



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

ANEXO V.

PLANILHA DE VALORES.

PROCESSO DE CREDENCIAMENTO 001 / 2018.

Nº ITEM	SERVIÇOS	DE R\$	ATÉ R\$
1	ANESTESIOLOGIA	100,00	200,00
2	ANESTESIOLOGIA EM CIRURGIA DE OTORRINOLARINGOLOGIA.	150,00	300,00
3	ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL	400,00	450,00
4	ANGIORESSONÂNCIA DE CARÓTIDAS	400,00	450,00
5	ASPIRAÇÃO DE OUVIDOS (OTORRINO)	60,00	80,00
6	AUDIOMETRIA TONAL (FONOAUDIÓLOGIA)	20,00	50,00
7	AVALIAÇÃO ANESTÉSICA PRÉ CIRÚRGICA.	100,00	250,00
8	BIOPSIA DE FÍGADO	450,00	480,00
9	BIOPSIA DE PROSTATA 6 FRAGMENTOS (NECESSITA PREPARO)	450,00	480,00
10	BIOPSIA DE TIREOIDE E MAMA (AGULHA GROSSA/POR NODULO)	250,00	270,00
11	CAUTERIZAÇÃO NASAL EM CONSULTÓRIO MÉDICO. (OTORRINO)	60,00	80,00
12	CIRURGIA DE TURBINECTOMIA	280,00	500,00
13	CIRURGIA DE ADENOIDECTOMIA	180,00	400,00
14	CIRURGIA DE AMIGDALECTOMIA	180,00	400,00
15	CIRURGIA DE AMIGDALECTOMIA + ADENOIDECTOMIA	250,00	500,00
16	CIRURGIA DE SEPTOPLASTIA	630,00	1.000,00
17	CIRURGIA DE SINUSECTOMIA	500,00	800,00
18	CIRURGIAS DE ORTOPEDIA (PEQUENO / MÉDIO PORTE	800,00	1.800,00
19	COLONOSCOPIA	400,00	700,00
20	COLPOSCOPIA	250,00	700,00
21	CONSULTA EM PSICOLOGIA	70,00	100,00
22	CONSULTA MÉDICA EM CARDIOLOGIA	120,00	300,00
23	CONSULTA MÉDICA EM CLÍNICA CIRÚRGICA	70,00	150,00
24	CONSULTA MÉDICA EM CLÍNICA GERAL	70,00	150,00
25	CONSULTA MÉDICA EM DERMATOLOGIA	180,00	250,00
26	CONSULTA MÉDICA EM ENDOCRINOLOGIA	180,00	250,00
27	CONSULTA MÉDICA EM GASTROENTEROLOGIA	100,00	300,00
28	CONSULTA MÉDICA EM GERIATRIA.	70,00	250,00
29	CONSULTA MÉDICA EM GINECOLOGIA	60,00	150,00
30	CONSULTA MÉDICA EM HEMATOLOGIA	100,00	300,00
31	CONSULTA MÉDICA EM HOMEOPATIA.	100,00	300,00
32	CONSULTA MÉDICA EM INFECTOLOGISTA.	100,00	300,00
33	CONSULTA MÉDICA EM MEDICINA DO TRABALHO	70,00	150,00
34	CONSULTA MÉDICA EM NEFROLOGIA	70,00	150,00
35	CONSULTA MÉDICA EM NEURO-CIRURGIA.	200,00	400,00
36	CONSULTA MÉDICA EM NEUROLOGIA.	200,00	400,00



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

37	CONSULTA MÉDICA EM OBSTETRÍCIA	60,00	150,00
38	CONSULTA MÉDICA EM OFTALMOLOGIA.	35,00	100,00
39	CONSULTA MÉDICA EM ORTOPEDIA	45,00	70,00
40	CONSULTA MÉDICA EM OTORRINOLARINGOLOGISTA.	80,00	150,00
41	CONSULTA MÉDICA EM PNEUMOLOGIA	70,00	150,00
42	CONSULTA MÉDICA EM PSIQUIATRIA	70,00	150,00
43	CONSULTA MÉDICA EM REUMATOLOGIA.	150,00	250,00
44	CONSULTA MÉDICA EM UROLOGIA	100,00	200,00
45	CONSULTA MÉDICA PEDIATRIA	60,00	150,00
46	CONSULTA MÉDICA VASCULAR.	150,00	300,00
47	DENSITOMETRIA CORPO INTEIRO	180,00	210,00
48	DENSITOMETRIA OSSEA 2 SEGMENTOS (FEMUR E COLUNA LOMBAR)	110,20	135,00
49	DENSITOMETRIA OSSEA 3 SEGMENTOS (FEMUR, COLUNA LOMBAR E PUNHO)	150,00	175,00
50	DESPESAS HOSPITALARES PARA INTERNAMENTO DE PACIENTES CIRURGICOS EM GERAL	4.000,00	5.000,00
51	DESPESAS HOSPITALARES PARA INTERNAMENTO DE PACIENTES CIRURGICOS EM OTORRINOLARINGOLOGIA.	450,00	900,00
52	ECOCARDIOGRAMA	200,00	250,00
53	EXAME DE LARINGOSCOPIA. COM BIOPSIA.	93,50	150,00
54	EXAME DE LARINGOSCOPIA. SEM BIOPSIA.	55,00	100,00
55	EXAME LABORATORIAL - TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO - KPTT	8,40	10,65
56	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - ACIDO FOLICO	10,20	13,80
57	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - ACIDO ÚRICO	9,50	10,20
58	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - AMILASE	37,72	38,50
59	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - BACTERIOSCOPIA DE SECREÇÃO VAGINAL (LAMINA)	13,50	18,00
60	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - CÁLCIO	5,71	6,50
61	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - COLESTEROL TOTAL	4,74	5,50
62	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - CPK	6,57	7,50
63	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - CREATININA	5,71	6,50
64	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - CURVA GLICÊMICA	9,49	10,50
65	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - ELETROFORESE DE PROTEINAS	13,55	14,50
66	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - FERRITINA	7,50	9,58
67	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - FOSFATASE ÁCIDA	18,38	19,50
68	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - FOSFATASE ALCALINA	18,38	19,50
69	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - FOSFOLÍPÍDEOS	32,88	33,50
70	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	22,00	26,00
71	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - GLICOSE	4,06	5,50
72	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - HDL	14,22	15,50
73	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - HEMOGLOBINA GLICOSADA	8,50	10,00
74	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - L D H	14,41	15,50
75	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - LDL	13,83	14,50
76	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - LIPÍDIOS TOTAIS	10,64	11,50
77	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - NA-SODIO	7,50	9,38



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

78	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - POTÁSSIO	9,38	10,50
79	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES	7,89	8,50
80	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - RESERVA ALCALINA	14,31	15,50
81	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - SATURAÇÃO TRANSFERRINA	16,00	20,00
82	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - TRIGLICERÍDEOS	4,70	5,60
83	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - URÉIA	4,74	5,60
84	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - VITAMINA B12	20,00	26,00
85	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - VITAMINA D-25 - DIHIDROXI	25,00	30,00
86	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - VLDL	14,41	15,50
87	EXAME LABORATORIAL BIOQUÍMICA - FERRO SÉRICO	8,00	10,00
88	EXAME LABORATORIAL COPROLOGICOS - PSO - PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	7,50	10,00
89	EXAME LABORATORIAL DE ATIVIDADES REUMÁTICAS - A S O	9,65	10,50
90	EXAME LABORATORIAL DE ATIVIDADES REUMÁTICAS - FAN	33,97	34,50
91	EXAME LABORATORIAL DE ATIVIDADES REUMÁTICAS - LÁTEX	6,44	7,45
92	EXAME LABORATORIAL DE ATIVIDADES REUMÁTICAS - MUCOPROTEÍNAS	10,71	11,50
93	EXAME LABORATORIAL DE ATIVIDADES REUMÁTICAS - PROTEÍNA C. REATIVA	6,72	7,50
94	EXAME LABORATORIAL DE ATIVIDADES REUMÁTICAS - PROVA DE ROSE	5,69	6,50
95	EXAME LABORATORIAL DE ATIVIDADES REUMÁTICAS - VHS	41,06	42,50
96	EXAME LABORATORIAL DE BACTERIOLOGICOS - BACTERIOSCOPIA	8,68	9,50
97	EXAME LABORATORIAL DE BACTERIOLOGICOS - CULTURA + ANTIBIOGRAMA SECREÇÃO VAGINAL	14,00	20,00
98	EXAME LABORATORIAL DE BACTERIOLOGICOS - CULTURA COM ANTIBIOG.	6,90	7,50
99	EXAME LABORATORIAL DE BACTERIOLOGICOS - CULTURA DE URINA	5,08	5,90
100	EXAME LABORATORIAL DE BACTERIOLOGICOS - STREPTOCOCCUS DO GRUPO B	14,00	20,00
101	EXAME LABORATORIAL DE BACTERIOSCOPIA (FEZES)	4,40	5,50
102	EXAME LABORATORIAL DE BACTERIOSCOPIA (URINA)	3,22	3,80
103	EXAME LABORATORIAL DE CONTAGENS E COLÔNIAS (URINA)	7,16	8,50
104	EXAME LABORATORIAL DE CULTURA (URINA)	8,99	9,50
105	EXAME LABORATORIAL DE CULTURA DE FEZES (COPROCULTURA) (FEZES)	9,86	9,50
106	EXAME LABORATORIAL DE CULTURA E ANTIBIOGRAMA (FEZES)	5,69	6,50
107	EXAME LABORATORIAL DE CULTURA E ANTIBIOGRAMA (URINA)	8,82	9,50
108	EXAME LABORATORIAL DE ESPERMOCULTURA	18,45	19,50
109	EXAME LABORATORIAL DE ESPERMOCULTURA COM ANTIBIOG.	6,05	7,50
110	EXAME LABORATORIAL DE ESPERMOGRAMA	12,15	13,50
111	EXAME LABORATORIAL DE HEMATOLOGIA - HEMOGRAMA COMPLETO	7,36	8,50
112	EXAME LABORATORIAL DE HEMATOLOGIA - CA 125	33,64	34,50
113	EXAME LABORATORIAL DE HEMATOLOGIA - COAGULOGRAMA	19,00	24,50
114	EXAME LABORATORIAL DE HEMATOLOGIA - COAMPS DIRETO	9,24	10,50
115	EXAME LABORATORIAL DE HEMATOLOGIA - ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	9,00	12,00
116	EXAME LABORATORIAL DE HEMATOLOGIA - GRUPO SANGUÍNEO	5,47	6,50
117	EXAME LABORATORIAL DE HEMATOLOGIA - PLAQUETAS (CONTAGEM)	6,17	7,50
118	EXAME LABORATORIAL DE HEMATOLOGIA - PROTOBINA (TAP)	10,65	11,50
119	EXAME LABORATORIAL DE HEMATOLOGIA - RH	5,56	6,50
120	EXAME LABORATORIAL DE HEMATOLOGIA - ROTAVIRUS	26,01	27,50



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

121	EXAME LABORATORIAL DE HEMATOLOGIA - TS E TC	6,82	7,50
122	EXAME LABORATORIAL DE HEMATOLOGIA - V H S	5,29	6,50
123	EXAME LABORATORIAL DE MONILIA (URINA)	9,64	10,50
124	EXAME LABORATORIAL DE PARASITOLÓGICO (FEZES)	3,59	4,50
125	EXAME LABORATORIAL DE PESQUISA DE LEOCOCITOS NAS FEZES (FEZES)	10,30	11,50
126	EXAME LABORATORIAL DE PROVAS DE FUNÇÃO HEPÁTICA - HANGER	13,55	14,50
127	EXAME LABORATORIAL DE PROVAS DE FUNÇÃO HEPÁTICA - T. G. O.	6,70	7,50
128	EXAME LABORATORIAL DE PROVAS DE FUNÇÃO HEPÁTICA - T. G. P.	6,69	7,50
129	EXAME LABORATORIAL DE PROVAS DE FUNÇÃO HEPÁTICA - TIMOL (TURV. E FLOCULT.)	15,78	16,50
130	EXAME LABORATORIAL DE PROVAS DE FUNÇÃO HEPÁTICA - ANTIGENO AUSTRÁLIA	36,40	37,50
131	EXAME LABORATORIAL DE PROVAS DE FUNÇÃO HEPÁTICA - BILIRRUBINAS TOTAL DE FRAÇÕES	7,18	8,50
132	EXAME LABORATORIAL DE PROVAS DE FUNÇÃO HEPÁTICA - HEPATITE HAS "B"	27,50	28,50
133	EXAME LABORATORIAL DE PROVAS DE FUNÇÃO HEPÁTICA - HEPATITE HCS "C"	27,50	28,50
134	EXAME LABORATORIAL DE PROVAS DE FUNÇÃO HEPÁTICA - KUNKEL	13,55	14,50
135	EXAME LABORATORIAL DE PROVAS DE FUNÇÃO HEPÁTICA - OSFATASE ALCALINA	27,50	30,00
136	EXAME LABORATORIAL DE PROVAS DE FUNÇÃO HEPÁTICA -HEPATITE HBS "A"	27,50	28,50
137	EXAME LABORATORIAL DE TESTES PARA GRAVIDEZ (URINA)	9,11	10,50
138	EXAME LABORATORIAL DE URINA TIPO "1"	4,05	5,50
139	EXAME LABORATORIAL HOMONAIIS - ESTRADIOL	22,00	28,00
140	EXAME LABORATORIAL HOMONAIIS - LH - HORMONIO LUTEINIZANTE	20,00	25,00
141	EXAME LABORATORIAL HOMONAIIS - DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	24,20	28,50
142	EXAME LABORATORIAL HOMONAIIS - FSH - HORMONIO FOLICULO ESTIMULANTE	22,00	28,00
143	EXAME LABORATORIAL HOMONAIIS - PROGESTERONA	22,00	28,00
144	EXAME LABORATORIAL HOMONAIIS - PROLACTINA	20,00	26,00
145	EXAME LABORATORIAL MICROALBUMINA - URINA (ISOLADA, 12 HORAS)	8,00	12,00
146	EXAME LABORATORIAL MICROALBUMINA - URINA (ISOLADA, 24 HORAS)	8,00	12,00
147	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - (RUBEOLA IGG) PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	22,00	28,00
148	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - (RUBEOLA IGM) PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	22,00	28,00
149	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - ANTI - TPO (ANTI-MICROSSOMAL)	18,00	23,00
150	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - BRUCELOSE	31,69	32,50
151	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - COMPLEMENTO C3	6,00	10,00
152	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - COMPLEMENTO C4	6,00	10,00
153	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - CORTISOL	29,18	30,50
154	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - DNA - NATIVO, AUTO-ANTICORPOS ANTI (DUPLA HÉICE) ANTI-DNA DUPLA HELICE	15,00	20,00
155	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - FSH	31,50	32,50
156	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - HIV TIPO 1	59,30	60,50
157	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - HIV TIPO 2	62,08	63,50
158	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - IGE - IMUNOGLOBULINA IGE TOTAL	10,00	15,00



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

159	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - KAHN	10,47	11,50
160	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - KLINE	10,98	11,50
161	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - MANTOUX	31,78	32,50
162	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - MITSUDA	31,49	32,50
163	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - MONTENEGRO	31,49	32,50
164	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - PSA	36,13	37,50
165	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - T3	23,07	24,50
166	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - T4	22,24	23,50
167	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - TESTOSTERONA	29,37	30,50
168	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - TOXOPLASMOSE IGG	36,13	37,50
169	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - TOXOPLASMOSE IGM	36,13	37,50
170	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - TRAB - ANTI RECEPTOR DE TSH	18,00	24,00
171	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - TSH	31,22	32,50
172	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - VDRL	7,32	8,50
173	EXAME LABORATORIAL SOROLOGIA E IMUNOLOGIA - WASSERMANN	13,06	14,50
174	EXAME LABORATORIAL UROANALISE ALBUMINA	10,00	15,00
175	EXAME LABORATORIAL UROANALISE PROTEINA 24 HORAS (URINA)	16,00	21,00
176	EXAMES LABORATORIAL - COOMBS INDIRETO	7,20	9,24
177	FRENECTOMIA EM CONSULTÓRIO MÉDICO	100,00	200,00
178	FRENECTOMIA EM NÍVEL HOSPITALAR.	162,80	300,00
179	LAVAGEM DE OUVIDOS (OTORRINO)	60,00	80,00
180	MAMOGRAFIA BILATERAL DIGITAL	45,00	65,00
181	ÓCULOS C/ LENTES CORRETIVAS IGUAIS / MAIORES QUE 0,5 DIOPTRIAS (ARMAÇÕES SIMPLES) BIFOCAL ATÉ 6.00 GRAUS	75,00	100,00
182	ÓCULOS C/ LENTES CORRETIVAS IGUAIS / MAIORES QUE 0,5 DIOPTRIAS (ARMAÇÕES SIMPLES) VISÃO SIMPLES ACIMA DE 6.00 GRAUS	90,00	120,00
183	ÓCULOS C/ LENTES CORRETIVAS IGUAIS / MAIORES QUE 0,5 DIOPTRIAS (ARMAÇÕES SIMPLES) VISÃO SIMPLES ATÉ 6.00 GRAUS	50,00	80,00
184	ÓCULOS C/ LENTES CORRETIVAS IGUAIS / MAIORES QUE 0,5 DIOPTRIAS (ARMAÇÕES SIMPLES) MULTIFOCAL ATÉ 6.00 GRAUS	110,00	140,00
185	PAAF DE TIREOIDE E MAMA (AGULHA FINA/POR NODULO)	180,00	200,00
186	PLANTÕES DE AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM 12 HORAS DIURNOS.	120,00	150,00
187	PLANTÕES DE AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM 12 HORAS DIURNO. FERIADOS COMUNS: 13/02 - Carnaval. 30/03 - Feriado da Paixão. 01/04 - Páscoa. 21/04 - Tiradentes. 01/05 Dia do Trabalhador 31/05 Corpus Christi. 07/09 - Independência do Brasil. 12/10 - Nossa Senhora Aparecida. 02/11 - Finados. 15/11 Proclamação da República.	150,00	200,00
188	PLANTÕES DE AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM 12 HORAS DIURNO. FERIADOS ESPECIAIS: 24/12 - Véspera de Natal. 25/12 – Natal 31/12 - Virada de Ano Novo 01/01 - Ano Novo	240,00	320,00



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

189	PLANTÕES DE AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM 12 HORAS DIURNO. FERIADOS MUNICIPAIS / RECESSO.	120,00	150,00
190	PLANTÕES DE ENFERMEIRO (A) 12 HORAS DIURNO.	160,00	200,00
191	PLANTÕES DE ENFERMEIRO (A) 12 HORAS DIURNO. FERIADOS COMUNS: 13/02 - Carnaval. 30/03 - Feriado da Paixão. 01/04 - Páscoa. 21/04 - Tiradentes. 01/05 Dia do Trabalhador 31/05 Corpus Christi. 07/09 - Independência do Brasil. 12/10 - Nossa Senhora Aparecida. 02/11 - Finados. 15/11 Proclamação da República.	200,00	266,66
192	PLANTÕES DE ENFERMEIRO (A) 12 HORAS DIURNO. FERIADOS ESPECIAIS: 24/12 - Véspera de Natal. 25/12 – Natal 31/12 - Virada de Ano Novo 01/01 - Ano Novo	300,00	400,00
193	PLANTÕES DE ENFERMEIRO (A) 12 HORAS DIURNO. FERIADOS MUNICIPAIS / RECESSO.	160,00	200,00
194	PLANTÕES MÉDICOS DE URGÊNCIA E EMERGENCIA 12 HRS. (CONTRATAÇÃO DE EMERGÊNCIA)	2.300,00	3.000,00
195	PLANTÕES MÉDICOS DE URGÊNCIA E EMERGENCIA 12 HRS. FERIADOS COMUNS: 13/02 - Carnaval. 30/03 - Feriado da Paixão. 01/04 - Páscoa. 21/04 - Tiradentes. 01/05 Dia do Trabalhador 31/05 Corpus Christi. 07/09 - Independência do Brasil. 12/10 - Nossa Senhora Aparecida. 02/11 - Finados. 15/11 Proclamação da República.	1.500,00	2.000,00
196	PLANTÕES MÉDICOS DE URGÊNCIA E EMERGENCIA 12 HRS. FERIADOS ESPECIAIS: 24/12 - Véspera de Natal. 25/12 – Natal 31/12 - Virada de Ano Novo 01/01 - Ano Novo	2.000,00	2.300,00
197	PLANTÕES MÉDICOS DE URGÊNCIA E EMERGENCIA 12 HRS. (FERIADOS MUNICIPAIS / RECESSO)	1.200,00	1.500,00
198	PLANTÕES MÉDICOS DE URGÊNCIA E EMERGENCIA 12 HRS (FINS DE SEMANA)	1.200,00	1.500,00
199	PLANTÕES MÉDICOS DE URGÊNCIA E EMERGENCIA 12 HRS (SEMANA - DIA)	1.200,00	1.500,00
200	PLANTÕES MÉDICOS DE URGÊNCIA E EMERGENCIA 12 HRS (SEMANA - NOITE)	1.200,00	1.500,00
201	RAIO X DE ANTEBRAÇO AP/PERFIL (CADA LADO)	40,00	60,00
202	RAIO X DE ARCOS COSTAIS (CADA LADO)	40,00	60,00
203	RAIO X DE ARCOS ZIGOMÁTICOS	40,00	60,00
204	RAIO X DE SEIOS DA FACE (WATERS E HIRTZ)	40,00	60,00
205	RAIO X DE ABDOME SIMPLES (NECESSITA DE PREPARO)	40,00	60,00
206	RAIO X DE ARTICULAÇÃO COXO-FEMURAL (CADA LADO)	40,00	60,00
207	RAIO X DE ARTICULAÇÃO SACROÍLIACA	40,00	60,00
208	RAIO X DE BACIA EM AP	40,00	60,00



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

209	RAIO X DE BRAÇO AP/PERFIL (CADA LADO)	40,00	60,00
210	RAIO X DE CALCÂNEO (PERFIL EAXIAL) (CADA LADO)	40,00	60,00
211	RAIO X DE CAVUM OU ADENÓIDE (PERFIL)	40,00	60,00
212	RAIO X DE COLUNA CERVICAL (AP-PERFIL)	40,00	60,00
213	RAIO X DE COLUNA CERVICAL (OBLIQUAS OU FLEXÃO E EXTENSÃO)	40,00	60,00
214	RAIO X DE COLUNA DORSAL (AP-PERFIL)	40,00	60,00
215	RAIO X DE COLUNA DORSAL (OBLIQUAS OU FLEXÃO E EXTENSÃO)	40,00	60,00
216	RAIO X DE COLUNA LOMBAR (AP-PERFIL)	40,00	60,00
217	RAIO X DE COLUNA LOMBAR (OBLIQUAS OU FLEXÃO E EXTENSÃO)	40,00	60,00
218	RAIO X DE COLUNA PARA ESCOLIOSE AP/PERFIL	150,00	180,00
219	RAIO X DE COLUNA SACRO-CÓCCIX	40,00	60,00
220	RAIO X DE COLUNA TORÁCO-LOMBAR (AP-PERFIL)	40,00	60,00
221	RAIO X DE COTOVELO AP/PERFIL (CADA LADO)	40,00	60,00
222	RAIO X DE COXA (AP/PERFIL) (CADA LADO)	40,00	60,00
223	RAIO X DE CRÂNIO (AP-PERFIL)	40,00	60,00
224	RAIO X DE ESCANOMETRIA DE MEMBROS INFERIORES	100,00	130,00
225	RAIO X DE IDADE ÓSSEA EM AP	40,00	60,00
226	RAIO X DE JOELHO (AXIAL DE PATELA)	40,00	60,00
227	RAIO X DE JOELHO EM AP/PERFIL (CADA LADO)	40,00	60,00
228	RAIO X DE MÃO AP/OBLÍQUA (CADA LADO)	40,00	60,00
229	RAIO X DE MEMBROS INFERIORES	100,00	130,00
230	RAIO X DE NASAL	40,00	60,00
231	RAIO X DE OMBRO AP (CADA LADO)	40,00	60,00
232	RAIO X DE PÉ (AP/OBLÍQUO) (CADA LADO)	40,00	60,00
233	RAIO X DE TELERRADIOGRAFIA	150,00	180,00
234	RAIO X DE TORAX AP/PERFIL	50,00	70,00
235	RAIO X DE TORAX EM AP	40,00	60,00
236	RAIO-X C/ CONTRASTE DE ESÔFAGO (6 HORAS DE JEJUM)	120,00	150,00
237	RAIO-X C/ CONTRASTE DE SERIOGRAFIA EED (ESÔFAGO, ESTÔMAGO E DUODENO) 6 HORAS JEJUM	120,00	150,00
238	RAIO-X C/ CONTRASTE DE COLANGIOGRAFIA PELO DRENO KEHR (EXAME PÓS OPERATORIO)	190,00	220,00
239	RAIO-X C/ CONTRASTE DE ENEMA OPACO (NECESSITA PREPARO)	150,00	180,00
240	RAIO-X C/ CONTRASTE DE HISTEROSALPINGOGRAFIA	190,00	220,00
241	RAIO-X C/ CONTRASTE DE TRANSITO INTESTINAL	120,00	150,00
242	RAIO-X C/ CONTRASTE DE URETROCISTOGRAFIA ADULTO MICCIONAL/RETROGRADA	190,00	220,00
243	RAIO-X C/ CONTRASTE DE URETROCISTOGRAFIA CRIANÇA MICCIONAL/RETROGRADA	190,00	220,00
244	RAIO-X C/ CONTRASTE DE UROGRAFIA EXCRETORA (NECESSITA PREPARO)	180,00	210,00
245	RESSONÂNCIA MAGNETICA ABDOME SUPERIOR	400,00	450,00
246	RESSONÂNCIA MAGNETICA ARTICULAÇÕES POR MEMBRO (PÉ, JOELHO, MÃO, PUNHO, COTOVELO, TORNOZELO E OMBRO)	400,00	450,00
247	RESSONÂNCIA MAGNETICA ATM POR LADO (SOMENTE BOCA ABERTA E FECHADA)	400,00	450,00
248	RESSONÂNCIA MAGNETICA BACIA OU PELVE	400,00	450,00
249	RESSONÂNCIA MAGNETICA COLANGIORESSONÂNCIA	550,00	600,00



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

250	RESSONÂNCIA MAGNETICA COLUNA CERVICAL	400,00	450,00
251	RESSONÂNCIA MAGNETICA COLUNA DORSAL	400,00	450,00
252	RESSONÂNCIA MAGNETICA COLUNA LOMBAR	400,00	450,00
253	RESSONÂNCIA MAGNETICA CRÂNIO	400,00	450,00
254	RESSONÂNCIA MAGNETICA FACE OU SEIO DA FACE	400,00	450,00
255	RESSONÂNCIA MAGNETICA MASTÓIDES OU OUVIDOS	400,00	450,00
256	RESSONÂNCIA MAGNETICA ORBITAS	400,00	450,00
257	RESSONÂNCIA MAGNETICA PESCOÇO – LARINGE, TIREÓIDE, FARINGE	400,00	450,00
258	RESSONÂNCIA MAGNETICA SELA TURCICA	400,00	450,00
259	RESSONÂNCIA MAGNETICA TÓRAX	400,00	450,00
260	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO, OUVIDO, NARIZ, FARINGE, LARINGE (Otorrino)	66,00	100,00
261	SERVIÇOS DE FARMACÊUTICO - 40 HORAS.	3.000,00	5.000,00
262	SERVIÇOS DE ASSISTENTE SOCIAL 20 HORAS.	1.800,00	2.677,41
263	SERVIÇOS DE AUXILIAR ENFERMAGEM 40 HRS.	1.500,00	2.000,00
264	SERVIÇOS DE ENFERMEIRO(A) 40 HORAS - DIURNO.	3.000,00	4.309,88
265	SERVIÇOS DE ENFERMEIRO (A) PLANTONISTA - NOTURNO - 12X36hrs.	2.800,00	3.500,00
266	SERVIÇOS DE FARMACÊUTICO - 20 HORAS.	1.500,00	2.677,41
267	SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA - 20 HORAS	1.500,00	2.677,41
268	SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA - 40 HORAS	3.000,00	4.500,00
269	SERVIÇOS DE FONOAUDIOLOGIA - 20 HORAS.	1.500,00	2.677,41
270	SERVIÇOS DE FONOAUDIOLOGIA - 40 HORAS.	3.500,00	4.500,00
271	SERVIÇOS DE ODONTOLOGIA - 20 HRS.	2.800,00	3.573,91
272	SERVIÇOS DE ODONTOLOGIA 40 HRS.	4.500,00	6.000,00
273	SERVIÇOS DE PSICOLÓGIA - 20 HORAS	1.500,00	2.677,41
274	SERVIÇOS DE PSICOLÓGIA - 40 HORAS	3.000,00	4.500,00
275	SESSÃO DE ACUPUNTURA.	20,00	40,00
276	TOMOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	148,63	170,00
277	TOMOGRAFIA DE ANGIOTOMOGRAFIA CRÂNIO	295,00	320,00
278	TOMOGRAFIA DE ANGIOTOMOGRAFIA DE ABDOME TOTAL (NECESSITA PREPARO) SÃO 2 PROCEDIMENTOS	295,00	320,00
279	TOMOGRAFIA DE ANGIOTOMOGRAFIA DE TORAX (COM PREPARO)	295,00	320,00
280	TOMOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES	96,75	130,00
281	TOMOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL	96,76	130,00
282	TOMOGRAFIA DE COLUNA DORSAL	96,76	130,00
283	TOMOGRAFIA DE COLUNA LOMBAR	111,10	145,00
284	TOMOGRAFIA DE CRÂNIO	107,44	140,00
285	TOMOGRAFIA DE FACE OU SEIO DA FACE	96,75	130,00
286	TOMOGRAFIA DE MASTÓIDES OU OUVIDOS	96,75	130,00
287	TOMOGRAFIA DE ÓRBITAS	160,00	190,00
288	TOMOGRAFIA DE PELVE OU BACIA	148,63	170,00
289	TOMOGRAFIA DE PESCOÇO - LARINGE, TIREÓIDE, FARINGE	96,75	130,00
290	TOMOGRAFIA DE SELA TÚRSICA	107,44	140,00
291	TOMOGRAFIA DE TÓRAX	146,41	170,00
292	TOMOGRAFIA DE UROTOMOGRAFIA ABDOMINAL (NECESSITA PREPARO)	272,60	310,00
293	ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER ARTERIAL MEMBRO INFERIOR BILATERAL	380,00	410,00



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

294	ULTRASSONOGRRAFIA COM DOPPLER ARTERIAL <u>MEMBRO INFERIOR UNILATERAL</u>	190,00	220,00
295	ULTRASSONOGRRAFIA COM DOPPLER <u>ARTERIAL MEMBRO SUPERIOR BILATERAL</u>	380,00	410,00
296	ULTRASSONOGRRAFIA COM DOPPLER ARTERIAL <u>MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL</u>	190,00	220,00
297	ULTRASSONOGRRAFIA COM DOPPLER VENOSO <u>MEMBRO INFERIOR BILATERAL</u> (TROMBOSE)	380,00	410,00
298	ULTRASSONOGRRAFIA COM DOPPLER VENOSO <u>MEMBRO INFERIOR BILATERAL</u> (VARIZES)	380,00	410,00
299	ULTRASSONOGRRAFIA COM DOPPLER <u>VENOSO MEMBRO INFERIOR UNILATERAL</u> (TROMBOSE)	190,00	220,00
300	ULTRASSONOGRRAFIA COM DOPPLER VENOSO <u>MEMBRO INFERIOR UNILATERAL</u> (VARIZES)	190,00	220,00
301	ULTRASSONOGRRAFIA COM DOPPLER VENOSO <u>MEMBRO SUPERIOR BILATERAL</u>	380,00	410,00
302	ULTRASSONOGRRAFIA COM DOPPLER VENOSO <u>MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL</u>	190,00	220,00
303	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (fígado, vias biliares, vesícula, pâncreas, baço)	100,00	120,00
304	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL (abdômen superior, retroperitônio, rins e bexiga)	120,00	140,00
305	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO (rins e bexiga)	100,00	120,00
306	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO (joelho, cotovelo, ombro, punho, mão, tornozelo, panturrilha em alguns casos)	120,00	140,00
307	ULTRASSONOGRRAFIA DE DOPPLER DE ABDÔMEN TOTAL	170,00	190,00
308	ULTRASSONOGRRAFIA DE DOPPLER DE ARTÉRIAS RENAIIS (necessita preparo p/exame)	200,00	220,00
309	ULTRASSONOGRRAFIA DE DOPPLER DE CARÓTIDAS	130,00	150,00
310	ULTRASSONOGRRAFIA DE DOPPLER DE TV, TIREOIDE, MAMA, AB SUPERIOR.	145,00	165,00
311	ULTRASSONOGRRAFIA DE DOPPLER OBSTÉTRICO (cada feto)	140,15	160,15
312	ULTRASSONOGRRAFIA DE DOPPLER PERI/PRE AURICULAR	100,00	120,00
313	ULTRASSONOGRRAFIA DE DOPPLER TESTICULO	189,00	219,00
314	ULTRASSONOGRRAFIA DE HIPOCONDRIO DIREITO (fígado, vesícula, vias biliares, pâncreas)	100,00	120,00
315	ULTRASSONOGRRAFIA DE OBSTÉTRICA (cada feto)	100,00	120,00
316	ULTRASSONOGRRAFIA DE OBSTETRICO 1º TRIMESTRE (cada feto)	100,00	120,00
317	ULTRASSONOGRRAFIA DE OBSTETRICO MORFOLÓGICO (cada feto/pode realizar de 20 a 29 semanas)	140,15	160,15
318	ULTRASSONOGRRAFIA DE ORBITA (UNILATERAL)	150,00	170,00
319	ULTRASSONOGRRAFIA DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (MAMAS, REGIÃO CERVICAL, TIREOIDE)	100,00	120,00
320	ULTRASSONOGRRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	115,00	135,00
321	ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES OU AXILAS POR LADO	120,00	140,00
322	ULTRASSONOGRRAFIA DE PÉLVICA (GÍNICOLOGICA VIA ABDOMINAL)	100,00	120,00
323	ULTRASSONOGRRAFIA DE PÉLVICA (VIA TRANS – VAGINAL)	100,00	120,00
324	ULTRASSONOGRRAFIA DE PENIS	160,00	180,00
325	ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL)	100,00	120,00
326	ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA (VIA TRANSRETAL) (necessita preparo p/exame)	120,00	140,00
327	ULTRASSONOGRRAFIA DE REGIAO AXILAR (POR LADO)	146,00	166,00
328	ULTRASSONOGRRAFIA DE REGIÃO INGUINAL (POR LADO)	120,00	140,00



Prefeitura Municipal de Alto Paraíso - PR

CNPJ 95.640.736/0001-30

Av. Pedro Amaro dos Santos, 900 – Fone/Fax (0xx) 44 3664 1320

329	ULTRASSONOGRAFIA DE SUBMANDIBULAR	145,00	165,00
330	ULTRASSONOGRAFIA DE SUPRA RENAL	90,00	110,00
331	ULTRASSONOGRAFIA DE TESTICULO SEM DOPPLER	89,00	109,00
332	ULTRASSONOGRAFIA DE TRANSFONTANELAS	100,00	120,00
333	ULTRASSONOGRAFIA DE TRANSLUCENCIA NUCAL (DE 9 A 13 SEMANAS)	150,00	170,00

Alto Paraíso – Paraná, 24 de Janeiro de 2018.

DERCIO JARDIM JUNIOR
PREFEITO MUNICIPAL

RODRIGO WESLEY SOBREIRA REVESSO
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE.