CREDENCIMANTO 2026
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BALNEÁRIO CAMBORIU

LOTE	ITEM	CÓD SUS	DESCRIÇÃO	UNIDADE	TABELA REF	TABELA SUS SIGTAP	COMPLEMENTO	TOTAL	PROJEÇÃO ANUAL
Lote 01 Ultrassonografia	1	02.05.02.003-8	Ultrassonografia de Abdomen Superior	Unidade	R$ 75,00			R$ 75,00	1.500
	2	02.05.02.004-6	Ultrassonografia de Abdomen Total	Unidade	R$ 86,93			R$ 86,93	8.500
	3	02.05.02.005-4	Ultrassonografia de Aparelho Urinário	Unidade	R$ 75,00			R$ 75,00	4.500
	4	02.05.02.006-2	Ultrassonografia de Articulação	Unidade	R$ 75,00			R$ 75,00	8.500
	5	02.05.02.007-0	Ultrassonografia de Bolsa Escrotal	Unidade	R$ 75,00			R$ 75,00	1.500
	6	-	Ultrassonografia de Bolsa Escrotal com Doppler	Unidade	R$ 108,00			R$ 108,00	1.200
	7	02.05.02.010-0	Ultrassonografia de Prostata (Via Abdominal)	Unidade	R$ 75,00			R$ 75,00	1.852
	8	02.05.02.011-9	Ultrassonografia de Prostata (Via Transretal)	Unidade	R$ 75,00			R$ 75,00	2.500
	9	02.05.02.012-7	Ultrassonografia de Tireoide	Unidade	R$ 75,00			R$ 75,00	2.500
	10	-	Ultrassonografia de Tireoide com Doppler	Unidade	R$ 165,00			R$ 165,00	2.500
	11	02.05.02.009-7	Ultrassonografia Mamaria Bilateral – Inclui avaliação das axilas	Unidade	R$ 75,00			R$ 75,00	7.500
	12	02.05.02.014-3 Ultr	Ultrassonografia Obstétrica – Inclui translucência nucal, quando solicitada pelo médico assistente	Unidade	R$ 75,00			R$ 75,00	3.500
	13	-	Ultrassonografia Obstétrico Morfológico	Unidade	R$ 168,75			R$ 168,75	3.500
	14	02.05.02.015-1	Ultrassonografia Obstetrica c/ Doppler Colorido e Pulsado	Unidade	R$ 183,00			R$ 183,00	2.400
	15	-	Ultrassonografia Obstétrica c/ Doppler Gemelar – cada - (inclui translucência nucal, quando solicitada pelo médico assistente) Inclui a avaliação dos dois fetos.	Unidade	R$ 450,00			R$ 450,00	150
	16	02.05.02.016-0	Ultrassonografia Pélvica (ginecológica)	Unidade	R$ 75,00			R$ 75,00	3.800
	17	02.05.02.017-8	Ultrassonografia Transfontanela	Unidade	R$ 75,00			R$ 75,00	150
	18	02.05.02.018-6	Ultrassonografia Transvaginal	Unidade	R$ 75,00			R$ 75,00	8.500
	19	-	Ultrassonografia Transvaginal com Doppler	Unidade	R$ 165,00			R$ 165,00	5.000
	20	02.05.02.013-5	Ultrassonografia de Torax (Extracardíaca)	Unidade	R$ 75,00			R$ 75,00	580
	21	-	Ultrassonografia Cervical / Pescoço	Unidade	R$ 75,00			R$ 75,00	350
	22	-	Ultrassonografia de Região Inguinal	Unidade	R$ 75,00			R$ 75,00	1.500
	23	-	Ultrassonografia de Estruturas Superficiais	Unidade	R$ 75,00			R$ 75,00	3.500
	24	-	Ultrassonografia de Parede Abdominal	Unidade	R$ 75,00			R$ 75,00	1.500
	25	-	Ecodoppler de Fígado e Sistema Porta	Unidade	R$ 240,00			R$ 240,00	250
	26	-	Ecodoppler Arterial (cada membro)	Unidade	R$ 240,00			R$ 240,00	5.000
	27	-	Ecodoppler Venoso (cada membro)	Unidade	R$ 240,00			R$ 240,00	5.000
	28	-	Ecodoppler de Carótidas e Vertebrais	Unidade	R$ 240,00			R$ 240,00	5.000
	29	-	Ecodoppler de Aorta e Artérias Renais	Unidade	R$ 375,00			R$ 375,00	4.000
	30	-	Ecodoppler de Aorta e Ilíacas	Unidade	R$ 450,00			R$ 450,00	5.000
	31	02.05.02.001-1	Ecodoppler Transcraniano	Unidade	R$ 218,10			R$ 218,10	500
	32	-	Ultrassonografia doppler de penis com farmaco-indução (ECODOPPLER) (PMV)	Unidade	R$ 287,25			R$ 287,25	250
Lote 2 Ecocardiografia	33	02.05.01.001-6	Ecocardiografia de Estresse	Unidade	R$ 253,00			R$ 253,00	500
	34	02.05.01.002-4	Ecocardiografia Transesofágica	Unidade	R$ 285,15			R$ 285,15	500
	35	02.05.01.003-2	Ecocardiografia Transtoracica adulto	Unidade	R$ 240,00			R$ 240,00	7.500
	36	02.05.01.003-2	Ecocardiografia Transtoracica pediatrico	Unidade	R$ 240,00			R$ 240,00	1.200
	37	-	Ecocardiografia Fetal	Unidade	R$ 350,25	-		R$ 350,25	450
	38	02.11.02.004-4	Monitoramento pelo Sistema Holter 24 Hs (3 Canais)	Unidade	R$ 120,00	R$ 30,00	R$ 90,00	R$ 120,00	4.500
	39	02.11.02.006-0	Teste de Esforço / Teste Ergométrico	Unidade	R$ 122,00	R$ 30,00	R$ 92,00	R$ 122,00	4.500
	40	02.11.02.005-2	Monitorização Ambulatorial de Pressão Arterial (M.A.P.A)	Unidade	R$ 154,00	R$ 10,07	R$ 143,93	R$ 154,00	4.500
	41	02.11.02.003-6	Eletrocardiograma	Unidade	R$ 52,00	R$ 5,15	R$ 46,85	R$ 52,00	18.000
	42	02.04.06.002-8	Densitometria Ossea Duo- Energética de Coluna (Vertebras Lombares e/ou Fêmur)	Unidade	R$ 95,00	R$ 55,10	R$ 39,90	R$ 95,00	3.500
	43	02.06.01.001-0	Tomografia Computadorizada de Coluna Cervical c/ ou s/ Contraste	Unidade	R$ 216,76	R$ 86,76	R$ 130,00	R$ 216,76	2.500
	44	02.06.01.002-8	Tomografia Computadorizada de Coluna Lombo-Sacra c/ ou s/ Contraste	Unidade	R$ 231,10	R$ 101,10	R$ 130,00	R$ 231,10	2.500
	45	02.06.01.003-6	Tomografia Computadorizada de Coluna Torácica c/ ou s/ Contraste	Unidade	R$ 216,76	R$ 86,76	R$ 130,00	R$ 216,76	2.500
	46	02.06.01.004-4	Tomografia Computadorizada de Face / Seios da Face / Articulações Temporo-Mandibulares	Unidade	R$ 216,75	R$ 86,75	R$ 130,00	R$ 216,75	2.500
	47	02.06.01.005-2	Tomografia Computadorizada do Pescoço	Unidade	R$ 216,75	R$ 86,75	R$ 130,00	R$ 216,75	2.500
	48	02.06.01.006-0	Tomografia Computadorizada de Sela Túrcica	Unidade	R$ 227,44	R$ 97,44	R$ 130,00	R$ 227,44	1.200
	49	02.06.01.007-9	Tomografia Computadorizada do Crânio	Unidade	R$ 227,44	R$ 97,44	R$ 130,00	R$ 227,44	7.500
	50	-	Tomografia Computadorizada de Órbitas	Unidade		-	R$ 227,44	R$ 227,44	1.800

CREDENCIMANTO 2026
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BALNEÁRIO CAMBORIU

LOTE	ITEM	CÓD SUS	DESCRIÇÃO	UNIDADE	TABELA REF	TABELA SUS SIGTAP	COMPLEMENTO	TOTAL	PROJEÇÃO ANUAL
Lote 3 Tomografia, Ressonância Magnética, Angiotomografia e Angioressonância	51	-	Tomografia Computadorizada de Ouvidos e Mastóides	Unidade	-	-	R$ 227,44	R$ 227,44	1.800
	52	02.06.03.002-9	Tomografia Computadorizada de Articulações de Membro Inferior	Unidade	R$ 216,75	R$ 86,75	R$ 130,00	R$ 216,75	4.800
	53	02.06.02.001-5	Tomografia Computadorizada de Articulações de Membro Superior	Unidade	R$ 216,75	R$ 86,75	R$ 130,00	R$ 216,75	4.800
	54	02.06.02.002-3	Tomografia Computadorizada de Segmentos Apendiculares – (Braço, Antebraço, Mão, Coxa, Perna, Pé)	Unidade	R$ 216,75	R$ 86,75	R$ 130,00	R$ 216,75	4.800
	55	02.06.02.003-1	Tomografia Computadorizada de Tórax	Unidade	R$ 266,41	R$ 136,41	R$ 130,00	R$ 266,41	7.500
	56	02.06.03.001-0	Tomografia Computadorizada de Abdômen Superior	Unidade	R$ 268,63	R$ 138,63	R$ 130,00	R$ 268,63	6.000
	57	02.06.03.003-7	Tomografia Computadorizada de Pelve / Bacia / Abdômen Inferior	Unidade	R$ 268,63	R$ 138,63	R$ 130,00	R$ 268,63	6.000
	58	-	Tomografia Computadorizada de Abdômen Total	Unidade	R$ 449,70	-		R$ 449,70	7.500
	59	-	Tomografia Computadorizada de Vias Urinárias	Unidade	R$ 570,68	-		R$ 570,68	5.500
	60	02.07.01.001-3	Angioressonância Cerebral (arterial ou venosa)	Unidade	R$ 376,50	R$ 268,75	R$ 107,75	R$ 376,50	3.500
	61	-	Angioressonância de Cervical (arterial ou venosa)	Unidade	R$ 681,28	-	R$ 304,78	R$ 376,50	3.500
	62	02.07.01.002-1	Ressonância Magnética de Articulação Temporo- Mandibular (Bilateral)	Unidade	R$ 398,75	R$ 268,75	R$ 130,00	R$ 398,75	3.500
	63	02.07.01.003-0	Ressonância Magnética de Coluna Cervical	Unidade	R$ 398,75	R$ 268,75	R$ 130,00	R$ 398,75	4.500
	64	02.07.01.004-8	Ressonância Magnética de Coluna Lombo-Sacra	Unidade	R$ 398,75	R$ 268,75	R$ 130,00	R$ 398,75	5.800
	65	02.07.01.005-6	Ressonância Magnética de Coluna Torácica	Unidade	R$ 398,75	R$ 268,75	R$ 130,00	R$ 398,75	4.500
	66	02.07.02.003-5	Ressonância Magnética de Tórax	Unidade	R$ 398,75	R$ 268,75	R$ 130,00	R$ 398,75	4.500
	67	02.07.02.006-0	Ressonância Magnética da Mama - Bilateral	Unidade	R$ 1.042,48			R$ 1.042,48	3.400
	68	02.07.01.006-4	Ressonância Magnética de Crânio – Face e Ossos da Face	Unidade	R$ 398,75	R$ 268,75	R$ 130,00	R$ 398,75	3.200
	69	-	Ressonância Magnética de Face e Ossos da Face	Unidade	R$ 398,75	-	R$ 398,75	R$ 398,75	3.000
	70	-	Ressonância Magnética de Ouvidos e Mastóides	Unidade	-	-	R$ 398,75	R$ 398,75	2.800
	71	-	Ressonância Magnética de Órbitas	Unidade	-	-	R$ 398,75	R$ 398,75	2.300
	72	02.07.01.007-2	Ressonância Magnética de Sela Túrcica	Unidade	R$ 398,75	R$ 268,75	R$ 130,00	R$ 398,75	2.300
	73	02.07.02.002-7	Ressonância Magnética de Membro Superior (Unilateral)	Unidade	R$ 398,75	R$ 268,75	R$ 130,00	R$ 398,75	4.500
	74	02.07.03.001-4	Ressonância Magnética de Abdômen Superior	Unidade	R$ 398,75	R$ 268,75	R$ 130,00	R$ 398,75	3.500
	75	02.07.03.002-2	Ressonância Magnética de Bacia / Pelve / Abdômen Inferior	Unidade	R$ 398,75	R$ 268,75	R$ 130,00	R$ 398,75	4.800
	76	02.07.03.003-0	Ressonância Magnética de Membro Inferior (Unilateral)	Unidade	R$ 398,75	R$ 268,75	R$ 130,00	R$ 398,75	4.500
	77	02.07.03.004-9	Ressonância Magnética de Vias Biliares/Colangioressonância	Unidade	R$ 398,75	R$ 268,75	R$ 130,00	R$ 398,75	2.800
	78	-	Ressonância Magnética de Abdômen Total	Unidade	-	-	R$ 600,00	R$ 600,00	3.500
	79	-	Ressonância Magnética de Vias Urinárias	Unidade	-	-	R$ 398,75	R$ 398,75	2.300
	80	02.07.02.001-9	Ressonância Magnética de Coração / Aorta c/ Cine	Unidade	R$ 1.140,00	R$ 361,25	R$ 778,75	R$ 1.140,00	1.250
	81	02.07.03.005-7	Ressonância Magnética Multiparamétrica de Próstata	Unidade	R$ 850,00	R$ 268,75	R$ 581,25	R$ 850,00	3.200
	82	-	Angiotomografia de Crânio (arterial ou venoso)	Unidade	R$ 681,28	-	R$ 681,28	R$ 681,28	2.600
	83	-	Angiotomografia de Cervical (arterial ou venoso)	Unidade	R$ 681,28	-	R$ 681,28	R$ 681,28	1.900
	84	-	Angiotomografia de Membro Superior (arterial ou venoso)	Unidade	R$ 763,10	-	R$ 763,10	R$ 763,10	2.800
	85	-	Angiotomografia de Membro Inferior (arterial ou venoso)	Unidade	R$ 763,12	-	R$ 763,12	R$ 763,12	2.800
	86	-	Angiotomografia de Tórax (arterial ou venoso)	Unidade	R$ 681,28	-	R$ 681,28	R$ 681,28	4.500
	87	-	Angiotomografia de Artérias Pulmonares (protocolo TEP -Tromboembolismo Pulmonar)	Unidade	R$ 681,28	-	R$ 681,28	R$ 681,28	4.500
	88	-	Angiotomografia de Artérias Coronárias	Unidade	R$ 688,79	-	R$ 688,79	R$ 688,79	4.500
	89	-	Angiotomografia de Abdome Superior (arterial ou venoso)	Unidade	R$ 681,28	-	R$ 681,28	R$ 681,28	3.200
	90	-	Angiotomografia de Abdome Inferior/Pelve (arterial ou venoso) - inclui vasos ilíacos	Unidade	R$ 681,28	-	R$ 681,28	R$ 681,28	3.200
	91	-	Angiotomografia de Aorta Torácica	Unidade	R$ 468,16	-		R$ 468,16	3.500
Lote 4 Sedação e Contraste	92	04.17.01.006-0	Sedação (Para uso em Tomografia, Ressonância Magnética, Angiotomografia e Angiorressonancia) (PARA UM (1) CÓDIGO DE EXAME)	Unidade	R$ 530,00	R$ 15,15	R$ 514,85	R$ 530,00	5.800
	93	04.17.01.006-0	Sedação (Para uso em Tomografia, Ressonância Magnética, Angiotomografia e Angiorressonancia) (PARA DOIS (2) CÓDIGO DE EXAME)	Unidade	R$ 740,00	R$ 15,15	R$ 724,85	R$ 740,00	4.800
	94	04.17.01.006-0	Sedação (Para uso em Tomografia, Ressonância Magnética, Angiotomografia e Angiorressonancia) (PARA TRÊS (3) CÓDIGO DE EXAME)	Unidade	R$ 950,00	R$ 15,15	R$ 934,85	R$ 950,00	3.800
	95	-	Aplicação de contraste em procedimentos de diagnóstico por TOMOGRAFIA – RESSONÂNCIA MAGNÉTICA – ANGIOTOMOGRAFIA – ANGIORESSONÂNCIA	Unidade	R$ 130,00	-	R$ 130,00	R$ 130,00	3.500
	96	02.04.01.003-9	Radiografia Bilateral de Órbitas (PA+ Obliquas+Hirtz)	Unidade	R$ 25,00	R$ 8,38	R$ 16,62	R$ 25,00	3.500

CREDENCIMANTO 2026
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BALNEÁRIO CAMBORIU

LOTE	ITEM	CÓD SUS	DESCRIÇÃO	UNIDADE	TABELA REF	TABELA SUS SIGTAP	COMPLEMENTO	TOTAL	PROJEÇÃO ANUAL
Lote 5 Radiografia	97	02.04.05.011-1	Radiografia de Abdomen (AP+Lateral/ Localizada)	Unidade	R$ 25,00	R$ 10,73	R$ 14,27	R$ 25,00	3.500
	98	02.04.05.012-0	Radiografia de Abdômen Agudo (Mínimo de 3 Incidências)	Unidade	R$ 25,00	R$ 15,30	R$ 9,70	R$ 25,00	3.800
	99	02.04.05.013-8	Radiografia de Abdômen Simples (AP)	Unidade	R$ 25,00	R$ 7,17	R$ 17,83	R$ 25,00	3.800
	100	02.04.04.001-9	Radiografia de Antebraço	Unidade	R$ 25,00	R$ 6,42	R$ 18,58	R$ 25,00	3.500
	101	02.04.01.004-7	Radiografia de Arcada Zigomatico-Malar (AP+ Obliquas)	Unidade	R$ 25,00	R$ 6,96	R$ 18,04	R$ 25,00	2.500
	102	02.04.04.002-7	Radiografia de Articulação Acromio-Clavicular	Unidade	R$ 25,00	R$ 7,40	R$ 17,60	R$ 25,00	1.500
	103	02.04.06.006-0	Radiografia de Articulação Coxo-Femural	Unidade	R$ 25,00	R$ 7,77	R$ 17,23	R$ 25,00	3.500
	104	02.04.04.003-5	Radiografia de Articulação Escapulo-Umeral	Unidade	R$ 25,00	R$ 7,40	R$ 17,60	R$ 25,00	3.500
	105	02.04.04.004-3	Radiografia de Articulação Esterno-Clavicular	Unidade	R$ 25,00	R$ 7,40	R$ 17,60	R$ 25,00	3.500
	106	02.04.06.007-9	Radiografia de Articulação Sacro-Ilíaca	Unidade	R$ 25,00	R$ 7,77	R$ 17,23	R$ 25,00	3.500
	107	02.04.01.005-5	Radiografia de Articulação Temporo-Mandibular Bilateral	Unidade	R$ 25,00	R$ 8,38	R$ 16,62	R$ 25,00	2.500
	108	02.04.06.008-7	Radiografia de Articulação Tibio-Tarsica	Unidade	R$ 25,00	R$ 6,50	R$ 18,50	R$ 25,00	3.500
	109	02.04.06.009-5	Radiografia de Bacia	Unidade	R$ 25,00	R$ 7,77	R$ 17,23	R$ 25,00	3.500
	110	02.04.04.005-1	Radiografia de Braço	Unidade	R$ 25,00	R$ 7,77	R$ 17,23	R$ 25,00	3.500
	111	02.04.01.006-3 -	Radiografia de Cavum (Lateral +Hirtz)	Unidade	R$ 25,00	R$ 6,88	R$ 18,12	R$ 25,00	3.500
	112	02.04.04.006-0	Radiografia de Clavícula	Unidade	R$ 25,00	R$ 7,40	R$ 17,60	R$ 25,00	2.500
	113	02.04.02.004-2	Radiografia de Coluna Cervical (AP+ Lateral+ TO/ Flexão)	Unidade	R$ 25,00	R$ 8,19	R$ 16,81	R$ 25,00	3.500
	114	02.04.02.003-4	Radiografia de Coluna Cervical (AP+ Lateral +TO + Oblíquas)	Unidade	R$ 25,00	R$ 8,33	R$ 16,67	R$ 25,00	3.500
	115	02.04.02.005-0	Radiografia de Coluna Cervical Funcional / Dinâmica	Unidade	R$ 25,00	R$ 10,29	R$ 14,71	R$ 25,00	3.500
	116	02.04.02.006-9	Radiografia de Coluna Lombo- Sacra	Unidade	R$ 25,00	R$ 10,96	R$ 14,04	R$ 25,00	4.500
	117	02.04.02.007-7	Radiografia de Coluna Lombo- Sacra (C/ Oblíquas)	Unidade	R$ 25,00	R$ 14,90	R$ 10,10	R$ 25,00	3.500
	118	02.04.02.008-5	Radiografia de Coluna Lombo- Sacra Funcional / Dinâmica	Unidade	R$ 25,00	R$ 16,88	R$ 8,12	R$ 25,00	2.800
	119	02.04.02.009-3	Radiografia de Coluna Torácica (AP + Lateral)	Unidade	R$ 25,00	R$ 9,16	R$ 15,84	R$ 25,00	3.500
	120	02.04.02.010-7	Radiografia de Coluna Toraco- Lombar	Unidade	R$ 25,00	R$ 9,73	R$ 15,27	R$ 25,00	3.500
	121	02.04.02.011-5	Radiografia de Coluna Toraco- Lombar Dinâmica	Unidade	R$ 25,00	R$ 15,58	R$ 9,42	R$ 25,00	3.500
	122	02.04.03.006-4	Radiografia de Coração e Vasos da Base (PA + Lateral)	Unidade	R$ 25,00	R$ 9,05	R$ 15,95	R$ 25,00	780
	123	02.04.04.007-8	Radiografia de Cotovelo	Unidade	R$ 25,00	R$ 5,90	R$ 19,10	R$ 25,00	2.800
	124	02.04.06.011-7	Radiografia de Coxa	Unidade	R$ 25,00	R$ 8,94	R$ 16,06	R$ 25,00	2.800
	125	02.04.01.007-1	Radiografia de Crânio (PA + Lateral + Oblíqua / Bretton + Hirtz)	Unidade	R$ 25,00	R$ 9,15	R$ 15,85	R$ 25,00	1.500
	126	02.04.01.008-0	Radiografia de Crânio (PA + Lateral)	Unidade	R$ 25,00	R$ 7,52	R$ 17,48	R$ 25,00	2.500
	127	02.04.04.008-6	Radiografia de Dedos da Mão	Unidade	R$ 25,00	R$ 5,62	R$ 19,38	R$ 25,00	2.500
	128	02.04.03.009-9	Radiografia de Esterno	Unidade	R$ 25,00	R$ 7,98	R$ 17,02	R$ 25,00	1.900
	129	02.04.06.012-5	Radiografia de Joelho (AP + Lateral)	Unidade	R$ 25,00	R$ 6,78	R$ 18,22	R$ 25,00	2.232
	130	02.04.06.013-3	Radiografia de Joelho ou Patela (AP + Lateral +Axial)	Unidade	R$ 25,00	R$ 7,16	R$ 17,84	R$ 25,00	2.500
	131	02.04.06.014-1	Radiografia de Joelho ou Patela (AP + Lateral +Oblíqua + 3 Axiais)	Unidade	R$ 25,00	R$ 9,29	R$ 15,71	R$ 25,00	2.500
	132	02.04.01.009-8	Radiografia de Laringe	Unidade	R$ 25,00	R$ 5,74	R$ 19,26	R$ 25,00	350
	133	02.04.04.009-4	Radiografia de Mão	Unidade	R$ 25,00	R$ 6,30	R$ 18,70	R$ 25,00	3.500
	134	02.04.04.010-8	Radiografia de Mão e Punho (P/ Determinação de Idade Óssea)	Unidade	R$ 25,00	R$ 6,00	R$ 19,00	R$ 25,00	3.500
	135	02.04.01.010-1	Radiografia de Mastóide / Rochedos (Bilateral)	Unidade	R$ 25,00	R$ 9,03	R$ 15,97	R$ 25,00	800
	136	02.04.01.011-0	Radiografia de Maxilar (PA + Oblíqua)	Unidade	R$ 25,00	R$ 7,20	R$ 17,80	R$ 25,00	800
	137	02.04.03.010-2	Radiografia de Mediastino (PA e Perfil)	Unidade	R$ 25,00	R$ 8,73	R$ 16,27	R$ 25,00	350
	138	02.04.04.011-6	Radiografia de Escápula/ Ombro (Três Posições)	Unidade	R$ 25,00	R$ 7,98	R$ 17,02	R$ 25,00	2.800
	139	02.04.01.012-8	Radiografia de Ossos da Face (MN + Lateral + Hirtz)	Unidade	R$ 25,00	R$ 8,38	R$ 16,62	R$ 25,00	2.500
	140	02.04.06.015-0	Radiografia de Pé / Dedos do Pé	Unidade	R$ 25,00	R$ 6,78	R$ 18,22	R$ 25,00	2.800
	141	02.04.06.016-8	Radiografia de Perna	Unidade	R$ 25,00	R$ 8,94	R$ 16,06	R$ 25,00	2.500
	142	02.04.04.012-4	Radiografia de Punho (AP + Lateral + Oblíqua)	Unidade	R$ 25,00	R$ 6,91	R$ 18,09	R$ 25,00	2.500
	143	02.04.01.013-6	Radiografia de Região Orbitaria (Localização de Corpo Estranho)	Unidade	R$ 25,00	R$ 7,98	R$ 17,02	R$ 25,00	350
	144	02.04.02.012-3	Radiografia de Região Sacro- Coccigea	Unidade	R$ 25,00	R$ 7,80	R$ 17,20	R$ 25,00	1.200
	145	02.04.01.014-4	Radiografia de Seios da Face (FN+MN+Lateral+ Hirtz)	Unidade	R$ 25,00	R$ 7,32	R$ 17,68	R$ 25,00	3.500
	146	02.04.01.015-2	Radiografia de Sela Tursica (PA+ Lateral +Bretton)	Unidade	R$ 25,00	R$ 7,20	R$ 17,80	R$ 25,00	1.200
	147	02.04.03.012-9	Radiografia de Tórax (Apico- Lordortica)	Unidade	R$ 25,00	R$ 5,56	R$ 19,44	R$ 25,00	1.200
	148	02.04.03.013-7	Radiografia de Tórax (PA +Inspiração +Expiração + Lateral)	Unidade	R$ 25,00	R$ 14,32	R$ 10,68	R$ 25,00	1.200

CREDENCIMANTO 2026
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BALNEÁRIO CAMBORIU

LOTE	ITEM	CÓD SUS	DESCRIÇÃO	UNIDADE	TABELA REF	TABELA SUS SIGTAP	COMPLEMENTO	TOTAL	PROJEÇÃO ANUAL
	149	02.04.03.014-5	Radiografia de Tórax (PA+ Lateral +Oblíqua)	Unidade	R$ 25,00	R$ 12,02	R$ 12,98	R$ 25,00	2.300
	150	02.04.03.015-3	Radiografia de Tórax (PA e Perfil)	Unidade	R$ 25,00	R$ 9,50	R$ 15,50	R$ 25,00	12.000
	151	02.04.03.016-1	Radiografia de Tórax (PA Padrão Oit)	Unidade	R$ 25,00	R$ 6,55	R$ 18,45	R$ 25,00	50
	152	02.04.03.017-0	Radiografia de Torax (PA)	Unidade	R$ 25,00	R$ 6,88	R$ 18,12	R$ 25,00	2.500
	153	02.04.06.017-6	Radiogradia Panorâmica de Membros Inferiores	Unidade	R$ 25,00	R$ 9,29	R$ 15,71	R$ 25,00	350
	154	02.04.02.013-1	Radiografia Panorâmica de Coluna Total – Telespondilografia (P/ Escoliose)	Unidade	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 25,00	350
	155	02.04.06.003-6	Escanometria	Unidade	R$ 25,00	R$ 7,77	R$ 17,23	R$ 25,00	350
	156	02.04.05.015-4	Radiografia de Intestino Delgado (Transito)	Unidade	R$ 102,92	R$ 47,59	R$ 55,33	R$ 102,92	350
	157	-	Radiografia Contrastada de Esôfago, Estômago e Duodeno (EED)	undade	R$ 192,91	-		R$ 192,91	350
	158	02.04.03.008-0	Radiografia de Esôfago	Unidade	-	R$ 19,24	62 + 59+ 150	R$ 87,33	250
	159	02.04.05.001-4	Clister Opaco Duplo Contraste	Unidade	-	R$ 47,76	-378,75+ 150+	R$ 264,38	250
	160	02.04.01.019-5	Sialografia (Por Glândula)	Unidade	R$ 126,26	R$ 48,85	R$ 77,41	R$ 126,26	250
	161	02.04.02.001-8	Mielografia	Unidade	-	R$ 118,60	-	R$ 118,60	250
	162	02.04.05.006-5	Histerossalpingografia	Unidade	-	R$ 45,34	579+320	R$ 449,00	250
	163	02.04.06.010-9	Radiografia de Calcâneo	Unidade	R$ 25,00	R$ 6,50	R$ 18,50	R$ 25,00	1.800
	164	02.04.03.005-6	Radiografia de Coração e Vasos da Base (PA+ Lateral + Oblíqua)	Unidade	R$ 25,00	R$ 14,32	R$ 10,68	R$ 25,00	350
	165	02.04.03.007-2	Radiografia de Costelas (Por Hemitorax)	Unidade	R$ 25,00	R$ 8,37	R$ 16,63	R$ 25,00	350
Lote 6 Mamografia	166	02.04.03.003-0	Mamografia	Unidade	-	R$ 22,50	R$ 22,50	R$ 45,00	5.200
	167	02.04.03.018-8	Mamografia Bilateral para Rastreamento	Unidade	R$ 90,00	R$ 45,00	R$ 45,00	R$ 90,00	12.000
	168	02.04.03.002-1	Ductografia (Por Mama)	Unidade	-	R$ 57,16	R$ 600,00	R$ 600,00	350
Lote 7 Oftalmologia	169	02.11.06.001-1	Biometria Ultrassônica (Monocular)*	Unidade	R$ 79,41		-	R$ 79,41	350
	170	02.11.06.003-8	Campimetria Computadorizada ou Manual com Gráfico*	Unidade	R$ 82,52			R$ 82,52	6.000
	171	02.11.06.014-3	Microscopia Especular de Córnea*	Unidade	R$ 118,84		-	R$ 118,84	6.000
	172	02.11.06.015-1	Potencial de Acuidade Visual*	Unidade	R$ 28,21		-	R$ 28,21	6.000
	173	02.11.06.017-8	Retinografia Colorida Binocular	Unidade				R$ 54,80	8.000
	174	02.11.06.018-6	Retinografia Fluorescente Binocular	Unidade				R$ 54,80	3.500
	175	02.11.06.023-2	Teste Ortóptico	Unidade	R$ 25,10		-	R$ 25,10	3.500
	176	02.11.06.026-7	Topografia Computadorizada de Córnea*	Unidade	R$ 99,52			R$ 99,52	5.800
	177	04.05.05.002-0	Capsulotomia a Yag Laser	Unidade	R$ 276,45		-	R$ 276,45	6.000
	178	02.05.02.002-0	Paquimetria Ultrassônica*	Unidade	R$ 53,33		-	R$ 53,33	6.000
	179	02.11.06.028-3	Tomografia de Coerência Optica*	Unidade	R$ 250,00			R$ 250,00	8.000
	180	04.05.05.025-9	Retirada de Corpo Estranho da Córnea	Unidade	416,76 -		-	R$ 416,76	850
	181	04.05.01.006-0	Epilação de Cílios	Unidade	R$ 465,02		-	R$ 465,02	850
	182	02.11.06.006-2	Curva Diária de Pressão Ocular CDPO (Mínimo 3 Medidas)*	Unidade	R$ 72,69			R$ 72,69	850
	183	02.05.02.008-9	Ultrassonografia de Globo Ocular / Órbita (Monocular)*	Unidade	R$ 213,80		-	R$ 213,80	2.500
	184	04.05.01.016-8	Sondagem de Vias Lacrimais	Unidade	R$ 98,24		-	R$ 98,24	350
	185	03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada – Oftalmologista Pediátrico e Adulto Pacote 3: 0211060054 - Ceratometria 0211060224 -Teste de visão de cores 0211060100 - Fundoscopia 0211060020 - Biomicroscopia de fundo de olho 0211060119 - Gonioscopia 0211060127 - Mapeamento de retina 0211060259 – Tonometria Os procedimentos descritos farão parte da consulta, devendo ser realizados conforme o quadro clínico do paciente.	Unidade	R$ 90,00	R$ 10,00	R$ 41,85	R$ 141,85	18.000
	186	02.08.03.002-6	Cintilografia de Tireoide com ou sem Captação	Unidade	R$ 77,28	R$ 77,28	-	R$ 77,28	250
	187	02.08.03.003-4	Cintilografia de Tireoide com Teste de Supressão/ Estimulo	Unidade	R$ 107,30	R$ 107,30	-	R$ 107,30	250
	188	02.08.03.004-2	Cintilografia para Pesquisa do Corpo Inteiro	Unidade	R$ 338,70	R$ 338,70	-	R$ 338,70	250
	189	02.08.03.001-8	Cintilografia de Paratireoides	Unidade	R$ 421,90	R$ 324,54	R$ 97,36	R$ 421,90	450
	190	02.08.04.005-6	Cintilografia Renal/Renograma (Qualitativa e/ou Quantitativa	Unidade	R$ 172,94	R$ 133,03	R$ 39,91	R$ 172,94	450
	191	02.08.04.003-0	Cintilografia de Testículo e Bolsa Escrotal	Unidade	R$ 141,62	R$ 108,94	R$ 32,68	R$ 141,62	250
	192	02.08.04.007-2	Cistocintilografia Indireta	Unidade	R$ 187,85	R$ 144,50	R$ 43,35	R$ 187,85	250

CREDENCIMANTO 2026
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BALNEÁRIO CAMBORIU

LOTE	ITEM	CÓD SUS	DESCRIÇÃO	UNIDADE	TABELA REF	TABELA SUS SIGTAP	COMPLEMENTO	TOTAL	PROJEÇÃO ANUAL
Lote 8 Medicina Nuclear	193	02.08.04.006-4	Cistocintilografia Direta	Unidade	R$ 159,86	R$ 122,94	R$ 36,92	R$ 159,86	250
	194	02.08.05.001-9	Cintilografia de Articulações e/ou Extremidades e/ou Osso	Unidade	R$ 234,42	R$ 180,32	R$ 54,10	R$ 234,42	250
	195	02.08.05.003-5	Cintilografia de Ossos com ou sem Fluxo Sanguíneo (Corpo Inteiro)	Unidade	R$ 248,29	R$ 190,99	R$ 57,30	R$ 248,29	450
	196	02.08.06.002-2	Cisternocintilografia (Incluindo Pesquisa e/ou Avaliação do Trânsito Liquórico)	Unidade	R$ 266,94	R$ 205,34	R$ 61,60	R$ 266,94	250
	197	02.08.08.004-0	Linfocintilografia	Unidade	R$ 183,73	R$ 141,33	R$ 42,40	R$ 183,73	250
	198	02.08.09.001-0	Cintilografia de Corpo Inteiro com Galio 67 para Pesquisa de Neoplasias	Unidade	R$ 1.178,84	R$ 906,80	R$ 272,04	R$ 1.178,84	250
	199	02.08.07.001-0	Cintilografia de Pulmão com Galio 67	Unidade	R$ 457,55	R$ 594,82	-	R$ 594,82	450
	200	02.08.01.001-7	Cintilografia de Coração com Galio 67	Unidade	R$ 594,82	R$ 457,55	R$ 137,27	R$ 594,82	250
	201	02.08.04.002-1	Cintilografia de Rim com Galio 67	Unidade	R$ 594,82	R$ 457,55	R$ 137,27	R$ 594,82	250
	202	02.08.05.004-3	Cintilografia de Segmento Ósseo com Galio 67	Unidade	R$ 594,22	R$ 457,55	R$ 136,67	R$ 594,22	250
	203	02.08.07.003-6	Cintilografia de Pulmão Por Inalação (Mínimo 02 Projeções)	Unidade	R$ 166,56	R$ 128,12	R$ 38,44	R$ 166,56	250
	204	02.08.07.002-8	Cintilografia de Pulmão para Pesquisa De Aspiração	Unidade	R$ 165,76	R$ 127,51	R$ 38,25	R$ 165,76	250
	205	02.08.07.004-4	Cintilografia de Pulmão Por Perfusão (Mínimo 04 Projeções)	Unidade	R$ 169,65	R$ 130,50	R$ 39,15	R$ 169,65	250
	206	02.08.01.004-1	Cintilografia de Miocárdio para Localização de Necrose (Mínimo 3 Projeções)	Unidade	R$ 216,41	R$ 166,47	R$ 49,94	R$ 216,41	250
	207	02.08.01.002-5	Cintilografia de Miocárdio para Avaliação da Perfusão em Situação de Estresse (Mínimo 3 Projeções)	Unidade	R$ 531,08	R$ 408,52	R$ 122,56	R$ 531,08	650
	208	02.08.01.003-3	Cintilografia de Miocárdio para Avaliação da Perfusão em Situação de Repouso (Mínimo 3 Projeções)	Unidade	R$ 497,99	R$ 383,07	R$ 114,92	R$ 497,99	3.500
	209	02.08.02.007-1	Cintilografia p/ Estudo de Trânsito Gástrico	Unidade	R$ 187,49	R$ 144,22	R$ 43,27	R$ 187,49	250
	210	02.08.02.010-1	Cintilografia para Pesquisa de Hemorragia Digestiva não Ativa	Unidade	R$ 404,07	R$ 310,82	R$ 93,25	R$ 404,07	250
	211	03.03.12.006-1	Tratamento de Hipertireoidismo (Plummer – Até 30 MCI)	Unidade	-	R$ 443,70	-	R$ 443,70	250
	212	03.03.12.007-0	Tratamento de Hipertireoidismo Graves	Unidade	-	R$ 359,70	-	R$ 359,70	250
	213	02.08.09.002-9	Cintilografia de Glandula Lacrimal (Dacriocintilografia)	Unidade	R$ 86,10	R$ 66,23	R$ 19,87	R$ 86,10	250
	214	02.08.04.010-2	Estudo Renal Dinâmico Com ou Sem Diurético	Unidade	R$ 214,81	R$ 165,24	R$ 49,57	R$ 214,81	250
	215	02.08.06.003-0	Estudo de Fluxo Sanguíneo Cerebral	Unidade	R$ 154,91	R$ 119,16	R$ 35,75	R$ 154,91	250
	216	02.06.01.009-5	Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET-CT)	Unidade	-	R$ 2.107,22	-	R$ 2.107,22	250
Lote 9 Biópsia	217	02.01.01.047-0	Biopsia de Tireoide ou Paratireoide - PAAF	Unidade	R$ 303,20	R$ 23,73	R$ 279,47	R$ 303,20	3.000
	218	02.01.01.037-2	Biopsia de Pele e Partes Moles	Unidade	R$ 180,00	R$ 25,83	-	R$ 25,83	1.580
	219	02.01.01.054-2	Biopsia Percutânea Orientada por Tomografia Computadorizada/Ultrassonografia / Ressonância Magnética /Raio X	Unidade	R$ 274,25	R$ 97,00	R$ 177,25	R$ 274,25	1.200
	220	02.01.01.041-0	Biopsia de Prostata - deve incluir sedação e/ou anestesia local injetável	Unidade	R$ 390,40	R$ 202,81	R$ 187,59	R$ 390,40	1.200
	221	02.01.01.060-7	Punção de Mama Por Agulha Grossa	Unidade	R$ 250,00	R$ 140,00	R$ 110,00	R$ 250,00	3.500
	222	02.01.01.058-5	Punção Aspirativa de Mama por Agulha Fina	Unidade	R$ 400,00	R$ 66,48	R$ 333,52	R$ 400,00	3.500
	223	02.03.02.003-0	Exame Anátomo-Patológico para Congelamento / Parafina por peça Cirúrgica ou por Biópsia (Exceto Colo Uterino e Mama).1 autorização por peça/frasco; máximo de 8 autorizações por órgão. Exame Anátomo-Patológico de Margem de Peça Anatômica (por margem) – será pertinente a cobrança da codificação para as peças retiradas por inteiro que comprovarem malignidade. Esse procedimento será faturado posteriormente mediante a entrega pelo prestador dos laudos com malignidade. Admite-se a cobrança de até 3 por peça retirada por inteiro. Valor unitário: 20,38	Unidade	R$ 40,78	R$ 40,78	-	R$ 40,78	5.200
	224	02.03.02.001-4	Determinação de Receptores Tumorais Hormonais. Máximo de 2 autorizações por paciente.	Unidade	R$ 93,70	R$ 93,70	-	R$ 93,70	1.200
	225	02.03.02.004-9	Imunohistoquímica de Neoplasias Malignas (Por Marcador). Máximo de 6 autorizações por paciente. Regulação autorizará 1 guia e após a execução do exame equipe de faturamento/auditoria autorizará as guias remanescentes de acordo com a quantidade de marcadores celulares avaliados.	Unidade	R$ 131,52	R$ 131,52	-	R$ 131,52	1.200
	226	02.03.02.006-5	Exame Anatomo-Patológico de Mama – Biopsia. Uma autorização para cada amostra.	Unidade	R$ 61,77	R$ 45,83	R$ 15,94	R$ 61,77	2.500
	227	02.03.02.008-1	Exame Anatomo-Patológico do Colo Uterino – Biopsia. Uma autorização para cada amostra.	Unidade	R$ 40,78	R$ 40,78	-	R$ 40,78	2.500
	228	02.03.02.002-2	Exame anatomopatológico do colo uterino – Peça Cirúrgica. Máximo de 1 autorização por paciente.	Unidade	R$ 61,77	R$ 61,77	-	R$ 61,77	500
	229	02.03.02.007-3	Exame anatomopatológico de mama – Peça Cirúrgica.	Unidade	R$ 61,77	R$ 61,77	-	R$ 61,77	2.500
	230	02.03.01.008-6	Exame Citopatológico Cervico Vaginal/Microflora- Rastreamento. Máximo de 1 autorização por paciente.	Unidade	R$ 35,34	R$ 14,37	R$ 20,97	R$ 35,34	500
	231	02.03.01.001-9	Exame Citopatológico Cérvico-Vaginal/ Microflora. Máximo de 1 autorização por paciente	Unidade	R$ 13,72	R$ 13,72	-	R$ 13,72	2.500

CREDENCIMANTO 2026
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BALNEÁRIO CAMBORIU

LOTE	ITEM	CÓD SUS	DESCRIÇÃO	UNIDADE	TABELA REF	TABELA SUS SIGTAP	COMPLEMENTO	TOTAL	PROJEÇÃO ANUAL
	232	-	Exame Citopatológico PAAF (Exceto Cervico-Vaginal e Mamas). 1 (uma) autorização por nódulo ou linfonodo, independente do número de lâminas.	Unidade	R$ 101,06	-		R$ 101,06	1.200
	233	02.03.01.004-3	Exame Citopatológico de Mama. 1 (uma) autorização por nódulo ou linfonodo, independente do número de lâminas.	Unidade	R$ 35,34	R$ 35,34	-	R$ 35,34	50
	234	02.02.08.021-8	Pesquisa de Helicobacter Pylori	Unidade	R$ 4,33	R$ 4,33	-	R$ 4,33	7.500
	235	02.01.01.021-6	Biopsia de Fígado por Punção	Unidade	-	R$ 71,15	-	R$ 71,15	250
Lote 10 Cirurgia Plástica Ambulatorial	236	04.01.01.005-8	Excisão de lesão e/ou Sutura de Ferimento da Pele Anexos e Mucosa	Unidade	-	R$ 23,16	-	R$ 23,16	250
	237	04.04.02.027-5	Ressecção de lesão maligna e benigna da região crânio e bucomaxilofacial	Unidade	-	R$ 350,00	-	R$ 350,00	250
	238	04.04.01.012-1	Exerese de Tumor de Vias Aéreas Superiores, Face e Pescoço	Unidade	-	R$ 200,06	-	R$ 200,06	250
	239	04.01.02.005-3	Excisão e Sutura de Lesão na Pele c/ Plástica em Z ou Rotação de Retalho	Unidade	-	R$ 106,55	-	R$ 106,55	250
	240	04.13.04.023-2	Tratamento Cirúrgico não Estético da Orelha	Unidade	-	R$ 161,38	-	R$ 161,38	250
	241	04.01.02.003-7	Enxerto Livre de Pele Total	Unidade	-	R$ 175,13	-	R$ 175,13	250
	242	04.01.01.007-4	Exerese de Tumor de Pele e Anexos / Cisto Sebáceo / Lipoma	Unidade	-	R$ 12,46	-	R$ 12,46	250
Lote 11 Dermatologia Ambulatorial	243	04.01.01.005-8	Excisão de lesão e/ou Sutura de Ferimento da Pele Anexos e Mucosa	Unidade	-	R$ 23,16	-	R$ 23,16	250
	244	04.06.02.014-0	Excisão e Sutura de Linfangioma / Nevus	Unidade	-	R$ 29,86	-	R$ 29,86	250
	245	04.01.01.004-0	Eletrocoagulação de Lesão Cutânea	Unidade	-	R$ 11,84	-	R$ 11,84	250
	246	03.03.08.001-9	Cauterização Química de Pequenas Lesões	Unidade	-	R$ 1,48	-	R$ 1,48	3.500
	247	04.01.01.012-0	Retirada de Lesão por Shaving	Unidade	-	R$ 19,79	-	R$ 19,79	650
	248	02.01.01.037-2	Biopsia de Pele e Partes Moles	Unidade		R$ 25,83	-	R$ 180,00	650
Lote 12 Fisioterapia	249	03.02.01.002-5	Atendimento Fisioterapêutico em Pacientes c/ Disfunções Uroginecológicas	Unidade	R$ 25,00	R$ 4,67	R$ 20,33	R$ 25,00	450
	250	03.02.03.001-8	Atendimento Fisioterapêutico em Pacientes c/ Alterações Oculomotoras Centrais c/ Comprometimento Sistêmico	Unidade	-	R$ 6,35	R$ 18,65	R$ 25,00	450
	251	03.02.03.002-6	Atendimento Fisioterapêutico em Paciente com Alterações Oculomotoras Periféricas	Unidade	-	R$ 4,67	R$ 20,33	R$ 25,00	450
	252	03.02.04.001-3	Atendimento Fisioterapêutico em Paciente com Transtorno Respiratório com Complicações Sistêmicas	Unidade	R$ 25,00	R$ 6,35	R$ 18,65	R$ 25,00	450
	253	03.02.04.002-1	Atendimento Fisioterapêutico em Paciente com Transtorno Respiratório Sem Complicações Sistemicas	Unidade	R$ 25,00	R$ 4,67	R$ 20,33	R$ 25,00	450
	254	03.02.05.002-7	Atendimento Fisioterapêtico nas Alterações Motoras	Unidade	R$ 25,00	R$ 4,67	R$ 20,33	R$ 25,00	450
	255	03.02.06.002-2	Atendimento Fisioterapêutico em Pacientes com Distúrbios Neuro-Cinético Funcionais com Complicações Sistêmicas	Unidade	R$ 25,00	R$ 6,35	R$ 18,65	R$ 25,00	450
	256	03.02.06.001-4	Atendimento Fisioterapêutico em Pacientes com Distúrbios Neuro-Cinético Funcionais sem Complicações Sistêmicas	Unidade	R$ 25,00	R$ 4,67	R$ 20,33	R$ 25,00	450
Lote 13 Fonoaudiologia	257	03.01.07.011-3	Terapia Fonoaudiológica Individual	Unidade	R$ 70,00			R$ 70,00	1.200
	258	02.11.07.034-3	Testes de Processamento Auditivo	Unidade	R$ 342,21	R$ 9,36	-	R$ 342,21	1.200
	259	02.11.07.026-2	Potencial Evocado Auditivo de curta média e longa latência – BERA PEAT- (sem sedação)	Unidade	R$ 300,00	R$ 46,88	R$ 253,12	R$ 300,00	1.200
	260	02.11.07.002-5	Audiometria de Reforço Visual (Via Aérea / Óssea)	Unidade	R$ 21,00	R$ 21,00	-	R$ 21,00	1.200
	261	02.11.07.005-0	Avaliação Auditiva Comportamental 1	Unidade	R$ 21,00	R$ 21,00	-	R$ 21,00	1.200
	262	02.11.07.004-1	Audiometria Tonal Limiar (Via Aérea / Óssea) - Pacote: 0211070211 - Logoaudiometria (LDV-IRF- LRF) - Imitanciometria	Unidade	R$ 74,38			R$ 74,38	4.800
	263	02.11.07.003-3	Audiometria em Campo Livre – Pacote: 0211070211 - Logoaudiometria (LDV-IRF- LRF) - Imitanciometria	Unidade	R$ 152,17		-	R$ 152,17	3.500
	264	02.11.07.021-1	Logoaudiometria (LDV-IRF-LRF)	Unidade	R$ 26,25	R$ 26,25	-	R$ 26,25	250
	265	02.11.07.035-1	Testes Vestibulares / Otoneurológicos com Vectoeletronistagmografia – inclui audiometria nos casos em que há a necessidade da audiometria antes do exame.	Unidade	R$ 150,00	R$ 12,12	R$ 137,88	R$ 150,00	1.500
Lote 14 Polissonografia e Neurofisiologia	266	02.11.05.010-5	Polissonografia- Tipo 01	Unidade	R$ 620,00			R$ 620,00	2.500
	267	02.11.05.010-5	Polissonografia Tipo 03 (Cardiorrespiratória)	Unidade	R$ 250,00	R$ 45,00	R$ 205,00	R$ 250,00	1.500
	268		Polissonografia Tipo 04 (Rastreio)		R$ 250,00			R$ 250,00	1.500
	269	-	Polissonografia C/ Titulação Cpap	Unidade	R$ 620,00			R$ 620,00	2.500
	270	02.11.05.004-0	Eletroencefalograma em Vigilia e Sono Espontâneo c/ ou s/ Fotoestimulo (EEG) (sem sedação)	Unidade	R$ 123,00	R$ 25,00	R$ 98,00	R$ 123,00	1.500
	271	02.11.05.008-3	Eletroneuromiograma (ENMG) – quantidade máxima 4	Unidade	R$ 120,00	R$ 27,00	R$ 93,00	R$ 120,00	1.200
Lote 15 Colonoscopia e Proctologia	272	02.09.01.002-9	Colonoscopia - (inclui biópsia, retirada de pólipos e corpo estranho se necessário)	Unidade	R$ 450,00	R$ 112,66	R$ 337,34	R$ 450,00	5.600
	273	-	Sedação para Colonoscopia (Realizada por anestesista)	Unidade	R$ 530,00	-	R$ 530,00	R$ 530,00	2.500
	274	-	Colonoscopia com Mucosectomia.Inclui os materiais/insumos necessários para o procedimento.	Unidade	R$ 908,00	-		R$ 908,00	4.500

CREDENCIMANTO 2026
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BALNEÁRIO CAMBORIU

LOTE	ITEM	CÓD SUS	DESCRIÇÃO	UNIDADE	TABELA REF	TABELA SUS SIGTAP	COMPLEMENTO	TOTAL	PROJEÇÃO ANUAL
Colonoscopia e Proctologia	275	02.09.01.002-9	Colonoscopia em Ambiente Hospitalar (inclui biópsia, retirada de pólipos e corpo estranho se necessário)	Unidade	R$ 530,00	R$ 112,66	R$ 557,34	R$ 1.200,00	3.800
	276	04.07.02.031-4	Ligadura Elástica de Hemorróidas (sessão)	Unidade	R$ 98,24	R$ 14,77	R$ 79,47	R$ 98,24	2.500
	277	02.09.01.005-3	Retossigmoidoscopia	Unidade	R$ 149,00	R$ 23,13	R$ 125,87	R$ 149,00	1.200
Lote 16 Gastroenterologia	278	02.09.01.003-7	Esofagogastroduodenoscopia (Inclui teste H pylori, biópsia, retirada de pólipos e corpo estranho se necessário).	Unidade	R$ 250,00	R$ 48,16	R$ 201,84	R$ 250,00	5.600
	279	02.09.01.003-7	Esofagogastroduodenoscopia em Ambiente Hospitalar (inclui teste H pylori, biópsia, retirada de pólipos e corpo estranho se necessário)	Unidade	R$ 530,00	R$ 48,16	R$ 401,84	R$ 980,00	2.500
	280	04.07.01.024-6	Retirada de Corpo Estranho do Tubo Digestivo por Endoscopia	Unidade	R$ 149,84	R$ 31,26	R$ 218,74	R$ 399,84	1.500
	281	04.07.01.021-1	Gastrostomia	Unidade	-	R$ 687,76	-	R$ 687,76	580
	282	-	Passagem de SNE por endoscopia digestiva	Unidade	-	-	R$ 590,00	R$ 590,00	580
	283	04.07.01.032-7	Tratamento Esclerosante de Lesões não Hemorrágicas do Aparelho Digestivo Incluindo Ligadura Elástica	Unidade	-	R$ 51,75	R$ 250,00	R$ 251,71	580
Lote 17 Otorrinolaringologia	284	-	Videonasolaringoscopia	Unidade	R$ 80,78	-	-	R$ 80,78	4.500
	285	02.09.04.002-5	Laringoscopia para todas as idades		R$ 47,14	R$ 47,14		R$ 47,14	4.500
	286	-	Nasofibroscopia para todas as idades exame endoscópico realizado com fibroscópio flexível para visualização direta das vias aéreas superiores, incluindo cavidade nasal, nasofaringe, orofaringe, hipofaringe e laringe, indicado para avaliação diagnóstica de alterações anatômicas e funcionais.	Unidade	R$ 150,00			R$ 150,00	4.500
	287	-	Vectoeletronistagmografia	Unidade	R$ 162,52			R$ 162,52	2.500
Lote 18 Urologia	288	02.11.09.001-8	Avaliação Urodinâmica Completa	Unidade	R$ 338,52	R$ 7,62	R$ 330,90	R$ 338,52	2.500
	289	02.04.05.017-0	Uretrocistografia	Unidade	R$ 134,96	R$ 52,11	R$ 82,85	R$ 134,96	2.500
	290	03.09.03.013-7	Litotripsia Extracorpórea (Onda de Choque Parcial / Completa em 2 Regiões Renais)	Unidade	R$ 677,25	R$ 150,50	R$ 526,75	R$ 677,25	3.500
Lote 19 Pneumologia	291	02.11.08.005-5	Espirometria ou Prova de Função Pulmonar Completa com Broncodilatador	Unidade	R$ 78,00	R$ 6,36	R$ 71,64	R$ 78,00	4.500
	292	02.09.04.001-7	Broncoscopia (Broncofibroscopia) – inclui biópsia	Unidade	R$ 885,03	R$ 36,02	R$ 848,83	R$ 885,03	3.600
Lote 20 Saúde do Trabalhador Atenção Domiciliar	293	03.01.01.005-6	Consulta Médica em Saúde do Trabalhador	Unidade	R$ 70,00			R$ 70,00	1.600
	294	03.01.01.016-1	Consulta/Atendimento Domiciliar na Atenção Especializada	Unidade	-	R$ 3,14	R$ 46,86	R$ 50,00	1.250
21 Consultas Especializadas	295	03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada – Angiologista	Unidade	R$ 90,00			R$ 90,00	2.215
	296	03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada – Cardiologista Pediátrico	Unidade	R$ 90,00	R$ 10,00	R$ 80,00	R$ 90,00	350
	297	03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada – Cardiologista Adulto e Geriatica	Unidade	R$ 90,00	R$ 10,00	R$ 80,00	R$ 90,00	4.623
	298	03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada - Anestesiologista	Unidade	R$ 90,00	R$ 10,00	R$ 80,00	R$ 90,00	1.006
	299	03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada – Pneumologista Adulto	Unidade	R$ 90,00	R$ 10,00	R$ 80,00	R$ 90,00	1.479
	300	03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada – Pneumologista Pediatrico	Unidade	R$ 90,00	R$ 10,00	R$ 80,00	R$ 90,00	360
	301	03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada – Mastologista	Unidade	R$ 90,00	R$ 10,00	R$ 80,00	R$ 90,00	580
	302	03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada – Endocrinologista Pediátrico	Unidade	R$ 90,00	R$ 10,00	R$ 80,00	R$ 90,00	332
	303	03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada – Endocrinologista Adulto e Geriatrica	Unidade	R$ 90,00	R$ 10,00	R$ 80,00	R$ 90,00	3.104
	304	03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada – Cirurgião Plástico	Unidade	-	R$ 10,00	R$ 80,00	R$ 90,00	270
	305	03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada – Dermatologista Pediátrico OBS: o médico prestador deverá realizar os procedimentos que indicar conforme o lote 11.	Unidade	R$ 90,00	R$ 10,00	R$ 80,00	R$ 90,00	458
	306	03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada – Dermatologista Adulto e Geriatrica OBS: o médico prestador deverá realizar os procedimentos que indicar conforme o lote 10.	Unidade	R$ 90,00	R$ 10,00	R$ 80,00	R$ 90,00	5.491
	307	03.01.01.030-7	Teleconsulta Médica na Atenção Especializada - Telediagnóstico em dermatologia	Unidade	-	R$ 10,00	R$ 10,00	R$ 20,00	2.400
	308	03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada – Neurologista Pediátrico	Unidade	R$ 295,00			R$ 295,00	1.899
	309	03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada – Neurologista Adulto e Geriatrico	Unidade	R$ 120,00	R$ 10,00	R$ 110,00	R$ 120,00	3.932
	310	03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada – Proctologista	Unidade	R$ 90,00	R$ 10,00	R$ 80,00	R$ 90,00	806
	311	03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada – Gastroenterologista Pediátrico	Unidade	R$ 90,00	R$ 10,00	R$ 80,00	R$ 90,00	450
	312	03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada – Gastroenterologista Adulto	Unidade	R$ 90,00	R$ 10,00	R$ 80,00	R$ 90,00	1.874
	313	03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada – Otorrinolaringologista Pediátrico	Unidade	R$ 90,00	R$ 10,00	R$ 80,00	R$ 90,00	2.064
	314	03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada –Otorrinolaringologista Adulto e Geriatrico	Unidade	R$ 90,00	R$ 10,00	R$ 80,00	R$ 90,00	3.445
	315	03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada – Nefrologista Adulto	Unidade	R$ 120,00	R$ 10,00	R$ 110,00	R$ 120,00	1.835
	316	03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada – Nefrologista Pediátrico	Unidade	R$ 120,00	R$ 10,00	R$ 110,00	R$ 120,00	250
	317	03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada – Urologista Adulto (geriatrico)	Unidade	R$ 90,00	R$ 10,00	R$ 80,00	R$ 90,00	3.841

CREDENCIMANTO 2026
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BALNEÁRIO CAMBORIU

LOTE	ITEM	CÓD SUS	DESCRIÇÃO	UNIDADE	TABELA REF	TABELA SUS SIGTAP	COMPLEMENTO	TOTAL	PROJEÇÃO ANUAL
	318	03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada - Infectologista	Unidade	R$ 90,00	R$ 10,00	R$ 80,00	R$ 90,00	250
	319	03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada –Infectologia Pediátrica	Unidade	R$ 180,00			R$ 180,00	250
	320	03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada – Reumatologista	Unidade	R$ 120,00	R$ 10,00	R$ 110,00	R$ 120,00	3.500
	321	03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada – Psiquiatra Pediátrico	Unidade	R$ 180,00	R$ 10,00	R$ 110,00	R$ 180,00	2.800
	322	03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada – Psiquiatra Adulto (geriatrica)	Unidade	R$ 180,00	R$ 10,00	R$ 110,00	R$ 180,00	5.800
	323	03.01.01.005-6	Consulta Médica em Saúde do Trabalhador	Unidade	R$ 70,00			R$ 70,00	350
	324	03.01.01.016-1	Consulta/Atendimento Domiciliar na Atenção Especializada	Unidade	-	R$ 3,14	R$ 46,86	R$ 50,00	350
	325	03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada – Ortopedista Pediátrico	Unidade	R$ 90,00	R$ 10,00	R$ 80,00	R$ 90,00	1.500
	326	03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada – Ortopedista Adulto	Unidade	R$ 90,00	R$ 10,00	R$ 80,00	R$ 90,00	5.200
	327	03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada – Hepatologista	Unidade	-	-	R$ 90,00	R$ 90,00	350
	328	03.01.01.004-8	Consulta de profissionais de nivel superior na atenção Especializada (Exceto médico) Nutricionista	Unidade	R$ 84,50	R$ 6,30		R$ 84,50	5.200
Lote 22 Ginecologia e Saúde da Mulher	329	02.11.04.004-5	Histeroscopia (Diagnóstica)	Unidade	R$ 209,03	R$ 25,00	R$ 184,03	R$ 209,03	50
	330	02.11.04.002-9	Colposcopia – inclui consulta e biopsia	Unidade	R$ 350,00	R$ 3,38	R$ 346,62	R$ 350,00	625
	331	-	Índice de Saturação da Transferrina	Unidade	-	-	R$ 3,51	R$ 3,51	4.794
	332	02.02.09.026-4	Pesquisa de Espermatozóides (Após Vasectomia)	Unidade	R$ 4,80	R$ 4,80	-	R$ 4,80	2.400
	333	02.02.02.017-7	Dosagem de Antitrombina III	Unidade	R$ 6,48	R$ 6,48	-	R$ 6,48	2.597
	334	02.02.03.119-5	Dosagem da Fração C1Q do Complemento	Unidade	R$ 17,16	R$ 17,16	-	R$ 17,16	1.088
	335	02.02.03.031-8	Pesquisa de Anticorpos Anti HTLV-1 + HTLV-2	Unidade	R$ 18,55	R$ 18,55	-	R$ 18,55	950
	336	02.02.03.008-3	Determinação Quantitativa de Proteína C Reativa	Unidade	R$ 9,25	R$ 9,25	-	R$ 9,25	23.000
	337	-	Relação Microalbumina/Creatinina em Amostra Isolada de Urina	Unidade	-	-	R$ 8,12	R$ 8,12	870
	338	02.02.01.002-3	Determinação de Capacidade de Fixação do Ferro	Unidade	R$ 2,01	R$ 2,01	-	R$ 2,01	790
	339	02.02.01.004-0	Determinação de Curva Glicêmica (2 dosagens)	Unidade	R$ 3,63	R$ 3,63	-	R$ 3,63	1.622
	340	02.02.01.007-4	Determinação de Curva Glicêmica Clássica (5 dosagens)	Unidade	R$ 10,00	R$ 10,00	-	R$ 10,00	758
	341	-	Teste Oral de Tolerância a Lactose (Basal e após 30 e 60 minutos)	Unidade	R$ 28,36	-		R$ 28,36	1.584
	342	02.02.01.012-0	Dosagem de Ácido Úrico	Unidade	R$ 1,85	R$ 1,85	-	R$ 1,85	32.455
	343	02.02.01.014-7	Dosagem de Aldolase	Unidade	R$ 3,68	R$ 3,68	-	R$ 3,68	650
	344	02.02.01.016-3	Dosagem de Alfa-1 Glicoproteína Ácida	Unidade	R$ 3,68	R$ 3,68	-	R$ 3,68	450
	345	02.02.01.018-0	Dosagem de Amilase	Unidade	R$ 2,25	R$ 2,25	-	R$ 2,25	35.000
	346	02.02.01.020-1	Dosagem de Bilirrubina Total e Frações	Unidade	R$ 2,01	R$ 2,01	-	R$ 2,01	29.872
	347	02.02.01.021-0	Dosagem de Cálcio	Unidade	R$ 1,85	R$ 1,85	-	R$ 1,85	35.000
	348	02.02.01.022-8	Dosagem de Cálcio Ionizável	Unidade	R$ 3,51	R$ 3,51	-	R$ 3,51	7.500
	349	02.02.01.024-4	Dosagem de Catecolaminas	Unidade	-	R$ 0,00	107+80/2=93,50	R$ 93,50	90
	350	02.02.01.026-0	Dosagem de Cloreto	Unidade	R$ 1,85	R$ 1,85	-	R$ 1,85	650
	351	02.02.01.027-9	Dosagem de Colesterol HDL	Unidade	R$ 3,51	R$ 3,51	-	R$ 3,51	60.000
	352	02.02.01.028-7	Dosagem de Colesterol LDL	Unidade	R$ 3,51	R$ 3,51	-	R$ 3,51	60.000
	353	02.02.01.029-5	Dosagem de Colesterol Total	Unidade	R$ 1,85	R$ 1,85	-	R$ 1,85	60.000
	354	02.02.01.030-9	Dosagem de Colinesterase	Unidade	R$ 3,68	R$ 3,68	-	R$ 3,68	290
	355	02.02.01.031-7	Dosagem de Creatinina	Unidade	R$ 1,85	R$ 1,85	-	R$ 1,85	48.905
	356	-	Dosagem de Creatinina com Cálculo da Estimativa de Filtração Glomerular	Unidade	-	-	R$ 1,85	R$ 1,85	15.000
	357	02.02.01.032-5	Dosagem de Creatinofosfoquinase (CPK)	Unidade	R$ 3,68	R$ 3,68	-	R$ 3,68	45.000
	358	02.02.01.033-3	Dosagem de Creatinofosfoquinase Fração MB	Unidade	R$ 4,12	R$ 4,12	-	R$ 4,12	45.000
	359	02.02.01.036-8	Dosagem de Desidrogenase Latica	Unidade	R$ 3,68	R$ 3,68	-	R$ 3,68	4.572
	360	02.02.01.038-4	Dosagem de Ferritina	Unidade	R$ 15,59	R$ 15,59	-	R$ 15,59	35.000
	361	02.02.01.039-2	Dosagem de Ferro Sérico	Unidade	R$ 3,51	R$ 3,51	-	R$ 3,51	35.000
	362	02.02.01.040-6	Dosagem de Folato	Unidade	R$ 15,65	R$ 15,65	-	R$ 15,65	10.000
	363	02.02.01.042-2	Dosagem de Fosfatase Alcalina	Unidade	R$ 2,01	R$ 2,01	-	R$ 2,01	29.872
	364	02.02.01.043-0	Dosagem de Fosforo	Unidade	R$ 1,85	R$ 1,85	-	R$ 1,85	23.000
	365	02.02.01.046-5	Dosagem de Gama-Glutamil- Transferase (GAMA GT)	Unidade	R$ 3,51	R$ 3,51	-	R$ 3,51	17.106
	366	02.02.01.047-3	Dosagem de Glicose	Unidade	R$ 1,85	R$ 1,85	-	R$ 1,85	35.000
	367	02.02.01.050-3	Dosagem de Hemoglobina Glicosilada	Unidade	R$ 7,86	R$ 7,86	-	R$ 7,86	35.000
	368	02.02.01.055-4	Dosagem de Lipase	Unidade	R$ 2,25	R$ 2,25	-	R$ 2,25	7.478
	369	02.02.01.056-2	Dosagem de Magnésio	Unidade	R$ 2,01	R$ 2,01	-	R$ 2,01	10.200

CREDENCIMANTO 2026
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BALNEÁRIO CAMBORIU

LOTE	ITEM	CÓD SUS	DESCRIÇÃO	UNIDADE	TABELA REF	TABELA SUS SIGTAP	COMPLEMENTO	TOTAL	PROJEÇÃO ANUAL
	370	02.02.01.057-0	Dosagem de Muco-Proteínas	Unidade	R$ 2,01	R$ 2,01	-	R$ 2,01	120
	371	02.02.01.060-0	Dosagem de Potássio	Unidade	R$ 1,85	R$ 1,85	-	R$ 1,85	32.455
	372	02.02.01.061-9	Dosagem de Proteínas Totais	Unidade	R$ 1,40	R$ 1,40	-	R$ 1,40	3.500
	373	02.02.01.062-7	Dosagem de Proteínas Totais e Frações	Unidade	R$ 1,85	R$ 1,85	-	R$ 1,85	9.095
	374	02.02.01.063-5	Dosagem de Sódio	Unidade	R$ 1,85	R$ 1,85	-	R$ 1,85	50.000
	375	02.02.01.064-3	Dosagem de Transaminase Glutâmico-Oxalacetica (TGO)	Unidade	R$ 2,01	R$ 2,01	-	R$ 2,01	50.000
	376	02.02.01.065-1	Dosagem de Transaminase Glutâmico-Piruvica (TGP)	Unidade	R$ 2,01	R$ 2,01	-	R$ 2,01	35.000
	377	02.02.01.066-0	Dosagem de Transferrina	Unidade	R$ 4,12	R$ 4,12	-	R$ 4,12	8.000
	378	02.02.01.067-8	Dosagem de Triglicerídeos	Unidade	R$ 3,51	R$ 3,51	-	R$ 3,51	70.000
	379	02.02.01.069-4	Dosagem de Ureia	Unidade	R$ 1,85	R$ 1,85	-	R$ 1,85	50.000
	380	02.02.01.070-8	Dosagem de Vitamina B12	Unidade	R$ 15,24	R$ 15,24	-	R$ 15,24	50.000
	381	02.02.01.072-4	Eletroforese de Proteínas	Unidade	R$ 4,42	R$ 4,42	-	R$ 4,42	6.000
	382	02.02.02.035-5	Eletroforese de Hemoglobina	Unidade	R$ 5,41	R$ 5,41	-	R$ 5,41	6.000
	383	02.02.01.076-7	Dosagem de 25 Hidroxivitamina D	Unidade	R$ 15,24	R$ 15,24	-	R$ 15,24	50.000
	384	02.02.02.002-9	Contagem de Plaquetas	Unidade	R$ 2,73	R$ 2,73	-	R$ 2,73	50.000
	385	02.02.02.003-7	Contagem de Reticulócitos	Unidade	R$ 2,73	R$ 2,73	-	R$ 2,73	1.500
	386	02.02.02.007-0	Determinação de Tempo de Coagulação	Unidade	R$ 2,73	R$ 2,73	-	R$ 2,73	6.163
	387	02.02.02.009-6	Determinação de Tempo de Sangramento – DUKE	Unidade	R$ 2,73	R$ 2,73	-	R$ 2,73	1.500
	388	02.02.02.013-4	Determinação de Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TPP Ativada)	Unidade	R$ 5,77	R$ 5,77	-	R$ 5,77	10.000
	389	02.02.02.014-2	Determinação e Tempo de Atividade da Protombina (TAP)	Unidade	R$ 2,73	R$ 2,73	-	R$ 2,73	10.000
	390	02.02.02.015-0	Determinação de Velocidade de Hemossedimentação (VSH)	Unidade	R$ 2,73	R$ 2,73	-	R$ 2,73	8.000
	391	02.02.02.029-0	Dosagem de Fibrinogênio	Unidade	R$ 4,60	R$ 4,60	-	R$ 4,60	2.500
	392	02.02.02.030-4	Dosagem de Hemoglobina	Unidade	R$ 1,53	R$ 1,53	-	R$ 1,53	2.500
	393	02.02.02.031-2	Dosagem de Hemoglobina – Instabilidade a 370C	Unidade	-	R$ 2,73	-	R$ 2,73	3.065
	394	02.02.02.036-3	Eritrograma (Eritrócitos, Hemoglobina, Hematócrito)	Unidade	R$ 2,73	R$ 2,73	-	R$ 2,73	21.994
	395	02.02.02.037-1	Hematócrito	Unidade	R$ 1,53	R$ 1,53	-	R$ 1,53	42.000
	396	02.02.02.038-0	Hemograma Completo	Unidade	R$ 4,11	R$ 4,11	-	R$ 4,11	95.000
	397	02.02.02.039-8	Leucograma	Unidade	R$ 2,73	R$ 2,73	-	R$ 2,73	21.994
	398	02.02.02.044-4	Pesquisa de Hemoglobina s	Unidade	R$ 2,73	R$ 2,73	-	R$ 2,73	6.163
	399	02.02.02.049-5	Prova de Retração do Coágulo	Unidade	-	R$ 2,73	-	R$ 2,73	8.000
	400	02.02.02.050-9	Prova do Laço	Unidade	-	R$ 2,73	-	R$ 2,73	3.065
	401	02.02.02.054-1	Teste Direto de Antiglobuina Humana (TAD)	Unidade	R$ 2,73	R$ 2,73	-	R$ 2,73	3.065
	402	02.02.03.006-7	Determinação de Complemento (CH50)	Unidade	R$ 9,25	R$ 9,25	-	R$ 9,25	905
	403	02.02.03.007-5	Determinação de Fator Reumatoide	Unidade	R$ 2,83	R$ 2,83	-	R$ 2,83	5.946
	404	02.02.03.009-1	Dosagem de Alfa- Fetoproteína	Unidade	R$ 15,06	R$ 15,06	-	R$ 15,06	1.118
	405	02.02.03.010-5	Dosagem de Antígeno Prostático Específico (PSA)	Unidade	R$ 16,42	R$ 16,42	-	R$ 16,42	3.657
	406		Dosagem de Antígeno Prostático Específico (PSA) livre	Unidade	-	-	R$ 16,42	R$ 16,42	1.025
	407	02.02.03.011-3	Dosagem de Beta-2- Microglobulina	Unidade	R$ 13,55	R$ 13,55	-	R$ 13,55	618
	408	02.02.03.012-1	Dosagem de Complemento C3	Unidade	R$ 17,16	R$ 17,16	-	R$ 17,16	1.500
	409	02.02.03.013-0	Dosagem de Complemento C4	Unidade	R$ 17,16	R$ 17,16	-	R$ 17,16	1.500
	410	02.02.03.015-6	Dosagem de Imunoglobulina A (IGA)	Unidade	R$ 17,16	R$ 17,16	-	R$ 17,16	1.500
	411	02.02.03.016-4	Dosagem de Imunoglobulina E (IGE)	Unidade	R$ 9,25	R$ 9,25	-	R$ 9,25	1.500
	412	02.02.03.018-0	Dosagem de Imunoglobulina M (IGM)	Unidade	R$ 17,16	R$ 17,16	-	R$ 17,16	1.500
	413	02.02.03.017-2	Dosagem de Imunoglobulina G (IGG)	Unidade	-	R$ 0,00	R$ 17,16	R$ 17,16	1.500
	414	02.02.03.020-2	Dosagem de Proteína C Reativa	Unidade	R$ 2,83	R$ 2,83	-	R$ 2,83	21.217
	415	02.02.03.118-7	Dosagem de anticorpos antitransglutaminase recombinante humano IGA	Unidade	R$ 18,55	R$ 18,55	-	R$ 18,55	452
	416	-	Dosagem de anticorpos IGA antiendomísio	Unidade	R$ 32,69	-		R$ 32,69	8.367
	417	02.02.03.025-3	Pesquisa de Anticorpo IGG Anticardiolipina	Unidade	R$ 10,00	R$ 10,00	-	R$ 10,00	837
	418	02.02.03.026-1	Pesquisa de Anticorpo IGM Anticardiolipina	Unidade	R$ 10,00	R$ 10,00	-	R$ 10,00	837
	419	02.02.03.032-6	Pesquisa de Anticorpos Anti- Ribonucleoproteína (RNP)	Unidade	R$ 17,16	R$ 17,16	-	R$ 17,16	488
	420	02.02.03.034-2	Pesquisa de Anticorpos Anti- Sm	Unidade	R$ 17,16	R$ 17,16	-	R$ 17,16	488
	421	02.02.03.035-0	Pesquisa de Anticorpos Anti- ss-a (RO)	Unidade	R$ 18,55	R$ 18,55	-	R$ 18,55	452

CREDENCIMANTO 2026
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BALNEÁRIO CAMBORIU

LOTE	ITEM	CÓD SUS	DESCRIÇÃO	UNIDADE	TABELA REF	TABELA SUS SIGTAP	COMPLEMENTO	TOTAL	PROJEÇÃO ANUAL
Lote 23 Exames laboratoriais	422	02.02.03.036-9	Pesquisa de Anticorpos Anti- ss-b (LA)	Unidade	R$ 18,55	R$ 18,55	-	R$ 18,55	452
	423	02.02.03.045-8	Pesquisa de Anticorpos Antiescleroderma (SCL 70)	Unidade	R$ 10,00	R$ 10,00	-	R$ 10,00	837
	424	02.02.03.046-6	Pesquisa de Anticorpos Antiespermatozoides	Unidade	R$ 9,70	R$ 9,70	-	R$ 9,70	863
	425	02.02.03.047-4	Pesquisa de Anticorpos Antiestreptolisina O (ASLO)	Unidade	R$ 2,83	R$ 2,83	-	R$ 2,83	5.946
	426	02.02.03.059-8	Pesquisa de Anticorpos Antinucleo	Unidade	R$ 17,16	R$ 17,16	-	R$ 17,16	981
	427	02.02.03.062-8	Pesquisa de Anticorpos Antitireoglobulina	Unidade	R$ 17,16	R$ 17,16	-	R$ 17,16	981
	428	02.02.03.063-6	Pesquisa de Anticorpos Contra Antígeno de Superfície do Vírus da Hepatite B (ANTI-HBS)	Unidade	R$ 18,55	R$ 18,55	-	R$ 18,55	3.237
	429	02.02.03.064-4	Pesquisa de Anticorpos Contra Antígeno e do Vírus da Hepatite B (ANTI-HBE)	Unidade	R$ 18,55	R$ 18,55	-	R$ 18,55	907
	430	02.02.03.067-9	Pesquisa de Anticorpos Contra o Vírus da Hepatite C (ANTI-HCV)	Unidade	R$ 18,55	R$ 18,55	-	R$ 18,55	3.237
	431	02.02.03.074-1	Pesquisa de Anticorpos IGG Anticitomegalovírus	Unidade	R$ 11,00	R$ 11,00	-	R$ 11,00	1.530
	432	02.02.03.076-8	Pesquisa de Anticorpos IGG Antitoxoplasma	Unidade	R$ 16,97	R$ 16,97	-	R$ 16,97	992
	433	02.02.03.078-4	Pesquisa de Anticorpos IGG e IGM Contra Antígeno Central do Vírus da Hepatite B (ANTI-HBC-TOTAL)	Unidade	R$ 18,55	R$ 18,55	-	R$ 18,55	907
	434	02.02.03.080-6	Pesquisa de Anticorpos IGG Contra o Vírus da Hepatite A (HAV-IGG)	Unidade	R$ 18,55	R$ 18,55	-	R$ 18,55	907
	435	02.02.03.081-4	Pesquisa de Anticorpos IGG Contra o Vírus da Rubéola	Unidade	R$ 17,16	R$ 17,16	-	R$ 17,16	981
	436	02.02.03.083-0	Pesquisa de Anticorpos IGG Contra o Vírus Epstein-Barr	Unidade	R$ 17,16	R$ 17,16	-	R$ 17,16	488
	437	02.02.03.094-6	Pesquisa de Anticorpos IGM Contra o Vírus Epstein-Barr	Unidade	R$ 17,16	R$ 17,16	-	R$ 17,16	488
	438	02.02.03.084-9	Pesquisa de Anticorpos IGG Contra o Vírus Herpes Simples	Unidade	R$ 17,16	R$ 17,16	-	R$ 17,16	488
	439	02.02.03.085-7	Pesquisa de Anticorpos IGM Anticitomegalovírus	Unidade	R$ 11,61	R$ 11,61	-	R$ 11,61	721
	440	02.02.03.086-5	Pesquisa de Anticorpos IGM Antileishmanias	Unidade	R$ 10,00	R$ 10,00	-	R$ 10,00	837
	441	02.02.03.087-3	Pesquisa de Anticorpos IGM Antitoxoplasma	Unidade	R$ 18,55	R$ 18,55	-	R$ 18,55	907
	442	02.02.03.089-0	Pesquisa de Anticorpos IGM Contra Antígeno Central do Vírus da Hepatite B (ANTI-HBC-IGM)	Unidade	R$ 18,55	R$ 18,55	-	R$ 18,55	907
	443	02.02.03.091-1	Pesquisa de Anticorpos IGM Contra o Vírus da Hepatite A (HAV-IGM)	Unidade	R$ 18,55	R$ 18,55	-	R$ 18,55	907
	444	02.02.03.092-0	Pesquisa de Anticorpos IGM Contra o Vírus da Rubéola	Unidade	R$ 17,16	R$ 17,16	-	R$ 17,16	981
	445	02.02.03.095-4	Pesquisa de Anticorpos IGM Contra o Vírus Herpes Simples	Unidade	R$ 17,16	R$ 17,16	-	R$ 17,16	488
	446	02.02.03.096-2	Pesquisa de Antigeno Carcinoembrionário (CEA)	Unidade	R$ 13,35	R$ 13,35	-	R$ 13,35	1.261
	447	02.02.03.097-0	Pesquisa de Antígeno de Superfície do Vírus da Hepatite B (HBSAG)	Unidade	R$ 18,55	R$ 18,55	-	R$ 18,55	3.237
	448	02.02.03.098-9	Pesquisa de Antígeno e do Vírus da Hepatite B (HBEAG)	Unidade	R$ 18,55	R$ 18,55	-	R$ 18,55	452
	449	02.02.02.017-7	Dosagem de antitrombina III	Unidade	R$ 6,48	R$ 6,48	-	R$ 6,48	2.597
	450	02.02.03.099-7	Detecção de Clamídia e Gonococo Por Biologia Molecular	Unidade	R$ 60,00	R$ 60,00	-	R$ 60,00	350
	451	02.02.03.104-7	Pesquisa de Trypanosoma Cruzi (por imunofluorescência)	Unidade	R$ 10,00	R$ 10,00	-	R$ 10,00	1.500
	452	02.02.03.109-8	Teste de Treponêmico P/ Detecção de Sífilis	Unidade	R$ 4,10	R$ 4,10	-	R$ 4,10	20.000
	453	02.02.03.111-0	Teste Não Treponêmico P/ Detecção de Sífilis	Unidade	R$ 2,83	R$ 2,83	-	R$ 2,83	21.217
	454	02.02.03.120-9	Dosagem de Troponina	Unidade	R$ 9,00	R$ 9,00	-	R$ 9,00	45.000
	455	02.02.03.121-7	Dosagem do Antígeno CA 125	Unidade	R$ 13,35	R$ 13,35	-	R$ 13,35	1.500
	456	-	Dosagem do antígeno CA 15-3	Unidade	R$ 43,88			R$ 43,88	1.500
	457	-	Dosagem do antígeno 19-9	Unidade	R$ 43,88			R$ 43,88	16.825
	458	02.02.04.003-8	Exame Coprológico Funcional	Unidade	R$ 3,04	R$ 3,04	-	R$ 3,04	19.751
	459	02.02.04.005-4	Pesquisa de Enterobius Vermiculares (Oxiurus Oxiura)	Unidade	R$ 1,65	R$ 1,65	-	R$ 1,65	10.197
	460	02.02.04.007-0	Pesquisa de Gordura Fecal	Unidade	R$ 1,65	R$ 1,65	-	R$ 1,65	10.197
	461	02.02.04.009-7	Pesquisa de Leucócitos nas Fezes	Unidade	R$ 1,65	R$ 1,65	-	R$ 1,65	10.197
	462	02.02.04.012-7	Pesquisa de Ovos e Cistos de Parasitas	Unidade	R$ 1,65	R$ 1,65	-	R$ 1,65	36.389
	463	02.02.04.013-5	Pesquisa de Rotavírus nas fezes	Unidade	R$ 10,25	R$ 10,25	-	R$ 10,25	1.642
	464	02.02.04.014-3	Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes	Unidade	R$ 1,65	R$ 1,65	-	R$ 1,65	36.389
	465	02.02.04.015-1	Pesquisa de Substâncias Redutoras nas Fezes	Unidade	R$ 1,65	R$ 1,65	-	R$ 1,65	5.071
	466	02.02.05.001-7	Análise de Caracteres Físicos, Elementos e Sedimento da Urina	Unidade	R$ 3,70	R$ 3,70	-	R$ 3,70	16.228
	467	02.02.05.002-5	Clearance de Creatinina	Unidade	R$ 3,51	R$ 3,51	-	R$ 3,51	4.794
	468	02.02.06.001-2	Determinação de Índice de Tiroxina Livre	Unidade	R$ 12,54	R$ 12,54	-	R$ 12,54	1.342
	469	02.02.06.004-7	Dosagem de 17-Alfa- Hidroxiprogesterona	Unidade	R$ 10,20	R$ 10,20	-	R$ 10,20	821
	470	02.02.06.008-0	Dosagem de Adrenocorticotrofico (ACTH)	Unidade	R$ 14,12	R$ 14,12	-	R$ 14,12	593
	471	-	Dosagem de albumina (no sangue)	Unidade	R$ 5,14	-		R$ 5,14	60.042

CREDENCIMANTO 2026
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BALNEÁRIO CAMBORIU

LOTE	ITEM	CÓD SUS	DESCRIÇÃO	UNIDADE	TABELA REF	TABELA SUS SIGTAP	COMPLEMENTO	TOTAL	PROJEÇÃO ANUAL
	472	02.02.06.009-8	Dosagem de Aldosterona	Unidade	R$ 12,01	R$ 11,89	-	R$ 11,89	704
	473	02.02.06.010-1	Dosagem de AMP Cíclico	Unidade	R$ 12,01	R$ 12,01	-	R$ 12,01	697
	474	02.02.06.011-0	Dosagem de Androstenediona	Unidade	R$ 11,53	R$ 11,53	-	R$ 11,53	726
	475	02.02.06.013-6	Dosagem de Cortisol	Unidade	R$ 9,86	R$ 9,86	-	R$ 9,86	1.707
	476	02.02.06.014-4	Dosagem de Dehidroepiandrosterona (DHEA)	Unidade	R$ 11,25	R$ 11,25	-	R$ 11,25	1.496
	477	02.02.06.015-2	Dosagem de Dihidrotestoterona (DHT)	Unidade	R$ 11,71	R$ 11,71	-	R$ 11,71	715
	478	02.02.06.016-0	Dosagem de Estradiol	Unidade	R$ 10,15	R$ 10,15	-	R$ 10,15	1.658
	479	02.02.06.018-7	Dosagem de Estrona	Unidade	R$ 11,55	R$ 11,12	-	R$ 11,12	753
	480	02.02.06.020-9	Dosagem de Globulina Transportadora de Tiroxina	Unidade	R$ 15,35	R$ 15,35	-	R$ 15,35	546
	481	02.02.06.021-7	Dosagem de Gonadotrofina Coriônica Humana (HCG, BETA HCG)	Unidade	R$ 7,85	R$ 7,85	-	R$ 7,85	7.649
	482	02.02.06.022-5	Dosagem de Hormônio de Crescimento (HGH)	Unidade	R$ 10,21	R$ 10,21	-	R$ 10,21	1.648
	483	02.02.06.023-3	Dosagem de Hormônio Folículo-Estimulante (FSH)	Unidade	R$ 7,89	R$ 7,89	-	R$ 7,89	2.133
	484	02.02.06.024-1	Dosagem de Hormônio Luteinizante (LH)	Unidade	R$ 8,97	R$ 8,97	-	R$ 8,97	1.876
	485	02.02.06.025-0	Dosagem de Hormônio Tireoestimulante (TSH)	Unidade	R$ 8,96	R$ 8,96	-	R$ 8,96	6.702
	486	02.02.06.026-8	Dosagem de Insulina	Unidade	R$ 10,17	R$ 10,17	-	R$ 10,17	1.655
	487	02.02.06.027-6	Dosagem de Paratormônio	Unidade	R$ 43,13	R$ 43,13	-	R$ 43,13	391
	488	02.02.06.028-4	Dosagem de Peptídeo C	Unidade	R$ 15,35	R$ 15,35	-	R$ 15,35	1.097
	489	02.02.01.079-1	Dosagem de peptídeos natriuréticos tipo B (BNP e NT-PROBNP)	Unidade	-	R$ 27,00	-	R$ 27,00	624
	490	02.02.06.029-2	Dosagem de Progesterona	Unidade	R$ 10,22	R$ 10,22	-	R$ 10,22	1.647
	491	02.02.06.030-6	Dosagem de Prolactina	Unidade	R$ 10,15	R$ 10,15	-	R$ 10,15	1.658
	492	02.02.06.031-4	Dosagem de Renina	Unidade	R$ 13,19	R$ 13,19	-	R$ 13,19	635
	493	-	Dosagem de selênio	Unidade	R$ 31,51	-		R$ 31,51	8.367
	494	02.02.06.032-2	Dosagem de Somatomedina C (IGF1)	Unidade	R$ 15,35	R$ 15,35	-	R$ 15,35	546
	495	02.02.06.033-0	Dosagem de Sulfato de Hidroepiandrosterona (DHEAS)	Unidade	R$ 13,11	R$ 13,11	-	R$ 13,11	1.284
	496	02.02.06.034-9	Dosagem de Testosterona	Unidade	R$ 10,43	R$ 10,43	-	R$ 10,43	1.614
	497	02.02.06.035-7	Dosagem de Testosterona Livre	Unidade	R$ 13,11	R$ 13,11	-	R$ 13,11	639
	498	02.02.06.036-5	Dosagem de Tireoglobulina	Unidade	R$ 15,35	R$ 15,35	-	R$ 15,35	1.097
	499	02.02.06.037-3	Dosagem de Tiroxina (T4)	Unidade	R$ 8,76	R$ 8,76	-	R$ 8,76	1.921
	500	02.02.06.038-1	Dosagem de Tiroxina Livre (T4 Livre)	Unidade	R$ 11,60	R$ 11,60	-	R$ 11,60	5.176
	501	02.02.06.039-0	Dosagem de Triiodotironina (T3)	Unidade	R$ 8,71	R$ 8,71	-	R$ 8,71	1.932
	502	02.02.06.014-4	Dosagem de Dehidroepiandrosterona (DHEA)	Unidade	R$ 11,25	R$ 11,25	-	R$ 11,25	1.496
	503	02.02.07.008-5	Dosagem de Alumínio	Unidade	R$ 27,50	R$ 27,50	-	R$ 27,50	305
	504	02.02.07.022-0	Dosagem de Fenitoína	Unidade	R$ 35,22	R$ 35,22	-	R$ 35,22	238
	505	02.02.07.025-5	Dosagem de Lítio	Unidade	R$ 2,25	R$ 2,25	-	R$ 2,25	7.478
	506	02.02.07.005-0	Dosagem de ácido valproico	Unidade	R$ 15,65	R$ 15,65	-	R$ 15,65	1.076
	507	02.02.07.015-8	Dosagem de carbamazepina	Unidade	R$ 17,53	R$ 17,53	-	R$ 17,53	960
	508	02.02.07.035-2	Dosagem de Zinco	Unidade	R$ 15,65	R$ 15,65	-	R$ 15,65	1.076
	509	02.02.07.019-0	Dosagem de Cobre	Unidade	R$ 3,51	R$ 3,51	-	R$ 3,51	2.384
	510	02.02.08.001-3	Antibiograma*	Unidade	R$ 4,98	R$ 4,98	-	R$ 4,98	12.057
	511	02.02.08.003-0	Teste de Sensibilidade em Meio Sólido para os Fármacos Contra Micobactérias *	Unidade	R$ 13,33	R$ 13,33	-	R$ 13,33	628
	512	02.02.08.007-2	Bacterioscopia (GRAM)*	Unidade	R$ 2,80	R$ 2,80	-	R$ 2,80	21.444
	513	02.02.08.008-0	Cultura de Bactérias para Identificação*	Unidade	R$ 5,62	R$ 5,62	-	R$ 5,62	10.684
	514	02.02.08.012-9	Cultura para Bactérias Anaeróbicas*	Unidade	R$ 10,25	R$ 10,25	-	R$ 10,25	817
	515	02.02.08.013-7	Cultura para Identificação Morfológica de Fungos*	Unidade	R$ 4,19	R$ 4,19	-	R$ 4,19	4.016
	516	02.02.08.014-5	Exame Microbiológico a Fresco (Direto)*	Unidade	R$ 2,80	R$ 2,80	-	R$ 2,80	21.444
	517	02.02.12.002-3	Determinação Direta e Reversa de Grupo ABO	Unidade	R$ 1,37	R$ 1,37	-	R$ 1,37	12.281
	518	02.02.12.008-2	Pesquisa de Fator Rh (Inclui D Fraco)	Unidade	R$ 1,37	R$ 1,37	-	R$ 1,37	12.281
	519	02.02.12.009-0	Teste Indireto de Antiglobulina Humana (TIA)	Unidade	R$ 2,73	R$ 2,73	-	R$ 2,73	3.065
	520	02.02.05.026-2	Pesquisa de Homocistina na urina	Unidade	R$ 2,04	R$ 2,04	-	R$ 2,04	4.102
	521	02.02.05.009-2	Dosagem de Microalbumina na Urina	Unidade	R$ 8,12	R$ 8,12	-	R$ 8,12	2.073
	522	02.02.05.011-4	Dosagem de Proteínas em Urina de 24 horas	Unidade	R$ 2,04	R$ 2,04	-	R$ 2,04	8.248
	523	-	Dosagem de cortisol em urina de 24 horas	Unidade	R$ 30,34	-		R$ 30,34	1.700
	524	-	Dosagem de potássio em urina de 24 horas	Unidade	R$ 5,14	-		R$ 5,14	1.058

CREDENCIMANTO 2026
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BALNEÁRIO CAMBORIU

LOTE	ITEM	CÓD SUS	DESCRIÇÃO	UNIDADE	TABELA REF	TABELA SUS SIGTAP	COMPLEMENTO	TOTAL	PROJEÇÃO ANUAL
	525	-	Dosagem de fósforo em urina de 24 horas	Unidade	R$ 5,14	-		R$ 5,14	2.119
	526	-	Dosagem de cálcio em urina de 24 horas	Unidade	R$ 5,14	-		R$ 5,14	2.119
	527	-	Dosagem de ácido úrico em urina de 24 horas	Unidade	R$ 14,13	-		R$ 14,13	1.764
	528	-	Dosagem de oxalato em urina de 24 horas	Unidade	R$ 28,36	-		R$ 28,36	137
	529	-	Dosagem de citrato em urina de 24 horas	Unidade	R$ 28,36	-		R$ 28,36	481
	530	-	Dosagem de Creatinina em urina de 24 horas	Unidade	R$ 5,14	-		R$ 5,14	1.052
	531	-	Dosagem de sódio em urina de 24 horas	Unidade	R$ 5,14	-		R$ 5,14	1.058
	532	-	Pesquisa de Hemácias Dismórficas na Urina	Unidade	R$ 10,98	-		R$ 10,98	4.548
	533	-	Dosagem de GH Basal e Após Estímulo com Clonidina Oral (basal e após 30, 60, 90 e 120 minutos)	Unidade	R$ 75,19	-		R$ 75,19	62
Lote 24 Saúde Auditiva	534	03.01.01.007-2	Consulta Médica em Atenção Especializada	Unidade	R$ 90,00	R$ 10,00	R$ 80,00	R$ 90,00	374
	535	03.01.01.004-8	Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (Exceto Médico)	Unidade	R$ 70,00	R$ 6,30	R$ 63,70	R$ 70,00	374
	536	02.11.07.004-1	Audiometria Tonal Limiar (Via Aérea/Óssea) - (exclusivo para pacientes do programa de aparelho Auditivo)	Unidade	R$ 74,38	R$ 21,00	-	R$ 21,00	374
	537	02.11.07.020-3	Imitanciometria - (exclusivo para pacientes do programa de aparelho auditivo)	Unidade	R$ 74,38	R$ 23,00	-	R$ 23,00	374
	538	02.11.07.031-9	Seleção e Verificação de Benefício do AASI	Unidade	-	R$ 8,75	-	R$ 8,75	374
	539	07.01.03.015-1	Molde Auricular (Reposição)	Unidade	-	R$ 8,75	-	R$ 8,75	662
	540	03.01.07.003-2	Acompanhamento de Paciente p/ Adaptação de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) Uni/Bilateral – Até 3 retornos gratuítos	Unidade	-	R$ 21,68	Molde	R$ 21,68	374
	541	07.01.03.002-0	Aparelho De Amplificação Sonora Individual (Aasi) Externo De Condução Óssea Retroauricular Tipo A	Unidade	-	R$ 500,00		R$ 500,00	13
	542	07.01.03.003-8	Aparelho De Amplificação Sonora Individual (Aasi) Externo Intra-Auricular Tipo A	Unidade	-	R$ 525,00		R$ 525,00	92
	543	07.01.03.004-6	Aparelho De Amplificação Sonora Individual (Aasi) Externo Intra-Auricular Tipo B	unidade	-	R$ 700,00		R$ 700,00	26
	544	07.01.03.005-4	Aparelho De Amplificação Sonora Individual (Aasi) Externo Intra-Auricular Tipo C	Unidade	-	R$ 1.100,00		R$ 1.100,00	14
	545	07.01.03.006-2	Aparelho De Amplificação Sonora Individual (Aasi) Externo Intracanal Tipo A	Unidade		R$ 1.100,00		R$ 1.100,00	46
	546	07.01.03.007-0	Aparelho De Amplificação Sonora Individual (Aasi) Externo Intracanal Tipo B	Unidade		R$ 700,00		R$ 700,00	13
	547	07.01.03.008-9	Aparelho De Amplificação Sonora Individual (Aasi) Externo Intracanal Tipo C	Unidade		R$ 1.100,00		R$ 1.100,00	10
	548	07.01.03.009-7	Aparelho De Amplificação Sonora Individual (Aasi) Externo Microcanal Tipo A	Unidade		R$ 525,00		R$ 525,00	37
	549	07.01.03.010-0	Aparelho De Amplificação Sonora Individual (Aasi) Externo Microcanal Tipo B	Unidade		R$ 700,00		R$ 700,00	11
	550	07.01.03.011-9	Aparelho De Amplificação Sonora Individual (Aasi) Externo Microcanal Tipo C	Unidade		R$ 1.100,00		R$ 1.100,00	10
	551	07.01.03.012-7	Aparelho De Amplificação Sonora Individual (Aasi) Externo Retro-Auricular Tipo A	Unidade		R$ 525,00		R$ 525,00	279
	552	07.01.03.013-5	Aparelho De Amplificação Sonora Individual (Aasi) Externo Retro-Auricular Tipo B	Unidade		R$ 700,00		R$ 700,00	80
	553	07.01.03.014-3	Aparelho De Amplificação Sonora Individual (Aasi) Externo Retro-Auricular Tipo C	Unidade		R$ 1.100,00		R$ 1.100,00	39
	554	07.01.03.017-8	Reposição De Aasi Externo De Condução Óssea Retroauricular Tipo A	Unidade		R$ 500,00		R$ 500,00	66
	555	07.01.03.018-6	Reposição De Aasi Externo Intra-Auricular Tipo A	Unidade		R$ 525,00		R$ 525,00	66
	556	07.01.03.019-4	Reposição De Aasi Externo Intra-Auricular Tipo B	Unidade		R$ 700,00		R$ 700,00	66
	557	07.01.03.020-8	Reposição De Aasi Externo Intra-Auricular Tipo C	Unidade		R$ 1.100,00		R$ 1.100,00	66
	558	07.01.03.021-6	Reposição De Aasi Externo Intra-Canal Tipo A	Unidade		R$ 525,00		R$ 525,00	66
	559	07.01.03.022-4	Reposição De Aasi Externo Intra-Canal Tipo B	Unidade		R$ 700,00		R$ 700,00	66
	560	07.01.03.023-2	Reposição De Aasi Externo Intra-Canal Tipo C	Unidade		R$ 1.100,00		R$ 1.100,00	66
	561	07.01.03.024-0	Reposição De Aasi Externo Micro-Canal Tipo A	Unidade		R$ 525,00		R$ 525,00	66
	562	07.01.03.025-9	Reposição De Aasi Externo Micro-Canal Tipo B	Unidade		R$ 700,00		R$ 700,00	66
	563	07.01.03.026-7	Reposição De Aasi Externo Micro-Canal Tipo C	Unidade		R$ 1.100,00		R$ 1.100,00	66
	564	07.01.03.027-5	Reposição De Aasi Externo Retroauricular Tipo A	Unidade		R$ 525,00		R$ 525,00	66
	565	07.01.03.028-3	Reposição De Aasi Externo Retroauricular Tipo B	Unidade		R$ 700,00		R$ 700,00	66
	566	07.01.03.029-1	Reposição De Aasi Externo Retroauricular Tipo C	Unidade		R$ 1.100,00		R$ 1.100,00	66
	567	03.01.07.007-5	Atendimento / Acompanhamento de Paciente em Reabilitação do Desenvolvimento Neuropsicomotor	Unidade	R$ 34,05	R$ 17,67		R$ 34,05	2.500
	568	03.01.07.002-4	Acompanhamento de paciente em reabilitação em comunicação alternativa	Unidade	R$ 34,05	R$ 17,67		R$ 34,05	2.500
	569	03.01.07.004-0	Acompanhamento neuropsicológico de paciente em reabilitação	Unidade	R$ 34,05	R$ 17,67		R$ 34,05	2.500
	570	03.01.07.005-9	Acompanhamento psicopedagógico de paciente em reabilitação	Unidade	R$ 34,05	R$ 17,67		R$ 34,05	2.500
	571	03.01.07.006-7	Atendimento / acompanhamento em reabilitação nas múltiplas deficiências	Unidade	R$ 34,05	R$ 7,71		R$ 34,05	2.500
	572	03.01.07.008-3	Atendimento em oficina terapêutica I em grupo para pessoas com deficiência (por oficina terapêutica I)	Unidade	R$ 34,05	R$ 6,66		R$ 34,05	2.500

CREDENCIMANTO 2026
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BALNEÁRIO CAMBORIU

LOTE	ITEM	CÓD SUS	DESCRIÇÃO	UNIDADE	TABELA REF	TABELA SUS SIGTAP	COMPLEMENTO	TOTAL	PROJEÇÃO ANUAL
Lote 25 Terapia e Reabilitação Multidisciplinar	573	03.01.07.009-1	Atendimento em oficina terapêutica II em grupo para pessoas com deficiência (por oficina terapêutica II)	Unidade	R$ 34,05	R$ 25,24		R$ 34,05	2.500
	574	03.01.07.011-3	Terapia fonoaudiológica individual	Unidade	R$ 50,00	R$ 10,90		R$ 50,00	2.500
	575	03.01.04.003-6	Terapia em grupo	Unidade	R$ 50,78	R$ 6,15		R$ 50,78	2.500
	576	03.01.04.004-4	Terapia individual	Unidade	R$ 84,50	R$ 2,81		R$ 84,50	2.500
	577	03.01.01.004-8	Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico)	Unidade	R$ 70,00	R$ 6,30		R$ 70,00	2.500
	578	03.01.01.007-2	Consulta médica em atenção especializada	Unidade	R$ 90,00	R$ 10,00		R$ 90,00	2.500
	579	03.01.07.029-6	Estimulação precoce relacionada ao neurodesenvolvimento na atenção especializada	Unidade	R$ 34,05	R$ 0,00		R$ 34,05	2.500
	580	03.01.07.030-0	Atendimento de familiares, cuidadores e/ou acompanhantes de pessoas com deficiência nos serviços de reabilitação da atenção especializada	Unidade	R$ 38,08	R$ 0,00		R$ 38,08	2.500
	581	03.01.07.008-3	Atendimento em oficina terapêutica I em grupo para pessoas com deficiência (por oficina terapêutica I)	Unidade	R$ 6,66	R$ 6,66		R$ 6,66	2.500
	582	03.01.07.027-0	Matriciamento de equipes dos outros pontos e níveis da rede de atenção à saúde para atenção à saúde das pessoas com deficiência	Unidade	R$ 72,67	R$ 0,00		R$ 72,67	2.500
	583	03.01.07.028-8	Alta por objetivos terapêuticos alcançados da reabilitação na atenção especializada	Unidade		R$ 0,00	R$ 0,00		2.500
	584	03.01.08.016-0	Atendimento em psicoterapia de grupo	Unidade	R$ 50,78	R$ 5,59		R$ 50,78	2.500
	585	01.01.01.002-8	Atividade educativa/orientação em grupo na atenção especializada	Unidade	R$ 38,08	R$ 2,70		R$ 38,08	2.500
	586	03.02.06.004-9	Atendimento fisioterapêutico em paciente com comprometimento cognitivo	Unidade	R$ 141,70	R$ 6,35		R$ 141,70	2.500
Lote 26 Neurologia, Psiquiatria e Avaliações Neuropsicológicas	587	03.01.01.007-2	Consulta Medica em atenção especializada Neurologista Pediátrico	Unidade	R$ 152,00	R$ 10,00		R$ 152,00	2.500
	588	03.01.01.007-2	Consulta Medica em atenção especializada Neurologista Adulto	Unidade	R$ 152,00	R$ 10,00		R$ 152,00	2.500
	589	03.01.01.007-2	Consulta Medica em atenção especializada Psiquiatra Adulto	Unidade	R$ 152,00	R$ 10,00		R$ 152,00	2.500
	590	03.01.01.007-2	Consulta Medica em atenção especializada Psiquiatra Adulto	Unidade	R$ 152,00	R$ 10,00		R$ 152,00	2.500
	591	03.01.01.004-8	Consulta de nível superior na atenção especializada (exceto médico) - neuropsicológico	Unidade	R$ 152,00	R$ 6,30		R$ 152,00	2.500
	592	03.01.01.004-8	Consulta de nível superior na atenção especializada (exceto médico) - psicopedagógico	Unidade	R$ 70,00	R$ 6,30		R$ 70,00	2.500
	593	03.01.01.004-8	Consulta de nível superior na atenção especializada (exceto médico) - Assistente Social	Unidade	R$ 70,00	R$ 6,30		R$ 70,00	2.500
	594	03.01.01.004-8	Consulta de nível superior na atenção especializada (exceto médico) - fonoaudiologo	Unidade	R$ 70,00	R$ 6,30		R$ 70,00	2.500
	595	03.01.01.004-8	Consulta de nível superior na atenção especializada (exceto médico) - Psicologo	Unidade	R$ 70,00	R$ 6,30		R$ 70,00	2.500
	596	03.01.01.004-8	Consulta de nível superior na atenção especializada (exceto médico) - Terapeuta ocupacional	Unidade	R$ 70,00	R$ 6,30		R$ 70,00	2.500
	597	03.01.01.004-8	Consulta de nível superior na atenção especializada (exceto médico) - Fisioterapeuta	Unidade	R$ 70,00	R$ 6,30		R$ 70,00	2.500
	598	03.01.01.004-8	Consulta de nível superior na atenção especializada (exceto médico)	Unidade	R$ 70,00	R$ 6,30		R$ 70,00	2.500
	599	02.11.07.007-6	Avaliação de linguagem oral	Unidade	R$ 4,11	R$ 4,11		R$ 4,11	2.500
	600	02.11.10.001-3	Aplicação de teste p/ psicodiagnóstico	Unidade	R$ 2,74	R$ 2,74		R$ 2,74	2.500
	601	02.11.07.008-4	Avaliação Miofuncional de sistema estomatognático	Unidade	R$ 4,11	R$ 4,11		R$ 4,11	2.500
	602	-	Testes Neuropsicológicos (inclui a quantidade de atendimentos necessária para a elaboração dos laudos).	Unidade	R$ 250,00	-		R$ 250,00	2.500
	603	02.11.07.018-1	Exame neuropsicomotor evolutivo	Unidade	R$ 4,11	R$ 4,11		R$ 4,11	2.500
	604	02.11.07.017-3	Exame de organização perceptiva	Unidade	R$ 4,11	R$ 4,11		R$ 4,11	2.500
	605	02.11.07.006-8	Avaliação de linguagem escrita/leitura	Unidade	R$ 4,11	R$ 4,11		R$ 4,11	2.500
Lote 27 Reabilitação Neuropediátrica Especializada (Bobath/ABA/RTA) Sob Demanda Judicial	606		Estimulação Visual	Unidade	R$ 34,05			R$ 34,05	2.500
	607		Fisioterapia Motora (Método Bobath)	Unidade	R$ 25,00			R$ 25,00	2.500
	608		Fisioterapia Respiratória (Método RTA)	Unidade	R$ 25,00			R$ 25,00	2.500
	609		Terapia Ocupacional (Método Bobath)	Unidade	R$ 70,00			R$ 70,00	2.500
	610		Fonoterapia / Fonoaudiologia (Bobath / RTA/ABA)	Unidade	R$ 50,00			R$ 50,00	2.500
	611		Fisioterapia Aquática	Unidade			R$ 150,00	R$ 150,00	2.500
	612		Psicologia (Método ABA)	Unidade	R$ 70,00			R$ 70,00	2.500
	613		Musicoterapia	Unidade			R$ 212,00	R$ 212,00	2.500
	614		Terapia Psicológica para TEA e TDAH	Unidade	R$ 70,00			R$ 70,00	2.500
	615		Tratamento com Psicóloga - Método ABA	Unidade	R$ 70,00			R$ 70,00	2.500

CREDENCIMANTO 2026
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BALNEÁRIO CAMBORIU

LOTE	ITEM	CÓD SUS	DESCRIÇÃO	UNIDADE	TABELA REF	TABELA SUS SIGTAP	COMPLEMENTO	TOTAL	PROJEÇÃO ANUAL
Lote 28 Residência Inclusiva Acolhimento 24h	616		Serviço de Residência Inclusiva – Acolhimento Institucional 24h para pessoa com deficiência	meses			R$ 7.800,00	R$ 7.800,00	1.200