



**ESTADO DE GOIÁS**  
**Prefeitura Municipal de São Simão**  
**Secretaria Municipal de Saúde**

PROCEDIMENTOS E EXAMES EM CLÍNICA OU HOSPITAL									
Item	Código do Procedimento SUS conforme SIGTAP	Tipo de Serviço	Local será Prestado o serviço	Qtidade Mensal	Qtidade Total	Valor SUS	Valor aprovado pelo CMS - Até R\$	Valor Mensal	Valor Total
1	Cód. Não encontrado	Adaptação de lentes de contatos rígidas em pacientes que não melhoram a visão c/ óculos (1 olho)	Clinica/Hospital Credenciada	3	36		R\$ 700,00	R\$ 2.100,00	R\$ 25.200,00
2	Cód. Não encontrado	Adaptação de lentes de contatos rígidas em pacientes que não melhoram a visão c/ óculos (2 olho)	Clinica/Hospital Credenciada	3	36		R\$ 1.400,00	R\$ 4.200,00	R\$ 50.400,00
3	Cód. Não encontrado	Angio + OCT de retina + retinografia	Clinica/Hospital Credenciada	5	60		R\$ 600,00	R\$ 3.000,00	R\$ 36.000,00
4	Cód. Não encontrado	Angiofluoresceinografia	Clinica/Hospital Credenciada	5	60		R\$ 250,00	R\$ 1.250,00	R\$ 15.000,00
5	02.11.07.003-3	Audiometria	Clinica/Hospital Credenciada	50	600	R\$ 20,13	R\$ 40,00	R\$ 2.000,00	R\$ 24.000,00
6	02.11.06.001-1	Biometria Óptica (1 olho)	Clinica/Hospital Credenciada	10	120	R\$ 24,24	R\$ 100,00	R\$ 1.000,00	R\$ 12.000,00
7	02.11.06.001-1	Biometria Óptica (2 olho)	Clinica/Hospital Credenciada	10	120	R\$ 24,24	R\$ 150,00	R\$ 1.500,00	R\$ 18.000,00



**ESTADO DE GOIÁS**  
**Prefeitura Municipal de São Simão**  
**Secretaria Municipal de Saúde**

8	Cód. Não encontrado	Blefaroplastia	Clinica/Hospital Credenciada	3	36	R\$ 139,70	R\$ 1.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 36.000,00
9	02.11.06.003-8	Campimetria computadorizada	Clinica/Hospital Credenciada	10	120	R\$ 40,00	R\$ 150,00	R\$ 1.500,00	R\$ 18.000,00
10	04.05.05.002-0	Capsolotomia Yag Laser	Clinica/Hospital Credenciada	2	24	R\$ 45,00	R\$ 500,00	R\$ 1.000,00	R\$ 12.000,00
11	02.09.01.002-9	Colonoscopia	Clinica/Hospital Credenciada	30	360	R\$ 112,66	R\$ 450,00	R\$ 13.500,00	R\$ 162.000,00
12	04.07.02.039-0	Colonoscopia c/ polipectomia	Clinica Credenciada	15	180	R\$ 13,63	R\$ 600,00	R\$ 9.000,00	R\$ 108.000,00
13	02.11.04.002-9	Colposcopia	Clinica/Hospital Credenciada	70	840	R\$ 3,38	R\$ 100,00	R\$ 7.000,00	R\$ 84.000,00
14	Cód. Não encontrado	Crosslinking de cornea (cada olho)	Clinica/Hospital Credenciada	3	36		R\$ 2.000,00	R\$ 6.000,00	R\$ 72.000,00
15	02.11.06.006-2	Curva tensional diária	Clinica/Hospital Credenciada	5	60	R\$ 10,11	R\$ 70,00	R\$ 350,00	R\$ 4.200,00
16	Cód. Não encontrado	Ecocardiograma	Clinica/Hospital Credenciada	40	480		R\$ 160,00	R\$ 6.400,00	R\$ 76.800,00
17	02.11.07.014-9	Emissões otoacústicas evocadas (Teste da Orelhinha)	Clinica/Hospital Credenciada	30	360	R\$ 13,51	R\$ 50,00	R\$ 1.500,00	R\$ 18.000,00
18	02.09.01.003-7	Endoscopia	Clinica/Hospital Credenciada	40	480	R\$ 48,16	R\$ 250,00	R\$ 10.000,00	R\$ 120.000,00



**ESTADO DE GOIÁS**  
**Prefeitura Municipal de São Simão**  
**Secretaria Municipal de Saúde**

19	02.11.08.005-5	Espirometria	Clinica/Hospital Credenciada	30	360	R\$ 6,36	R\$ 50,00	R\$ 1.500,00	R\$ 18.000,00
20	02.11.02.003-6	Exame de ECG	Clinica/Hospital Credenciada	150	1800	R\$ 5,15	R\$ 15,00	R\$ 2.250,00	R\$ 27.000,00
21	02.11.05.005-9	Exame de Eletroencefalograma	Clinica/Hospital Credenciada	150	1800	R\$ 25,00	R\$ 130,00	R\$ 19.500,00	R\$ 234.000,00
22	04.05.05.009-7	Facectomia (Catarata) com Lente	Clinica/Hospital Credenciada	10	120	R\$ 443,00	R\$ 1.700,00	R\$ 17.000,00	R\$ 204.000,00
23	04.05.05.010-0	Facectomia (Catarata) sem Lente	Clinica/Hospital Credenciada	10	120	R\$ 403,00	R\$ 1.700,00	R\$ 17.000,00	R\$ 204.000,00
24	Cód. Não encontrado	Fotocoagulação a laser (por sessão este critério depende do retinólogo)	Clinica/Hospital Credenciada	5	60		R\$ 330,00	R\$ 1.650,00	R\$ 19.800,00
25	02.11.06.011-9	Gonioscopia	Clinica/Hospital Credenciada	8	96	R\$ 6,74	R\$ 70,00	R\$ 560,00	R\$ 6.720,00
26	02.11.02.004-4	Holter 24 Horas	Clinica/Hospital Credenciada	50	600	R\$ 30,00	R\$ 100,00	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00



**ESTADO DE GOIÁS**  
**Prefeitura Municipal de São Simão**  
**Secretaria Municipal de Saúde**

27	Cód. Não encontrado	Injeção nitra-vítrea p/ tratamento de edma macular diabético, degeneração macular, oclusões venosas (ramo ou oclusão de via central da retina) e outras doenças - AVASTIM	Clinica/Hospital Credenciada	3	36		R\$ 1.400,00	R\$ 4.200,00	R\$ 50.400,00
28	Cód. Não encontrado	Injeção nitra-vítrea p/ tratamento de edma macular diabético, degeneração macular, oclusões venosas (ramo ou oclusão de via central da retina) e outras doenças - EYLEA	Clinica/Hospital Credenciada	2	24		R\$ 3.600,00	R\$ 7.200,00	R\$ 86.400,00
29	Cód. Não encontrado	Injeção nitra-vítrea p/ tratamento de edma macular diabético, degeneração macular, oclusões venosas (ramo ou oclusão de via central da retina) e outras doenças - LUCETIS	Clinica/Hospital Credenciada	3	36		R\$ 3.000,00	R\$ 9.000,00	R\$ 108.000,00
30	02.04.03.003-0	Mamografia	Clinica/Hospital Credenciada	100	1200	R\$ 22,50	R\$ 100,00	R\$ 10.000,00	R\$ 120.000,00



**ESTADO DE GOIÁS**  
**Prefeitura Municipal de São Simão**  
**Secretaria Municipal de Saúde**

31	02.11.02.005-2	Mapeamento da P.A	Clinica/Hospital Credenciada	30	360	R\$ 10,07	R\$ 100,00	R\$ 3.000,00	R\$ 36.000,00
32	02.11.06.012-7	Mapeamento de retina	Clinica/Hospital Credenciada	10	120	R\$ 24,24	R\$ 100,00	R\$ 1.000,00	R\$ 12.000,00
33	02.11.06.014-3	Microscopia de Córnea	Clinica/Hospital Credenciada	3	36	R\$ 24,24	R\$ 150,00	R\$ 450,00	R\$ 5.400,00
34	Cód. Não encontrado	MRPA	Clinica/Hospital Credenciada	30	360		R\$ 100,00	R\$ 3.000,00	R\$ 36.000,00
35	Cód. Não encontrado	Nasolaringoscopia	Clinica/Hospital Credenciada	50	600		R\$ 200,00	R\$ 10.000,00	R\$ 120.000,00
36	Cód. Não encontrado	Pacote de exames p/ pacientes que realizaram cirurgia de catarata (biometria, topografia, especular MAP de retina)	Clinica/Hospital Credenciada	10	120		R\$ 700,00	R\$ 7.000,00	R\$ 84.000,00
37	Cód. Não encontrado	Pacote de exames p/ pacientes que realizaram cirurgia de glaucoma (consulta, tonometria, campimetria, estereofoto de papila)	Clinica/Hospital Credenciada	10	120		R\$ 500,00	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
38	Cód. Não encontrado	Paquimetria	Clinica/Hospital Credenciada	10	120		R\$ 130,00	R\$ 1.300,00	R\$ 15.600,00



**ESTADO DE GOIÁS**  
**Prefeitura Municipal de São Simão**  
**Secretaria Municipal de Saúde**

39	02.07.03.001-4	Ressonância Magnética De abdomen superior	Clinica/Hospital Credenciada	2	24	R\$ 268,75	R\$ 750,00	R\$ 1.500,00	R\$ 18.000,00
40	02.07.03.002-2	Ressonância Magnética De Bacia / Pelve / Abdómen/Inferior I	Clinica/Hospital Credenciada	1	12	R\$ 268,75	R\$ 750,00	R\$ 750,00	R\$ 9.000,00
41	02.07.01.003-0	Ressonância Magnética De Coluna cervical/pescoço	Clinica/Hospital Credenciada	1	12	R\$ 268,75	R\$ 750,00	R\$ 750,00	R\$ 9.000,00
42	02.07.01.004-8	Ressonância Magnética De Coluna lombo-sacra	Clinica/Hospital Credenciada	1	12	R\$ 268,75	R\$ 750,00	R\$ 750,00	R\$ 9.000,00
43	02.07.01.005-6	Ressonância Magnética De Coluna torácica	Clinica/Hospital Credenciada	1	12	R\$ 268,75	R\$ 750,00	R\$ 750,00	R\$ 9.000,00
44	02.07.01.006-4	Ressonância Magnética De Crânio	Clinica/Hospital Credenciada	1	12	R\$ 268,75	R\$ 750,00	R\$ 750,00	R\$ 9.000,00
45	02.07.03.003-0	Ressonância Magnética De Membro Inferior (Unilateral)	Clinica/Hospital Credenciada	1	12	R\$ 268,75	R\$ 750,00	R\$ 750,00	R\$ 9.000,00
46	02.07.02.002-7	Ressonância Magnética De Membro superior (Unilateral)	Clinica/Hospital Credenciada	1	12	R\$ 268,75	R\$ 750,00	R\$ 750,00	R\$ 9.000,00
47	02.07.02.003-5	Ressonância Magnética De Tórax	Clinica/Hospital Credenciada	1	12	R\$ 268,75	R\$ 750,00	R\$ 750,00	R\$ 9.000,00
48	02.11.06.017-8	Retinografia ou Estereofoto de papila (cada olho)	Clinica/Hospital Credenciada	10	120	R\$ 24,68	R\$ 70,00	R\$ 700,00	R\$ 8.400,00



**ESTADO DE GOIÁS**  
**Prefeitura Municipal de São Simão**  
**Secretaria Municipal de Saúde**

49	Cód. Não encontrado	Teste da linguinha (Avaliação Frênulo-lingual)	Clinica/Hospital Credenciada	100	1200	-	R\$ 35,00	R\$ 3.500,00	R\$ 42.000,00
50	02.11.02.006-0	Teste Ergométrico	Clinica/Hospital Credenciada	30	360	R\$ 30,00	R\$ 100,00	R\$ 3.000,00	R\$ 36.000,00
51	02.11.06.023-2	Teste Ortóptico	Clinica/Hospital Credenciada	5	60	R\$ 12,34	R\$ 130,00	R\$ 650,00	R\$ 7.800,00
52	04.05.05.036-4	Tratamento Cirúrgico de Pterígio	Clinica/Hospital Credenciada	5	60		R\$ 1.300,00	R\$ 6.500,00	R\$ 78.000,00
53	02.05.02.003-8	USG Abdomen Superior	Clinica/Hospital Credenciada	80	960	R\$ 24,20	R\$ 80,00	R\$ 6.400,00	R\$ 76.800,00
54	02.05.02.004-6	USG Abdomen Total	Clinica/Hospital Credenciada	100	1200	R\$ 37,95	R\$ 150,00	R\$ 15.000,00	R\$ 180.000,00
55	02.05.02.005-4	USG ABDOMEN INFERIOR	Clinica/Hospital Credenciada	80	960	R\$24,20	R\$80,00	R\$ 6.400,00	R\$ 76.800,00
56	02.05.02.006-2	USG Aparelho urinário	Clinica/Hospital Credenciada	30	360	R\$ 24,20	R\$ 70,00	R\$ 2.100,00	R\$ 25.200,00
57	02.05.02.007-0	USG Articulação	Clinica/Hospital Credenciada	30	360	R\$ 24,20	R\$ 100,00	R\$ 3.000,00	R\$ 36.000,00
58	02.05.02.009-7	USG Bolsa Escrotal	Clinica/Hospital Credenciada	50	600	R\$ 24,20	R\$ 70,00	R\$ 3.500,00	R\$ 42.000,00
59	02.05.02.014-3	USG Mamas	Clinica/Hospital Credenciada	30	360	R\$ 24,20	R\$ 70,00	R\$ 2.100,00	R\$ 25.200,00



**ESTADO DE GOIÁS**  
**Prefeitura Municipal de São Simão**  
**Secretaria Municipal de Saúde**

60	02.05.02.016-0	USG Obstétrico	Clinica/Hospital Credenciada	50	600	R\$ 24,20	R\$ 70,00	R\$ 3.500,00	R\$ 42.000,00
61	02.05.02.010-0	USG Pelve	Clinica/Hospital Credenciada	20	240	R\$ 24,20	R\$ 70,00	R\$ 1.400,00	R\$ 16.800,00
62	02.05.02.012-7	USG Próstata abdominal	Clinica/Hospital Credenciada	20	240	R\$ 24,20	R\$ 70,00	R\$ 1.400,00	R\$ 16.800,00
63	02.05.02.018-6	USG Tireoide	Clinica/Hospital Credenciada	30	360	R\$ 24,20	R\$ 70,00	R\$ 2.100,00	R\$ 25.200,00
64	02.05.02.003-8	USG Transvaginal	Clinica/Hospital Credenciada	80	960	R\$ 24,20	R\$ 70,00	R\$ 5.600,00	R\$ 67.200,00
65	Cód. Não encontrado	USG VIAS BILIARES	Clinica/Hospital Credenciada	5	60	R\$24,20	R\$70,00	R\$ 350,00	R\$ 21.000,00
<b>VALORES</b>									<b>R\$ 3.312.120,00</b>