8    |
| ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE                                          | 108  |
| ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE COM DOPPLER                              | 4    |
| ULTRASSONOGRRAFIA DERMATOLOGICA (PELE E SUBCUTÂNEO)                    | 1    |
| ULTRASSONOGRRAFIA DO APARELHO URINÁRIO (BEXIGA, RINS E VIAS URINÁRIAS) | 4    |
| ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE ORGÃO OU ESTRUTURA ISOLADA       | 1    |
| ULTRASSONOGRRAFIA EM GERAL                                             | 96   |
| ULTRASSONOGRRAFIA EM GERAL COM DOPPLER                                 | 79   |
| ULTRASSONOGRRAFIA EM GERAL-SEDE DO MUNICÍPIO                           | 1133 |
| Ultrassonografia Globo Ocular com Doppler Bilateral                    | 1    |
| ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL                                    | 190  |
| ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA                                           | 44   |
| ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA (1 TRIMESTRE)                             | 9    |
| ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO             | 20   |
| ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA com Translucência Nucal Simples e Doppler | 8    |
| ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICO MORFOLÓGICO                               | 7    |
| ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICO MORFOLOGICO C/ DOPPLER                    | 54   |
| ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICO MORFOLOGICO GEMELAR COM DOPPLER           | 1    |
| ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)                               | 1    |
| ULTRASSONOGRRAFIA PELVICO FEMININO OU MASCULINO                        | 52   |
| ULTRASSONOGRRAFIA TRANSLUCÊNCIA NUCAL                                  | 2    |
| ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL                                         | 357  |
| URETEROLITOTRIPSIA FLEXIVEL                                            | 5    |
| URETROCISTOGRAFIA                                                      | 3    |
| URETROPLASTIA ANTERIOR OU POSTERIOR                                    | 1    |
| URINA ROTINA                                                           | 897  |
| URINA ROTINA (EAS)                                                     | 53   |
| UROCULTURA para aerobios (urina jato medio)                            | 297  |
| UROCULTURA PARA AEROBIOS (URINA, JATO MEDIO)                           | 5    |
| Urotomografia (tomografia de rins e vias urinárias) c/ contraste       | 2    |
| VARIZES BILATERAL (HONORÁRIO MÉDICO)                                   | 10   |
| VASECTOMIA                                                             | 22   |
| VECTOELETRONISTAGMOGRAFIA                                              | 2    |
| VIDEODEGLUTOGRAMA                                                      | 2    |
| VIDEOLARINGOSCOPIA                                                     | 30   |
| VIDEONASOFIBROSCOPIA                                                   | 6    |
| VIDEONASOLARINGOSCOPIA                                                 | 9    |
| Vitamina C – Ácido Ascórbico                                           | 19   |



Consórcio Intermunicipal de Saúde  
do Alto Paranaíba

**CISALP**

*de ♥ pra você*

|                                                                             |   |
|-----------------------------------------------------------------------------|---|
| VITAMINA D 25 HIDROXI                                                       | 6 |
| Vitrectomia Posterior + Pneumoretinopexia + Endolaser + Silicone Unilateral | 3 |
| WAALER ROSE, reação                                                         | 3 |
| YAG LASER POR OLHO                                                          | 8 |

